

Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral

Dra. Diana Pasqualini
Dr. Alfredo Llorens

OPS/OMS – Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires



Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral

**Salud y Bienestar
de Adolescentes
y Jóvenes:
Una Mirada Integral**

Dra. Diana Pasqualini
Dr. Alfredo Llorens
compiladores

Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes : una mirada integral / Hugo Antonio Arroyo ... [et.al.] ; compilado por Diana Pasqualini y Alfredo Llorens. -

1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010.

680 p. ; 25x18 cm.

ISBN 978-950-710-123-6

1. Salud Pública. 2. Adolescencia. I. Arroyo, Hugo Antonio II. Pasqualini, Diana, comp. III. Llorens, Alfredo, comp.
CDD 614

Fecha de catalogación: 14/09/2010

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Fecha de realización: 08/2010

Compliladores: Diana Pasqualini - Alfredo Llorens

Facultad de Medicina, UBA: Prof. Dr. Alfredo Buzzi (Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires)

Prof. Dr. Roberto A. Soto (Secretario de Tecnología Educativa, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires)

Cooperación Técnica OPS/OMS: Dr. Luis Roberto Escoto (Consultor en Salud Familiar y Comunitaria)

Coordinadora editorial: Caty Iannello (OPS/OMS)

Diseño: Andrés Venturino (OPS/OMS)

Edición y corrección: Isabel y Blanca Conde

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Índice

● Compiladores, autores, asesores científicos.....	11
● Agradecimientos	19
● Prólogo	21
● Prefacio.....	23
Los y las adolescentes.....	25
● Capítulo 1	27
Los y las adolescentes	
La adolescencia en la sociedad actual	
● Capítulo 2	40
Marco histórico del concepto «adolescencia»	
● Capítulo 3.....	44
Cambios físicos: crecimiento y desarrollo	
● Capítulo 4	55
Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo	
El adolescente, sus vínculos y su inserción en la comunidad.....	61
● Capítulo 5.....	62
Vínculos familiares y con el entorno	
● Capítulo 6.....	67
¿Cómo se construye el sentimiento de responsabilidad?	
● Capítulo 7.....	72
El adolescente y su tiempo libre	
Participación juvenil y políticas de juventud.....	81
● Capítulo 8.....	83
Participación juvenil	
● Capítulo 9.....	91
Políticas de juventud	
● Capítulo 10.....	102
Adolescencia y modelos de identificación	
Entre la globalización y el nuevo siglo	
Abordaje integral en la consulta.....	109
● Capítulo 11.....	110
Diagnóstico de las necesidades de la población adolescente	
Salud integral. Determinantes sociales de riesgo y resiliencia: Factores de riesgo y protectores.	
Semiología ampliada	

● Capítulo 12	118
Interdisciplina. Intersectorialidad. Trabajo en red	
● Capítulo 13	121
Servicios amigos de los y las adolescentes, y de calidad	
Algunas definiciones sobre «Adolescencia y salud integral»	
La consulta con el adolescente	135
● Capítulo 14	137
Entrevista con el adolescente	
● Capítulo 15	142
Historia clínica y examen físico	
● Capítulo 16	154
Los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas	
● Capítulo 17	165
El lugar de los padres en el tratamiento	
● Capítulo 18	168
Resiliencia en los adolescentes	
Motivos de consulta frecuente de varones y de mujeres	173
● Capítulo 19	178
Consultas de mujeres, relacionadas con el desarrollo	
● Capítulo 20	191
Consultas de varones, relacionadas con el desarrollo	
● Capítulo 21	202
La consulta por baja talla	
● Capítulo 22	220
Certificado de aptitud física	
● Capítulo 23	228
Vacunas	
Abordaje de los adolescentes con problemáticas relacionadas con la alimentación	263
● Capítulo 24	266
Semiología del estado nutricional	
● Capítulo 25	274
Trastornos de la conducta alimentaria	
● Capítulo 26	284
Abordaje clínico-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria	
● Capítulo 27	306
Abordaje psicológico-psiquiátrico de los trastornos de la conducta alimentaria	
● Capítulo 28	318
Abordaje de adolescentes con obesidad	
● Capítulo 29	326
Abordaje de adolescentes con síndrome metabólico	

Sexualidad adolescente	335
●Capítulo 30.....	337
Adolescencia y sexualidad	
●Capítulo 31.....	362
La consulta adolescente sobre anticoncepción	
●Capítulo 32.....	380
Disfunciones sexuales en la adolescencia	
●Capítulo 33.....	385
Diversidad sexual	
Embarazo adolescente	389
●Capítulo 34.....	390
Introducción al tema embarazo adolescente	
●Capítulo 35.....	397
Embarazo y maternidad en la adolescencia	
●Capítulo 36.....	405
Un nuevo desafío en la atención de la adolescente.	
Reducción de riesgos y daños en salud reproductiva: Consejería pre- y postaborto.	
Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS) y con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por sida	415
●Capítulo 37	421
Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS)	
●Capítulo 38	438
Abordaje de jóvenes con infección por VIH y por sida	
Síntomas y malestares frecuentes	455
●Capítulo 39.....	458
Cefalea en la adolescencia	
●Capítulo 40	480
Dolor abdominal recurrente	
●Capítulo 41	495
Dolor musculoesquelético de origen no inflamatorio	
●Capítulo 42.....	506
Cansancio, astenia y síndrome de fatiga crónico	
●Capítulo 43.....	515
Síncope vasovagal	
Motivos de consulta psicológicos y relacionados con el aprendizaje	527
●Capítulo 44.....	528
Motivos psicológicos de consulta frecuente	
●Capítulo 45.....	541
Cuando el aprendizaje se transforma en una dificultad	

Abordaje de la problemática vinculada con el consumo de drogas.....	547
●Capítulo 46	555
Acerca de las drogas	
●Capítulo 47	560
Abordaje clínico y toxicológico del consumo de drogas	
●Capítulo 48	574
Políticas y modelos en el campo del uso de drogas y dispositivos asistenciales	
Violencia en la adolescencia en el marco de los derechos humanos	
La violencia ejercida por jóvenes y adolescentes víctimas de violencia	587
●Capítulo 49.....	591
Introducción	
●Capítulo 50.....	598
La violencia en nuestra sociedad: violencia juvenil y jóvenes víctimas de violencia	
●Capítulo 51.....	608
Violencia familiar: aspectos dinámicos	
●Capítulo 52.....	611
Los adolescentes como blanco de la violencia social e institucional: la violencia escolar	
●Capítulo 53.....	619
«Bullying»: Hostigamiento entre pares en edad escolar	
●Capítulo 54.....	624
«Bullying o sistema bullying» (SB): como emergente del desajuste escolar	
●Capítulo 55.....	637
Abuso sexual: diagnóstico y abordaje	
●Capítulo 56.....	649
Clínica del abuso sexual en la infancia y en la adolescencia	
●Capítulo 57.....	659
Adolescentes en riesgo y recursos legales.	
Legislación vigente.	
Modelo de intervención ante situaciones de violencia.	
Servicios y normativas.	
Anexo 1	681
●CLAP-OPS/OMS	
Historia del adolescente	
Anexo 2	683
●CLAP-OPS/OMS	
HdA – Formulario complementario de salud reproductiva	

▲ Compiladores - Autores - Asesores Científicos

Compiladores

● **Diana Pasqualini** - dianapasqualini@arnet.com.ar

Médica Pediatra dedicada a la Atención de Adolescentes desde 1979. Médica de Planta de Adolescencia y Coordinadora Clínica y de Docencia en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Directora del Programa de Actualización para Graduados «Salud Integral del Adolescente» (1996-2010), presencial, de dos años de duración y Directora del Programa de Actualización de Posgrado «Abordaje Integral del Adolescente» (duración 380hs.), que se dicta en forma virtual desde la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

● **Alfredo Llorens** - aellorens@gmail.com

Médico Pediatra. Médico del Servicio de Adolescencia del Hospital Militar Central. Coordinador del Programa de Actualización de Posgrado «Abordaje Integral del Adolescente» (duración 380hs), que se dicta en forma virtual desde la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) e integrante del Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

Autores

● **Hugo Antonio Arroyo** - hugoarroyo@arnet.com.ar

Médico Pediatra y Neurólogo Infantil. Jefe del Servicio de Neurología Infantil del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Director de la Carrera de Especialista en Neurología Infantil de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Neurología Infantil.

● **Sergio Balardini** - sergio.balardini@fes.org.ar

Licenciado en Psicología. Miembro del Programa de Estudios sobre Juventud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Director de Proyectos de la Fundación Friedrich Ebert en Políticas Públicas de Juventud. Consultor de la Unidad Temática Juventud de la Red de Mercociudades. Miembro de la Mesa de Concertación Juvenil de la Ciudad de Buenos Aires y de la Plataforma Federal de Juventudes de Argentina. Durante los años 1997 a 2003, coordinó el Grupo de Trabajo sobre Juventud del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

● **Mónica Elba Borile** - borile@elbolson.com

Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires. Pediatra, Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Coordinadora de Rehue, Asociación Civil, ONG. Coordinadora del Servicio Amigo del Adolescente del Instituto Médico de la Comunidad, Comarca Andina del Paralelo 42. Docente del Programa Extramuros de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Asesora en Políticas de Participación Juvenil, Gobierno de la Provincia de Río Negro.

● **Marta Eugenia Braschi** - maugebraschi@yahoo.com.ar

Médica Pediatra. Toxicóloga del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Médica del Servicio de Adolescencia en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y en la Obra Social para la Actividad Docente (OSPLAD). Miembro del grupo de trabajo de adicciones de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Docente de la Universidad de Buenos Aires.

● **Marta Caballero** - mcaballero@psicopedagogica.com.ar

Licenciada en Psicopedagogía. Realizó el Doctorado en Neurociencias Cognitivas Aplicadas. Coordinadora de Psicopedagogía en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Profesora Titular en Carreras de Grado y docente de Posgrado en la Universidad del Salvador y en la Universidad Nacional de San Martín. Directora de Aidynè, Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Psiconeurocognitiva.

● **Nilda Calandra** - nildace@yahoo.com.ar

Médica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctora en Medicina, UBA. Especialista en Ginecología. Posgrado Universitario sobre Estudios de la Mujer, Facultad de Psicología, UBA. Médica Consultora del Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

● **María del Valle Carpineta** - maricarpineta@gmail.com

Médica Pediatra. Residencia en Pediatría y Residencia Posbásica de Salud Integral del Adolescente, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Especialista en Pediatría, Universidad de Buenos Aires. Actualmente, Consultora en el Programa de Salud Escolar, Ministerio de Educación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

● **Ana Coll** - anacoll@anacoll.com.ar

Médica especialista en Obstetricia y Ginecología, Certificada en Ginecología Infanto Juvenil. Presidenta de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (1995-1996). Coordinadora del Área Obstétrica del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, (1987-2004).

● **Juan Carlos Escobar** - juance15@yahoo.com.ar

Médico Pediatra. Residencia en Pediatría. Residencia Posbásica de Salud Integral del Adolescente en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Jefe de Residentes de la Residencia Posbásica de Salud Integral del Adolescente. Diplomatura: Jóvenes en Dificultad, Universidad París 8 - CEM.

● **Graciela Espada** - gespada@fibertel.com.ar

Médica Pediatra Especialista en Reumatología Infantil. Jefa de la Sección de Reumatología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Directora de la Residencia Posbásica de Reumatología Pediátrica del Hospital Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Chairman del Comité Pediátrico de Pan American League of Associations for Rheumatology (PANLAR).

● **Valentina Esrubilsky** vesrubilsky@hotmail.com

Médica Psiquiatra Infanto Juvenil. Médica de Planta de Salud Mental, Servicio de Adolescencia, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Miembro adherente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

● **Carina Facchini** carinafacchini@hotmail.com

Médica Pediatra. Título de Especialista en Pediatría, Universidad de Buenos Aires. Certificación de la Sociedad Argentina de Pediatría. Residencia Posbásica de Salud Integral del Adolescente, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Médica de Adolescencia, Centro de Salud N.º 41, Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

● **Patricia Ana Faragó** - patriciafarago@fibertel.com.ar

Psicóloga egresada de la Universidad de Buenos Aires, 1976. Psicóloga Clínica de adolescentes y adultos. Ex integrante del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, cátedra Psicología Evolutiva Niñez II.

● **Gustavo Gallo** - doctorgustavogallo@gmail.com

Abogado. Ex Director General del Área Legal y Técnica del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Defensor Público ad hoc de la Defensoría General de la Nación, integra la Relatoría de Derechos de los Niños, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos (PIDDDH).

● **Jorge Antonio Garbarino** - jypgarbarino@ciudad.com.ar

Psicólogo, egresado de la Universidad de Buenos Aires, 1976. Psicólogo Clínico de adolescentes y adultos. Coordinador de la edición de las obras completas del Dr. Ricardo Avenburg. Ex docente de la Facultad de Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, cátedra de Técnicas Proyectivas.

● **Miguel García Coto** - garciacoto@grupocidep.org

Médico Psiquiatra de Niños. Magíster en Psicología Cognitiva. Director del Curso Anual de Autismo y Trastornos del Desarrollo. Profesor de Psicopatología Infantil, Universidad de Palermo (UP).

● **Ángela Gentile** - angelagentile@fibertel.com.ar

Médica Infectóloga, Pediatra y Epidemióloga. Jefa de la División Epidemiología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Profesora Titular de Epidemiología de la Universidad Austral. Profesora del Curso Superior de Infectología, Universidad de Buenos Aires. Secretaria General de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

● **Adriana Gerpe** - adribeager@hotmail.com

Profesora de Historia. Licenciada en Psicología. Posgrado en Psicoanálisis. Magíster en Gestión de Proyectos Educativos. Rectora Titular del Liceo N.º 9 D. E. 10 Santiago A. Derqui dependiente del Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y Supervisora de Educación Media dependiente del Ministerio de Educación del GCBA.

● **Ana Teresa González** - ana_abril2@hotmail.com

Psicóloga del Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez con funciones en el Servicio de Adolescencia. Miembro Asesor del Comité de Maltrato y de Niños en Riesgo del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

● **María del Carmen Hiebra** - mhiebra@fibertel.com.ar

Médica Pediatra. Médica de Planta de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Jefa a Cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Directora del Programa de Actualización para Graduados «Salud Integral del Adolescente», presencial, de dos años de duración (1996-2010), de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Comité para el Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

● **Dina Krauskopf** - dina.krauskopf@flacso.cl

Psicóloga Clínica. Profesora Emérita de la Universidad de Costa Rica, Investigadora y Consultora Internacional en Políticas y Programas de Juventud. Fue Vicepresidente para América Latina del Capítulo Juventud de la Asociación Internacional de Sociología. Ha publicado ampliamente sobre adolescencia y juventud en diversos países.

● **Gabriel Kunst** - gabrielkunst@hotmail.com

Médico Psiquiatra. Miembro de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Premio APSA, años 2001 y 2003. Miembro de Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil (AAPI). Docente Adscripto, Facultad Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, UBA. Psiquiatra del Servicio de Niños y Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Ex Becario de la Organización Panamericana de la Salud (2004-2006).

● **Patricia Alicia Lamy** - lamypatricia@hotmail.com

Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 1981. Especialista en Dermatología, Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires, Distrito IV, 2001. Curso Superior de Epidemiología, organizado por el Colegio Argentino de Administración Hospitalaria, 1995. Médica Asistente Titular de la División Promoción y Protección de la Salud, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

● **Alfredo Llorens** - aellorens@gmail.com

Médico Pediatra. Médico del Servicio de Adolescencia del Hospital Militar Central. Coordinador del Programa de Actualización de Posgrado «Abordaje Integral del Adolescente» (duración 380hs.), que se dicta en forma virtual desde la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) e integrante del Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

● **Hugo Longarela** - hugolongarela@fibertel.com.ar

Médico Psiquiatra Infante Juvenil. Médico Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Médico Psicoanalista Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Médico Psiquiatra Infante Juvenil del Servicio de Adolescencia, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Miembro del Foro de Psiquiatras Infante Juveniles.

● **Graciela Miklaski** - gramiklaski@yahoo.com.ar

Licenciada en Trabajo Social. Trabajadora Social del Equipo de Consultorio Externo e Internación del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

● **Laura Milgram** - lmilgram@fibertel.com.ar

Médica Pediatra. Médica de Planta en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Docente Autorizada de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Programa de Actualización para Graduados «Salud Integral del Adolescente», Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Comité para el Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

● **Mabel Munist** - pafel1@speedy.com.ar

Doctora en Medicina y especialista en Salud Pública. Profesora Titular del Departamento de Salud Comunitaria y Vicedirectora del Centro Internacional de Información y Estudio de la Resiliencia, Universidad Nacional de Lanús. Ha sido Asesora en Adolescencia en la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS).

● **María Elena Naddeo** - manaddeo@fibertel.com.ar

Docente. Posgrado en Estudios de Género de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Ex presidenta del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Legisladora de la Ciudad de Buenos Aires. Integrante de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH).

● **Maria Florencia Nolte** - florencianolte@yahoo.com

Médica especialista en Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y Universidad de Buenos Aires. Médica de Planta de la División de Promoción y Protección de la Salud del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Magíster en Salud Pública.

● **Silvia Oizerovich** - soizerovich@gmail.com

Médica Ginecóloga, certificada en Ginecología Infanto Juvenil. Ex presidenta de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ). Docente Adscripta, Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora Adjunta, Universidad Favaloro. Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

● **Diana Pasqualini** - dianapasqualini@arnet.com.ar

Médica Pediatra dedicada a la Atención de Adolescentes desde 1979. Médica de Planta de Adolescencia y Coordinadora Clínica y de Docencia en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Directora del Programa de Actualización para Graduados «Salud Integral del Adolescente» (1996-2010), presencial, de dos años de duración, y Directora del Programa de Actualización de Posgrado «Abordaje Integral del Adolescente» (duración 380hs.), que se dicta en forma virtual desde la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Comité para el Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

● **Titania Pasqualini** - tpasqualin@intramed.net

Médica Pediatra Endocrinóloga. Doctora en Medicina, Universidad de Buenos Aires. Jefa de la Sección de Endocrinología, Crecimiento y Desarrollo, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de la Comisión Nacional Asesora para el Tratamiento con Hormona de Crecimiento, Ministerio de Salud de la Nación.

● **Nora Liliana Poggione** - npoggione@yahoo.com.ar

Médica, Universidad de Buenos Aires. Pediatra, título otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y Salud Pública. Especialista en Nutrición Infantil y Salud Pública. Médica de Planta del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Miembro del Comité para el Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

● **Silvia Quevedo** - silquevedo@fibertel.com.ar

Psicóloga, Universidad de Buenos Aires (UBA). Socióloga, UBA. Psicoanalista. Docente de grado y posgrado, Facultad de Psicología, UBA. Docente, Facultad de Medicina, UBA. Investigadora UBA-CyT. Coordinadora docente y supervisora clínica del Centro de Día «La otra base de encuentro», Hospital General de Agudos Dr. Parmenio T. Piñero. Admisora del Centro de Día «Carlos Gardel» de

Asistencia en Adicciones, Hospital Dr. José María Ramos Mejía. Directora de Cursos de Posgrado sobre el tema adicciones en el Hospital Dr. José María Ramos Mejía y en el Hospital General de Agudos Dr. Parmenio T. Piñero. Autora de libros y publicaciones en la temática.

● **Susana Ragatke** - suragatke@hotmail.com

Médica Pediatra. Médica Psiquiatra y Psicoanalista con especialización en terapias vinculares. Miembro integrante del Servicio Interdisciplinario de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Trabajos publicados sobre Adolescencia y Vínculos en Topia, la revista de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Coautora de otros trabajos publicados en la Revista del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

● **Eduardo Rubinstein** - erubin@intramed.net

Médico Pediatra. Médico Infectólogo, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Máster en VIH/sida, Sociedad Argentina de sida (SAS). Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA) y de la Sociedad Argentina de sida. Presidente del 5.to Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente, SAP, 2004.

● **Carlos Alberto Seglin** - cseglin@yahoo.com.ar

Médico Especialista en Pediatría con orientación en Medicina de la Adolescencia. Sexólogo Clínico reconocido por la Federación Latino Americana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES). Terapeuta Relacional Sistémico, formación en el Centro de Familia y Pareja (CEFYP). Jefe de Pediatría del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

● **Flavia Sinigagliesi** - flavia10@ciudad.com.ar

Médica Pediatra. Magíster en Neuropsicofarmacología. Coordinadora del Equipo Bullying Cero Argentina.

● **Belén Suárez Munist** - pafell@speedy.com.ar

Médica, Universidad de Buenos Aires. Residencia de Educación para la Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y Jefa de Residentes. Atención Primaria en Clínica y promoción de la salud de Adolescentes y Adultos.

● **Elbio Néstor Suárez Ojeda** - pafell@speedy.com.ar

Médico y especialista en Salud Pública. Director del Centro Internacional de Información y Estudio de la Resiliencia (CIER), Universidad Nacional de Lanús. Consultor Regional en Salud Materno Infantil, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington.

● **Analía Tablado** - atablado@hotmail.com

Médica Ginecóloga. Certificada en Ginecología Infante Juvenil. Ex Presidenta de la Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil. Ex médica del Hospital Materno Infantil Dr. Carlos Gianantonio de San Isidro.

● **Miriam Nora Tonietti** - mtonietti@yahoo.com.ar

Médica Pediatra. Médica especialista en Nutrición, Universidad de Buenos Aires.

● **Susana Toporosi** - susana.toporosi@topia.com.ar

Psicóloga, Universidad de Buenos Aires. Psicoanalista de niños y adolescentes. Coordinadora de Salud Mental del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Presidenta

de la Asociación de Profesionales del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Editora asociada de la Revista Topía, de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

● **Isabel Torres** - itorres@intramed.net

Médica Especialista en Pediatría. Especialista en Cardiología Infantil. Especialista en Medicina del Deporte. Premio a la Acción Médica de Servicios Relevantes en el Deporte (diciembre de 2006) otorgado por el Comité Olímpico Argentino. Médica de Planta de la División de Cardiología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

● **Enrique Valiente** - envaliente@yahoo.com.ar

Sociólogo, Universidad de Buenos Aires. Se ha especializado en el campo de la Sociología de la Cultura. Profesor Titular Regular de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) y de la Universidad Nacional de La Matanza. Ha ocupado cargos de Gestión Universitaria en diferentes Universidades Nacionales, y actualmente dirige la Carrera de Gestión del Arte y la Cultura UNTREF. Miembro Fundador del Consejo de Decanos de Facultades de Ciencias Sociales y Humanas de la República Argentina. En la actualidad forma parte de su Comité Ejecutivo.

● **Sandra Vázquez** - sandra_vazquez@speedy.com.ar

Médica. Ginecóloga Infanto Juvenil. Miembro de Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Coordinadora del Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Directora Asociada del Instituto Ginecológico Buenos Aires. Docente de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

● **Mónica Judit Zac** - moniju@gmail.com

Médica graduada en la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, en diciembre de 1979. Especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APDEBA). Psicoanalista de Niños y Adolescentes de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API). Coordinadora del Área de internación psiquiátrica del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Participante en congresos y autora de trabajos y de publicaciones referidas a la psiquiatría y psicoanálisis del niño y del adolescente.

Asesores Científicos

● **Zulma Arditi** - zarditi@intramed.net

Médica Ginecóloga. Médica de Planta en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Miembro de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Médica Responsable ante el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

● **Jorge Luis Blidner** - jlblidner@intramed.net

Médico. Especialista en Psiquiatría Infantil. Diplomado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires. Ex Jefe de la Unidad de Psicopatología y Salud Mental, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

● **Ana Bonsignore** - ambonsi@arnet.com.ar

Médica Pediatra dedicada a la Atención de Adolescentes. Médica de Planta del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, encargada del área de internación de adolescentes. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Miembro de la Red Interhospitalaria de Trastornos Alimentarios, Go-

bierno de la Ciudad de Buenos Aires (RIHTA). Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Coautora de varios libros.

● **María del Carmen Hiebra** - mhiebra@fibertel.com.ar

Médica Pediatra. Médica de Planta de Adolescencia en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Jefa a Cargo del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Directora del Programa de Actualización para Graduados «Salud Integral del Adolescente» de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Comité para el Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) en la SAP.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a los siguientes profesionales que contribuyeron a la creación y edición de esta obra:

A la Dra. Edith Litwin. Doctora en Ciencias de la Educación y Asesora Pedagógica del Programa de Actualización de Posgrado «Abordaje Integral del Adolescente» que se dicta en forma virtual desde la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

A todos los profesionales integrantes del Equipo Interdisciplinario del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Jefa a cargo: Dra. María del Carmen Hiebra.
www.guti.gov.ar

A los que contribuyeron y siguen contribuyendo con el Programa de Actualización de Posgrado «Abordaje Integral del Adolescente», curso virtual, de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, entre los cuales, además de los autores de este libro, se encuentran: Patricia Aguirre, Doctora en Antropología; Horacio R. Cattani, Abogado y Juez; Susana M. Cirulnik de Marantz, Licenciada en Psicología; Ernesto E. Domenech, Abogado y Juez; Alicia Haydée Ganduglia, Licenciada en Psicología; María Teresa Larocca, Médica Pediatra; Gabriela Mayansky, Licenciada en Psicología; Ruth Nejter, Eutonista; Eduardo Oro, Médico Pediatra; Teresa Seco, Terapeuta Familiar; Alexia Rattazzi, Médica Psiquiatra Infanto Juvenil; Laura Svirsky, Licenciada en Trabajo Social; María Zysman, Licenciada en Psicopedagogía.

Agradecemos, también, la ayuda brindada por las siguientes instituciones:

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, a su Decano: Prof. Dr. Alfredo Buzzi; al Secretario de Tecnología Educativa: Prof. Dr. Roberto A. Soto; y a todo el equipo de Facultad de Medicina Virtual. www.fmv-uba.org.ar

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
<http://www.paho.org/arg/> - <http://www.paho.org/>

Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Programa Materno Infantil. Programa de Lucha contra los retrovirus del humano VIH-sida y ETS. www.msal.gov.ar

Programa de Adolescencia dependiente de la Dirección Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Secretaría de Salud, Provincia de Chubut. adolescencia.salud@chubut.gov.ar

Sociedad Argentina de Pediatría. www.sap.org.ar

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. www.sagij.org.ar

Y, fundamentalmente, agradecemos el acompañamiento de nuestras respectivas familias.

Dra. Diana Pasqualini
Dr. Alfredo Llorens



Prólogo

Dos distinguidos médicos pediatras, Diana Pasqualini y Alfredo Llorens, con la colaboración de algunos especialistas en la materia, han emprendido una actividad esclarecedora dentro de un aspecto mutante de la medicina: la adolescencia. Digo esto en virtud de que la sociedad occidental ha sufrido un profundo cambio social: la emancipación de la mujer. Su actividad laboral –antaaño reducida a las múltiples y agotadoras tareas hogareñas– y la píldora anticonceptiva la colocaron en un pie de igualdad con el hombre. De un matriarcado prehistórico se pasó a un fuerte patriarcado, y hoy la sociedad busca el equilibrio. Ciertamente, que aún en nuestros días, como lo señalan frecuentemente los medios de comunicación, su jornal es menor que el del género masculino, como así también las posiciones jerárquicas que puede alcanzar en su trabajo. ¿Qué ha ocasionado este cambio en la adolescencia y en la sociedad? Los autores se encargan de destacar que la palabra *adolescencia* deriva de *adolescens, adolecentis*, que significa ‘estar en período de crecimiento’. Pues bien, ese crecimiento difiere, en cuanto a sus efectos sobre el individuo, en una sociedad de consumo, con parejas disfuncionales como padres, con la aceptación de los diversos tipos de sexualidad, con dificultades para afrontar la economía de una casa en etapas que anteriormente se podía realizar y, fundamentalmente, con la desaparición paulatina de ciertos tabúes, como bien dicen los autores, como eran la virginidad femenina y la virilidad de los hombres, con quienes la sociedad era más permisiva. En el capítulo correspondiente se puede leer un interesante desarrollo histórico de esas pautas culturales.

Aclaran los autores, que en la inicial definición del lapso de duración de esta etapa de la vida, la OMS le asignaba el tramo que se extendía entre los 10 y los 19 años; hoy se ha prolongado hasta mucho más allá de los 24 años y, en eso, influyen los parámetros que se mencionan más arriba. Incluso, clasifican la adolescencia en temprana, media y tardía, esta última puede prolongarse hasta los 28 años o más. Otro acierto de Pasqualini y de Llorens es limitar sus estudios a Occidente en virtud de que, a partir de los trabajos de campo de Margaret Mead, se conoce que en otras etnias poblacionales no sucede lo mismo.

La obra está concebida para no dejar resquicio sin resolver dentro de lo que es la vida del adolescente y resalta las palabras de G. Stanley Hall, quien expresa que la adolescencia es una etapa de recapitulación, por lo cual el ser humano, durante su desarrollo, pasa por estados que corresponden a otros similares que ocurrieron durante la historia de la humanidad.

Se detalla el desarrollo puberal desde un punto de vista clínico y psicológico, se recrea la imagen corporal e, incluso, se da lugar a una pregunta que a menudo se hacen los padres: ¿influye la altura de los padres sobre la de los hijos?

Cuando se introducen en el tema de la sexualidad de los adolescentes, mecha el texto con gran cantidad de preguntas y reflexiones que los jóvenes se hacen entre sí y, a veces, con sus propios padres, lo que ellos consideran más conveniente. Decididos partidarios de la educación sexual de los adolescentes, los autores defienden su postura con hechos contundentes y es en esa defensa que toma gran valor la experiencia adquirida en provechosos años de profesión.

Un libro de 57 capítulos con abundante bibliografía nos habla a las claras de cómo se ha ex-

purgado el tema. Algunos de ellos son de gran actualidad, tales como el hostigamiento entre pares en la edad escolar o el *bullying*, a los que los autores le han dedicado los capítulos 53 y 54, o el que se refiere a la violencia familiar (51), o los que dedican a las drogas y a su tratamiento (46-48). No faltan tampoco los que lo hacen sobre el embarazo precoz y el sida.

En fin, una obra importante con esos casi sesenta tópicos muy bien narrados, en los que Pasqualini y Llorens han volcado experiencia y capacidad, pero más que eso su entusiasmo, motor indispensable para lograr un buen producto.

Un libro que nos acerca al mundo del adolescente y nos revela muchos de sus problemas y, por qué no, de sus incógnitas.

Prof. Emérito Dr. Alfredo Buzzi
Decano de la Facultad de Medicina de la UBA



Prefacio

La finalidad de este libro es brindar herramientas para alcanzar una comprensión integral del crecimiento y desarrollo de los adolescentes y mejorar la calidad de atención.

Abarca temas relacionados con la salud del adolescente y con las enfermedades más usuales, enfatizándose una visión integral e integradora. Se describen, además de los aspectos referidos a la consulta habitual, los relacionados con el accionar familiar y comunitario, entre ellos, la escuela y las políticas de salud, que contribuyen a la defensa de los derechos de los adolescentes. El conocimiento de la realidad actual de los adolescentes y de sus necesidades facilita la construcción de un vínculo empático que favorece las acciones dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Este material está dirigido a todos aquellos que estén involucrados en el cuidado de los jóvenes: médicos, psicólogos, enfermeros, obstetras, trabajadores sociales, nutricionistas, docentes, etcétera, de Latinoamérica, el Caribe, y de la península Ibérica.

Es el producto de muchas horas de trabajo de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, que, desde hace años, procuran promover la salud y prevenir los padecimientos y malestares de los jóvenes en cada contacto con ellos, ya sea en la sala de espera, en la admisión, en la consulta, así como en la tarea de orientación a padres, a escuelas, a juzgados y a otros miembros de la comunidad. Muchos de estos profesionales forman parte del equipo interdisciplinario del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, de la ciudad de Buenos Aires. Además, participan como autores invitados, profesionales de amplia trayectoria pertenecientes a otros sectores de la comunidad, otras instituciones y a otras disciplinas. Han colaborado alrededor de cincuenta profesionales como autores o como asesores científicos o en ambos roles, brindando generosamente su tiempo y sus conocimientos.

Es importante aclarar que este esfuerzo no hubiera podido ser posible de no haber contado con el apoyo de instituciones que contribuyeron con nuestra capacitación, investigación y puesta en marcha del proyecto, como son, entre otras, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Oficina Panamericana de la Salud, la Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil y el Ministerio de Salud de la Nación.

Los 57 capítulos incluyen un marco teórico y bibliografía con *links* de consulta. Algunos contienen casos clínicos y/o viñetas y, otros, propuestas para reflexionar a lo largo de su lectura.

Los diferentes ejes temáticos son:

- Los y las adolescentes en la sociedad actual, en el que se incluyen el crecimiento y el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social.
- El adolescente, sus vínculos y su inserción en la comunidad.
- Participación juvenil y políticas de juventud.
- Abordaje integral en la consulta, que, además, contiene: Servicios amigos de los adolescentes, y de calidad.

- La consulta propiamente dicha con el adolescente y su familia, motivos de consulta y estrategias terapéuticas, y un capítulo dedicado al tema resiliencia.
- Motivos de consulta frecuente, de varones y de mujeres, relacionados con su desarrollo, baja talla, certificado de aptitud física, vacunas.
- Abordaje de las problemáticas relacionadas con la alimentación, que comprende los trastornos de la conducta alimentaria, la obesidad y sus complicaciones.
- Sexualidad adolescente.
- Embarazo, maternidad y paternidad adolescente, y consejería.
- Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS) y con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por sida.
- Síntomas y malestares frecuentes: Cansancio, dolores y síncope vasovagal.
- Motivos de consulta psicológicos y relacionados con el aprendizaje.
- Abordaje de la problemática vinculada con el consumo de drogas.
- Violencia en la adolescencia en el marco de los Derechos Humanos. La violencia ejercida por jóvenes y adolescentes víctimas de violencia.

Su contenido forma parte del Programa de Actualización «Abordaje Integral del Adolescente», Curso Virtual de Posgrado, que se dicta desde el año 2006, desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y en el cual participaron más de trescientos alumnos del país y de otras regiones de Latinoamérica y de España. Fue aprobado por la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Resolución N.º 1781 con fecha 29 de agosto de 2005, cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación y de la OPS/OMS por el Programa Regional y Oficina de País, Argentina. Su asesora pedagógica es la Dra. Edith Litwin, a quien le debemos un especial agradecimiento.

Diana Pasqualini
Alfredo Llorens

Índice

●Capítulo 1

Los y las adolescentes, y la adolescencia en la sociedad actual

1. Adolescencia, familia y contexto
2. Adolescencia, sexualidad y género
3. Adolescencia y globalización
4. La influencia de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC)
5. Adolescencia y derechos
6. Cambios cerebrales en la adolescencia
7. Bibliografía

●Capítulo 2

Marco histórico del concepto «adolescencia»

1. Construcción del concepto adolescencia
2. Bibliografía

●Capítulo 3

Cambios físicos: crecimiento y desarrollo

1. Introducción
 - 1.1. ¿Cuáles son los factores que regulan el crecimiento?
2. Concepto de pubertad
3. Crecimiento corporal en la pubertad
 - 3.1. ¿Cómo se evalúa el crecimiento y el desarrollo?
 - 3.2. ¿Cómo es el crecimiento en la adolescencia?
 - 3.3. Concepto de índice nutricional
 - 3.4. Concepto de índice de masa corporal
4. Cambios físicos puberales de mujeres y de varones
 - 4.1. Desarrollo puberal en la mujer
 - 4.2. Desarrollo puberal en el varón
5. Conformidad con la apariencia y satisfacción con su imagen corporal
6. Bibliografía

● **Capítulo 4**

Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo

1. Introducción
2. Identificaciones y duelos
3. Desarrollo cognitivo: adquisición del pensamiento operatorio formal
4. Bibliografía

Capítulo 1

Los y las adolescentes

Dra. Diana Pasqualini

La palabra adolescente viene del latín *adolescens, adolescentis* y significa ‘que está en período de crecimiento, que está creciendo’. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es ‘tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad’.

Según la Real Academia Española, adolescencia es la ‘edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo’.

Según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Según Marcelo Viñar, es un tiempo transformacional de progresos y retrocesos, de logros y fracasos, cuyo tiempo de comienzo coincide con los primeros cambios puberales, y la fecha de cierre se ha estirado favorecida por el aumento de la expectativa de vida al nacer, y, en los grupos cultos, por la extensión casi al infinito de estudios y diplomas de capacitación. Señala, también, que el tránsito adolescente no es madurativo sino que es transformacional, es algo que se logra, se conquista con trabajo psíquico y cultural, o se estanca y se fracasa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás. Y, a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió. Por ello, es frecuente el término «las adolescencias», y diferenciar «los» de «las» adolescentes.

La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez, y cuando es posible la creación de una nueva familia. Este proceso, hoy en día, se extiende más allá de los 20 años, ya que la posibilidad de independizarse económica y afectivamente de los padres se logra, en algunos ámbitos culturales, después de los 24 años.

En la adolescencia el cuerpo se modifica en tamaño, forma y vigor. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción. Los y las adolescentes adquieren un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta adaptarse e identificarse con él.

Desde lo cognitivo, se desarrolla el pensamiento abstracto con el que logran la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos.

Desde lo emocional, cada individuo participa en una experiencia de vida de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad.

«La incorporación de principios y valores morales, el respeto a sí mismo, a los demás, a la naturaleza, así como la adopción de prácticas religiosas, contribuyen al desarrollo espiritual» (C. Serrano).

Desde lo social, la dependencia con la familia de origen disminuye y aumenta la intensidad de las relaciones con pares y adultos fuera de la familia. Transferen al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes mantenían con la familia.

El tiempo libre pasado a solas, fantaseando, escuchando música, soñando, y el compartir con otros largas conversaciones sobre el sexo opuesto y los ideales van enriqueciendo su mundo interno.

Todos los cambios mencionados tienen lugar en un corto tiempo, por lo cual se dice frecuentemente que los y las adolescentes transitan un momento de crisis, crisis en el sentido de cambio. Necesitan acomodarse a una situación nueva en el que todas las medidas, que anteriormente servían de marco, sostén y adaptación, pasan a ser cuestionadas. Vivencias positivas de la infancia contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa. Los niños que viven rodeados de amor y de fortaleza en sus hogares aprenden a no sentir temor ante sus propios sentimientos y pensamientos y progresan en su desarrollo emocional. Van adquiriendo la seguridad esencial para sentirse libres, para poder jugar, aprender y para sentirse responsables. En cambio, cuando el ambiente adulto no es capaz de sostenerlos ni de acompañarlos, las heridas narcisistas asociadas a fallas tempranas en los vínculos familiares y/o a sucesivas frustraciones escolares y sociales ponen a prueba al sujeto, y pueden aparecer diferentes expresiones de desamparo, como por ejemplo, «conductas de autodestrucción o antisociales» (Winnicott).

Llegada la adolescencia, es habitual la aparición de rebeldías y desafíos. Los y las adolescentes precisan confrontar con los adultos que los rodean a fin de crecer y desarrollarse autónomamente. A pesar de que cuestionan el orden preestablecido, circunstancia frente a la cual los padres no suelen estar preparados, los límites son esenciales. La cordialidad en el diálogo y la claridad en la puesta de límites actúan de contención para lograr desprenderse.

El desprendimiento de los padres exige la búsqueda de nuevos modelos. El grupo de pares adquiere relevancia. El ensayo de roles, la vestimenta, el lenguaje y los gestos en común con el grupo, son necesarios para afianzarse. A veces, es más importante para los y las adolescentes lo que los demás piensan que son, que lo que ellos y ellas sienten. Luego adquieren la noción de adónde van y el reconocimiento de lo que realmente valen.

Las instituciones en donde pasan mucho tiempo, escuela, club, iglesia y aún la misma calle, dejan su impronta favoreciendo o deteriorando el desarrollo individual. Las oportunidades de participación e inserción social contribuyen al desarrollo del sentido de la vida.

La escuela debería colaborar en el desarrollo de la autoestima y de la autonomía. La reflexión sobre desarrollo humano, relaciones interpersonales, organización social, valores religiosos, oportunidades para el futuro, orientación vocacional, ecología, sexualidad y adicciones contribuirían a construir una filosofía de vida. Lamentablemente, en muchas oportunidades se premian la docilidad y la sumisión y no se aceptan preguntas y cuestionamientos. La búsqueda de la libertad y la expresión de descontento y de inquietud no suelen ser valoradas.

El ingreso paulatino del adolescente al mundo adulto se va facilitando cuanto más amplios son los intereses, cuanto más oportunidades ha tenido en el desarrollo de sus capacidades emocionales, cognitivas, sociales y espirituales, y si existen en su contexto posibilidades concretas de inserción social, a través del estudio o del trabajo.

Los y las adolescentes que alcanzan su pleno desarrollo van sumando habilidades que favorecen un nuevo posicionamiento frente al mundo y una mayor autonomía. Afirmen la identidad sexual y la capacidad de intimar. Adquieren la capacidad de diálogo, de negociación y de defensa de los valores personales. Alcanzan logros intelectuales, vocacionales y laborales que les permiten construir un proyecto de futuro.

La adolescencia en la sociedad actual

1. Adolescencia, familia y contexto

En la Edad Moderna, cuando el empleo era más estable, había más movilidad social, y los máximos valores eran la familia y el trabajo, las familias eran más homogéneas, verticales y rígidas. No se ponía en duda la autoridad de los padres, y los hijos no tenían derecho a una vida privada. Los padres, en general, deseaban que sus hijos e hijas se desarrollaran por completo a fin de poder insertarse socialmente y contribuir al futuro de la humanidad, que preservaran la historia del pasado y que aprendieran y enseñaran valores.

Hoy en día, las expectativas familiares para con los hijos e hijas varían según el lugar donde está insertado ese/a adolescente en particular, su clase social y su cultura.

Así, las familias difieren según:

- el nivel cultural, referido a la red de significaciones o formas de entender la realidad que le sirve para organizar y actuar en su vida diaria,
- el nivel educativo, en relación con el manejo de los conocimientos y con sus reglas de conducta,
- el nivel económico,
- su funcionamiento: grado de cohesión (vínculo emocional entre los miembros de la familia); adaptabilidad (capacidad de la familia para cambiar sus reglas de funcionamiento, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de estrés; capacidad para solucionar problemas; comunicación, tanto afectiva como instrumental).

Las diferentes expectativas familiares y sociales generan diversidad de posibilidades, dan un sentido distinto del vivir a cada uno de sus descendientes y, a veces, favorecen un sentimiento de angustia e incertidumbre.

Los nuevos roles del hombre y de la mujer en el mundo globalizado han provocado una nueva comprensión del matrimonio, del trabajo de la mujer y de los recursos alternativos del cuidado del niño. El tamaño de la familia, en nuestra sociedad en general, se ha reducido significativamente. El divorcio y el nuevo matrimonio son nuevas alternativas que enfrentan los hijos. El empleo de la madre obliga, en algunos estratos sociales, a que los niños sean cuidados por extraños, en otros, por familiares adultos, y, en otros, por los hermanos. El rol del padre se ha ido desdibujando, su autoridad es cuestionada por la mujer y por sus descendientes, y la situación se agrava al perder su trabajo y su rol de proveedor. En estas últimas circunstancias, el riesgo de marginalidad aumenta, y, en muchas ocasiones, mujeres e hijos tienen que abastecerse sin el sostén del hombre.

Los cambios fundamentales en la familia en el mundo globalizado son la disociación entre la conyugalidad (vínculos de pareja) y la filiación (vínculos entre padres e hijos). En la familia tradicional, estos dos vínculos eran indisolubles. En la actualidad, en cambio, la conyugalidad ha perdido su carácter indisoluble mientras que la filiación mantiene dicho carácter. Además, en la familia occidental se defiende a ultranza el individualismo, que pone el acento en la libertad extrema. Sin embargo, esta autonomía subjetiva se acompaña cada vez más de la dependencia material.

En la Argentina, actualmente, hay alrededor de 12 millones de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, de los cuales, 5 millones viven en condiciones de pobreza, con alta propensión al hacinamiento, deserción escolar, repitencia, aislamiento y a la segregación social, entre otras situaciones precarias de salud.

Las configuraciones familiares existentes son múltiples, entre ellas se encuentran aquellas conformadas por los padres e hijos, y otras que se constituyen en hogares monoparentales. Las mujeres solas con hijos tienen mayor dificultad en su crianza, pero las que padecen una mayor sobrecarga física y psicológica son las que, además, se encuentran en situación de pobreza (Tuñón I.).

Los diferentes procesos de crianza y de socialización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente. De la familia, depende la elección de la escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de las redes sociales y virtuales en la adolescencia. No es lo mismo, cursar los

años escolares sin estímulo ni interés por parte de los padres, que hacerlo bajo la mirada afectuosa de la familia y en interacción con pares en la misma escuela y en otras actividades recreativas, deportivas o artísticas.

I. Tuñón refiere que los adolescentes de 13 a 17 años se hallan en situación de déficit en el proceso de sociabilización si registran al menos dos de las siguientes situaciones: adolescentes que no tienen hábito de lectura; adolescentes que no acceden a Internet; adolescentes que no realizan actividad deportiva y cultural extraescolar; adolescentes que desertan o que se encuentran rezagados en la escuela. Un adolescente del sector 40% más pobre tiene 2,6 veces más «chance» de experimentar situaciones deficitarias, por lo cual, sus habilidades cognitivas y sociales pueden no llegar a alcanzar toda su potencialidad.

Hay familias, que por su estilo de vida, promueven una maternidad temprana, mientras que otras esperan que sus hijos e hijas terminen los estudios, se instalen en sus trabajos y, recién después, que planeen la conformación de una familia. Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico.

Entre los y las adolescentes, según Di Segni Obiols, «hay quienes se sienten identificados con sus familiares, otros, son extranjeros en su propia casa». Crecen en un mundo mucho más complicado que el de sus abuelos, un mundo en el que las oportunidades de contacto, constancia y permanencia resultan poco frecuentes.

2. Adolescencia, sexualidad y género

Los cambios corporales, influenciados entre otros factores por las hormonas, y los mandatos sociales y culturales inciden en la construcción de la identidad de varones y de mujeres. La sexualidad en la adolescencia se potencia a partir de las nuevas sensaciones corporales y, al decir de Françoise Dolto, se produce una mutación, por la cual dejan de ser las figuras parentales el centro de la existencia y adquieren relevancia los pares, los ídolos del mundo cultural y otros adultos. Se ve así facilitada la salida exogámica y, cuando «la angustia de los padres no le produce ningún efecto inhibitorio», la sexualidad adolescente puede alcanzar su madurez adulta.

La *sexualidad* es más que el funcionamiento genital, tiene que ver con estilos de vida, roles sexuales y formas de relacionarse con el entorno. Incluye intercambio afectivo, comunicación, preocupación por las necesidades del otro, crecimiento mutuo a través de la relación. La capacidad de intimar, de comprometerse amorosamente con el otro y de armar un proyecto en común se adquiere en la adolescencia tardía. Pero la percepción que los y las adolescentes pueden tener de esta situación no siempre coincide con la de los adultos, ya que el deseo de atraer al otro se despliega con toda su intensidad desde la pubertad.

El concepto de *género* está relacionado con el imaginario colectivo que asigna distintos roles y funciones a mujeres y a varones: qué se asocia a lo femenino y qué, a lo masculino. Se acostumbraba asignar a lo masculino calificativos de fuerza, ser dinámico, trabajador, proveedor, tener una vida pública independiente y competente, agresividad en los encuentros sexuales y contención de emociones. Se le dio el lugar de representante del mundo exterior, estimulante, excitante. Lo femenino se asociaba a delicadeza, vida hogareña, a lo nutricional y a la educación, con énfasis en las relaciones interpersonales; la experiencia de vida de las mujeres se inscribía más en lo privado. Su rol era atender, cuidar, reasegurar, curar. Estas diferencias condicionaban desigualdades en el trato entre los géneros. Era valorada la virginidad en las mujeres y la virilidad en los hombres, lo que se asociaba, en muchas ocasiones, a múltiples experiencias sexuales sin compromiso afectivo.

Con el advenimiento de la revolución industrial, los avances del psicoanálisis, el cambio social de la mujer y la aparición de los anticonceptivos, las pautas sociales y los valores se modificaron. La procreación dejó de ser el fin principal de la sexualidad, y adquirieron preeminencia la búsqueda del

placer, el amor y la comunicación afectiva. La concepción de género se fue modificando, y los roles pasaron a ser complementarios. Dado que las relaciones entre los géneros son asignadas socialmente, es posible promover el respeto mutuo y el proyecto propio. Hoy en día, hay hombres y mujeres que trabajan, estudian, hacen los quehaceres de la casa, cuidan a los niños, los alimentan y los educan, a pesar de sus diferencias. Pero, si bien los roles de los diferentes géneros se han ido modificando entre los que tienen acceso a la educación y posibilidad de integrarse socialmente, no ha sucedido lo mismo entre las clases populares que conservan una visión más tradicional.

A pesar de los cambios mencionados en la concepción de género, la sociedad, en general, valora en el adolescente varón el inicio temprano de las relaciones sexuales, y hay fuertes presiones para que sea heterosexual e independiente. Y, si bien se aprecia la educación de la mujer casi tanto como la del hombre, se espera de ella mayor pasividad y disponibilidad para otorgar placer.

Por otro lado, la cultura, la clase social, la raza y la región geográfica influyen en la equidad de género y pueden relacionarse con factores que provocan disparidades innecesarias, evitables e injustas entre hombres y mujeres. Y, en el ámbito de la salud, esto tiene que ver con el desarrollo sostenible, el acceso a la atención y con la participación en la toma de decisiones. Es así, por ejemplo, que en algunas capas sociales, los varones en sus horas libres juegan al fútbol con sus amigos o se reúnen en las esquinas, mientras que sus hermanas cuidan a los hermanos menores y hacen los quehaceres domésticos; cuando no son maltratadas y abusadas.

Las víctimas más frecuentes de hostigamiento y de crímenes en las calles son varones. Son más propensos a inyectarse drogas, a tener múltiples parejas sexuales y, todavía, a adquirir la infección por el VIH. Las mujeres, en cambio, sufren más la coerción por parte de la pareja y, muchas veces, quedan embarazadas sin planearlo lo que aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad.

3. Adolescencia y globalización

El Diccionario de la Real Academia Española define *globalización* como ‘tendencia de los mercados y de las empresas a extenderse, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales’.

La reorganización mundial del mercado y, por lo tanto, de la economía y el avance tecnológico, sobre todo de los medios de comunicación, han transformado a los ciudadanos en consumidores. Antes, se tenía clara noción de pertenencia a una ciudad, a una nación. Hoy, los mensajes que llegan a las diferentes regiones son los mismos, los bienes se distribuyen y se consumen por igual en cualquier lugar, y el sentido de pertenencia e identidad se va desdibujando.

Dentro de este contexto, quizás, el síntoma que emerge con más fuerza es el *miedo a quedar afuera*, fuera del mercado laboral y fuera de la creciente tecnologización de todos los aspectos de la cultura.

La brecha entre ricos y pobres se va incrementando, y se ponen en evidencia las múltiples adolescencias en los diferentes contextos sociales.

Los beneficios del desarrollo tecnológico no favorecen por igual a todos los estratos sociales. Esto ha influido en la polarización socioeconómica hacia el interior de las sociedades nacionales y en la ruptura de fronteras para los grupos económicamente más privilegiados. Así, los jóvenes con mayores recursos económicos se empiezan a parecer más a los jóvenes con las mismas condiciones de cualquier parte del mundo (Krauskopf, 2000). Acceden a la educación, al trabajo y a los avances tecnológicos más fácilmente que los más pobres. La rebeldía es legitimada por la sociedad, ya que se la asocia a ensayo de roles, a potencia física y/o a belleza. En cambio, los más excluidos del espectro social que no acceden a salud, educación y trabajo son estigmatizados, y sus comportamientos son visualizados como delictivos y como amenaza al orden social.

Los medios masivos de comunicación difunden el modo de vivir de las diferentes capas sociales, los diferentes ídolos y modas, y las múltiples oportunidades que ofrece el mercado a los que

tienen posibilidades de adquirir. La imagen de los contrastes genera malestar y violencia en muchas ocasiones.

En este contexto, la brecha generacional se va diluyendo. Dice Darío M. Lagos: «Cuando la impotencia y el temor al futuro inundan la subjetividad del hombre la transmisión de posibilidades y prohibiciones se debilitan. La transmisión de ideales, emblemas, significaciones y sentidos es difícil cuando la familia está en crisis, crisis sobre sí mismos, su lugar en el mundo, sobre la posibilidad de hacerse cargo de las funciones de protección material, de la transmisión de valores y modelos que ya no son reconocidos por la sociedad y la cultura, y en donde ya no se sienten reconocidos».

La falta de trabajo del padre o del que cumple ese rol y la pérdida del lugar de proveedor en la familia se acompaña de la pérdida del valor de la palabra, de crisis en la familia y de crisis en el y la adolescente. Esto genera un malestar que los miembros de la familia expresarán de diferente manera: ansiedad, depresión, somatizaciones, violencia, desesperanza. Si el o la adolescente siente que la incertidumbre con respecto al futuro lo paraliza no podrá desarrollarse adecuadamente. Hay que aclarar que los lazos familiares y las redes de apoyo social pueden ejercer una fuerte influencia para hallar nuevas estrategias de supervivencia y de desarrollo emocional y social.

4. La influencia de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC)

En otros tiempos, los jóvenes tenían limitaciones para difundir opiniones, para ampliar la educación informal y para comunicarse con diferentes personas en el mundo o con sus grupos de referencia. La familia podía ejercer cierto control sobre las actividades de ocio de los hijos y sobre las fuentes de educación informal. Hoy, con la telefonía móvil e Internet, estas limitaciones tienden a disolverse. El acceso al ciberespacio facilita alcanzar información sobre cualquier tema, así como, lecturas, música, videos, y la comunicación con cualquier persona o grupo que tenga presencia en el mismo.

El consumo de la tecnología digital y de pantallas es un hecho cotidiano, naturalizado en todos los segmentos de las nuevas generaciones. Las posibilidades de acceso se van extendiendo aún entre los que menos tienen, y su uso abre espacios de sociabilización, información y de comunicación inimaginados.

Refiere Alejandro Piscitelli: «Los chicos que hoy tienen entre 5 y 15 años son la primera generación mundial que ha crecido inmersa en estas nuevas tecnologías. En promedio los graduados universitarios (especialmente en los EE. UU., pero crecientemente en todos los rincones del planeta) han pasado cerca de 5000 horas de su vida leyendo, pero cerca de 10.000 horas jugando a videojuegos (y cerca de 20.000 horas viendo televisión). Han pasado toda su vida rodeados de computadoras, videogames y el resto de los *gadgets* digitales».

Las ventajas de Internet son muchas, posibilita el acceso a múltiples espacios en muy corto tiempo y permite conocer fuentes de información que serían imposibles de leer a lo largo de toda una vida. También tiene desventajas, ya que cualquiera puede publicar lo que desee y, es así, que algunos adolescentes llegan a contenidos y a contactos inconvenientes. En la red puede encontrarse material sobre pornografía, sexo explícito, propaganda ideológica de grupos extremos, chicas que sufren trastornos alimentarios que aconsejan cómo vomitar y que brindan recetas para no comer, asesoramiento a potenciales suicidas, etcétera. Son estas posibilidades ampliadas, tanto para la recepción como para la emisión, el gran cambio cultural. Si se puede decir que Internet es revolucionario, es porque descentró la posibilidad de publicación de los grandes emisores hacia el público en general. Las TIC convierten en potencial emisor a todo receptor, pero esto de nada sirve si se carece de las condiciones reales para ejercer este poder, esta responsabilidad (David Casacuberta). La educación es un factor fundamental para ejercer esta libertad de manera segura.

No existen fuentes confiables sobre el uso de Internet. Sin embargo, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos refiere que un 19% de los navegantes entre los 10 y los 17 años se han

sentido amenazados, aunque solo el 3% fue incitado a contactos personales y ninguno llegó a sufrir una amenaza directa en el mundo real. En España, en 2002, se publicaron cifras mayores («Seguridad infantil y costumbres de los menores en Internet», Defensor del Menor); según esta fuente, el 44% de los menores que navegan con regularidad se han sentido acosados sexualmente en Internet en alguna ocasión, y el 14,5% de los encuestados había concertado una cita con un desconocido a través de la red. Es importante que los padres y educadores estén al tanto de las costumbres de sus hijos y de sus alumnos, y de su forma de usar la nueva tecnología. Los chicos necesitan orientación y límites.

Los padres deberían enseñar a los niños a tomar contacto solo con fuentes confiables, a no revelar sus datos personales a extraños, a evitar arrear *on-line* una cita sin autorización, a ignorar a personas o mensajes que los hagan sentirse incómodos y notificar a un adulto de esta situación. Se deberían tomar posiciones positivas compartiendo con ellos la información y enseñándoles a respetar la privacidad, a no *hackear* programas ni computadoras y a no plagiar contenidos.

Los chats, los mensajes de texto y las comunidades virtuales son los nuevos protagonistas de la comunicación entre los adolescentes. Este código comunicativo tiene su tipografía, sus emoticones, su *netiquette*, etcétera. Es frecuente el uso de palabras abreviadas. Según Alex Grijelmo, esto no es una novedad de las nuevas tecnologías: «También los mensajes que trasladaban las palomas se escribían con menos frases que aquellos que distribuirían más adelante los servicios de correos. Y las primeras conversaciones telefónicas duraban menos que las charlas en persona (mientras no bajaron los precios). Se trata de una simple adaptación formal al medio que utilizamos. Pero ninguno de esos medios alteró las palabras ni las estructuras gramaticales».

5. Adolescencia y derechos

La Convención Internacional de los Derechos del Niño sancionada en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1989 considera que niños, niñas y adolescentes son «sujetos plenos de derechos, merecedores de respeto, dignidad y libertad» y abandona la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad. La Convención es incorporada al Artículo 75, inciso 22, en la reforma constitucional de la Argentina del año 1994.

En 1993, se formula el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente en la Argentina, cuyo objetivo es la «promoción y protección de la salud de los adolescentes mediante una cobertura creciente en calidad y cantidad de los servicios». En 1995, la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de la OPS y de la Fundación Kellogg, elaboran los «Lineamientos normativos para la atención integral de salud en adolescentes».

Cada vez más, se van reconociendo los derechos que tienen los adolescentes a acudir a los servicios de salud, aún sin compañía de un adulto, y su derecho a informarse sobre sexualidad. La atención adecuada y la promoción de una vida sexual plena, con acceso oportuno a los métodos anti-conceptivos, tienen como fin evitar embarazos, abortos, infecciones de transmisión sexual y/o sida. En el 2003, se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley N.º 25673.

En el año 2006, se sanciona la Ley Nacional de Educación Sexual que reconoce el derecho de autonomía personal y privacidad en cuanto a la sexualidad individual acorde con el desarrollo del niño y de la niña.

Sin embargo, a pesar de todos estos avances, los derechos referentes a la vida, salud, alimentación, educación, vivienda y desarrollo integral, respetando a la persona, no están asegurados. Los jóvenes sufren el fenómeno de la pobreza, la exclusión social, la desnutrición, la violencia familiar, la deserción escolar, la explotación laboral y la discriminación social y cultural que abren camino a la desesperanza y, además, incrementan accidentes, embarazos no planeados, VIH/sida, consumos, inseguridad y conflictos que ponen en riesgo su crecimiento y su desarrollo.

Los recursos que se les asignan a las situaciones de enfermedades y a los problemas agudos son limitados. En muchas ocasiones, los aspectos de salud mental y los desórdenes alimentarios no

son abordados adecuadamente. Algo similar ocurre con los que consumen drogas, sin hogar y en situación de calle. No suele tenerse en cuenta que la salud de los adolescentes es un elemento clave del progreso social y económico de un país.

En un foro donde se discutió el tema del Régimen Penal Juvenil (2009), la Asamblea Permanente por los Derechos de la Niñez consideró «que no se implementaron todavía políticas públicas que garanticen los derechos de muchos niños y niñas que tienen sus derechos violados y se pretende “solucionar” los problemas de la niñez en conflicto con la ley penal promoviendo políticas de castigo y encierro para niños y niñas, ya enormemente castigados por la carencia en que viven en cuanto al disfrute de sus derechos fundamentales, como son vivienda digna, acceso real a la salud y a la educación, y trabajo digno de sus progenitores» (Revista La Pulseada, N.º 73, Agosto 2009).

Leyes argentinas referidas a niñez y juventud:

- Ley N.º 23.849: Ley que aprueba la Convención sobre los Derechos de los Niños. Incorporada a la Constitución del año 1994. Publicada en el Boletín Oficial el 22/10/90.
- Ley N.º 26.061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Código Civil. Publicada en el Boletín Oficial el 26/10/2005.
- Ley N.º 25.673: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Publicada en el Boletín Oficial el 22/11/2002.
- Ley N.º 26.150: Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Publicada en el Boletín Oficial el 24/10/2006.
- Ley N.º 26.206: Ley de Educación Nacional. Sancionada en el año 2006.
- Ley N.º 26.390: Ley de Contrato de Trabajo. Prohibición del trabajo infantil y protección del trabajo adolescente. Publicada en el Boletín Oficial el 25/06/2008.
- El actual sistema penal de menores en la República Argentina, se encuentra conformado por: a) la Ley del Patronato de Menores (Ley N.º 10.903); b) el Régimen Penal de la Minoridad (Leyes N.º 22.278 y N.º 22.803), y c) por el Código Procesal Penal de la Nación, en sus Artículos N.º 28 (competencia del tribunal de menores para aquellos hechos que estén reprimidos con pena privativa de la libertad mayor de tres años), N.º 29 inciso 1.º (competencia del Juez de menores de instrucción) y por todos los artículos que integran el Capítulo II, del Título II del Libro III (artículos N.º 410 al N.º 414) (Guillermo Enrique Friele).
- Ley N.º 22.278: Régimen Penal de la Minoridad. Publicada en el Boletín Oficial el 28/8/1980. En revisión. Las comisiones de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y de Presupuesto y Hacienda, crea el Consejo Federal de Juventud en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, expediente 876-D. - 2006.
- Ley N.º 26.485: Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Publicada en el Boletín Oficial el 14/04/2009.
- Ley N.º 24.417. Protección contra la violencia familiar. Publicada en el Boletín Oficial el 3/01/1995. Reglamentada el 7/03/1996.
- Ley N.º 26.052. Modificase la Ley N.º 23.737. Estupefacientes. Publicada en el Boletín Oficial el 30/08/2005.

Algunas organizaciones internacionales que influyen en los derechos de los y las adolescentes:

Las Naciones Unidas, <<http://www.un.org/es/>>, es una organización internacional fundada en 1945, tras la Segunda Guerra Mundial, por 51 países que se comprometieron a mantener la paz y la seguridad internacional, desarrollar relaciones amistosas entre las naciones y a promover

el progreso social, mejorar los niveles de vida y los derechos humanos. Debido a su singular carácter internacional y a las competencias de su Carta Fundacional, la Organización puede adoptar una decisión sobre una amplia gama de cuestiones, y proporcionar un foro a sus 192 Estados Miembros para expresar sus opiniones a través de la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, el Consejo Económico y Social y otros órganos y Comisiones. Aunque más conocida por el mantenimiento de la paz, la consolidación de la paz, la prevención de conflictos y la asistencia humanitaria, hay muchas otras formas en que las Naciones Unidas y su sistema (organismos especializados, fondos y programas), afectan a nuestras vidas y hacen del mundo un lugar mejor. La Organización trabaja en una amplia gama de cuestiones fundamentales, desde el desarrollo sostenible, el medio ambiente, la protección de los refugiados, socorro en casos de desastre, la lucha contra el terrorismo, el desarme y la no proliferación de armas, hasta la promoción de la democracia, los derechos humanos, la igualdad entre los géneros y el adelanto de la mujer, la gobernanza, el desarrollo económico y social y la salud internacional, la limpieza de las minas terrestres, la expansión de la producción de alimentos. Todo esto, y aún más, con el fin de alcanzar sus objetivos y coordinar los esfuerzos para brindar un mundo más seguro para ésta y futuras generaciones.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), <<http://www.undp.org/spanish/>>, es la red mundial de las Naciones Unidas en materia de desarrollo que promueve el cambio y conecta a los países con los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a los pueblos a forjar una vida mejor. Está presente en 166 países trabajando con los gobiernos y las personas para ayudarlas a encontrar sus propias soluciones a los retos mundiales y nacionales del desarrollo. La principal contribución del PNUD es el desarrollo de capacidades –el «cómo» del desarrollo–. Por medio de sus programas, el PNUD acerca a las personas dentro de cada país y en todo el mundo, fomentando alianzas y compartiendo formas de promover la participación, la responsabilidad y la eficacia en todos los niveles.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), <<http://www.unicef.org/>>. Sede: Washington D. C., EE. UU. Sus acciones están dirigidas a la defensa de los derechos de la infancia, está activa en 191 países por medio de programas de país y Comités Nacionales. UNICEF protege a los niños y a sus derechos proporcionando servicios, políticas en forma de agendas y presupuestos. Su objetivo es promover el cuidado y estímulo a los niños en los primeros años de vida, evitar la discriminación por sexo, reducir la muerte y enfermedad de la niñez y proteger a los niños en medio de la guerra y del desastre natural. Trabaja con gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), otras agencias de Naciones Unidas y socios del sector privado.

Organización Mundial de la Salud (OMS), <<http://www.who.int/es/>>. Sede central: Ginebra, Suiza. La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), <<http://new.paho.org/>>. Sede central: Washington D. C., EE. UU. Es la Oficina Regional de la OMS para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es la agencia de salud pública internacional con más de 100 años de experiencia en el trabajo para mejorar la salud y los estándares de vida de los países de las Américas. Su misión es cooperar técnicamente con los países miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserven un ambiente saludable, avancen hacia el desarrollo humano sostenible. El objetivo es que la población de las Américas alcance Salud

para Todos y por Todos. Sus valores son la equidad, la excelencia, la solidaridad, el respeto y la integridad.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), <<http://www.unfpa.org/public/>>, es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.

Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), <<http://www.oij.org/>>, es un organismo internacional de carácter multigubernamental creado para promover el diálogo, la concertación y la cooperación en materia de juventud entre los países iberoamericanos. La OIJ trabaja en la Argentina junto con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y con la Dirección Nacional de Juventud (DINAJU).

Organización Internacional del Trabajo (OIT), <<http://www.oit.org.pe/>>. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) está consagrada a la promoción de oportunidades de trabajo decente y productivo para mujeres y hombres, en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. Sus objetivos principales son promover los derechos laborales, fomentar oportunidades de empleo dignas, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo al abordar temas relacionados con el trabajo. El Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil –IPEC, por su sigla en inglés– concentra sus esfuerzos en prestar asistencia técnica a los países para el diseño y puesta en marcha de una política nacional efectiva destinada a disminuir progresivamente el trabajo infantil e incluye asesoría especializada en aspectos legislativos tendientes a la aplicación y cumplimiento efectivo de los convenios fundamentales de la OIT N.º 138 y N.º 182 referidos al trabajo infantil.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), <<http://www.eclac.cl/>>, <<http://www.eclac.org/>>. Sede: Santiago de Chile, Chile. La CEPAL es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas. Se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo. Posteriormente, su labor se amplió a los países del Caribe y se incorporó el objetivo de promover el desarrollo social

6. Cambios cerebrales en la adolescencia

Según Jean Piaget, el adolescente progresa en su capacidad cognitiva hacia una mayor capacidad de abstracción y flexibilidad para la resolución de problemas que caracterizan las operaciones formales. A partir de los 11 años va adquiriendo la aptitud de pensar hipotéticamente y generalizar a través de observaciones empíricas, y de formular conceptos abstractos que sirven para orientar su futura capacidad de decisión.

Según Kohlberg, durante el proceso adolescente, el desarrollo moral avanza de la etapa preconvencional, típica de los niños menores de 9 años, enfocada en su propio interés, donde obedecen las normas para evitar el castigo, hacia la convencional. Aquí, la persona tiene en cuenta la perspectiva del otro y necesita de la aprobación del afuera. Pocos son los que llegan al nivel posconvencional, más basado en principios humanitarios que en la necesidad de agradar.

Nos preguntamos cuáles son las bases biológicas del desarrollo del conocimiento y de las habilidades sociales. Y poco a poco van apareciendo algunas respuestas.

Refiere el Dr. J. Giedd, que durante mucho tiempo se creyó que el desarrollo cerebral tenía lugar fundamentalmente en los primeros años de vida. Y que este desarrollo dependía en gran medida

del amor y los cuidados que se les brindaba a los niños y niñas a lo largo de sus vidas, del sostén y los límites en el hogar, la contención de la escuela y de la sociedad y por supuesto de la nutrición.

Hoy se sabe que el desarrollo varía de acuerdo a los genes y el entorno.

Y se va conociendo como interactúa lo biológico con la experiencia que el niño adquiere en su medio ambiente.

Estudios por imágenes fueron demostrando que el desarrollo cerebral continúa aún pasando los 20 años y éste depende de tres procesos: 1) La proliferación que comprende el rápido crecimiento neuronal-gliial y la formación de nuevas conexiones sinápticas. 2) La eliminación selectiva o poda de las sinapsis menos eficientes. 3) La mielinización que envuelve los axones para facilitar y hacer más rápida y estable la transmisión neuronal entre diferentes partes del sistema nervioso.

Alrededor de los 6 años, el cerebro alcanza el 95% de su tamaño adulto. Pero la sustancia gris, que es la parte pensante del cerebro, continúa engrosándose a medida que las neuronas adquieren nuevas conexiones.

El desarrollo cerebral no es lineal. La sustancia blanca –axones y mielina– aumenta en forma paulatina en las distintas partes del cerebro hasta aproximadamente los 30 años. Mientras que la sustancia gris –cuerpos neuronales, dendritas y células gliales– se desarrolla rápidamente en la niñez, alcanza su pico de crecimiento a los 11 años en las mujeres y a los 13 en los varones y, luego, comienza a declinar. Su crecimiento tiene la forma de una U invertida y no es igual en todo el cerebro.

El cerebro madura de atrás hacia adelante. La sustancia gris de los lóbulos frontales y temporales es la última en hacerlo. El lóbulo frontal está relacionado con la memoria operativa, la capacidad de concentrarse, de planificar a largo plazo, de reconocer los riesgos. Nos permite pensarlos y pensar nuestro lugar en el universo.

Después del pico de crecimiento de la sustancia gris en la adolescencia, se observa una declinación y se supone que aquellas conexiones que no se usan son eliminadas a la manera de una poda.

La hipótesis es que el gran potencial de desarrollo, tanto cognitivo, del razonamiento, de las interacciones interpersonales, del control de las emociones, de la motivación, así como la capacidad de anticipar el riesgo en la adolescencia, dependerá de cuáles serán las sinapsis o las conexiones que se eliminarán, lo cual pareciera estar en relación con *usarlas o perderlas*. Prevalecerán aquellas que son utilizadas. Por ejemplo, el desarrollo académico, el artístico, la habilidad en los deportes es más probable en aquellos que se muestran interesados en estos aspectos, que en los que están marginados, no estudian ni trabajan, o que pasan horas en la computadora, en los videojuegos. El alcohol y las drogas también influyen en la poda de la sustancia gris.

No solamente el lóbulo frontal se modifica en la pubertad, sino también el cuerpo caloso que conecta ambas mitades del cerebro y tiene que ver con la creatividad y la habilidad de resolver problemas. Y, también, el cerebelo que tiene que ver con la coordinación de los músculos y del proceso cognitivo-social. Si la actividad física, las habilidades sociales y el proceso cognitivo son estimulados, el desarrollo del cerebelo es mayor.

Por supuesto que la investigación continúa, y las hipótesis se replantean. Cada vez se sabe un poco más sobre la maduración de aquellas partes del cerebro que tienen que ver con la percepción de las emociones y las diferencias entre el cerebro masculino y el femenino. Por qué los niños son más susceptibles de padecer autismo, dislexia, trastornos de aprendizaje, síndrome de déficit de atención e hiperquinesia y síndrome de Tourette, y las adolescentes, trastornos de la conducta alimentaria, es algo para explorar.

Pareciera ser que si bien el cerebro de los varones es más grande, esto no influye en el coeficiente intelectual. Las mujeres tienen, en cambio, mayor desarrollo de los ganglios basales que contribuyen al funcionamiento ejecutivo del lóbulo frontal.

El pico de incidencia de la enfermedad mental se produce alrededor de los 14 años. Se están realizando estudios para comprender la interrelación entre los factores biológicos y los ambientales que inciden en la aparición de los trastornos por ansiedad, los afectivos, la psicosis (incluyendo la esquizofrenia), el abuso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria.

7. Bibliografía

- ARDITI, Z., P. ZORRILLA, P. LAMY y D. PASQUALINI. «Sexualidad adolescente: Información y riesgo». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2004, 46: 203-208.
- CAO, M. L. *Planeta Adolescente. Cartografía psicoanalítica para una exploración cultural*. Buenos Aires: Gráfica Guadalupe, 1997.
- CECCONI, S. «Cuerpo y sexualidad: condiciones de precariedad y representaciones de género». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, Cultura, Sexualidad. La Dimensión Cultural en la Afectividad y la Sexualidad de los Jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos, 2003.
- CENEP (FNUAP) OPS/OMS. *Salud y Desarrollo de Adolescentes. Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes. Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*. Diciembre 2000.
- CENEP (FNUAP) OPS/OMS. *Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes* [en línea]. Disponible en: <http://www.redinfa.org/files/consejos/ciu05_ley26.061.pdf>.
- DI SEGNI OBIOLS, S. *Adultos en crisis. Jóvenes a la deriva*. Buenos Aires: Noveduc, 2002.
- DOLTO, F. y C. DOLTO-TOLITCH. *Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta*. Buenos Aires: Atlántida, 1992.
- DOMENECH, E. «Adolescencia, el malestar y las reglas». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 470-473. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.470-473.Domenech.pdf>>.
- EDUC.AR El Portal Educativo del Estado Argentino. «Los chicos e Internet» [en línea]. Disponible en: <http://www.educ.ar/educar/kbee:/educar/content/portal-content/taxonomia-recursos/recursos/4d580d1e-df90-40dd-9ce7-7e967e7f7e7e.recursos/2c9a7018-eb22-45cd-8ccd-c84bb782b075/internet_chicos.pdf>.
- GIEDD, J. N. «Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2006, 30: 718-729.
- GÓMEZ GÓMEZ, E. «Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica». *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington, May/June 2002, vol. 11, nros. 5 y 6. Disponible en: <<http://journal.paho.org/uploads/1162322959.pdf>>.
- GUTIÉRREZ M. A. «Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes; una cuestión de ciudadanía». En: Checa, S. *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- HAZEN, E., S. SCHLOZMAN y E. BERESIN. «Desarrollo psicológico del adolescente: revisión». *Pediatrics in Review*, 2008, 29 (5): 161-168.
- KRAUSKOPF, J. «Proyectos, incertidumbre y futuro en el período juvenil». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 495-500. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.495-500.Krauskopf.pdf>>.
- LAGOS, D. M. *Topía*, 2001, 31: 4.
- LEY N.º 23.849 (Argentina): «Convención sobre los Derechos del Niño» [en línea]. Disponible en: <<http://abc.gov.ar/docentes/capacitaciondocente/pruebadeseleccion2008/presentacion/Normativa%20Comun/Ley%2023849-90.pdf>>.
- LEY N.º 26.061 (Argentina): «Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes» [en línea]. Disponible en: <http://www.derhuman.jus.gov.ar/normativa/pdf/LEY_26061.pdf>.
- LEY N.º 25.673 (Argentina): «Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable» (Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación) [en línea]. Disponible en: <http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/25673_salud_sexual.html>.
- LEY N.º 26.150 (Argentina): «Programa Nacional de Educación Sexual Integral» [en línea]. Recuperado de: *Consejo Nacional de la Mujer*. República Argentina. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar/leg_nac/legislacion.htm>.
- LEY N.º 26.206 (Argentina): «Ley de Educación Nacional» [en línea]. Disponible en: <http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley_de_educ_nac.pdf>.

- LEY N.º 26.390 (Argentina): «Prohibición del trabajo infantil y protección del trabajo adolescente» [en línea]. Disponible en: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141792/norma.htm>>.
- LEY N.º 22.278 (Argentina): «Régimen Penal de la Minoridad» [en línea]. Disponible en: <<http://www.portaldeabogados.com.ar/codigos/22278.htm>>.
- LEY N.º 26.485 (Argentina): «Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales» [en línea]. Disponible en: <http://www.amada.org.ar/PDF/LEY_26485.pdf>.
- LEY N.º 24.417 (Argentina): «Protección contra la Violencia Familiar» [en línea]. Recuperado de: *Consejo Nacional de la Mujer*. República Argentina. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar/leg_nac/legislacion.htm>.
- LEY N.º 26.052 (Argentina): «Estupefacientes» [en línea]. Disponible en: <<http://infoleg.mec.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=109264>>.
- MARGULIS, Mario. «Mandatos culturales sobre la sexualidad y el amor». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, Cultura, Sexualidad. La Dimensión Cultural en la Afectividad y la Sexualidad de los Jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos, 2003.
- MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN ARGENTINA; SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (SENNAF) y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF, OFICINA EN ARGENTINA). *Derechos de niños, niñas y adolescentes. Seguimiento de la aplicación de la Convención sobre los derechos del niño. Conceptos, debates y experiencias en la justicia penal juvenil* [en línea]. 2007. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Cuadernillo_Justicia_Penal_Juvenil.pdf>.
- MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos Normativos para la Atención en Adolescentes* [en línea]. 1995. Disponible en: <<http://www.adolescenciaregionv.com.ar/textos/PNSIA%20Lineamientos%20Normativos%20Atencion%20Adolesc.pdf>>.
- NEINSTEIN, L. S. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5.ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- PATTON, G. C. «Pubertal transitions in health». *Lancet*, 2007, 369: 1130- 1139.
- PISCITELLI, A. «Inmigrantes vs. nativos digitales», [en línea]. Recuperado de: *El Portal Educativo del Estado Argentino*. Disponible en: <<http://portal.educ.ar/debates/educacionytic/nuevos-alfabetismos/inmigrantes-digitales-vs-nativos-digitales.php>>.
- SHAW, P., N. J. KABANI, J. P. LERCH, K. ECKSTRAND, R. LENROOT, N. GOGTAY, D. GREENSTEIN, L. CLASEN, A. EVANS, J. L. RAPOPORT, J. N. GIEDD y S. P. WISE. «Neurodevelopmental Trajectories of the Human Cerebral Cortex». *The Journal of Neuroscience*, 2008, 28 (14): 3586-3594.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2002.
- SERRANO, C. V. «Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 673-682.
- TUÑÓN, I. «Efecto de las condiciones de vida y las configuraciones familiares. Sobre los procesos de crianza y socialización de niños, niñas y adolescentes urbanos (2007-2008)». *Equidad para la Infancia. América Latina*, 2009. Disponible en: <[http://www.equidadparalainfancia.org/efecto-de-las-condiciones-de-vida--y-las-configuraciones-familiares-sobre-los-procesos-de-crianza-y-socializacion-de-ninos-ninias-y-adolescentes-urbanos-\(2007-2008\)-166/index.html](http://www.equidadparalainfancia.org/efecto-de-las-condiciones-de-vida--y-las-configuraciones-familiares-sobre-los-procesos-de-crianza-y-socializacion-de-ninos-ninias-y-adolescentes-urbanos-(2007-2008)-166/index.html)>.
- VIÑAR, M. *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Ediciones Trilce, 2009.
- VOLNOVICH, J. C. «El futuro depende de cómo circule la infancia por el imaginario social» [en línea]. Entrevista publicada en la Sección Educación y TIC del sitio www.educ.ar. Disponible en: <<http://portal.educ.ar/noticias/entrevistas/-juan-carlos-volnovich-el-futu.php>>.
- WINNICOTT, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Argentina: Paidós, 1998.

Capítulo 2

Marco histórico del concepto «adolescencia»

Dra. Diana Pasqualini

1. Construcción del concepto adolescencia

El término *adolescencia* proviene de la palabra latina *adolesco*, que significa ‘crecer, desarrollarse, ir en aumento’. Marcelo Cao relata que la condición adolescente es reformulada por cada nueva generación en función de pautas socioculturales dominantes.

El interés por los jóvenes se remonta a la antigüedad. En la cultura griega, Platón explica que el desarrollo humano, o del alma, abarca tres aspectos diferentes: deseo, espíritu y razón. La razón se adquiere en la juventud, por lo cual, en los niños estaría indicada la enseñanza de la música y la vida deportiva, y en los jóvenes, la educación debería abarcar la ciencia y las matemáticas. Según Aristóteles, los jóvenes: «tienen fuertes pasiones, el deseo sexual los arrebató [...]. Son mudables y volubles en sus deseos, que mientras duran, son violentos, pero pasan rápidamente [...]. Su alto aprecio por el honor hace que no soporten ser menospreciados, y que se indignen si imaginan que se los trata injustamente [...], pero si bien aman el honor aman aún más la victoria [...] su predisposición a la esperanza les hace sentirse equiparados con las cosas magnas, y esto implica tener ideas exaltadas. Preferirían siempre participar en acciones nobles que en acciones útiles, ya que su vida está gobernada más por el sentido moral que por el razonamiento [...]. Quieren más que los hombres mayores a sus amigos, allegados y compañeros, porque les gusta pasar sus días en compañía de otros [...]. Aman demasiado y odian demasiado y así con todo [...]. Adoran la diversión y por consiguiente el gracioso ingenio que es la insolencia bien educada». Para Aristóteles, lo más importante es la adquisición de la autodeterminación. Dividió el desarrollo humano en tres períodos: infancia, niñez y juventud. En el pasaje de la niñez a la juventud, es decir, desde la pubertad hasta los 21 años, el varón adolescente adquiere la capacidad de elegir libremente y de autocontrolarse.

Desde los griegos hasta el siglo XVII, el niño es visualizado como un adulto en miniatura. Se pensaba que tenía los mismos intereses que sus padres y se lo trataba con dura disciplina. La edad no era considerada como factor importante ni revelador de la experiencia.

En la Edad Media y en el Renacimiento, los ritos de la pubertad (prácticas por las que se adoc-trina en tradiciones, historia, costumbres, leyes y tabúes de la tribu), variaban según la clase social. La identidad que se asignaba a los jóvenes era igual a la de todos los demás de su misma clase social; objetivos e ideales eran idénticos. Entre la nobleza y la burguesía, el hito más importante era la presentación en sociedad. Entre campesinos y artesanos, la incorporación a la vida laboral, el pasaje de aprendiz a maestro (Cao).

Antes que la psicología se transformara en ciencia, filósofos, teólogos y educadores contribuyeron a la comprensión de la naturaleza humana y del desarrollo humano. El siglo XVIII, considerado como el de la Ilustración o Siglo de las Luces, es también llamado por muchos como el siglo pedagógico por excelencia, en el que la educación ocupó gran parte de las preocupaciones de los reyes, de los pensadores y de los políticos, así, surgieron en este siglo las figuras de dos grandes de la pedagogía y la educación, Rousseau y Pestalozzi. Se sientan, en ese entonces, las bases de la educación estatal

y nacional. El pensamiento de Jean Jaques Rousseau marcó toda la pedagogía. Pensaba que la sociedad desfiguraba al hombre cambiando su natural bondad en maldad, daba valor a la psicología de los instintos y de las emociones, y creó los principios de una pedagogía que abarcaba la infancia, la adolescencia y, aún, la primera juventud. Proponía una educación cuya finalidad primordial fuera la conservación de la naturaleza humana; el desarrollo físico y espiritual del niño debía darse de forma espontánea; cada nuevo conocimiento adquirido sería producto del interés natural del niño y un acto creador que proviene del propio interior del educando. «Esta educación activa o autoactiva, tiene como ventaja aprender por nosotros mismos, pues no debemos acostumbrarnos a una servil sumisión a la autoridad de los demás, sino que, ejercitando nuestra razón, adquiramos cada vez más ingenio para conocer las relaciones de las cosas, conexionando nuestras ideas e inventando instrumentos; en cambio, adoptando todo lo que se nos imponga, el espíritu se desenvuelve torpe e indiferente, como un hombre siempre vestido y servido por sus criados, que a fin de cuentas pierde la actividad y el uso de sus miembros». Rousseau consideraba que la educación de las mujeres «debe ser relativa a los hombres, gustándoles ser útiles y amar, y honrar al hombre haciéndole la vida agradable y dulce, siendo estos los deberes de las mujeres de todos los tiempos».

«Dos veces, por decirlo así, nacemos: una para existir y otra para vivir». «Todos los hombres nacen pobres y desnudos, y es la sociedad quien los convierte en cortesanos, en reyes o en potentados, aunque también puede ser la sociedad quien los vuelva miserables y los colme de males, pesares y necesidades, hasta causarles al fin la muerte, pues ningún mortal está exento de ella». «El ardor de la adolescencia, lejos de ser un impedimento para la educación, puede convertirse en un poderoso aliado para perfeccionarla, pues de los primeros efectos del corazón, se originan las primeras voces de la conciencia, también los primeros afectos y efectos del odio y del amor, originando con esto la justicia y la bondad, haciendo hincapié en que no es posible establecer ninguna ley natural basándonos solo en la razón, sino que necesario es acudir a la conciencia» (J. Rousseau, Emilio, Tomo V).

Perrot relata, que en el siglo XIX, el niño se había transformado en el centro de la familia. En la clase media, la mujer se ocupaba de su educación dentro del hogar. Al ir creciendo, el padre podía interesarse por la educación de sus hijos varones, pero rara vez por la de sus hijas mujeres. Tutores y nodrizas contribuían en las casas de los más pudientes. Entre los campesinos, la realidad era otra. La familia ampliada vivía toda junta, y los niños debían aprender los oficios de sus padres o aquellos que les eran más accesibles. Solían concurrir a escuelas rurales donde la edad de los alumnos variaba ampliamente: niños de 5 años aprendían con púberes y con jóvenes. Allí, los castigos corporales eran frecuentes. Se los incluía, rápidamente, en las labores del campo y artesanales, y las compartían con adultos y ancianos.

La industrialización y la modernidad trajeron aparejada la ambición de un mayor progreso y un cambio en el estilo de vida. Ya los campesinos no deseaban que sus hijos se quedaran en el campo. El proyecto era trabajar como obreros en las fábricas. Y los adolescentes y jóvenes de la clase media y alta ambicionaban trabajar en empleos de oficina, en el área administrativa, contable y de organización. *Los adolescentes requirieron una preparación más prolongada.* Los que vivían en las ciudades podían acudir diariamente a la escuela; los que vivían más lejos debían permanecer pupilos. La prolongación de la educación hasta bien entrada la adolescencia trajo aparejada la división de los alumnos en grupos de edades y el establecimiento de grados en las escuelas primarias. Y, también, fueron apareciendo los libros de texto para cada grupo etáreo. A fines del siglo XIX, los médicos empezaron a prestar mayor atención al tiempo (Kett J.) y a divulgar la noción de que la vida se dividía en etapas. Y, posteriormente, apareció la pediatría, que empezó a contemplar «un ritmo normal de crecimiento».

Las universidades se fueron poblando, y sus alumnos fueron absorbidos por actividades extra-curriculares dentro del recinto universitario. Así, se fueron aislando del resto de la sociedad adulta. A medida que avanzaba la revolución industrial surgieron nuevos principios, como, por ejemplo: «Solo sobrevivirán los más aptos». El prepararse e instruirse creó un compás de espera entre la niñez y el trabajo. Paulatinamente, la ética liberal fue promoviendo el definir ideas y vocaciones según la multiplicidad de ideales sociales existentes. Apareció el concepto de *self made man*.

Entre los varones, la adolescencia solía terminar en la conscripción. Entre las mujeres, la situación era totalmente diferente. Desde pequeñas, se les enseñaba a bordar, coser, cocinar, lavar, el arte de agradar, ser servicial y respetuosa. Su adolescencia y sus estudios terminaban con el matrimonio.

G. Stanley Hall (1844-1924), en 1904, escribe su libro *Adolescencia* y es considerado el padre de la psicología del adolescente. A partir de ese momento, se define al adolescente como diferente del niño y del adulto. Según Hall, la adolescencia es una etapa de recapitulación, por lo cual el ser humano, durante su desarrollo, pasa por estados que corresponden a otros similares que ocurrieron durante la historia de la humanidad. Desde el animal primitivo, período de salvajismo, se pasa a un estilo de vida más civilizado, que caracteriza la madurez. Esto, según él, está genéticamente determinado y en sus teorías no hay lugar para las influencias del entorno.

La adolescencia comienza con la pubertad, alrededor de los 12 ó 13 años y termina entre los 22 y 25 años. Es un período de tormento y estrés, lleno de idealismo, revolución contra lo viejo, expresión de sentimientos personales, pasión y sufrimiento. La vida emocional del adolescente oscila entre tendencias contradictorias. Energía, exaltación y actividad son seguidas de indiferencia y letargo. La risa y la euforia dan lugar a la depresión y a la melancolía. Egoísmo y vanidad pueden alternarse con altruismo idealístico. Virtud y tentación, soledad y compañía de pares, sensibilidad y crueldad, apatía y curiosidad entusiasta, búsqueda de un marco de autoridad y de libertad son frecuentes antes de alcanzar la madurez. (Rolf E. Muuss).

En el siglo XX, se fue afianzando el imaginario social. La imagen, el cine, la música dio un lugar propio a los adolescentes, los cuales se fueron instalando socialmente como un grupo particular de edad oponiéndose a otros grupos, definiendo su espacio imaginario y modelos culturales. Los adolescentes fueron construyendo un movimiento contracultural que se fue extendiendo a la vida en la sociedad. Símbolos adolescentes identificatorios fueron James Dean y Elvis Presley (Monteagudo, 1995, en Cao).

Hoy, la adolescencia dura más tiempo que en épocas pasadas en algunos medios culturales. La sociedad brinda al sujeto más tiempo de preparación y de maduración, además de factores socioeconómicos, que promueven la inserción tardía de los jóvenes en el campo laboral y productivo.

Este aumento de la distancia entre el proceso madurativo biológico y la adquisición del rol adulto, que tradicionalmente está relacionado con el matrimonio, la paternidad –maternidad– y con el empleo, se relaciona con diferentes situaciones según el contexto familiar, social, económico, cultural e histórico. Cuando los lazos familiares no son lo suficientemente fuertes, cuando no es posible recrear un proyecto de futuro, puede haber un aumento del número de parejas sexuales, de infecciones de transmisión sexual, de problemas mentales y de conductas riesgosas. En otros medios culturales, en cambio, los adolescentes siguen en la moratoria extendiendo al infinito los estudios y la adquisición de diplomas.

2. Bibliografía

- ARISTÓTELES. «Las dificultades de la juventud». *La retórica*, 330 a. C.
- CAO, M. L. *Planeta Adolescente. Cartografía psicoanalítica para una exploración cultural*. Buenos Aires: Gráfica Guadalupe, 1997.
- KETT, J. «Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia». *Journal of Adolescent Health*, 1993, 14: 664-672.
- MUUSS, R. E. *Theories of Adolescence*. New York: Random House, 1982, pp. 27-29.
- PATTON, G. C. «Pubertal transitions in health». *Lancet*, 2007, 369: 1130-1139.
- PERROT, M. «Roles and Characters». *A History of Private Life. IV - From the Fires of Revolution to the Great War*. Perrot M. (ed.), Cambridge, London: The Belknap Press of Harvard University Press, 1990, pp. 213-219.

RODRÍGUEZ DE SILVA y VELÁZQUEZ, D. (1599-1660). *La Familia de Felipe IV o Las Meninas*. [Pintura al óleo, 1657]. Madrid: expuesta en Museo del Prado. Recuperado de: *Portal de University of Calgary, España - historia y arte (2)*.

Disponible en: <<http://fis.ucalgary.ca/AVal/321/Espana3.html>>

SANTROCK, J. W. *Adolescence*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Publishers, 1981.

ROUSSEAU, J. J. *Emilio, o sobre la educación*. Traducido por Ricardo Viñas. Buenos Aires: El Aleph, 2002.

Disponible en: <<http://www.e-libro.net/E-libro-viejo/gratis/emilio.pdf>>. [Consultado en educ.ar]

Capítulo 3

Cambios físicos: crecimiento y desarrollo

Dra. Diana Pasqualini,
Dr. Alfredo Llorens,
Dra. Titania Pasqualini

1. Introducción

El crecimiento y el desarrollo son indicadores del estado de salud de la población infantil y de los adolescentes. Cuando se reduce la tasa de mortalidad infantil, paralelamente, se produce un incremento en el crecimiento somático de la población y, también, un mayor desarrollo que se expresa por la maduración biológica, psíquica y social. Se puede demostrar a través de estudios antropométricos, que consisten en pesar y, fundamentalmente, medir a las personas, y en la evaluación del estado de bienestar.

El *crecimiento* es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento de números de células o de la masa celular. El *desarrollo* es un proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones; en general, todo crecimiento conlleva cambios en las funciones.

1.1. ¿Cuáles son los factores que regulan el crecimiento?

Los factores que influyen sobre el crecimiento son:

- Hormonales
- Genéticos
- Esqueléticos
- Estado de salud
- Nutricionales, socioeconómicos y emocionales.

Factores hormonales

A comienzos del siglo XX, se observó agrandamiento de la hipófisis en los pacientes con gigantismo y acromegalia. A posteriori, se comprobó que extractos hipofisarios causaban crecimiento en los animales, y se descubrió la hormona de crecimiento (GH). El hipotálamo segrega el factor liberador de hormona de crecimiento (GHRH), y la somatostatina, que la inhibe. La secreción de hormona de crecimiento estimula la producción de somatomedina-C o factor de crecimiento tipo insulina (*insulin-simil growth factor I = IGF-I*), que estimula la síntesis proteica, la proliferación celular y el crecimiento.

El crecimiento lineal normal se puede dividir matemáticamente en tres componentes que se suman y, en parte, se superponen: Infancia, Niñez y Pubertad. La división del crecimiento en estos tres componentes se corresponde con la regulación hormonal del crecimiento.

El componente *Infancia* representa la continuación postnatal del crecimiento fetal y está regulado por factores nutricionales, los cuales estimulan la secreción de insulina que, a su vez, regula la

producción de IGF-I. Su influencia va desacelerándose hasta los 3 años de edad.

El componente *Niñez* se relaciona con el efecto de la hormona de crecimiento (en un medio con nutrición adecuada y secreción normal de hormona tiroidea). Su inicio define el momento en que la hormona de crecimiento comienza a ejercer su rol preponderante en el crecimiento y se convierte en el principal regulador de la producción de IGF-I. Su comienzo se observa entre los 6 y los 12 meses de edad. No desaparece hasta lograr la talla adulta.

El componente *Pubertad* se refiere a la aceleración de crecimiento en ese período y se debe al aumento de la secreción de hormona de crecimiento, de IGF-I y de esteroides sexuales (éstos a su vez aumentan la secreción de hormona de crecimiento).

Otros factores

Los factores genéticos influyen en gran medida en el pronóstico de talla y peso a alcanzar al finalizar el crecimiento. Son ejemplos de ellos la baja talla familiar y la maduración lenta.

Los factores nutricionales, socioeconómicos y emocionales son preponderantes, ya que un niño sin comida, sin cuidado y sin afecto no crece.

La integridad del esqueleto es esencial.

Las enfermedades crónicas afectan el crecimiento por diferentes motivos:

- Hipoxia, en enfermedades cardíacas congénitas y pulmonares graves y crónicas.
- Procesos metabólicos alterados, en algunas enfermedades renales y hepáticas.
- Dificultades en la absorción de alimentos, en la enfermedad celíaca, giardiasis, etcétera.
- Trastornos endocrinológicos, en hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, las diferentes afecciones del hipotálamo o hipófisis, etcétera.
- Trastornos psiquiátricos, como anorexia, depresión, bulimia, etcétera, se asocian con carencias alimentarias, trastornos hormonales y de los neurotransmisores.

2. Concepto de pubertad

La *pubertad* es el proceso en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaces de reproducirse. Comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático.

Una de las principales características de la pubertad es su variabilidad. El comienzo, el ritmo y la magnitud de los cambios puberales están sometidos de manera importante a la influencia de factores genéticos, hormonales y ambientales. Lo que se mantiene habitualmente estable es la secuencia y cronología de los cambios puberales.

La palabra pubertad es de origen romano, se refiere a los ‘pelos’; los pelos eran muy visibles en los hombres cuando iban a los grandes gimnasios; era frecuente mencionar el tener o no tener pelos.

3. Crecimiento corporal en la pubertad

El crecimiento varía según la época de la vida, el sexo y los diversos factores mencionados y, además, es diferente de un individuo a otro. El crecimiento esquelético y muscular, y la proporción de grasa corporal son diferentes en los niños, en los adolescentes, en los hombres y en las mujeres.

En la pubertad, aumenta la velocidad de crecimiento esquelético de los músculos y de las vísceras. El comienzo de este proceso tiene que ver con el «estirón».

Se producen cambios en la composición corporal. Los niños son más magros que los adolescentes, y los hombres son más magros que las mujeres. Las mujeres tienen mayor proporción de grasa corporal que los hombres y mucho más que las niñas. Entre el inicio del brote del crecimiento y la menarca, la cantidad de grasa corporal en las niñas aumenta casi un 120%.

Las distintas partes del cuerpo crecen asincrónicamente. Primero, crecen manos y pies, luego los miembros –brazos y piernas– y luego el tronco. En los varones, crecen más los hombros, y en las mujeres, las caderas.

3.1. ¿Cómo se evalúa el crecimiento y el desarrollo?

El crecimiento se evalúa, por supuesto, a través del pesar y del medir. Con los adolescentes, la condición ideal para hacerlo es con la menor cantidad de ropa posible y descalzos. Es conveniente usar una balanza de pesas y expresar el peso en kg. La talla debe ser medida sobre una superficie nivelada, sobre pared o estadiómetro o tallímetro, con centímetro fijo. Una superficie rígida horizontal, móvil, se desplazará verticalmente hasta apoyarse sobre la cabeza del adolescente. El adolescente deberá apoyar talones, nalgas y cabeza sobre la superficie vertical elegida. La cabeza se colocará de tal manera que el borde externo del párpado coincida con la altura del ángulo superior del pabellón auricular, en inspiración profunda y con hombros relajados. La talla se expresa en centímetros con un decimal.

Ambos registros deben ser percentilados según las curvas de peso y talla para una determinada edad y sexo. Los percentiles o centiles son puntos estimativos de una distribución de frecuencias que indican que un porcentaje de individuos se encuentran por debajo del estimado para ese adolescente en particular.

Los gráficos de crecimiento están basados en promedios de muchos niños y adolescentes, y no necesariamente reflejan las variaciones de crecimiento de un individuo en particular a lo largo del tiempo.

Sugerimos consultar: Sociedad Argentina de Pediatría. Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Peso para edad, mujeres 0 a 19 años

Gráfico N.º 5. Niñas. Peso. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/5.pdf>

Talla para edad, mujeres 0 a 19 años

Gráfico N.º 6. Niñas. Estatura. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/6.pdf>

Peso para edad, varones 0 a 19 años

Gráfico N.º 18. Niños. Peso. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/18.pdf>

Talla para edad, varones 0 a 19 años

Gráfico N.º 19. Niños. Estatura. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/19.pdf>

Las desviaciones de canales de crecimiento o cruce de centiles durante los primeros dos años expresan las desviaciones fisiológicas de las influencias intrauterinas respecto del potencial genético de una determinada persona. El crecimiento lineal de los dos tercios de los lactantes normales cambia de centil en los primeros dieciocho meses, con igual número de individuos que se desvía hacia arriba y hacia abajo. Aunque la talla final de un individuo está determinada en partes iguales por los dos padres, el tamaño de un recién nacido se correlaciona mejor con el tamaño de la madre. Los recién nacidos, cuya talla se correlaciona con el potencial materno de producir bebés grandes, mostrarán desaceleración del crecimiento lineal hasta alcanzar un nuevo centil de crecimiento alrededor de los dieciocho meses, si el potencial genético del niño determina un tamaño menor o una maduración tardía. Si la desaceleración del crecimiento refleja un ajuste fisiológico o indica la presencia de una enfermedad, se determinará por evaluación clínica y seguimiento a lo largo del tiempo.

El niño adquiere su carril genético de talla (la altura que le corresponde por la talla de sus padres) alrededor de los tres años de edad, y, a partir de este punto, el centil de talla de un niño no debería cambiar hasta el inicio de la pubertad. Si existiera cambio, podría estar relacionado con alguna patología emergente que es necesario estudiar. Entre los 3 años y el comienzo de la edad puberal, la velocidad de crecimiento se mantiene entre 5 y 6 cm por año y entre 3 y 4 kg por año. La velocidad de crecimiento en la niñez alcanza su valor más bajo justo antes del empuje puberal y puede ser de hasta 4 cm/año.

3.2. ¿Cómo es el crecimiento en la adolescencia?

El ritmo de crecimiento se acelera en el período puberal. Allí se inicia el brote puberal de crecimiento.

Velocidad de crecimiento en mujeres

VER: Sociedad Argentina de Pediatría. Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Gráfico N.º 13 Niñas -Velocidad de Estatura. Nacimiento -19 años <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/13.pdf>

Velocidad de crecimiento en varones

VER: Sociedad Argentina de Pediatría. Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Gráfico N.º 26 Niños - Velocidad de Estatura. Nacimiento - 19 años <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/26.pdf>

Durante su pubertad, los adolescentes incrementan el 50% de su peso y de su masa esquelética, y el 20% de su altura, aproximadamente. Por lo cual, aumenta el requerimiento calórico, proteico, de calcio, hierro y zinc.

En las mujeres, la aceleración del crecimiento comienza al aparecer el botón mamario (edad promedio 10,8 años) o, aún, un poco antes, y en los varones, al alcanzar un volumen testicular de 4 cm³ (edad promedio 11,8 años). En la adolescencia, las mujeres crecen entre 20 y 25 cm, y los varones entre 25 y 30 cm. La diferencia entre los hombres y las mujeres adultos es de 10 a 12 cm. Esta diferencia de estatura se debe, en su mayor medida, a que los varones comienzan su desarrollo dos años más tarde. Influyen, en menor medida, la mayor velocidad de crecimiento en el momento del pico de velocidad máxima y el hecho de que la curva de velocidad de crecimiento lineal es más ancha en los varones.

La edad promedio de mayor crecimiento en las mujeres, donde se produce el pico de velocidad máxima (P.V.M.) de crecimiento, es a los 12 años, pudiendo alcanzar un crecimiento de 9 cm/año. Tiene lugar después de la telarca y antes de la menarca, y coincide con el estadio 3 de Tanner.

En los hombres el P.V.M. de talla, tiene lugar a los 14 años, en el cual crecen un promedio de 10 cm/año. Coincide con el estadio 4 de genitales de Tanner.

Mientras que en los hombres, el aumento máximo de peso coincide con el de la talla, en las mujeres, el pico de velocidad máxima de peso ocurre de 6 a 9 meses después del de talla.

¿Influye la estatura de los padres en la estatura final de los adolescentes?

La estatura de los padres influye en la estatura final de los adolescentes. El pronóstico de talla genético se establece a través de una fórmula: [(la estatura del progenitor del mismo sexo) + (la es-

tatura del progenitor del sexo opuesto + 12,5 cm si es varón y -12,5 cm si es mujer)] /2. El resultado, denominado blanco genético, tiene un rango de variación de + 8,5 cm. Deberá ser percentilado y compararse con los centiles de talla de los progenitores. Si el valor de talla del adolescente coincide con su carril genético, y de la clínica no surgen datos positivos que obliguen a estudiar otros aspectos, se puede afirmar que su crecimiento es normal. Conviene siempre volver a medirlo a los 3 ó 4 meses a fin de determinar la velocidad de crecimiento anual.

3.3. Concepto de índice nutricional

Para valorar el estado nutricional, son útiles las tablas que contemplan la relación peso/talla. Estas curvas son prácticas para evaluar déficit de peso y, eventualmente, sobrepeso. En la actualidad, se considera que este índice es útil hasta los 6 años de edad. Después de dicha edad, es conveniente utilizar el índice de masa corporal.

VER: Sociedad Argentina de Pediatría. Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Gráfico N.º 28. Niñas. Relación peso/talla.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/28.pdf>

VER: Sociedad Argentina de Pediatría. Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Gráfico N.º 29. Niños. Relación peso/talla.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/29.pdf>

El *índice nutricional*, cuya fórmula es $[(\text{peso actual}/\text{talla actual}) / (\text{peso medio}/\text{talla media})] \times 100$, permite diferenciar cuatro situaciones:

- Desnutrición: inferior a 90.
- Normal: de 90 a 110.
- Sobrepeso: de 110 a 120.
- Obesidad: superior a 120.

3.4. Concepto de índice de masa corporal

El índice de masa corporal (índice de Quetelet) relaciona el peso en kilogramos con la talla en metros al cuadrado. Existen tablas que determinan el valor adecuado según sexo, edad y talla. La OMS recomienda las tablas de referencia internacionales (1995) del *National Center for Health Statistics* (NCHS). En el año 2000, se publicó la revisión de las tablas del NCHS que consideraron como puntos de corte los percentiles 85 para sobrepeso y 95 para obesidad.

La *International Obesity Task Force* (IOTF) propuso el criterio de un punto de corte proyectado del IMC del adulto de 25 para el sobrepeso, e igual o superior a 30 para definir obesidad. La tabla de la IOTF se recomienda para estudios epidemiológicos. Esta herramienta antropométrica permite evaluar sobrepeso y obesidad que se corresponden con los valores de 25 kg/m² y 30 kg/m² del adulto, respectivamente.

Suele utilizarse la siguiente escala para evaluar la obesidad:

- Obesidad de primer grado: entre 25 y 29,9.
- Obesidad de segundo grado: entre 30 y 39,9.
- Obesidad de tercer grado: superior a 40.

En el seguimiento longitudinal de los niños, un cambio de 2 puntos en el IMC, en un año, podría reflejar el aumento rápido del porcentaje de la grasa corporal.

Sugerimos consultar:

IMC, varones 2 a 20 años

<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/Spanishpdf95/co061023.pdf>

IMC, mujeres 2 a 20 años

<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/Spanishpdf95/co061024.pdf>

Índice de masa corporal: *Developed by the National Center for Health Statistics in Collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).* <http://www.cdc.gov/growthcharts/>

Algunas reflexiones para tener en cuenta:

Se debe recordar que un 10% de la población adolescente está comprendida dentro del grupo de adolescentes delgados constitucionales, y un 10%, dentro del grupo de adolescentes de contextura grande. Las tablas de crecimiento no contemplan contextura corporal.

Para que la menarca tenga lugar, las mujeres necesitan que un 17% de su peso corporal este constituido por masa grasa y, para una ovulación adecuada, necesitan un 22% de grasa corporal. Es importante conocer este dato para no fomentar dietas a adolescentes que no las necesitan; quizás en estos casos, requieran una orientación en cuanto a una alimentación adecuada, ordenada, pero no hipocalórica.

En los varones, aumenta la masa magra y disminuye la masa grasa hasta un valor de 12%.

4. Cambios físicos puberales en mujeres y en varones

La pubertad se asocia al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Existe una clasificación en estadios puberales, numerados del 1 al 5 (Tanner), que determina el grado de desarrollo en base a la exploración física.

4.1. Desarrollo puberal en la mujer

En las mujeres, se toma, como índice de madurez, la configuración de los senos y del vello pubiano.

Estadios puberales de Tanner en las mujeres

Estadio	Vello pubiano	Mamas
1	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en el margen medio de los labios.	Telarca: Aparece el botón mamario; areola y pezón se elevan ligeramente.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad.	La mama y la areola crecen, no existe separación de los contornos
4	Burdo, rizado, abundante, pero en menor cantidad que en las adultas.	La areola y el pezón forman una elevación secundaria con respecto al resto de la mama
5	Triángulo femenino de las adultas, límite superior horizontal.	Maduras, el pezón se proyecta sobre la areola, pero ésta se integra al contorno general de la mama.

VER: Evaluación de la maduración física y secuencia de los eventos puberales, varones y mujeres.
Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Capítulo 5. Evaluación de la maduración Física.
<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/cap5.pdf>

En las niñas, la aparición del botón mamario o *telarca* marca el inicio de la pubertad. Suele tener lugar entre los 10 y 11 años (edad promedio 10,8 años), rango 8,3 a 13,3 años.

Últimamente, sin embargo, se ha observado que el inicio de la pubertad en algunas mujeres comienza a edades más tempranas. En este sentido, el trabajo de Herman-Giddens y et al. mostró que el 5% de las niñas puede presentar botón mamario a los 7 años de edad y que la edad media de inicio de desarrollo ha disminuido a 9,96 + 1,82 años. Hay diferencias raciales, ya que las afroamericanas maduran antes que las caucásicas.

El comienzo puberal más temprano está influenciado por cambios seculares y, según algunos, puede estar relacionado con contaminantes ambientales, como podrían ser ciertos plásticos utilizados para guardar comidas, resinas dentales o insecticidas, que al unirse al receptor de estrógenos pueden actuar como tales.

La aparición del botón mamario no siempre es igual de ambos lados, puede haber diferencias en los momentos de aparición y molestias en la zona, que no son patológicas, pero que motivan una consulta.

Junto con las mamas, o un poco después, aparece el vello pubiano o *pubarca*.

Signos de comienzo puberal en las niñas:

- telarca grado 2.
- urocitograma o colpocitograma estimulados.
- longitud uterina >3,5-4 cm.
- volumen ovárico >2,1 cm³, a veces con 3-4 folículos < de 1cm.
- respuesta puberal de LH y FSH al GnRH exógeno (100 ug/m² IV).

La *menarca* aparece 2 + 1 años después del botón mamario a una edad media de 12,5 años + 2,2 años según la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), a los 12,2 + 1,3 años según Oizerovich S., Daldevich D., Salvo M., Schulman A., Vázquez S., Santos H. (Ver en Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil, SAGIJ) (rango 9 a 16 años), en general en estadio 4 de Tanner.

El crecimiento suele finalizar a los 2 años postmenarca, creciendo, en ese tiempo, un promedio de 7 cm, rango 3 a 10 cm.

Este proceso, desde la aparición de la telarca hasta adquirir las características adultas, dura aproximadamente 4 años.

Las mujeres adquieren el máximo de sus redondeces alrededor de la menarca o un poco después. Los estrógenos influyen en el depósito de la grasa en glúteos, en abdomen, en caderas y en muslos.

¿Qué nos piden las adolescentes hoy en día? Que desaparezcan caderas, muslos, abdomen, es decir las formas femeninas. Esto no fue siempre así y está en relación con factores culturales.

Previa y posteriormente a la menarca, puede haber un flujo blanquecino, incoloro, que no causa molestias y que está relacionado con los cambios hormonales.

Los primeros ciclos menstruales pueden presentarse en forma irregular. Después de dos años de aparecida la menarca, lo normal es que las menstruaciones ocurran a intervalos entre 28 ± 7 días, rango 21 a 35 días. Se ha observado la persistencia de ciclos anovulatorios durante más tiempo cuando la menarca ocurre tardíamente.

Una mujer que no presenta cambios puberales a los 13 años y medio debe ser estudiada.

Se dice que una niña presenta *retardo puberal o detención del desarrollo puberal* si es o presenta:

- Mayor de 13 años y aún no tiene características sexuales secundarias.
- Mayor de 16 años y no ha tenido su menarca.
- Estadio de Tanner 5 de más de 1 año de evolución y no ha tenido su menarca.
- Más de 5 años desde el inicio de la telarca y no ha tenido su menarca.

Amenorrea primaria: Presenta amenorrea primaria toda adolescente que no ha tenido su menarca a los 16 años ó 5 años después de la aparición de la telarca.

4.2. Desarrollo puberal en el varón

En los varones, se evalúa el aspecto y crecimiento de genitales y del vello pubiano.

Estadios puberales de Tanner en los varones

Estadio	Vello pubiano	Pene	Testículos
1	Preadolescente	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso, largo, y ligeramente pigmentado.	El pene todavía no crece o aumenta ligeramente de tamaño.	Gonarca: Comienzan a crecer los testículos, volumen mayor de 4ml, el escroto se oscurece y tiene aspecto más arrugado.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, poca en cantidad.	Aumenta en forma evidente el tamaño del pene a predominio de la longitud.	Más grande
4	Parecido al de los adultos, pero menor cantidad, burdo, rizado.	Se desarrolla el glande y el volumen del pene aumenta en diámetro y largo.	Más grande, el escroto se oscurece y aumentan sus arrugas.
5	Distribución tipo adulto; se extiende a superficie media de muslos.	Adulto	Adulto. Testículos mayores de 12ml.

VER: Evaluación de la maduración física y secuencia de los eventos puberales, varones y mujeres. Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la Evaluación del Crecimiento. 2.a Edición, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Capítulo 5. Evaluación de la maduración Física.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/cap5.pdf>

El primer cambio genital es el aumento del tamaño testicular a 4 cm³. Posteriormente, aumenta el tamaño del pene y aparece el vello pubiano. Un poco más tarde, crece el vello axilar, la barba y tiene lugar el cambio en la voz (Estadio de Tanner 3-4).

Los primeros cambios testiculares aparecen a los 11,8 años con un rango entre los 8,9 y los 14,7 años; algunos chicos maduran más rápido y, otros, más tardíamente.

El desarrollo puberal se considera completo cuando el tamaño testicular llega a 15 cm³ - 17 cm³ promedio, y el niño no crece más.

El tiempo que los adolescentes tardan en recorrer todos los estadios varía entre 2 y 5 años (promedio 3 años).

Un varón que no presenta cambios puberales a los 14 años debe ser estudiado.

La *primera eyaculación* tiene lugar entre los 12,5 y los 16,5 años, consecutiva a la masturbación, emisión nocturna, contacto sexual o fantasías sexuales. La eyaculación es algo de lo que se habla muy poco y, en general, en las historias no figura cuándo tuvo lugar ni en qué circunstancias ni cómo fue vivida.

Un motivo de preocupación para los varones en esta etapa es el agrandamiento de una o de las dos mamas, de 1 a 4 cm, que provoca una sensación especial al nivel de la mamila. Se llama *ginecomastia*, se puede observar con relativa frecuencia (50% a 75% de los varones), es transitoria, puede aparecer poco después del comienzo del crecimiento testicular, pero habitualmente se hace más visible en los estadios G3-G4 (Genital 3-4); y no excede el tamaño del estadio M3 (Mamas 3). Al finalizar el crecimiento y el desarrollo, la ginecomastia suele haber desaparecido; de no ser así, está indicada la consulta con el endocrinólogo.

El aumento de la fuerza, el máximo aumento de la fuerza en el desarrollo muscular, tiene lugar tardíamente en el desarrollo de los varones. A veces se quejan por no tener los músculos que desean. Si no han pasado el estadio de Tanner 3, les falta alcanzar el máximo estirón, desarrollo muscular y fuerza. Es conveniente que los adolescentes no hagan ni pesas ni aparatos, ya que ellos están relacionados, muchas veces, con traumatismos en los cartílagos de crecimiento y con desgarros. Los desgarros de ligamentos y de músculos llevan a reposo prolongado.

Cuando un varón se retrasa en su desarrollo, los dos motivos de consulta más frecuentes están relacionados con la estatura (menor estatura en relación con sus compañeros), y con el tamaño del pene, especialmente, si está excedido de peso. Es importante realizar una historia completa, averiguar antecedentes familiares y, si el diagnóstico coincide con el de *madurador lento*, señalar que si bien su desarrollo está retrasado con respecto a otros varones de su misma edad, probablemente, cuando complete su crecimiento será similar o más alto que los compañeros con los cuales se compara.

La cronología en el desarrollo puberal se aproxima a una distribución gaussiana normal, por lo que se puede extrapolar el rango normal como la edad promedio de un determinado hito + 2 años.

5. Conformidad con la apariencia y satisfacción con su imagen corporal

El crecimiento y desarrollo es un motivo de preocupación frecuente en la adolescencia y es esencial valorarlo. Las diferencias individuales se hacen muy visibles y determinan, muchas veces, problemáticas psicológicas y sociales. El cuerpo es utilizado en la interacción social, como un instrumento de identidad y de competencia.

Danae, imagen de mujer idealizada del 1500, codiciada por Zeus, pintada por Tiziano en 1553, se caracterizaba por tener un cuerpo robusto, en ciertos aspectos masculino, pero con redondeces y senos.

Twiggy, tenía 17 años, medía 1,73 m y pesaba 46 kg, cuando marcó la década de los sesenta, en el siglo XX. Su rostro y su delgadez fueron envidiados por miles de mujeres. Tenía el «privilegio» de estar entre el 10% de las mujeres delgadas constitucionales.

La delgadez constitucional es frecuente en la consulta adolescente. Este diagnóstico sobresale sobre el de desnutrición relacionada con la anorexia u otras causas. No requieren, estas mujeres, ningún tratamiento, tienen como característica el antecedente que alguno de los padres fue, en su adolescencia, similar a ellas y suelen presentar retraso puberal, por lo cual crecen más tiempo. Las que carecen naturalmente de ésta contextura y pretenden parecerse, se enferman. Danae no puede transformarse en Twiggy ni viceversa.

¿Fue el David de Michelangelo, en 1504, la imagen idealizada del hombre? Ahora, se habla menos del hombre que de la mujer, pero se mencionan los hombres tiernos. El hombre idealizado varía de acuerdo con el momento de la historia.

La imagen corporal es la imagen que se tiene de uno mismo y el sentimiento que despierta su cuerpo en ese sujeto en particular. Influye en esta imagen, toda la historia previa y, también, las actitudes familiares y culturales. No siempre alcanzan los adolescentes la imagen idealizada por la cultura, y esto es una realidad difícil de aceptar. El aspecto corporal influye en el sentimiento que tienen los adolescentes dentro de sí, de su propia capacidad de atraer. Algunos son atractivos para el resto de la gente, pero, a veces, no se sienten así.

Cuando un adolescente expresa disgusto con su aspecto corporal es necesario diferenciar normalidad de enfermedad. Es útil mostrar los centiles en el cual se halla su peso y estatura a través de las tablas y hablar del concepto de peso adecuado según sexo, edad y talla. Pero, como cada individuo es un ser en particular y las tablas no contemplan contexturas ni reflejan con precisión la forma de la curva de crecimiento de un individuo específico, es además aconsejable señalar la importancia de un estilo de vida saludable, que incluye hábitos de sueño, de alimentación y de actividad física adecuados y, mencionar el concepto de peso *set point* o peso de equilibrio, particular para cada adolescente. Conviene rescatar aspectos positivos del desarrollo a fin de aumentar la autoestima. Un error frecuente es indicar alimentación hipocalórica a una mujer adolescente que desea que le disminuyan nalgas, muslos, caderas y «panza», a pesar de un índice de masa corporal normal.

6. Bibliografía

- BAUER, J. A., G. L. FRANCIS y M. POTH. «Review of precocious puberty: part III-Premature thelarche and premature adrenarche. Variations of normal?». *The Endocrinologist*, 2001, 11: 196-203.
- BERGADA, C. y M. RIVAROLA. *Fisiopatología de la pubertad*. Madrid: Ergón, 1986.
- GREULICH, W. W. y S. I. PYLE. *Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist*. 2.a edición. Stanford, California: Stanford University Press, 1959.
- GUTT, S. R. «Nutrición en la adolescencia». *Manual de Ginecología Infanto Juvenil*. Argentina: Editorial Ascune Hnos., 2003, pp. 109-115.
- HERMAN-GIDDENS, M. E., E. J. SLORA, R. C. WASSERMAN, C. J. BOURDONY, M. V. BHAPKAR, G. C. KOCH y C. M. HASEMEIER. «Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network». *Pediatrics*, 1997, 99: 505-512.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M. «El patrón de crecimiento humano y su evaluación». En: Pombo M. *Tratado de endocrinología pediátrica*. 3.a edición. Mc Graw Hill-Interamericana, 2002, 13: 245-274.
- KARLBERG, J. «On the modelling of human growth». *Stat Med*, 1987, 6: 556-563.
- KARLBERG, J., I. ENGSTROM, P. KARLBERG y J. G. FRYER. «Analysis of linear growth using the ICP-growth model. I. From birth to three years». *Acta Paediatr Scand*, 1987, 76: 478-488.
- KARLBERG, J. y K. ALBERTSSON-WIKLAND. «Infancy growth pattern related to growth hormonal deficiency». *Acta Paediatr Scand*, 1988, 77: 385-391.
- MARSHALL, W. A. y J. M. TANNER. «Variations in pattern of pubertal changes in girls». *Arch Dis Child*, 1969, 44: 291-303.
- LABARTA, J. I., E. MAYAYO y A. FERRÁNDEZ. «Ginecomastia». En: Pombo M. *Tratado de endocrinología pediátrica*. 3.a edición. Mc Graw Hill-Interamericana, 2002, 49: 823-824.
- MARSHALL, W. A. y J. M. TANNER. «Variations in pattern of pubertal changes in boys». *Arch Dis Child*, 1970, 45:13-23.
- NEINSTEIN, L. S. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5.a edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- OIZEROVICH, S., D. DALDEVICH, M. SALVO, A. SCHULMAN, S. VÁZQUEZ y H. SANTOS. «Investigación exploratoria sobre características de crecimiento, desarrollo y cuidados de la salud

- sexual y reproductiva en población adolescente». *Revista SAGIJ*. Vol. 3. *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, 2004.
- Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/newsite/site/prof_investigacion.php>.
- OJEDA, S. R. «Pubertad normal». En: Pombo M. *Tratado de endocrinología pediátrica*. 3.a edición. Mc Graw-Hill Interamericana, 2001, 42: 669-680.
- PASQUALINI D. y M. C. HIEBRA. «Atención del adolescente. Enfoque integral». *Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Vol. II. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 1996.
- ROSEN, D. S. «Crecimiento y desarrollo fisiológicos durante la adolescencia». *Pediatr. Rev.*, 2005, 26: 43-49.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAP - Secretaría de Publicaciones y Biblioteca, 1990.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Guías para la evaluación del crecimiento*. 2.a edición. Buenos Aires: SAP, 2001.
- Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/completo.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición. «Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad». *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2005, 103(3): 262-281.
- Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/A3.262-281.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: SAP, 2002, pp. 221-233.
- TIZIANO (1477-1576). Danae. [Pintura al óleo, 1553]. Recuperado de: «Greek Mythology Link», en: *Parada, C. Genealogical Guide to Greek*.
- Disponible en: <<http://homepage.mac.com/cparada/GML/Danae.html> - Similar pages>.
- TWIGGY [Lesley Lawson] [fotografías]. Recuperado de: Yahoo Search Images. Disponible en: <<http://ar.search.yahoo.com/search/images?p=twiggy+&sm=Buscar&fr=FP-tab-img-t&toggle=1&ei=ISO-8859-1&meta=all%3D1>>.

Capítulo 4

Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo

Lic. Jorge Garbarino,
Lic. Ana González,
Lic. Patricia Faragó

1. Introducción

La adolescencia es el período en el cual el sujeto pasa de los objetos amorosos endogámicos a los exogámicos y asume los cambios biológicos y psicológicos que conllevan la adquisición de la capacidad de procrear. Es un momento en que el sujeto entra en crisis con su propia historia, con las tradiciones y con los valores de los padres. La primera gran tarea que, según Freud, se debe cumplir durante la pubertad es el pasaje de la satisfacción autoerótica al logro del placer genital en el marco de una relación de pareja.

En las palabras de Susana Quiroga, la adolescencia es un momento del ciclo vital que comienza siendo un hecho biológico, pero que «a su vez, está inmerso en un proceso psicosocial que varía según las culturas y los momentos históricos» (En: *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*).

Convencionalmente, se suele subdividir la adolescencia en tres etapas: temprana (10 a 14 años); media (14 a 18 años) y tardía (18 a 28 años).

Adolescencia temprana: 10 a 14 años

- Se desarrollan las características biológicas primarias y secundarias.
- Aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones.
- Los jóvenes presentan intentos de autonomía desafiando la autoridad parental en simultaneidad con conductas infantiles. Según Winnicott, «los adolescentes son desafiantes por momentos y, en otros, muestran una dependencia pueril».
- Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las normas de los adultos.
- Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal.
- Continúan ligados a sus amigos de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo.
- Progresa el área cognitiva. Se va construyendo el pensamiento abstracto, manteniéndose, al mismo tiempo, procesos psíquicos que corresponden al pensamiento concreto.
- Se desarrolla paulatinamente la capacidad de introspección y de reflexión.

Adolescencia media: 14 a 18 años.

- Aparecen nociones propias sobre proyecto de futuro.
- Se profundizan los vínculos fraternos y con el grupo de pares. Es de gran importancia la *función del «amigo»*.
- A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos

afectivos con el grupo; sin dejar de ser éste el espacio privilegiado durante toda la transición adolescente. *La pertenencia grupal facilita la transición adolescente.*

● Se agudiza la confrontación con los adultos. *Es necesaria la confrontación generacional.* La presencia del adulto sostiene el contraste generacional.

El comportamiento arriesgado no implica siempre un deseo autodestructivo. A veces, expresa la *búsqueda de una marca que los diferencie.* Por ejemplo: *piercing*, tatuajes, modas y ritos adolescentes son utilizados para diferenciar la propia identidad.

Es necesario diferenciar *situaciones propias del proceso adolescente* de aquellas que implican comportamientos de riesgo, *pasaje al acto, donde hay riesgo de vida o de la calidad de vida.* Ejemplo: Conducir alcoholizado o tirar una bengala en un lugar cerrado.

Adolescencia tardía: 18 a 28 o más años.

● Paulatinamente, los jóvenes se van insertando en el mundo laboral. Hay un pasaje del jugar al trabajar.

● Se afianzan en su independencia y tratan de obtener logros económicos.

● Pueden aparecer sentimientos de tristeza, desorientación y caos interior. Esta crisis se acentuará, si al terminar el secundario, no pueden desarrollar un proyecto viable y/o tienen que migrar y transculturalizarse, y/o ante dificultades de asumir el rol adulto.

● Las relaciones con los padres se tornan más adultas.

● Se tiende a un mayor compromiso afectivo con la pareja.

● La introspección facilita un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia.

● Hay un mayor reconocimiento de valores y normas básicas.

La construcción de la identidad adolescente es diferente dependiendo:

● de los sistemas de valores en los que se desarrollan.

● del contexto sociocultural (localidad, clase social a la que pertenecen, nivel de educación).

● del contexto familiar (diversidad de roles y vínculos familiares, hábitos, sistemas de creencias).

Todos estos factores determinarán la *variabilidad pluriforme identitaria.* Por esta razón, se acuña el concepto de *las adolescencias.*

Desde el punto de vista antropológico, podemos decir que cada cultura propone un momento de inicio y de fin de la adolescencia. Los valores culturales influirán en la formación de la subjetividad. Se descubre la precariedad de la vida y la angustia ante la muerte, ante la naturaleza, y la complejidad de la sociedad humana. Hay una «muerte» de la infancia y un «renacimiento» en la adultez. La adolescencia se caracteriza por ser un proceso que culmina con el logro de la sexualidad genital y con la capacidad de trabajar para sostener un proyecto vital autónomo.

2. Identificaciones y duelos

Durante la transición adolescente, hay dos trabajos psíquicos necesarios para realizar: la elaboración de la reactivación del complejo de Edipo y de los duelos por la infancia perdida.

Se reactiva el complejo de Edipo y, como consecuencia de una nueva oleada de represión, tiene lugar el desligamiento de los primeros objetos amorosos de la infancia. El complejo de Edipo se manifiesta entre los 3 y los 5 años durante la etapa fálica. El llamado complejo de Edipo positivo consiste en que el sujeto ama la figura parental de sexo contrario y desea la muerte del progenitor de igual sexo. En el llamado complejo de Edipo negativo, el sujeto ama al progenitor del mismo sexo y desea eliminar al progenitor de sexo contrario. Ambas formas aparecen en la llamada forma completa del Edipo. Las fantasías edípicas se transparentan en los cuentos tradicionales infantiles, como, por ejemplo, *Blancanieves* y *Cenicienta*, en los que aparece desplazada la rivalidad madre-hija en la figura de la *madrastra.*

El complejo de Edipo queda plasmado en las instancias psíquicas en forma de identificaciones

con las figuras parentales. En las llamadas identificaciones, el sujeto quiere ser como el otro con el cual desea identificarse (a diferencia de la relación de objeto en la cual se desea tener al otro).

Durante el período de latencia previo a la pubertad, el complejo de Edipo disminuye su energía, pero se reactiva con el advenimiento de la genitalidad. El adolescente, por imperio del superyo, representante psíquico de las normas culturales, ve prohibida las relaciones incestuosas y debe dirigir su libido hacia los objetos exogámicos. No solamente inicia nuevas relaciones de objeto, sino que también se producen nuevas identificaciones asentadas sobre las que tuvieron lugar a partir de los progenitores en la primera infancia y en el complejo de Edipo. El sujeto tenderá a identificarse con figuras del entorno social ligadas a distintos aspectos de los padres; aspectos como la autoridad, la capacidad de enseñar o de cuidar, la admiración (ídolos deportivos o del espectáculo, religiosos, etcétera). Particular importancia tendrá la identificación con los líderes de los grupos de pertenencia, pues puede tratarse de grupos que ayuden a madurar al adolescente o de grupos que lo perjudiquen (barra brava u otros grupos marginales o lindantes con la marginalidad).

Para entender este pasaje de objeto incestuoso a exogámico, es interesante el concepto de duelo expuesto por Knobel y Aberastury, quienes definen duelo y adolescencia como un período donde se viven las vicisitudes de pérdidas en todas las áreas de relación: del cuerpo, de la familia y del medio ambiente y, también, del mundo interno de las identificaciones y sus configuraciones. El trabajo de duelo es una tarea vital ineludible durante la cual el adolescente se distancia y rechaza los objetos incestuosos y renuncia a sus anteriores placeres y metas. Tales transformaciones conducen a recomponer la organización psíquica.

Junto a los sentimientos dolorosos que acompañan este duelo, aparecen manifestaciones de júbilo por los logros en el camino a la adultez y por la creciente autonomía respecto de los padres. Al abandonar los objetos incestuosos la libido retorna al yo, se vuelve narcisista, y el adolescente aparece egocéntrico y ensimismado. Luego, lo normal es que la libido recobre carácter objetual vertiéndose sobre los objetos exogámicos.

El adolescente realiza una serie de duelos fundamentales:

- Duelo por el cuerpo infantil perdido. El adolescente experimenta el proceso de cambio somático como algo externo que lo invade y ante lo cual permanece como un espectador impotente.
- El duelo por la pérdida del rol y la identidad infantil. El proceso adolescente lo obliga a renunciar a la dependencia y le impone la aceptación de nuevas responsabilidades. Por lo cual, en muchas ocasiones, siente que debe esforzarse para sostener las exigencias provenientes del medio ambiente y, también, desde su interior, como aspiraciones del superyo.
- El duelo por la pérdida de los padres de la infancia. Ante el crecimiento del hijo, es común que los padres tiendan a adoptar una actitud de distanciamiento y, en algunos casos, hasta de rechazo. A la vez, el adolescente, justamente por las vicisitudes del complejo de Edipo, por un lado, tiende a buscar amparo en sus padres y, a la vez, tiende a rechazarlos y cae la idealización sobre ellos.
- El duelo por la bisexualidad perdida. Con anterioridad a la etapa fálica, el niño tendía a expresar libremente la constitución bisexual humana. En la adolescencia, lo habitual es que se reprima uno de los dos polos de la sexualidad, y el sujeto muestre una identidad homo o heterosexual.

Los cambios corporales que se producen durante este período se proyectan en los cambios de la imagen que el sujeto tiene de su propio cuerpo. Las sucesivas representaciones psíquicas de las imágenes correspondientes a cada momento de este desarrollo hacen que el sujeto se vaya construyendo un nuevo esquema corporal. La representación psíquica del cuerpo se modifica a partir de la percepción de nuevas sensaciones intero- y exteroceptivas, relacionadas con las nuevas funciones de los órganos genitales, con el nuevo tamaño de su cuerpo, con la mayor capacidad motora y de fuerza, con el desarrollo intelectual, etcétera. Todo esto influido por la distinta mirada de los otros y por el desarrollo de la propia fantasía en torno a este proceso.

3. Desarrollo cognitivo: Adquisición del pensamiento operatorio formal.

Según Piaget, el desarrollo mental consiste, básicamente, en una progresiva marcha hacia el equilibrio; es una construcción continua y un proceso de adquisición de funciones cada vez más complejas. El equilibrio se refiere a la *adaptación* del sujeto al medio a través de los intercambios permanentes entre ambos. Durante estos intercambios, se produce la modificación, tanto del individuo como del entorno.

El desarrollo mental del niño consiste en la adquisición de una serie de estructuras, cuyo orden de aparición es constante, si bien las edades pueden variar en forma individual dependiendo de varios factores. Existen cuatro factores que influyen en el desarrollo mental: 1) crecimiento orgánico y maduración del niño (base biológica); 2) interacciones y transmisiones sociales; 3) ejercitación y experiencia realizada sobre los objetos; 4) tendencia a la autorregulación, es decir, el pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior.

El aspecto afectivo y cognoscitivo son inseparables e irreductibles; el primero implica las motivaciones de las conductas, mientras que el segundo, tiene que ver con las estructuras que posibilitan el proceso de comprender. En todo nivel, toda acción supone un interés que la desencadena, y la inteligencia trata de comprender o de explicar los problemas planteados, sean de orden práctico o teórico.

Piaget refiere que la inteligencia se va construyendo a partir del nacimiento y de los primeros esquemas sensorio-motores, es decir, a partir de movimientos y percepciones hasta llegar a culminar en la adolescencia. El *pensamiento operatorio formal*, máximo desarrollo mental, se adquiere a partir de los 12 años. A medida que la inteligencia se desarrolla, el sujeto va superando el egocentrismo inicial, por lo que puede ir integrando diferentes puntos de vista, y su pensamiento progresa hacia la «reversibilidad». Este concepto implica que el equilibrio final de la inteligencia es cada vez más móvil y estable, lo que equivale a decir que los intercambios entre el sujeto y el mundo circundante se vuelven más eficaces. Según Piaget: «La inteligencia designa las formas superiores de organización o de equilibrio de las estructuras cognoscitivas». El pensamiento prolonga y concluye el conjunto de los procesos adaptativos.

Entre los 7 y los 12 años, el niño adquiere el pensamiento *operatorio concreto*: puede realizar operaciones lógicas sobre aquellos problemas ligados a objetos concretos. Se trata de un pensamiento reversible ya que el niño puede pensar en una acción y en la contraria. Comienza el aprendizaje de las operaciones numéricas y de la lectoescritura. Inicia los juegos de regla y los de mesa (rayuela, cartas, ludo, etcétera), adquiere la posibilidad de jugar en equipo y de practicar deportes. Se aprende a respetar las reglas, a esperar el turno, a oponerse a un adversario, a coordinar las acciones con las de sus compañeros en la búsqueda de un fin compartido y a desarrollar la capacidad de anticipación.

A partir de los 12 años, aparecen, a nivel del pensamiento, transformaciones que permiten al niño liberarse de lo concreto y le otorgan la posibilidad de orientar sus intereses hacia lo inactual y el porvenir: es la edad de los grandes ideales o del comienzo de la elaboración de teorías abstractas. Surge el pensamiento hipotético deductivo, capaz de deducir conclusiones de puras hipótesis, y no solo a partir de la observación de objetos reales que pueda manipular, tal como ocurría en el período anterior. Ahora, puede comenzar a trabajar en el plano de las ideas, expresadas en el lenguaje de las palabras o de los símbolos matemáticos.

Las operaciones formales son similares a las operaciones concretas, pero aplicadas a hipótesis o proposiciones. Implica un pensamiento de segundo grado: el pensamiento concreto es la representación de una acción posible, en cambio, el pensamiento formal es la representación de una representación de acciones posibles. De esta manera, se va liberando gradualmente del egocentrismo, descentrando el propio punto de vista para ponerlo en relación con una realidad cada vez más extensa y compleja. Este desarrollo intelectual se da paralelamente al de la afectividad. Progresa en su capacidad para cooperar y coordinar distintos valores y perspectivas. Puede experimentar, controlar variables, registrar efectos, extraer conclusiones, etcétera.

En la adolescencia, se adquiere la capacidad de introspección, la posibilidad de reflexionar

acerca de los sentimientos y pensamientos propios. Aparecen hipótesis que resultan de la lectura de la experiencia. Se comienza a pensar en un proyecto de vida, por momentos, aparece una imaginación que permite crear utopías. El adolescente se busca a sí mismo, se interroga sobre su propia identidad y cuestiona al mundo que lo rodea. En el plano del juego, se agregan los juegos lógicos y de ingenio.

En nuestra práctica clínica, vemos que muchos jóvenes no logran alcanzar el pensamiento operatorio formal. Hay veces que coexisten pautas que corresponden al período de las operaciones concretas junto a otras del operatorio formal.

4. Bibliografía

- ABERASTURY, A. y M. KNOBEL. *La adolescencia normal, un enfoque psicoanalítico*. Reimpresión 2001. Paidós, 1988.
- AVENBURG, R. «La Adolescencia». En: *Avenburg, R. Obras Completas*. Disponible en: <<http://avenburgobrascompletas.blogspot.com/2008/05/escritos-no-incluidos-en-los-libros.html>>.
- «Identidad en la adolescencia». En: *Avenburg, R. Obras Completas*. Disponible en: <<http://avenburgobrascompletas.blogspot.com/2008/05/escritos-no-incluidos-en-los-libros.html>>.
- FERNÁNDEZ MOUJÁN, O. «El trabajo de duelo durante la adolescencia». *Adolescencia, de la metapsicología a la clínica*. S. Quiroga (comp.). Buenos Aires: Amorrortu, 1984, Cap. 4.
- FREUD, S. *Tres ensayos de teoría sexual*. 1905.
- *La organización genital infantil*. 1923.
- *El final del Complejo de Edipo*. 1924.
- *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. 1925.
- *Sobre la sexualidad femenina*. 1931.
- *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis: la feminidad*. 1933.
- PIAGET, Jean. *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Editorial Psique, 1970.
- *Estudios de Psicología genética*. Buenos Aires: Emecé Editores, 1973.
- *Seis estudios en Psicología*. Barcelona: Seix Barral, 1979.
- PIAGET, J. y B. INHELDER. *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata, 1981.
- QUIROGA, S. E. *Adolescencia: Del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: Eudeba, 1999.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: SAP, 2002.
- WINNICOTT, Donald W. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1999.

El adolescente, sus vínculos y su inserción en la comunidad

Índice

●Capítulo 5

Vínculos familiares y con el entorno.

1. Familia y criatura humana
2. De la endogamia a la exogamia
3. Familia y adolescencia
4. Confrontación generacional
5. Los grupos
6. Bibliografía

●Capítulo 6

¿Cómo se construye el sentimiento de responsabilidad?

1. Funcionamiento psíquico temprano
 - 1.1. Integración
 - 1.2. Personalización
 - 1.3. Inicio de las relaciones objetales
 - 1.4. La capacidad de estar a solas
 - 1.5. La capacidad de preocuparse por el otro
 - 1.6. Uso y relación de objetos. La agresividad
 - 1.7. Provisión ambiental. La madre suficientemente buena
2. Algunos conceptos acerca de familia
3. Bibliografía

●Capítulo 7

El adolescente y su tiempo libre

1. Concepto de tiempo libre y ocio
2. Perspectiva histórica del ocio
3. Los adolescentes, la familia y el ocio
4. El ocio, ¿es consumo?
5. Ahora bien, ¿de cuánto tiempo libre disponen nuestros jóvenes?
6. ¿Qué hacer para recuperar el tiempo de ocio? Algunas propuestas genéricas.
7. Bibliografía

Capítulo 5

Vínculos familiares y con el entorno

Dra. Susana Ragatke

Dice un refrán irlandés: «Cuando todo lo demás está perdido, todavía queda el futuro», y ese futuro está germinando en nuestros niños y adolescentes, por eso, es tan apasionante trabajar con ellos. Sin embargo, dicho trabajo en muchas ocasiones transcurre por el «escándalo».

Y del «escándalo», dice Fernando Ulloa: «El optimismo es escandaloso. El escándalo es una herramienta para trabajar en el campo social. En navegación, la vela triangular que orienta el viento contra la vela mayor y permite navegar contra el viento haciendo ruido, se denomina “escándalo”».

Inicio con estas citas porque «Es necesario el optimismo que nos da la confianza en que todo adolescente tiene una potencialidad para desarrollar; promesa de futuro».

Los adultos (padres, agentes de educación y de salud, en fin, la sociedad) tenemos que soportar los distintos desafíos que implica darles un lugar a los adolescentes y trabajar para ellos y con ellos, que avanzan contra la corriente y haciendo mucho ruido.

1. Familia y criatura humana

La constitución del psiquismo se da en el seno de la interacción de los vínculos. Las expectativas y deseos de los padres respecto del hijo por nacer, es uno de los primeros modos de influencia sobre el psiquismo del niño.

La humanización de nuestra especie comienza con el encuentro entre dos diferentes códigos:

- el del hijo, con los ritmos propios de su disposición genética y constitucional.
- el del ambiente humano, que lo espera asignándole un lugar.

Este inicio, y hasta el arribo a lo que solemos llamar adultez o autonomía, se da en condiciones de asimetría: si el adulto claudicara, el menor quedaría en situación de desamparo.

Niño o adolescente, por un lado, y adulto, por el otro, no tienen la misma posibilidad de desvincularse. Para el niño «esconderse es un placer, no ser encontrado es una catástrofe», esta frase de Winnicott ilustra la vivencia infantil de dicha asimetría.

El adulto, para protegerlo, le impone sus condiciones y significados al darle los cuidados, indudablemente, necesarios. Dicha protección, no por ser imprescindible, deja de ser una imposición que Piera Aulagnier conceptualiza como *Violencia Primaria Necesaria*. Y hace una interesante diferenciación de la imposición excesiva, inadecuada y generadora de patología, que denomina *Violencia Secundaria*.

El concepto de ambiente es amplio y merece reconocer, en primer término, a la madre «suficientemente buena», al decir de Winnicott, y la dependencia absoluta que de ella tiene la criatura humana. Así lo expresa este autor: «La “madre” lo bastante buena (que no tiene por que ser, imprescindiblemente, la del niño) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de éste y la que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración. Por supuesto, es más probable

que su propia madre sea mejor que cualquier otra persona, ya que dicha adaptación activa exige una preocupación tranquila y tolerada respecto del bebe; en rigor, el éxito en el cuidado de éste, depende de la devoción, no de la inteligencia o de la ilustración intelectual...».

No existe discontinuidad entre este primer vínculo, el entorno familiar y el contexto social. Por el contrario, se concibe la humanización, como una inmersión en la cultura y en todos sus estímulos.

Tomo la noción de red vincular, que abarca lo familiar y lo social como red y no como estructuras totalmente diferenciadas. Aquí, incluyo conceptos que provienen del Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares y de las Teorías de la Complejidad.

Esta manera de concebir lo familiar reconoce y valoriza lo que proviene de la estructura familiar de origen con los vínculos consanguíneos (padres, abuelos, tíos, hermanos), por otra parte, lo que puede originar de novedoso el vínculo de alianza matrimonial, y, así, se conjuga la historia familiar.

Los modos de funcionar y de actuar de la familia hacia su interior, así como hacia afuera, están regidos por pactos y acuerdos inconscientes, es decir, no reconocidos por sus actores, pero de un gran vigor.

Así como la pareja matrimonial tiene carácter de novedad (no determinada previamente), hay variados acontecimientos azarosos que pueden inducir cambios, favorables o desfavorables, en el curso de la historia de una familia.

Esta mirada intenta ser amplia y no prejuiciosa respecto de las formas diferentes a la familia tradicional, como son: hijos por adopción, familias monoparentales, parejas homosexuales con hijos, grupo de hermanos que logran aliarse protegiéndose ante la pérdida de los padres, procreación asistida.

Concibo a la familia, ligada e incluida en el entorno social, formando una red con múltiples intersecciones. Esta complejización trae muchas posibilidades al individuo a lo largo de toda la vida, y no solo en la infancia, de que lo marcado por las características de su familia de origen no selle definitivamente su personalidad y destino, sino que queda abierto a cambios e influencias creativas y enriquecedoras, en el mejor de los casos.

Desde este enfoque de mayor complejidad de estas diversas configuraciones vinculares no tradicionales, se pueden apuntalar las condiciones adecuadas para la mejor evolución posible de niños y adolescentes, reconociéndolas como red vincular y no como familia incompleta o carente.

2. De la endogamia a la exogamia

Las funciones básicas de la familia se denominaban clásicamente: función materna y función paterna, adscribiéndolas a la persona de la madre y del padre, respectivamente.

Ante la falta de madre o padre o por cumplimiento fallido de su función se pensaba en condiciones deficitarias para la crianza y crecimiento de los hijos. Este criterio está superado sobre la base de reconocer funciones imprescindibles, pero no abrochadas a una persona exclusivamente. Y para que no quepa confusión, se denominan de otra forma para reflejar su dinámica:

- función de sostén,
- función de corte.

La función de sostén abarca la protección, la satisfacción de las necesidades para la conservación de la vida y, a través de ellas, va imprimiendo la erotización en el amplio sentido de capacidad para experimentar placer. Se suele representar con el modelo clásico de la primera experiencia de satisfacción del bebe a través de la alimentación y el contacto corporal, que incluye placer a la par de sobrevida.

La función de corte pone límite al imperio absoluto de la función de sostén y permite la paulatina separación del cuerpo de la madre, el abandono de la satisfacción continua y fuera del tiempo. Y, así sucesivamente, trae las pautas de la cultura con sus interdicciones; de la fusión entre dos pasa a imponer que hay un tercero y, desprendiéndose de este primer vínculo, puede conectarse con los otros lugares familiares y sociales.

Esta función impone dos principios básicos para el acceso a la cultura:

- el tabú del incesto,
- la prohibición de la violencia innecesaria.

A este movimiento se lo conoce como pasaje de la *Endogamia a la Exogamia*.

Si este pasaje se transita «suficientemente bien», el joven puede construir un proyecto propio. Sin embargo, contar con un Proyecto de Futuro implica una gran complejidad y convergencia de factores que desarrollaremos más adelante.

3. Familia y adolescencia

Entrando ya en la etapa de la adolescencia de los hijos, no cabe duda que constituye un fuerte desafío para las figuras parentales, una prueba de fuego más en su recorrido vital.

Son clásicas las descripciones de la crisis familiar relacionándola con la crisis de la edad media de la vida de los padres y la perspectiva del nido vacío por la salida de los hijos. Sin embargo, hoy se ponen sobre el tapete otras facetas de esta travesía familiar al tener en cuenta las nuevas formas familiares, los enormes cambios del rol de la mujer y, sobre todo, la problemática de la afectación de las familias, por la desocupación laboral y ruptura de lazos sociales, instalada en nuestra sociedad en los últimos años.

4. Confrontación generacional

Es la rivalidad desplegada por el adolescente con los padres y otras figuras adultas, prevalentemente del mismo sexo. Es una de las manifestaciones fundamentales del proceso adolescente, y somete a prueba las funciones de sostén y de corte de los referentes adultos implicados en la vida familiar y social del adolescente.

Es necesario reconocer bien el valor y el significado del NO del adolescente y sus implicancias para orientarnos en la actitud que debe tomar el adulto confrontado, trátense de padres, docentes, médicos tratantes. El adolescente necesita librar esta batalla, verdadera pulseada y, además, ganarla, «asesinando simbólicamente al padre», pero sin derribarlo en la realidad. Solo así, puede crecer, abandonando la identidad infantil y accediendo a nuevos patrones identificatorios.

Siguiendo a Winnicott, donde haya un adolescente pujando por crecer, es necesario que haya también un adulto que ofrezca soporte para su empuje.

Entre este deseo del adolescente por crecer, y la tolerancia del adulto para posibilitarlo, se teje la confrontación generacional. El adulto que se ubique en ese lugar percibe que tiene que dar sostén y poner límite al mismo tiempo, para permitirlo.

El adulto debe estar confiado y seguro en su posición. El adolescente necesita confrontar y al mismo tiempo ser reconocido y confirmado por el adulto. Ofrecer y dar batalla es reconocer al rival sin despreciarlo ni denigrarlo.

El deterioro de la sociedad que afecta, sobre todo, a las clases baja y media, ha jaqueado la posición de los adultos como padres a través de pérdida de trabajo, insuficiencia de recursos económicos, ruptura de lazos familiares y sociales.

También se da la «adolentización» de los padres que tienden a tomar una posición de compinches con sus hijos, quedando el hijo sin referente adulto con quien confrontar. En el otro extremo están los padres autoritarios que someten al hijo inhibiendo posibilidades de confrontación.

Para los adolescentes, por su parte, las posibilidades que el medio social tiene preparadas para la joven generación, marca el camino que tomará su adolescencia. Diversos autores plantean la crisis de la adolescencia como un fenómeno social más que biológico.

Si al adolescente le está vedado el reconocimiento de sus posibilidades de hacer y aprender a

hacer más y según sus deseos, queda descalificado y sometido al poder de la sociedad adulta, o por lo menos diseñada por las generaciones previas. El adolescente se rebela con formas de crisis de adolescencia de mucha violencia, con las formas particulares que puede tomar en cada grupo y en cada individuo.

Así, el sociólogo francés Fizé pone en duda si hay una crisis de la adolescencia o es una problemática de la sociedad, que determina el accidentado tránsito de la mayoría de los individuos en estos preciosos años de la vida, rémora obligada como consecuencia de la falta de posibilidades de inserción en la sociedad al salir de la niñez, dice este autor.

5. Los grupos

El pasaje de la Endogamia a la Exogamia implica trabajos psicológicos complejos. Rodolfo los denomina «los trabajos de la adolescencia», uno de ellos es el desprendimiento de las figuras parentales. Lograr pertenecer a un grupo de amigos o pares reunidos por intereses comunes, le da a cada adolescente un nuevo escenario (al estilo del drama teatral) en donde jugar y procesar las posiciones edípicas, posiciones de identidades sexuales posibles, posiciones más adultas o más infantiles, rivalidades fraternas, liderazgos, etcétera. Esta transición no se puede hacer sin contar con ese espacio intermedio entre la familia y la sociedad. En realidad, está dentro de la misma sociedad.

El grupo de pares es el espacio natural de los adolescentes. Un adolescente sin amigos y sin grupo de pertenencia de pares debe alertarnos sobre dificultades o carencias severas. Esto no excluye que sigan necesitando de su familia, tanto como de sus momentos de soledad y ejercicios de autonomía progresiva.

Una experiencia fructífera

En el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, hace varios años que implementamos un dispositivo grupal que resulta muy productivo para nuestros pacientes, se trata de grupos intergeneracionales, es decir, el encuentro entre adolescentes y adultos, básicamente, el adolescente y uno de sus padres u otro adulto significativo para este adolescente. Estas reuniones son coordinadas por dos profesionales del Servicio, uno del área de Salud Mental y el otro de alguna de las otras disciplinas que forman el equipo interdisciplinario.

Las primeras experiencias se realizaron en forma de Taller de Encuentro Único, con población de la sala de espera, que abordaron distintos temas. Fueron útiles para investigar y operar en prevención y darle a la «espera» un sentido más activo y provechoso.

En distintos períodos, nos ocupamos de:

- Proyecto de futuro en la adolescencia.
- El lugar del encuentro en el hogar.
- Repercusión de la gran crisis social (año 2002) en el adolescente y su familia.

El abordaje a través de grupos intergeneracionales fue implementado como forma de tratamiento psicoterapéutico inicial en problemáticas francamente ligadas a dificultades severas en el vínculo entre el adolescente y sus padres. Estos grupos son coordinados por dos psicoterapeutas, tienen una duración limitada a cuatro meses y son seguidos o complementados con otra estrategia, terapia individual, psicofarmacológica y psicopedagógica, si resultara necesario, según evaluación diagnóstica y evolución de cada grupo familiar.

En estos grupos, se trabaja sobre la confrontación generacional, motor de productividad y crecimiento; el encuentro entre pares, tanto para los jóvenes como para los adultos, da contención, y a los profesionales nos resulta una actividad realmente gratificante.

6. Bibliografía

- CASTORIADIS-AULAGNIER, P. *La violencia de la interpretación: El estado de encuentro y el concepto de violencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, p. 30.
- FIZE, M. *¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2001.
- KANCYPER, L. *La confrontación generacional*. Buenos Aires: Lumen, 2003.
- PASQUALINI, D., S. TOPOROSI, Z. ARDITI, S. RAGATKE, G. MIKLASKI, L. MILGRAM, N. POGGIONE, M. C. HIEBRA. «Adolescencia, vínculos familiares. ¿Qué valor se le da al encuentro familiar alrededor de la mesa?». *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2003, 101: 433-440.
- Disponible en:
<<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.433-440.Pasqualini.pdf>>.
- RAGATKE, R y S. TOPOROSI. «Para no decir que no al “no” del joven que no se anonada». *Página 12. Argentina*, 20 de noviembre de 2003, Sección Psicología.
- «El no de los adolescentes: su valor y sus peligros». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2002, vol. 44, 196: 31.
- «Dispositivos grupales con adolescentes hoy». *Topía*, 2002, año XII, N.º 36.
- RAGATKE, R., M. C. HIEBRA, D. PASQUALINI, M. CABALLERO, S. FERNÁNDEZ, S. GARCÍA, M. GURALNIK y S. TOPOROSI. «Proyectos, encuentros y futuro: Experiencia participativa en un servicio de adolescencia». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 1999, vol. 41, 185: 329.
- RODULFO, R. «El adolescente y sus trabajos». 8va. *Jornada Interna de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 1989.
- WINNICOTT, D. W. «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1979.
- «Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente». *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1979.

Capítulo 6

¿Cómo se construye el sentimiento de responsabilidad?

Dr. Hugo Juan Longarela

«No es el reconocimiento de la propia destructividad lo que produce la posibilidad de reparación, sino que son las experiencias constructivas y creativas las que permiten reconocer la propia destructividad» (Donald W. Winnicott).

Winnicott (DWW) se refiere en *Desarrollo Emocional y Ambiente Facilitador*, a una teoría propia acerca de los procesos madurativos en el niño. En este artículo, me referiré a este importante tema con el fin de comprender los postulados esenciales que hacen a ese proceso.

DWW define, por ambiente, a la madre o a sus sustitutos en los primeros meses de vida, a la pareja de padres más adelante y, finalmente, a todo el entorno familiar y cultural que lo rodea.

El tipo y las características de intercambio que se producen entre el bebe y el ambiente darán cuenta de los diferentes desarrollos normales y patológicos.

Para DWW el bebe nace con un potencial heredado que, de no ocurrir ningún suceso catastrófico en el ambiente que deberá sostenerlo, se desarrollará en el sentido de la salud y de la maduración.

Podrá así luchar contra la pulsión de muerte, descripta por Freud, y contra la envidia primaria, descripta por Melanie Klein, gracias al apoyo del ambiente facilitador que lo sostendrá a través del *holding*, y la superación de estas situaciones vivenciales inconscientes, le ayudarán a su crecimiento y al fortalecimiento del yo.

En los inicios de la vida del bebe, DWW habla de una unidad bebe-madre.

Describiré las características que hacen al vínculo y de qué forma éste va creciendo, para así llevar a la conformación de una personalidad madura en la persona del bebe y al desarrollo de capacidades en su rol de madre por parte de la progenitora.

Así, quedan incluidos el yo, el *self* verdadero, los aspectos adaptativos del *self* falso, como así también, la capacidad de estar a solas, y la capacidad de preocupación por el otro.

1. Funcionamiento psíquico temprano

Para DWW, «el término “yo” puede utilizarse para describir la parte de la personalidad humana en crecimiento que, en condiciones adecuadas, tiende a integrarse en una unidad».

Además de la tendencia a la integración, debemos tener en cuenta en el desarrollo del yo, a la personalización y al inicio de las relaciones objetales; estos tres conceptos están interrelacionados entre sí.

1.1. Integración

Será un proceso que dependerá de una tendencia psicológica heredada, es decir, existe siempre en el recién nacido la tendencia a la integración, la cual deberá ser apoyada por una reacción del ambiente materno, a lo que denominaremos *holding* o sostenimiento.

En el proceso de integración, el bebe parte de los elementos motores y sensoriales rudimentarios con los que cuenta al nacer. «Estos elementos le darán una pauta de existencia. Serán la matriz y el hilo conductor de una experiencia de continuidad existencial, sobre la cual se asentarán los rudimentos de una elaboración imaginativa del funcionamiento corporal. A esto, se le agrega la protección dada por la madre al yo incipiente del bebe, que le evita la aparición de la angustia inconcebible, la cual cortaría la experiencia de continuidad existencial del propio ser del bebe. La angustia inconcebible tiene distintos modos de ser vivenciada, que son la base de las angustias psicóticas: fragmentarse, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo y carecer de orientación» (Schmukler D.).

Lo opuesto a la integración es la no integración. Para llegar a la integración, se parte de la no integración a la que se puede volver, de tanto en tanto, gracias al adecuado sostenimiento (*holding*) materno.

Todo este proceso necesita de la participación y de la adaptación activa de la madre frente a los requerimientos y necesidades del bebe. Este *holding* materno implica la posibilidad de empatía con las necesidades del bebe en el momento de la dependencia absoluta de éste hacia la madre cuando aún no se produjo la separación psicológica entre el yo y el no-yo.

Incluye el sostenimiento físico del niño, «lo que es una forma de amar», la satisfacción de las necesidades fisiológicas del niño y la protección frente a los estímulos displacenteros; «también sigue los minúsculos cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y desarrollo del infante» (DWW).

1.2. Personalización

Es otro de los momentos del proceso de integración y tiene particularmente que ver con la integración psicosomática.

DWW sostiene que «la psique habita el soma». Reconocida la diferenciación entre el yo y el no-yo, la piel será una membrana limitante entre el adentro y el afuera, entre el bebe y su madre. «Se va completando el esquema corporal del infante, y comienzan a tener sentido los términos proyección e introyección» (Daniel Schmuckler).

El proceso de personalización del lado de la madre se llama *handling* o manipulación, y tiene que ver con la capacidad de ésta para producir «la asistencia corporal» (DWW), y así colaborar con la integración psicosomática. «La persona que cuida al niño es capaz de conducir al bebe y al cuerpo del bebe como si formaran una unidad» (DWW).

El resultado de la personalización será una excelente coordinación motora y un adecuado tono muscular.

1.3. Inicio de las relaciones objetales

Será la madre quien acerca el objeto al bebe. El inicio de las relaciones objetales se sustenta en la paradoja de que el bebe cree que esta creación del objeto es suya, creación omnipotente del mismo.

A posteriori, le será posible relacionarse con los objetos y también amarlos.

Por lo tanto, podemos decir que existe una clara correspondencia entre estos tres aspectos del desarrollo del yo y los mecanismos adaptativos maternos. La integración del bebe necesita del *holding* materno; la personalización, del *handling*; y la relación de objeto necesitará de la presentación del objeto por parte de la madre.

En la fase de sostén, el niño se encuentra en un estado de dependencia máxima: dependencia absoluta. Es absoluta ya que aún no se ha producido la diferenciación entre yo y no-yo: a pesar de que el bebe depende totalmente de la madre, él no tiene conciencia acerca de este hecho. «Depende sin saber que depende. Reina la omnipotencia del narcisismo primario» (Schmukler D.).

De a poco, evolucionará hacia la dependencia relativa, la cual se caracteriza por la separación

entre él y el ambiente. Comienza a tomar conciencia de la existencia de otro distinto de sí mismo y/o exterior a él.

La evolución es hacia la independencia, pero no absoluta, ya que un cierto grado de dependencia del ambiente es estrictamente necesario para el sujeto, que debe estar integrado social y familiarmente.

1.4. La capacidad de estar a solas

Para Winnicott, esta capacidad es un claro indicador de un logro madurativo del desarrollo emocional.

Es de comienzo temprano e implica estar solo en presencia de alguien, ese alguien es la madre, o algo que la represente, ya sea su voz, la cuna o algún objeto significativo.

«La presencia de la madre es la que le permitirá al bebe disfrutar de la experiencia de estar solo, permitiéndole un estado de no integración, que será el precursor de lo que en el adulto llamaremos relajación.

Posteriormente, el niño podrá permanecer a solas sin la presencia de la madre. Diremos que se ha producido una internalización del ambiente facilitador» (Schmukler D.).

Es un logro del adolescente el llegar al final de esta etapa, con la capacidad de estar a solas finalmente lograda.

1.5. La capacidad de preocuparse por el otro

DWW dice: «La preocupación por el otro se refiere al hecho de que el individuo se interesa, le importa, siente y acepta la responsabilidad. En el nivel genital de la exposición de la teoría del desarrollo, puede decirse que la preocupación por el otro está en la base de la familia, cuando los progenitores en su relación sexual, mas allá de su placer, asumen la responsabilidad por el resultado».

Winnicott habla de la madre objeto, como aquella que se encarga de satisfacer las necesidades más primarias del bebe, mientras que la madre ambiente, será la responsable de su protección y de su sostén.

La madre objeto se hará cargo de recibir los impulsos instintivos. La madre ambiente será la receptora de los afectos del bebe.

En determinado momento, se produce en el bebe la unificación de ambas madres, y este siente que pudo haber hecho daño a la madre total, por haber sido receptora de su «amor despiadado».

Esto es generador de angustia, pero también el bebe siente la posibilidad de aportar algo a la relación con la madre. Tiene la capacidad de reparar en el vínculo con ella.

La madre a su vez, según Winnicott, debe ser empática con su bebe y, así, podrá recibir su gesto espontáneo y encontrará verdadera satisfacción en este intercambio, «de ocurrir esto, se instala un círculo benigno, que impide la aparición de la angustia contenida en la escena psíquica transformada en sentimiento de culpa». «La capacidad de preocupación por el otro es la forma positiva de un fenómeno, que en su expresión negativa denominamos culpa». La madre objeto debe sobrevivir, y la madre ambiente permite la reparación.

De no producirse este círculo benigno, el niño no adquiere la capacidad de preocuparse por el otro, con la consiguiente dificultad en la elaboración o expresión de la agresión. «Solo podrán expresar sus sentimientos agresivos aquellas personas que sientan confianza en sus posibilidades reparatorias» (Schmukler D.).

1.6. Uso y relación de objetos. La agresividad

Winnicott realiza una diferencia entre relación y uso de los objetos. Y sostiene que es importante que desarrolle la capacidad de hacer uso del objeto. Dice «han actuado mecanismos de

proyección e identificación, y el sujeto se ve vaciado en la medida en que parte de él se encuentra en el objeto».

Para que exista uso, se entiende que debe existir una relación previa. Winnicott sostiene que existe una relación entre la agresividad y la instauración de la realidad. Es la agresividad la que crea la realidad y la exterioridad (Schmukler D.). Para Winnicott la agresividad esta desligada del instinto de muerte.

1.7. Provisión ambiental. La madre suficientemente buena

La expresión de madre suficientemente buena es propiedad de Winnicott, como formulación y con todo lo que eso significa, ya que será la que sepa adecuarse a cubrir las necesidades del bebe siempre acorde con las diferentes etapas evolutivas por las que éste vaya pasando en su proceso de crecimiento y desarrollo madurativo.

El los momentos primarios, la adaptación deberá ser de tal calidad y adecuación, que el bebe no podrá conocer que existe un ambiente externo protector, solo dará cuenta de él ante las fallas del mismo.

La madre, a la vez que se adapta a él y lo va proveyendo de todo lo necesario, favoreciendo la ilusión, también lo va desilusionando, le va enseñando a tolerar la espera, y a darse cuenta del vínculo de confianza que se crea con ella a través de sus reiteradas reapariciones luego de sus ausencias.

La madre lo ayuda en su integración, lo sostiene y lo resguarda de aquello que él aún no está preparado para soportar.

Por último, quiero rescatar otro concepto que es el de preocupación materna primaria. Winnicott dice: «Gradualmente, se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y, especialmente, hacia el final del mismo. Este estado organizado podría compararse con un estado de replegamiento o de disociación... No creo que sea posible comprender el funcionamiento de la madre durante el mismo principio de la vida del pequeño, sin ver que la madre debe ser capaz de alcanzar este estado de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y de recobrase luego del mismo».

2. Algunos conceptos acerca de familia

La familia es la base de toda la sociedad y es la matriz sobre la que se construye la personalidad del individuo.

Dependerá del modo y tipo de funcionamiento de la familia el grado de salud o de enfermedad con que resulte o termine provisto el sujeto luego del largo proceso de crecimiento y de desarrollo que deberá atravesar.

Dicho proceso deberá, necesariamente, estar sostenido y sustentado por la familia como base para una buena salud mental y física.

Es de vital importancia la calidad del vínculo entre los padres, y ese vínculo, secundariamente, influirá y marcará definitivamente el devenir de la estructuración psíquica del bebe, del niño y del adolescente.

Un aspecto fundamental para evaluar por los clínicos es el referido al grado de salud mental de los padres, ya que la posibilidad de poder vivir, crecer y desarrollarse adecuadamente, dependerá de la capacidad de la pareja para crear y sostener en el tiempo un ambiente favorable y suficientemente bueno para sus hijos. Como así también, formando parte de ese ambiente, la elección de buenos colegios y mejores profesores o maestros, ya que ellos serán compañeros de ruta, encargados de orientar, guiar y educar a esos niños y adolescentes durante un período muy largo de sus vidas.

Winnicott sostiene «la familia es un elemento circunscripto de una sociedad, orientado a la tarea de hacerse cargo de la llegada de un nuevo individuo... En un extremo, tenemos al padre, la ma-

dre y el hijo, y, en el otro, recordamos las familias descritas en los escritos antropológicos, donde los padres están integrados a la estructura social a tal punto que es como si los tíos, las tías y los abuelos e, incluso, quizás, los sacerdotes, fueran más importantes que el padre y la madre efectivos.

La idea de la familia se sustenta en el reconocimiento de que el niño pequeño tiene, en sus inicios, la necesidad de una versión simplificada de la sociedad que pueda usar para su crecimiento emocional básico, hasta que el desarrollo genere en él una capacidad para usar un círculo más amplio de personas, en realidad de amplitud permanentemente mayor.

Podría definirse la madurez, como el crecimiento del individuo en relación con la sociedad, un crecimiento apropiado a la edad del niño y que da por resultado, a la larga, su capacidad de identificarse con la sociedad sin sacrificar excesivamente sus impulsos individuales.

Cabe señalar que la madurez no nos lleva a todos a ser ciudadanos del mundo.

Se supone que la madurez no llega antes de haber dejado atrás la adolescencia y de haber comenzado a pensar en crear una familia, por supuesto con la colaboración del consorte.

Es fundamental estudiar a la familia en las diferentes etapas del crecimiento, en la edad pre-escolar, en el período de latencia que se mezcla con la pubertad, en la pubertad propiamente dicha y, finalmente, en la adolescencia temprana y tardía.

Dice Winnicott: «Esto nos llevará a estudiar la relación madre-bebe, dado que, en todas las etapas, reaparece la dependencia infantil. Consideraremos a la familia tal como es afectada por el tipo de progenitores y por la enfermedad que haya en estos. Al fin, por supuesto, arribaremos al niño individual, ya que la comprensión del desarrollo emocional del individuo es la base de todas las demás ramas de la psicología dinámica y, aún, de la psicología social. El estudio del individuo nos llevará a lo inconsciente y a los instintos, así como al conflicto intrapsíquico».

3. Bibliografía

FREUD, S. *El Malestar en la Cultura*. 7.a reimpresión, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001, pp. 58-140.

— *Más Allá del Principio del Placer*. Standard Edition, 1920.

— *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*. Standard Edition, 1905.

SCHMUKLER, D. y D. W. WINNICOTT. «El Desarrollo Emocional y el Ambiente Facilitador». En: Abadi, S. (comp.). *Desarrollos Postfreudianos, Escuelas y Autores*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano, 1997.

WINNICOTT, D. W. «Enfoque clínico de los problemas familiares: la Familia». *Acerca de los niños*. Parte III, cap. 10. Paidós, 1996.

— *Realidad y Juego*. 7.a reimpresión, Barcelona: Gedisa, 1999.

Capítulo 7

El adolescente y su tiempo libre

Lic. Graciela Miklaski,
Dra. María Carpineta,
Dr. Juan C. Escobar

1. Concepto de tiempo libre y ocio

De acuerdo con la sociología tradicional, se define al Tiempo Libre como el «conjunto de períodos de la vida de un individuo en los que la persona se siente libre de determinaciones extrínsecas, quedando con ello libre para emplear con un sentido de realización personal tales momentos, de forma que le resulte posible llevar una vida verdaderamente humana» (Weber, 1969).

Para aclarar los conceptos, es recomendable una clasificación más reciente, propuesta por Jaime Trilla, basada en categorías más genéricas que el modelo tradicional y que se denominan tiempo disponible y tiempo no disponible (Trilla Bernet, 1993).

A) Tiempo no disponible: sería aquel que el individuo tiene comprometido a tal punto que le resulta difícil sustraerse de sus ocupaciones. Comprende:

A.1. Jornada Laboral Remunerada: (o tiempo escolar, para los niños y adolescentes). Abarca también el tiempo utilizado en otras obligaciones no profesionales como el trabajo doméstico y el usado para desplazamiento, por ejemplo.

A.2. Obligaciones No Laborales: incluye la satisfacción de necesidades biológicas básicas, los deberes familiares y los compromisos sociales, administrativos, burocráticos, etcétera.

B) Tiempo disponible: del cual se dispone con mayor autonomía para un uso personal. Este tiempo puede emplearse en:

B.1. Ocupaciones Autoimpuestas: actividades religiosas, dedicación voluntaria a alguna actividad social, actividades institucionalizadas de formación (academia de idiomas), etcétera.

B.2. Tiempo Libre propiamente dicho, que a su vez, incluye:

B.2.a) Tiempo Libre estéril: pasivo, tedioso. Se identifica con el simple «pasar el rato» o «matar el tiempo», ya que no produce plena satisfacción (Ej.: quedarse viendo la televisión sin esperar nada).

B.2.b) Ocio: El ocio es aquella actividad que encierra valor en sí misma, resulta interesante y sugestiva para el individuo, y suele implicar una cierta motivación hacia la acción. *El ocio es, por lo tanto, una forma positiva de emplear el tiempo libre, que el sujeto elige autónomamente y, después, lleva efectivamente a la práctica.*

Al profundizar en el concepto de ocio, se descubren diferentes enfoques o perspectivas conductuales: vida cotidiana, educación y problemática social (Caride Gómez, 1998), pero todos coinciden en que *un empleo positivo, cultural, activo y comprometido con aquellas actividades que puedan llegar a interpelar directamente al individuo durante su tiempo libre es lo que se entiende por ocio.*

La definición de Ocio más utilizada por sociólogos, educadores y animadores es la siguiente: *«Conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse de manera completamente volun-*

taria tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales, para descansar, para divertirse, para desarrollar su información o su formación desinteresada o para participar voluntariamente en la vida social de su comunidad» (Dumazedier, 1968).

Esta definición aunaba las tres dimensiones fundamentales que determinaban la existencia del fenómeno del ocio: disponibilidad de tiempo libre, actitud personal y ocupaciones que proporcionan descanso, diversión y desarrollo. Se puede decir que el ocio, desde un planteamiento global, es un área de la experiencia humana, un recurso para el desarrollo personal, una fuente de salud y de prevención de enfermedades físicas o mentales, un derecho humano, y un indicador de la calidad de vida cargada de un enorme potencial económico.

2. Perspectiva histórica del ocio

Ocio, «*loisir*», parte del latín «*licere*», significa ‘lo que está permitido’. Tener *tiempo para lo que nos plazca*. Implica una cualidad subjetiva, donde lo importante no es el tiempo, sino la disposición. De esta manera, se considera *Ocio al conjunto de actividades, y Tiempo Libre al basamento temporal en el que tienen lugar esas actividades*.

Para los griegos, el ocio era lo importante y el neg-ocio (el no-ocio), lo superficial. El ocio era el tiempo de la observación y de la introspección, *el objetivo de una vida feliz. Las actividades dedicadas al ocio significaban paz, tranquilidad, estudio, investigación. Constituían la finalidad de la educación ejercitada en la escuela (skole)*. Aristóteles dice en su obra Política: «*La naturaleza humana misma busca no solo el trabajar correctamente, sino también la capacidad de emplear bien el ocio. Este es, [...] el fundamento de todo*».

Para algunos autores, el ocio es caracterizado como un *residuo del tiempo laboral* sin significado propio. Para otros, es fuente de libertad, de goce, de felicidad y, por ende, tenido en alta estima por los valores que representa. Frente a la cultura de la revolución industrial y de la acumulación capitalista, aparece la cultura del ocio como la superación humanizante que compensa la obligación y la rutina.

La mayoría de los autores contemporáneos, cualquiera sea el punto de partida ideológico o político en el que se basan, plantean la necesidad de generar una sociedad más humana a partir de convertir el tiempo libre en ocio (o el ocio, en tiempo libre). Como se dijo, existen diferencias entre ambos conceptos, pero se acuerda que la problemática pasa, centralmente, por la supuesta oposición (o complementariedad) entre el trabajo y el ocio o, entre el *tiempo de trabajo* (o de obligaciones) y el *tiempo libre*. Por sus características, el tiempo libre suele ser más valorado (Waichman, P.).

En las sociedades posindustriales, el ocio se vio reducido a un simple mecanismo de adaptación a una sociedad de consumo forzoso, dirigida y manipulada por los medios de comunicación de masas (Riesman, 1948). La proliferación de estas nuevas industrias del ocio: clubes de vacaciones y empresas dedicadas al entretenimiento, se fueron amparando en el conformismo de la masa social para mantenerse y poder imponer al individuo productos y situaciones con los cuales dejarlo ocupado. El ocio se convierte en una negación de libertad y de espontaneidad, lograda sobre la base de subproductos culturales para todos los públicos sin otro aliciente que consumirlos.

Por esto mismo, hoy en día, el problema de fondo sigue siendo cómo llenar de contenido, adecuadamente, ese espacio de tiempo libre con un ocio realizador de la persona. Los educadores, profesionales de salud y todo mediador social, como veremos más adelante, deben estimular una mejor calidad de vida y el disfrute igualitario del tiempo libre, como espacio dedicado a la información, la formación científica, la reflexión, la crítica, la contemplación artística, el desarrollo cultural, las relaciones humanas y al ejercicio de la democracia.

3. Los adolescentes, la familia y el ocio

Con la adolescencia, la escuela y la familia dejan de ser los ejes fundamentales de la vida de los chicos y las chicas, para empezar a serlos el tiempo libre y el grupo de amigos. El deseo de libertad, de autonomía, de escapar del control de los padres, de probar y conocer los límites de las cosas, de pasar rápidamente por todo tipo de vivencias, de interaccionar con sus iguales, y de buscar signos de identificación en el mundo exterior, son algunas de las principales características del tiempo libre juvenil. Sin embargo, la familia no deja de tener un importante papel en el acompañamiento y formación; así como en la detección de conductas de riesgo que puedan aparecer.

Las normas en la educación de los hijos adolescentes son de vital importancia. Una de las características esenciales de la adolescencia es el enfrentamiento a la norma y el inconformismo. El niño obedecía la norma porque sus padres así lo mandaban; ahora la norma se discute, se argumenta. Solo en la medida en que los padres hayan sido capaces de transmitir durante la infancia un marco normativo claro y razonable, tendrán, ahora, posibilidades de mantenerlo. Las normas fundamentales para un adolescente deben recoger las exigencias mínimas e incuestionables, deben ser poco numerosas, realmente importantes, razonables y basadas en una necesidad evidente.

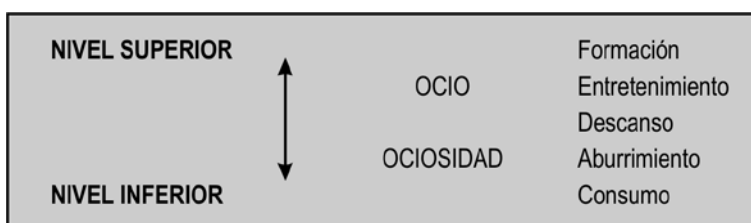
La coherencia que muestren los padres entre los mensajes que dirijan a los hijos sobre la ocupación del ocio, y la conducta que manifiesten, debe ser siempre completa. No se puede pretender que los hijos desarrollen hábitos adecuados en la ocupación del tiempo libre, si en la familia, lo que se aprende son hábitos inadecuados: abuso de televisión, falta de actividades deportivas o culturales... Una vez más, se pone de manifiesto el papel de la familia y de los padres como modelos de imitación de comportamientos por parte de los hijos y, por lo tanto, su papel preventivo.

No hay que olvidar que el grupo ofrece al adolescente el apoyo necesario para enfrentarse al mundo, le da una posición y un papel relativamente estable. Asimismo, la cohesión al grupo se logra sobre la base de renunciar a la propia individualidad, exigiendo a cada uno de sus miembros una enorme conformidad con la cultura y las normas de dicho grupo. El grupo marca cómo hay que vestir, cómo hay que actuar y cómo hay que pensar... Hay, por tanto, objetivos importantes para el adolescente como la socialización y la necesidad de pertenencia al grupo de amigos.

Así, el tiempo libre de la adolescencia, difícilmente es un tiempo personal para uno mismo; más bien al contrario, se trata de un tiempo libre vivido como ocio colectivo y superficial, en el cual todos proyectan las mismas expectativas, muestran las mismas aficiones, repiten las mismas actividades, y por supuesto, se aburren de forma conjunta, sentados siempre en aquel banco de la esquina.

4. El ocio, ¿es consumo?

Max Kaplan (1960) es el primer autor que define las características del ocio: antítesis del trabajo, expectativa ilusionante y recuerdo agradable, percepción psicológica de libertad, mínimo de obligaciones sociales, relacionados con valores culturales, importancia variable de lo frívolo a lo trascendente y, por último, caracterizado por una actividad de tipo lúdico. Profundizando en este concepto, Andanada y otros (1982), distinguen varios niveles de aprovechamiento del ocio:



En la Educación para el Ocio y el Tiempo Libre, cobran importancia los dos niveles inferiores del cuadrante anterior. En primer lugar, el nivel de aburrimiento que no llega a la categoría edificante del ocio y se denomina, en cambio, ociosidad; supone un estado de apatía, de inactividad, de «estar sin más» (al que ya hicimos referencia), en el que se vive una experiencia de frustración sin poner esfuerzo para salir de ella. En segundo lugar, el nivel de consumo, que es aquel estadio en el que el individuo delega sobre las empresas de servicios y las industrias de ocio la entera responsabilidad de organizar entretenimientos para su tiempo libre. Se produce una situación de dependencia del individuo respecto de la sociedad de consumo, y es frecuente la manipulación y la falta de iniciativas personales.

El problema que plantea el tiempo libre es, además de la cantidad de tiempo disponible con que se cuenta, el uso positivo que se puede hacer del él: el de ocio formativo y enriquecedor, en lugar de una ociosidad malgastada. Según López Andrada y otros (1982), en la utilización del tiempo libre influyen *elementos cuantitativos*: duración del tiempo libre, contenidos con que llenarlo y disponibilidad de recursos, y *elementos cualitativos*: actitud personal, variables socioculturales, condiciones del medio y calidad de los contenidos.

En relación con este tema, Débora Kantor, en *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*, hace referencia al acceso desigual que ellos tienen, «la emergencia y la visibilidad de los jóvenes son subsidiarias del mercado de consumo y de la poderosa industria cultural que contribuyó a constituirlos como tales a mediados del siglo XX. En la actualidad, preadolescentes, adolescentes y jóvenes conforman un segmento altamente rentable para la industria discográfica, de indumentaria, los medios y la tecnología. Así, pibes y pibas de diferentes sectores sociales viven atravesados por el ideal del acceso y por la ilusión de estar incluidos en un mercado que tiende a homologarlos a la hora de suscitar aspiraciones y deseos, y que diferencia, incluye y excluye a la hora del acceso. Es decir, señalar la potencia de los mensajes que homogeneizan, no implica desestimar las diferencias y los abismos que existen entre la experiencia cultural de los distintos sectores de la población adolescente y juvenil en virtud de la profunda crisis económica de las últimas décadas, que definen la concentración del capital, por un lado, y la concentración de la pobreza y la indigencia, por otro. La oferta cultural, los consumos y las prácticas se despliegan también en ese horizonte».

5. Ahora bien, ¿de cuánto tiempo libre disponen nuestros jóvenes?

En realidad, los adolescentes disponen de poco tiempo libre. Algunos son absorbidos por actividades sistematizadas y cada vez más estructuradas. Otros, como analizábamos anteriormente, han quedado atrapados por la industria del ocio, que promueve aquellas actividades que giran alrededor del entretenimiento pasatista, y, con mayor preponderancia, a exaltar la emoción, la evasión sobre la reflexión y el consumo sobre la participación constructiva y el protagonismo.

Estudios cualitativos recientes señalan que las redes sociales, que antes se tejían en los clubes sociales y deportivos, o centros nocturnos, en muchos casos, han pasado a articularse en redes virtuales a través de sitios como *My Space*, *Fotolog* o *Facebook* (Urresti, 2008). Claro que esto también difiere según grupos poblacionales. En un trabajo sobre los efectos de las condiciones de vida y configuraciones familiares y sobre los procesos de crianza y socialización de niños y adolescentes urbanos, se vio que cuatro de cada diez adolescentes no suele utilizar Internet ni tiene hábito de lectura. Para ambos casos, a medida que disminuye el estrato social se incrementa la situación de déficit. Asimismo, cinco de cada diez adolescentes no suele realizar actividad físico-deportiva, ni artística, ni cultural extraescolar. También acá, a medida que disminuye el estrato socioeconómico, aumenta la probabilidad de no acceder a este tipo de estímulos en un espacio alternativo al escolar (Tuñón, I. 2008).

En relación con este tema, Gabriela Diker destaca: «Adolescentes y jóvenes no designan sujetos, procesos y realidades iguales, equivalentes o intercambiables. Las fronteras clásicas entre las “categorías” adolescencia y juventud, se han alterado, y continúan alterándose por imperio de las circunstancias. Los análisis que refieren a la infantilización prolongada, la adultización temprana, la

maternidad y paternidad adolescente, los jóvenes no juveniles, la moratoria vital –y no ya “moratoria social”–, entre otros asuntos, dan cuenta de una complejidad que no se deja atrapar por precisiones relativas a atributos distintivos según rangos etéreos. Interesa saber, que los itinerarios vitales de los adolescentes y jóvenes están fuertemente condicionados por los datos duros del origen que definen un lugar social para cada quién, una manera de ser nombrado, por las teorías, por las políticas públicas, por la gente. Así, algunos niños y niñas, adolescentes y jóvenes, se vuelven infancia o adolescencia, mientras que otros se vuelven menores, delincuentes, marginales, excluidos, vulnerables, pobres... Por esto, todas nuestras intervenciones deben contemplar estas diferencias, ya que exigen abordajes diferentes, a la vez que nos desafía a pensar qué supuestos y qué mensajes internalizados en el mundo adulto debemos contrarrestar, de qué improntas y prejuicios habrá que liberarse, y qué es lo que vamos a defender».

Siguiendo a Kantor, coincidimos que la noción de adolescentes y jóvenes, como legítimos sujetos de derecho, es un punto de partida y una posición irreductible. Supone una mirada y unas prácticas orientadas a la afirmación de los derechos vinculados con las condiciones básicas de existencia: la identidad, la educación y la salud, entre otros, así como del derecho a tener opciones y posibilidades reales de elegir, de progresar, de imaginar futuros posibles, de protagonizar la propia vida.

Por lo cual, toda concepción del tiempo libre debería contemplar, además del aspecto cronológico, el sentido y la significación que éste posee o que puede llegar a tener para los jóvenes. Esto es, abordar el tema incluyendo la posición conceptual de *libre para...* modificar, incorporar, desarrollar habilidades, actitudes, comportamientos que permitan el protagonismo, y la canalización del potencial creativo. Facilitando la incorporación en el mundo de la cultura, posibilitando el logro de una mejor calidad de vida y, en consecuencia, reduciendo las conductas de riesgo.

Un trabajo con adolescentes, sustentado en el reconocimiento de sus derechos y de su estatus de ciudadanos, procurará, entonces, oportunidades y condiciones para la demanda, la propuesta, la autonomía y para la responsabilidad, ubicándolos en un rol más activo.

Por lo cual, las propuestas valiosas, los referentes significativos, los contextos respetuosos de sus necesidades y sus posibilidades, los espacios de participación, etcétera, son beneficiosos para todas las adolescencias, y, para las más castigadas, lo son aún más, porque representan una oportunidad privilegiada para propiciar inscripción y reconocimiento.

En este proceso, enfatizamos la necesidad de adultos «bien parados» como condición de procesos formativos relevantes, y la refundación de la mirada adulta sobre los jóvenes, desde el lugar en el cual entramos en diálogo con ellos y construimos discursos y prácticas que habiliten dichos procesos. La mirada adulta requiere ser reconstruida. Por lo cual, es necesario crear nuevos marcos para pensar el vínculo con adolescentes y jóvenes. Ellos necesitan adultos que los contengan y los desafíen, que les amplíen el horizonte de lo posible y que les puedan poner límites, que les permitan y prohíban, que sepan, a la vez, estar cerca y dejarlos solos, que confíen en ellos, que les discutan, que les transmitan cosas valiosas y que les enseñen.

Coincidimos con Silvia Di Segni Obiols: «Algunos adultos se oponen a la cultura adolescente despreciando todo o mucho de lo que hay en ella, dejando de lado los riquísimos aportes que ha hecho. En este grupo, hay quienes hacen concesiones a los cambios sin renunciar a sus principios y logran buenos resultados en la relación con sus hijos; los que se niegan a hacerlo terminan atrincherados en posiciones demasiado rígidas que solo logran sostener con violencia. Otros adultos, se ubican en el extremo opuesto, planteando a sus hijos un vínculo simétrico, de “compinchismo” adolescente. Cuando no se olvidan de que siguen teniendo responsabilidades y mantienen cierta distancia mínima, logran buenos resultados; cuando compiten con ellos, dejan a sus hijos huérfanos. Finalmente, otro grupo de adultos, se muestra siempre inseguro sobre qué hacer con sus hijos, dudan, no son continentales. Cuando aprovechan sus dudas para corregir errores, logran buenos resultados; cuando se paralizan, generan violencia de sus hijos hacia ellos».

R. Efron, refiere: «la voz firme del adulto y las instituciones que lo respaldan, al existir y autorizar, de alguna manera previenen; y no porque muestran el camino verdadero, sino porque evitan quedar fuera del camino».

Desde nuestro lugar, como médicos, docentes, acompañantes de adolescentes, etcétera, la calidad de nuestra presencia también se ve interpelada. No es el mero «*estar allí*» lo que opera como condición de posibilidad, sino las formas y los significados que adquiera dicha presencia.

Desde esta perspectiva, nuestro acercamiento debe ser desde la autoridad bien entendida, la responsabilidad y la confianza en ellos.

6. ¿Qué hacer para recuperar el Tiempo de Ocio? Algunas propuestas genéricas:

Muchas de las conductas de riesgo en los adolescentes y jóvenes (como el consumo de sustancias), tiene que ver, en algunos casos, con su especial modo de divertirse, concentrado en sus actividades de fin de semana y en un contexto de ruptura con la dinámica cotidiana, liberación y «descontrol». En los últimos años, ante esta realidad social y cultural, se empezó a catalogar el ocio de fin de semana, especialmente el ocio nocturno practicado por un número importante de jóvenes, como un espacio problemático, con la consiguiente alarma social, que, cada vez, fue adquiriendo mayor protagonismo mediático. Este modelo de ocio nocturno, consumista y comercial, dominante en nuestra sociedad, se asocia, en ocasiones, con el consumo de alcohol y, de otro tipo de drogas, en los lugares de diversión y entre el grupo de iguales.

Pero de la misma manera que el ocio es el espacio central donde puede darse dicho consumo, es un espacio clave desde el cual prevenirlo, sobre todo, cuando, a estas edades, la acción educativa cobra mayor fuerza en la calle, los amigos, los momentos de ocio y en los medios de comunicación. Estos espacios de socialización informales pueden constituirse en contextos y momentos que favorezcan factores de protección (valores, actitudes y recursos personales positivos) y estilos de vida saludables.

Como ya se dijo, el ocio, por sí mismo, reúne una serie de condiciones que lo designan como marco idóneo para la promoción de dichos estilos de vida: es elegido voluntariamente, los procesos educativos están presentes y se dan sin carácter formal, es un espacio para la consolidación de la pertenencia al grupo, toma de decisiones, resistencia a la presión del grupo, resolución de conflictos, apertura a las relaciones afectivo-sexuales... En definitiva, las alternativas de ocio saludable pueden convertirse, así, en una estrategia para la prevención de comportamientos de riesgo.

Jugar es una de estas alternativas. La dimensión lúdica del ser humano no se diluye cuando se va la infancia. El juego brinda esparcimiento y ayuda a adaptarse a nuevos contextos y situaciones, además de proporcionar estabilidad física y psíquica.

Practicar deportes contribuye al desarrollo integral de la persona e incrementa sus habilidades motoras y sociales.

Las actividades artísticas reconectan a la persona con su propio ser, permitiéndole ver al mundo de una manera más positiva y mejorando su productividad en general. De ahí, la importancia de promover clases de baile, talleres de trabajos manuales, de teatro, música, cine.

Desde otro nivel, exigir a los poderes públicos que desarrollen espacios gratuitos y accesibles para el uso del tiempo libre de los y las adolescentes, tanto deportivas, como recreativas y culturales, en fines de semana y épocas no lectivas, con una adecuada promoción, animación y orientación.

Promocionar y orientar el uso del tiempo libre en el ámbito escolar, familiar y desde otras instituciones y ONGs, con los medios adecuados.

Propiciar y potenciar la participación juvenil y la asociación autónoma de los adolescentes.

Desarrollar Encuentros o Jornadas en donde se analicen y debatan los temas relacionados con el uso del tiempo libre de los adolescentes.

En síntesis, la actuación del educador o de cualquier actor social que quiera trabajar en el ámbito del ocio debe, en primer lugar, orientar a los adolescentes hacia esquemas de ocupación de ocio activo y positivo (centrados en el disfrute y en el desarrollo personal), frente a los esquemas de ocio pasivo o negativo que, como dijimos, suelen estar asociados a la utilización de sustancias (consumis-

mo) o ser, en algunos casos, elementos precipitantes del consumo de drogas, como el aburrimiento.

En segundo lugar, debe contar con todos los elementos del entorno (estructurales, recursos humanos, materiales, instituciones, etcétera), que puedan ser favorecedores o facilitadores de un estilo de ocio positivo; asimismo, debe tener en cuenta las relaciones entre estos elementos para potenciar su sinergia y aprovechamiento máximo.

Por último, debe tratar de ofertar actividades innovadoras de estas características para la población adolescente (sin olvidar que el exceso de novedad puede anular el objetivo mismo de la actividad), facilitar el acceso a ellas y asegurarse un adecuado desarrollo, manteniendo una actitud abierta y flexible a otras posibles demandas y centros de interés.

Por todo esto, la formación para el tiempo libre es una parte fundamental de la formación integral del hombre, pues, en el tiempo libre, se realiza la formulación cultural, física, ideológica, colectivista y creativa que influye profundamente tanto en la psiquis como en la estructura de la personalidad.

Aunque este proceso formativo es permanente y no tiene fronteras de edad, ejerce su principal acción en el trabajo con los niños y adolescentes.

7. Bibliografía

- COMAS ARNAU, D. *La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana*. Madrid: Instituto de la Juventud, 2001.
- CUENCA CABEZA, M. *Temas de pedagogía del Ocio*. Bilbao: Editorial Universidad de Deusto, 1995.
- DIKER, G. «Palabras para nombrar». *Infancias y Adolescencias. Teorías y experiencias en el borde. Cuando la educación discute la noción de destino*. Buenos Aires: Noveduc-Fundación CEM (coeditores), 2003. (Colección: Ensayos y Experiencias).
- DI SEGNI OBIOLS, S. «Adolescencia y vínculos». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101(6): 427. Disponible en:
<<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.427-429.Obiols.pdf>>.
- DUMAZEDIER, J. *Hacia una civilización del ocio*. Barcelona: Editorial Estela, 1968.
- EFRÓN, R. «Subjetividad y adolescencia». En: Konterlnik, I y C. Jacinto. *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Buenos Aires: Editorial Losada- UNICEF, 1996.
- GOBIERNO DE ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. *Actividad Física y Salud en la Infancia y la Adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación* [en línea]. Disponible en:
<<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>>.
- KANTOR, D. *Adolescentes, jóvenes y adultos. Propuestas participativas en recreación*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2005.
- *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*. Buenos Aires: Del Estante Editorial, 2008.
- KAPLAN, M. *Leisure in America. A Social Inquiry*. New Cork: Ed. Wiley, 1960.
- KRAUSKOPF, D. «Políticas de juventud, adolescencia y salud». *Programa de Actualización "Abordaje Integral del Adolescente"*. Buenos Aires: Facultad de Medicina Virtual-Universidad de Buenos Aires (FMV-UBA), 2007.
- LÓPEZ ANDRADA, B. et ál. *Tiempo libre y educación. Escuela Española*. Madrid, 1982.
- TUÑÓN, I. «Efecto de las condiciones de vida y las configuraciones familiares sobre los procesos de crianza y socialización de niños, niñas y adolescentes urbanos (2007-2008)» [en línea]. Recuperado de: *Equidad para la Infancia. América Latina*. 2009. Disponible en: <[http://equidadparalainfancia.org/efecto-de-las-condiciones-de-vida-y-las-configuraciones-familiares-sobre-los-procesos-de-crianza-y-socializacion-de-ninos-ninias-y-adolescentes-urbanos-\(2007-2008\)-166/index.html](http://equidadparalainfancia.org/efecto-de-las-condiciones-de-vida-y-las-configuraciones-familiares-sobre-los-procesos-de-crianza-y-socializacion-de-ninos-ninias-y-adolescentes-urbanos-(2007-2008)-166/index.html)>.

- URRESTI, M. «Ciberculturas juveniles: vida cotidiana, subjetividad y pertenencia entre los jóvenes ante el impacto de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información». *Ciberculturas Juveniles*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2008.
- WAICHMAN, P. *Tiempo libre y recreación. Un desafío pedagógico*. Buenos Aires: Ed. Pablo Waichman, 2003.
- WEBER, E. *El problema del tiempo libre*. Madrid: Editora Nacional, 1969.
- TRILLA BERNET, J. *Animación sociocultural. Teorías, programas y ámbitos*. Barcelona: Editorial Ariel, 1997.

Participación juvenil y políticas de juventud

Índice

● Capítulo 8

Participación juvenil

1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de participación juvenil?
2. ¿Cómo generar espacios de salida a la comunidad?
 - 2.1. ¿Qué es una feria de proyectos?
 - 2.2. ¿Qué es un foro?
 - 2.3. ¿Qué son los talleres entre pares?
 - 2.4. Ciberactivismo
3. ¿Cuáles son las barreras para la participación Juvenil?
4. ¡Hay distintas formas de participación Juvenil!
5. Favoreciendo la participación juvenil buscamos:
6. Nuestros jóvenes y adolescentes tendrán una participación protagónica cuando podamos:
7. Otras miradas en relación a la participación
 - 7.1. Los jóvenes como objetos
 - 7.2. Los jóvenes como receptores
 - 7.3. Los jóvenes como colegas
8. Actividad sugerida
9. Bibliografía

● Capítulo 9

Políticas de juventud, adolescencia y salud

1. La edad en las políticas y programas de adolescencia y juventud
2. El reconocimiento del sujeto juvenil en las políticas
 - 2.1. La adolescencia y juventud como período preparatorio en las políticas
 - 2.2. La adolescencia y juventud como etapa problema en las políticas
 - 2.2.1. La reformulación social del concepto de riesgo
 - 2.3. La juventud ciudadana como sujeto de políticas
 - 2.4. El reconocimiento de la juventud en las políticas como actor estratégico del desarrollo
3. La evolución de los paradigmas de salud y la adolescencia
4. Consideraciones finales
5. Bibliografía
6. Bibliografía en línea

● **Capítulo 10**

Adolescencia y modelos de identificación

Entre la globalización y el nuevo siglo

1. El nuevo contexto: tiempos de cambio
2. Adolescentes en plural: los unos y los otros
3. Modelos de identificación. Identidad, tecnología y consumo
4. Consumación o consumo
5. El cambio en las relaciones de género y generacionales
6. Bibliografía

Capítulo 8

Participación juvenil

Dra. Mónica Borile

1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de participación juvenil?

Cuando pensamos en nuestros adolescentes y jóvenes participando activamente de proyectos, los reconocemos como agentes que influyen en sus pares, en los adultos y en sus comunidades.

Los vemos interactuando, reflexionando sobre las distintas formas de participación social, enfrentando los cambios propios de la globalización y las transformaciones sociales y culturales.

Sabemos de su vulnerabilidad, de sus necesidades de confrontar y de lograr autonomía de pensamiento y acto, al tiempo que reconocemos en ellos un rol social valorado como ciudadanos y como actores estratégicos del desarrollo.

Escuchamos hablar de políticas que favorecen la participación de adolescentes y jóvenes, pero si deseamos que ellos participen, tenemos que considerar que «formar para la participación» implica: sensibilizar para querer participar, aprender para saber participar y, finalmente –sólo finalmente–, organizarse para poder participar. No se constituye en ciudadano de la polis «quien no se ha vinculado con los vecinos de su aldea».

El principio base es la solidaridad y es, en esencia, participativa, no sólo en el aspecto ejecutivo, sino en aquellos procesos que hacen al análisis y a la toma de decisiones.

Abrir ámbitos de participación genera compromiso, despierta la conciencia de que existen posibilidades de acción al crear espacios abiertos, sujetos a mutuo debate crítico, respetuoso y no excluyente.

Plantear como primer objetivo la construcción de la ciudadanía es pretender que el adolescente se organice para participar, sin saber cómo participar y, lo que es peor, sin preguntarle si quiere. La participación juvenil deviene en ciudadanía si realmente, como refiere Dina Krauskopf, se facilita la inserción social de adolescentes y jóvenes como verdaderos actores estratégicos del desarrollo, y no se los considera, solamente, receptores de nuestros proyectos.

Como facilitadores, entendemos que al empoderar a los adolescentes, reconociendo sus derechos y capacidades, aceptando sus aportes y auspiciando la toma de decisiones, se favorece el autocuidado, y que es posible una promoción de la salud eficaz que ofrece oportunidades prácticas de fortalecer habilidades y capacidades individuales y comunitarias.

Nuestro objetivo es contribuir a la formulación de propuestas de participación social con los adolescentes y jóvenes a través del voluntariado. Participación es cooperación, implicación responsable, directa, activa y efectiva, que repercute en la cohesión social, impulsando el intercambio de conocimientos y de destrezas.

Revisemos las experiencias del Programa Regional de Adolescencia de la OPS que nos propone un marco conceptual de desarrollo humano integral y promoción de salud. El marco conceptual plantea fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y de su ambiente socioeconómico, político y cultural, y un cambio de paradigma que apoya el desarrollo a través de la participación de los adolescentes como una estrategia para prevenir sus problemas.

Desarrollo es definido como un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrolla competencias, habilidades y redes sociales. Competencia, como la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes; así definida, entonces, la competencia está ligada a un contexto específico.

Para apoyar el desarrollo de los adolescentes, son clave la salud, el bienestar, la educación, la justicia, el empleo y la participación social. El desarrollo no ocurre aislado, y, en este marco, es importante apoyar a las familias y a las comunidades para que sus instituciones e individuos guíen y apoyen el desarrollo de los adolescentes (Rodríguez y col., 1998).

Los adolescentes tienen requerimientos básicos (derechos) (UNICEF, 1997) que necesitan ser satisfechos: nutrición, ejercicio, recreación y acceso a servicios.

Según la OMS, para tener un desarrollo saludable los adolescentes y jóvenes necesitan, primero, haber tenido una infancia saludable; segundo, contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades, a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, disponer de información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas, vocacionales y de vida; y cuarto, tener acceso con equidad, a una amplia gama de servicios: educación, empleo, salud, justicia y bienestar (OMS, 1989). UNICEF agrega la necesidad de un macro ambiente que los apoye, creado por las políticas y la legislación, los valores de la sociedad, los modelos de roles positivos, y las normas de conducta, con apoyo de los medios de comunicación (UNICEF, 1997).

El *Carnegie Council for Adolescent Development* subraya, además, lo importante que es para el desarrollo de los adolescentes, el tener sentido de pertenencia y oportunidades para participar y para ser miembros activos y contribuyentes en su comunidad, como padres, trabajadores y ciudadanos (Takanashi, 1996).

Debemos generar actividades interdisciplinarias que replanteen el posicionamiento actual de nuestros adolescentes trabajando en políticas de participación juvenil con su concurrencia. No podemos llegar a ellos sin ellos.

Para que adolescentes y jóvenes aumenten su capacidad de participación protagónica en las comunidades de las que provienen, necesitamos:

- Promover diferentes estrategias con el objeto de mejorar y/o fortalecer la socialización, generando un sistema de apoyo básico, con espacios de orientación y capacitación en diferentes áreas de formación, y oportunidades desde el punto de vista, social, cultural y educativo.
- Brindar herramientas de capacitación sostenidas en la diversidad, la solidaridad y el aprendizaje para la participación de adolescentes y jóvenes en la comunidad, contribuyendo a su integración social.
- Apoyar y promover iniciativas de adolescentes y jóvenes; de esta manera, ellos adquieren experiencia y confianza en sí mismos, mientras que las organizaciones adquieren una perspectiva actual en cuanto a la cultura joven.
- Promover alternativas de uso del tiempo libre.

2. ¿Cómo generar espacios de salida a la comunidad?

A través de actividades diseñadas y ejecutadas por los propios adolescentes y jóvenes con el apoyo de adultos como referentes, por ejemplo:

- Muestras artísticas.
- Actividades de difusión en medios de comunicación.
- Actividades que fomentan el voluntariado.
- Ferias de proyectos juveniles.
- Foros.
- Talleres entre pares.
- Ciberactivismo.

2.1. ¿Qué es una feria de proyectos?



Es un espacio para celebrar, reconocer y para movilizar el aporte solidario que los jóvenes realizan, mediante el servicio voluntario, para mejorar sus comunidades y las diferentes organizaciones que apoyan las actividades de los jóvenes, manteniendo la línea filosófica del trabajo con la comunidad, y con los adolescentes como actores importantes de la Sociedad Civil, apoyando todas las manifestaciones de participación y de ciudadanía.

Allí, adolescentes y jóvenes involucrados en proyectos voluntarios pueden exponer y difundir sus trabajos con la posibilidad de conocer otras iniciativas.

Asimismo, es un lugar de capacitación para los jóvenes, como, también, para los adultos que acompañan y facilitan las actividades.

Se realiza en el marco de las celebraciones del Día Global del Servicio Voluntario Juvenil (DGSVJ). Se iniciaron con el apoyo del Centro Argentino para la Cooperación Internacional y el Desarrollo (CACID).

El objetivo principal de la feria es estimular un mayor conocimiento y apoyo a este tipo de metodologías que, probadamente, promueven el desarrollo positivo de la juventud y el servicio comunitario de los jóvenes, además de lograr el encuentro de quienes trabajan y asisten a adolescentes; entendiendo la asistencia desde la «integralidad», reconociendo la tarea silenciosa, pero infatigable, de quienes acompañan a las/los adolescentes, brindando un espacio para el despliegue de los trabajos que realizan.

2.2. ¿Qué es un foro?

El objetivo es generar un intercambio de ideas, proyectos y soluciones alternativas entre los participantes del encuentro, a través de la exposición y discusión de las problemáticas que interesan a los adolescentes.

Los encuentros suelen dividirse en dos partes. En primera instancia, se realizan talleres temáticos donde se dan pautas de trabajo, para que adolescentes y jóvenes generen conclusiones para, posteriormente, exponerlas. En segunda instancia, los distintos grupos participantes presentan los proyectos o investigaciones hechas sobre temas específicos.

El foro favorece la activa participación y compromiso de adolescentes y jóvenes. Además, son los jóvenes los que realizan abogacía utilizando metodologías innovadoras a través de los medios de comunicación en diversos entornos (radio, televisión, periódicos) y difunden las conclusiones.

Consideramos la comunicación social como una herramienta poderosa para la promoción de cambios en las conductas de los adolescentes.

2.3. ¿Qué son los talleres entre pares?

Es un programa de educación no formal –solidaria– que responde a la necesidad de abordar temas relacionados con la Salud Integral del Adolescente fuera de todo contexto educativo reglado.

A través de la capacitación de un grupo de adolescentes, como agentes de cambio de sus pares, familias y comunidades, promueven comportamientos saludables y acciones centradas en participación y empoderamiento.

La investigación también muestra que los programas para adolescentes y jóvenes, desarrollados entre ellos y con el acompañamiento y compromiso de los adultos, que actúan como facilitadores, son sumamente efectivos en la evolución de habilidades.

Se propone un modelo de relación que parte del conocimiento, la reflexión y del respeto desde un entorno más solidario, que a través de un proceso de aprendizaje intensamente participativo y dinámico, les proporciona los instrumentos de análisis, valoración y crítica.

El programa utiliza un modelo integral basado en la promoción de la salud, y que forma, en el ámbito comunitario, agentes multiplicadores entre los jóvenes, generando movilización comunitaria y reorientación del tiempo libre, con una metodología activo- participativa entre pares que facilita a los adolescentes: reflexionar, discutir y obtener información respecto a su sexualidad, a los riesgos y consecuencias del uso indebido de drogas y de alcohol, fomentando un desarrollo psicosocial y una resolución constructiva de los principales problemas de la edad.

Se capacitan adolescentes generando cualidades y hábitos que, probablemente, se mantendrán durante toda la vida, estas actividades impactan sobre los jóvenes que actúan como talleristas, por ejemplo: «Los Cable a Tierra», y sobre la comunidad en la que actúan.

La finalidad del programa no es tanto que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescriptos por el «experto», sino que se facilita a los adolescentes movilizar sus propios recursos y desarrollar capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas. El favorecer la capacidad crítica fomenta y potencia el desarrollo de valores, actitudes positivas, la autonomía, y el afán de buscar nuevas soluciones a los problemas. El trabajar en la construcción de una imagen positiva y ajustada a la realidad favorece el desarrollo de la autoestima, aumentando la capacidad para resistir la presión de grupo y la socio-publicitaria.

Se tiene en cuenta que los programas dirigidos a jóvenes en riesgo psicosocial deben explorar estrategias comunicacionales que consideren los modos y fuentes de información que este grupo étareo y social posee. Se enfatiza que la información circule en el nivel local, motivando a los líderes cercanos a estos jóvenes, para que su información y opinión pueda influirlos.

2.4. Ciberactivismo

Ciberactivista es una persona que utiliza un conjunto de técnicas y tecnologías de la comunicación, como teléfonos móviles, *blogs*, correo electrónico o redes sociales, organizando, movilizando y sirviendo de inspiración a comunidades *online* cuyo objetivo es poner en marcha procesos de acción y toma de posición social.

Escuchamos hablar cada vez más sobre los usos que adolescentes y jóvenes dan a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, especialmente a Internet; se destaca que aún prevalecen las connotaciones negativas y las opiniones giran en torno a cuestiones de ocio y consumo, pocas veces se dice que cada vez más jóvenes están, a través de estos medios, participando socialmente.

El ciberactivismo –escribe Ugarte– puede ser definido como toda estrategia que persigue el cambio en la agenda pública mediante la difusión de un determinado mensaje y su propagación a través del boca en boca, multiplicado por los medios de comunicación y publicación electrónica personal.

Se trata de una nueva forma de activismo social, que reformula el ejercicio del poder a partir del uso de nuevas tecnologías que están siendo aprovechadas por jóvenes de todo el mundo con inquietud solidaria. Internet se ha constituido en un espacio propicio para la comunicación, la información, el intercambio, el aprendizaje y, también, en un medio de expresión y participación social, una manera de desarrollar acciones con menores costos y mayor visibilidad e impacto que en épocas previas a su difusión.

El Informe Mundial de Naciones Unidas sobre la Juventud 2005 reconoce que, «Un factor que parece contrarrestar el declive en la participación tradicional y cívica de los jóvenes son las actividades basadas en la Internet, relacionadas con causas cívicas y políticas [...] las tecnologías de la información y las comunicaciones están creando nuevas formas de “ciberparticipación” que abren cauces de participación creativos, abiertos y no jerárquicos. Internet es un nuevo espacio de ejercicio de la ciudadanía».

Jóvenes y adolescentes están creando un mundo en el que todos puedan entrar, sin privilegios o prejuicios debidos a la raza, al poder económico, la fuerza militar o al lugar de nacimiento. Un

mundo donde puedan expresar sus creencias, sin importar lo singulares que sean, sin miedo a ser coaccionados al silencio o al conformismo (Declaración de independencia del ciberespacio).

3. ¿Cuáles son las barreras para la participación Juvenil?

- Prejuicios acerca de las destrezas y las perspectivas de los adolescentes y jóvenes.
- Resistencia al cambio. Intentos de ajustar a los jóvenes a las estructuras adultas.
- Dudas sobre cómo facilitar el proceso de la participación juvenil.
- Rotación de miembros; líderes adolescentes y juveniles que crecieron y salieron a otros espacios.
- Los planificadores no conceden suficiente tiempo y esfuerzo al desarrollo de técnicas de capacitación.
- Transitoriedad en las autoridades a cargo o falta de permanencia del proyecto.
- Poca seriedad en los compromisos asumidos por parte de los profesionales coordinadores.
- Falta de compromiso político de las autoridades de turno.

4. ¿Hay distintas formas de participación juvenil!

- Asignación de roles específicos a los jóvenes e informarles que están involucrados.
- Consultarles e informales cómo se usará el aporte que hagan.
- Los adultos inician la participación juvenil y comparten la toma de decisiones.
- Los jóvenes inician y dirigen proyectos.
- Los jóvenes inician y comparten la toma de decisiones con los adultos.

5. Favoreciendo la participación juvenil buscamos:

- Visibilización positiva de la adolescencia.
- Modalidades representativas de participación.
- Mostrar el aporte juvenil a la sociedad.
- Orientar hacia una aceptación positiva del adolescente.
- Abordaje de la estigmatización de la Adolescencia como problema.
- Actuar sobre el efecto *boomerang* de priorizar el control sobre la «Perturbación Adolescente».
- Compromiso serio por parte de la organización para facilitar acciones genuinas y efectivas.

6. Nuestros jóvenes y adolescentes tendrán una “Participación Protagónica” cuando podamos:

- Romper con el adultocentrismo.
- Tomar en cuenta la exclusión.
- Dar voz a los y las adolescentes.
- Generar espacios para la expresión de capacidades.
- Otorgar asesoría y herramientas para la autoconducción.
- Acompañar.
- Proponer iniciativas.
- Vincularlos con programas.

Y cuando evitemos que se incorpore a los adolescentes y a los jóvenes en calidad de símbolo o sin la preparación necesaria.

7. Otras miradas en relación con la participación

Un investigador, Chevy Chase (National 4-H Council; *Creating Youth/Adult Partnerships: the Training Curricula for Youth, Adults, and Youth/Adult Teams*, 1997) ha desarrollado la teoría del «Espectro de Actitudes», identificando tres diferentes tipos de actitudes que los adultos tienen con respecto a los jóvenes. Tales actitudes afectan la capacidad de los adultos de aceptar que los jóvenes pueden tomar buenas decisiones. Estas actitudes también determinan hasta qué nivel los adultos están dispuestos a involucrar a gente joven en las decisiones acerca del diseño de los programas, su desarrollo, implementación y evaluación.

Las tres actitudes son:

1. los jóvenes como objetos,
2. los jóvenes como receptores,
3. los jóvenes como colegas.

7.1. Los jóvenes como objetos

Los adultos que toman esta actitud se identifican con el mito de la sabiduría adulta. Creen que saben lo que es mejor para los jóvenes. Tratan de controlar las situaciones en las que los jóvenes se encuentran. Creen que la gente joven tiene poco que aportar. Además, pueden sentir la necesidad, de acuerdo con sus propias experiencias pasadas, de proteger a los jóvenes del sufrimiento que podría resultar de algún error. Los adultos que ven a los jóvenes como objetos, pocas veces permiten más que una participación simbólica de los jóvenes y no tienen ninguna intención de involucrarlos verdaderamente.

7.2. Los jóvenes como receptores

Los que toman esta actitud creen que los adultos deben ayudar a los jóvenes a adaptarse a una sociedad adulta. Permiten que la gente joven tome parte en la toma de decisiones, porque creen que la experiencia les servirá, y suponen que los jóvenes no son todavía «gente de verdad» y necesitan ayuda para «pensar como adultos». Estos adultos, usualmente, delegan a los jóvenes responsabilidades triviales o tareas que ellos mismos no quieren llevar a cabo. Los adultos que ven a los jóvenes como receptores, generalmente, determinan las formas en que los jóvenes participarán y cuentan con que ellos se adecuen a sus términos.

7.3. Los jóvenes como colegas

Los adultos que toman esta actitud respetan sinceramente a los jóvenes y creen que aquellos tienen mucho que ofrecer *ahora*. Estos adultos alientan a los jóvenes a participar y creen que el involucramiento de los jóvenes es un elemento crítico para el éxito de los programas. Estos adultos están de acuerdo con que los jóvenes tengan una voz igual a la ellos en la toma de decisiones. Reconocen que tanto adultos como jóvenes tienen habilidades, fortalezas y experiencias para contribuir. Los adultos que toman esta actitud están tan cómodos trabajando con jóvenes como con adultos, y disfrutan del ambiente con ambos. Estos adultos creen que una participación genuina de los jóvenes enriquece a los adultos en la misma forma en que la participación de los adultos enriquece a los jóvenes, y que una relación mutua de respeto reconoce las fortalezas que cada uno puede ofrecer.

Una investigación de Kent Klindera (septiembre de 2000) sugiere que los programas exitosos de involucramiento de los jóvenes comparten elementos que incluyen:

- La gente joven toma decisiones significativas. Identifica áreas de importancia, desarrolla planes de acción y escribe propuestas para implementar dichos planes.
- La gente joven tiene la oportunidad de aprender y de desarrollar nuevas técnicas como resultado de su participación.

- La organización emprende actividades significativas dirigidas a los temas y a necesidades de la gente joven en la comunidad, y no concibe actividades para darles a los jóvenes una práctica de la vida adulta.
- Los jóvenes y los adultos tienen oportunidades de explorar lo que cada uno puede aportar al diálogo. También, pueden expresar sus necesidades y expectativas hacia el otro. De esta forma, cada grupo reconoce y valora las contribuciones positivas del otro.
- Los jóvenes y los adultos desarrollan relaciones de colegas, una alianza enfocada hacia metas comunes. Ningún joven o adulto está necesariamente subordinado al otro.
- La organización asigna recursos para integrar a los jóvenes.
- La gente joven tiene oportunidades para lograr el éxito y sabe que hace una diferencia.
- La gente joven desarrolla sentimientos de capacidad propia.
- La experiencia conjunta de jóvenes y adultos crea una asociación en la que entienden que, juntos, pueden conseguir más que por separado.
- Las actividades se desarrollan en una comunidad auténtica, no en una artificial. Las actividades no se enfocan ni en el individuo, ni en la organización.
- La gente joven tiene oportunidades para reflexionar sobre su trabajo.

Lograr un verdadero involucramiento de los adolescentes en los programas implica trabajo, y no es una tarea fácil. Sin embargo, los beneficios son enormes. Cuando adolescentes, jóvenes y adultos ven esos beneficios potenciales, se dan cuenta que el esfuerzo vale la pena. Generar espacios de participación es un verdadero desafío al que todos estamos invitados.

8. Actividad sugerida

La visión de un espacio de participación suele ser el resultado de la propia actitud en relación con ella. Es necesario conocer las ideas previas en término de sentimientos, estilos de vida y conocimientos sobre el tema.

Les propongo un taller para realizar con los adolescentes, para facilitar la reflexión sobre la Participación, esta actividad puede contribuir a priorizar los objetivos que le resultan importantes a los adolescentes y establecer un diálogo sobre el tema.

1. Tome esta figura y entregue una a cada participante.

1	2	3
4	5	6

2. Solicite que establezca, según su criterio, cuáles son los obstáculos que encuentra para la participación (personales, comunitarios, etcétera) y que los numere completando cada cuadro.
3. Realice luego una reunión en grupo y fomente el debate solicitando que en un nuevo dibujo establezcan, en forma conjunta, qué favorece la participación.
4. Concluya con un plenario.

9. Bibliografía

- AMNISTÍA INTERNACIONAL. *Herramientas y sugerencias para un ciberactivismo eficaz* [en línea]. Disponible en: <<http://www.amnesty.org/sites/impact.amnesty.org/files/PUBLIC/documents/Books/Herramientas-ciberactivismo-eficaz.pdf>>. [Consulta: 2009].
- CABLE A TIERRA. Disponible en: <<http://www.cablesmedicina.blogspot.com>>.
- CHAVES, M. *Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea* [en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362005000200002&lng=es&nrm=iso>.
- CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ESPAÑA. *Formas de participación: el asociacionismo juvenil; guía didáctica de educación para la participación* [en línea]. Fundación EDE. Disponible en: <<http://www.cje.org/PublicacionesCJE/guiaeducacionparalaparticipacion1.pdf>>. [Consultado en: <www.cje.org>].
- DE UGARTE, D. *El poder de las redes. Manual ilustrado para personas, colectivos y empresas abocados al ciberactivismo* [en línea]. Disponible en: <<http://deugarte.com/manual-ilustrado-para-ciberactivistas>>. [ISBN de la edición electrónica: 978-84-611-8873-4]
- KLINDERA, K. *Involucramiento de los jóvenes en la programación de la prevención* [en línea]. Disponible en: <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/spaninvo.htm>>. [Consulta: Septiembre, 2000].
- NACIONES UNIDAS. *La Juventud y las Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para los Jóvenes: Participación* [en línea]. Disponible en: <<http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpyparticipation.htm>>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud de la Familia y Población: Salud del Adolescente. En: Maddaleno, M., F. Infante (coord.), S. Singleton y K. Weaver (colaboradoras). *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001*. OPS, noviembre de 1998.
- ROMERO PÉREZ, A. *La participación del voluntariado en el desarrollo de la comunidad local. Asociación Espiral-Consultoría Social*. [Colección: A fuego lento], 2004.
- WIKISOURCE. *Declaración de independencia del ciberespacio* [en línea]. 1996. Disponible en: <http://es.wikisource.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_independencia_del_ciberespacio>.

Capítulo 9

Políticas de juventud, adolescencia y salud

Lic. Dina Krauskopf

Los cambios epocales son un trasfondo clave para el surgimiento de políticas públicas de adolescencia y juventud. El modelo económico globalizado ha modificado el mercado laboral y contribuye al incremento de la brecha social hacia el interior de los países latinoamericanos; ya no puede desconocerse que sus juventudes son heterogéneas y están expuestas a diversos grados de exclusión. Por otro lado, la modernización ha contribuido a la prolongación de la vida. Todo ello impacta tanto en el posicionamiento juvenil como en la situación adulta, en las sociedades del siglo XXI. Sin la inclusión de las juventudes contemporáneas, no es posible la democracia, ni el desarrollo equitativo de las sociedades.

La fase juvenil ocupa, en el ciclo vital, un número creciente de años, la pubertad se da a edades más tempranas y la vida adulta se prolonga en el contexto de la velocidad de los cambios por lo que ya no es un período estable, sino que está sujeta a importantes transformaciones. La flexibilidad juvenil para incorporar los conocimientos y para aportar a la innovación se valoriza. Las juventudes contemporáneas se afirman, cada vez más, en sus identidades juveniles.

El avance de la atención de la salud para la adolescencia ha sido vigoroso en los últimos tiempos. Enfrenta, aún, desafíos considerables para alcanzar el lugar requerido en los servicios y las políticas. Su desarrollo ha permitido confrontar enfoques conceptuales y metodológicos. Ha demandado reconocer que los paradigmas tradicionales eran insuficientes para integrar el desarrollo de sus sociedades y para fomentar la calidad de vida de las personas en edades estratégicas del ciclo vital.

El abordaje adecuado de esta población ha mostrado, también, la estrechez de un enfoque puramente sectorial en la atención de su salud, y ha promovido alianzas estratégicas que amplían los escenarios de las intervenciones, así como perspectivas que demandan la articulación de políticas que sustenten los programas. En este sentido, es importante para los programas de salud de la adolescencia, considerar la actual existencia de Políticas y Planes de Acción de Juventud, así como las iniciativas que se presentan para su formulación. Las Leyes de Juventud son un instrumento estatal de respaldo, que, a menudo, identifican los sistemas de juventud, y han favorecido la construcción conjunta de políticas entre los entes gubernamentales y las juventudes. La Convención de los Derechos del Niño y, recientemente, la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes dan un marco de referencia fundamental a estas tendencias. Los Programas de Salud para la adolescencia y la juventud deben estar incluidos en el marco mencionado.

El presente trabajo revisa esta problemática y procura sistematizar los referentes clave en la construcción de las políticas y programas dirigidos a la salud de la adolescencia y juventud.

1. La edad en las políticas y programas de adolescencia y juventud

El referente etáreo es un elemento imprescindible (aunque en ningún caso, suficiente) en la

definición de los grupos meta de políticas y programas. Los cortes etéreos, sin embargo, no dejan de ser un problema para las articulaciones sectoriales, para las definiciones de la autonomía de los y las adolescentes relacionadas con el acceso a servicios vinculados a la vida sexual, y el establecimiento del derecho a la confidencialidad. En el caso de las políticas públicas de salud juvenil, la edad es un factor indefinido que conspira contra su atención sistemática.

En el campo normativo, la Convención de los Derechos del Niño constituye un avance al aplicar el enfoque de los derechos a las personas hasta los 18 años, si bien cabe destacar que no se menciona a los adolescentes. Tal situación se modifica cuando se crean, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral, instrumentos legales derivados de la mencionada Convención, como la Ley de Justicia Penal Juvenil y los códigos de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, en los cuales se considera adolescentes a las personas que entran en el rango que está entre los 12 y los 18 años. Nuevamente, aquí aparecen problemas, en especial, en la ley penal juvenil. La dificultad de implementar un enfoque de derechos ha llevado en varios países a reducir a los 14 años la edad de imputabilidad, privilegiando un enfoque punitivo por sobre uno de desarrollo.

El sujeto juvenil comparte la condición socio-jurídica con la población menor de 18 años, pero, a partir de este límite, generalmente, ha adquirido el estatus de la ciudadanía formal. Desde los 18 años (por alcanzar, legalmente, la mayoría de edad), las personas son juzgadas como adultas, reflejando la ambigüedad del sujeto juvenil y favoreciéndose su invisibilización en la programación social. Es bastante común que quede subsumido o desvanecido en las propuestas, en la categoría de adulto. Así, las particularidades de este grupo tienden a diluirse en un diseño de política social, económica y laboral dirigida al conjunto de la población adulta sin distinguir alguno (Krauskopf y Mora, 2000). Por lo tanto, es importante reconocer que, pese a los avances en el plano normativo de los derechos y en el desarrollo de algunos programas, se aprecian inconsistencias asociadas al carácter dual del sujeto juvenil, que fragmentan el reconocimiento de sus identidades y debilitan la atención a su desarrollo social.

El planteamiento de políticas de juventud, contempla el segmento poblacional que promedia sus límites cronológicos entre los 18 y los 30 años (en América Latina se encuentran diversos límites que llegan a tener como mínimo los 12 años y como máximo los 35 años). La oferta pública en salud está, principalmente, dirigida al período adolescente. La existencia de programas de adolescencia, contribuye al desarrollo de la juventud, pero no alcanza períodos cruciales de la vida de las personas jóvenes, las que, en el campo de la salud, pasan a ser incorporadas al segmento adulto. Las categorías de la OMS contemplan a la juventud, si bien presentan una superposición etérea, pues se plantea que la adolescencia va de los 10 a los 19, y la juventud, de los 15 a los 24. El quinquenio entre los 15 y los 19 entra en ambas denominaciones. En estas condiciones, la juventud engloba la adolescencia, pero la adolescencia no engloba la juventud, lo que tiene consecuencias sociopolíticas. La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes ubica al sujeto juvenil entre los 15 y los 24 años.

Últimamente, en Costa Rica se reconoce la necesidad de ampliar el grupo meta de su Programa de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, a los 24 años y 11 meses, aún cuando ello no se ha implementado. Las bases programáticas del Programa señalan la importancia del grupo de 20 a 24 años: «...en su gran mayoría, parecen no haber podido finiquitar las tareas propias de la adolescencia, que se supone que marcan el término de esta etapa del ciclo de vida, y comparten muchas de las necesidades de los menores de 19 años, no encontrando respuestas a éstas en los Programas de Salud del Adulto» (CCSS, 2002). En Chile, la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015, cubre de los 10 a los 24 años. En la Argentina, se considera adolescentes a los que se encuentran entre los 10 y los 19 años.

2. El reconocimiento del sujeto juvenil en las políticas

La ausencia de una programación social que integre, articuladamente, la fase juvenil, puede ser considerada parte de una crisis social que incluye la fractura de los paradigmas y de los supuestos

que sostienen el modelo de adolescencia y juventud. Las políticas que conciernen a la juventud se han expresado tanto en omisiones como en afirmaciones y en políticas implícitas.

Hemos distinguido tres tipos de políticas de acuerdo con los paradigmas que las sostienen: 1) *tradicionales*, que enfocan el período juvenil como una transición hacia la adultez, meta de su preparación; 2) *reduccionistas*, donde aparece el sujeto juvenil como portador de problemas que amenazan el orden social o como objeto de asistencia por el déficit en su desarrollo; 3) *avanzadas*, que se orientan al empoderamiento de los jóvenes como ciudadanos y actores estratégicos del desarrollo (Krauskopf, 2003).

A continuación, analizaremos cada paradigma y presentaremos la sistematización de su relación con las políticas, con los programas de adolescencia y juventud, y con la atención en salud.

2.1. La adolescencia y juventud como período preparatorio en las políticas

La fase juvenil, entendida como un período de transición entre la niñez y la adultez, lleva a dar centralidad al enfoque de preparación en las políticas tradicionales de adolescencia y juventud. Es el único período del ciclo vital definido como transición, lo que le niega sus particularidades como sujeto social. Desde dicha perspectiva, la política por excelencia ha sido la Educación, en la que los adolescentes son vistos como «educandos». El futuro sería el eje orientador justificando la idea de la moratoria psicosocial como el mayor beneficio concedido por la sociedad al período juvenil, con lo cual no se visualiza a las personas jóvenes como sujeto social activo en su presente. La representación social del tiempo libre juvenil se dirige a un imaginario constituido por aquellos sectores de la juventud que están en capacidad de vivir la moratoria.

Cuadro 1
Políticas tradicionales: Paradigma de preparación

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
TRANSICIÓN A LA ADULTEZ ETAPA DE CRECIMIENTO Y PREPARACIÓN PARA LA ADULTEZ	SECTORIALES Universales Extensión de la cobertura educativa. Tiempo libre recreativo con baja cobertura. Servicio militar	Homogéneos Aislados Inequitativos	INDIFERENCIADA PROTECCION EXTERNA Déficit, morbilidad. Sujetos pasivos de servicios y programas. Discriminación etárea

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada

Los fundamentos del paradigma tradicional de preparación no reconocen el hecho actual de un futuro incierto ni, tampoco, que en los estratos pobres de la región, frecuentemente, se encuentra la premura psicosocial, la que no espera más allá de los cambios hormonales de la pubertad, para las responsabilidades de automanutención y manutención familiar. Tampoco se incorpora el hecho de que, con la globalización y la modernización, el conocimiento y la flexibilidad para los aprendizajes, pasaron a ser sustantivos, y son, precisamente, el punto fuerte de las capacidades juveniles. Los cambios actuales posicionan de modo distinto el rol y la jerarquía de la experiencia, lo que conduce a que el modelo adulto contemporáneo deba dejar de ser considerado un parámetro suficiente para orientar la preparación.

Entre las *políticas omisas* que se derivan de dicho paradigma, está la programación en Salud orientada a la morbimortalidad de adultos y niños, con una atención indiferenciada para adolescentes y jóvenes que los discrimina, y las políticas de trabajo orientadas a adultos. Los jóvenes que no estudian ni trabajan constituyen la generación NET, que reclama una programación social integradora, un replanteamiento del modelo educativo y un desafío para la programación que atiende la salud adolescente y juvenil.

Una *política implícita* para la juventud es el servicio militar, preparatorio de destrezas específicas para el cumplimiento de deberes de responsabilidad y de unidad nacional, con formas autoritarias de integración y con efectos discutibles en el desarrollo juvenil. El ingreso obligatorio interrumpe los estudios, y las secuelas de los conflictos bélicos han implicado diversos problemas específicos para el desarrollo juvenil y su salud. En algunos países (generalmente cuando es un servicio de inscripción voluntaria), comienza la toma de conciencia de que los jóvenes tienen necesidades de desarrollo y se incluyen programas para satisfacerlas.

2.2. La adolescencia y juventud como etapa problema en las políticas

Ante la ausencia de la visibilización del sujeto juvenil en su tránsito hacia la adultez, los jóvenes solo emergen como tales cuando perturban el orden social. La juventud como etapa problema se enfoca desde *políticas reduccionistas, sectoriales y compensatorias*. Los grupos meta relevantes se encuentran en la juventud urbana popular, y la atención se presta a problemas específicos.

Cuadro 2
Políticas reduccionistas: Paradigma de etapa problema

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
RIESGO Y TRASGRESIÓN ETAPA PROBLEMA PARA LA SOCIEDAD	COMPENSATORIAS SECTORIALES (Predominantemente salud y justicia) FOCALIZADAS FRAGMENTADAS	Marco legal tutelar a menores en abandono, deambulación delincuencia. Criminalización de la juventud en pobreza. Relevancia a juventud urbano popular. Dispersión de las ofertas	PROBLEMAS SINTOMÁTICOS Asistencialidad. Prevención Rehabilitación Control externo.

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada.

Fueron los problemas de salud sexual y reproductiva los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud. Así, las mujeres adolescentes entraron en las políticas del sector salud a partir de sus embarazos. Se fueron adicionando temas que enmarcan, restringida y negativamente, la vida juvenil: la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, las maras o bandas, etcétera.

Se descubre que una impactante proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por las llamadas *causas externas y, por lo tanto, son prevenibles*. Se modifica, así, el paradigma que establecía la equivalencia «adolescencia = edad más sana» por el paradigma «adolescencia = etapa de riesgo», y se focaliza la atención de los adolescentes y jóvenes de acuerdo con problema específico del cual son portadores.

Desde este paradigma, la causa última de las «patologías» juveniles se identificó en el sujeto juvenil, *su propia conducta es considerada un factor de riesgo*, de ahí que la intervención priorizó la acción en él y descuidó el contexto. A partir de los polos sintomáticos y problemáticos, se construyó en la sociedad una percepción generalizadora de la juventud que la estigmatiza, y su visibilización es negativa. Es lo que en Centro de Estudios Sociales CIDPA llaman los cuatro jinetes del Apocalipsis: *drogas, alcohol, violencia y promiscuidad* (Oyarzún, 2006). La estigmatización criminalizante genera un círculo vicioso al fomentar que los jóvenes enfrenten con un empoderamiento aterrador a la sociedad que los excluye (Krauskopf, 1996).

Los programas son orientados a los comportamientos de riesgo y trasgresión, a su asistencia y prevención, así como existen, también, aquellos que se inspiran en matrices de corte autoritario para la rehabilitación de jóvenes y abogan por incrementar los mecanismos de control y represión social

para protección de la sociedad. Aquí, se encuentran las medidas que Santa Cruz (2003) denomina como *populismo punitivo*. En países donde domina esta visión, parece darse un debilitamiento de las posibilidades de desarrollar estrategias sostenibles para la implementación de políticas avanzadas de juventud.

El abordaje sectorial y fragmentado, que los programas de salud han desarrollado desde este paradigma, ha demostrado su ineficacia (Blum, 1996), y existen iniciativas que procuran construir perspectivas más integrales. Es necesario incorporar los avances en el campo del derecho, valorar los análisis socioeconómicos de los comportamientos de riesgo, la grupalidad juvenil y la profundización sistémica sobre la violencia. Antes de pasar a los paradigmas de las políticas avanzadas, señalaremos algunos avances en la conceptualización del riesgo.

2.2.1. La reformulación social del concepto de riesgo

El concepto de riesgo, tan estrechamente asociado a la vida juvenil, ha experimentado una reformulación psicosocial. Jessor (1991) destaca que no pueden valorarse las conductas de riesgo si no se hace un análisis de costo beneficio de la conducta, tomando en cuenta las condiciones que se dan a la juventud. La posibilidad que los adolescentes abandonen un comportamiento riesgoso está relacionada, fuertemente, con la posibilidad de que se le ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos. La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas, sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva en los grupos meta, cuya vulnerabilidad demanda la promoción de su salud, bienestar e inclusión social positiva.

Jessor estima desafortunada la tendencia a considerar a los y las jóvenes como personas que tienen conductas de riesgo per se. Esta generalización lleva a que las *conductas de riesgo* se consideren propias de este período de edad. Podemos diferenciar entre las conductas de riesgo y las conductas riesgosas. Las conductas de riesgo son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona joven. Se dan en aquellos adolescentes que tienen un estilo de vida consistente en conductas que se constituyen en verdaderos factores de riesgo para su desarrollo y su entorno, y pueden, incluso, buscar el peligro en si mismo. Las *conductas riesgosas* son aquellas en las que se asumen cuotas de riesgo como parte del compromiso y de la construcción de un desarrollo enriquecido y más pleno. Se pueden ver como parte necesaria del proceso de toma de decisiones en las condiciones que ofrece la sociedad moderna.

Beck (1998) señala que, como consecuencia de los procesos de modernización, las sociedades contemporáneas se han constituido en sociedades de riesgo. La desigualdad se expresa en el reparto de riqueza y en el reparto de riesgos. Los peligros producidos socialmente sobrepasan la seguridad y el impacto diferencial de la brecha social lleva a que la riqueza se acumule en los estratos más altos, mientras que los riesgos se acumulan en los más bajos.

Desde estas perspectivas queda claro que para la comprensión del comportamiento de riesgo, del empoderamiento aterrador y de los problemas sociales, como la violencia, es importante considerar lo que hemos llamado el *riesgo estructural*, cuyas características se desglosan en el cuadro a continuación.

Cuadro 3 Riesgo estructural

- Entornos marginalizados, desprotegidos, bélicos y criminalizados.
- Territorios donde la identidad positiva del colectivo es denegada socialmente.
- La estigmatización de la exclusión y violencia juvenil como delincuencia.
- La calle como espacio fundamental de socialización y aprendizaje.
- La resocialización en la cárcel.
- Carencia de espacios para la incorporación de habilidades y destrezas.
- Carencia de espacios para el progreso de la convivencia, la calidad de vida y la incorporación social.

- Carencia de espacios para expresiones de creatividad y participación juvenil legitimada.
- Escasa presencia de instituciones.
- Falta de acceso a servicios públicos.
- Desconfianza interpersonal e institucional.
- Zonas con mayor exposición a riesgo de la vida.
- Condiciones de hacinamiento.
- Trabajos marginales.
- Menos oportunidades de gratificación y mayor oferta de espacios como bares, billares, acceso a alcohol y drogas.

Fuente: Krauskopf, Dina (2003). Dimensiones de la Violencia. Versión modificada

Se trata, por lo tanto, de espacios físicos donde, al decir de Beck, se acumulan los riesgos tanto en el nivel de las representaciones sociales, como en las condiciones concretas de convivencia y en el acceso a oportunidades de protección, atención y desarrollo. Diversos estudios muestran que, en este contexto, no puede prevalecer la visión de riesgo como un comportamiento individual, y se requieren políticas para reducir la pobreza, aumentar el capital social en estos territorios y tomar en cuenta constructivamente a la juventud (ERIC, IDESO, IDIES, IUODP, 2004).

2.3. La juventud ciudadana como sujeto de políticas

Desde el paradigma de la ciudadanía, *las personas jóvenes dejan de ser definidas por sus incompletitudes y síntomas*, para ser consideradas sujetos de derechos. Ya no se trata solo de la ciudadanía formal de ejercer el derecho al voto, sino que se da centralidad a la ciudadanía integral de niños, adolescentes y jóvenes. La construcción de políticas con este marco destaca la participación juvenil y el reconocimiento de la fase juvenil como un importante período de desarrollo social.

Cuadro 4
Políticas avanzadas: paradigma de ciudadanía

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
JUVENTUD CIUDADANA ETAPA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SOCIAL	RECTORÍA DE JUVENTUD EN POLÍTICA PÚBLICA INTERSECTORIALIDAD Priorizan la inclusión y participación de jóvenes como sujetos explícitos de derechos políticos, civiles, culturales, sociales y económicos	Integrales, participativos extensión de alianzas. Equidad de género, cultura, residencia urbano-rural, estrato socio-económico. Empoderamiento.	PROTECCIÓN INTEGRAL, REPARACIÓN, PROMOCIÓN. PREVENCIÓN. Atención integral. Acceso igualitario. Servicios amigables. Exigibilidad de derechos. Escenarios diversos. Manejo social del riesgo. Colaboración intergeneracional.

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada.

Los programas de salud que se han desarrollado en las últimas décadas en América Latina han ido incrementando la inclusión de adolescentes y jóvenes con la participación, llamada protagónica, como una forma de resaltar su *visibilización positiva*. Igualmente, se ha enriquecido la visión de la protección. Tradicionalmente, ésta es vista como producto de la acción del otro, la prevención como un control externo dirigido a reducir y limitar los factores de daño. Desde la Doctrina de la Protección Integral, se protege brindando *protección de los derechos*, en lugar de *proteger a los niños y adolescentes* en tanto personas, como lo plantea la Doctrina del Menor Irregular. Se trata de una *protección y prevención* apoyada en el empoderamiento que deriva de la promoción de condiciones para la capacidad de decisión y de participación. La protección social debe reconocer que el retiro de

respuestas inadecuadas requiere ir acompañado de la oferta de un replanteamiento de la percepción de los problemas y opciones, junto con respuestas más satisfactorias a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Además, se considera la *restitución de los derechos* que han sido violados, lo que desemboca, por lo tanto, en acciones reparatorias.

El enfoque integral de la salud adolescente y juvenil da prioridad a la responsabilidad de exigir y construir el derecho a la salud plena; la articulación de políticas; la legislación y los programas intersectoriales en el fomento de la salud; la promoción de la salud en los diferentes escenarios; el fortalecimiento de la prevención primaria de las enfermedades y daños; el enfrentamiento equitativo de las condiciones de género, cultura, residencia rural-urbana, estrato socioeconómico; el reconocimiento de las capacidades de adolescentes y jóvenes, sus familias y comunidades de aportar a la salud, la cultura y el desarrollo. Los lineamientos dan un lugar decisivo a la participación social; la visibilización y legitimación de los logros de adolescentes y jóvenes; el fomento de nuevas relaciones intergeneracionales, así como entre prestadores de servicios, adolescentes y jóvenes: sus derechos son el centro. En consecuencia, es estratégica la visibilización de obstáculos al desarrollo de la salud de adolescentes y jóvenes para la movilización en defensa de los derechos vulnerados.

La acumulación de experiencias y la sistematización de conocimientos evidencian que la implementación de este paradigma requiere precisiones en el concepto de participación, para ir de la apariencia, a la efectividad y al desarrollo de estrategias intergeneracionales de colaboración (Krauskopf, 2003). En las formas contemporáneas de participación juvenil *prevalecen los parámetros éticos, estéticos, subjetivos*, la valoración de las *metas palpables* por sobre los parámetros político-ideológicos de épocas pasadas, (Serna, 1998). Además, los avances tecnológicos se han incorporado en las relaciones sociales y en el encuentro de conocimientos de las nuevas generaciones. La extensión de las alianzas ha permitido la búsqueda de articulaciones intersectoriales y la estructuración de relaciones cívicas que acercan diversos actores sociales, fomentan valores compartidos, como responsabilidad, confianza, solidaridad, tolerancia, y fortalecen el desarrollo de políticas públicas desde la intersectorialidad, para consolidar el desarrollo juvenil en un marco de equidad y de participación.

2.4. El reconocimiento de la juventud en las políticas como actor estratégico del desarrollo

A partir del paradigma que reconoce la importancia de los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo, se comienza a diseñar programas, que puedan favorecer *procesos de integración social para los jóvenes*. Se sientan bases para el desarrollo de políticas de adolescencia y juventud incluyentes que se imbrican con la implementación del paradigma de ciudadanía juvenil. Esto hace relevante un claro enfrentamiento de la exclusión con el paradigma de la juventud como actor estratégico del desarrollo expresado en la articulación de las *políticas públicas con un enfoque de transversalidad y equidad*.

Cuadro 5
Políticas avanzadas: paradigma de actor estratégico

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
JUVENTUD: ACTOR ESTRATÉGICO DEL DESARROLLO ETAPA DE FORMACIÓN Y APOORTE PRODUCTIVO Y CULTURAL	ARTICULADAS EN POLÍTICA PÚBLICA INTERSECTORIALES Priorizan la incorporación de las juventudes como productores culturales, capital humano, desarrollo de capital social.	Transversalidad institucional. Empoderamiento. Expresión cultural. Aporte juvenil al desarrollo económico, social y cultural.	INCLUSIÓN EN EL DESARROLLO SOCIAL Fortalecimiento del capital humano, social, cultural. Participación efectiva. Enfrentamiento a la exclusión. Reducción de brechas sociales.

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada

En muchos países de América Latina, la pirámide demográfica todavía no se ha revertido, constituyéndose, la población adolescente y juvenil, en la ventana de oportunidad para un *bono demográfico* aún vigente. Fundamento para procurar el incremento de las inversiones en el rescate del capital humano juvenil para resolver problemas de desarrollo en países que, luego, afrontarán una capa creciente de población mayor de edad que demandará más servicios y que dependerá del aporte de los jóvenes de hoy a sus sociedades. Las distancias generacionales con los adultos se han modificado; ahora los jóvenes saben cosas que los adultos no saben. Esto hace que la participación juvenil no solo sea un claro derecho, sino que, también, es una parte insustituible del conocimiento de las situaciones y alternativas de avance (Krauskopf, 2003).

Las personas jóvenes, a menudo, proveen el ingreso principal de sus familias, trabajan tempranamente y en condiciones azarosas, superan la adversidad, aportan entusiasmo y creatividad. Migran masivamente hacia las ciudades en busca de mejores condiciones de vida y son marginalizados por un sistema cada vez más excluyente. Son los jóvenes los que se enfrentan con flexibilidad al desafío de las innovaciones tecnológicas y a las transformaciones productivas, los que manifiestan sus sensibilidades en el arte y en la cultura. Las políticas avanzadas de juventud se orientan a la formación del capital humano y social, al reconocimiento de su aporte como productores culturales, a la reducción de las brechas de desigualdad con una perspectiva de *equidad y del aporte estratégico* de las juventudes al desarrollo de su sociedad.

3. La evolución de los paradigmas de salud y la adolescencia

Congruente con los dos últimos paradigmas, propios de las políticas avanzadas en salud, la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado marcos conceptuales y estratégicos para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes, que incorpora el enfoque de derechos, con una estrategia intersectorial y participativa, que genera sinergia entre los diversos componentes del desarrollo.

La evolución de los paradigmas de la salud ha dejado en evidencia que se trata de una construcción social. Las primeras definiciones siguieron una orientación médica, y la salud se definió como una categoría residual, esto es, la ausencia de enfermedad. El impacto de este concepto en la atención de adolescentes es fundamental. Se infería que consultar, escasamente, por enfermedades, revelaba pertenecer a una «edad sana». Ello influyó para que estuvieran ausentes los servicios de adolescencia y predominaran (aún ocurre) los servicios del sistema de salud, organizados para niños y adultos.

En 1978, la Declaración de Alma-Ata evidenció la relación insoslayable entre salud y desarrollo. A partir de ello se modificó la perspectiva médica de la salud, y la Organización Mundial de la Salud estableció que se trata del estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente, la ausencia de enfermedades. Más adelante, la Convención de los Derechos del Niño consideró la salud plena como un derecho humano fundamental. Por último, acorde con los fundamentos económicos que sustentan las inversiones en salud, ésta es considerada un bien público. Presentamos una sistematización de los paradigmas en el cuadro siguiente.

Cuadro 6
Evolución de los paradigmas de salud

- Ausencia de enfermedades (salud: categoría residual).
- Estado de completo bienestar físico, mental y social.
- Construcción social.
- Desarrollo humano integral.
- Salud plena: derecho humano fundamental.
- Bien público. Prerrequisito para el desarrollo económico.

Fuente: Dina Krauskopf. Elaboración propia.

Es nuestro planteamiento que, verdaderamente, la salud, más que un «estado» como plantea la definición alcanzada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, celebrada en Alma-Ata, es un balance entre diversos procesos biopsicosociales que permiten avanzar en dirección a la plenitud vital. Cuando predominan los procesos que comprometen dicho balance, se favorecen los daños a la vida. De modo similar, OMS/OPS entienden la salud en la adolescencia como «un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrolla competencias, habilidades y redes sociales» (1997:11). En este marco, el desarrollo integral de los adolescentes y jóvenes aparece en el centro y es reconocido como una dimensión fundamental en su salud. El desarrollo humano se expresa en indicadores, como el fomento del uso efectivo de capacidades y participación decisoria, niveles de educación, ingreso, ciudadanía y calidad de vida.

Ha sido difícil avanzar hacia una noción positiva y clara de la salud. Perry y Jessor (1985) observan que un concepto de esta naturaleza, debería ir más allá, no solo de la ausencia de enfermedad, sino también de «la mera adecuación del funcionamiento personal y social» y señalan que la noción de salud está conectada con la idea de la totalidad de una persona (1985:170). Dan importancia a las ciencias comportamentales y sociales cuando destacan componentes, como sensación de idoneidad, confianza, capacidad, compromiso social, contribución al mejoramiento de otros y realización de potencialidades individuales.

Para Perry y Jessor es fundamental reconocer que la salud es un concepto diferente de la enfermedad, y consideran que la confusión entre prevención y promoción proviene de una elusiva diferenciación de estos conceptos. Aclaran que la *prevención* de la enfermedad refleja el concepto de salud como ausencia de enfermedad; la *promoción* de la salud ha sido paulatinamente reconocida de un modo más claro e inclusivo. Puntualizan que la promoción incluye, además de estrategias para conservar la salud, el énfasis en acrecentarla. Por ello la promoción de la salud está orientada, más que a la reducción o eliminación de comportamientos que comprometen la salud, a estimular prácticas que la enriquecen. Aquí, la consideración del contexto pasa a ser fundamental.

El valioso concepto de *atención integral* que plantea Elsa Moreno (1995): «...se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención. Este encuadre exige tener en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los estilos de vida, el ambiente físico y cultural y la oferta y organización de los servicios. El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y factores protectores y poniendo en marcha medidas que privilegien las actividades anticipatorias». Concordando con el marco conceptual y con las afirmaciones de Perry y Jessor, entendemos que es fundamental la *promoción de la salud*, ya que «emerge como una herramienta indispensable para el cambio social necesario para lograr el desarrollo y la salud de los adolescentes» (OPS/OMS-KELLOG, 1997:13).

4. Consideraciones finales

El avance en los paradigmas sobre la fase juvenil y la salud ha permitido que se inicien programas y servicios dirigidos a estas poblaciones en los cuales se reconoce que se encuentran en un período fundamental para la salud, el desarrollo humano y el desarrollo de las sociedades. Dicho abordaje requiere integralidad dentro del sector salud, pero, también, se torna indispensable la articulación intersectorial, la participación de los más diversos sectores de la sociedad junto con el reconocimiento de la capacidad de actores estratégicos y ciudadanos de los propios adolescentes y jóvenes.

Para enfrentar el desafío de construir sociedades inclusivas, es necesario contar con legislación, políticas públicas e institucionalidad orientadas al pleno reconocimiento de las capacidades y derechos de adolescentes y jóvenes, así como las medidas necesarias para su cumplimiento. Su realización es responsabilidad de las instituciones del Estado y del compromiso ciudadano de la sociedad y sus juventudes.

Una Política de Salud para la Adolescencia y Juventud es una Política Pública que define los

lineamientos generales con visión compartida y estratégica para convertirse en el principal instrumento de referencia de las acciones dirigidas a la adolescencia y juventud, cuya salud y desarrollo pleno constituyen un componente básico para el desarrollo nacional. Debe traducirse en Planes de Acción con reorientación de los objetivos de los Planes operativos de los sectores que concreten, de modo palpable, las metas propuestas.

5. Bibliografía

- BECK, U. *La Sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- BLUM, R. *Toward a New Millenium: A Conceptual Model for Adolescent Health*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
- CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. *Bases programáticas. Programa de Atención integral a la Adolescencia*. San José, Costa Rica, 2002.
- ERIC, IDESO, IDIES, IUDOP. *Maras y pandillas en Centroamérica*. Vol. II. San Salvador: UCA Editores, 2004.
- JESSOR, R. «Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action». *Journal of Adolescence Health*. Nueva York, 1991.
- KRAUSKOPF, D. «Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en América Latina». *Revista Nueva Sociedad*. «El futuro ya no es como antes: Ser joven en América Latina». N.º 200. Buenos Aires, noviembre-diciembre, 2005, pp. 141-153.
- «Juventud, riesgo y violencia». *Dimensiones de la Violencia*. El Salvador: Ed. PNUD, 2003.
- *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. 3.a edición. San José: UNFPA, 2003.
- «Violencia juvenil: Alerta social». *Revista Parlamentaria*. «La Crisis Social: Desintegración Familiar, Valores y Violencia Social». San José: Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1996, Vol. 4, pp. 775-801.
- MORENO, E. «Los Servicios de Salud para los Jóvenes». *Encuentro sobre Salud del Adolescente en Cartagena de Indias*. Madrid: UNFPA, OIJ-OPS, 1995.
- OPS-OMS-KELLOGG. *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS, OMS, Kellogg, 1998.
- OPS-OMS. *Declaración de Alma-Ata*. Ginebra, 1978.
- OYARZÚN, A. «De joven problema... A joven actor social estudiantil: Estudiantes secundarios y su lucha por la igualdad educativa y social». *Gacetilla CIDPA*. Valparaíso: CIDPA, 2006.
- PERRY, C. L. y R. JESSOR. «The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse». *Health Education Quarterly*. Ed. John Wiley and Sons, Inc, 1985.
- SANTA CRUZ, M. «Violencia y juventud en El Salvador». Presentado en: *Conferencia Centroamericana de Juventud*. Antigua (Guatemala): CIRMA, Rockefeller Foundation, Fundación Frederick Ebert, 2003.
- SERNA, L. «Globalización y participación juvenil». *Jóvenes. Revista de Estudios sobre Juventud*. 4.a Época, Año 5. México, 1998.

6. Bibliografía en línea

- ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD MENTAL. OPS/OMS. Manual de participación juvenil. Disponible en:
<<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/Trabajarjoven.pdf#search=?participacion%20juvenil%20sociedad>> [Consulta: junio 2003].
- FLACSO. Colectivo Latinoamericano de Jóvenes. [Consultado en: <www.colectivojuventud.org>, 2007].

PERIODISMO SOCIAL.

<http://www.periodismosocial.org.ar/area_infancia_informes.cfm?ah=154>.

[Consultado en: <www.periodismosocial.org.ar>]

UNESCO © CELAJU – 2005-2010. Portal de Juventud para América Latina y El Caribe. Disponible en: <http://www.joveneslac.org/portal/modules.php?op=modload&name=PagEd&file=index&topic_id=4&page_id=10>

Capítulo 10

Adolescencia y modelos de identificación Entre la globalización y el nuevo siglo

Lic. Sergio Alejandro Balardini

1. El nuevo contexto: tiempos de cambio

La frase, si bien remanida, no por ello menos cierta: vivimos tiempos de cambio intenso y vertiginoso. En consecuencia, para estar en condiciones de abordar la especificidad de nuestro campo, es necesario dar un paseo contextual que nos permita dotarnos de una mirada dinámica y relacional, siempre histórica y situada.

Un marco general lo plantea la reorganización mundial del mercado de trabajo y de producción de bienes y servicios, también llamada globalización (soportada en las nuevas tecnologías). Estas transformaciones afectan a las múltiples dimensiones de la vida humana, tanto estructurales como culturales; y a las relaciones económicas, desde las comprometidas en forma directa en la producción, distribución y comercialización de bienes, hasta a las comprendidas en las estructuras del consumo.

Por otra parte, la generación de conocimiento se ha disparado, y su cada vez más estrecha vinculación con el mundo productivo, deriva en el desarrollo de tecnología aplicada a nuevos bienes, siempre más potentes en alcance y funciones, que desplazan sin descanso a los producidos, ayer nomás, en una escalada que prescribe su consumo, tanto por razones culturales, como de incremento productivo. Así, ingresamos en un modo de consumo, dinámico, voraz y omnipresente, en el que se despliegan nuevos universos simbólicos transnacionales. Y, más allá de la modalidad específica de incorporación a la globalización de cada Estado-Nación, vía afectación de los mercados de trabajo nacionales, las nuevas configuraciones del mundo productivo terminan por impactar en las familias y en sus dinámicas, sus posibilidades y sus proyectos. A su vera, la presencia de esta realidad obliga a una revisión de la escena sociocultural que, en términos de García Canclini, deriva en que, si las identidades modernas eran territoriales y monolingüísticas, las identidades del «nuevo tiempo», posmodernas, pasan a ser transterritoriales y multilingüísticas. En consecuencia, la identidad más integrada a la sociedad del cambio global, como acto de apropiación simbólica, cede parte del dominio o raíz territorial para situarse, centralmente, en la dimensión del consumo (material y simbólico). Al mismo tiempo, los excluidos refuerzan su territorialidad articulándola con las nuevas exigencias del consumo que se apropiará a como dé lugar.

En este marco, los medios de comunicación, vehiculizados en pantallas y traducidos en juegos de imágenes, se convierten en agencias privilegiadas de socialización, que, de manos de la publicidad y la propaganda, promocionan el consumo en continuado, la identificación a las marcas y a la dotación de emblemas. Pensemos en las horas de televisión que consumen los niños, niñas y adolescentes, y advertiremos que ésta se ha convertido en una principal fuente de experiencias e información para organizar su mundo (en franca competencia con instituciones como la familia y la escuela).

Asimismo, estos procesos, deben enmarcarse en la caída de los grandes relatos de la modernidad, que, sin entrar a juzgarlos, organizaban la racionalidad histórica moderna alrededor de proyectos políticos generacionales que eran marcas de época y aportaban una visión de totalidad dadora de sentido a cada experiencia particular. Hoy, en todo caso, el único gran relato parece ser el del mercado

–y si es global, mejor– ámbito insuficiente, ya que, entre otras cosas, en el mercado no están todos, y, entre los que están, suele haber una fuerte desigualdad. Si somos iguales en tanto *ciudadanos* –un hombre, un voto–, no lo somos en tanto *consumidores*. El viejo reino de la libertad frente al reino de la necesidad.

Vivimos un tiempo en el que se promueven incesantemente los valores del mercado, con palabras clave como «competencia» y «productividad», cuyo pragmatismo desprecia su impacto en los individuos, sus familias y su comunidad. Su correlato, el desdén por el compromiso personal con los otros, y el mensaje de modelos de vida más superficiales o *light*: «hacé la tuya»; el incentivo a la satisfacción inmediata, y la cultura de vivir el momento.

Este presente orienta la instrumentalización de la vida hacia un mundo de valores definido por la «utilidad» y la «practicidad» de los bienes, sean materiales o simbólicos. Así, por ejemplo, los «bienes culturales» pasan por un tamiz ideológico –la ideología mercadista– que los convierte en «bienes de mercado», dando lugar a una «industria cultural» que pierde autonomía respecto del orden de su producción o, en el mejor de los casos, se reconstruye como otro aparato conceptual y productivo. El «paradigma eficientista», pasa a ser el valor dominante por el que se miden todas las cosas.

En este marco, las personas terminan siendo clasificadas en dos categorías básicas: los ganadores, los que «existen», y los perdedores, que «no existen». Pero, en estos términos, una significativa porción de nuestras sociedades, en ocasiones la mayoría, no puede quedar sino del lado de los perdedores, por lo cual para «existir» habrá que buscarle la vuelta al asunto y aplicarse a medios que resuelvan la ecuación. En este contexto, plantear el destino final del esfuerzo (y el esfuerzo como valor), como le gusta señalar a las generaciones anteriores, puede parecer –o padecer– una suerte de alienación de lo dado.

Anudando el cuadro, asistimos a un tiempo de crisis de sentido y pérdida de peso de valores e ideales históricamente instituidos (y encarnados en que se pensaron fuertes), que expresa un cambio de época.

Así pues, nuestros adolescentes y jóvenes, «pateando» su presente real, pueden parecernos muchas veces más «realistas» que sus padres, no porque dejen de tener «ideales», sino porque se preguntan sobre el margen posible de sus logros, sin por ello convertirse en cínicos, como parece ser el caso de tantos adultos que navegan entre una simulación de sujetos críticos y una realidad de sujetos funcionales. La incertidumbre sobre su futuro, pasa a ser una preocupación que carecía de tal entidad para sus padres, e incluso, sus hermanos mayores. La realidad ha llevado a estos jóvenes a tener menos vocación para intentar cambiar el mundo, que para luchar por integrarse a él, con algún éxito. Son, en caminos que desencuentran (desde la invisibilización al maltrato, pasando por una pobreza de difícil salida) el joven de clase media en dificultades, incluido y vulnerable, y el joven «piquetero» que corta una calle o una ruta para pedir por un plan, excluido y sospechado.

Y, sin embargo, si la mayoría de los jóvenes manifiesta menos interés por los temas públicos que en otro tiempo (y el análisis debe incluir el desprestigio de la política como herramienta de cambio por su deslizamiento al lugar de mero espacio de administración de lo dado, debido a su subordinación a la economía), no debe concluirse de ello que no experimenten disconformidad o carezcan de mirada crítica, sino que ésta se expresa por otros medios, modos y alcances; el rock, el *hip hop*, las murgas, las manifestaciones artísticas, son un buen ejemplo de ello, tanto como sus denuncias y reclamos concretos ante la violencia institucional o ante la necesidad diaria. Un sentimiento juvenil de escepticismo sobre un futuro que valga la pena ser vivido, convive con energías vitales, fermentos creativos, demandas e interpelación a los adultos.

Junto con ello, la exclusión de ingentes sectores juveniles, signos de violencia social creciente, el descreimiento colectivo en la justicia de los hombres, el adelgazamiento de la perspectiva solidaria y un consumismo exacerbado, como razón social hegemónica.

2. Adolescentes en plural: Los unos y los otros

Pensar en los adolescentes, hasta hoy, nos lleva a imaginar a chicas y chicos entre los 14 y los 18 años de edad con una serie de rasgos, que, si no prototípicos, los definen por agregación de características comunes: el proceso de construcción de una identidad personal autónoma; la importancia otorgada al grupo de pares; el despliegue gradual de una sexualidad madura; el logro de una inteligencia abstracta; los ideales tomando el mando, entre otros.

Sin embargo, también aquí las cosas han cambiado –en cantidad y calidad, con complejidad creciente– y los rasgos tradicionales no alcanzan ya para nombrarlos en la novedad de una sociedad que se «juveniliza», deificando lo «joven» con un sentido en sí mismo, y que extiende los límites de la antes llamada fase juvenil, desestructurándola hacia arriba y hacia abajo. Hacia arriba, por efecto de la mayor exigencia de acreditaciones y certificaciones educativas, por las dificultades de insertarse, con cierta estabilidad, en el mercado de trabajo –del que se entra y se sale inopinadamente–, y la consiguiente dificultad de salir del hogar de origen, o, en otro lugar de la escala social, por una demanda de imagen juvenil cuya dinámica se renueva, presiona y permanece. Y hacia abajo, por la presencia temprana de demandas antes demoradas en el tiempo, iniciaciones precoces, e incluso, el desarrollo de «culturas preadolescentes» motorizado en el consumo de bienes e imágenes.

Tenemos, entonces, adultos juvenilizados como contracara de una juventud extendida, junto a otros jóvenes (y niños, niñas, y adolescentes) adultizados por la necesidad, urgidos en responder al «día a día», entre exigencias, violencias, y exclusiones de todo tipo, sin posibilidad de pensar futuros, porque ni siquiera tienen sus presentes asegurados. Párrafo aparte, por su singularidad, merece el embarazo precoz o adolescente, el cual, según escuchamos a las chicas en nuestras investigaciones, no debe pensarse linealmente que se debe al desconocimiento de métodos anticonceptivos o su inaccesibilidad (real en muchos casos), sino a la expectativa que les genera (motorizando el deseo) de sentirse queridas y de tener alguien a quien querer, como también a imaginar un cambio de estatus de niña a madre que les proveería de mayor respeto en su familia y comunidad, lo que, sabemos, esta lejos de concretarse.

En los hechos, junto a la afirmación de que se extienden la adolescencia y la juventud, debemos reconocer, que las distancias entre quienes comparten una edad cronológica se abren hasta convertirse en brechas, materiales y socioculturales, que amplían las diferencias en una talla creciente. Tomando en cuenta el Índice de Desarrollo Humano (IDH), alguna de nuestras provincias tienen un índice cercano al de Luxemburgo o Israel, y, otras, al de Irak o Jordania, para ilustrar esas diferencias. Lo mismo pasa en nuestros barrios del conurbano. Nuestra adolescencia y nuestra juventud están lejos de ser un sector social homogéneo estructuralmente. A lo que debe agregársele la enorme segmentación cultural existente.

En definitiva, en el amplio abanico de quienes discurren por estas edades, los hay desde semejantes hasta casi irreconocibles, en una suerte de taxonomía que se complejiza. En ella, los próximos, pueden pasar a ser de distintos a distantes, y, globalización mediante, los distantes, resultar próximos.

Podemos afirmar, en consecuencia, que ya no es posible hablar de «adolescencia» en singular, como en aquellos tiempos en que cierta homogeneidad de clase media idealizada permitía sintetizar experiencias modelizantes, en tanto que los sectores populares producían individuos jóvenes sin «condición juvenil» (los «menores» o adultos tempranos), quienes, hoy, aún asumiendo responsabilidades «adultas», están atravesados por un universo comunicacional juvenilista que facilita su constitución en «tribus juveniles» diferenciadas. Por ello hablamos de adolescencias y juventudes, en plural.

3. Modelos de identificación. Identidad, tecnología, y consumo

Las nuevas tecnologías reorganizan la sociedad. Y lo hacen vertiginosamente. La influencia de los medios de comunicación es enorme. De un modo inédito, imponen una presencia avasalladora

frente a las dinámicas de ayer. En cada acto, aparece el mensaje. Investirse de una marca, de una imagen, permite cierto reaseguro, aporta una locación, un lugar, una posición desde la cual mirar, mirarse y ser mirado.

Y, junto al advenimiento masivo de las pantallas y la primacía de la imagen, se privilegia una nueva arquitectura de modelos, que, por definición, exigen individuos que deben *dar bien*, o sea, tener buena imagen. «Producirse» de modo virtual, casi evanescente, constituye el lecho de la identidad para quienes pueden acceder a su menú desplegable. Y, en esta movida, de paso, se adjudica el estatus de «objeto».

Aparecen en esta época nuevas exigencias: la belleza corporal, el cuidado del cuerpo, la moda de la exhibición de masas, la telepresencia (incluyendo la activa subida de videos a *YouTube*). Una película en donde la persona queda fuertemente relacionada con su aparecer físico, no integral, con dificultades para establecer vínculos profundos, o más plenos. Su ambiente de velocidad, la multiplicidad en redes, y un mundo de «contactos», favorecen vínculos de bajo compromiso o de compromiso localizado. O dónde se consumen en un fuego efímero. En la omnipresencia de la dimensión narcisista, el otro queda reducido a su aparición, con la misión de confirmar nuestra imagen.

No en vano, y no es juego de palabras, las modelos se han convertido en modelos de identificación para muchas adolescentes. Casi paradigmáticamente, aquí se dan cita en forma concurrente: la imagen, el consumo, la adolescente, el desafío del sexo próximo. Demasiado obvio. Tanto, que no hace falta pensar.

Pero, volviendo al tema de la imagen y del cuerpo, no podemos ignorar la creciente presencia de síntomas de bulimia y/o anorexia en las jóvenes (también en los varones). Trastornos en la alimentación que se hacen fuertes en una época en que se introyectan demandas poco racionales de delgadez que hasta llegan a comprometer la vida de las famosas. Claramente, no olvidamos la singularidad de cada sujeto, pero afirmamos que las características de cada sociedad, de cada tiempo, poseen la fuerza necesaria para sesgar las neurosis, bañando los aparatos psíquicos con significados y sentidos epocales. No hay patologías sin historia del sujeto, pero tampoco sin historia social.

Insistimos, estamos en presencia de nuevos valores, o si esta palabra queda grande, nuevas expectativas y demandas sociales: tener un cuerpo bien trabajado, ser fuertes, bellos, poderosos. El énfasis puesto en triunfar y en ser exitoso. Claro que, para muchos, si se trata de ganar, poco importan los medios, y hasta el otro se convierte en un medio, se lo instrumentaliza. Hace un par de años, se vio una publicidad en la que un padre le decía a su hijo que no quería perder, y se desató una polémica por una agresiva campaña de una conocida marca de calzado deportivo, que aconsejaba: «*Trata a tu enemigo con respeto. Aplástalo rápidamente*» y «*Nunca son suficientes los clavos que puedes poner en el ataúd de tu enemigo*».

Ante (y pese a) este panorama, los adolescentes expresan en las encuestas no tener modelos para seguir, sí, en todo caso, personajes de los medios y del deporte a los que admiran, y se repliegan en la familia (el último refugio, aún con sus menos), en la que la mayoría dice confiar, frente al descreimiento masivo en las instituciones (Iglesia y escuela resisten –pese a la caída de su imagen–; bajo la línea de flotación aparecen partidos políticos, sindicatos, justicia, legisladores, fuerzas armadas, y, obviamente, en la vereda de enfrente, ubican mayoritariamente a la policía). Paradoja: cuando *lo joven* es tomado por la sociedad como modelo de deseo, los jóvenes tienen dificultades en hallar modelos.

En efecto, podemos afirmar que en este nuevo tiempo, los adolescentes enfrentan un período histórico crecientemente conflictivo para integrarse creativa y constructivamente a la sociedad, lugar que se les exige, pero que no se les facilita. En donde, ante la ausencia de externalidades valorativas relevantes, se estimula a la «juventud» como valor en sí mismo, dimensión narcisista que se da de bruce ante los hechos, mostrando su raíz ilusoria, alimentando frustraciones y generando un sentimiento de inseguridad ante las crecientes dificultades de integración.

En cuanto al impacto de las tecnologías en la subjetividad, diremos que las nuevas generaciones viven la tecnología como entorno y medio ambiente (en uno u otro sector social, la diferenciación

está en el interior de la tecnología disponible, no en su ausencia, excepto para los excluidos de exclusión mayor). La instantaneidad y el reino del presente representan su lugar de residencia dinámica. El tiempo y el espacio adquieren una dimensión que los distingue de aquellas épocas en donde las distancias eran inabarcables, y la espera parte de la cotidianidad. Sus quehaceres son múltiples, sin linealidad, con trayectorias que se multiplican en paralelo sin colisionar y sin necesidad de concluir una para comenzar otra. Produciendo un nuevo entrelazamiento entre texto e imagen, de fuerte presencia. Con la necesidad de estar «conectados» (sea por *chat* –vía internet– o por SMS –celular–), en un continuo entre vida «real» y «digital», que no sustituye, sino agrega, suma espacios. Con un estímulo constante y orientados a la resolución de problemas. Construyendo su experiencia sobre la base de ensayo y error. Y con una nueva percepción acerca de lo público y de lo privado (nociones que, por otra parte, se construyen histórica y socialmente). Muchos cambios para ser obviados, que dan lugar a un modo de vivir, relacionarse y construir percepciones, que habilita a pensar en sujetos con los que nos veremos obligados a construir puentes, a ir hacia ellos, habitantes del mismo y de otro lugar.

4. Consumación o consumo

Finalmente, entramos de lleno en el fenómeno del consumismo. De los ciudadanos como modelos de consumidores. Cada vez más, participamos en una «socialidad» construida predominantemente en procesos de consumo, rodeados e inmersos en tecnología. Una participación segmentada que se vuelve el principal procedimiento de identificación. Como señala García Canclini, el consumo es «un conjunto de procesos socioculturales en los que se realizan la apropiación y los usos de los productos», y en el que se construye buena parte de la «racionalidad integrativa y comunicativa de una sociedad».

¿Cómo podrían los jóvenes resistir –¿deberían?– a una propuesta que ni siquiera es enunciada como tal, sino que es la propia forma histórica de presentarse la sociedad misma? Dícese, «la sociedad es de consumo».

La diferencia, una al menos, entre los jóvenes y los adultos comprometidos en la vorágine consumista, es que, mientras los unos, socializados en otro tiempo, pero tensionados por la fuerte demanda de juvenalización, articulan sus identidades deslizándose en el consumo; los otros, en pleno desarrollo de sus capacidades, están destinados a constituir su identidad en torno a aquel. Consumir, incorporar, es un hecho egoísta por definición.

Se nos estimula a la posesión como valor, también como signo de éxito. Y se supone que tal consumo nos hará exitosos, libres y felices, ¿acaso no nos lo dice a toda hora la publicidad? Ahora bien, ¿qué hay si no podemos acceder a tal consumo?; ¿qué del malestar, de la frustración, de la violencia? Así, volvemos a los otros adolescentes. A los unos y los otros. Porque, si en el consumo se constituyen las identidades, ya no se trata del tener, sino del ser. Camino que puede explicar algo de la violencia, en un sentido «retaliativa» (y no es justificación, sino paso a la comprensión), del despojo material en hechos delictivos.

A nuestro juicio, si verdaderamente algo de la identidad misma está en juego, no podrá sencillamente abandonarse la in-tensión al consumo, ya que no se trata cándidamente de un tercero exterior al ser, de un otro objeto, sino que hay algo del sujeto en juego. De allí, que no debe extrañarnos un consumo compulsivo. La fórmula de las adicciones. Tampoco, las violencias para apropiación simbólica o material. De poderosos y famosos, de profesionales, de ricos y pobres. Del turismo sexual, a la violencia familiar. Una campera, una vida. Todo se consume, no se ve el negocio.

Se consume veloz y vorazmente, mientras la publicidad empuja hacia la novedad. Y hay que restablecer, de constante, el flujo del consumir.

Y, un hecho más, relevante, que observamos en los nuevos procesos de construcción de identidad, es que los mismos se dan entre pares sin impares, en un tiempo de ausencia o retiro de adultos que representen la diferencia, y con los cuales haya que contrastar. Porque no es lo mismo, el grupo

de pares que tiene frente a sí a impares con los que tensionar, que el grupo de pares frente a sí mismo, sin tercero por conquistar o con el cual disputar. El adulto fuerte, con frecuencia autoritario, trocó en adulto líquido o liquidado. Va siendo hora de dejar de debatir sobre adolescencias y juventudes y comenzar a debatir sobre adulteces. O, mejor aún, hacer ambas cosas, pero al mismo tiempo, sin trucos de parte de quien posee mayor poder.

5. El cambio en las relaciones de género y generacionales

Al calor de la nueva distribución de los «saberes socialmente relevantes», comienza a observarse una modificación de las relaciones entre las distintas generaciones. Es decir que, actualmente, el saber no está sólo del lado de los adultos, especialmente el vinculado a la tecnología (cuyo campo de operaciones no para de extenderse), razón por la cual las relaciones de saber y poder se vienen modificando. Circunstancia bien acompañada por la confusión de los adultos frente a una sociedad rauda y radicalmente cambiante. Estos adultos se sienten vulnerables y se muestran como tales, no tienen todas las respuestas y, en ocasiones, ni siquiera pueden ofrecer alguna. O la que ofrecen resulta, a todas luces, poco pertinente, sea por impericia en cómo proceder frente a las nuevas situaciones, sea por responder con salidas no pertinentes que, probablemente, resultaban eficaces tiempo atrás. Niños, adolescentes y jóvenes, asisten a esta escena, la calibran. Ven que, incluso la experiencia —el gran capital que todo adulto por insuficiente que fuera podía prometer— ya no es un bien que garantice un modo adecuado de enfrentar los hechos. En consecuencia, las relaciones horizontales y entre pares crecen en importancia, y los adolescentes, muchas veces, producen sus preguntas y sus respuestas entre ellos mismos (con riesgos, y mucho ensayo-error, como en un videojuego) sin acudir a adultos, por los que, por otro lado, reclaman.

Un capítulo de esta escena se representa en los medios, que, más allá de grotescos, ya no responden a las viejas fronteras «sólidas» entre adultos y jóvenes. Todo puede verse en la superficie, aunque sus sentidos puedan permanecer en la opacidad. Pero, allí, podemos ver, también, el otro gran cambio que debemos señalar, y es el cambio en las relaciones de género. Niñas heroínas, preadolescentes que lideran a varones y mujeres; crece la presencia de un rol activo y no subordinado, ya no de mujeres respecto a varones, sino de mujeres que son niñas y adolescentes, respecto a varones niños y adolescentes. Es decir, la posibilidad de identificarse con modelos, cuyos roles resultan atractivos y potentes, van diseñando un nuevo panorama para la relación presente y de futuro de los géneros.

Hasta ayer nomás, los padres se contraponían a sus hijos de modo tan claro y firme como autoritario. Y los jóvenes, en tiempos de ideales y futuros, se les oponían en un acto rebelde (con causa). Hoy, en tanto, se enfrentan a adultos juvenizados, que acompañan más que orientan; les piden opinión en cuestiones hasta poco consideradas propias del mundo adulto; con quienes comparten gustos, estéticas (e incluso, disputan trabajos y parejas). Frente a estos adultos, el acto rebelde, se convierte muchas veces en acto sobre el propio cuerpo (intervenciones con *tatoos* y *piercing* mediante), o en rebeldías minimalistas, intentando escapar a la colonización adulta de los, hasta no hace mucho, ámbitos y espacios juveniles. En otra perspectiva, podríamos considerar que el conflicto entre las generaciones ha pasado de expresarse en términos de rebelión (tiempo de adultos e instituciones fuertes) a expresarse en la modalidad de la desconexión, con jóvenes que viven en mundos paralelos, que no necesitan de confrontación (no hay con quién hacerlo).

Los adolescentes de ayer, no enfrentaron el desafío de navegar en la incertidumbre, todo lo contrario, solían confrontar con las certidumbres del sistema, con verdades fuertes, con «autoridades». Los adolescentes de hoy, en cambio, navegan en aguas turbulentas. Campos que antes aparecían como previsibles, hoy, definitivamente, no lo son. Y la «autoridad» (no el mando) es algo que se construye cada día en el ejercicio (y cruce) de saberes, consideraciones y mutuos respetos.

Hijos de su tiempo, los jóvenes de hoy son más libres de lo que fueron sus padres, más flexibles, menos rígidos, viven más el presente y están menos atentos a un futuro que desconocen, tienen

menos temor al cuerpo, a la sexualidad, poseen más información para la vida, pero, al mismo tiempo, viven entre enormes restricciones materiales y simbólicas, que hacen, para muchos, de las oportunidades, una realidad virtual.

6. Bibliografía

- BAUMAN, Z. *Vida de consumo*. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 2007.
- *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- *Vidas desperdiciadas: La modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2005.
- BECK, U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, [1986] 1998.
- BECK, U. (compil.). *Hijos de la libertad*. Fondo de Cultura Económica, 2002.
- FEATHERSTONE, M. *Cultura de consumo y posmodernismo*. Amorrortu Editores, [1991] 2000.
- GARCÍA CANCLINI, N. *Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Ed. Grijalbo, 1990.
- *Consumidores y Ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. Ed. Grijalbo, 1995.
- JAMESON, F. *Ensayos sobre el Posmodernismo*. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi, 1991. [Colección: El Cielo por Asalto].
- SENNET, R. *La corrosión del carácter*. España: Editorial Anagrama, [1998] 2000.

Abordaje integral en la consulta

Índice

● **Capítulo 11**

Diagnóstico de las necesidades de la población adolescente

Salud integral. Determinantes sociales de riesgo y resiliencia: Factores de riesgo y protectores.

Semiología ampliada

● **Capítulo 12**

Interdisciplina.

Intersectorialidad.

Trabajo en red

● **Capítulo 13**

Servicios amigos de los y las adolescentes, y de calidad

Algunas definiciones sobre «Adolescencia y salud integral»

Capítulo 11

Diagnóstico de las necesidades de la población adolescente

Dra. Diana Pasqualini

1. Introducción

Andrija Stampar, en 1946, definió *salud* como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano fundamental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido en la definición de salud en la adolescencia, el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales.

La atención de problemas y enfermedades es parte del cuidado de la salud.

Cuando un adolescente se siente enfermo suele acudir al consultorio de un profesional o al centro de salud en búsqueda de atención. Refiere Torres-Goitia, que en dicha atención existen dos actores: un adolescente –enfermo que demanda, generalmente, con sufrimiento físico y psíquico– y un profesional –proveedor, que ofrece, que tiene el deseo de curar y preservar salud-bienestar. El primero recibe una atención, que en ocasiones, está en relación con su situación económica y social; en cambio, los proveedores tienen el poder de la tecnología, de la ciencia, del estatus.

El cuidado de la salud incluye, no solamente, la atención de los/las adolescentes enfermos/as o con problemas, sino también las acciones de promover, conservar y mejorar el bienestar de los individuos, las familias y de la sociedad. No bastan, pues, acciones aisladas desde la salud. Se requiere, además, saneamiento ambiental, educación, justicia, bienestar social, trabajo, y el compromiso de todos los sectores de la comunidad incluyendo los políticos.

Según Torres-Goitia, «el cuidado de la salud requiere de múltiples actores, de la participación de toda la comunidad; dicha participación en todos los niveles del análisis, del diagnóstico, de la planificación, del seguimiento y de la evaluación de lo estratégico en salud permite alcanzar resultados concretos y palpables, en los individuos, en las comunidades y en la sociedad en su conjunto, acerca el Estado a la comunidad, articula las diversas opiniones que representan diferentes realidades».

El rol del sector salud está influenciado por múltiples factores y por el hecho de que los adolescentes, rara vez, acuden al centro de salud para control de su crecimiento y desarrollo o para pedir orientación en aspectos vinculados a su salud integral: alimentación, sexualidad, comportamientos relacionados con el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, vínculos familiares o con pares, orientación vocacional, etcétera.

En Alma-Ata, 1978, se ratificó el concepto de salud planteado por Andrija Stampar en 1946. «Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades». «Es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo».

Carlos Serrano señala como hipótesis: «El estado de la salud y las perspectivas de desarrollo psicosocial de adolescentes y jóvenes dependen en gran medida de la interpretación de la integridad

de la salud y de la trascendencia asignada a ella por los responsables de criar, educar, y de cuidar a las generaciones presentes y futuras. Cualquier desviación notable de la integridad constituye una fuente de problemas, antes, durante, y después de la adolescencia».

2. Salud integral

La *salud integral del adolescente* comprende, según la OMS, el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y el desarrollo de su máxima potencialidad.

El abordaje integral del desarrollo y la salud de los adolescentes requiere un equilibrio óptimo entre las acciones destinadas a estimular el crecimiento y desarrollo personal, y aquellas dirigidas a prevenir o a responder a determinados problemas.

En el siglo XX, han existido diferentes modelos de atención de los adolescentes. Dina Krauskopf refiere, entre otros autores, que el modelo tradicional consideraba que los adolescentes eran predominantemente sanos, se enfermaban menos en comparación con los niños y adultos. Se los visualizaba como carentes de madurez social y como menores, bajo la protección de los padres y del Estado. Dentro de este marco conceptual, los servicios se diferenciaban en dos grupos: «para adultos» o «para niños» y el/la adolescente era atendido según edad o apariencia en uno o en otro servicio.

Posteriormente, aparece la idea que los/las adolescentes son difíciles y entrañan un riesgo para la sociedad. Se define la adolescencia como una etapa de riesgo. Los/las adolescentes son categorizados por sus comportamientos y, así, se los clasifica en los drogadictos, las embarazadas, en los que poseen trastornos de la conducta alimentaria, etcétera. Y ese rasgo más visualizado les da identidad y excluye las diferencias entre las personas de la misma categoría. La atención y la prevención se organizan a fin de eliminar los problemas. Los servicios se dedican a la solución de embarazos, delincuencia, drogas, etcétera.

Paulatinamente, se va creando el concepto de salud integral. La Convención de los Derechos del Niño, reconocida por la mayoría de los estados, señala que deben tenerse en cuenta las opiniones del niño en función de su edad y madurez y afirma su derecho a la salud, educación y a la participación social. Los adolescentes tienen capacidades y derechos para intervenir en el presente, construir su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo en forma democrática y participativa. Para, efectivamente, poder ejercer sus derechos requieren acompañamiento, asesoría y formación de herramientas para la autoconducción.

Hay aspectos difíciles de resolver:

- Cómo cuidar de la salud de los adolescentes invisibilizados socialmente, aquellos que son marginales y quedan excluidos de la atención...
- Cómo acompañar a los sobrevivientes que cabalgan entre la consulta con el profesional de cabecera, con el especialista y, superada la “edad adolescente”, con el mundo adulto...

3. Determinantes sociales de riesgo y resiliencia. Factores de riesgo y protectores

El *enfoque de riesgo* y la visión más abarcativa de la salud han promovido un cambio importante en la atención del adolescente. El enfoque de riesgo en la atención de la salud está dirigido a alcanzar el máximo potencial de crecimiento, desarrollo y bienestar. Las acciones más integrales y articuladas, entre agentes de salud de diferentes disciplinas, miembros de la comunidad como docentes, religiosos, políticos, etcétera y la misma familia, están orientadas a reducir los factores favorecedores de riesgo, incrementar los factores protectores y brindar oportunidades para un desarrollo pleno.

Los *riesgos* son factores de la persona o del medio, asociados con aumento de la probabilidad

de resultados o consecuencias adversas para la salud, para el proyecto de vida, la calidad de la vida o para la vida misma. Son situaciones o antecedentes personales, familiares, sociales, económicos, que pueden favorecer la emergencia de enfermedades o problemáticas.

El enfoque de riesgo asume que el conocer los *factores de riesgo* da posibilidad de anticiparse a sus efectos de daño promoviendo cambios en el individuo o en su entorno (prevención primaria). En caso de presentarse el daño, facilita su detección precoz y evita su desarrollo (prevención secundaria). Ante una situación de riesgo, los *factores protectores* pueden contribuir a la probabilidad de mantener el estado de la salud o, aún, mejorarlo (prevención primordial). Un avance significativo ha sido la incorporación de los factores de resiliencia, entendidos como aquellas condiciones o atributos cuyo fortalecimiento acrecientan la capacidad de sobreponerse a las adversidades e, incluso, construir sobre ellas.

Un sinnúmero de *riesgos* deben ser superados por cada niño antes de llegar a la adultez. La dependencia y vulnerabilidad de los niños son muy altas; y son mayores en los primeros años de vida, en los cuales el ritmo de crecimiento y maduración es más acelerado. El crecimiento y el desarrollo pueden ser influidos en forma positiva y saludable, o negativa según las circunstancias que los rodean. Los estímulos internos y externos –apoyo, afecto y orientación de la familia y de la sociedad– son necesarios para los cambios corporales y para los progresos emocionales y sociales. El mayor obstáculo en la infancia es la enfermedad o muerte temprana. Así, por ejemplo, en muchas partes del mundo, casi la mitad de los niños mueren antes de los cinco años. Superadas las primeras dificultades, los riesgos y sus probables daños se incrementan en la adolescencia.

La salud del adolescente es la resultante del desarrollo de las etapas anteriores y de los efectos de las circunstancias presentes. A su vez, su salud física, mental y social influirá en etapas posteriores y en las generaciones futuras. Este concepto de integralidad, en un continuum, incorpora una nueva visión causa-efecto.

Los factores de riesgo pueden o no desencadenar o asociarse a un determinado suceso indeseado. No son, necesariamente, el factor causal. En general, existe una asociación de factores que ejercen efectos multiplicadores que interactúan y desencadenan la enfermedad.

Son factores de riesgo:

La alteración en los vínculos familiares

- Parejas parentales disfuncionales con o sin violencia.
- Madre sola en la crianza y/o adolescente.
- Pérdida del trabajo del progenitor que ejerce el sostén económico.
- Maltrato y/o abuso, negligencia o abandono.
- Alcoholismo u otra drogadicción de algún progenitor.
- Enfermedad grave de uno de los progenitores o muerte.
- Prisión de alguno de los progenitores.

Situaciones del contexto

- La pobreza.
- Falta de respeto a la cultura familiar de ese adolescente. Migraciones traumáticas.
- La imposibilidad de acceder a la educación y/o dificultades para integrarse en el sistema educativo formal.
- Ausencia de oportunidades para trabajar en forma adecuada a su educación y potencial.
- Desocupación o el trabajo ilegal o insalubre.
- La imposibilidad de acceder a un servicio de salud y/o educación para la salud.
- Medio social de alto riesgo (pares o adultos significativos que viven en la promiscuidad, usan drogas, delinquen).
- Habitar en la calle o institución por carencia de continencia familiar.
- Ser víctima de maltrato, abuso y/o abandono.

Enfermedades o problemas del adolescente

- Enfermedades que afectan seriamente o crónicamente aspectos físicos/corporales.
- Problemas psicológicos/psiquiátricos que requieren tratamiento o apoyo especial.
- Problemas sociales que comprometen sus necesidades básicas: afecto, vivienda, alimentación, abrigo, educación, acceso a un servicio de salud y derechos.

Serrano (modificado)

Existen múltiples recursos personales, familiares y sociales que favorecen el desarrollo del proceso adolescente y que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo. Aún ante experiencias o circunstancias vitales muy desfavorables, hay individuos que no sufren daño o secuela significativa. Esta capacidad de estar expuesto al riesgo sin sufrir consecuencias adversas se denomina «resiliencia».

Esta resistencia al daño no es ilimitada, ni en todas las circunstancias, ni inalterable. Influyen factores del individuo y/o del contexto social. La exposición al riesgo puede provocar un cierto grado de inmunidad que permite la superación de situaciones adversas.

Giselle Silva plantea una definición de resiliencia que tiene en cuenta el concepto de vulnerabilidad y las huellas dolorosas que deja una situación negativa en cada individuo para desarrollar la capacidad de sobreponerse a la adversidad. Según esta autora, «es la capacidad universal de todo ser humano de resistir ante condiciones adversas y recuperarse, desarrollando, paulatinamente, respuestas orientadas hacia la construcción de un ajuste psicosocial positivo al entorno, a pesar de la existencia simultánea de dolor y conflicto intrapsíquico».

Un enfoque completo de la resiliencia debe incluir el reconocimiento de que los conflictos son parte del desarrollo y de que todo ser humano los atraviesa en diversos puntos de su vida.

Los factores que facilitan el desarrollo del individuo y que ayudan a aumentar la resistencia al riesgo se denominan *factores protectores*. Señala Dina Krauskopf en «Las conductas de riesgo en la fase juvenil», *Conferencia del Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente*, Cartagena de Indias, Colombia, mayo de 1995: «La posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia».

¿Cómo evaluar la resiliencia? A los fines prácticos, cuando un adolescente refiere un problema, es importante entender los riesgos de la situación planteada. Y detectar su comprensión y su capacidad para afrontar y superar adversidades y salir fortalecido en el proceso. En este hacer, juegan un rol importante: la autoestima –satisfacción consigo mismo– de ese adolescente en particular, sus lazos familiares y sociales, que le brindan la sensación de pertenencia, su honestidad en cuanto a la necesidad de que el bienestar se extienda a los demás miembros de su entorno, su humor –capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia–, su identidad cultural –costumbres y valores, que tienen que ver con sensación de pertenencia a la comunidad–, y, también, según A. Melillo, «ese pilar esencial que es el amor, el reconocimiento del otro como un ser humano tan legítimo como uno mismo». Contar con un hogar, una familia que le ofrezca sostén y límites; una educación adecuada que haya respetado sus derechos y sus responsabilidades, estimulado su autoestima y favorecido una gradual autonomía con afecto, diálogo y supervisión; así como, con necesidades básicas satisfechas, facilitan que el adolescente alcance su máximo potencial.

Son factores protectores:

- La integración familiar.
- El gradual desarrollo de la autoestima, toma de decisiones, autonomía e integración social.
- Escolaridad adecuada.
- Oportunidades de tener un trabajo digno.
- Ocupación positiva del tiempo libre.
- Ejercicio y alimentación balanceada.
- Información adecuada y oportuna sobre sexualidad.
- Promoción para la capacidad de decisión del uso y del abuso de sustancias psicoactivas.
- Promoción para la prevención de accidentes.
- Promoción para la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual.
- Controles periódicos en salud o en enfermedad.
- Clarificación de los valores personales, familiares, sociales.
- Saneamiento ambiental.
- Legislación acorde a las necesidades de los adolescentes.
- Redes sociales de apoyo efectivo.
- Oportunidades de participación social.

Serrano (modificado)

El *comportamiento de riesgo* es cualquier alteración de la conducta o actuación, que por su reiteración y/o agresividad y/o por su cuestionamiento de límites «adecuados», puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal o la vida actual. Su repercusión es perjudicial para el momento presente y para el futuro.

Jessor introduce un concepto importante al señalar que hay conductas que involucran riesgos, que son propias de personas jóvenes o adultas que asumen cierta cuota de riesgo, conscientes de ello, y que no tienen como fin la búsqueda de peligro. Estos adolescentes son capaces de abandonar sus comportamientos riesgosos en cuanto se les ofrezca alternativas posibles de satisfacción.

Los adolescentes con comportamientos de riesgo tienen diferentes características psicológicas. Mientras algunos se deprimen y buscan límites a sus acciones impulsivas, otros presentan afinidad a la experimentación y a las situaciones peligrosas. La excitación ante el peligro y el ansia de poder se ven favorecidos en algunos medios sociales.

Las relaciones sociales y los comportamientos varían de cultura en cultura. Ciertos grupos viven con normas propias donde el robo, el embarazo y las drogas son habituales. No sienten culpa ni vergüenza de sus acciones, ya que no rompen las pautas aprendidas y propias de su entorno.

Los niños y los adolescentes van organizando sus impresiones del mundo de acuerdo con sus características personales y las del medio que los rodea. Si el crecimiento y desarrollo tienen lugar en medio de privaciones, pobreza, y violencia, si no reciben cuidados ni afecto, el desarrollo psicoafectivo se estanca o se altera. La autoestima e integración social difícilmente progresan. La actitud desafiante y la inadecuada continencia social contribuyen a la discriminación, y puede apartarlos de las instituciones que albergan a otros niños y adolescentes, provocando más obstáculos para el desarrollo. De esta manera, no alcanzan su proyecto de vida en forma habitual. Es muy probable que los contenidos mentales estén dedicados a la lucha por la supervivencia y sean más inmediatos.

La integridad de la salud física, mental y social resultará de la interacción entre las defensas del individuo y la agresividad de los agentes o circunstancias que lo rodean: familia, escuela, trabajo, tiempo libre, etcétera.

La sumatoria de varios factores de riesgo favorecen resultados similares: deserción escolar, no-inserción laboral, embarazo temprano, abuso de drogas, etcétera.

El adolescente con un *estilo de vida de riesgo* exige un abordaje individual –físico y emocional–, familiar, social, educativo, laboral, económico, legal y, hasta, ético.

Los comportamientos de riesgo más referidos son:

La vida sexual de riesgo se asocia con:

- Debut sexual temprano y/o desprotegido.
- Presión o violencia: coerción.
- Arrepentimiento u otro malestar emocional.
- Actividad sexual sin anticoncepción adecuada.
- Promiscuidad.
- Embarazo no deseado y/o no responsable.
- Embarazo sin atención prenatal.
- Maternidad o paternidad adolescente no deseada/planificada.
- Sida u otra infección de transmisión sexual.

Las conductas de riesgo se asocian con:

- Fumar, beber o usar drogas.
- Violencia, accidente, homicidio, suicidio.
- Fuga del hogar.
- Infracciones, a veces, en bandas o pandillas, uso de armas.
- Conducción de vehículos bajo el efecto de alcohol y/o drogas.
- Deserción, repitencia u otros problemas escolares.

Serrano (modificado)

4. Semiología ampliada

La semiología es el estudio de los signos y síntomas de las enfermedades.

La semiología ampliada abarca, además, el reconocimiento de:

- Las *necesidades de cada individuo*. Las necesidades varían según las personas, su edad, su sexo.
- La *evaluación de riesgo*. La evaluación de riesgo exige una escucha atenta a fin de conocer si el adolescente tiene conciencia de riesgo y su nivel de desarrollo cognitivo, emocional y social. Se aconseja evaluar, si es capaz de hablar por sí mismo, la apreciación de su aspecto corporal, sus inquietudes sobre su desarrollo sexual y crecimiento, gestos y actitudes de rebeldía con los padres y autoridades, y la posibilidad de la aceptación de límites.
- La *capacidad de integración social*. Se infiere a través de sus posibilidades lúdicas, expresivas, deportivas, nivel de escolaridad, actividades en el tiempo libre, pertenencia grupal (pares), proyecto de futuro (ver historia clínica).
- Los *contextos* en los cuales vive: familiar, social y cultural. Las expectativas cambian según los contextos: familiar, social (urbano, rural, socioeconómico) y cultural. Las necesidades básicas insatisfechas por carencia de vivienda, alimentación, abrigo, de espacios propios de desarrollo; por falta de cuidado, interés, afecto, sostén y de límites por parte de los padres; por ausencia de amigos, redes sociales de apoyo o presiones negativas y por pocas posibilidades de educación, son factores adversos.

5. Conclusiones

Para el diagnóstico de las necesidades de la población adolescente, es necesario realizar una *semiología ampliada* y comprender qué implica el desarrollo integral del adolescente.

A través de la semiología ampliada, se reconoce que los adolescentes tienen diferentes necesidades y expectativas de los niños y de los adultos. Las necesidades y problemas de los jóvenes son diferentes y cambiantes de persona a persona, aunque vivan en el mismo entorno. Y, además, varían según los distintos estadios de desarrollo físico, emocional y sexual.

El *desarrollo integral* requiere de los microambientes de la familia, de la escuela, y de la comunidad a fin de favorecer una educación acorde, un tiempo de recreación institucionalizado, un desarrollo social, psicológico, económico y afectivo favorables.

Es importante conocer las características propias del adolescente, valorar los vínculos familiares y comprender sus circunstancias familiares, sociales y culturales.

No debemos olvidar que las estrategias para ofrecer son las siguientes:

- *Promoción de la salud*, para lo cual es necesario tener conocimiento de las necesidades de la población y de los recursos existentes. De esta manera, con la participación activa de la comunidad, es posible estimular, en los y las jóvenes y sus familias, el cuidado de la salud. Se favorece, así, el desarrollo de hábitos saludables y de fortalezas y/o factores protectores que contribuyen a alcanzar el potencial de desarrollo.
- *Prevención primaria*. La detección de factores de riesgo y protectores permite tomar medidas anticipatorias para evitar el problema.
- *Prevención secundaria*. Atención precoz y adecuada del problema o de la enfermedad.
- La *atención longitudinal* permite, además, hacer un seguimiento apropiado a lo largo de la vida del individuo.

6. Bibliografía

- CENEP (FNUAP) OPS-OMS. *Salud y Desarrollo de Adolescentes Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes. Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*. Diciembre 2000.
- FLORENZANO URZÚA, R. «Factores de Riesgo y la Juventud: El Rol de la Familia y Comunidad». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 683-689.
- FLORES, R. E. *Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud, OPS (Borrador), 2004.
- GINZBERG, E. «Adolescents at Risk. Conference: Overview». *J Adolesc Health Care*, 1991, 12: 588-590.
- HAZEN, E, S. SCHLOZMAN y E. BERESIN. «Desarrollo psicológico del adolescente: revisión». *Pediatrics in Review*, 2008, 29 (5): 161-168.
- JESSOR, R. «Risk Behavior in Adolescence. A Psychosocial Framework for Understanding and Action». *J Adolesc Health Care*, 1991, 12: 597-605.
- KOGAN, J. «Etiologies of Adolescents at Risk». *J Adolesc Health Care*, 1991, 12: 591-596.
- KRAUSKOPF, D. *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, Costa Rica, 2000.
- MADDALENO, M. «Un Punto de Vista Epidemiológico de la Salud del Adolescente en América Latina». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 655-663.
- MELILLO, A., E. N. SUÁREZ OJEDA y D. RODRÍGUEZ. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF, 2004.
- PASQUALINI, D. y M. C. HIEBRA. «Atención del adolescente. Enfoque integral». *Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Vol. II. Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría, 1996.

- PATEL, V., A. J. FLISHER, S. HETRICK y P. MCGORRY. «Mental health of young people: a global public-health challenge». *Lancet*, 2007, 369: 1302-1313.
- PATTON, G. C. «Pubertal transitions in health». *Lancet*, 2007, 369: 1130-1139.
- RUTTER, M. «La “Resiliencia”: Consideraciones Conceptuales». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 690-696.
- SERRANO, C. V. «Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 673-682.
- SIMINI, F., S. FRANCO, D. PASQUALINI y C. LAMMERS. *Sistema informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS/OMS: Publicación Científica CLAP N.º 1454, Montevideo, Uruguay, agosto 2000.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: Secretaría de Publicaciones y Biblioteca (SAP), 1990.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*. Sociedad Argentina de Pediatría, 2002, 221-233.
- TORRES-GOITIA, J. *La reforma de la Salud y los Adolescentes: Consideraciones Políticas*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (Borrador).

Capítulo 12

Interdisciplina. Intersectorialidad. Trabajo en red

Dra. Diana Pasqualini

1. Introducción

Destacamos, en este espacio, los aportes de diferentes autores y lo relatado por el equipo de adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez en el trabajo titulado: «Recorrido de la interdisciplina en la historia de un servicio de adolescencia».

Refiere Narváez: «Las diferentes ciencias tienen como motor para su desarrollo la curiosidad científica de los investigadores en función de los problemas teóricos por resolver; tienden a fragmentar el conocimiento en función de la disciplina». «El enfoque interdisciplinario surge ante la complejidad creciente de la demanda social que confronta al equipo de salud. El equipo se va integrando por profesionales de diferentes disciplinas y por otros miembros de la comunidad sobre la base de las habilidades y conocimientos adecuados para satisfacer las necesidades de la población atendida. La colaboración básica entre los integrantes tiene como fin contribuir al desarrollo del proceso adolescente dentro del marco de la salud, o sea el bienestar físico, emocional, social y espiritual». Y, apoya Korin diciendo que la continuidad, la flexibilidad y la interdependencia permiten un enriquecimiento de los diferentes integrantes, que alcanzan así una mejor comprensión del problema y la producción de una solución más acertada. El conocimiento se modifica y se crea un marco referencial en común. La circulación del saber crea interdependencia sin perder cada experto su identidad disciplinaria.

2. ¿A qué llamamos equipo interdisciplinario?

Dentro de los conceptos vertidos en los artículos de Narváez, surge que el equipo interdisciplinario está constituido por personas de diferentes disciplinas que tratan de acordar metas y objetivos comunes para resolver el problema; contribuyen a aplicar distintas herramientas de diagnóstico y modalidades de comprensión del paciente y su enfermedad; crean metodologías e hipótesis de trabajo con fines y metas para alcanzar, que van más allá del trabajo disciplinario. Se obtienen, así, logros que no pertenecen a una ciencia exclusivamente, capaz de abordar las complejidades de las realidades de cada joven. El intercambio contribuye a ampliar conocimientos, ayudar a la curación de la enfermedad, si la hubiera, evitar consecuencias adversas de los factores de riesgo presentes y a promover la participación del joven en el despliegue de su proyecto de vida. El equipo actúa de sostén en la búsqueda de la solución ante situaciones difíciles y en la aceptación de límites.

3. Relato del recorrido de la interdisciplina en un servicio de adolescencia

Destacamos, a continuación, aspectos referidos en el siguiente trabajo: Pasqualini, D., Blidner, J., Mayansky, G. et ál. «Recorrido de la interdisciplina en la historia de un Servicio de Adolescencia».

Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, 1999, 41: 350-357.

El equipo del Servicio de Adolescencia en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez se fue constituyendo por pediatras, ginecólogos, psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos y asistentes sociales. Los espacios de capacitación son algunos propios de cada disciplina y otros compartidos. En los espacios interdisciplinarios –ateneos semanales, pases al finalizar el día de trabajo, discusión de pacientes durante la actividad cotidiana–, se fueron intercambiando lenguajes e ideas, reflexionando sobre adolescentes con problemáticas complejas, acordando estrategias y proponiendo nuevos abordajes. Si bien el trabajo en grupo se convirtió en un espacio creativo, fue necesario tolerar desacuerdos y posiciones diferentes, aclarar roles de los profesionales de distintas disciplinas y respetar el espacio del otro y aceptar lo que no se sabe y las limitaciones de los recursos disponibles.

Cuando el número de pacientes complejos fue aumentando y la complejidad de su patología fue acrecentándose, esta «nueva patología» impactó en «la interdisciplina», generando dificultades y tensiones. Se creó, entonces, un nuevo diagnóstico: «el adolescente empantanado». Este adolescente era el que no progresaba hacia el estado de salud a pesar de la oferta de múltiples recursos. Esto llevaba a la frustración y agotamiento del equipo tratante quien se sentía tan «empantanado» como el adolescente.

Cuando ante un adolescente, los múltiples recursos no son eficientes, el equipo se frustra y agota, se «empantana».

La primera manifestación fue la aparición de confusión y de ansiedad. El equipo, en un primer momento, no detectó que la diferente problemática traída por el adolescente requería recursos innovadores. Fue difícil abandonar la certeza relacionada al lema: «Nosotros sabemos del adolescente, lo que necesita, y poseemos recursos para ellos en nuestro servicio».

Una vez intuida la dificultad, se intentó hallar nuevas soluciones. Hubo, por momentos, una construcción imaginaria sobre el ideal del rol de cada profesión y se demandó a alguna especialidad del equipo la solución. Clínicos, psicólogos, psicopedagogos y asistentes sociales fueron, alternativamente, los dueños del saber. Ante la ausencia de respuesta, surgió frustración e intolerancia.

Otra ilusión fue creer «otros equipos saben cómo tratar esto». Se dio, así, una adhesión masiva e indiscriminada a la red de servicios de adolescencia municipal y a los hospitales de derivación de salud mental.

A su vez, llegaron al hospital demandas que no sólo tenían que ver con la curación de las enfermedades o la prevención de ellas. Estas surgían por carencias de orden social, educativo, legal. El equipo fue colocado en la difícil posición de cómo canalizarlas, cómo resolverlas y dónde poner el límite.

Hubo que aceptar las limitaciones. Reconocer que a veces no se puede curar, pero siempre se puede acompañar.

La discusión y el intercambio facilitaron hallar soluciones positivas y creativas dentro de la institución; tomar de afuera saberes más discriminados y abandonar códigos que ya no eran útiles.

Se acordó establecer estrategias a corto y mediano plazo, con objetivos programados, con flexibilidad y en común acuerdo, ante cada adolescente con problemática compleja. Se propuso sistematizar los encuentros de los equipos tratantes de estos adolescentes con la supervisión de un tercero.

Y ante la crisis planteada, se redefinió el perfil del adolescente atendido y las posibilidades de tratamiento. Se replantearon los límites de cada disciplina y sus puntos de intersección. Se reevaluaron las cuestiones técnico-administrativas (cantidad de pacientes pasibles de atención, normatización de los tratamientos, jerarquización del personal no rentado, etcétera). Se buscaron nuevas estrategias terapéuticas y la integración con las redes de atención para delimitar áreas de patología común y específica.

Se arribó a la conclusión de que para que la tarea interdisciplinaria tenga continuidad, los requerimientos básicos son los siguientes:

- Estímulo y recompensa sostenidos. Este concepto incluye el reconocimiento del lugar de trabajo y el nombramiento del personal necesario.
- Tiempo y espacio físico para la puesta en práctica de la interdisciplina.
- Marco referencial construido en común y en lenguaje accesible.
- Evitar el tratar de imponer los criterios de unos sobre los otros, y las luchas por el poder.
- Favorecer la circulación del saber y la cooperación.

4. ¿Cómo crear redes operativas que se extiendan más allá de los equipos de salud?

La promoción de un desarrollo saludable y las acciones de brindar información y orientación, detectar enfermedades y comportamientos de riesgo, hacer diagnóstico y tratamiento de problemas y la derivación oportuna requieren de diferentes actores, incluso de los mismos adolescentes, sus padres y del resto de la comunidad.

Las acciones intersectoriales son fundamentales, especialmente, cuando el bienestar psicosocial de la población está en juego y los recursos son insuficientes.

Trabajando desde el Centro de Salud, así como en la Comunidad, en forma interdisciplinaria, ejercitando la intersectorialidad y la participación multiactoral, es que se puede promover el desarrollo físico, cognitivo, emocional y espiritual en su máxima potencialidad. Para ello, es necesario no perder oportunidades de ayudar, de hacer algo positivo cada vez que un joven se acerca, cualquiera sea el lugar donde se halle, su casa, escuela, club, iglesia, entrevista de salud, etcétera,

Las acciones interdisciplinarias e intersectoriales permiten trabajar más allá del campo de cada disciplina o de cada sector.

5. Bibliografía

- DÍAZ, E. *La ciencia y el imaginario social*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 1996.
- EISENSTEIN, E y R. PAGNONCELLI DE SOUZA. *Situaciones de Riesgo para la Salud en Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Fusa 2000 Editora, 1994.
- FERBER, H. M. «El lugar del conocimiento en el equipo interdisciplinario». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1996, 94: 268-270.
- FLORES, R. E. *Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. OPS (Borrador), 2004.
- KORIN, D. *El por qué de la interdisciplina en los equipos de salud. Educación a Distancia en Salud del Adolescente*. Buenos Aires: EDISA, 1997, 7: 79-97.
- NARVÁEZ, R. O., J. B. VUKASOVIC, C. ROLDÁN y G. GIRARD. «Introducción. Marco referencial conceptual y operativo». *Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Sociedad Argentina de Pediatría, 1990, pp. 21-29.
- PASQUALINI, D, J. BLIDNER, G. MAYANSKY et ál. «Recorrido de la interdisciplina en la historia de un Servicio de Adolescencia». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, 1999, 41: 350-357.
- SERRANO, C. V. «Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 673-682.
- TORRES-GOITIA, J. *La reforma de la Salud y los Adolescentes: Consideraciones Políticas*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Borrador).

Capítulo 13

Servicios amigos de los y las adolescentes y de calidad

Dra. Diana Pasqualini

Introducción

En marzo de 2001, en Ginebra, se trabajó durante tres días en el tema «*Global Consultation on Adolescent Friendly Health Services*» en forma colaborativa con representantes de diferentes servicios de adolescencia y de gobiernos de distintos países de los cinco continentes y de agencias internacionales (OPS, OMS, UNFPA, UNICEF, entre otros). El encuentro fue organizado por el Dr. V. Chandra Mouli, «*Department of Child and Adolescent Health and Development, OMS*».

La reunión fue una consulta global en la que se discutieron diez principios o fundamentos con el fin de lograr un consenso para una mejor atención de la salud de los adolescentes.

Enunciados sobre Servicios Amigos del Adolescente, OMS, Ginebra, marzo, 2001

1. La salud y el desarrollo del adolescente requieren una visión compartida y acciones complementarias de diferentes actores. Acciones interdisciplinarias y la participación del adolescente y su comunidad contribuyen a la salud y al bienestar.
2. Los adolescentes tienen que poder acceder a servicios de salud donde se brinde prevención, promoción y asistencia relevante para su estado madurativo y sus circunstancias vitales. Es importante incluir la perspectiva de su inserción social.
3. Por una variedad de razones, los adolescentes, en muchos lugares, no pueden obtener los servicios de salud que necesitan.
4. Los adolescentes tienen muchas ideas acerca de cómo debería ser un servicio amigo; en general, ellos tienen en cuenta el genio o carácter de los servicios más que sus cualidades técnicas.
5. El hecho de ser un servicio amigo no, necesariamente, asegura su utilización por el adolescente.
6. Hay muchas formas de abordaje para incrementar la utilización del servicio por adolescentes en los lugares donde existe un servicio amigo.
7. Para complementar y extender la cobertura de salud dada en servicios dependientes de una institución gubernamental, otros caminos deben estar disponibles; los adolescentes tendrían más oportunidad de obtener el servicio que necesitan si los recursos existentes estuvieran conectados en red.
8. Sería útil definir algunos elementos de un paquete esencial y cómo desarrollarlo e implementarlo por los gobiernos individuales. Es fundamental que a las familias de los adolescentes se les ofrezca el sostén necesario para que adquieran el sentido de pertenencia a la comunidad y puedan apropiarse de sus derechos y, así, ayudar a crecer a sus hijos.
9. Los profesionales de los servicios deben tener capacitación adecuada (competencia técnica) y cualidades humanas relevantes para el cuidado de la salud de los adolescentes.
10. Debe garantizarse calidad (atractivos y beneficios del tratamiento) en los servicios de salud para los adolescentes. Desde el diseño del programa y sus actividades, debe estar contemplada su evaluación para un accionar más efectivo, y reorientar, rápidamente, de ser necesario.

La discusión de estos principios permitiría construir un marco teórico a fin de determinar como esenciales ciertas características de la atención.

Los objetivos para alcanzar en un futuro cercano fueron:

- Mejorar las habilidades de los proveedores para satisfacer las necesidades de los adolescentes.
- Reorientar el abordaje de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de los adolescentes.

Dichos principios surgieron de la experiencia, de la observación, de estudios realizados en distintas poblaciones, y se apoyan en las siguientes ideas:

Los adolescentes tienen derecho a:

- Salud física.
- Bienestar mental y emocional.
- Salud sexual.
- Estar libres de explotación y abuso.
- Habilidades y oportunidades para una vida futura promisoría.

Existen ciertas dificultades para que los adolescentes sean considerados como sujetos de derecho:

- Dificultad en la colaboración multisectorial para promocionar un crecimiento y desarrollo sanos desde los servicios, gobierno y desde las agencias.
- Riesgo de que la reforma del sector salud y la reducción de programas por razones económicas ignore la salud de los adolescentes.

A fin de defender los derechos de los adolescentes desde el sector salud:

- Deben plantearse los principios enunciados como derechos (Abogacía).
- Es necesario lograr los mecanismos para que los políticos consideren la importancia de los adolescentes.
- Enfatizar el aspecto de salud de la población.
- Se necesitan acciones para sostener las responsabilidades de los diferentes sectores.
- Y herramientas para monitorear el proceso por el cual se logra la colaboración.
- Los adolescentes tienen que colaborar en éste proceso.
- Se debe trabajar para alcanzar esta visión común.
- El desarrollo, así como la salud, deben estar contemplados en las presunciones.

Problemas difíciles de abordar:

- Embarazo no deseado.
- Infección por HIV.
- Tabaco, alcohol y drogas.
- Deserción escolar.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Violencia (Adolescentes víctimas de abusos y maltrato, y adolescentes que ejercen violencia).
- Problemas mentales.
- Fracaso de programas de inmunizaciones.

Fueron reflexiones para considerar:

Para crear un clima de esperanza y promover «crecimiento y desarrollo sano», los **gobiernos** tienen que lograr los mecanismos para apoyar a las familias, a la escuela y a los servicios de salud. Los adolescentes requieren *necesidades básicas satisfechas* (NBS), un hogar donde se les brinde amor y continuidad en los cuidados, una educación, conocer sus derechos. Es necesario, además, garantizar

accesibilidad a los servicios, diferentes formas de abordaje de acuerdo con las necesidades, una red de atención integral, respeto a sus derechos.

Los gobiernos necesitan definir prioridades para reducir la morbimortalidad.

Los **servicios** para poder ejercer los cuidados para un crecimiento y desarrollo sano deben contar con:

- Recursos humanos capacitados para abordar la promoción, la prevención y la atención de problemas.
- Un instrumento de registro: la historia con visión integral.
- Normas prácticas.
- Una buena referencia entre nivel primario, secundario y terciario.
- Red entre diferentes servicios y sectores de la comunidad.
- Compromiso de los adolescentes, padres y maestros, y el resto de la comunidad.

Las **agencias** pueden brindar:

- Apoyo económico a los gobiernos.
- Contribuir a la Abogacía en pro del adolescente y a definir un marco teórico sobre el cual se apoyará el accionar.
- Asesoramiento y apoyo a la capacitación, investigación y evaluación.
- Apoyo al desarrollo de la promoción de la salud.
- Contribuir al desarrollo de programas, la difusión de información y la distribución de medicamentos, de ser necesario.

Taller sobre servicios amigos de los/las adolescentes y de calidad

IV Congreso Integral del Adolescente, Rosario 2001

Organizado por la Sociedad Argentina de Pediatría

En el IV Congreso Integral del Adolescente llevado a cabo en Rosario, en el año 2001, se realizó un taller cuyo disparador fueron los enunciados sobre Servicios Amigos del Adolescente discutidos en Ginebra, en marzo de 2001, en la OMS.

Dicho taller fue coordinado por la Dra. Diana Pasqualini y la Dra. María del Carmen Hiebra, y colaboraron en él la Dra. Elsa Moreno y la Dra. Dina A. Krauskopf.

Servicio amigo del adolescente

El término amigo fue definido como un principio internalizado que se expresa en una actitud de servicio; capacidad de brindar, además de la atención necesaria, calidez y contención.

«Servicio Amigo no implica que los profesionales deban ser amigos de los adolescentes; ellos deberían ser referentes capaces de brindar, además de la atención necesaria, calidez y contención». (Dr. Daniel Fiszman).

Características que deberían reunir los servicios.

Se plantearon, luego, una serie de interrogantes que se describen a continuación, así como las reflexiones surgidas de la discusión.

Teniendo en cuenta las necesidades de los adolescentes: ¿Qué condiciones debería reunir un centro de atención primaria? ¿Qué necesidades deben ser satisfechas a este nivel? ¿Qué actividades o acciones se desarrollarían en un centro de atención primaria?

Las necesidades de los adolescentes no son iguales en la Ciudad de Buenos Aires, que en el interior del país o en otro lugar del mundo. Por lo tanto, es necesario realizar un diagnóstico adecuado de esas necesidades y, a partir de ellas, definir las características que deberían reunir los centros, los

profesionales necesarios, la capacitación requerida para una adecuada promoción de la salud y la atención. Las respuestas serán diferentes según lugar, cultura, recursos, etcétera. El centro de salud, por lo tanto, deberá estar *orientado hacia la comunidad*, tener conocimiento de las necesidades de la población y de los recursos existentes.

Condiciones de un centro de atención integral:

● Ofrecer: *Atención integral e interdisciplinaria*, que incluya control del crecimiento y desarrollo, orientación en sexualidad, orientación en otros aspectos como alimentación, tiempo libre, vocacional, prevención de la violencia, etcétera. Es necesario que los profesionales tengan, además, conocimientos del desarrollo y de la cultura juvenil, así como de relaciones intergeneracionales no estigmatizantes. El equipo podría estar integrado por médicos capacitados en la atención de adolescentes, ginecólogos, psicólogos, asistentes sociales y otros agentes de salud, según requerimientos de la comunidad. En el accionar interdisciplinario, es necesario aclarar los objetivos comunes y definir los roles de los integrantes del equipo.

● Tener: *Visión compartida con los adolescentes*. La participación del adolescente contribuiría a una mayor cobertura y a una atención más acorde con deseo de los jóvenes. Una estrategia comunitaria útil podría ser la organización de actividades «ferias» sobre temas y aspectos que los mismos adolescentes consideren importantes, compartidas con profesionales como invitados. El adolescente podría, además, participar en el diseño de acciones del servicio y contribuir al gerenciamiento. Esto facilitaría la interacción del adolescente y del profesional, y la revalorización de ambos en la propia comunidad.

● Ser: *Accesible y gratuito*, de fácil llegada, cercano a lugares donde se hallan los adolescentes, como por ejemplo, escuelas, centros religiosos, recreativos, etcétera. Y con horarios accesibles.

● Ser: Un *lugar agradable*, confortable desde la perspectiva juvenil.

● Tener: Una *recepción amigable* por parte de personal capacitado, y que pueda contener al joven y captarlo o reorientarlo de no ser posible la atención inmediata.

● Ofrecer: *Referencia y contrarreferencia* fluida entre los centros y organizaciones del primer nivel y con el segundo nivel. Disponibilidad de turnos accesibles en los diferentes lugares.

● Ofrecer: *Guardia sensibilizada* en los diferentes niveles. Es tarea de los equipos diferenciados del segundo nivel concientizar y comprometer a los profesionales de guardia y especialidades del resto del hospital, a fin de evitar la expulsión del adolescente.

● Tener: *Sensibilización de la comunidad* para una promoción integral de la salud, prevención oportuna de problemas o enfermedades, y atención. Es conveniente divulgar los problemas frecuentes y las iniciativas por desarrollar para resolverlos colectivamente.

● Ofrecer: *Divulgación de la oferta*, aclarar cuáles son las necesidades posibles de satisfacer y sus límites.

● *Trabajar con otros sectores* como escuelas, clubes, instituciones religiosas, centros artísticos, otros centros comunitarios, ONG, etcétera.

● Estar *Adaptado a la cultura* a fin de que el adolescente, la comunidad, los mismos profesionales puedan reconocer y apropiarse de ese lugar.

Necesidades para satisfacer en el primer nivel.

Todo centro del primer nivel debería contemplar:

- Satisfacer la demanda del adolescente y de su familia
- Atender los problemas y enfermedades frecuentes.
- Realizar promoción de la salud y prevención de problemas y enfermedades.
- Derivación adecuada de ser necesaria y trabajar en red.

¿Qué rol cumplirían las organizaciones comunitarias en interacción con el sector salud, en apoyo a la promoción de la salud y a la prevención de problemas y enfermedades?

El papel de la comunidad en la promoción y en la prevención

La promoción de la salud y la prevención, así como el trabajo en red, es responsabilidad de toda la comunidad. Personal de escuelas, centros religiosos y recreativos, centros barriales, comedores comunitarios, organizaciones que defienden los derechos de los ciudadanos, del arte y del deporte, de la justicia y la policía, gobernantes y políticos, y sobre todo, los padres, son actores esenciales en el cuidado de la salud y el bienestar del adolescente. Por lo cual, se requieren estrategias participativas con diferentes sectores de la comunidad para una adecuada promoción de la salud y prevención de enfermedades, problemas y malestares.

¿Qué aspectos de la salud o enfermedades de los adolescentes son difíciles de atender y por qué? ¿Qué estrategias implementaría para mejorar su abordaje?

Enfermedades o problemas de difícil abordaje en la adolescencia

- Adicciones.
- Sexualidad sin protección adecuada y embarazo adolescente.
- Violencia familiar.
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Enfermedades que requieren internación y enfermedades crónicas, muchas de ellas con graves implicancias psicosociales, que requieren atención en centros de día.

Estrategias para mejorar el abordaje integral de la salud del adolescente

Hay abordajes que requieren de múltiples actores, de un accionar interdisciplinario e intersectorial y de la participación de la familia y la comunidad.

Asignaturas pendientes en nuestro país son la concientización de la necesidad de educación sexual y de programas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), de embarazo, de adicciones, de violencia.

Espacios de reflexión intergeneracionales y orientación adecuada a padres y adolescentes a fin de promover el diálogo y sostener los vínculos. Son denominadores comunes de múltiples problemas el escaso diálogo en el hogar y los trastornos en los vínculos familiares. Los adolescentes necesitan sostén y límites dentro del hogar, y poder dialogar con adultos significativos. Los padres también requieren sostén y sentido de pertenencia y de utilidad en la comunidad para ayudar a los hijos a crecer. Por lo cual, todo lugar que brinde atención integral deberá reconocer la influencia de la familia y del entorno en la problemática adolescente, y comprender las circunstancias familiares, sociales y culturales en las que viven.

Tiempo de consulta: Un comentario frecuente de los profesionales de la salud es: «Es difícil ser cálidos o amigables cuando se exige que la atención se cumpla en diez minutos». En ese caso, la alternativa puede ser una atención inadecuada o la extensión horaria más allá de lo estipulado. Por lo cual, el profesional, que de por sí está mal pagado, por atender mejor, todavía recibe menos.

Un diseño adecuado de la sala de espera podría facilitar el accionar educativo y brindar información sobre los recursos en la comunidad.

¿Qué desean y qué esperan los adolescentes que concurren a un centro de atención primaria, además de la resolución del problema o enfermedad que motivó la consulta? ¿Qué cosas de todas ellas considerarían prioritarias?

Lo que desean y esperan los adolescentes que concurren a un centro de atención integral, además de la resolución del problema o enfermedad que motivó la consulta, es:

- *Confidencialidad* en la consulta.
- *Escucha y tiempo.* Necesitan encontrar un profesional que les brinde atención empática y tiempo, que no esté apurado. Es importante, además, calidez en la recepción, por parte de la secretaria o la recepcionista.

- *Servicio integral e integrado.* Atención en el mismo lugar de todos sus problemas.
- *Accesibilidad* en cuanto a su ubicación geográfica fuera y dentro de la institución.
- *Respeto por los horarios y horarios accesibles.*
- *Lugar adecuado al grupo etáreo.* Una sala de espera confortable, con televisión o música, material educativo, actividades recreativas, ayudan a mejorar la situación y favorecen la tarea de promoción y prevención.
- *Privacidad* en el espacio físico.
- *Opción de elegir el sexo del profesional* que los atienda.
- *No ser expulsado* compulsivamente como, por ejemplo, porque ya superó la edad de atención estipulada por el profesional o por el centro.
- *Aspectos difíciles a resolver.* Los adolescentes desearían, sin duda, atención a demanda e inmediata, sin una larga espera. La realidad es que es difícil abarcar atención programada, atención en programas especiales y atención a demanda. También, es cierto que el cupo de atención es limitado, que los servicios están sobrecargados y que la espera puede llegar a ser larga.

El sistema de turnos programados por computadora, escasez de servicios, inadecuado trabajo en red, no es amigable.

*¿Profesionales de qué disciplinas deberían integrar los centros de atención primaria?
¿Quiénes podrían colaborar en esta tarea además de los profesionales?*

Características del equipo en los centros de atención integral

Se requiere personal de admisión, equipos interdisciplinarios, participación de la comunidad.

El equipo de atención debería tener un accionar interdisciplinario y estar integrado por un médico, ginecólogo, psicólogo, asistente social, enfermera, personal de admisión, todos ellos entrenados e interesados en atender adolescentes. Es fundamental trabajar con un comunicador social para la divulgación y la entrega de información.

Las Sociedades Científicas pueden colaborar en la voluntad de los prestadores de continuar con las líneas de acción.

*¿Qué tipo de capacitación deberían tener los miembros del equipo, profesionales o no?
¿Y qué características y habilidades personales?*

Capacitación del equipo y habilidades personales

Capacitación en atención de adolescentes, estabilidad laboral, reconocimiento como profesional de la salud.

Calidez, compromiso y actitud de servicio.

La capacitación debe incluir formación de posgrado; formación en consejería, formación en promoción de la salud con capacidad de accionar en la comunidad (creatividad y adquisición de contenidos para transmitir a docentes y familias), adquisición de habilidades para trabajar en interdisciplina e intersectorialmente y para participar en talleres con la comunidad. El conocimiento de la cultura juvenil y de las nuevas formas de relacionarse intergeneracionalmente facilita el accionar.

¿Cómo evaluaría la calidad de los integrantes del equipo?

Evaluación de los integrantes del equipo

«Los adolescentes tienen muchas ideas acerca de cómo debería ser un servicio amigo; en general, ellos tienen en cuenta el genio o carácter de los servicios más que sus cualidades técnicas», OMS.

Además de la capacitación adecuada para el abordaje integral de las necesidades del adolescente, es indispensable evaluar el interés y el compromiso.

La calidad se evaluaría a través del aumento de la demanda, satisfacción del adolescente y de la comunidad, del cumplimiento de las normas. Se requieren instrumentos adecuados de evaluación.

¿Qué impide a un adolescente acercarse a un centro de salud? ¿Qué posibles soluciones existen para vencer las barreras que impiden el acceso al sector salud?

Barreras que hacen difícil que el adolescente acuda a un centro de salud

- *Factores económicos*, como falta de dinero para transporte, medicamentos, etcétera. Dificultad con la cobertura social, mutuales, obras sociales, sistemas de medicina prepaga, etcétera.
- *Desconocimiento* de la existencia del centro o de la oferta que brinda el centro. Horarios inadecuados.
- *Sentimientos propios del adolescente*: Desinformación en cuanto al conocimiento del estado de salud o enfermedad, omnipotencia, miedo a estar enfermo, temor a ser visto por alguien conocido, falta de confianza en el sector salud, etcétera.
- *Factores propios de los profesionales y del lugar de trabajo*. Preocupaciones o circunstancias que impiden a los profesionales ofrecer una atención cálida, es decir «ser» y «hacer» acciones amigables.

Propuestas para mejorar la atención en el centro de salud

- *Definir la oferta*. ¿Qué se va a ofrecer?
- *Informar y difundir servicios y equipo*. «Vender» a la comunidad la atención integral del adolescente.
- *Señalar la importancia del cuidado del cuerpo y del desarrollo del proceso adolescente, del bienestar emocional y social, de la comunicación interpersonal, de la sexualidad y de la inserción social* y comunicar lo que el servicio realmente ofrece dentro de la misma institución en estos aspectos.
- *Ofrecer turnos flexibles*. Es importante tener en cuenta la escuela de los chicos y el trabajo de los padres. Horarios vespertinos, atención los días sábados, especialmente para la franja etárea de 10 a 14 años que suele venir con los padres, son soluciones a contemplar.
- *Incluir el arte en la divulgación y en la prevención*. Colaboración de los artistas y otros líderes juveniles en la promoción de la salud y en su prevención.
- *Revalorizar la figura del profesional y del sector salud*. Para la curación, es indispensable el vínculo profesional-paciente. Ya no es incondicional la confianza en el profesional de la salud. Es necesaria una cuidadosa capacitación para recuperar el vínculo de confianza. Es importante modificar la actitud del profesional ante el adolescente y la comunidad y la imagen que tiene el adolescente del profesional.
- *Incluir en la discusión a los adolescentes*.

¿Qué propone para mejorar la cobertura de atención y su calidad?

Propuestas sanitarias para mejorar la cobertura de atención y su calidad.

Es necesario que el centro sea adecuado y que los profesionales sean capaces, pero para mejorar cobertura y calidad, es esencial el reconocimiento por parte de la comunidad y por el nivel gubernamental. Para ello es necesario:

- *Políticas sanitarias de salud* que favorezcan la atención primaria del adolescente.
- *Difundir la necesidad de atención en salud*, del control periódico. Instruir, educar a la gente sobre la necesidad del cuidado del cuerpo, de la salud mental y del bienestar social.
- *Contemplar la inserción social del joven* a fin de que los problemas no se repitan, no se magnifiquen y no se reproduzcan generacionalmente, especialmente en los servicios públicos a los cuales acuden los grupos más desprotegidos.

- *Facilitar el trabajo en red* con servicios o centros que ayuden al adolescente en diferentes aspectos. Identificar y vincular servicios, sectores, actores de la comunidad, y, dentro del sector salud, el primer nivel entre sí y con el segundo y el tercer nivel.
- *Ampliar la red de cobertura* de la comunidad a través de la difusión en escuelas, medios de comunicación, jornadas de divulgación en la comunidad, jornadas de promoción y prevención.
- *Concientizar a los propios colegas* de la existencia de la atención al adolescente en el centro de salud.
- *Hacer partícipe al adolescente.*
- *Evaluar periódicamente la calidad de la atención.*

¿Cómo evaluaría los resultados?

Evaluación de un servicio

La evaluación de los servicios es más factible si, desde el diseño de las acciones, se piensa en la evaluación. Es más confiable lo que se va a evaluar, y su coherencia en el seguimiento y en el replanteo.

Se pueden implementar diferentes métodos que incluyan a los adolescentes. Encuestas de satisfacción del usuario, oportunidades perdidas, etcétera.

Evaluar periódicamente la asistencia a los consultorios y las demandas de los adolescentes y de sus familias.

Auditoría de historias clínicas y de aspectos organizativos y administrativos, docencia e investigación.

La historia clínica y el registro de las estadísticas son claves. Pero, además, para confeccionar la evaluación, se requieren otros instrumentos adecuados.

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que tienen los servicios para el adolescente?

Fortalezas en los Servicios existentes de Salud Integral del Adolescente

- Recursos humanos calificados y de accionar interdisciplinario.
- Atención diferenciada en lugar y horario específico.
- Algunos, en espacios abiertos y agradables desde la perspectiva juvenil.
- Capacitación en servicio de los equipos interdisciplinarios.
- Apoyo desde el Comité de Estudio Permanente para el Adolescente (Sociedad Argentina de Pediatría) de profesionales que tienen fortaleza académica y son accesibles, y de expertos nucleados en comités.

Debilidades que afectan los servicios existentes

- En general, los programas no se sostienen a lo largo del tiempo por falta de continuidad en las políticas.
- Ausencia de programas de información masiva, continua y comunitaria para mantener el estado de salud y prevenir problemas y enfermedades, acciones de promoción y prevención.
- Ausencia de comunicadores sociales y actores comunitarios en las acciones interdisciplinarias.
- Insuficiente recurso humano calificado e interdisciplinario y de Programas de Atención Integral del Adolescente en lugares y momentos claves.
- Espacios inadecuados en algunos servicios.
- Falta de acreditación de los profesionales capacitados.
- Es necesario avanzar en consejería u orientación.

¿Cómo defendería (advocacy) los servicios de adolescentes ante el nivel gubernamental?

Advocacy de los servicios de adolescentes ante el nivel gubernamental

Sería ideal modificar la voluntad política. Tratar de evitar las «manifestaciones cíclicas» de los sucesivos gobiernos. Consolidar programas que se mantengan en el tiempo, de ser posible con voluntad política nacional. Propiciar legislaciones que permitan el sistema de atención permanente.

Como es poco probable que la temática juvenil avance desde las estructuras del poder, es necesario que los profesionales que están interesados en satisfacer las necesidades de los adolescentes mantengan su interés. Tradicionalmente, es el sector salud el que ha liderado y propuesto el desarrollo de políticas y programas para jóvenes. Pueden colaborar las mismas Sociedades que congregan el interés y la voluntad de los prestadores para continuar con líneas de acción en prevención y promoción de la salud.

Las estrategias pueden incluir movilización a través de talleres regionales, con recurso humano calificado e interdisciplinario, observando áreas académicas y programas nacionales.

Reorientar el abordaje para que los servicios satisfagan las necesidades de los adolescentes.

Trabajar en prevención en escuelas, en la calle.

Dado el *recorte presupuestario* del sector salud, es necesario desarrollar estrategias para que la atención de adolescentes esté contemplada por los gobiernos, por las agencias internacionales y que el tema se incluya en sus agendas. Por lo cual, sería importante lograr un apoyo firme a los servicios por parte de usuarios, profesionales y directivos.

El adolescente, ¿necesita o no atención?

«El adolescente necesita sentir atención, sentir que es un ciudadano, una persona con derechos, un ser que puede aportar, con capacidad de decisión» (Lic. Dina Krauskopf).

Resumen

La atención de adolescentes requiere una visión ampliada que contemple el pleno crecimiento físico y su desarrollo emocional y social. Ellos necesitan alimentación adecuada, actividad física y recreación acorde, acceso a los servicios de educación y de salud, oportunidades para desarrollar habilidades para la vida, esto es, toma de decisiones, comunicación y resolución de conflictos. Existe una gran cantidad de circunstancias que presionan e impulsan a los y las jóvenes hacia situaciones y actividades no deseables. Entre ellas, se hallan la inestabilidad económica, el aumento del desempleo, la carencia de vivienda, la disconformidad social, la pobreza. Al dañarse la base social tradicional, y al disminuir los sistemas de apoyo por parte de la familia y la comunidad, aparecen factores que no favorecen el desarrollo de los y las adolescentes. Sus comportamientos pueden incluir riesgos que representan un peligro para su salud y bienestar tanto en el presente como en el futuro.

Para mejorar aspectos relacionados con la accesibilidad al sector «salud», es necesario mejorar la manera en que se recibe a los y las adolescentes en los centros asistenciales, ya que, a veces, se obstaculiza el ingreso adecuado, se plantean trabas a la relación profesional-paciente y se dificulta la atención integral en forma voluntaria o involuntaria.

En ocasiones, los y las adolescentes no tienen acceso al sector salud; otras veces, sus necesidades no son cubiertas por los servicios ofertados. Diferencias culturales, sociales, políticas, religiosas, de edad o de género entre prestador y adolescente pueden ser factores obstaculizadores. Hay veces que cuentan con el acceso, pero no concurren por falta de información, por no darle importancia al problema o no saber cómo cuidarse, por temor, vergüenza, por carencias económicas y por falta de confianza.

La interrelación entre servicio y comunidad facilita la atención integral de los y las jóvenes y permite acciones de promoción y prevención.

Trabajando desde el Centro de Salud como desde la Comunidad en forma interdisciplinaria,

ejercitando la intersectorialidad y la participación multiactoral, es que se puede promover el desarrollo físico, cognitivo, emocional y espiritual en su máxima potencialidad.

El respeto a las diferencias de género y a la confidencialidad, a la individualidad, a los derechos de los y las adolescentes, y el conocimiento clínico epidemiológico e interdisciplinario adecuado, son características con las que deberían contar los profesionales de los servicios que atienden la salud de este grupo etéreo.

Sobre la base de lo expresado, es necesario promover servicios para los/las adolescentes que den cumplimiento a los derechos consagrados en la Convención Internacional de los Derechos de niños, niñas y adolescentes.

A continuación del encuentro en Ginebra, en 2001, se plantearon las siguientes características que debería tener un servicio «amigo» de los/las adolescentes y de calidad:

Las acciones en salud en la adolescencia son más eficaces cuando son ejercidas por un equipo interdisciplinario, con la colaboración de la familia y de otros sectores de la comunidad.

La mayor calidad de la atención exige que los profesionales o agentes de salud se acerquen empáticamente a los jóvenes. El escuchar y el revisar en el caso del médico, en un ambiente cálido y cordial, contribuyen al desarrollo del vínculo profesional/adolescente, y a comprender el sentido real y el significado de la demanda.

Tomar en cuenta las actividades individuales y, fundamentalmente, grupales de los adolescentes es una de las estrategias para que, a través de sus demandas como grupo, se organice una oferta integral. Una oferta que responda precisamente a la realidad compleja de esta edad. La participación de los padres y de toda la comunidad es necesaria para que la salud llegue a todos.

La responsabilidad de los adolescentes de participar en el diseño y puesta en acción de un programa de salud afirma su reconocimiento de ciudadano. La ciudadanía, la pertenencia a un territorio con deberes y derechos, es una necesidad vital para el adolescente.

Los servicios de calidad para los jóvenes contemplan sus necesidades y demandas, así como sus expectativas y experiencias en aspectos de salud.

Según R. E. Flores, los servicios de calidad se caracterizan por reunir las siguientes cualidades:

- Están orientados hacia la comunidad.
- Están orientados hacia la familia.
- Están centrados en los adolescentes.
- Son accesibles.
- Están integrados: Ofrecen atención, prevención y promoción.
 - Brindan información y asesoramiento para el desarrollo de habilidades para la vida y para un proyecto de vida.
 - Promueven el autocuidado.
 - Realizan prevención y detección precoz de enfermedades y problemas.
 - Detectan y evalúan la exposición a los diferentes factores de riesgo.
 - Estimulan las fortalezas y/o factores protectores de los adolescentes, sus familias y la comunidad.
- Ofrecen intervenciones apropiadas, efectivas y basadas en evidencias.
- Están coordinados, trabajan en red con adecuada referencia y contrarreferencia.
- Ofrecen atención longitudinal, es decir, seguimiento evolutivo.

Bibliografía

CENEP (FNUAP), OPS-OMS. *Salud y Desarrollo de Adolescentes Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*. Diciembre 2000.

- FLORES, R. E. *Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. OPS (Borrador), 2004.
- OPS (Borrador). Unidad del Niño y el Adolescente. Salud de la Familia y de la Comunidad *Guía para la Evaluación de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes*. En: Salud del Adolescente en Latino América y el Caribe 2003. (Marco Conceptual basado en el Modelo de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes). [OPS/OMS 2002]. Julio 2003. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/evaluaservcalidjoven.pdf>.
- SERRANO, C. V. «Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 673-682.
- SIMINI, F., S. FRANCO, D. PASQUALINI y C. LAMMERS. *Sistema informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS/OMS, Publicación Científica CLAP N.º 1454, Montevideo, Uruguay, agosto 2000.
- TYLEE, A., D. M. HALLER, T. GRAHAM, R. CHURCHILL y L. A. SANCI. «Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?». *Lancet*, 2007, 369: 1565- 1573.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNICEF. *Risk and protective factors affecting adolescent health and development. Report of a technical consultation*. Geneva, 2000. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.20.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What about Boys? A literature review on the health and development of adolescent boys*. WHO/FCH/CAH/00.7. Geneva, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. «Adolescent Friendly Health Services: a presentation of consensus statements, the bases of these statements and their implication for research and action». *Global Consultation on Adolescent Friendly Services*. WHO, 7-9. Geneva, March 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. «A presentation of consensus statements, the basis of these statements, and their implications for research and action». *Global Consultation on Adolescent Friendly Services*. Department of Child and Adolescent Health and Development, WHO. Working draft, April 2001. WHO, 7-9. Geneva, March 2001.

Algunas definiciones sobre «Adolescencia y salud integral»

Adolescencia

Época de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Autoestima, autonomía, valores e identidad se van afirmando en este proceso.

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el período entre los 10 y 19 años. La juventud abarca entre los 15 y 24 años. La población juvenil, entre los 10 y 24 años.

OPS/OMS

Andrija Stampar, en 1946, definió **salud**: «El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo».

Salud integral del adolescente

Comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y con el desarrollo de su máxima potencialidad.

La salud del adolescente está relacionada con el desarrollo de etapas anteriores y las circunstancias presentes.

El abordaje integral del desarrollo y de la salud de los adolescentes requiere un equilibrio óptimo entre las acciones destinadas a estimular el crecimiento y desarrollo personal, y aquellas dirigidas a prevenir o a responder a determinados problemas.

OPS/OMS

Determinantes sociales de riesgo y resiliencia

Enfoque de riesgo

Estrategia que se utiliza para determinar:

- Necesidades de atención de grupos de población.
- Prioridades en salud.
- Acciones que promueven los efectos de factores protectores.
- Acciones anticipatorias para neutralizar o disminuir los riesgos.

Riesgo: son agentes o condiciones asociadas con aumento de probabilidad de daño que comprometen la salud, el proyecto de vida, la calidad de vida, la vida misma.

Factores de riesgo: características, hechos o situaciones propias del individuo o de su entorno, que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial o asociarse a un suceso indeseable.

Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo. Facilitan el desarrollo del adolescente y/o ayudan a aumentar la resistencia al riesgo.

Comportamiento de riesgo: alteración de conducta o actuación reiterada y/o agresiva y/o con cuestionamiento de los límites, que puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal.

Serrano

Oportunidad perdida

Toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y NO recibe las acciones integrales de salud que le corresponde de acuerdo con las normas vigentes, según su grupo etáreo, género y/o sus condiciones de riesgo.

OPS/OMS

Resiliencia

En los estudios iniciales sobre resiliencia, Michael Rutter refiere «todos los estudios de factores de riesgo han revelado una considerable variabilidad en la manera en que las personas responden a la adversidad psicosocial. Aún con experiencias horribles, suele encontrarse que una proporción considerable de individuos no sufre secuelas graves».

La resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello. (Rutter, 1985; Wolin & Wolin, 1993).

Cyrulnik rescata, en cuanto a la resiliencia, este mensaje de esperanza: «en psicología nos habían enseñado que las personas quedaban formadas a partir de los cinco años. Los niños mayores de esa edad que tenían problemas eran abandonados a su suerte, se los desahuciaba y, efectivamente, estaban perdidos. Ahora, las cosas han cambiado: sabemos que un niño maltratado puede sobrevivir sin traumas si no se lo culpabiliza y se le presta apoyo». Rescata tres planos principales del concepto resiliencia: Los recursos internos que incorporará el niño en su «temperamento» desde las primeras interacciones precoces preverbales, que explicaran la forma de reaccionar ante las agresiones de la existencia. El «significado» influido por la historia personal y el contexto familiar y social que le dará, con el tiempo, a ese primer golpe, herida o carencia. El «contexto social» que le permitirá regresar a los lugares donde se hallan los afectos, le brindará actividades y palabras que dispone, en ocasiones, alrededor del herido, le facilitará proseguir un desarrollo alterado por la herida. «Imagínese que un niño ha tenido un problema, que ha recibido un golpe, y cuando le cuenta el problema a sus padres, a éstos se les escapa un gesto de disgusto, un reproche. En ese momento han transformado su sufrimiento en un trauma».

Para estimular la resiliencia

Identificar/Diagnosticar:

- Factores de riesgo a los que está expuesto.
- Factores protectores con los que cuenta.
- Indicadores de resiliencia que muestra.
- Indicadores de resiliencia que deseamos estimular.

Bibliografía

- MELILLO, A. «Sobre Resiliencia. El pensamiento de Boris Cyrulnik». *Perspectivas Sistémicas. La nueva comunicación*. N.º 85, Marzo-Abril de 2005. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/melillo.htm>.
- MUNIST, M. M., E. N. SUÁREZ OJEDA, D. KRAUSKOPF y T. J. SILBER. *Adolescencia y resiliencia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- RUTTER, M. «La “Resiliencia”: Consideraciones Conceptuales». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 690-696.
- SERRANO, C. V. «Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 673-682.

Índice

●Capítulo 14

Entrevista con el adolescente

1. La entrevista y sus características
2. Bibliografía

●Capítulo 15

Historia clínica y Examen físico

1. Introducción
2. Análisis de la Historia del Adolescente propuesta por la OPS/OMS
3. La primera consulta
 - 3.1. Identificación del adolescente
 - 3.2. Consulta principal: Motivos de consulta y enfermedad o problema actual
 - 3.3. Antecedentes personales
 - 3.4. Antecedentes familiares
 - 3.5. Familia
 - 3.6. Vivienda
 - 3.7. Educación
 - 3.8. Trabajo
 - 3.9. Vida social
 - 3.10. Hábitos
 - 3.11. Aspectos Gineco-urológicos y referidos a la Sexualidad
 - 3.12. Situación psicoemocional
 - 3.13. Examen físico
 - 3.14. Impresión diagnóstica integral
 - 3.15. Indicaciones e interconsultas
4. Bibliografía

●Capítulo 16

Los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas

1. Introducción
2. Análisis de los diagnósticos frecuentes en la población adolescente del Hospital de Niños
Dr. Ricardo Gutiérrez

3. Análisis de las estrategias terapéuticas en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
4. Diagnósticos frecuentes de adolescentes que acuden a la guardia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
5. Otros estudios comparativos
6. Abordaje de los comportamientos de riesgo y su prevención
7. Conclusiones
8. Bibliografía

● **Capítulo 17**

El lugar de los padres en el tratamiento

1. El rol de los padres
2. Bibliografía

● **Capítulo 18**

Resiliencia en los adolescentes

Bibliografía

Capítulo 14

Entrevista con el adolescente

Dra. Diana Pasqualini

1. La entrevista y sus características

Para algunos adolescentes, la entrevista con un profesional de la salud puede ser un evento o acontecimiento trascendente en ese momento en sus vidas.

La mayor parte de la información sobre aspectos vitales y de la vida cotidiana son adquiridos por los adolescentes en el seno de la vida familiar, escolar, con pares y otros adultos significativos de la comunidad. Rara vez acuden al servicio de salud para control de su crecimiento y desarrollo o para pedir orientación sobre aspectos vinculados a su salud integral: alimentación, sexualidad, otros comportamientos relacionados con el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, problemas emocionales, vínculos familiares o con sus pares, orientación vocacional, etcétera. Cuando lo hacen, suele ser a raíz de un malestar o enfermedad física. Sus expectativas, en general, están relacionadas con la resolución rápida del problema.

El/la joven es el/la protagonista principal de la consulta, aún cuando sea solicitada por los padres. La familia también necesita orientación y sostén, pero respetando el derecho a la confidencialidad, pudor y privacidad del adolescente. Se acordará con él o la adolescente los momentos a solas con el profesional y los momentos compartidos con la familia o acompañantes.

Es conveniente que el secreto profesional y su alcance sean aclarados desde las primeras entrevistas. El secreto profesional implica respetar la privacidad de la consulta a solas con el adolescente y la confidencialidad. El secreto y la confidencialidad no siempre son sinónimos.

La confidencialidad, exigencia sine qua non del adolescente, tiene que ver con la percepción que tiene el joven del interés del profesional y con la confianza mutua.

Debe recordarse, que en caso de existir enfermedad grave y/o comportamiento de riesgo que implique posibilidad de daño para la salud, es obligatoria la información a algún adulto significativo que contribuya a sostener la terapéutica adecuada. Sin embargo, el consentimiento y la participación del adolescente en la toma de las decisiones son imprescindibles para que las recomendaciones e indicaciones sean aceptadas.

Se aconseja que el lenguaje sea cordial, sin tratar de semejarse al del adolescente, cuidando de no ser distante ni censorador. Las informaciones han de ser claras y precisas. Los mensajes, acordes con el desarrollo evolutivo del adolescente y con la cultura familiar.

El contacto inicial brinda al profesional esa «primera impresión» que fundará la relación profesional-adolescente. Para lo cual, deberá concentrarse durante el encuentro, dar la bienvenida amablemente usando una combinación de contacto visual, estrechando la mano, presentándose y aclarando su rol y función, y demostrando interés y respeto.

Uno de los principales objetivos al inicio de la consulta es identificar lo que al adolescente y a sus padres les preocupa. Los motivos de consulta manifestados por el adolescente pueden ser similares o diferentes a los referidos por los adultos acompañantes. Existe, pues, en ocasiones, una doble demanda. Y, habitualmente, los motivos de consulta son múltiples por ambas partes. Adquirir una visión integral del adolescente y de su familia, es decir, comprender los problemas y enfermedades que refieren, así como, también, la vivencia de cómo los perciben, experimentan y conviven con ellos, requiere tiempo de escucha e interés.

Algunas consultas son la expresión del deseo de la afirmación de la normalidad. Otras, son motivadas por desconocimiento de los cambios puberales físicos, emocionales y del comportamiento por parte del adolescente, la familia o algún otro miembro del entorno. Es necesario analizarlos cuidadosamente y darse tiempo para la respuesta y para una explicación detallada. De lo contrario, a veces, la demanda persiste debido a que tanto el adolescente como sus padres sienten incompreensión o desinterés por parte del profesional.

Se debe estar atento, no solamente al motivo verbalizado de consulta, sino también a la para-consulta, demanda no verbalizada que muchas veces surge al finalizar la primera entrevista o después de varias consultas.

Los datos de la enfermedad actual se completan con un interrogatorio minucioso, el examen físico completo –cuando está indicado–, análisis complementarios e interconsultas, cuando el caso lo requiera.

Dentro del interrogatorio, se recaban los antecedentes que permiten conocer comienzo y evolución de la enfermedad actual y sus características semiológicas: síntomas y signos percibidos por el paciente y/o miembros de su entorno. Pero, además se agregan, en ocasiones, alteraciones en la vida cotidiana, como dificultades en la continuidad de los estudios o en su calidad, y reacciones positivas o negativas de los miembros de las instituciones donde el adolescente concurre.

La semiología ampliada incluye, además, aspectos referidos a la vida actual del adolescente y a las características familiares y del entorno. Es muy útil confeccionar un día de vida junto con el joven y su acompañante, que permita determinar características personales (educación, trabajo, vida social y tiempo libre, hábitos, conducta sexual) y conductas de riesgo, y contribuir al diagnóstico final. A tal fin, puede servir como guía la historia de salud del adolescente.

La detección de los factores de riesgo y su conocimiento permitirá anticiparse a eventos indeseados. De esta manera, el/la joven, la familia y el profesional podrán acordar las medidas necesarias para prevenir una enfermedad o para disminuir su impacto o el de otros factores de riesgo (prevención primaria).

Cuando la enfermedad o daño esté presente, su detección y terapéutica precoz serán esenciales. Atender los diferentes comportamientos de riesgo, así como enfermedades infecciosas y endémicas, accidentes o lesiones de violencia, problemas odontológicos, consecuencias relacionadas con la actividad sexual –reproductiva, atención pre- y postnatal, infección por HIV, violencia sexual, abuso de sustancias, problemas relacionados con la salud mental, son acciones de prevención secundaria. Y, en caso de mediar secuelas, se implementará la rehabilitación adecuada, prevención terciaria.

El abordaje integral incluye:

- El control del crecimiento y desarrollo.
- Detectar factores de riesgo, entre ellos: depresión severa, riesgo de suicidio, abuso físico, sexual o emocional.
- Indicar las inmunizaciones acordes.
- Brindar información, educación y comunicación en relación con los cambios físicos, emocionales y sociales y cómo buscar ayuda.

- Orientar sobre salud sexual y reproductiva, sobre salud mental, nutrición, higiene y sobre el riesgo del consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Dialogar sobre la prevención de accidentes.
- Orientar sobre trastornos de aprendizaje.
- Promover un estilo de vida saludable, el desarrollo de las máximas potencialidades y reforzar los factores protectores.

Destaquemos un comentario del Dr. Jorge Blidner: «Luego de todo lo mencionado, existe el riesgo de transformar la entrevista clínica en una encuesta gigante, muy aburrida y perder la oportunidad de detectar datos valiosos. Por lo cual, se sugiere la “asociación libre dirigida” donde se sigue el hilo de lo que va refiriendo el adolescente y se van preguntando aspectos relevantes de lo que no surge espontáneamente y develando secretos si es necesario».

No siempre es oportuno revisar al adolescente en la primera consulta con el centro de salud. Hay veces, que la demanda requiere un abordaje inicial de escucha y de diálogo. La comprensión de la problemática adolescente que se relaciona con aspectos psicosociales, vinculares con la familia y/o su entorno y con los comportamientos exige un tiempo de diagnóstico y orientación o consejería que, a veces, es prioritario con respecto a la evaluación del crecimiento y desarrollo físico. El accionar del equipo requiere, pues, de un tiempo para decidir cuál de sus miembros ha de tener la primera entrevista con el adolescente. En el momento de la admisión es necesario contemplar si la puerta de entrada ha de ser la del consultorio médico, ginecológico, de salud mental, del trabajador social o de otro miembro del equipo o especialidad.

El examen físico permite confirmar la normalidad o hallar signos propios de la enfermedad de consulta u otros no relacionados, que constituyen hallazgos al examen físico. Ejemplos claros de estos últimos son la agudeza visual disminuida, el estrabismo, la escoliosis, el soplo cardíaco, la tensión arterial elevada. Otros, muy visibles como el acné y la obesidad, no siempre motivan una demanda.

Los análisis de laboratorio solicitados con mayor frecuencia son el hemograma, glucemia, colesteroemia y orina completa. La anemia ferropénica y la hipercolesterolemia son los hallazgos más frecuentes. Las radiografías más requeridas son las de edad ósea (frente de mano y muñeca izquierda, centrada en la cabeza de tercer metacarpiano con foco a 75 cm de distancia) para completar la evaluación del crecimiento y desarrollo puberal, y la de columna dorsolumbar (frente y perfil, parado, descalzo) cuando se sospecha escoliosis. Otros estudios más complejos dependen del diagnóstico presuntivo.

En cuanto a las estrategias terapéuticas podemos dividir las entre aquellas tradicionales, dirigidas a mejorar un síntoma o enfermedad (medidas generales y prescripciones medicamentosas); orientaciones o consejería; psicoterapia; solicitud de estudios complementarios; interconsultas; acciones intersectoriales con escuela, juzgado, u otro sector de la comunidad.

La prescripción de medicamentos y otras indicaciones implica explicar claramente el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y la forma de superarla y/o sobrellevarla de la mejor manera posible. Y las expectativas puestas en el tratamiento, así como también sus efectos indeseables. Es necesario controlar el grado de comprensión y dar oportunidad para que el adolescente explique lo que entendió y sus temores, y negociar el plan por seguir.

Los espacios de orientación y reflexión constituyen la estrategia terapéutica más frecuente e importante en esta etapa de la vida. Para contribuir a que el/la adolescente mantenga hábitos saluda-

bles e intente cambiar los de riesgo, es necesario estimular la motivación, ayudar a la reflexión, sostener aquellas decisiones que contribuyen a un cambio positivo, respetando creencias, valores y tiempos de cada adolescente. En estos espacios es fundamental que la comunicación no verbal esté acorde con la verbal. El contacto visual, la forma de sentarse y de usar el espacio, los gestos, las expresiones del rostro, los tonos de voz, el uso adecuado del tiempo, deben estar dirigidos a expresar empatía, comprensión de las opiniones y puntos de vista del adolescente y la transmisión de ese entendimiento. Pero, además, es necesario discutir con sensibilidad y madurez temas conflictivos y vergonzantes, y comportamientos de riesgo, sin juzgar, ordenar ni violentar.

La escucha y orientación adecuadas pueden contribuir a que el adolescente no motivado cambie hábitos no saludables, empiece a tener algunas dudas sobre su conducta y pase, con el tiempo, a un grado de motivación superior donde decide intentar un cambio. Es importante, en ese momento, ayudarlo a tenerse confianza, a afianzar su autoestima y a estimular el autocuidado y el cuidado del otro. Mantener el cambio, una vez instalado, y consolidarlo requiere de ayuda continuada, alejada del concepto del todo o nada. Son aconsejables intervenciones breves, pertinentes y repetidas a lo largo de un período.

En estos espacios de reflexión, se intentará preservar vínculos afectivos, estimular la participación en actividades lúdicas y de aprendizaje, proveer conocimientos respetando las diferencias culturales y, de esta manera, favorecer el desarrollo del proyecto de vida del adolescente.

Las estrategias terapéuticas implicarán directamente al individuo, otras veces, incluirán a la familia, la escuela, el grupo deportivo, recreativo, cultural, religioso, etcétera. Para esta tarea, es importante el armado de una red asistencial e intersectorial.

La promoción de la salud y la prevención de problemas y enfermedades requieren un tiempo y un espacio adecuado; por lo cual, se recomienda que en las primeras etapas de la adolescencia se realicen, por lo menos, dos consultas anuales en estado de salud, y en los estadios finales de la adolescencia, no menos de una consulta al año. En caso de detectarse enfermedades o problemas, se harán los controles y seguimientos con la periodicidad que corresponda, teniendo en cuenta los principios mencionados.

2. Bibliografía

- ALVES DE LIMA, A. E. *Habilidades de comunicación*. PRONAP, 2002, 1: 11-28.
- CENEP (FNUAP) OPS-OMS. *Salud y Desarrollo de Adolescentes Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes. Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*. Diciembre 2000.
- CITRINOVITZ DE VIJNOVSKY, V. N y D. J. ALBAIZETA. *La comunicación: otra mirada*. PRONAP, 2002, 1: 29-36.
- FLORENZANO URZÚA, R. «Factores de Riesgo y la Juventud: El Rol de la Familia y Comunidad». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 683-689.
- JAMES-TRAORE, T, R. MAGNANI, N. MURRAY, J. SENDEROWITZ, I. SPEIZER y L. STEWART. «Estrategias de Intervención que dan Resultados para los Jóvenes». *Family Health Internacional, Programa YouthNet*. Estados Unidos, 2003.
- LIZARRAGA, S. y M. AYARRA. «Entrevista motivacional». *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 24. Supl. 2. Disponible en: <<http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>>.
- NEINSTEIN, L. S. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5.a edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- PASQUALINI D. y M. C. HIEBRA. «Atención del adolescente. Enfoque integral». *Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Vol. II. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 1996.

- PATEL, V., A. J. FLISHER, S. HETRICK y P. MCGORRY. «Mental health of young people: a global public-health challenge». *Lancet*, 2007, 369: 1302-1313.
- PATTON, G. C. «Pubertal transitions in health». *Lancet*, 2007, 369: 1130-1139.
- SERRANO, C. V. «Marco de Trabajo Conceptual para Comprender los Problemas de Adolescentes y Jóvenes». *J Adolesc Health Care*, 1993, 14: 673-682.
- SILBER, T. J., M. MUNIST, M. MADDALENO y E. N. SUÁREZ OJEDA. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. OPS, Washington: Serie Paltex, 1992.
- SIMINI, F., S. FRANCO, D. PASQUALINI y C. LAMMERS. *Sistema informático del Adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS/OMS: Publicación Científica CLAP N.º 1454, Montevideo, Uruguay, agosto 2000.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*, 2002, 221-233.

Capítulo 15

Historia clínica y examen físico

Dra. Diana Pasqualini

1. Introducción

Hagamos un breve resumen de abordaje integral:

¿Cuáles son los objetivos del abordaje integral del adolescente a través de las entrevistas con el equipo de salud?

Evaluar:

- El desarrollo psicoemocional, sexual y físico del adolescente y su capacidad de autocuidado.
- Vínculos escolares, con pares, y sus consecuencias en el estado de salud.
- Sostén familiar y social para su integración en la sociedad y el desarrollo de sus proyectos para el futuro.
- Ofrecer orientación sobre problemas de salud y tratamiento de las enfermedades del adolescente.
- Estimular la prevención en caso de existir factores de riesgo y la detección precoz de enfermedades y problemas.
- Brindar promoción de la salud, apuntalando las fortalezas y los factores protectores del adolescente, la familia y la comunidad, contribuyendo así a alcanzar el potencial de desarrollo del adolescente.

¿Podemos hacer todo esto en una única entrevista?

Evidentemente, para poder lograrlo necesitamos de varios actores, de varios espacios, de tiempo, de seguimiento y continuidad. Y el compromiso de padres, docentes y del resto de la comunidad, incluyendo a los adolescentes.

¿Por qué una historia clínica diferente?

El registro y el análisis de los datos obtenidos del adolescente, su familia, su entorno, por los diferentes integrantes del equipo interdisciplinario facilita arribar a los múltiples diagnósticos que surgen de las diferentes entrevistas y acordar estrategias oportunas, efectivas y, a veces, anticipatorias.

¿Cuáles son las condiciones imprescindibles para la correcta utilización de esta historia?

Es imprescindible entender que la historia es un sistema de registro y que ayuda a recordar aspectos referidos a la semiología ampliada. Contribuye, además, a un adecuado seguimiento. Sin embargo, no debería nunca alterar la entrevista y la relación profesional-adolescente-familia. Por lo cual, no es necesario llenar todos los ítems en la primera consulta, conviene priorizarlos de acuerdo con cada adolescente.

Se recomienda que las preguntas no sean cerradas, es decir, no utilizar la historia para hacer un interrogatorio dirigido, y mantener una comunicación fluida a través de preguntas abiertas. Las preguntas que permiten que el adolescente y su familia se expresen facilitan recoger más información y alcanzar una comprensión integral e integradora.

El objetivo del encuentro es entender la enfermedad o los problemas desde la perspectiva de la salud-enfermedad y desde la del adolescente y su familia; brindar contención adecuada a las emociones del adolescente y su familia; establecer estrategias terapéuticas de manera informada y participativa; mantener un entorno amigable con respeto a la confidencialidad, privacidad, pudor y oportunidad.

2. Análisis de la Historia del Adolescente propuesta por la OPS/OMS

VER en Anexo 1: Historia del adolescente CLAP-OPS/OMS

3. La primera consulta

La primera consulta con el adolescente suele ser prolongada, requiere habitualmente entre 30' y 45'.

En la adolescencia temprana, es habitual que el adolescente concorra acompañado por alguno de sus progenitores, o por algún otro miembro de la familia.

En la adolescencia media o tardía es frecuente que llegue en compañía de familiares, amigos, pareja o solo. En este último caso, es importante averiguar el porqué.

Las preguntas del profesional deben enmarcarse en una entrevista cordial y debe respetar el relato espontáneo del adolescente y sus tiempos.

3.1. Identificación del adolescente

El primer sector de la historia está destinado al registro de los datos personales del adolescente y al número de historia clínica. Permiten localizar al adolescente y/o su familia, de ser necesario y la historia en el archivo.

Allí, se consignan los datos referidos a nombre y apellido, domicilio, teléfono, fecha de nacimiento, entre otros, y el número correspondiente de historia clínica.

Esta primera parte, puede ser completada por la secretaria o por otro miembro del equipo que reciba al adolescente.

3.2. Consulta principal: Motivos de consulta y enfermedad o problema actual

Registrar fecha de consulta, edad, acompañante y estado civil. Indagar los motivos de consulta del adolescente y del acompañante. En ocasiones, el adolescente no manifiesta motivación para la consulta. A veces, surge que no quería venir o que, en realidad, se siente bien y no ve el motivo para hacerlo. Otras veces, si bien reconoce que tiene un malestar físico, emocional o vincular, no quiere hablar de ello y no tiene expectativas puestas en esa consulta. En otras oportunidades, cuando se queda a solas, puede expresar su verdadera demanda, que no quería revelar delante de sus padres.

Escuchar el inicio de la sintomatología, su asociación con otros disturbios corporales y psíquicos, la evolución de los mismos, las consultas efectuadas, los tratamientos realizados y su respuesta.

Investigar y registrar, también, los aspectos emocionales y sociales, individuales o familiares, que acaecieron en forma concomitante con el problema referido por el adolescente y/o su acompañante. En algunas oportunidades, estas situaciones son relatadas en forma espontánea; en otras, es

necesario investigarlas especialmente. A veces, se detectan como motivo de consulta latente y como la causa de mayor preocupación consciente o inconsciente.

A lo largo de la entrevista, concentrarse en la escucha atenta e interesada tanto del contenido del relato como en la relación que se juega entre el adolescente y su acompañante y entre adolescente-acompañante-profesional. Observar la comunicación verbal y no verbal.

3.3. Antecedentes personales

Los antecedentes personales se refieren a aquellos hechos importantes de la vida del adolescente que pueden tener influencia en su vida actual, y que pueden ser asociados con factores de riesgo.

Los aspectos a investigar están referidos a:

- Condiciones perinatales.
- Crecimiento y desarrollo.
- Vacunas.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades infectocontagiosas.
- Accidentes e intoxicaciones.
- Cirugías u hospitalizaciones.
- Uso de medicina o sustancias.
- Trastornos psicológicos.
- Maltrato.
- Judiciales.
- Otros.

Es importante, realizar preguntas abiertas, como, por ejemplo ¿Tuviste alguna enfermedad o problema serio cuando eras chico? ¿Qué enfermedades infecciosas, del tipo de la varicela, recuerdas haber tenido? ¿Qué vacunas recibiste? En cuanto a las preguntas referidas a la sexualidad y a los consumos, respetar el cuidado de la privacidad de los datos. Las situaciones de maltrato y los antecedentes judiciales no siempre son referidos por el adolescente. A veces son un hallazgo que surge después de varias entrevistas o una inferencia diagnóstica. Puede surgir la sospecha de maltrato por ciertos relatos, por la forma de vincularse, en la consulta, padres y adolescente, por hallazgos al examen físico.

Se entiende por maltrato cualquier acción perjudicial o agresión voluntaria física o emocional, incluyendo el abuso sexual; se deberá incluir en este ítem el abandono, entendiendo por tal, situaciones en las que alguno o ambos progenitores dejaron voluntariamente al joven sin protección, sin alimentos o abrigo, incluyendo el abandono afectivo.

3.4. Antecedentes familiares

Averiguar si los padres, abuelos, hermanos, tíos, primos o hijos han tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas:

- Diabetes.
- Obesidad.
- Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y colesterol elevado.
- Alergia.
- Infecciones, entre ellas, tuberculosis e infección por VIH.
- Consumo excesivo de alcohol o uso de drogas.
- Trastornos psicológicos.
- Violencia intrafamiliar.
- Hijo de madre adolescente.

- Antecedentes judiciales.
- Otros.

Al interrogar sobre enfermedades cardiovasculares familiares, incluir dislipidemias, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular e infartos anteriores a los 55 años, y otros antecedentes de muerte súbita.

3.5. Familia

Los datos correspondientes a este sector pueden ser investigados por interrogatorio al adolescente y/o a su acompañante.

¿Con quién vives, con quién compartes el cuarto y/o la cama? ¿Vives solo/a? ¿En dónde?

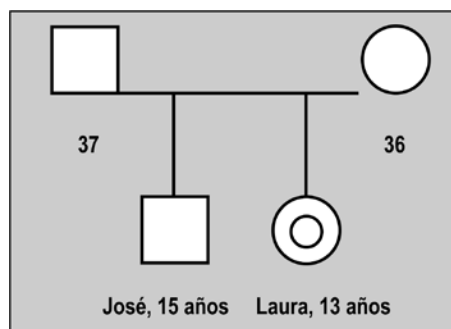
Al observar el sector familia, podrá notar que algunos casilleros son cuadrados y otros rectangulares. En los rectangulares, se registran números. Ejemplo: Si convive con nueve hermanos, cuatro están en el cuarto y cinco no lo están, se registrará en el rectángulo correspondiente a hermanos, «en el cuarto» 4, y «en la casa», 5.

Otros aspectos relevantes son:

Hasta qué grado o año del colegio, concurrieron el padre y la madre o aquellos que cumplen actualmente funciones paterna o materna.

Qué tipo de trabajo realizan los padres o aquellos que cumplen, al momento de la consulta, funciones paterna o materna y contribuyen al sostén del adolescente. Las respuestas posibles son que no tengan trabajo, que lo tengan, y sea estable o inestable. Se considerará «trabajo estable» cuando exista contrato de trabajo y/o cierta permanencia. «Trabajo no estable» hace referencia a trabajo no legalizado por contrato, cambios permanentes de ocupación u otras condiciones de inestabilidad.

Diagrama familiar



Se ha dibujado un diagrama familiar muy simple. Hay que tener en cuenta, que el diagrama debe extenderse hasta incluir todos los convivientes y si fuera beneficioso, ir más allá.

El diagrama familiar permite visualizar, fácilmente, la estructura de la familia, ya sea una familia nuclear, o cualquier otro grupo conviviente que fuera reconocido por el adolescente como su familia. En forma convencional se han elegido los siguientes signos: un cuadrado para representar a los varones y un círculo, para las mujeres, remarcando con línea doble el signo que corresponda al adolescente que consulta (en este caso mujer de 13 años). Si es una relación presente, los integrantes de la familia estarán unidos entre sí por una línea continua, utilizando una línea cortada si es una relación que ha terminado, como en el caso de divorcio o separación y línea de puntos para indicar noviazgo sin convivencia. Vecino a cada signo se podrá anotar en dígitos la edad en años de cada integrante familiar. Si la persona estuviera muerta, se sombreadrá el signo correspondiente.

En percepción familiar por el adolescente, registrar la respuesta a las preguntas ¿Cómo sientes que son, la mayor parte del tiempo, las relaciones dentro de tu familia? ¿Con quién dialogas habitual-

mente de tus problemas? ¿Cómo te llevas con tu mamá, tu papá, tus hermanos y demás convivientes?

Para que el profesional pueda evaluar el funcionamiento familiar, es importante analizar el grado de cohesión, esto es el vínculo emocional entre los miembros de la familia; la adaptabilidad o capacidad de la familia de cambiar sus reglas de funcionamiento, roles y problemas; la comunicación tanto afectiva como instrumental.

3.6. Vivienda

Los datos de la vivienda junto con los del los trabajos y la escolaridad de los padres pueden servir de indicadores de las condiciones socio-económicas de la familia.

Averiguar si en la vivienda hay servicios sanitarios y agua potable, luz eléctrica, lugar fresco donde conservar los alimentos, cuántas personas duermen en cada habitación. No deberían habitar más de dos personas por habitación (incluyendo cuartos, comedor y salón de estar), de lo contrario, existiría hacinamiento.

¿Hay un lugar en donde el adolescente puede estar a solas si lo necesita?

Hasta aquí, hemos averiguado el motivo de consulta del adolescente y su familia; antecedentes personales y familiares de riesgo y/o factores protectores; características de la familia y de la vivienda, que nos permiten detectar si hay riesgos importantes en los vínculos familiares, en el sostén afectivo, en aspectos psicosociales.

Los sectores: Educación, Trabajo, Vida social, Hábitos, Gineco-urológico, Sexualidad, Situación psicoemocional, permiten detectar patologías o problemas que, a veces, no son motivo de consulta. Contribuyen, además, a identificar factores protectores, que junto con los de riesgo, permitirán planificar las estrategias del tratamiento.

3.7. Educación

Muchos de los aspectos referidos a educación, así como los de trabajo, surgen espontáneamente si se solicita al adolescente que refiera cómo es un día de semana en su vida.

Las respuestas a las siguientes preguntas aclaran qué sucede con la escolaridad o con los estudios terciarios o universitarios. ¿Estudias? ¿En qué grado o año estás? ¿Cómo te va en la escuela? ¿Estudias algo más? Si está cursando estudios superiores ¿Qué estudias y cuántos años aprobados tienes?

Se investigarán las dificultades de adaptación al sistema escolar que empobrecen el rendimiento o que impiden mantener un nivel de instrucción similar al promedio de sus compañeros. Se incluirán las siguientes dificultades: problemas psicológicos o de conducta, trastornos de la atención, problemas económicos o laborales, problemas de comunicación o de relación con sus compañeros o docentes.

Si hubiera repetido años, tomar en cuenta el número de veces que repitió el mismo nivel o diferentes niveles y la causa o las materias que ofrecieron dificultades.

3.8. Trabajo

Se entiende por trabajo cualquier actividad remunerada o no, que mantenga al adolescente al momento de la consulta y que implique relación laboral.

Preguntar: ¿Trabajas? ¿En qué, desde cuándo, cómo es tu trabajo? ¿Por qué trabajas? Puede

haber diferentes razones para trabajar: «Económicas», deseo de mayor «autonomía», porque encuentra placer en el trabajo o puede existir otro motivo. Es importante detectar si el trabajo es legalizado o insalubre y qué tipo de trabajo es.

3.9. Vida social

En la vida social están incluidos aspectos relacionados con el vínculo con pares, amigos, pareja, grupo de pertenencia; actividades recreativas, como deportes, horas diarias de televisión; otras actividades a solas o en compañía de otros, fuera del horario escolar.

Datos, tales como, si se siente aceptado, ignorado, rechazado entre sus compañeros, así como, características de la actividad recreativa, de la grupal, cantidad de horas frente al televisor y/o la computadora, contribuyen a detectar cómo está su autoestima, su autonomía y el pasaje de la endogamia a la exogamia.

Los recursos personales y la presión del grupo de pares pueden aclararse a través de preguntas: ¿Qué hacen tus amigos y amigas para divertirse? ¿Sientes que tus amigos tratan de presionarte para hacer cosas que no quieres? ¿Cómo manejas esas situaciones?

3.10. Hábitos

El sueño se considera adecuado si duerme en forma continua, no tiene dificultades habituales para conciliarlo, no surge patología, y el adolescente refiere que se despierta descansado.

La alimentación será adecuada si come entre 4 y 6 veces por día, si es variada y si incluye las cantidades recomendables de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Investigar sobre aporte de hierro y calcio, particularmente, en adolescentes mujeres. Tener en cuenta cantidad, calidad, lugar y modalidad donde se desarrollan las comidas, así como el grado de satisfacción que expresa el adolescente.

Preguntas al adolescente:

¿Qué comiste en las últimas 24 horas, características de las comidas, entre comidas, golosinas? ¿Cuáles son las comidas que compartes con tu familia? ¿Con quién comes cada comida, dónde, a qué velocidad? ¿Comes por hambre, costumbre, ansiedad, aburrimiento, etcétera? ¿Qué piensas de tu alimentación? ¿Hay algún aspecto que te gustaría modificar?

Preguntas a los padres:

¿Está conforme con la manera de alimentarse de su hijo?

Consumo de alcohol, tabaco y drogas:

Interrogar a solas, en el momento oportuno, respecto al fumar, beber alcohol y utilizar drogas. Ante cualquier respuesta positiva, es conveniente conocer qué, desde cuándo, en qué circunstancias, en compañía de quién, cuánto y consecuencias. Y la reacción de la familia. Preguntar: ¿Alguien en la familia fuma, bebe alcohol, usa sustancias?

En caso que el adolescente *maneje algún vehículo*, averiguar si lo hace después de beber alcohol o de usar alguna sustancia. En caso que el que maneje haya bebido, preguntar si acepta ir con esa persona, si usa cinturón de seguridad. Si anda en moto: ¿Usas casco? ¿Respetas las normas de seguridad para conducir?

Al preguntar sobre estos aspectos, es importante evaluar si hay reconocimiento de los riesgos y/o deseo de modificar hábitos peligrosos y/o búsqueda de ayuda. Tener en cuenta las características y el entorno del adolescente, su estilo de vida y el de los familiares más cercanos, el nivel sociocultural, la visión del adolescente y la tolerancia social. En toda situación difícil, siempre hay algo para rescatar, para señalar, algo particular que merece reconocimiento. Dialogar con un lenguaje sencillo, hacer sugerencias, brindar información pertinente y corta. Reformular algunos temas e invitar a la reflexión ante situaciones de riesgo.

3.11. Aspectos Gineco-urológicos y referidos a la Sexualidad

El interrogatorio sobre estos aspectos debe hacerse con prudencia y respeto en el momento oportuno de la consulta. En ocasiones, no podrán ser evaluados totalmente en una consulta de primera vez, especialmente, en la adolescencia temprana.

Valorar si varones y mujeres tienen interés en dialogar algún tema relativo a la sexualidad.

Si es mujer, tratar de conocer aspectos de su menarca y preguntar ¿Cuándo fue tu primera menstruación? ¿Cuándo tu última menstruación? ¿Son tus ciclos menstruales regulares? Es decir, ¿el intervalo entre menstruaciones es más o menos similar, no menor de 21 días ni mayor de 35? ¿Tienes dolores menstruales? Cuéntame en qué momento te duele y qué usas para calmar las molestias. Averiguar sobre la presencia de flujo, su color; molestias, como picazón; dolor o ardor al orinar u olor desagradable.

Si es varón, preguntar si hay algo que le preocupa con respecto a sus genitales, si tiene alguna molestia o secreción.

Preguntar, en momento y circunstancias oportunas, si ha tenido relaciones sexuales. En caso afirmativo, permitir que cuente cómo fueron esas experiencias, si ha tenido más de una pareja, las características y sus edades; el cuidado que tuvo para relacionarse a fin de evitar embarazos e ITS, para que fueran agradables para ambos. Rescatar aspectos de descuido, como falla en el uso de la anticoncepción, en el cuidado de la prevención de ITS, aspectos displacenteros, violencias y arrepentimientos. Preguntar si alguna vez tuvo relaciones sexuales sin desearlas y bajo presión o si obligó a alguien a tenerlas.

Dialogar sobre las motivaciones para tener relaciones sexuales, la necesidad de hablar de este tema y cómo cuidarse con la pareja y asumir juntos las responsabilidades, diferenciar los deseos de uno y del otro miembro de la pareja, sus sentimientos y sus derechos.

Recordar que el preservativo, usado adecuadamente, es el único método que protege del Sida y de otras enfermedades de transmisión sexual. Preguntar si alguna vez tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual y cuál conoce.

Embarazos, abortos son temas para discutir con ambos sexos. Y averiguar si ha tenido hijos.

Si es mujer, preguntar, en caso que el profesional lo considere pertinente, ¿sospechas que puedes estar embarazada?, ¿por qué? ¿cuál fue tu última relación sexual? Relacionar la fecha dada con la fecha de última menstruación.

Si es mujer, ¿has tenido algún control ginecológico?

Si es varón, ¿has consultado por control de tus genitales?

De acuerdo con el relato del adolescente, contemplar los diferentes aspectos sobre los cuales orientar: crecimiento y desarrollo normal, menarca, higiene genital, promoción para una sexualidad con responsabilidad y cuidado, prevención de embarazo e ITS, diálogo sobre respeto a los deseos propios y los derechos, sobre el placer, etcétera.

Por último, incluimos la definición de abuso sexual: El abuso sexual se refiere a cualquier contacto sexual entre una persona que no ha completado su desarrollo madurativo, emocional y/o cognitivo y otra, que la obliga o coerce, moral o afectivamente, a una actividad sexual de cualquier tipo, con o sin penetración, incluyendo caricias. Incluye, también, la relación entre una persona, que habiendo completado su desarrollo, es obligada a participar en una actividad sexual no deseada.

3.12. Situación psicoemocional

Es importante que el profesional que atiende adolescentes evalúe el desarrollo emocional del adolescente según su propia percepción y la de su familia. Esta búsqueda de información comprende investigar:

Imagen Corporal

La imagen corporal es la imagen interna-mental del cuerpo de uno y la suma de actitudes emocionales hacia él. Es una especie de pintura representando el cuerpo en su totalidad, como también sus partes, incluyendo tamaño, forma, y relación espacial. El desarrollo social se ve dificultado si el aspecto corporal o su imagen motivan preocupación o impiden la relación con pares. Se puede investigar preguntando: ¿Qué opinas de tu apariencia física y de tu cuerpo? ¿Estás conforme con tu apariencia?

Autopercepción

La autoestima es un sentimiento por el cual se valoran la manera de ser, el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Según como se encuentre la autoestima, se evaluarán éxitos y fracasos. Una autoestima adecuada potenciará la capacidad para desarrollar las habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja puede favorecer el sentimiento de fracaso o futilidad. Se aconseja preguntar: ¿Estás conforme con tu manera de ser y actuar? ¿Deseas modificar algo de tu manera de ser? ¿Qué? ¿Puedes definirlo? Dime algún aspecto tuyo del cual te sientas orgulloso.

¿Cómo te definirías a ti mismo: alegre, triste, tímido, enojado, comunicativo, otro? Es importante indagar sobre ideas o intento de suicidio. ¿Has estado más triste que lo habitual en este último mes? ¿Por qué y qué piensas en esos momentos? También: ¿Qué sucede cuando te enojas mucho?

Referente adulto

El poder expresar los sentimientos y buscar la ayuda de un adulto que sostenga es un importante factor de protección: Por lo cual, averiguar si hay algún adulto con quien el adolescente puede hablar de sus problemas.

Proyectos de vida

La capacidad de proyectarse en el futuro y actuar en consecuencia es un signo de madurez y desarrollo. Se interrogará acerca de visión de futuro, planes, proyectos y su factibilidad. ¿Cómo te imaginas a ti mismo dentro de unos años? ¿Qué planes y proyectos tienes? ¿Qué tan claros y posibles son?

3.13. Examen físico

El examen físico es la prolongación de la entrevista y, por lo tanto, las condiciones generales de la anamnesis deben seguir estando presentes durante la exploración. Para los adolescentes es, por lo general, un momento difícil (a veces para el médico/a también) y no debe convertirse en un acto frío y rutinario. Puede ser una ocasión para aclarar dudas y tranquilizar sobre «el terreno», iniciar la conversación sobre temas íntimos o introducir la educación sanitaria mientras se examinan las diferentes partes de su cuerpo.

La presencia de familiares y/o personal auxiliar dependerá de la edad, sexo o circunstancias individuales de cada paciente, y hay que dar la oportunidad al adolescente de decidirlo previamente.

El orden o la amplitud con que se explore cada sistema deben ser modificados según las circunstancias. Esto es, especialmente, importante en el caso de una primera visita (de la que va a depender que haya o no otras), ya que es totalmente diferente cuando se trata de un paciente al que ya se conoce desde hace tiempo y ha sido revisado en otras ocasiones.

La impresión general ya se habrá obtenido parcialmente durante la entrevista y se adquirirá, definitivamente, al concluir la exploración. Interesa la vestimenta, higiene y sensación general de salud-enfermedad y facies.

El examen físico de *piel y faneras; cabeza; agudeza visual; agudeza auditiva; boca y dientes; cuello y tiroides; tórax y mamas; cardiopulmonar; abdomen; genitourinario; columna; extremidades; neurológico* se referirán en la historia clínica.

Peso/talla: Anotar el peso en kilogramos con un decimal, registrado preferentemente en balanza de pesas, con el paciente descalzo y vestido con la menor cantidad de ropa posible. Consignar la talla en centímetros con un decimal, medida con el adolescente descalzo, sobre superficie nivelada, apoyado sobre superficie lisa (pared o tallímetro) y con centímetro fijo. Evaluados ambos en la fecha de la atención. Estos datos deberán ser graficados en las curvas de peso y talla registrando los centiles correspondientes en los espacios asignados.

Centiles de peso para la edad y talla para la edad: Transcribir los centiles de peso para la edad y talla para la edad del adolescente al momento de la consulta, que se encuentren al graficar los valores hallados en las curvas de peso y talla.

Sugerimos consultar: Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo

Peso para edad, mujeres 0 a 19 años

Gráfico N.º 5. Niñas. Peso. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/5.pdf>

Talla para edad, mujeres 0 a 19 años

Gráfico N.º 6. Niñas. Estatura. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/6.pdf>

Peso para edad, varones 0 a 19 años

Gráfico N.º 18. Niños. Peso. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/18.pdf>

Talla para edad, varones 0 a 19 años

Gráfico N.º 19. Niños. Estatura. Nacimiento - 19 años.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/19.pdf>

Centil peso para la talla: Registrar el centil peso para la talla de acuerdo con las curvas aceptadas.

VER: Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Gráfico N.º 28. Niñas. Relación peso talla.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/28.pdf>

Gráfico N.º 29. Niños. Relación peso talla.

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/29.pdf>

Presión arterial/frecuencia cardíaca: Anotar la presión arterial máxima y mínima en milímetros de mercurio, y la frecuencia cardíaca en latidos por minuto.

VER: Gráficas para la Evaluación del Crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo

Centilos de tensión arterial (90° y 95°), según centilo de talla, mujeres

<http://www.sap.org.ar/staticfiles/percentilos/tam.htm>

Centilos de tensión arterial (90° y 95°), según centilo de talla, varones

<http://www.sap.org.ar/staticfiles/percentilos/tav.htm>

Fuente: *Update on the 1987 Task Force report on high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics*, 1996 Oct; 98(4 Pt 1):649-58.

VER: The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High

Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 2004 Aug; 114:555-76.
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content-nw/full/114/2/S2/555/T4>
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content-nw/full/114/2/S2/555/T3>
 Fuente: *National High Blood Pressure Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health*. 1999-2000.

Para la toma de la presión arterial, el adolescente debe estar sentado, con el brazo derecho descansando sobre la mesa, el ángulo del codo a nivel del corazón. Chequear el pulso para controlar si hay irregularidades. El manguito seleccionado, cuyo ancho debe cubrir el 75% de la longitud del brazo, debe estar desinflado y el manómetro marcar el punto cero. Envolver el brazo suave y firmemente, pero no muy ajustado; el borde inferior debe estar de 2,5 a 3 cm por encima del pliegue del codo. Palpar la arteria braquial; colocar allí la campana del estetoscopio, inflar el manguito hasta 150 mm de mercurio y luego desinflar lentamente. La aparición del primer ruido representa la presión sistólica. El punto donde el sonido desaparece es la presión diastólica. Si la primera toma es de 140/85 mm de mercurio o más, esperar un minuto y volver a tomar. El promedio de estas dos lecturas es considerado como la presión arterial de esa consulta.

Estadios de Tanner

En cuanto al desarrollo, es importante precisar el estadio según lo descrito por Tanner.

Registrar en números arábigos el estadio de Tanner, de mamas y vello pubiano, de ser mujer; y de vello pubiano y genitales, de ser varón; valorados en la fecha de la atención.

Recordar que el examen de mamas y genitales requiere privacidad y ser efectuado en el momento oportuno de las consultas.

Tanner dividió el proceso puberal en cinco estadios, según desarrollo de las mamas y aparición y aumento del vello pubiano en la mujer; y desarrollo de genitales y aparición y aumento del vello pubiano en el varón.

Grados de Desarrollo de Mamas en las mujeres:

- *Grado 1:* Prepuberal: Solamente hay elevación del pezón. No hay modificación con respecto a la infancia.
- *Grado 2:* La areola y el pezón se elevan en forma de un pequeño botón.
- *Grado 3:* La mama se agranda y eleva junto con la areola, sin separación de sus contornos.
- *Grado 4:* La areola y el pezón se proyectan por encima de la piel de la mama que siguió creciendo.
- *Grado 5:* Mama de aspecto adulto con proyección del pezón.

Grados de Desarrollo de Genitales en los varones:

- *Grado 1:* Prepuberal: Testículos, escroto y pene sin modificaciones con respecto a la infancia.
- *Grado 2:* Testículos y escroto se agrandan. La piel del escroto se congestiona y cambia de textura. El pene no ha crecido todavía.
- *Grado 3:* El pene crece en longitud. Los testículos y el escroto siguen desarrollándose.
- *Grado 4:* El pene aumenta de diámetro y se desarrolla el glande. Los testículos y el escroto siguen aumentando de tamaño y la piel del escroto se oscurece.
- *Grado 5:* Genitales adultos en tamaño y forma.

Grados de Desarrollo del Vello Pubiano en hombres y mujeres:

- *Grado 1:* No hay vello pubiano.
- *Grado 2:* Crecimiento de vellos largos, lacios, suaves, ligeramente pigmentados.

- *Grado 3:* El vello aumenta, es más oscuro, áspero y rizado. Se extiende en forma rala sobre el pubis.
- *Grado 4:* El vello es de tipo adulto pero la superficie cubierta es menor.
- *Grado 5:* Vello adulto en cantidad y calidad, con límite superior horizontal en la mujer; y extensión hasta la superficie medial de los muslos, en el hombre.
- *Grado 6:* Extensión del vello hasta la línea alba en el hombre.

VER: Guías para la Evaluación del Crecimiento. Sociedad Argentina de Pediatría, 2001. Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Evaluación de la maduración física y secuencia de los eventos puberales, varones y mujeres
Capítulo 5. Evaluación de la maduración Física.
<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/cap5.pdf>

Volumen testicular: Se utilizará el orquidómetro de Prader que permite comparar el volumen en centímetros cúbicos, con un modelo de madera u otro material.

3.14. Impresión diagnóstica integral

Se arribará al diagnóstico al finalizar la consulta. Se deben tener en cuenta todos los diagnósticos presuntivos más pertinentes. Recordar consignar no solo las enfermedades físicas, sino, también, los problemas más serios hallados en el área psíquica, social, sin olvidar los trastornos de aprendizaje y los comportamientos de riesgo.

Los diagnósticos pueden o no, estar relacionados con los motivos de consulta. Surgen del relato del adolescente, acompañantes y del examen físico. A veces, tienen que ver con una inferencia diagnóstica o sospecha diagnóstica que nace de la observación y escucha cuidadosa del profesional.

Es necesario evaluar, además, los factores y comportamientos de riesgos que aparecen como cuadrados amarillos, que significa alerta, en la historia del adolescente. Y lo consignado en observaciones, que se halla al final de cada sector, para escribir los datos relevantes correspondientes.

El diagnóstico principal es aquel por el cual es necesario medicar u orientar o realizar un plan de estudio coherente. Es decir, es aquel al que se le dedica más tiempo en esa consulta.

Los diagnósticos pueden estar relacionados con el área biológica, emocional, escolar, social y familiar-vincular.

3.15. Indicaciones e interconsultas

Las indicaciones deberán ser claras y por escrito. Se explicará el motivo de los análisis complementarios e interconsultas sugeridas, tanto al adolescente como a su familiar. Es importante la tarea de orientación sobre aspectos relacionados con la alimentación, la actividad física, el tiempo libre, la sexualidad, la escolaridad, la vocación, las relaciones familiares, vacunas, etcétera. Anotar las pautas señaladas y los estudios solicitados. (Ver «La entrevista y sus características»).

Consignar profesional responsable y día y mes de la próxima citación

Tanto los motivos de consulta como los diagnósticos pueden ser codificados según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) y/o de ser pertinente, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV).

4. Bibliografía

- ALVES DE LIMA, A. E. *Habilidades de comunicación*. PRONAP, 2002, 1: 11-28.
- CENEP (FNUAP) OPS-OMS. *Salud y Desarrollo de Adolescentes Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes. Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*. Diciembre 2000.
- CITRINOVITZ DE VIJNOVSKY, V. N y D. J. ALBAIZETA. *La comunicación: otra mirada*. PRONAP, 2002, 1: 29-36.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S. A., 1995.
- MC CRINDLE, B. W., E. M. URBINA, B. A. DENNISON, M. S. JACOBSON, J. STEINBERGER, A. P. ROCCHINI, L. L. HAYMAN y S. R. DANIELS. *Drug Therapy of High-Risk Lipid Abnormalities in Children and Adolescents*. American Heart Association, Inc. *Circulation*, 2007, 115:1948-1967. Disponible en: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/115/14/1948?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RES ULTFORMAT=&fulltext=drug+therapy+adolescents&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>.
- NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. «The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents». *Pediatrics*, Vol. 114, N.º 2. August 2004, pp. 555-576. Disponible en: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/2/S2/555>>.
- NEINSTEIN, L. S. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*, 5.a edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- PASQUALINI D. y M. C. HIEBRA. «Atención del adolescente. Enfoque integral». *Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Vol. II. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 1996.
- PASQUALINI, D., M. C. HIEBRA, A. GARBOCCI, C. JACOBZON, P. LOMBARDI y P. SALGADO. «Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1996, 94: 301-308.
- SILBER, T. J., M. MUNIST, M. MADDALENO y E. N. SUÁREZ OJEDA. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. OPS, Washington: Serie Paltex, 1992.
- SIMINI, F., S. FRANCO, D. PASQUALINI y C. LAMMERS. «Sistema informático del Adolescente. Con Historia de Salud Sexual y Reproductiva». *Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS/OMS: Publicación Científica CLAP N.º 1454*, Montevideo, Uruguay, agosto 2000.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la evaluación del crecimiento. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo*, 2.a edición, 2001. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/completo.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*, 2002, 221-233.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems» [en línea]. 10th Revision, Version for 2007. Disponible en: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>> y <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>.

Capítulo 16

Los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas

Dra. Diana Pasqualini

1. Introducción

En este espacio, se rescata la experiencia de los 28 años de existencia del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Por lo cual se describe el análisis de los diagnósticos y de los factores de riesgo hallados en diferentes momentos y el estudio comparativo con trabajos similares realizado en hospitales generales y en el ámbito privado de la Ciudad de Buenos Aires.

En general, los adolescentes que concurren por primera vez son admitidos al servicio a través de una breve entrevista en la cual se analizan los motivos de consulta manifiestos y latentes del adolescente y acompañante, y se decide si será atendido en esa primera oportunidad por un pediatra/clínico, por un profesional de salud mental, por la ginecóloga o por la asistente social. Se trata que todos tengan la oportunidad de una consulta clínica (teniendo en cuenta el concepto de oportunidad perdida). El profesional interviniente en la primera consulta acordará con los admisores del día, habitualmente, un profesional del área clínica y otro de salud mental, las estrategias por seguir. En el pase, al final de la actividad diaria, se discutirán los casos más complejos y se acordarán las estrategias interdisciplinarias. Si se acuerda el ingreso al área de Psicopatología, se realizan entrevistas diagnósticas a fin de evaluar frente a qué adolescente, familia, riesgos, posibilidades de atención, etcétera nos encontramos, es decir, se realiza el diagnóstico del adolescente y de su situación actual para determinar qué tipo de estrategia terapéutica es la más adecuada. Las diferentes posibilidades incluyen: Psicoterapia individual con tratamiento psicofarmacológico o sin él; psicoterapia grupal; psicoterapia familiar; tratamiento psicofarmacológico; psicoterapia individual y familiar con tratamiento psicofarmacológico o sin él.

En 1993, se implantó en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez una historia clínica con enfoque de riesgo.

La implementación de la historia clínica con enfoque de riesgo permitió analizar estadísticamente las características de la población asistida y las estrategias terapéuticas.

2. Análisis de los diagnósticos frecuentes en la población adolescente del Hospital de Niños Ricardo Dr. Gutiérrez

En 1994, se analizaron las *historias clínicas de adolescentes que concurrían por primera vez*. De este estudio surgió:

Adolescentes y acompañantes tienen demandas diferentes. Mientras los primeros priorizan los dolores y los síntomas respiratorios, los familiares son los que consultan por control de crecimiento y desarrollo, y los problemas emocionales y de aprendizaje.

El relato inicial de los adolescentes tiene que ver con malestares físicos. Son diagnósticos frecuentes: infecciones estacionales, muchas de ellas con síntomas respiratorios, y dolores, como cefalea, dolor abdominal, dolor torácico y dolor muscular asociado a contracturas. Entre las afecciones respiratorias, prevalece, además, la consulta por asma. Trastornos nutricionales como obesidad y trastornos de la conducta alimentaria son demandas habituales. También, ocupan un lugar importante las inquietudes por el aspecto corporal, por el desarrollo físico y, entre las mujeres, la consulta ginecológica. A lo largo de la entrevista aparece el impacto de lo emocional, de lo vincular con la familia y/o pares y de lo social.

Los adultos, frecuentemente, refieren su preocupación por el crecimiento y desarrollo de sus hijos, por sus conductas y por sus dificultades en el desarrollo emocional, cognitivo, emocional y/o social. En muchas oportunidades ellas son advertidas por los maestros o profesores en la escuela o por otros adultos de la familia o por amigos. En ocasiones la demanda surge a raíz de una intervención judicial.

Una conclusión importante de este trabajo fue:

Los diagnósticos, por lo general, son múltiples. Algunos tienen que ver con el motivo de consulta. Otros provienen de la escucha cuidadosa del relato del adolescente y/o sus acompañantes. Otros del examen físico.

En 1997, se analizaron *demandas, diagnósticos, problemas propios y del entorno de los adolescentes que concurrían frecuentemente durante el año y requerían más horas de atención de profesionales de diferentes disciplinas y se halló lo siguiente:*

En los adolescentes que concurrían frecuentemente se detectaron problemáticas que ya conocíamos, pero lo que llamó la atención fue la sumatoria de malestares y su intensidad. Una conclusión importante fue que la patología compleja está influenciada por el macrocontexto y la crisis de los valores tradicionales.

Se halló, así, los que padecían enfermedades crónicas, algunas de origen orgánico, otras mentales y otras sociales. A esto, se añadió el pedido, de juzgados y de hogares dependientes del Consejo del Menor y la Familia, de atención de adolescentes bajo tutela o protección del sector Justicia, demanda que ha ido creciendo exponencialmente.

Muchos de estos adolescentes provenían de hogares donde imperaba la violencia, la pobreza, la desocupación del jefe de familia, y de hogares uniparentales. De hecho, el *diagnóstico familiar más frecuente fue el trastorno grave de los vínculos familiares.*

Es frecuente que en los hospitales, desde lo social, se detecten problemas relacionados con la pobreza, la violencia familiar y social; enfermedades graves en los progenitores, asociadas con el alcoholismo, la utilización de drogas y las enfermedades mentales; los desarraigos por migraciones traumáticas; y la falta de contención familiar y comunitaria.

A través de la discusión de estos casos clínicos, se arribó a la hipótesis de que los adolescentes buscan en la institución hospital un «lugar de amparo» y es frecuente que los familiares depositen su confianza no solo en hallar solución a sus demandas relacionadas con el malestar biológico y psicológico, sino «también» a su problemática social. La expectativa pareciera ser de «rematernaje».

En el año 2002, se realizó un *análisis estadístico, por área, de las consultas adolescentes de primera vez y ulteriores, y se halló lo siguiente:*

Diagnósticos frecuentes en el área clínica:

Enfermedad respiratoria estacional.
TCA* y otros problemas nutricionales.
Control del crecimiento y desarrollo.
Síntomas y enfermedades ginecológicas.
Dolores.
Asma y rinitis alérgica.

*TCA = Trastornos de la conducta alimentaria.
 Fuente: Estadística 2002, Adolescencia HNRG.

Diagnósticos en el área psicológica:

Trastornos de la conducta alimentaria.
Problemas de conducta/comportamientos de riesgo.
Trastornos en los vínculos familiares.
Episodio psicótico.
Trastornos de ansiedad.
Intento de suicidio.
Abuso sexual.
Retraso madurativo con trastorno mental o de conducta.

Fuente: Estadística 2002, Adolescencia HNRG.

Diagnósticos en psicopedagogía:

Problemas de aprendizaje:

Específicos.
Con problemas de conducta.
Con retraso madurativo.

Fuente: Estadística 2002, Adolescencia HNRG.

Diagnósticos en el área social:

Intervenciones sociales y/o judiciales por:

Maltrato físico o emocional.
Abuso sexual.
Violencia o incontinencia familiar.
Incontinencia social (falta de alimentos en el hogar, falta de recursos para acudir a las citaciones programadas, falta de escolarización del adolescente, carencia de trabajo del jefe de hogar, falta de gestión de ayuda médica, de medicamentos, estudios solicitados o de interconsultas).
Trastornos de conducta graves del adolescente.
Adicciones.

Fuente: Estadística 2002, Adolescencia HNRG.

El diagnóstico integral abarca el individual biopsicosocial, el escolar y/o laboral, los comportamientos de riesgo, el vincular familiar y con pares, el socioeconómico.

3. Análisis de las estrategias terapéuticas en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Dentro del ámbito clínico, sobresalió la estrategia que denominamos «orientación». Ésta tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención. Los temas sobre los cuales se dialoga frecuentemente son los relacionados con el crecimiento y desarrollo normal, la alimentación, el sueño, la sexualidad, los vínculos familiares y con pares, la escolaridad y el desarrollo de un proyecto de futuro. Se rescató la importancia del diálogo sobre higiene corporal y dental y la prevención de comportamientos de riesgo sin olvidar accidentes y consumos.

El análisis de las estrategias terapéuticas más frecuentes que se implementaron en 1994 mostró, que a uno de cada cinco adolescentes se le aconsejó entrevista o atención psicológica. Solamente el 20% de los adolescentes requirió una medicación específica que fue la más frecuente, en ese entonces, la relacionada con los antibióticos.

En 2007, se realizó una investigación a fin de evaluar qué medicamentos se prescribían con mayor frecuencia en el servicio. Se detectó que aproximadamente la mitad de los adolescentes tenía indicado algún fármaco. Del total de la población, al 20% se le prescribieron psicofármacos. Los medicamentos recomendados luego, con mayor frecuencia, pertenecían al grupo de los AINES, le seguían aerosoles, antibióticos, tópicos y ACO.

¿Por qué los psicofármacos ocupan, actualmente, un lugar tan relevante?

La bibliografía consultada refiere que, en los últimos años, se ha observado que los desórdenes mentales ocupan un lugar muy significativo entre las enfermedades que aquejan a los jóvenes en todas las sociedades.

Una de las explicaciones posibles es que en el 75% de los casos, el diagnóstico de estas enfermedades suele realizarse antes de los 24 años. Otro hecho importante para tener en cuenta es que la deprivación socioeconómica (falta de educación, trabajo, pobreza, marginalidad, inaccesibilidad al sistema de salud) contribuye a generar mayor enfermedad mental. En estas circunstancias, se vulneran factores protectores claves para la promoción de la salud mental: la continencia familiar, las redes sociales de apoyo y los derechos de los jóvenes.

Además, los nuevos conocimientos en neuropsicofarmacología y la aparición de psicofármacos eficaces y con menos efectos colaterales han provocado un cambio en el abordaje de las personas con trastornos mentales.

Queremos señalar que la indicación de psicofármacos es una estrategia más del abordaje integral e interdisciplinario que se realiza y que se utiliza en el Servicio. Los abordajes de los adolescentes con problemas relacionados con su salud emocional varían y puede ofrecerse: orientación al adolescente y/o a su familia; terapias individuales, familiares, grupales; evaluación psiquiátrica y seguimiento, según el diagnóstico, los síntomas concomitantes y las comorbilidades. Además, se tienen en cuenta el contexto familiar, social y cultural.

La demanda al Servicio se ha incrementado, y creemos que esto está en relación con el hecho que los servicios más demandados en salud integral y salud mental suelen ser los que ofrecen un abordaje integral e interdisciplinario a múltiples patologías, aspecto contemplado en el nuestro.

4. Diagnósticos frecuentes de adolescentes que acuden a la guardia del Hospital de Niños

Dr. Ricardo Gutiérrez

En el trabajo realizado por De Felippo y col. en el año 2004, en el área clínica, consultaron por igual varones que mujeres. Predominaron enfermedades respiratorias, traumatismos, signos y síntomas mórbidos, enfermedades del aparato digestivo. Fueron más frecuentes las consultas de los varones en las áreas quirúrgica y traumatológica.

Ese mismo año, en el área de psicopatología, Rodríguez y col. refieren que prevalecieron las consultas de las mujeres. Se asociaron a somatizaciones, trastornos de la conducta alimentaria, crisis de angustia, intentos de suicidio. Entre los varones, se destacaron los trastornos de conducta y la excitación psicomotriz.

Accidentes y agresiones son motivos de consulta en las guardias hospitalarias.

5. Otros estudios comparativos

Del *estudio comparativo* con otros trabajos, surgió que en los hospitales generales, con respecto a los hospitales de niños, son más frecuentes las consultas referidas al debut sexual temprano y al ejercicio desprotegido de la sexualidad y sus consecuencias: las infecciones de transmisión sexual, incluida la del virus de la inmunodeficiencia humana, el embarazo y el aborto. No es de asombrar que así sea, ya que la edad promedio de estos jóvenes suele ser mayor que en los hospitales pediátricos.

Comparando las consultas del ámbito público con las del privado, sobresalen en los hospitales y centros de salud públicos los trastornos de aprendizaje y las consecuencias de un estilo de vida de riesgo, especialmente, las vinculadas con la violencia y «accidentes» y con una sexualidad desprotegida. En esas consultas, surgen las graves problemáticas sociales que aquejan a los adolescentes y a sus familias. Suelen estar relacionadas con necesidades básicas insatisfechas, carencias afectivas en el hogar, desocupación del jefe de familia, enfermedades mentales y/o físicas graves en uno de los progenitores, violencias e inseguridades.

A nivel mundial, se relatan experiencias parecidas a lo observado en los servicios de adolescencia de nuestro país.

6. Abordaje de los comportamientos de riesgo y su prevención

Los adolescentes padecen menos enfermedades que los niños y que los adultos. La mayor parte de sus problemas derivan del comportamiento y sus consecuencias y están influenciados por el contexto familiar y social. Por lo general, implican la participación en actividades potencialmente riesgosas para la salud en forma voluntaria, comprendiendo las consecuencias o no.

Hay veces, que estas conductas resultan del interjuego entre el proceso biopsicosocial adolescente y el entorno, es decir, tienen relación con el proceso adolescente y con el ensayo de roles. Algunas son exploratorias. Según Ryan e Irwin, la experimentación en la adolescencia conlleva riesgos que disminuyen si el joven puede evaluar las posibles consecuencias, no es reiterada ni de gran intensidad.

La autoestima y el poder de iniciativa pueden jugar un rol importante para disminuir o incrementar los riesgos. En ciertas circunstancias, como, por ejemplo, cuando el adolescente empieza a contemplar los riesgos de la conducta desarrollada y desea modificarla por propia iniciativa, es cuando, según Munist y Silber, se ponen en juego factores resilientes para superar situaciones adversas en su devenir cotidiano.

En otras ocasiones, las prácticas de riesgo se asocian entre sí y pueden incidir en el desarrollo físico, emocional, social, escolar y en el desarrollo del proyecto de futuro.

Hay quienes dicen «no» ante el riesgo, y quienes ya han dicho «sí».

El sostén adecuado, límites positivos, entornos que promueven reducir la frecuencia e intensidad de conductas riesgosas, disminuyen las consecuencias.

En la infancia, las conductas dependen del sostén y límites en el hogar y de los valores familiares.

En la adolescencia, se exploran conductas alternativas y «adultas»: fumar, beber, consumo de drogas, violencia, intimidación sexual...

Las conductas se perpetúan en la adultez.

Las conductas de riesgo de los varones se asocian, frecuentemente, a:

- Relaciones sexuales sin protección y con promiscuidad. Riesgo de embarazo e ITS, incluido infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV).
- Abuso de alcohol y de otras sustancias.
- Conducción de vehículos sin los cuidados correspondientes.
- Conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol.
- Peleas físicas.
- Llevar armas.
- Accidentes, homicidios, suicidios.

Las conductas de riesgo de las mujeres están más relacionadas con:

- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Problemas relacionados con la inactividad física.
- Relaciones sexuales sin protección. Riesgo de embarazo, ITS y HIV.
- Embarazo adolescente y aborto.
- Victimización sexual.
- Intentos de suicidio.

La causa más frecuente de mortalidad en la adolescencia tiene relación con causas externas: accidentes, homicidios y suicidios. La mortalidad por estas causas predomina entre los varones. Son tres veces más frecuentes en el grupo de 15 a 19 años que en el de 10 a 14 años.

Si bien las consultas por intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres, la mortalidad por suicidio prevalece entre los hombres.

Entre las mujeres adolescentes, sobresale, además, la mortalidad relacionada con el aborto, complicaciones del embarazo y del parto.

En la adolescencia, mueren 2 a 3 veces más varones que mujeres, y varía según el nivel de desarrollo del adolescente y el contexto.

Causas de mortalidad frecuentes según sexo

Varones	Mujeres
accidentes	accidentes
agresiones	suicidios
suicidios	maternidad
tumores	agresiones

Son múltiples los factores que pueden ejercer influencia en la aparición o repetición de los comportamientos de riesgo. En cada caso, es necesario conocer la dinámica familiar, sostén y límites; la capacidad de autocuidado del adolescente y su inserción social, escolar y entre pares. Y, además, el grado de motivación para hacer cambios positivos respetando, siempre, las decisiones del paciente sin penalizarlo por ello.

Hay circunstancias en que graves problemas familiares, como violencias conyugales, ausencia de alguno de los progenitores, inestabilidad laboral, consumo de drogas o alcohol, enfermedades mentales o prisión de algún miembro familiar significativo, influyen sobre la salud mental del adolescente y sobre la capacidad de conllevar los problemas.

La relación con pares puede incidir positiva o negativamente en el desarrollo. Los primeros contactos con alcohol, tabaco o drogas tienen lugar entre pares.

La violencia y el ausentismo escolar pueden ser promovidos, entre otras causas, por carencia de estímulo familiar, por conductas imitativas o por la necesidad de pertenecer al grupo.

El uso de armas, los accidentes, los homicidios y suicidios tienen relación con la falta de sostén y límites, la falta de noción de riesgo y el concepto de inmortalidad de algunos adolescentes, con la búsqueda de independencia e identidad, con la falla en el desarrollo espiritual, entre otros.

Las relaciones sexuales precoces se asocian a poca comunicación con la madre, trastornos en los vínculos familiares, abuso sexual, pubertad precoz en algunos medios socioculturales, deserción o fracaso escolar, así como sus consecuencias, embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Los comportamientos de los adolescentes no suelen ser motivo de consulta ni de adolescentes ni de sus padres, excepto, cuando se presentan consecuencias no deseadas e inquietantes. Los factores que pueden influir en este hecho pueden ser familiares o estar relacionados con la modalidad de la consulta y las habilidades del profesional.

Según Perrin y Stancin, hasta un 50% de los padres refiere estar preocupado por la conducta de sus hijos, a veces, por motivos justificados, otras veces, por desconocimiento de la «normalidad» y, otras, por expectativas no realistas. Los padres pueden no referir sus inquietudes porque consideran que el profesional no está interesado y/o entrenado para atender esta demanda o por temor, culpa, vergüenza o para evitar el estigma del rótulo.

El pediatra, según los mismos autores, identifica menos del 50% de los niños con importantes problemas psicológicos y, una minoría de ellos, los envía en consulta al profesional de salud mental. El tiempo insuficiente de la consulta, la falta de entrenamiento y de confianza para tomar decisiones apropiadas juegan un rol importante. El diálogo sobre los comportamientos exige preparación para calmar la angustia de los padres o del adolescente, corroborar la presunción diagnóstica a través de entrevistas familiares, valorar los informes provenientes de otras instituciones o adultos significativos, y evaluar la derivación oportuna a un tratamiento psicológico.

El abordaje de los comportamientos de riesgo es más fácil de realizar en un equipo interdisciplinario integrado al mismo lugar de atención, ya que permite un diálogo eficaz entre los integrantes del equipo; un fortalecimiento adecuado de los puntos fuertes del adolescente y la familia; conocer la evaluación diagnóstica integral y establecer planes de tratamiento y seguimiento más adecuados.

Entonces, para poder satisfacer demandas verbalizadas o inconcientes, el profesional tendrá que darse tiempo para comprender la dinámica familiar y evaluar la transferencia médico-paciente-familia. Es decir, ¿respetan, adolescente y familia, el lugar del profesional como destinatario de sus demandas? ¿Quiere el adolescente sanarse o, su familia, que se cure? ¿Puede el profesional responsabilizarse en sostener la relación médico-paciente-familia? Si la respuesta es positiva, podrá proponer estrategias que probablemente serán valoradas. Es necesario recordar que la indiferencia del profesional, la confrontación con el adolescente, la actitud crítica, no colaboran al desarrollo de un vínculo empático.

En cada caso, será necesario evaluar el porqué de la situación actual del adolescente y valorar las barreras que dificultan su mejoría. Silber propone distintas estrategias ante barreras diferentes. El diálogo reflexivo, que alienta a pensar cuando todavía el joven no ha percibido el peligro; el estímulo para desarrollar las propias habilidades para enfrentar adversidades y el reconocimiento de sus capacidades cuando contempla un cambio positivo de conducta; la negociación sobre posibles salidas y el estar disponible para sostenerlo cuando sea necesario –a través de citas programadas o por vía telefónica– contribuyen a buscar alternativas ante situaciones adversas.

Para promover la salud y el bienestar, son aconsejables:

- Acciones dirigidas a la familia: comprender la dinámica familiar; reflexionar con los padres sobre la importancia del diálogo con sus hijos (incluyendo temas relacionados con la sexualidad) y del encuentro cotidiano (en general en el momento de una de las comidas diarias); compartir salidas; transmitir cordialidad y estimular el desarrollo de intereses y habilidades; respetar la necesidad de privacidad del adolescente; establecer límites claros y las consecuencias de su no adherencia.
- Estimular en el adolescente la reflexión sobre los efectos de comer en exceso o en forma desordenada, sobre el peligro de las dietas, de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas, de consumir drogas. Es importante prevenir accidentes y dialogar sobre los riesgos de conducir en forma temeraria, sin cinturón de seguridad, o bajo la influencia del alcohol u otras drogas, llevar armas o involucrarse en peleas físicas. Promover la defensa de los derechos para que no se comprometan en acciones no deseadas o bajo presión.
- Incentivar la inserción social a través de la incorporación en grupos deportivos, recreativos, religiosos, políticos, voluntariados y, fundamentalmente, a través del desarrollo de un proyecto de vida.
- La orientación en sexualidad es un aspecto que nunca debe descuidarse. (VER: Módulo sexualidad).

Ante conductas de riesgo instaladas, es necesario evaluar:
 Características de las conductas, su intensidad, su frecuencia.
 Noción de riesgo: ¿Sabe el adolescente qué es riesgoso? ¿Conoce las consecuencias?
 ¿Tiene interés en modificar su comportamiento?
 ¿Hay una familia que puede sostenerlo: conflictos, comunicación, actividades compartidas...?
 ¿Está escolarizado y tiene amigos que pueden ayudar?
 ¿Cuál es su nivel cognitivo, su desarrollo emocional (cambios de humor, depresión, agresividad, aislamiento, valores...)?
 ¿Tiene conductas delictivas?

Existen diferentes modalidades de abordaje:

Hay quienes promueven la «*abstención*» de la conducta riesgosa. Consideran que los comportamientos de riesgo son enfermedades, requieren tratamiento y, de ser necesario, rehabilitación.

Por lo cual, tienen como objetivo la reducción-abstención de los consumos de drogas, sexo, ingesta exagerada de comida.

Algunos tienen una visión más pragmática: «Hay consumos, ¿cómo hacemos para *reducir el daño*?». Las estrategias de reducción del daño tienen como objetivo disminuir las consecuencias adversas. La estrategia es ir paso a paso, tratar que el adolescente se ponga en marcha y se involucre. Proponen que en los tratamientos, individuales-grupales, se valoren los pros y contras de las acciones en forma participativa. Buscan cambios conductuales a través de la enseñanza-aprendizaje o de la reflexión, esperan el momento adecuado para negociar y apoyar modificación de hábitos, sostienen al adolescente cuando él mismo se propone la adquisición y entrenamiento en habilidades para el afrontamiento. Consideran que no siempre es posible lograr la abstención.

En ambas situaciones, es necesario un mejor sostén y límites a través de cambios en el entorno.

Hay quienes siguen un modelo moralista, la conducta riesgosa es un crimen y merece un castigo, y su estrategia es reducción de la oferta (guerra a las drogas, no al sexo).

7. Conclusiones

Hoy en día, la crisis en salud se expresa por mayor número de embarazos no deseados entre los adolescentes, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), el abuso de tabaco, alcohol y drogas, los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos mentales. Múltiples factores sociales inciden en el aumento de la violencia y sus consecuencias en la mortalidad de los jóvenes. Malos hábitos alimentarios y el sedentarismo han provocado un incremento de la obesidad. Contaminantes ambientales favorecen enfermedades como el asma. Por lo cual, se hace necesario un programa de promoción de la salud y prevención. Este programa debería ser sostenido por la comunidad y por los gobiernos, no solamente por el sector salud.

Rescatamos, a través de lo relatado y de un informe de la OMS, que las alteraciones psicológicas en la población son más altas de lo que se pensaba, y en ellas, influyen factores biológicos, psicológicos, sociales y de género. Las agresiones del medio, los malos cuidados, las grandes carencias, el sobreesfuerzo para responder a ideales sociales, la frustración al no llegar al éxito, las pérdidas, la ausencia de vías de realización, las vivencias de tristeza, soledad y desamor inciden en el proceso de salud-enfermedad.

El modelo de atención se basa sobre la integración de lo biológico, lo psicosocial y la subjetividad, además de los condicionantes de género. Una escucha empática de la problemática referida por el/la adolescente, la búsqueda de las significaciones de los síntomas y los comportamientos, la reflexión y el desarrollo de las ambivalencias que generan los hábitos y conductas no saludables, respetando sus opiniones y evitando argumentar, contribuyen a formar una relación profesional/paciente. Una vez detectado el o los problemas, es importante estimular aspectos positivos para habilitar la autoestima y el sentido de confianza y consolidar una nueva posición a fin de promover un cambio. Para esta tarea, se requiere optimismo y tiempo, intervenciones breves y sucesivas entrevistas.

8. Bibliografía

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)*. Chicago, 1997. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf#search='GAPS'>.
- ARDITI, Z., P. ZORRILLA, P. LAMY y D. PASQUALINI. «Sexualidad adolescente: Información y riesgo». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2004, 46: 203-208.
- DE FELIPPO, B., P. SALGADO y D. PASQUALINI. «Relevamiento de la Consulta de Adolescentes en la Guardia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez». *Presentado en: 5.o Congreso de Salud Integral del Adolescente*. Buenos Aires, 9 al 11 de setiembre de 2004.
- HAZEN, E., S. SCHLOZMAN y E. BERESIN. «Desarrollo psicológico del adolescente: revisión». *Pediatrics in Review*, 2008, 29 (5): 161-168.
- LIZARRAGA, S. y M. AYARRA. «Entrevista motivacional». *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 24. Supl. 2. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>.
- MARLATT, G. A. «Reducción del daño: Principios y estrategias básicas». (Harm reduction: Come as you are). *Addictive behaviours*. 1996, 21(6), 779-778.
- MELILLO, A. «El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia». En: Munist, M., E. N. Suárez Ojeda, D. Krauskopf y T. J. Silber. *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- MUNIST, M., E. N. SUÁREZ OJEDA, D. KRAUSKOPF, T. J. SILBER. *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- PASQUALINI, D., C. H. BIANCULLI. «Características de la Población Adolescente Asistida en dos Consultorios Privados. Algunas Consideraciones Comparativas con Centros Oficiales Urbanos». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1990, 88: 181- 186.
- PASQUALINI, D., J. BLIDNER, G. MAYANSKY, M. CABALLERO y M. C. HIEBRA. «Recorrido de la Interdisciplina en la Historia de un Servicio de Adolescencia». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 1999, 41: 350-357.
- PASQUALINI, D., M. C. HIEBRA, A. GARBOCCI, C. JACOBZON, P. LOMBARDI y P. SALGADO. «Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1996, 94: 301-308
- PASQUALINI, D., D. RODRÍGUEZ y A. C. MANTEROLA. «Programa de Salud Escolar para Adolescentes de Séptimo Grado». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1990, 88: 5-11.
- PASQUALINI, D., M. T. SECO y P. A. SALGADO. «Comportamientos en Sexualidad, Consumo de Alcohol y Tabaco y Diagnósticos de 121 Mujeres Adolescentes. Población atendida en un Consultorio de Capital Federal». En: *5.o Congreso de Salud Integral del Adolescente*. Buenos Aires, 9 al 11 de setiembre de 2004.
- PASQUALINI, D., S. TOPOROSI, M. CABALLERO, G. MIKLASKI, P. SALGADO y M. C. HIEBRA. «Atención de adolescentes: los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2007, 49: 99-108.
- PASQUALINI, D., L. MILGRAM, P. LAMY, N. POGGIONE, Z. ARDITI, A. GARBOCCI, G. MAYANSKY, S. TOPOROSI, A. GONZÁLEZ, V. ESRUBILSKY, H. LONGARELA, P. TIRONE, E. VEGA y M. C. HIEBRA. «Medicamentos y Adolescencia. Un estudio preliminar». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2009, 51: 237-242.
- PATEL, V., A. J. FLISHER, S. HETRICK y P. MCGORRY. «Mental health of young people: a global public-health challenge». *Lancet*, 2007, 369: 1302-1313.
- PATEL, V., R. ARAYA, S. CHATTERJEE, D. CHISHOLM, A. COHEN, M. DE SILVA, C. HOSMAN, H. MCGUIRE, G. ROJAS y M. VAN OMMEREN. «Global Mental Health 3. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries». *Lancet*, 2007, 370: 991-1005.

- PATTON, G. C. y R. VINER. «Adolescent Health 1. Pubertal transitions in health». *Lancet*, 2007, 369: 1130-1139.
- PERRIN, E. C. y T. STANCIN. «Un dilema persistente: ¿Hay que investigar sistemáticamente la inquietud por el comportamiento de los niños? ¿Cómo hacerlo?». *Pediatrics in Review* (en español), 2003, 24: 204-216.
- RODRÍGUEZ, N., S. PISANI, P. SALGADO y D. PASQUALINI. «Análisis de la Demanda de Adolescentes a Psicopatología en la Guardia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez». En *5.º Congreso de Salud Integral del Adolescente*. Buenos Aires, 9 al 11 de setiembre de 2004.
- RUSSELL, V. y A. MACFARLANE. «Health Promotion». *BMJ*, 2005, 330: 527-529.
- RYAN, S. A. y C. E. IRWIN. «Risk Behaviours». En: Friedman, S. B., M. M. Fisher, S. K. Schonberg y E. M. Alderman. *Comprehensive Adolescent Health Care*. St. Louis, Missouri: Mosby, 1998, 109: 848-857.
- SAXENA, S., G. THORNICROFT, M. KNAPP y H. WHITEFORD. «Global Mental Health 3: Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency». *Lancet*, 2007, 370: 878-889.
- SILBER, T. J. «La entrevista motivacional para incrementar la resiliencia del adolescente». En: Munist, M., E. N. Suárez Ojeda, D. Krauskopf, T. J. Silber. *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- SIMINI, F., S. FRANCO, D. PASQUALINI y C. LAMMERS. «Sistema informático del Adolescente. Con Historia de Salud Sexual y Reproductiva». *Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS/OMS: Publicación Científica CLAP N.º 1454*, Montevideo, Uruguay, agosto 2000.
- TYLEE, A., D. M. HALLER, T. GRAHAM, R. CHURCHILL y L. A. SANCI. «Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?». *Lancet*. 2007. 369: 1565-1573.
- VELASCO ARIAS, S. «Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria 2. *Revista Mujeres y Salud*. Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). Barcelona. Sumario 16. 2005. Disponible en: <http://mys.matriz.net/mys16/16_22.htm>.

Capítulo 17

El lugar de los padres en el tratamiento

Dra. Diana Pasqualini

1. El rol de los padres

Rescatemos la opinión del Dr. A. Melillo: «Los padres cumplen un rol significativo en brindar y mantener el bienestar del adolescente. Y el bienestar tiene que ver con la salud mental».

«La salud mental está incluida dentro del concepto de salud integral y tiene que ver con el reconocimiento de la persona, de las características –biológicas, emocionales, sociales, culturales– que hacen a su integralidad y con la necesidad de que las condiciones del entorno promuevan el desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y espiritual».

Pero a su vez, los padres necesitan ser reconocidos por la comunidad. Si la sociedad no brinda sostén a las familias, la adaptación a condiciones adversas puede implicar aceptar exclusiones o injusticias. Por lo cual, hablando de resiliencia, la reacción resiliente ante la adversidad no siempre es adaptación. A veces, el señalamiento de un conflicto y una propuesta o exigencia de cambio son necesarios. Padres y adolescentes tendrían que tener la capacidad de hacer una apreciación crítica de la realidad y también de accionar para su transformación.

La familia es fuente de afecto, sostén y sentimiento de pertenencia. Su función primordial es actuar como modelo identificador positivo, a través de la escucha y del diálogo, y planeando actividades acordes con dichos fines.

Las funciones normativas estructuran la adaptación de los hijos a la realidad y contribuyen a evitar conductas de riesgo, al mismo tiempo que favorecen el proceso de sociabilización. Y todo esto, a su vez, afianza el desarrollo de la autoestima y autonomía.

Pero a su vez, los padres tienen que ser conscientes de que no pueden diseñarle el mundo al adolescente. Hay padres que piensan que los hijos deben escucharlos, pero no dan valor a la opinión del adolescente.

Y también hay padres devaluados por no poder ejercer el rol de proveedores.

En la consulta con los adolescentes, el profesional tendrá la obligación de hacer los diagnósticos más adecuados, pero, también, de evaluar el riesgo de la situación planteada y si, en la posible solución de la enfermedad o de la problemática, cuenta con la colaboración de la familia.

Las acciones que pueden ayudar son:

- Promover el diálogo familiar. Encuentros en el hogar y salidas juntos.
- Fomentar el vínculo con pares y el interés en las actividades escolares.
- Discutir límites, el respeto a adultos y pares, evitar presiones negativas.
- Dialogar sobre proyectos futuros.
- Respetar la privacidad del adolescente.

Nos preguntamos si padres e hijos pueden constituirse como «nuevos socios» ante situaciones adversas.

Plantea Eva Giberti: «Los hijos, nuevos socios en los avatares por venir –aún necesitados de alguna orientación adulta– son capaces de acompañar a los padres con ideas, críticas, empuje, desafíos, fuerzas, y no solo con reclamos y lágrimas por lo que hubieran perdido: esos son recursos simbólicos que traducen el valor de ser hijo o hija en su dimensión trascendente; que excede el capítulo “los chicos” cuando se los posiciona como hacedores de nuevos proyectos que, probablemente, incluyan alguna ráfaga de nuestras utopías».

Recordemos que los chicos se sienten conectados cuando:

- hay comida en casa,
- se comparte una comida,
- los padres saben con quién sale,
- los padres no se olvidan de eventos especiales,
- existe diálogo sobre aspectos cotidianos y la sexualidad y le preguntan cómo le ha ido en el examen,
- los padres imponen normas en cuanto al sueño, la alimentación, la recreación, el trabajo sin ser autoritarios ni *laissez faire*,
- los padres consultan precozmente ante situaciones de riesgo.

2. Bibliografía

GIBERTI, E. «Padres e hijos, nuevos socios» [en línea]. *Clarín*. 2/7/2002.

Disponible en: <<http://www.clarin.com/diario/2002/07/02/o-02301.htm>>.

HAZEN, E., S. SCHLOZMAN y E. BERESIN. «Desarrollo psicológico del adolescente: revisión». *Pediatrics in Review*. 2008. 29 (5): 161-168.

MELILLO, A., E. N. SUÁREZ OJEDA y D. RODRÍGUEZ. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires. Paidós. 2004.

PASQUALINI, D. «Editorial: Reflexiones sobre educación sexual». *Revista del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires. 2004. 46: 263-264.

RAGATKE, R., M. C. HIEBRA, D. PASQUALINI, M. CABALLERO, S. FERNÁNDEZ, S. GARCÍA, M. GURALNIK y S. TOPOROSI. «Proyectos, encuentros y futuro: Experiencia participativa en un servicio de adolescencia». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires. 1999. Vol. 41. 329-336.

Capítulo 18

Resiliencia en los adolescentes

**Dra. Mabel Munist,
Dr. Elbio Néstor Suárez Ojeda,
Dra. Belén Suárez Munist**

«Resiliencia» es un complejo constructo que ha sido usado para describir procesos de adaptación y de desarrollo positivo frente a adversidades significativas.

Este concepto es, tal vez, inverso al de riesgo o, mejor dicho, complementario de él. En vez de poner énfasis en aquellos factores negativos que permitían predecir quién iba a sufrir un daño, se trata de ver aquellos factores positivos que, a veces, sorprendentemente y contra lo esperado, protegen a un niño. En nuestra concepción anterior, basados sobre el modelo enfermizador de cuidado médico, concentrábamos nuestra atención en aquellas condiciones que predecían un daño o resultado negativo. Ahora, se está viendo esto otro, que son los factores de riesgo cambiados de signo, que también se han llamado «factores protectores» o «factores de resiliencia». Estas condiciones o circunstancias forman un «escudo protector» del ser humano que lo defiende de las agresiones y limitaciones del medio en que le toca crecer y madurar.

En este momento de la evolución histórica de la situación epidemiológica de América Latina, estos conceptos, que implican la valorización de los factores positivos, empiezan a tener gran vigencia, perfeccionando algunas metodologías estadísticas y complementando lo que ya se ha trabajado sobre Enfoque de Riesgo.

La proclamación de los Derechos del Niño y Adolescente han puesto en el nivel de las Políticas Públicas su reconocimiento como sujeto de derechos.

Estos cambios desde distintas perspectivas, han reorientado el enfoque del trabajo con los adolescentes, y se ha pasado del modelo de riesgo, al modelo de Resiliencia.

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico, en tanto que el desarrollo de la epidemiología social ha permitido la búsqueda de factores de riesgo en el ámbito familiar, psicológico y económico. Al considerarse el comportamiento como factor de riesgo, se ha incorporado la psicología social y la psicología del desarrollo a los estudios epidemiológicos tradicionales (biomédicos). Pero al incorporar el comportamiento como un factor de riesgo, se observó que un mismo comportamiento puede favorecer o perjudicar el desarrollo psicosocial del adolescente.

De allí que aparecen los factores protectores como un complemento de los factores de riesgo considerados en el modelo tradicional. Concepto que ha ido creciendo hasta llegar, hoy, a los factores resilientes, como escudos para favorecer el desarrollo de jóvenes que parecían condenados de antemano.

El constructo de resiliencia implica un nuevo paradigma que ha cambiado la forma en que se percibe el ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y la enfermedad, se ha pasado a un modelo de promoción basado en las potencialidades y las fortalezas que el adolescente tiene en sí mismo y en su entorno¹.

¹ Infante, F. «La resiliencia como proceso». En: *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*.

Se han denominado pilares de la resiliencia a aquellos atributos que aparecen con frecuencia en los jóvenes resilientes. Veremos algunos de especial valor para su desarrollo en la adolescencia: Confianza Básica, Identidad, Independencia y Autonomía, Pensamiento Crítico, Laboriosidad, Proyecto de Vida.

1) Confianza básica

Para que la confianza se instale y se fortalezca, es de gran ayuda que el adolescente conozca los cambios que se producirán en él y qué sentido tienen, afirmando como positivo el hecho mismo de crecer.

Si puede vivir sus modificaciones con plenitud, no se avergonzará de los cambios inesperados de su voz y los podrá tomar con sentido del humor; tampoco se avergonzará de las mamas incipientes ni del bozo inicial, sino que los tomará como los cambios que le permitirán transformarse de niño o niña en joven. Podrá, entonces, saber la dirección y el significado de sus modificaciones y conocer las nuevas funciones sexuales que tendrá que incorporar en la elaboración de su identidad. Todo ello le ayudará a recuperar la confianza básica en él mismo y sus posibilidades de sobreponerse a las adversidades de la vida.

La tolerancia de los adultos en este período de torpeza, le ayuda a reconocerlo como tal, confiando que volverá a ser hábil en el manejo de su cuerpo.

Es muy importante que el adolescente sea sostenido por la escuela y por la familia para que pueda completar el ciclo medio y para fortalecer su confianza. Los problemas de aprendizaje que puedan presentar debieran ser superados si se abarcan con diferentes estrategias psicológicas y pedagógicas. Éstas deben basarse en aquellos elementos positivos del adolescente y sus capacidades, lo que, a su vez, permite estimular la resiliencia.

2) Identidad

Algunas conductas expresan una conflictividad que llevará unos diez años en resolver: lograr la propia identidad. Para ello, necesita separarse afectivamente de las figuras de sus padres, para poder comportarse como sujeto autónomo, con deseos, emociones y criterios propios. Una fuerte definición de dicha identidad se ha identificado como uno de los pilares de la resiliencia.

El mundo afectivo familiar sigue siendo un pilar de apoyo que ayuda al adolescente en esta etapa. El joven puede tener una culpa inconsciente que acompaña el conflicto con los padres, quiere diferenciarse de ellos aunque los ama. Frente a esto, los padres deben responder con afecto incondicional, más allá de los enfrentamientos que se produzcan. Los adultos deben reiterar el amor a sus hijos, a pesar de no estar de acuerdo con ellos en algunos aspectos. Es necesario comprender que la conflictividad está dirigida a destruir a sus padres reales, sino a los padres infantiles que ha internalizado. Esto permite una vinculación diferente a la de la infancia en vez de una ruptura afectiva.

Es muy importante para los jóvenes encontrar figuras de adultos que les sirvan de puente para la salida del círculo familiar, sea en la escuela, en el trabajo, en el deporte y en otras actividades comunitarias. El adulto significativo ha sido descrito como un elemento esencial de la resiliencia. Cuando estos adultos logran comprender los conflictos del joven y no se distancian para transformarse en un censor, logran establecer vínculos afectivos que los adolescentes necesitan.

3) Independencia y autonomía

Durante la adolescencia, la marcha hacia la independencia se acelera. Es cuando se marca una nueva etapa en el logro de la independencia, como ruptura de la dependencia. Esta ruptura se hará durante un proceso gradual.

Independencia y Autonomía son pilares sustantivos de la Resiliencia.

Este proceso de aprendizaje tiene, como historia previa, los aprendizajes que, en este sentido, se realizaron en la infancia. Se apoya también en los sentimientos de confianza básica que permiten avanzar y retroceder en la búsqueda de la independencia, sin desanimarse en los posibles retrocesos

Hay dos aspectos interrelacionados en este recorrido:

- Lograr la independencia de la infancia y de los adultos (padres y cuidadores).
- Construir la independencia «para» la integración laboral, afectiva y social.

En nuestros días, este proceso encuentra múltiples trabas debido a los complejos mecanismos de funcionamiento de las sociedades. Las mayores dificultades se producen respecto de las posibilidades laborales y de la conformación de la vida familiar.

Para que la independencia se construya permitiendo al púber desarrollarse con plenitud, requiere que vaya unida al sentido de responsabilidad de los propios actos independientes. Expresar disidencias, opinar de manera diferente en la escuela, la familia o el trabajo y poder fundamentar dicha opinión con tolerancia para otros puntos de vista, son manifestaciones de la independencia y autonomía alcanzada por el adolescente en sus juicios y razonamientos.

4) Pensamiento crítico

Entendemos por «pensamiento crítico» a la capacidad de cada individuo de aquilatar sus propias nociones, extraer sus propias conclusiones y cuestionar y evaluar el razonamiento de los otros.

Además, pensamiento crítico abarca otros elementos complementarios, como el tomar conciencia de que los sistemas de convicciones (políticas, deportivas, religiosas, sociales) siempre afectan, de algún modo, nuestras conclusiones y razonamientos.

Para el desarrollo del pensamiento crítico, se requiere la convergencia de dos elementos: el conocimiento y la práctica. Este modo de pensar se ha de traducir en un modo de actuar en la vida. Su fortalecimiento durante la adolescencia puede ser crucial para su futuro como ser humano y como ciudadano. Es importante adquirir habilidad para establecer un correcto juicio de valor de las afirmaciones para aprender a elegir mejor y lograr una mejor calidad de vida. El adolescente desarrolla su habilidad reflexiva mediante pruebas de lógica, criterios de credibilidad y de posibilidad fáctica.

El ejercicio del propio criterio para la toma de decisiones es un aprendizaje esencial para lograr la independencia.

Así es que existe consenso en que los adolescentes necesitan aprender «cómo» y no «qué» pensar.

5) Laboriosidad

Laboriosidad es definida por Grotberg como las habilidades que permiten trabajar diligentemente para realizar una tarea, y es, habitualmente, desarrollada en los años escolares cuando se adquieren destrezas tanto académicas como sociales.

La promoción de la laboriosidad se desarrolla, fundamentalmente, en la familia y en la escuela. En la etapa de la adolescencia, la escuela desarrolla un papel fundamental, porque es en ella donde se acentúan los comportamientos que fomentan la laboriosidad, tales como el sentido de responsabilidad, el autocontrol, el respeto para consigo mismo y para con los otros, compartiendo tareas y responsabilidades con sus compañeros, escuchando a sus profesores y a sus compañeros, siguiendo reglas y aceptando la autoridad legítima y razonable.

6) Proyecto de vida

La independencia «de» las figuras paternas se va completando con una independencia «para», en la medida en que el adolescente va imaginando una situación personal en un futuro, una ocupación laboral, una vocación o una idea acerca de su inserción en el medio. En esta etapa es en la que se vislumbra el futuro que los jóvenes se representan y hacia el cual tienden. Esta capacidad de proponerse una meta y de diseñar caminos para alcanzarla es uno de los pilares para el desarrollo de la resiliencia.

El proyecto de vida ha sido definido como la acción siempre abierta y renovada de superar el presente y abrirse camino hacia el futuro. Es una formulación simbólica y cognitiva. El proyecto de vida es un proceso constructivo realizado por el joven que utiliza, oportunamente, las experiencias anteriores, sus posibilidades y las alternativas concretas que le ofrece el ambiente en una cierta etapa

de su vida. Queremos detenernos en lo que se refiere al ambiente. El pensar un proyecto de vida puede estar facilitado en aquellas comunidades en las que el pasaje de la infancia a la vida adulta es más gradual y el joven encuentra un lugar de inserción social.

Los trabajadores de la resiliencia han destacado lo trascendente que es para el fortalecimiento de la resiliencia el desarrollo de un proyecto de vida.

Stefan Vanistendael presenta un concepto más abarcativo en el que el proyecto de vida está incluido y sería el sentido de vida. El sentido de vida es un concepto que ha sido señalado por Víctor Frankl como una búsqueda personal; el sentido se debe descubrir y no crear. Debe hallarse, no puede darse.

«Muchas veces el sentido se constituye en un proyecto movilizador que une los intereses de la persona y sus capacidades, en un proceso que estimula el crecimiento»².

Estas citas nos llevan a la reflexión de que el sentido de la vida no es una respuesta meramente intelectual, sino que tiene un alto contenido afectivo y espiritual que nos conduce a abrirnos a la realidad positiva que es la vida .

El descubrirle un sentido a la vida significa la posibilidad de elaborar nuestro propio proyecto de vida.

En los estudios de prevención de las conductas de riesgo en los adolescentes, en especial, para evitar el consumo de sustancias, se ha encontrado que aquellos adolescentes que tienen un proyecto de vida, tienen una mayor posibilidad de no caer en el consumo de sustancias, que los que no han desarrollado dicho proyecto, aunque vivan en el mismo medio social.

La capacidad de darle a la vida un sentido y propósito de futuro está relacionada con el sentido de autonomía y de la propia eficacia, así, como con la confianza en que uno puede tener cierto grado de control sobre el ambiente. Dentro de esta categoría, entran varias cualidades repetidamente identificadas en la literatura como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia su consecución (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia.

Este factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.

De estas cualidades, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el deseo de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo nos parece posible y alcanzable, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral.

La situación socioeconómica de nuestras sociedades ha contribuido para que la adolescencia se haya transformado en una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver. Para los jóvenes, la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en el medio social, que los obliga a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos.

La construcción de la resiliencia en adolescentes

Cuando se habla de la promoción de la resiliencia en los adolescentes, se mencionan intervenciones, actitudes y modelos, que los adultos ofrecen y desarrollan para fortalecer y promover la resiliencia. Poco espacio se deja para el protagonismo de los propios adolescentes.

El adolescente tiene que construir conscientemente su propia resiliencia. Potencializar las posibilidades y recursos existentes para encaminar las alternativas de resolución de las diferentes situaciones. El adolescente debe *lograr desarrollar factores resilientes para superar las situaciones adversas en su devenir cotidiano*. Debe trabajar desde la perspectiva de la resiliencia, adoptando como estrategia el desarrollo de factores resilientes. Es más un protagonista que un receptor.

La resiliencia, muchas veces, aparece como la respuesta extraordinaria a acontecimientos extraor-

² Vanistendael, S. *La resiliencia resistir y rehacerse*.

dinarios (acto heroico), tal vez, porque es la forma más espectacular de lograr su valoración. En realidad, es una forma de enfrentar la vida diaria, y a ella corresponde la designación de resiliencia cotidiana.

La promoción de las propias capacidades, así como el desarrollo de nuevas fortalezas es la clave para la promoción de la resiliencia. Para ello, la introspección individual y la interacción con los pares y adultos son fundamentales.

Bibliografía

- BICE (Oficina Internacional Católica de la Infancia). Vanistendael, S. «Droits de L'Enfance et Résilience». *Les cahiers du Bice*. Bruxelles, 2009.
- CYRULNIK, B. *De cuerpo y alma*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2007.
- FRANKL, V. *La voluntad de sentido*. Barcelona: Editorial Herder, 1988.
- GROTBERG, E. *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2006.
- GROTBERG, E. y E. N. SUÁREZ OJEDA. *Promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Traducido por E. N. Suárez Ojeda. La Haya, Países Bajos: Fundación Bernard Van Leer, 1996.
- HAGGERTY, M., M. RUTTER y P. MRAZEK. *Stress, "Risk and Resilience"*. Cambridge University Press, 1996.
- KOTLIARENCO, M. A. *Estado del Arte en Resiliencia*. Washington D.C.: OPS/OMS, 1997.
- LASCANO, R. y M. PLIEGO. *Cultura Andina y Espiritualidad*. Mimeo, [s. f.]
- MELILLO, A. y E. N. SUÁREZ OJEDA (compil.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós, 2001.
- MELILLO, A., E. N. SUÁREZ OJEDA y D. RODRÍGUEZ (compil.) *Resiliencia y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- MANCIAUX, M. *La Resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa, 2003.
- MERCADO, L. C. *Posmodernismo y Resiliencia Juvenil*. Córdoba. Editorial de la Universidad Católica de Córdoba. 2007.
- MUNIST, M., E. N. SUÁREZ OJEDA, D. KRAUSKOPF, T. J. SILBER. *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- MUNIST, M., H. SANTOS, M. A. KOTLIARENCO, E. N. SUÁREZ OJEDA, F. INFANTE y E. GROTBERG. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. OPS/OMS, 1998.
- OLSSON, C. A., L. BOND, J. M. BURNS, D. A. VELLA-BRODRICK y S. M. SAWYE «Adolescent resilience: a concept analysis». *J Adolesc.* Victoria, Australia, 2003, 26(1):1-11.
- REICH, J. W., A. J. ZAUTRA y J. S. HALL. *Handbook of Adult Resilience*. New York: The Guilford Press, 2010.
- SUAREZ OJEDA, E. M., R. BARNA, M. A. KOTLIARENCO y M. MUNIST. *Resiliencia: Proyectos e Investigaciones*. Lanús: Ediciones de la UNLa, 2009.
- SUÁREZ OJEDA, E. N., M. MUNIST y D. RODRÍGUEZ. *Concepto de Resiliencia*. Lanús: Ediciones de la UNLa, 2004.
- VANISTENDAEL, S. *Resilience et Spiritualité: Le Realisme de la Foi*. Geneve, BICE, 2002.

Motivos de consulta frecuente de varones y de mujeres

Índice

● Capítulo 19

Consultas de mujeres, relacionadas con el desarrollo

1. Impacto del desarrollo puberal en el psiquismo
2. Pubertad
3. Telarca y consultas referidas al desarrollo mamario
 - 3.1. Telarca
 - 3.2. Tamaño de las mamas
 - 3.3. Dolor mamario
 - 3.4. Nódulo mamario
4. Menarca y ciclo menstrual
5. Flujo vaginal o leucorrea fisiológica
6. Trastornos menstruales perimenárquicos
 - 6.1. La metrorragia uterina disfuncional
 - 6.2. Otros trastornos menstruales que se presentan en la adolescencia temprana asociados a trastornos de la conducta alimentaria y/o excesiva actividad física
7. Dismenorrea
8. Bibliografía

● Capítulo 20

Consultas de varones, relacionadas con el desarrollo

1. ¿Consulta el varón?
2. ¿Por qué hay menor demanda de atención por parte de los varones?
3. Motivos de consulta más frecuentes
4. Pene pequeño
5. Frenillo corto. Fimosis
6. Testículos diferentes o pequeños
7. Hernias e hidroceles
8. Varicocele
9. Desarrollo muscular
10. Ginecomastia
 - 10.1. Ginecomastia puberal
 - 10.2. Ginecomastia patológica
11. Síndrome de Klinefelter (SK)
12. Bibliografía

●Capítulo 21

La consulta por baja talla

1. Caso clínico: Rubén consulta por baja talla
2. Malestares relacionados con el aspecto corporal, el crecimiento y el desarrollo físico
 - 2.1. Introducción
 - 2.2. Inquietudes relacionadas con el aspecto corporal
3. La consulta por baja talla
 - 3.1. Introducción
 - 3.2. Elementos a tener en cuenta en la historia de un adolescente con baja talla
 - 3.3. Causas de baja talla
 - 3.3.1. Baja talla familiar y retardo constitucional de crecimiento
 - 3.3.2. Enfermedades con baja talla
 - 3.3.2.1. Causa prenatal
 - 3.3.2.2. Causa postnatal
 - 3.4. La consulta con el endocrinólogo
 - 3.5. Tratamiento de baja talla
4. Respuestas al caso clínico: Rubén consulta por baja talla
5. Bibliografía

●Capítulo 22

Certificado de Aptitud Física

1. Examen Clínico Predeportivo
 - 1.1. Interrogatorio
 - 1.2. Examen físico
 - 1.3. Electrocardiograma
2. Clasificación de Aptos
 - 2.1. Apto
 - 2.2. No Apto
 - 2.3. Apto con observaciones
 - 2.4. No apto transitorio
3. Recomendación “LAUSANNE”
4. Redacción del Certificado de Aptitud Física
 - 4.1. Aspecto Legal
 - 4.2. Consensos
5. Bibliografía

●Capítulo 23

Vacunas en la adolescencia

1. Introducción
 - Recomendaciones generales
 - a) Esquemas incompletos
 - b) Pacientes no vacunados o pérdida de la constancia de vacunación
 - c) Uso simultáneo de vacunas
 - d) Intervalo entre vacunas según el tipo de antígeno
 - e) Intervalos de tiempo recomendados entre la administración de vacunas y productos con inmunoglobulinas
 - f) Todas las vacunas se deben conservar entre 2 y 8° C
 - g) Eventos esperados atribuidos a las vacunas

2. Vacunas incorporadas al calendario nacional
 - 2.1. VACUNA ANTITETÁNICA - ANTIDIFTÉRICA (dT, Doble Adultos)
 - 2.1.1. Introducción
 - 2.1.2. Agente inmunizante
 - 2.1.3. Indicación y edad para la vacunación
 - 2.1.4. Dosis y vías de administración
 - 2.1.5. Refuerzos
 - 2.1.6. Inmunogenicidad y eficacia clínica
 - 2.1.7. Efectos adversos
 - 2.1.8. Complicaciones
 - 2.1.9. Contraindicaciones
 - 2.1.10. Uso de gammaglobulina
 - 2.1.11. Profilaxis antitetánica en el manejo de las heridas
 - 2.2. VACUNA TRIPLE ACELULAR (dTap)
 - 2.2.1. Introducción
 - 2.2.2. Agente inmunizante
 - 2.2.3. Indicaciones y edad de administración
 - 2.2.4. Inmunogenicidad y eficacia clínica
 - 2.2.5. Efectos adversos
 - 2.2.6. Contraindicaciones
 - 2.3. VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA
 - 2.3.1. Introducción
 - 2.3.2. Agente inmunizante
 - 2.3.3. Indicaciones y edad de administración
 - 2.3.4. Dosis y vías de administración
 - 2.3.5. Esquema de administración
 - 2.3.6. Efectos adversos
 - 2.3.7. Contraindicaciones
 - 2.3.8. Precauciones
 - 2.3.9. Manejo de contactos con pacientes con parálisis flácida aguda
 - 2.4. VACUNA ANTIHEPATITIS B
 - 2.4.1. Introducción
 - 2.4.2. Los adolescentes como grupo de riesgo
 - 2.4.3. Agente inmunizante
 - 2.4.4. Indicación y edad para la vacunación
 - 2.4.5. Dosis y vías de administración
 - 2.4.6. Vía de aplicación
 - 2.4.7. Revacunación
 - 2.4.8. Inmunogenicidad y eficacia clínica
 - 2.4.9. Serología posvacunación
 - 2.4.10. Efectos adversos
 - 2.4.11. Contraindicaciones
 - 2.4.12. Precauciones
 - 2.4.13. Falsas contraindicaciones
 - 2.4.14. Uso de gammaglobulina
 - 2.5. TRIPLE VIRAL (sarampión-rubéola-parotiditis) y VACUNA DOBLE VIRAL (sarampión-rubéola)
 - 2.5.1. Introducción
 - 2.5.2. Agente inmunizante
 - 2.5.3. Indicación y edad para la vacunación

- 2.5.4. Dosis y vías de administración
- 2.5.5. Revacunación
- 2.5.6. Inmunogenicidad y eficacia clínica
- 2.5.7. Efectos Adversos
- 2.5.8. Contraindicaciones
- 2.5.9. Precauciones
- 2.5.10. Falsas contraindicaciones
- 2.5.11. Inmunocomprometidos
- 2.5.12. Inmunoprofilaxis
 - a) Para sarampión
 - b) Para rubéola y parotiditis
- 3. Vacunas recomendadas para adolescentes susceptibles
 - 3.1. VACUNA ANTIVARICELA
 - 3.1.1. Introducción
 - 3.1.2. Agente inmunizante
 - 3.1.3. Indicaciones y edad de administración
 - 3.1.4. Dosis y vías de administración
 - 3.1.5. Inmunogenicidad y eficacia clínica
 - 3.1.6. Efectos adversos
 - 3.1.7. Contraindicaciones
 - 3.1.8. Precauciones
 - 3.1.9. Manejo de contactos con varicela
 - 3.2. VACUNA ANTIHEPATITIS A
 - 3.2.1. Introducción
 - 3.2.2. Agente inmunizante
 - 3.2.3. Composición y características
 - 3.2.4. Indicaciones y edad de administración
 - 3.2.5. Dosis y vías de administración
 - 3.2.6. Revacunación
 - 3.2.7. Serología prevacunación
 - 3.2.8. Inmunogenicidad y eficacia clínica
 - 3.2.9. Efectos adversos
 - 3.2.10. Contraindicaciones
 - 3.2.11. Dosis y esquemas de administración de la vacuna combinada antihepatitis A y antihepatitis B
 - 3.2.12. Uso de gammaglobulina
 - 3.2.13. Profilaxis postexposición
- 4. Vacunas indicadas en situaciones especiales
 - 4.1. VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA
 - 4.1.1. Introducción
 - 4.1.2. Agente inmunizante
 - 4.1.3. Composición
 - 4.1.4. Indicaciones y edad de vacunación
 - 4.1.5. Dosis y vía de administración
 - 4.1.6. Inmunidad y eficacia
 - 4.1.7. Duración de la inmunidad
 - 4.1.8. Efectos adversos
 - 4.1.9. Contraindicaciones
 - 4.1.10. Conducta ante contactos

- 4.2. VACUNA ANTINEUMOCÓCICA
 - 4.2.1. Introducción
 - 4.2.2. Composición
 - 4.2.3. Indicaciones y edad de vacunación
 - 4.2.4. Dosis y vía de administración
 - 4.2.5. Inmunidad y eficacia
 - 4.2.6. Efectos adversos
 - 4.2.7. Contraindicaciones
5. Vacunas en huéspedes especiales
 - 5.1. Clasificación
 - 5.2. Consideraciones generales
 - 5.3. Pacientes que reciben corticoides
6. Bibliografía
7. Links para Vacunas para viajeros
8. Vacuna contra el virus del Papiloma Humano
9. Vacuna antigripal
10. Actividad sugerida

Capítulo 19

Consultas de mujeres, relacionadas con el desarrollo

Dra. Diana Pasqualini

En la adolescencia temprana, son frecuentes las consultas referidas a aspectos relacionados con:

- La telarca y el volumen mamario.
- El flujo.
- El retraso puberal.
- El crecimiento.
- Los dolores.
- La menarca.

En la adolescencia media, predominan las consultas referidas a:

- El peso y aspecto corporal.
- Los trastornos menstruales.
- Mastalgias.
- La dismenorrea.
- La sexualidad.

(Fuente: Servicio de Adolescencia Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Área Ambulatoria, año 2002).

En este capítulo, nos referiremos a aspectos vinculados con el desarrollo y malestares relacionados con las mamas, la leucorrea fisiológica, la menarca, los trastornos menstruales perimenárgicos y la dismenorrea.

1. Impacto del desarrollo puberal en el psiquismo

Algunas adolescentes que inician su pubertad tempranamente pueden sentirse «diferentes», incómodas, volverse muy tímidas y aislarse de sus compañeritas. Y, en esos casos, necesitan del sostén familiar y de la explicación de un profesional de la salud. Si uno detecta insatisfacción con la aparición de la adolescencia, investigar aspectos emocionales y vínculos familiares.

Hay familias que asocian el desarrollo de la mujer a factores de riesgo y tienden a aislarla en el hogar. Algunas llegan hasta abandonar los estudios, ya sea por las razones antes mencionadas o porque se le asigna al rol femenino el cuidado del hombre y de los hijos. A veces la aparición de la menstruación es vivida como enfermedad o signo de impureza.

En algunos medios culturales, el desarrollo temprano las hace más vulnerables al abuso sexual. Algunas jovencitas son seducidas por amigos o por familiares ya que no han desarrollado la capacidad de defenderse, de pensar en las posibles consecuencias, ni de afirmarse en sus propios valores éticos o morales.

Otras jóvenes se sienten contentas con su nueva apariencia y asumen roles adolescentes rápidamente.

El profesional de la salud puede contener algunas de las ansiedades o preocupaciones relacio-

nadas con el desarrollo al confirmar la normalidad y explicar los eventos que tienen lugar a lo largo del proceso adolescente, no solamente en cuanto al desarrollo físico, sino, también, emocional. Es importante, además, dialogar sobre el rol de la familia en la contención de ansiedades innecesarias, en la función de sostén y puesta de límites.

Si bien la educación sexual empieza mucho antes de la aparición de los cambios puberales, es aconsejable, con la aparición de la telarca, dialogar de aspectos referidos a la higiene, la menstruación y los diferentes aspectos de la sexualidad.

Viñetas clínicas

Viñeta clínica 1: Marta consulta a los 12 años de edad. Concorre acompañada por su madre. Cuando se le pregunta a la adolescente por qué viene a la consulta, mira a su madre. La madre refiere que está preocupada porque ha observado que Marta ha crecido, su cuerpo ha cambiado en el último año y no está interesada en conocer aspectos relacionados con la primera menstruación. Cursa séptimo grado, es muy buena alumna y ha consultado con un dermatólogo por tener en el cuero cabelludo una zona de alopecia areata. Se ha descartado trastorno tiroideo, y el profesional aconsejó control clínico y eventual tratamiento psicológico. El examen físico es normal. Presenta talla y peso en el centil 50, y estadio de Tanner 3. Surge a través de la entrevista, que los padres se han separado hace cinco años. Marta vive con su mamá y ve al papá todos los fines de semana en su nueva casa de campo donde vive con su pareja actual. A través del diálogo con la adolescente, se descubre que Marta está preocupada por la situación económica y por la soledad de su madre; trata de mimarla y le prepara la comida todas las noches. No desea dialogar sobre los cambios puberales ni sobre las menstruaciones y su significado. Reflexione...

¿Qué problemas detecta?

¿Qué acciones o estrategias sugeriría?

Viñeta clínica 2: Paula, de 12 años, viene con su mamá y su papá. No habla en ningún momento de la consulta. La madre entra amamantando a su séptimo hijo. El padre solicita que hablen con la hija para que «sepa cuidarse de los hombres». Él es el único sostén del hogar y trabaja de jardinero. Paula ha tenido su menarca. Su talla está en el centil 50 y su peso, en el 25.

¿Qué sugeriría a Paula y a sus padres?

2. Pubertad

La pubertad comienza con la reactivación (desinhibición) del generador de pulsos del péptido hipotalámico liberador de gonadotrofinas hipofisarias (GnRH), que induce el incremento de la amplitud y frecuencia de los pulsos de GnRH, llevando al aumento de gonadotrofinas hipofisarias, en especial, de noche. Esto es consecuencia de la disminución de la inhibición del SNC y de la sensibilidad al *feedback* negativo de los esteroides gonadales. La secreción prominente nocturna de la secreción episódica de GnRH cambia gradualmente al *pattern* adulto de pulsos cada 90 minutos. La secreción pulsátil de LH sigue a cada pulso de GnRH e induce la secreción de esteroides gonadales con el consecuente desarrollo progresivo de los caracteres sexuales secundarios. Con el avance de la pubertad aparece el *feedback* positivo de estrógenos y la capacidad de exhibir un pico ovulatorio de LH inducido por estrógenos.

Recordemos que la *pubertad* comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático. La cronología en el desarrollo puberal se aproxima a una distribución gaussiana normal, por lo que se puede extrapolar el rango normal como la edad promedio de un determinado hito + 2 años.

Pubertad precoz: Se define como la aparición de los caracteres sexuales secundarios en una edad cronológica inferior en más de 2,5 desviaciones standard (DS) a la media de la población. La telarca,

primer signo de desarrollo puberal en las niñas, aparece el 95% de las veces entre los 8 y 13 años de edad. Por lo tanto, se refiere que tiene pubertad precoz una niña cuya telarca tiene lugar antes de los 8 años.

La pubertad precoz es más frecuente en la mujer que en el varón, su aparición se ve más entre los 6 y 8 años de edad y su causa es frecuentemente idiopática. En el 50% de los varones existe, en cambio, un problema orgánico y es, por lo tanto, perentorio el estudio exhaustivo para determinar su etiología.

El **comienzo tardío de la pubertad** está relacionado con la ausencia de cambios puberales a una edad cronológica superior a 2 DS respecto de la media de la población.

Se dice que una niña presenta **retardo puberal o detención del desarrollo puberal** si:

- Es mayor de 13 años y aún no tiene características sexuales secundarias.
- Es mayor de 16 años y no ha tenido su menarca.
- Presenta estadio de Tanner 5 de más de 1 año de evolución y no ha tenido su menarca.
- Presenta más de 5 años desde el inicio de la telarca y no ha tenido su menarca.

3. Telarca y consultas referidas al desarrollo mamario

3.1. Telarca

La telarca es el primer signo de desarrollo puberal en la mujer. Suele aparecer dos años antes de la menarca. Normalmente es visible entre los 8 y 13 años.

La aparición anterior a los 8 años obliga a descartar una pubertad precoz, aunque, últimamente, se ha observado que el 5% de las niñas entre 7 y 8 años puede presentar botón mamario. Por otro lado, cuando la telarca no ha tenido lugar a los 13 años, es necesario investigar causas de retraso puberal u otras patologías. Siempre, antes de iniciar cualquier estudio, recabar antecedentes familiares.

Con la aparición del botón mamario, aumenta la sensibilidad de la zona areolar y la adolescente puede referir dolor o molestia. En la mayoría de los casos, previo examen físico, se confirma la normalidad.

En ocasiones, una mama puede aparecer antes que la otra. A veces, hay asimetrías mamarias marcadas. La mayoría de las asimetrías son variaciones de lo normal.

Sin embargo, es necesario evaluar la posibilidad de otras malformaciones. Para ello, es necesario realizar una adecuada semiología. Por ejemplo: valorar el desarrollo de los músculos pectorales y las características del tórax, brazo y mano homolateral. Poland describió, en 1914, la ausencia del desarrollo mamario asociado a malformaciones musculares u óseas: ausencia del pectoral mayor, defecto del deltoides y dorsal ancho, brazo más corto y sindactilia homolateral.

3.2. Tamaño de las mamas

Otros motivos de consulta pueden estar relacionados con el tamaño de las mamas: muy pequeñas o muy grandes. Antecedentes familiares juegan un rol decisivo. De ser muy grandes, observar la postura, especialmente la aparición de cifosis dorsal a consecuencia del peso de las mamas. Puede haber dolor escapular o de espalda por contracturas musculares. En estos casos, es necesario contemplar la posibilidad de una cirugía. Sin embargo, es aconsejable esperar que se complete el crecimiento, es decir, por lo menos, tres años después de la menarca o, preferentemente, luego de los 18 años, y tratar de que la adolescente corrija su peso en el caso de sobrepeso. Cuando las mamas son excesivamente grandes o presentan turgencia y dureza marcada, se aconseja la consulta con el especialista.

3.3. Dolor mamario

La glándula mamaria se desarrolla por acción de estrógenos, progesterona y otras hormonas. Los estrógenos actúan en el desarrollo de los conductos, y la progesterona en la ramificación de los conductos y en el desarrollo de los alvéolos. El desequilibrio estrógeno-progesterona se asocia con uno de los síntomas que acompaña al síndrome premenstrual, la mastalgia. Es importante descartar otras causas de dolor relacionadas con contracturas paravertebrales por mala postura, costocondritis –dolor en las uniones condrocostales anteriores– y otros dolores mencionados en la bibliografía. El estrés parecería agravar el cuadro.

La palpación mamaria suele mostrar mamas turgentes, irregulares y sensibles.

El tratamiento consiste en el adecuado diagnóstico del dolor, ya que si está asociado a trastornos posturales, es clave la orientación en actividades físicas adecuadas y técnicas de relajación. Es también importante valorar el corpiño: adecuado al tamaño de las mamas, que ejerza un buen sostén y que los breteles estén colocados en forma tal que la mama no cuelgue de la cintura escapular. Según algunos autores, ayuda el aporte de vitaminas A + E + B6 indicadas en el premenstruo a dosis adecuadas. Se recomienda no abusar de la vitamina A por sus efectos tóxicos.

Es necesario, siempre, confirmar la normalidad o, de haber dudas, indicar una ecografía mamaria.

3.4. Nódulo mamario

De palparse una formación tipo nodular, de consistencia aumentada, que no desaparece en el postmenstruo, está indicada la ecografía, y es aconsejable la consulta con un especialista. El tumor benigno más frecuente es el fibroadenoma que suele ser quirúrgico.

4. Menarca y ciclo menstrual

La primera menstruación, llamada menarca, suele presentarse, aproximadamente, a los 12,5 años de edad (rango: 9 a 16 años), entre dos a tres años después de la aparición del botón mamario, en el estadio 4 de Tanner.

El sangrado menstrual dura entre dos y siete días. La cantidad total del sangrado suele ser de 40 ml a 80 ml. Si supera los 80 ml, que se expresa por el cambio de seis o más toallitas empapadas en sangre por día, es necesario valorar qué está sucediendo.

El ciclo menstrual es el período comprendido entre el comienzo de una menstruación y el inicio de la siguiente. Se caracteriza por presentar una fase folicular, seguida de ovulación y una fase lútea. En la fase folicular, se desarrollan un conjunto de folículos de los cuales va a emerger un folículo dominante, que será el folículo destinado a ovular. La maduración folicular se produce por el estímulo de la FSH; los folículos producen estrógenos, que cuando llegan a un determinado nivel, hacia la mitad del ciclo, por el mecanismo de *feedback* positivo inducen un pico de LH, produciéndose la ovulación.

Los estrógenos de la fase folicular estimulan la proliferación del endometrio, lo que se conoce como la fase proliferativa o estrogénica del mismo. Después de la ovulación, el folículo ovulatorio se convierte en cuerpo lúteo, y comienza a secretar progesterona, que produce la transformación glandular del endometrio, que entra, así, en su fase secretoria o progestacional. El cuerpo lúteo comienza a declinar alrededor del día 23 del ciclo y disminuye, progresivamente, su secreción de esteroides, como consecuencia de lo cual, se producen transformaciones vasculares en el endometrio, que llevan a su desprendimiento, es decir, a la menstruación.

Ritmo menstrual: La mayoría de los ciclos menstruales tiene una duración de 21 a 35 días (28 +/- 7 días). Su variabilidad depende de la duración de la fase folicular, ya que la duración de la fase lútea es relativamente constante.

Los trastornos menstruales relacionados con alteraciones del ritmo menstrual o con la cantidad del sangrado suelen presentarse en alrededor del 50% de las adolescentes en el período postmenarca. En la mayoría, sus ciclos se normalizan a los 3 a 5 años de edad ginecológica en forma espontánea (edad postmenarca). Sin embargo, conviene aclarar que en la adolescencia temprana muchos de los ciclos son ovulatorios para no descuidar la prevención del embarazo.

Es aconsejable dialogar, en este momento del desarrollo, sobre el significado de la menstruación.

¿Qué conocimientos tiene la adolescente de la anatomía y fisiología del aparato genital?

¿Cuáles son sus vivencias con respecto a su propio desarrollo? ¿Dialoga con su madre u otro adulto significativo sobre este tema?

En la escuela, ¿se charla de los cambios corporales y de la sexualidad? ¿Qué sabe del desarrollo de sus compañeras?

¿Está preocupada por su aspecto y por su desarrollo? ¿Puede hablar de ello?

¿Tiene conocimientos sobre la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual?

Se aconseja trabajar con material gráfico para poder aclarar dudas, siempre en el momento oportuno, y respetando pudor, privacidad y confidencialidad.

Aclarar que el ciclo menstrual comienza con el primer día de menstruación y finaliza el día previo a la próxima. Aconsejar el registro del primer día de cada menstruación a fin de conocer el calendario menstrual personal.

Mostrar, con un dibujo adecuado, las características de los órganos genitales y señalar los días probables de ovulación. Dialogar sobre la fertilidad y dar nociones sobre prevención del embarazo.

De detectarse situaciones de riesgo, continuar el diálogo en esa o en sucesivas entrevistas.

Es importante tener claros los conceptos de:

● **Ciclicidad:** Cambios hormonales y endometriales que se suceden con una determinada periodicidad. El ciclo menstrual consta de una fase folicular, una fase ovulatoria, la fase lútea y la fase menstrual. Habitualmente, se habla de ciclos bifásicos cuando se produce la ovulación y hay una fase folicular y otra lútea. En el ciclo monofásico no hay ovulación y no aparece la fase lútea.

● **Regularidad:** Semejanza de la duración de los ciclos entre sí. La mujer que menstrúa cada 28 días ovula alrededor del día 14 del ciclo.

● **Espontaneidad:** Ocurrencia natural de la ovulación y otros eventos del ciclo.

5. Flujo vaginal o leucorrea fisiológica

Alrededor de la menarca, aparece el flujo vaginal o leucorrea fisiológica. Es producto de la secreción de las células que recubren el conducto cervical (cuello uterino). Por momentos, se presenta como mucosidad transparente y filante (propiedad de formar hilos), en otros, de color blanquecina. Su cantidad, su transparencia y su fluidez (facilidad con que se estira) aumentan en la ovulación. Por lo tanto, la presencia de filancia y de cristalización (observado al microscopio se ve con aspecto semejante a una hoja de helecho por la presencia de cloruro de sodio y mucina) contribuyen al diagnóstico de ovulación.

El flujo normal no pica, no arde, es blanco o transparente en el papel higiénico, amarillo si se deja secar en la bombacha, no tiene olor a pescado.

Es el momento de explicar como higienizarse:

● Lavarse, diariamente, con agua y jabón neutro durante el baño.

● Enjuagarse y luego secarse con toalla limpia y seca.

● Realizar el secado de adelante hacia atrás.

● No usar desodorante en aerosol.

● No abusar del bidet; de utilizarlo, secarse luego con una toalla propia y limpia.

● Preferentemente, no usar toallitas diarias ni ropas ajustadas.

- La bombacha debería ser de algodón; cambiarla varias veces en el día si el flujo la moja.
- Durante la menstruación, no están contraindicados los baños de ducha ni el lavado de la cabeza. No realizar duchas vaginales.
- Pueden usarse toallas higiénicas o tampones de pequeño tamaño. Cambiar las toallitas tres a cuatro veces por día. De usarse tampones, cambiarlos antes de orinar y/o defecar; preferentemente, no dejarlos más de cuatro a seis horas. No usarlos de noche.

6. Trastornos menstruales perimenárquicos

La causa más frecuente de las irregularidades menstruales tiene relación con la inmadurez del eje hipotálamico-hipofisario-ovárico.

Alteraciones en la duración del ciclo menstrual

- **Amenorrea primaria:** Presenta amenorrea primaria toda adolescente que no ha tenido su menarca a los 16 años o cinco años después de la aparición de la telarca.
- **Amenorrea secundaria:** Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos o falta de menstruación por seis meses.
- **Polimenorrea:** Ciclos de menos de 21 días
- **Oligomenorrea:** Ciclos de más de 45 días y menos de 90 días. Es causa frecuente de consulta. Algunos incluyen ciclos de más de 35 días.

Alteraciones en la cantidad de sangrado menstrual

- **Hipermenorrea o menorragia:** Hemorragia menstrual excesiva de más de 80 ml a intervalos regulares o de más de 7 días de duración.
- **Hipomenorrea:** Hemorragia escasa, menor de 40 ml y/o de corta duración, menos de 2 días.
- **Metrorragias:** Hemorragia uterina a intervalos irregulares. Cualquier pérdida de sangre uterina excluida la menstrual.

6.1. La metrorragia uterina disfuncional

Se caracteriza por hemorragia uterina anormal, por lo general, asociada a ciclos menstruales anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamico-hipofisario-ovárico; estas menstruaciones suelen ser indoloras.

Causas probables

- Ciclos anovulatorios o monofásicos prolongados por:
 - a) Persistencia de un folículo grande por más de 6 a 8 semanas que, luego, se atresia. Al no haber ovulación, no aumenta el nivel de progesterona, no se producen los cambios secretores en el endometrio. Los estrógenos favorecen el desarrollo de un endometrio proliferativo, a veces, de grosor aumentado y con crecimiento asincrónico de estroma, glándulas y de vasos sanguíneos. La caída parcial de los estrógenos provoca una hemorragia uterina por isquemia en parches, que puede ser irregular o simular un ciclo ovulatorio.
 - b) Desarrollo inadecuado del cuerpo lúteo. Por lo cual el nivel de progesterona cae rápidamente produciéndose la hemorragia uterina.
- Alteración de la contracción del miometrio:

Las menstruaciones son abundantes por el bajo nivel de prostaglandinas encargadas de las contracciones uterinas y de los vasos sanguíneos (prostaglandinas F2). Y por el aumento de los receptores para la prostaglandina E2, vasodilatador que se asocia a hemorragias importantes.

Viñeta clínica

Clara tiene 13 años. Acude a la consulta con su madre, quien refiere que su hija tiene un sangrado vaginal de más de diez días. Esta es su primera menstruación. Niega antecedentes personales

de importancia. Al examen físico presenta una talla de 1,55 m y pesa 50 kg; estadío puberal Tanner 4; FC 100 x minuto y TA de 90/60 mmHg sentada. Al ponerse de pie, la FC aumenta a 120 por minuto con caída de la presión arterial y aparición de mareos. Presenta una Hb de 7,5 g/dl.

¿Qué estudios solicitaría para arribar al diagnóstico y qué tratamiento sugeriría?

La historia clínica

Los datos para rescatar de la historia clínica son:

- Edad ginecológica.
- Menarca y características de los ciclos menstruales: frecuencia, volumen y duración.
- Antecedentes de trastornos hemorragíparos personales y familiares.
- Hábitos alimentarios.
- Actividad física.
- Historia sexual y anticoncepción utilizada.
- Antecedentes de enfermedades previas o recientes.
- Medicaciones.
- Características emocionales y estrés.

En el examen físico, valorar crecimiento, datos antropométricos, desarrollo puberal, estado hemodinámico, y buscar signos de enfermedad tiroidea, hepática, discrasias sanguíneas, hiperandrogenismo, galactorrea. Examinar abdomen y descartar la presencia de masa abdominal asociada a embarazo o tumor ovárico. Examinar genitales externos, observar clítoris y características del himen.

El examen ginecológico está indicado en las adolescentes que hayan tenido relaciones sexuales o cuando se sospecha traumatismo. Si la metrorragia se acompaña de dolores cólicos, debe descartarse en primer lugar patología de la gestación: embarazo ectópico, aborto en curso, mola, etcétera.

Los exámenes complementarios aconsejables son: hemograma completo, coagulograma (recuento plaquetario, tiempo de coagulación y de sangría, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, como mínimo), ecografía ginecológica y evaluar cuidadosamente el dosaje de gonadotropina coriónica (subunidad beta HCG = subunidad beta *human chorionic gonadotrophin*) para descartar embarazo. Recordar que el coagulograma mínimo mencionado, no descarta la enfermedad de von Willebrand, que requiere estudios específicos, entre ellos, dosaje del Factor VIII y del cofactor de ristocetina.

Según la historia clínica, realizar estudios de función tiroidea, hepática, prolactina y/o relacionados con el hiperandrogenismo

Los diagnósticos diferenciales más importantes

- *Complicaciones del embarazo*, embarazo ectópico y amenaza de aborto, aborto.
- Enfermedades hematológicas, como la púrpura trombocitopénica idiopática, la enfermedad de Von Willebrand, leucemias: Cuando hay una hemorragia excesiva que coincide con la menarca, es importante descartar un cuadro hematológico, especialmente, con cifras de hemoglobina (Hb) menores a 10 g/dl; además, es necesario tener en cuenta este diagnóstico por ser el segundo en frecuencia luego de la inmadurez del eje hipotálamico-hipofisario-ovárico.
- Cualquier enfermedad que cause pérdida de peso o estrés emocional.
- *Trastornos tiroideos*: El hipotiroidismo se asocia a metrorragia disfuncional y agrava los trastornos de coagulación.
- *Hiperprolactinemia*.
- Síndrome de *ovario poliquístico*: Se asocia a signos físicos de hiperandrogenismo, como hirsutismo y acné y, frecuentemente, con antecedentes de oligomenorrea.
- *Otros*, menos frecuentes. Si bien es infrecuente a esta edad, no debe ignorarse la posibilidad de *patología oncológica* (tumores germinales de ovario y sarcoma uterino cervicovaginal), que puede producir, como primer síntoma, metrorragia.

Clasificación y valoración de la hemorragia

LEVE:

- hemorragia menor de 10 días,
- sin signos clínicos de anemia,
- hematocrito con valores normales bajos o hemoglobina mayor de 11 g/dl.

MODERADA:

- hemorragia mayor de 10 días,
- pérdida sanguínea importante,
- anemia,
- hemoglobina mayor de 9 g/dl sin cambios ortostáticos.

GRAVE:

- hemorragia importante, a veces, con ciclos interrumpidos,
- pérdida muy abundante,
- anemia e hipovolemia • hemoglobina de 7 g/dl,
- hemoglobina entre 7 g/dl y 9 g/dl con cambios ortostáticos.

Tratamiento

Objetivos:

- Cohibir la hemorragia.
- Corregir la anemia.
- Evitar la recidiva.
- Restituir el ciclo bifásico.

Se aconseja:

- Con niveles de hemoglobina < 7 g/dl. HOSPITALIZACIÓN.
- Con niveles de hemoglobina > 9 g/dl. Con buen estado general y sin evidencia de un trastorno de la coagulación: TRATAMIENTO AMBULATORIO.

Diferentes situaciones clínicas1. *En caso de hemorragia actual grave y anemia.*

- con Hb < 7, Hto < 25% o
- Hb entre 7 y 9 g/dl con cambios ortostáticos.

Hospitalización. Considerar transfusión. Medicación hormonal.

Medicación hormonal: 250 mg de caproato de 17 alfa-hidroxiprogesterona + 10 mg de benzoato de estradiol (Primosiston*) IM en una dosis al ingreso, asociado con 2 mg de acetato de noretisterona + 0,01 mg de etinilestradiol (Primosiston comprimidos*) Vía oral (VO) 4 comprimidos los 2 primeros días, 3 los 2 días subsiguientes y, posteriormente, 2 por día hasta completar 22 días.

Al interrumpir la medicación, aparece hemorragia que puede ser un poco más abundante que la habitual y dura alrededor de cinco días.

2. *Hb entre 7 y 9 g/ml sin compromiso hemodinámico ni cambios ortostáticos.*

Evaluar si hospitalización o tratamiento ambulatorio, caso por caso. Instituir tratamiento hormonal de acuerdo con lo mencionado en 1 ó 3.

3. *Hemorragia moderada con Hb mayor de 9 g/dl.*

El tratamiento es ambulatorio. Si la adolescente presenta hemorragia actual, está indicada medicación hormonal por vía oral: 2 mg de acetato de noretisterona + 0,01 mg de etinilestradiol (Primosiston comprimidos*) VO 4 comprimidos los 2 primeros días, 3 los 2 días subsiguientes y posteriormente 2 por día hasta completar 22 días. Si la hemorragia no es muy importante, se puede indicar desde el inicio 3 comprimidos 2 días y luego 2 hasta complementar 22 días o directamente 2 comprimidos.

Luego, se produce la hemorragia por abstinencia, se debe advertir a la paciente que el flujo menstrual puede ser más abundante y más prolongado que lo normal.

4. Hemorragia leve

Si no hay anemia, la hemorragia se produce dentro del primer o segundo año ginecológico, en ausencia de antecedentes patológicos y con examen físico normal, la estrategia es conservadora. Prevenir la anemia de acuerdo con los valores límites aceptables de la hemoglobina. Reforzar la dieta y la activada física normal. Seguimiento de control. Valorar calendario de menstruaciones. De no producirse nueva hemorragia, control en 3 a 6 meses. Si se repite el episodio, instituir tratamiento hormonal descrito en el seguimiento.

Ferroterapia: En caso de requerir la adolescente tratamiento con hierro y hormonal, el tratamiento de la anemia se indica cuando se disminuye la dosis de primosiston a 2 comprimidos por día para evitar la intolerancia gástrica. En otros casos, es conveniente indicarlo precozmente.

Seguimiento

Luego de una hemorragia grave o moderada que ha requerido tratamiento hormonal, en pacientes sin patología de la coagulación, se indica 10 mg de acetato de medroxiprogesterona ó 10 mg de acetato de noretisterona (Primolut Nor*) por día, vía oral, desde el día 16 al 25 del ciclo inclusive, durante 3 a 6 meses.

También, se puede indicar progesterona micronizada 100 mg (Progest*) 10 días VO.

En algunas circunstancias, se indican anticonceptivos orales combinados (estrógenos-progés-
tagenos), especialmente, si la adolescente tiene relaciones sexuales.

En pacientes con coagulopatías, dar anovulatorios (asociación de levonorgestrel 0,15 mg y etinil-estradiol 0,03 mg) vía oral durante 6 ciclos, asociado al tratamiento hematológico específico.

Ferroterapia: dosis profilaxis o tratamiento: Fefol* comprimidos o Anemidox ferrum*.

De existir la posibilidad de una consulta ginecológica, es conveniente aconsejarla, especialmente, si la hemorragia es profusa y/o reiterada.

6.2. Otros trastornos menstruales que se presentan en la adolescencia temprana asociados a trastornos de la conducta alimentaria y/o excesiva actividad física

La *amenorrea* es frecuente en adolescentes que hacen excesiva *actividad física*, como por ejemplo, gimnastas, bailarinas de *ballet* y entre las que corren carreras. Asimismo, puede hallarse entre *mujeres que hacen dieta*. Puede ser primaria o secundaria. En estos casos, el déficit de nutrientes, el excesivo gasto de energía, la disminución del peso y del porcentaje de grasa corporal contribuyen a la supresión de la liberación de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) a nivel hipotalámico (amenorrea hipotalámica) y, en consecuencia, disminuyen las hormonas luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH), estrógenos y progesterona.

Otras causas de amenorrea hipotalámica están relacionadas con el *estrés emocional* importante que puede conducir a una malnutrición y/o al aumento del cortisol.

Finalmente, algunos estudios muestran que *cambios en la alimentación*, como por ejemplo, aumento exagerado de fibras y disminución de la ingesta de grasas sumada a actividad física diaria, puede hallarse en mujeres con peso normal y amenorrea. En algunos casos, el aporte calórico total diario es normal. Pareciera ser que la disminución de la leptina influye significativamente en la desaparición de la ovulación y de la capacidad reproductiva y en la caída del metabolismo celular.

En estas mujeres, la densitometría puede mostrar signos de osteopenia, osteoporosis y una mayor probabilidad de sufrir fracturas. Recordemos que la densidad mineral ósea máxima se alcanza entre los 20 y 25 años.

El tratamiento es una alimentación adecuada, vitamina D y aporte de calcio. Se duda de la utilidad de los estrógenos exógenos, ya que no se correlacionan con una mejoría en la densitometría ósea, sino que mejoran aspectos nutricionales y el nivel de leptina. Es necesario contemplar la necesidad de tratamiento psicológico y, en algunos casos, la evaluación psiquiátrica.

7. Dismenorrea

La dismenorrea es el síntoma más frecuente asociado a la menstruación; 45% a 60% de las adolescentes la refieren. En 10% de ellas, los síntomas son discapacitantes y obligan al reposo.

La dismenorrea primaria se define como dolor crónico cíclico asociado al flujo menstrual sin evidencia de enfermedad orgánica.

En la dismenorrea secundaria, el dolor aparece en el período menstrual y se asocia a una enfermedad orgánica.

Cuadro clínico

Es importante interrogar sobre las características del dolor, su intensidad, el grado de discapacidad que produce y cómo calma.

Los síntomas se agravan si la adolescente tiene una vida sedentaria, fuma o bebe alcohol con frecuencia, o si tiene historia de abuso sexual.

Suele aparecer a los 6 ó 12 meses después de la menarca y antes de los 20 años.

El dolor se localiza por debajo del ombligo, puede irradiar a la zona lumbar y/o muslos anteriores.

Algunas adolescentes refieren, además, náuseas, vómitos, cansancio, nerviosismo, mareos, diarrea, dolor de espalda, cefalea.

Se clasifica en:

- Grado I: Dismenorrea leve. El dolor no altera la vida cotidiana.
- Grado II: Dismenorrea moderada. Interfiere con algunas actividades y los síntomas sistémicos son leves.
- Grado III: Dismenorrea grave. El malestar obliga al reposo y son frecuentes los síntomas sistémicos.

Sus posibles causas

● Es más frecuente en adolescentes cuyas madres padecieron de dismenorrea. Es importante conocer las emociones que acompañan al proceso puberal; temores, disgusto por los cambios corporales, dolores en otras partes del cuerpo como síntoma de malestar emocional, tanto en la joven como en su madre.

● Las contracciones uterinas pueden ser causa de dolor. Cuatro causas miométricas pueden influir: tono de reposo del miometrio aumentado, presión de contracción superior a 120 mmHg, frecuencia incrementada, disritmia en las contracciones uterinas.

● Se ha constatado que las prostaglandinas F2 alfa (responsable de producir contracción miométrica, vasoconstricción, isquemia), y E2 (asociada con vasodilatación e hipersensibilidad en las terminaciones nerviosas del miometrio) están aumentadas en el endometrio secretor inducido por la progesterona. Pareciera que su elevación es causa de dismenorrea.

Diagnósticos diferenciales

● Tumores benignos o malformaciones uterinas/vaginales. Cuando el dolor menstrual aparece en los primeros 6 meses postmenarca o en adolescentes en anovulación, debe descartarse una malformación obstructiva del tracto genital.

● Quistes ováricos. A veces, el dolor es unilateral. Si el dolor se localiza del lado derecho, el diagnóstico diferencial con apendicitis es clave.

● Enfermedad inflamatoria pélvica. Por lo cual, es fundamental conocer la historia sexual de la joven.

● Endometriosis: Implantes endometriales en diferentes lugares de la pelvis. Los síntomas más frecuentes son: Dolor cíclico que aparece antes de la menstruación y se extiende más allá de la menstruación, dolor al defecar, dispareunia y sangrado uterino anormal. El diagnóstico se confirma por laparoscopia.

● Adherencias pélvicas.

- Dispositivo intrauterino.
- Cistitis, colón irritable.

El examen pélvico no está indicado en adolescentes que no han tenido relaciones sexuales y la dismenorrea es leve o moderada. En cambio, está indicado cuando es intensa, no responde al tratamiento sugerido y/o se sospecha dismenorrea secundaria.

El estudio que se debe solicitar es la ecografía ginecológica. Si la adolescente ha tenido relaciones sexuales, a veces, es útil solicitar una ecografía vaginal con efecto Doppler color.

Cuando la dismenorrea no cede ante el tratamiento indicado, es necesario contemplar la necesidad de una laparoscopia para descartar patología orgánica o endometriosis. En estos casos, es aconsejable consultar con el especialista.

Tratamiento

- Es fundamental crear un vínculo de confianza y confirmar la normalidad.
- De detectarse factores emocionales, brindar la contención adecuada.
- Estimular hábitos de vida saludables, entre ellos, la actividad física regular.
- Antiinflamatorios no esteroides indicados antes de que el dolor se instale e, idealmente, por el menor tiempo posible. Tienen como fin contrarrestar la acción de las prostaglandinas. Ejemplos:
 - Ibuprofeno 200 a 400 mg hasta 3 veces por día.
 - Naproxeno 250 mg hasta 3 veces por día.
 - Ácido mefenámico (Ponstil forte*) (500 mg) 250 mg hasta 4 veces por día.
- Algunos autores consideran que el magnesio influye en la disminución del tono miométrial y en la amplitud y frecuencia de las contracciones. La piridoxina parecería incrementar la captación de magnesio.
- Anticonceptivos orales combinados o gestágenos, si no hay respuesta al tratamiento anterior o en el caso de que la adolescente tenga relaciones sexuales.
- En caso de síntomas que persistan más de seis meses, severos y/o sin respuesta al tratamiento, se aconseja la consulta ginecológica.

8. Bibliografía

- DE FELIPPO, B. «Metrorragia disfuncional». *Manejo de Guardia. Normas de guardia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez*. Enero 2005.
- DI NOTO, A. y L. KATABIAN. «Desarrollo Mamario y Autoexamen». En: *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Crecimiento y desarrollo*. Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com_not_exam.php>.
- ESCOBAR, M. E., M. GRÝNGARTEN, B. SEOANE y C. BERGADÁ. «Actualización, Metrorragia en la adolescencia». *Revista del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 35: 154-193.
- GARCÍA, S. «El ciclo menstrual y sus alteraciones». En: *EDISA. Educación a Distancia en Salud del Adolescente*. Mód. 4. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Fundación W. K. Kellogg. Buenos Aires, 1996, pp. 45-61
- GORI, J. R., A. LORUSSO et ál. «Etapas evolutivas biológicas de la mujer y de la personalidad femenina». *Ginecología de Gori*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2003, 4: 88-111.
- «Semiología Ginecológica. Moco cervical». *Ginecología de Gori*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2003, 5: 128-129.
- «Alteraciones del ciclo bifásico». *Ginecología de Gori*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2003, 6: 148-153.
- GUBBAY, S., A. RUBINSTEIN, D. DALDEVICH y A. GRÝNER. «Trastornos menstruales». En: *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Manual de ginecología infanto juvenil*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2003, pp. 169-177.

- HERMAN-GIDDENS, M. E., E. J. SLORA, R. C. WASSERMAN, C. J. BOURDONY, M.V. BHAPKAR, G. C. KOCH y C. M. HASEMEIER. «Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings Network». *Pediatrics*, 1997, vol. 99, pp. 505-512.
- CHANDRAN, L. «Menstruation Disorders» [en línea]. *eMedicine*. Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com/article/953945-overview>>. [Actualización: Junio 10, 2009]
- LEFEBVRE, G., O. PINSONNEAULT, V. ANTAO, A. BLACK, M. BURNETT, K. FELDMAN, R. LEA, M. ROBERT. «Primary dysmenorrhea consensus guideline». *J Obstet Gynaecol Can*, 2005, 27(12): 1117-1130. PMID: 16524531 [PubMed - in process]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16524531&query_hl=21&itool=pubmed_docsum>.
- LÓPEZ KAUFMAN, C., E. P. BAGNATI, I. DE LA PARRA, G. ORTIZ y G. CHURBA. «Dismenorrea». En: *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Manual de ginecología infanto juvenil*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos, 2003, pp. 378-392.
- MANNUCCI, P. M. «Drug Therapy: Treatment of von Willebrand's Disease» (Review Article). [Extract/FullText/PDF/CME]. *N Engl J Med*, 2004, Aug. 12, 2004, 351: 683-694. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/351/7/683?journalcode=nejm&andorexacttitleabs=and&SEARCHID=1124288827324_2685&search_tab=articles&search_tab=articles&sortspec=Score%2Bdesc%2BPUBDATE_SORTDATE%2Bdesc&excludeflag=TWEEK_element&hits=20&FIRSTINDEX=20&andorexactfulltext=and&fulltext=menstruation+disorders&searchid=1124292838939_3397&FIRSTINDEX=20&journalcode=nejm>.
- MAYAYO, E., J. I. LABARTA y A. FERRÁNDEZ. «Pubertad retrasada. Hipogonadismos». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*, 3.a edición. McGraw Hill Interamericana, 2001, 45: 742-745.
- MÉNDEZ RIBAS, J. M. «Patología mamaria». En: Méndez Ribas, J. M. et ál. *Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2005, 18: 236-247.
- «Dolor menstrual en la adolescencia». En: García, S. y C. López Kaufman (directoras). *Curso de Educación Continua a Distancia*. Módulo I. Agosto, 2005, pp. 63-70.
- MÉNDEZ RIBAS, J. M. y K. SIEMASZKO. «Trastornos del ciclo menstrual durante el período puberal». En: Méndez Ribas, J. M. et ál. *Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2005, 12: 138-171.
- MÉNDEZ RIBAS, J. M. y E. DOMÍNGUEZ. «Algomenorrea. El problema de la endometriosis en la adolescencia». En: Méndez Ribas, J. M. et ál. *Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2005, pp. 248-252.
- NEINSTEIN, L. S. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*, 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
- OIZEROVICH, S., D. DALDEVICH, M. SALVO, A. SCHULMAN, S. VÁZQUEZ y H. SANTOS. «Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente». En: *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil*, Rev. SAGIJ, vol. 3, 2004. Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/newsite/site/prof_investigacion.php>.
- OJEDA, S. R. «Pubertad normal». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*, 3.a edición. McGraw Hill Interamericana, 2001, 42: 669-680.
- RIMSZA, M. E. «Metrorragia disfuncional». *Pediatrics in Review* (en español), 2003, 24(2): 57-65.
- RODRIGUEZ SÁNCHEZ, A., J. RODRIGUEZ ARNAO y M. D. RODRIGUEZ ARNAO. «Pubertad precoz». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*, 3.a edición. McGraw Hill Interamericana, 2001, 44: 719-721.
- SANFILIPPO, J. S. y S. PAIGE HERTWECK. «Dysmenorrhea». En: Friedman, S. B., M. M. Fisher, S. Kenneth Schonberg y E. M. Alderman. *Comprehensive Adolescent Health Care*, 2nd edition. St. Louis: Mosby, 1998, pp. 1008-1011.

- SANTEN, R. J. y R. MANSEL. «Current Concepts: Benign Breast Disorders» (Review Article). *N Engl J Med*, 2005, 353: 275-285. Disponible en:
<<http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/3/275>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL. «Desarrollo puberal». En:
Información para la comunidad. Crecimiento y Desarrollo [en línea]. Disponible en:
<http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com_crecimiento.php>.

Capítulo 20

Consultas de varones, relacionadas con el desarrollo

Dr. Alfredo Llorens

1. ¿Consulta el varón?

De diez consultas: tres son de varones y siete de mujeres. (Fuente: Servicio de Adolescencia Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Área Ambulatoria, año 2002).

De una muestra de 1194 adolescentes consultantes a servicios de Adolescencia de Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la relación mujeres/varones fue 1,89/1.

En los varones, el 80% de las consultas se concentra entre los 12 y los 15 años.

En las mujeres, se visualiza una población con tres valores representativos, que corresponden a los 12, 14 y 16 años, respectivamente.

2. ¿Por qué hay menor demanda de atención por parte de los varones?

Varias razones parecen influir:

- Desde los servicios de salud, se ha enfatizado, muy poco, el papel del varón en la salud sexual y reproductiva, y el espacio que se les ofrece resulta, aún, muy reducido.

- Faccini, M. J. en *El Adolescente Varón* refiere: «Patrones de virilidad impuestos a los varones les impiden expresar sus emociones: deben negar el miedo, la ansiedad, la ternura; lo que constituye un factor de riesgo para su psiquismo y limita su acceso a los servicios de salud y orientación porque la enfermedad o necesidad de apoyo pertenecen al universo de lo femenino. El varón crece en una perspectiva de que todo lo sabe, “el varón no tiene dudas”, más aún, en temas de sexualidad».

- El predominio de profesionales mujeres en los servicios de salud puede generar inhibiciones y pudor.

3. Motivos de consulta más frecuentes

En la adolescencia temprana son frecuentes las consultas referidas a aspectos relacionados con:

- El crecimiento.
- El desarrollo genital.
- La ginecomastia.
- Los dolores.

En la adolescencia media y tardía predominan las consultas referidas a:

- El desarrollo muscular.
- Las relaciones sexuales.
- La orientación sexual.

●La prevención del sida y otras ITS.

En este capítulo, nos referiremos a aspectos relacionados con el desarrollo genital, la ginecomastia y el desarrollo muscular.

4. Pene pequeño

Los varones suelen asignar gran importancia al tamaño de sus genitales, en especial, al pene. Asocian el tamaño del pene con la virilidad y con la potencia sexual, y su disconformidad con su aspecto puede condicionar actitudes como miedos e inseguridades. Pocos adolescentes se animan a verbalizar esta situación, aunque la «padecen».

Cuando el médico advierte en el examen clínico genitales normales, pero que podrían considerarse de tamaño algo inferior al promedio, debe reafirmar las características de normalidad.

El verdadero micropene se diagnostica, por lo general, en la infancia asociado a otras dismorfias y anomalías congénitas y orienta a problemas genéticos o endocrinológicos; por ejemplo: déficit de testosterona fetal por insuficiencia hipofisaria = hipogonadismo hipogonadotrófico, déficit de hormona de crecimiento, etcétera.

5. Frenillo corto. Fimosis

La imposibilidad de retraer el prepucio hasta el surco balanoprepucial con el pene flácido se denomina fimosis y, en general, se diagnostica en la infancia.

Si dicha retracción no puede realizarse con el pene en erección, se denomina fimosis funcional y puede ser una consulta relativamente frecuente de los pacientes.

Ambas entidades son de resolución quirúrgica.

6. Testículos diferentes o pequeños

Puede ocurrir que al intentar palpar los testículos, estos no se encuentren en su sitio normal.

Se denomina criptorquidia si él o los testículos no se encuentran en el escroto, pero se los puede hallar en el trayecto inguinal, en el periné o próximos al escroto, es decir, siguiendo su recorrido anatómico de descenso fetal y postnatal normal. En cambio, se habla de ectopía testicular cuando se encuentran fuera de dicho trayecto.

El estudio de imagen sugerido en el caso de gónada en el conducto inguinal es el ecodoppler (para ver la gónada y su vascularización). Cuando no se encuentra en dicho trayecto, debería realizarse TAC abdominal con contraste.

La gónada no descendida puede ser de menor tamaño. Cuando se halla atrófica y no se puede descender quirúrgicamente, se aconseja su remoción dada la alta probabilidad de malignización.

La disgenesias gonadales como el síndrome de Klinefelter presentan gónadas más pequeñas durante la prepubertad (1 a 1,5 ml contra una media de 1,8 ml en los normales) y en su desarrollo puberal no sobrepasan en general los 8 ml y son de consistencia aumentada (ver más adelante).

Si no se encuentran ambas gónadas, anorquia, se debe estudiar el sexo genético o cromosómico.

Los testículos grandes o macroorquidismo, cuando es unilateral, puede ser el resultado de una hipertrofia compensadora en varones que presentan un testículo no descendido o rudimentario contralateral.

El agrandamiento unilateral también puede corresponder a una neoplasia (tumor sólido más frecuente a esta edad).

El macroorquidismo bilateral debe hacer pensar en el síndrome de X frágil (o síndrome de Martin Bell). Esta entidad se caracteriza por presentar trastornos cognitivos y del área del lenguaje, y coeficiente intelectual disminuido. Puede tener otros estigmas físicos, como orejas grandes. En el estadio de Tanner 5, estos adolescentes tienen testículos de más de 25 ml (el promedio del adulto es de 17 ml), pudiendo llegar hasta 120 ml.

Aunque menos frecuente, el agrandamiento bilateral, puede corresponder a recidiva local en pacientes que han presentado leucemia en la infancia.

7. Hernias e hidroceles

Las hernias e hidroceles ocurren como consecuencia de una falla en la fusión y obliteración del conducto peritoneovaginal. Usualmente, son indoloras y palpables en forma intermitente. La mayoría se detecta en la infancia, pero en ocasiones pasan inadvertidas y se hacen evidentes en la adolescencia.

Las hernias inguinales son más frecuentes del lado derecho, 60%; las del izquierdo se observan en el 30%, y las bilaterales en el 10%.

Un peso de nacimiento menor de 1500 g se relaciona con una incidencia 20 veces mayor que en la población general, siendo en este caso bilaterales en el 50% de los casos.

Puede haber dolor si la hernia se estrangula, lo que requerirá cirugía de urgencia. Las hernias reductibles manualmente podrán corregirse quirúrgicamente en forma programada.

El hidrocele se define como la presencia de líquido que circunda al testículo en comunicación o no con el abdomen. La comunicación peritoneovaginal, parcial o completa, puede provocar su agrandamiento en forma intermitente. Dado que esta entidad es casi siempre comunicante, los que no se resuelven espontáneamente antes de los dos años de edad, difícilmente, lo hagan después. Por lo tanto, los hidroceles encontrados en los adolescentes son de tratamiento quirúrgico.

8. Varicocele

Es la dilatación varicosa del plexo pampiniforme y de la vena espermática interna. Existe evidencia, tanto en modelos animales como en humanos, que como resultado de dicha dilatación venosa, se puede producir, con el tiempo, un deterioro de la función testicular. Se estima su frecuencia entre el 15 y el 20% de los varones adultos y, además, de un 30% a un 40% de los varones infértiles presentan esta patología, lo que evidencia el impacto negativo del varicocele sobre la función testicular.

El varicocele secundario (o sintomático) es muy poco frecuente y se presenta en varones con obstrucción venosa orgánica: embolias o trombos, en tumor renal (en venas renales y cava inferior), compresiones venosas producidas por grandes uronefrosis, tumores retroperitoneales o hipoplasia renal homolateral.

Existen tres sistemas venosos de la región escrotal y su contenido:

- El paquete principal o espermático, tributario de la vena renal izquierda (en el lado izquierdo) y de la vena cava inferior (en el lado derecho).
- Un paquete accesorio o deferencial, que acompaña al conducto deferente, es más pequeño que el anterior y drena en la vena iliaca interna o en sus afluentes.
- Un tercer paquete venoso posterior, extrafunicular (por fuera de la vaina fibrosa común).

Los tres sistemas se encuentran interconectados por puentes venosos anastomóticos, lo que asegura el drenaje sanguíneo testicular después de la cirugía de varicocele.

El varicocele se presenta casi exclusivamente del lado izquierdo, debido a que:

- La vena espermática izquierda ingresa en la vena renal del mismo lado formando un ángulo recto y, en cambio, en el lado derecho, lo hace en la vena cava formando un ángulo agudo, lo que disminuiría la incidencia de reflujo venoso.

- La vena espermática izquierda es de mayor longitud que la derecha (8 a 10 cm) y debe soportar una mayor presión hidrostática.
- Las venas espermáticas izquierdas carecen de válvulas en el 40% de los casos, mientras que en el lado derecho ocurre solo en el 23%.
- Los antecedentes genéticos y hereditarios, seguramente, juegan un rol importante, ya que con frecuencia se registran antecedentes varicosos en familiares directos (várices en miembros inferiores en las mujeres y varicocele o hemorroides en los varones). También es frecuente la asociación de varicocele y hemorroides en un mismo paciente.

Por lo tanto, en un paciente con varicocele derecho debe descartarse causa orgánica.

Diagnóstico clínico (criterio de la OMS)

La semiología del varicocele permite clasificarlo en:

- Varicocele grado III: cuando el plexo venoso es claramente visible en el escroto y es fácilmente palpable.
- Varicocele grado II: cuando el plexo distendido es palpable, pero no visible.
- Varicocele grado I: no se ve ni se palpa, excepto cuando el paciente efectúa la maniobra de Valsalva.
- Varicocele subclínico: cuando la anormalidad solo es evidenciada por ecografía con Doppler.

El varicocele produce poca sintomatología, y solo en las grandes dilataciones varicosas, puede aparecer dolor o sensación de pesadez. Por ello, suele pasar inadvertido para la mayoría de los pacientes.

La semiología se realiza con el paciente de pie y durante una maniobra de Valsalva.

Se percibe un engrosamiento irregular comparable a «un saco lleno de lombrices». Las várices espermáticas, que no desaparecen en decúbito dorsal, pueden corresponder a un varicocele secundario (obstructivo) o a una infiltración lipomatosa del cordón.

Debe determinarse el volumen gonadal por medio del orquidómetro debido al posible compromiso del trofismo gonadal y sus implicancias terapéuticas.

El estudio con ecografía con efecto Doppler se realiza con el paciente acostado o de pie, se localiza el latido de la arteria espermática y se le pide que realice la maniobra de Valsalva. Es útil para el diagnóstico de varicoceles subclínicos y pequeños en pacientes obesos con escroto retraído o con lipomas y/o hernias inguinales.

Puede determinarse el volumen testicular por ecografía determinando los tres diámetros principales en milímetros, multiplicarlos entre sí y por la constante 0,523. El resultado es más exacto que el obtenido por estimación con el orquidómetro de Prader.

Cualquier diferencia de volumen mayor a 2 ml entre los testículos, puede considerarse significativa, indicativa de injuria y es un mínimo requerimiento para indicar la reparación de un varicocele en un adolescente.

Tratamiento

En caso de varicocele asintomático del adolescente, sin alteraciones del trofismo testicular, lo indicado es realizar seguimiento y control periódico.

En cambio, la indicación es quirúrgica si existe:

- Varicocele sintomático.
- Varicoceles bilaterales.
- Varicocele prepuberal o en pacientes en Tanner 2.
- Varicocele del adolescente con hipotrofia testicular significativa (más de 2 ml de diferencia de volumen entre ambos testículos). No se realiza espermograma.
- Varicocele del adolescente con demanda de fertilidad con dos o más espermogramas patológicos.

Las tres técnicas quirúrgicas más utilizadas son:

- Transinguinal.
- Infrainguinal
- Retroperitoneal.

La infrainguinal con magnificación óptica es la preferida en la actualidad, ya que presenta el menor número de recidivas y complicaciones a largo plazo.

9. Desarrollo muscular

La vigorexia o dismorfia muscular fue estudiada por primera vez por el doctor Harrison G. Pope, psiquiatra del Hospital Mc Lean en Boston (Estados Unidos) en el año 1997, en una investigación publicada en la revista científica «*Psychosomatics*», publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Se encuadraría dentro de un grupo de trastornos denominados dismorfias corporales, sufridos por aquellas personas que no se sienten a gusto con su propio cuerpo y se obsesionan con ciertos defectos físicos reales o imaginarios.

La vigorexia afecta a hombres que se desviven por alcanzar un cuerpo cada vez más musculado. En opinión del doctor Pope, entre quinientos mil y un millón de estadounidenses podrían padecer dismorfia muscular, cifra que supondría el 10% de los clientes habituales de gimnasio. La vigorexia se observa, principalmente, entre adolescentes.

A pesar de tener, en ocasiones, una complexión física más fornida que el resto de la población, las personas vigoréticas se entregan compulsivamente al ejercicio con pesas sin perseguir otra meta que aumentar la masa muscular. El problema surge cuando no se utiliza el ejercicio físico como un medio para llevar una vida más saludable. La obtención de un cuerpo musculado se convierte en un fin en sí mismo, y esta obsesión puede acarrear la adopción de hábitos no saludables.

La presión de los medios de comunicación ha desempeñado un papel esencial en la extensión de esta patología. Desde el cine y la publicidad, se difunde el modelo de hombre fuerte y atlético como prototipo de salud y de éxito, lo cual puede causar una obsesión por el culto al cuerpo y una frustración en adolescentes cuya complexión no se adapte a estos cánones.

La dismorfia muscular puede tener importantes consecuencias entre quienes la padecen. Algunos adolescentes abusan de esteroides anabolizantes para favorecer la formación rápida de masa muscular, y de dietas inadecuadas que prescinden de la grasa en beneficio de una mayor cantidad de proteínas. Vivir para el propio cuerpo deteriora seriamente las relaciones humanas. Además, los adolescentes que pasan muchas horas en el gimnasio suelen desarrollar un perfil agresivo, agravado por el uso de anabólicos, que les conduce a demostrar su fuerza física durante los fines de semana participando en peleas. Las personas vigoréticas pueden llegar a dedicar al ejercicio físico hasta seis horas al día, lo que les impide cumplir con sus ocupaciones habituales al no interesarse en otra cosa que no sea su aspecto corporal.

Sustancias peligrosas

Es frecuente el consumo de esteroides anabolizantes entre personas vigoréticas. El abuso de estas sustancias, que permiten aumentar rápidamente la masa muscular y son fáciles de encontrar en algunos gimnasios, puede ocasionar graves problemas físicos, como un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones eréctiles, disminución del tamaño de los testículos y una mayor propensión a padecer cáncer de próstata.

10. Ginecomastia

La ginecomastia es un agrandamiento de la glándula mamaria en el varón; la mayoría de las veces es una condición benigna propia de la adolescencia que puede ser motivo de consulta del paciente o de alguno de sus padres o bien un hallazgo durante el examen físico de rutina.

La ginecomastia también puede presentarse en otras edades con mucha frecuencia, pudiendo distinguirse tres edades pico:

- En el recién nacido se presenta en el 60% al 90% de los casos, como parte de la «crisis genital del recién nacido» con la presencia ocasional de galactorrea.
- El segundo pico de frecuencia ocurre durante la pubertad, comenzando a partir de los 10 años y con la mayor incidencia de aparición entre los 13 y 14 años.
- Finalmente, otro pico de incidencia se observa en la población adulta con mayor prevalencia entre los 50 y 80 años.

La ginecomastia representa un desbalance transitorio o permanente en las hormonas esteroides sexuales. Los estrógenos estimulan, fuertemente, el desarrollo de la glándula mamaria, y los andrógenos son débiles inhibidores de dicho desarrollo.

En la adolescencia, la ginecomastia que se presenta en un individuo saludable es, en la gran mayoría de las ocasiones, una condición normal y, solo en pocas circunstancias, significa patología (GINECOMASTIA PATOLÓGICA).

La consulta por ginecomastia por el adolescente, a pesar de ser, generalmente, una condición benigna y transitoria, merece una evaluación cuidadosa por dos razones:

- La primera es porque existe la posibilidad de que esté producida por el efecto secundario de algunas drogas o de que forme parte de una condición clínica no diagnosticada.
- La segunda razón es que, en algunas circunstancias, se puede ofrecer tratamiento médico a aquellos jóvenes que presenten alteraciones de orden psicosocial.

Es muy frecuente la asimetría en el desarrollo de la ginecomastia puberal, y la presencia de desarrollo unilateral puede ser considerada un estadio hacia el desarrollo bilateral.

10.1. Ginecomastia puberal

Incidencia: La ginecomastia forma parte de la pubertad masculina en el 60% de los casos, se limita al tejido mamario y retrograda entre los seis meses y el año. El diámetro glandular, medido con cinta métrica flexible, no excede por lo general los 4 cm. El pico de incidencia se presenta a los 14 años con un volumen testicular de 12 a 15 ml, con VP 3 y G3; coincidiendo, en general, con el PVM de crecimiento y el pico de testosterona plasmática.

Etiología: Las glándulas mamarias son idénticas en ambos sexos al nacer y permanecen sin cambios durante la niñez, para presentar significativas diferencias a partir de la pubertad. En la mayoría de los varones, se presenta una proliferación transitoria ductal y del mesénquima circundante, que aparece durante el período de maduración sexual rápida, seguido de involución y, finalmente, atrofia del componente ductal. Por el contrario, en las mujeres, los tejidos mamarios ductales y periductales continúan creciendo y desarrollándose para producir acinos terminales lo que requiere de la presencia de estrógenos y progesterona. Dado que los estrógenos estimulan el tejido mamario, y los andrógenos antagonizan estos efectos, la ginecomastia puede considerarse un desbalance entre estas hormonas. La transición en el varón entre el estado prepuberal y el postpuberal, se acompaña de un incremento de treinta veces en la concentración de testosterona con un aumento de solo tres veces de los niveles de estrógenos, por lo tanto, hay un desbalance relativo de estas hormonas durante el proceso puberal.

Incremento en la concentración sérica de estrógenos

Los testículos secretan solo una pequeña cantidad de estradiol al torrente sanguíneo diariamente. Toda la estrona y el 85% del estradiol se producen en tejidos extragonadales por aromatización de precursores. La conversión de androstenediona y testosterona a estrona y estradiol, respectivamente, se lleva a cabo por la enzima aromatasa. Esta conversión tiene lugar en el músculo, tejido adiposo, el hígado y la piel. Existe, además, un importante grado de interconversión entre el estradiol y la estrona por medio de la enzima 17-cetosteroido reductasa que, también, cataliza la transformación de androstenediona a testosterona.

Un incremento patológico de los estrógenos se puede encontrar en diversas circunstancias:

- Los tumores testiculares de células de Leydig y las neoplasias feminizantes de la corteza suprarrenal secretan cantidades aumentadas de estrógenos.

- Existe, además, un incremento en la aromatización de los precursores de estrógenos en los tumores de las células de Sertoli, como también ocurre, en los tumores testiculares que contienen tejido trofoblástico, en los pacientes obesos, en las enfermedades hepáticas o, como efecto secundario, de la administración de espirinolactona.
- Aunque la Globulina Plasmática Transportadora de Hormonas Sexuales (SHBG o *sex hormone-binding globulin*) se une, tanto a los andrógenos como a los estrógenos, tiene mayor afinidad por los primeros, por lo que quedaría más estrógeno libre (biológicamente activo). Por lo tanto, drogas como la espirinolactona o el ketoconazol, que se unen a la SHBG, desplazan más fácilmente a los estrógenos.
- En otras circunstancias, puede verse un aumento de los estrógenos libres plasmáticos por compromiso en su metabolización. Este mecanismo ha sido propuesto para la cirrosis hepática.
- También está descrita la ingestión accidental, ocupacional o dietética de estrógenos.
- Ciertas drogas como la digital, por su parecido estructural, pueden estimular a los receptores tisulares de estrógenos.

Disminución de la concentración sérica de andrógenos

Se puede observar un aumento de la relación estrógenos/andrógenos debido a una disminución de los andrógenos plasmáticos.

La disminución de los andrógenos plasmáticos puede verse en el geronte como parte normal del envejecimiento, en el hipogonadismo primario o secundario y en pacientes con ciertos defectos de las enzimas testiculares.

Se puede presentar disminución de la secreción de andrógenos, también, en los estados hiperestrogénicos dado que los estrógenos inhiben la secreción hipofisaria de hormona luteinizante (LH), lo que determina, a su vez, una supresión secundaria de la secreción de andrógenos testiculares. Además, los estrógenos inhiben la actividad del citocromo P-450c 17 testicular que se requiere para la biosíntesis de testosterona.

Un efecto similar puede verse en la estimulación crónica de las células del intersticio testicular por la LH como ocurre en el hipogonadismo primario.

Defectos en los receptores de andrógenos

Los defectos en la estructura o función de los receptores de andrógenos se observan en los pacientes con insensibilidad parcial o total a los andrógenos. Estos pacientes suelen presentar aumento de testosterona plasmática con conversión periférica de ésta hacia estrógenos.

Evaluación clínica

Examen físico:

- Medir el tejido mamario (con cinta métrica flexible), la ginecomastia puberal no excede, por lo general, los 4 cm de diámetro y se parece al estadio de Tanner 2 de mamas de las mujeres.
- Examinar los testículos respecto de su tamaño, consistencia, asimetrías o nódulos, y la concordancia con el estadio de Tanner.
- Corroborar el estado de salud general y nutricional.
- Investigar la presencia de signos de enfermedad hepática, tiroidea o renal.
- Buscar la presencia de signos de feminización: típica distribución del vello corporal, la grasa y el tono de voz.
- Diferenciar entre ginecomastia (aumento del tejido mamario) y pseudo-ginecomastia o lipomastia (aumento del tejido adiposo). Esta última, puede verse en obesos y no requiere más evaluaciones. Para diferenciar ambas entidades, debe examinarse al paciente en posición supina y tratar de tomar la región mamaria entre el índice y el pulgar. Si existe ginecomastia se palpará un disco de consistencia duro elástica que puede moverse entre los dedos. En el caso de presentar el joven lipomastia, no se palpará dicho disco.
- El término macroginecomastia se refiere a un desarrollo mamario en un varón parecido al de los

estadios medios y tardíos de Tanner de las mujeres, con glándulas mamarias que exceden los 5 cm de diámetro y, en ocasiones, con proyección de la areola y el pezón por sobre la piel circundante para formar un montículo secundario tal como se ve en el estadio de Tanner 4 de mujeres. Ya sea que la macroginecomastia represente una variante extrema de la normalidad o un proceso patológico, es improbable que retrograde espontáneamente.

Tratamiento

En el caso de la ginecomastia puberal, está indicada solo la observación, bajar de peso, si existe sobrepeso, y desarrollar los pectorales mayores para una mejor apariencia.

Se puede ofrecer cirugía después de 18 a 24 meses de comenzada la ginecomastia si ésta es significativa y causa malestar psicosocial importante.

Dado que ningún adulto debería presentar ginecomastia, el tratamiento quirúrgico está indicado al alcanzar un desarrollo completo Tanner 5, volumen testicular adulto de 15 a 25 ml, con cese de crecimiento.

Los tratamientos hormonales, tanto en la ginecomastia fisiológica, como en la patológica, deberán estar a cargo del especialista.

10.2. Ginecomastia patológica

La ginecomastia patológica está referida al desarrollo mamario en un varón como resultado de los efectos secundarios de drogas o producida por una enfermedad subyacente.

Drogas que causan ginecomastia

Hormonas

- Andrógenos y anabólicos esteroides
- Gonadotropina coriónica
- Estrógenos y agonistas de los estrógenos

Antiandrógenos o inhibidores de la síntesis de andrógenos

- Ciproterona
- Flutamida

Antibióticos

- Isoniacida
- Ketoconazol
- Metronidazol

Medicación antiulcerosa

- Cimetidina
- Omeprazol
- Ranitidina

Agentes quimioterápicos para el tratamiento del cáncer (especialmente agentes alquilantes)

Drogas cardiovasculares

- Amiodarona
- Captopril
- Digoxina
- Enalapril
- Metildopa
- Nifedipina
- Reserpina
- Verapamil

Psicofármacos

- Diazepam
- Haloperidol

- Fenotiazinas
- Antidepresivos tricíclicos

Drogas de abuso

- Alcohol
- Anfetaminas
- Heroína
- Marihuana

Enfermedades que causan ginecomastia:

Endocrinopatías	Tumores	Enfermedades crónicas	Familiar
Hipogonadismo: - Defectos enzimáticos - Resistencia a los andrógenos - Regresión testicular - Síndrome de Klinefelter Hermafroditismo	Hipofisarios Suprarrenales Testiculares: - De células de Leydig - De células de Sertoli - Corioepitelioma Hígado Linfomas Leucemias Tumores de mama	Hígado Riñón Desnutrición Colitis ulcerosa Fibrosis Quística SIDA Injuria del SNC	Con hipogonadismo Sin hipogonadismo Aromatasa elevada
Hipertiroidismo			
Tumor suprarrenal			

Laboratorio (variantes patológicas)

Solicitar LH, FSH, Testosterona (T0), Estradiol (E2), SHBG, Prolactina, Gonadotropina Coriónica, Alfa-fetoproteína, Antígeno Carcinoembrionario.

Si existe aumento de FSH, considerar Síndrome de Klinefelter y otras disgenesias gonadales (realizar cariotipo).

Si se encuentra aumento del estradiol y/o la testosterona, descartar tumor suprarrenal, entre otras patologías.

11. Síndrome de Klinefelter (SK)

Es el trastorno de cromosomas sexuales más frecuente en humanos, que afecta a 1 de cada 500 a 1000 varones y uno de cada 80 pacientes con criptorquidia.

Estos varones presentan cromosomas X supernumerarios, siendo la forma más frecuente 47 XXY. También, pueden existir otros casos como 48 XXXY, 49 XXXXY y mosaicos de 47 XXY. Los efectos en el desarrollo físico y mental aumentan al aumentar el número de cromosomas X extras y cada cromosoma X extra reduce el coeficiente intelectual en un promedio de 15 a 16 puntos, y es el lenguaje el área más afectada. Se produce por falla en la disyunción meiótica del padre (53%), de la madre (43%) o por errores mitóticos postcigóticos (3%).

La variante más frecuente, 47 XXY, se presenta en 1/600 varones. Las otras formas son mucho menos frecuentes.

Manifestaciones clínicas

El SK es raramente diagnosticado en la infancia, porque los signos clínicos son escasos.

Las formas más frecuentes de sospechar el diagnóstico son:

- *En la etapa prenatal*, por amniocentesis.
- *En la infancia*, por criptorquidia, por dificultades de aprendizaje, trastornos en la adquisición del lenguaje y de conducta. El examen testicular puede evidenciar volúmenes testiculares entre 1 y 1,5 ml, algo inferiores al promedio (promedio normal 1,8 ml).
- *En la adolescencia*, por la discordancia entre un desarrollo adecuado de los genitales externos y un volumen testicular disminuido, ginecomastia, hábito eunucoide, talla alta.
- *En adultos*: por infertilidad.

Los pacientes con SK ingresan en la pubertad, normalmente, a la edad cronológica esperada, pero, posteriormente:

- Los testículos no aumentan de tamaño (generalmente no sobrepasan los 8 ml) y tienen consistencia aumentada a la palpación (por la hialinosis y fibrosis de los túbulos seminíferos).
- En la adolescencia, las proporciones corporales adquieren apariencia eunucoide.
- Aparece ginecomastia en el 50%.
- Presentan un mal desempeño escolar con pobre rendimiento verbal.
- El desarrollo del vello puberal es normal.

Los varones con síndrome de Klinefelter tienen un riesgo 10 a 20 veces mayor para desarrollar cáncer de mama.

Diagnóstico

- Cariotipo.
- Corpúsculo de BARR positivo.
- Aumento de la FSH plasmática.
- Testosterona plasmática en rango normal.
- Aumento moderado de la LH.

12. Bibliografía

- ANIGSTEIN, C. «Longitud y diámetros del pene en niños de 0 a 14 años». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2005, 103(5): 401-403. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2005/A5.401-405.pdf>>.
- BRAUNSTEUN, G. «Ginecomastia». *N Engl J Med*, 1993, 328: 490-495. Disponible en: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/328/7/490>>.
- COMITÉ NACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA. (SAP). «Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento de la criptorquidia». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2001, 99(4): 372. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/v107n2a15.pdf>>.
- GIRARD, G., S. RAFFA et ál. *El Adolescente Varón*. Editorial Lumen, 2001.
- KHAN, H. N. y R. W. BLAMEY. «Endocrine treatment of physiological Gynecomastia». *BMJ*, 2003, 327: 301-302.
- MAHONEY, C. P. «Adolescent Gynecomastia». *Pediatr Clin North Am*, December 1990, 37, N.º 6.
- ROHN, R. D. «Male Genitalia: Examinations and Findings». En: Friedman, S. B., M. M. Fisher, S. Kenneth Schonberg y E. M. Alderman. *Comprehensive Adolescent Health Care*, 2nd edition, St. Louis: Mosby, 1998, pp. 1078-1096.
- RUIZ, E., T. PASQUALINI et ál. «Varicocele en la pubertad y adolescencia, una nueva perspectiva». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2001, 99(5): 471-476. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/471.pdf>>.
- SKOOG, S., K. ROBERTS, M. GOLDSTEIN y J. L. PRIOR. «The adolescent varicocele: What's new with an old problem in young patients?». *Pediatrics*, 1997, vol. 100, N.º 1.
- VÁZQUEZ, J. y J. M. GHIRLANDA. «Varicocele, un tema polémico». *Rev Arg. de Urol*, 1996, vol. 61, N.º 7, p. 161.

WIKSTROM, A. M., T. RAIVIO, F. HADZISELIMOVIC, M. S. WIKSTROM, T. TUURI y L. DUNKEL. «Klinefelter syndrome in adolescence: onset of puberty is associated with accelerated germ cell depletion». *J Clin Endocrinol Metab*, May 2004, 89(5): 2263-2270. PMID: 15126551 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126551?dopt=Abstract>>.

Capítulo 21

La consulta por baja talla

**Dra. Titania Pasqualini,
Dra. Diana Pasqualini,
Dr. Alfredo Llorens**

1. Caso clínico: Rubén consulta por baja talla.

Lea cuidadosamente este material. A lo largo de la presentación del caso clínico, surgen preguntas tipo *múltiple choice*. Evalúe las respuestas y piense cuáles son correctas y cuáles no. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura del texto que sigue a continuación. Al final de este capítulo, encontrará las reflexiones de los autores.

Rubén concurre a los 12 años y 3 meses con su madre. El motivo de consulta de la mamá es trastorno de conducta y amenaza de expulsión por parte del colegio; el de Rubén, baja talla. Convive con la mamá quien trabaja por horas como empleada doméstica. Realizan una comida principal por día. Los padres se separaron hace cuatro años por violencia en el hogar. No ve al papá. Cursa 6.º grado. Repitió 4.º grado. Es agresivo en la casa y en la escuela.

El embarazo fue normal. El parto, en pelviana. El peso al nacer 2,800 kg y la talla 47,5 cm. No refiere enfermedades importantes en la infancia. Al examen físico presenta:

- Talla: 1,21 m.
- Peso: 25 kg.
- Relación segmento corporal superior/segmento inferior: 0,98.
- FC: 76 por minuto.
- TA: 90/60 mmHg.
- Tanner 1.
- Abundantes caries.
- Frente amplia.
- Contextura pequeña y armónica.

Se interroga sobre estatura de la madre y del padre: La madre mide 1,47 m y el padre alrededor de 1,60 m.

Se solicita informe escolar y se propone estudios por su baja talla.

Recordemos que el centil 50 (P50) de talla para la edad y sexo de un varón de 12 años y 3 meses es: 146,70 cm. El desvío estándar (DS) correspondiente es de 7,61 cm.

Le proponemos la siguiente actividad:

1) Reflexione si es verdadero o falso:

- A) El centil actual de talla de Rubén coincide con el rango correspondiente a su carril genético.
- B) Las características de la pubertad de los padres no tienen importancia.
- C) Son importantes para el diagnóstico etiológico el peso y la talla de nacimiento, la historia evolutiva de su crecimiento, los hallazgos al examen físico.

- D) El primer signo de desarrollo puberal en el varón coincide con el agrandamiento del pene.
E) Dado que Rubén presenta Tanner 1, su pronóstico de talla es mejor en relación con otro adolescente cuya pubertad hubiera comenzado.

2) ¿Cuán lejos de la media se encuentra el paciente (score Z)?

3) ¿Qué exámenes complementarios solicitaría en primer término? (Elija una opción).

- A) Cariotipo y dosaje de hormona de crecimiento.
B) Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, creatininemia, orina completa, parasitológico seriado de materia fecal, TSH, T4, Prolactina.
C) IgA, anticuerpo antitransglutaminasa A o anticuerpo antiendomiso A.
D) Rx de mano y muñeca izquierda frente (edad ósea), Rx de cráneo perfil.
E) B, C y D son correctas.

Rubén vuelve al mes con algunos estudios.

El hemograma, eritrosedimentación, glucemia, creatininemia, orina completa y parasitológico seriado de materia fecal son normales.

La Rx de silla turca es informada como de tamaño agrandado.

La Rx de mano y muñeca izquierda frente concuerda con una edad ósea de 9 años.

El dosaje de IgA y de anticuerpo antiendomiso IgA está en marcha.

El informe escolar solicitado refiere dificultad para integrarse socialmente con sus pares y para aceptar límites. No presta atención en Matemáticas y Lengua. En Ciencias Naturales le va mejor, pues le interesa, y tiene una buena relación con su maestra.

Se solicita una entrevista con la psicopedagoga.

4) Ya que los primeros estudios fueron normales, excepto la presencia de la silla turca aparentemente agrandada, ¿qué estudios solicitaría ahora? (Elija una opción).

- A) Resonancia magnética nuclear de cerebro con estudio de zona hipotalámica-hipofisaria.
B) Dosaje de testosterona total y libre.
C) Agudeza visual, fondo de ojo y campimetría.
D) A y C son correctas.

A los tres meses, Rubén creció 1 cm y presenta Tanner 1. El dosaje de IgA, T3, T4, TSH es normal. Anticuerpos antitiroideos y anticuerpo antiendomiso tipo IgA son (-). La resonancia magnética nuclear no muestra patología.

Se realiza interconsulta con el endocrinólogo, quien solicita dosaje de hormona de crecimiento previa estimulación. El resultado es normal.

5) Diagnósticos presuntivos para considerar: (Elija una opción).

- A) Baja talla familiar.
B) Retraso de talla constitucional.
C) Deprivación afectiva y nutricional.
D) Hipocondroplasia.
E) A, B y C son correctas.

El informe psicopedagógico refiere trastorno del aprendizaje no especificado. Deficiencias de la lectura, cálculo y expresión escrita interfieren en su aprendizaje, sin constituir, ninguna de ellas, un trastorno de aprendizaje específico. Trastorno disocial leve. La inmadurez en los gráficos y en otros aspectos del aprendizaje está influida por su inseguridad y desorganización. Utiliza en el discurso términos que no se corresponden a su edad y refiere temor al abandono y al castigo. Pareciera ser que factores emocionales y baja tolerancia a la frustración influyen en su desempeño escolar. Hay antecedentes de abandonos a repetición, privación afectiva y nutricional, ambiente poco estimulante y contenedor. Se aconseja tratamiento psicológico con apoyo familiar.

6) Reflexione cuáles son los factores que contribuirían a la conducta antisocial de Rubén.

2. Malestares relacionados con el aspecto corporal, el crecimiento y el desarrollo físico

2.1. Introducción

Para comenzar tendremos presente el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los motivos frecuentes de preocupación en la adolescencia temprana relacionados con el crecimiento y desarrollo?

El interés e inquietudes por el crecimiento y desarrollo pueden surgir del mismo adolescente, de sus padres, de los docentes, de los profesionales de la salud, del propio Estado.

Los adolescentes se preguntan frecuentemente:

¿Soy normal?

Si tienen retraso puberal: ¿Qué pasa con mi crecimiento? Si es mujer ¿porqué no crecen mis mamas?

Si es varón ¿porqué mis genitales no han cambiado?

Si existe sobrepeso: ¿Por qué engordo y los demás comen lo mismo y no les sucede? ¿Qué puedo hacer para adelgazar?

Algunos expresan disconformidad con algunas partes de su cuerpo.

Los padres solicitan el control de crecimiento y desarrollo ¿por qué?:

Quieren saber si su hijo está creciendo y desarrollándose normalmente, confirmar la normalidad o conocer si hay algún problema.

Desconocen el proceso normal de crecimiento y desarrollo y quieren información.

Desean que el profesional de la salud brinde orientación en diferentes temas a los hijos adolescentes: alimentación, sexualidad, vínculo padres-hijos, prevención de problemas, etcétera.

Los docentes suelen aconsejar la consulta cuando un adolescente es:

Muy bajo para su edad.

Muy delgado o tiene sobrepeso significativo.

Sospechan un trastorno de la conducta alimentaria.

El Estado está interesado en la supervisión del crecimiento de niños y adolescentes.

Uno de los ejes de los programas de salud es la promoción del crecimiento y desarrollo normal. El crecimiento adecuado de la población junto con el descenso de la mortalidad infantil son objetivos primordiales de los Programas Materno Infanto Juveniles.

2.2. Inquietudes relacionadas con el aspecto corporal.

Es frecuente, además, que los adolescentes expresen inquietudes relacionadas con el aspecto corporal.

La imagen corporal es la imagen interna-mental del cuerpo de uno y la suma de actitudes emocionales hacia él. Es una especie de pintura que representa el cuerpo en su totalidad, como también sus partes, incluyendo tamaño, forma y relación espacial. Su exactitud está influenciada por los sentimientos, por las actitudes familiares y culturales. Puede ser variable en el mismo sujeto; por ejemplo, antes y después de comer, en estado de euforia o de depresión.

Existen múltiples formas de evaluar la imagen corporal a través de indicaciones sencillas, como por ejemplo, dibujo de una persona del mismo sexo y del opuesto, y relacionarlos con el aspecto personal; abrir las puertas lo suficiente para pasar, etcétera.

Es importante hacer describir al paciente su cuerpo y las sensaciones que le provocan en el momento del examen físico. No solo su apariencia, sino su percepción de cómo lo ven los demás y la diferencia con sus pares. La visión del paciente desnudo y el examen físico completo permiten deducir si lo descrito coincide con la realidad.

Estas percepciones que el adolescente tiene de su propio cuerpo, erróneas o no, deben ser valoradas en una o en sucesivas entrevistas para afirmar la normalidad y/o detectar minusvalías físicas o patologías evidentes.

¿Cuáles son las consultas más frecuentes relacionadas con el aspecto corporal de mujeres y hombres adolescentes?

Tamaño y dimensiones corporales:

- Baja talla.
- Talla alta.
- Delgadez.
- Exceso de peso.
- Disconformidad con su desarrollo muscular.
- Disconformidad con su distribución adiposa.
- Disconformidad con alguna parte de su cuerpo.

Caracteres sexuales secundarios:

- Botón mamario en la mujer.
- Ausencia de una o ambas mamas.
- Asimetría del tamaño de las mamas.
- Mamas pequeñas.
- Mamas grandes.
- Hipertrofia de labios vulgares.
- Pene pequeño.
- Testículos pequeños.
- Desarrollo puberal adelantado.
- Desarrollo puberal retrasado.

Otros:

- Ginecomastia.
- Caída de cabello.
- Aumento o distribución de vello.
- Dilatación venosa en miembros inferiores.
- «Celulitis».
- Acné.

3. La consulta por talla baja

3.1. Introducción

La baja talla es un motivo de consulta frecuente. Un niño o adolescente tiene baja talla cuando su estatura se encuentra por debajo del centil 3 de los estándares nacionales, es decir 1,882 desvíos estándar por debajo de la mediana de la población; en la práctica suele considerarse baja una talla por debajo de -2 desviaciones estándar (DS).

En poblaciones sanas y bien nutridas, el 90% de la población tiene una talla que se halla por encima del centil 10; el 7% de los niños, cuya talla varía entre los centiles 10 y 3, tiene una talla considerada baja, y el 3% tiene una talla apreciada como muy baja, por debajo del centil 3.

Hay adolescentes con tallas aparentemente normales que presentan una desaceleración de su crecimiento que requiere investigación clínica. La velocidad de crecimiento (incremento de talla por unidad de tiempo, expresada en cm/año) es uno de los parámetros más sensibles de la evaluación del crecimiento.

Entre los que presentan baja talla, pueden encontrarse adolescentes saludables con baja talla familiar y/o retraso constitucional de crecimiento (maduración lenta).

Tres elementos son claves para evaluar: la antropometría al momento de la consulta, la curva de crecimiento, que se obtiene de mediciones previas, y la talla familiar.

3.2. Elementos para tener en cuenta en la historia de un adolescente con baja talla

En la primera consulta, evaluar a quién le preocupa la talla baja: ¿A los padres, al adolescente? Y ¿cómo es con respecto a sus compañeros? Algunos adolescentes, cuya altura se halla por encima del centil 3, no se hallan conformes con la misma y, a veces, los padres se muestran inquietos por la estatura de su hijo/a a pesar de ser normal.

El lugar que ocupa por su estatura entre sus compañeros, nos dará una idea de la dimensión de su baja estatura.

a) Evaluar por interrogatorio:

Antecedentes perinatales

- Características del parto. La *insuficiencia de hormona de crecimiento (GH)* se asocia más frecuentemente a parto de nalgas o cesárea.
- Peso al nacer. Algunos niños con *restricción de crecimiento intrauterino* no realizan el crecimiento compensador adecuado y, aproximadamente, el 7 al 8% alcanzan el comienzo de la pubertad con tallas por debajo del centil 3.
- Primer mes: micropene, hipoglucemia y convulsiones son manifestaciones de *insuficiencia de hormona de crecimiento*.

Otros antecedentes personales

- Antecedentes de enfermedades renales, tiroideas, sistémicas, mala absorción.
- La cefalea y los disturbios visuales obligan a sospechar un *tumor u otra patología diencefálica*.
- Hábitos de vida.
- Características socioeconómicas.
- Sostén afectivo en el hogar.

Antecedentes familiares.

La causa más frecuente de talla baja es la *talla baja familiar y/o el retardo de talla constitucional (madurador lento)*. Por esto, a través del interrogatorio, es importante conocer la talla de los padres, de los hermanos, de los abuelos y de otros familiares cercanos (si es posible, corroborando las mediciones); y su edad de desarrollo puberal, como edad de menarca de la madre y momento de estirón puberal del padre.

Para conocer si la altura del adolescente se halla dentro de su rango genético o su talla diana, se aplica la siguiente fórmula:

$$[(\text{Estatura del progenitor del mismo sexo}) + (\text{estatura del progenitor del sexo opuesto} + 12,5 \text{ cm si es varón y } - 12,5 \text{ cm si es mujer})] / 2.$$

El resultado, con un rango de variación de + 8,5 cm, nos permitirá sospechar una alteración del crecimiento cuando las predicciones de talla definitiva se alejan de él.

b) Examen físico

Evaluar:

- Talla, peso, proporciones corporales, perímetro cefálico.
- Desarrollo puberal.

c) Comparar peso y talla con las Gráficas de crecimiento

Todas las mediciones se compararán con las tablas nacionales de Lejarraga y Orfila. (VER en So-

ciudad Argentina de Pediatría «Tabla de percentiles», <<http://www.sap.org.ar/prof-percentilos.php>>). La recolección de mediciones previas y la reconstrucción de la curva de crecimiento permiten conocer la velocidad de crecimiento y cómo se modifica el centil de talla a lo largo de los años.

d) Seguimiento posterior

La evaluación de la velocidad de crecimiento posterior permite detectar si el adolescente crece siguiendo un centil determinado. Para calcularla, se requieren por lo menos dos mediciones con un intervalo de tres a seis meses.

e) Edad ósea

Permite realizar el pronóstico de talla adulta. Para su evaluación, es necesario obtener una radiografía de mano y muñeca izquierda de frente, a 75 cm de distancia, con foco en cabeza de tercer metacarpiario. Luego se compara esta radiografía con las contenidas en el álbum de Greulich y Pyle.

f) Radiografía de cráneo perfil para ver la silla turca

La finalidad es valorar la forma y los límites de esta formación ósea para ver si hay deformaciones o destrucciones compatibles con la presencia de un tumor, por ejemplo, un *craneofaringioma*.

g) Laboratorio básico para realizar si corresponde según historia clínica

- Hemograma.
- Creatinina y orina.
- Anticuerpo antitransglutaminasa IgA y dosaje de IgA.
- TSH ultrasensible y T4.
- Prolactina.

3.3. Causas de baja talla

3.3.1. Baja talla familiar y retardo constitucional de crecimiento

Son las causas más frecuentes de talla baja.

¿Cuándo un adolescente tiene baja talla familiar?

Cuando presenta:

- Talla debajo de percentil 3.
- Velocidad de crecimiento (VC) anual normal.
- Ausencia de enfermedad sistémica o endócrina.
- Empuje puberal a edad normal.
- Edad ósea igual a la cronológica.
- Talla familiar baja.

¿Cuándo sospechamos que el adolescente es un madurador lento o tiene un retardo constitucional del crecimiento?

Cuando presenta:

- Talla debajo de percentil 3.
- VC anual normal bajo < 5 cm/año o levemente menor de lo normal.
- Ausencia de enfermedad sistémica ó endócrina.
- Empuje puberal tardío.
- Edad ósea atrasada.
- Antecedentes familiares de retardo puberal.

Características clínicas y diferenciales de talla baja familiar y retardo constitucional de crecimiento.

	BAJA TALLA	RETARDO CONSTITUCIONAL
Talla.	< de percentilo 3.	= ó < de percentilo 3.
Velocidad de crecimiento anual.	Normal.	< de 5 cm/año (levemente menor de lo normal).
Enfermedades sistémicas ó endocrinas.	Ausentes.	Ausentes.
Edad de empuje puberal.	Normal.	Retardada (>14 años: varones y > 13 años: mujeres).
Edad ósea.	Adecuada a cronología.	Atrasada (en general se corresponde a edad por talla).
Antecedentes familiares.	De talla baja.	De retardo puberal.

El 3% de los niños presentan talla baja familiar y/o retardo constitucional de crecimiento. Los varones, en general, consultan más frecuentemente que las mujeres por las presiones psicosociales que sienten; se observa que el retardo puberal se asocia, muchas veces, con talla baja familiar.

Las características del retardo de talla constitucional, que aseguran el diagnóstico y permiten diferenciarlo de otras causas, son:

- la pubertad no se retrasa más allá de los 16 años en las mujeres, o de los 18 en los varones;
- el comienzo de la pubertad se corresponde mejor con la edad ósea que con la cronológica. Hay una edad ósea adecuada para el comienzo puberal, aproximadamente 11 años en las mujeres y 12 años en los varones;
- en la etapa peripuberal, la velocidad de crecimiento disminuye y el centil de talla, también, de acuerdo con el grado de retraso puberal;
- a veces, es difícil diferenciarlo del hipogonadismo hipogonadotrófico hasta que la pubertad comienza; en estos casos, hay que investigar el olfato y descartar micropene (largo de pene estirado < 4 cm) (si existieran dudas, la interconsulta con el endocrinólogo pediatra sería necesaria);
- una vez iniciada la pubertad, el progreso de los caracteres sexuales secundarios y de la velocidad de crecimiento es normal;
- el largo período de crecimiento prepupal, seguido de un empuje puberal adecuado, resultan en el alcance del potencial genético de talla.

3.3.2. Enfermedades con baja talla

3.3.2.1. Causa prenatal

Restricción de crecimiento intrauterino

El niño con restricción de crecimiento intrauterino/pequeño para edad gestacional (RCIU/SGA) se define como aquél que nace con un peso (PN) y/o longitud corporal (LC) igual o menor a 2 desvíos Standard (DS) debajo de la media de acuerdo con la edad gestacional (<2 DS). Es decir, el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) se asocia a bajo peso al nacer, menor del centil 10 para la edad gestacional correspondiente. Y, a veces, a baja talla.

Factores genéticos o ambientales limitan el potencial del feto para crecer. Si el feto es expuesto a factores limitantes del crecimiento, intensa y/o prolongadamente, esto puede no solo resultar en un substancial retardo del feto al nacer, sino, también, en un persistente retardo o reducción del creci-

miento postnatal, como así, también, en otras consecuencias a largo plazo sobre funciones endocrinas, metabólicas y cardiovasculares.

Tienen mejor pronóstico de crecimiento aquellos niños cuyos padres tienen mayor altura, reciben aportes nutricionales adecuados, crecen más aceleradamente en los primeros seis meses y se han ubicado en su carril genético de crecimiento a los dos años.

Aproximadamente, el 87% de los niños nacidos con RCIU/SGA recuperan su peso/estatura antes de los dos años de edad; el 13% no desarrolla este crecimiento compensador. Algunos más, recuperan una estatura normal y a los 18 años, alrededor del 7% queda, definitivamente, con una estatura por debajo de -2 DS (Hokken-Koelega y col.).

Los factores que pueden llevar a esta situación final son una velocidad de crecimiento menor a la velocidad de la maduración física y un «estirón» puberal menos efectivo que el de niños nacidos con peso adecuado. La pubertad es temprana y rápida, y el empuje puberal es menor. Entre un 20 y un 25% de las personas adultas con talla menor a -2 DS nacieron con RCIU/SGA.

La razón por la cual estos niños permanecen bajos no se conoce con exactitud. Aunque, en varios pacientes, la concentración sérica basal y/o respuesta de hormona de crecimiento (GH) a estímulos es baja, < 20 mU/L (7), no se ha hallado una relación entre los niveles fisiológicos y estimulados de GH y la respuesta al tratamiento con GH. Durante la niñez, las concentraciones séricas de IGF-I (*insulin-simil growth factor I*), aunque dentro de rangos normales, se hallan debajo del percentil 50 en el 80% de los pacientes. Queda por aclarar cuál es la influencia del estado nutricional de estos niños sobre este último parámetro.

Diversos estudios demostraron la asociación entre RCIU/SGA y enfermedades en la adultez, tales como diabetes tipo II, dislipidemia, hipertensión, obesidad tronco abdominal, enfermedad cardíaca isquémica y accidentes cerebrovasculares. La conexión entre un medio ambiente perinatal adverso y las consecuencias observadas en la vida adulta podría ser una permanente reducción en la sensibilidad a la insulina.

Ha sido hipotetizado que sujetos expuestos a un medio ambiente adverso en períodos críticos de la vida, la etapa intrauterina o la perinatal temprana, desarrollan respuestas compensatorias para sobrevivir, que se hacen permanentes ejerciendo un efecto de reprogramación.

Estudios aleatorios con casos controles han demostrado que el tratamiento con GH de niños con RCIU/SGA aumenta la velocidad de crecimiento e induce un aumento variable, pero, significativo, de talla adulta. El objetivo del tratamiento continuo y prolongado con GH en los niños bajos con RCIU es lograr el crecimiento compensador en la niñez temprana, mantener un crecimiento y lograr una talla adulta normal, mejorando de esta forma, también, la calidad de vida. Durante el tratamiento con GH, debe vigilarse la tensión arterial, la glucemia y las concentraciones séricas de IGF1. Este monitoreo se hace imprescindible cuando existe una historia familiar de diabetes, obesidad familiar o propia y durante la pubertad.

En Europa y en los Estados Unidos, el tratamiento con GH de pacientes nacidos con RCIU/SGA es una indicación reconocida.

En nuestro país, todo paciente que solicite la financiación del tratamiento con GH debería cumplir con las siguientes normas confeccionadas por la Comisión Asesora para el Tratamiento con Hormona de Crecimiento, del Ministerio de Salud de la Nación:

- Edad Cronológica > 5 años.
- Estatura $< -2,5$ DS de la media de referencia nacional.
- Velocidad de crecimiento $< a$ la del percentil 50 referidas en el estándar británico.
- EO < 11 años en las niñas y menor o < 12 años en los varones.
- La ingesta calórica del niño debe estar garantizada dentro de las posibilidades razonables.
- Dosis financiada: 0,33 mg/kg (1,0 UI) de peso corporal del paciente por semana.

El tratamiento es autorizado luego de una evaluación clínica realizada por un endocrinólogo pediatra.

Alteraciones cromosómicas y síndromes genéticos

Ejemplos: Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome de Prader-Willi, Silver-Russell, etcétera.

Displasias esqueléticas o trastornos primarios del crecimiento u osteocondrodisplasias con anomalías metabólicas o sin ellas

Ejemplos: Acondroplasia, hipocondroplasia, osteogénesis imperfecta, etcétera.

Otras con anomalías metabólicas: mucopolisacaridosis, glucogenosis, etcétera.

Habitualmente, son enfermedades que comprometen el crecimiento óseo y de los cartílagos y dan como signo visible baja talla desproporcionada. La más conocida es la acondroplasia.

En todas estas enfermedades, es clave conocer, además del peso y la talla, la envergadura, la altura sentada, el radio segmento superior-inferior.

Es importante recordar que la hipocondroplasia es difícil de diferenciar de la baja talla familiar. Se asocia a un leve acortamiento de la parte proximal de los miembros, genu varum y lordosis lumbar. En general, la desproporción corporal se pone de manifiesto durante la etapa puberal y puede no estar presente en la prepubertad.

3.3.3.2. Causa postnatal

Carencias nutricionales

Son causas frecuentes:

- El hipoaporte con necesidades básicas insatisfechas. Hay adolescentes que comen una sola vez al día por falta de alimentos suficientes en el hogar.
- Hábitos alimentarios desordenados. Algunos adolescentes no desayunan, otros almuerzan poco, muchas veces solos o fuera del hogar, picotean durante la tarde y, con suerte, cenan en familia.
- Familia dietante. La familia vive a dieta por diversos motivos: las madres tratan de mantenerse esbeltas, los padres, bajar el colesterol, y/o existen hogares donde, por diferentes motivos, no se ofrece nutrición-afecto.
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los que desean perder peso es frecuente que realicen una dieta o alguna forma de control del peso, y hay quienes usan, al menos, ocasionalmente, algún método extremo para perder peso (dietas «relámpago», vómitos provocados, píldoras para adelgazar, laxantes o diuréticos). Y, en ocasiones, llegan a padecer de un TCA más grave.
- Deficiencia de zinc. Vigilar especialmente en caso de diabetes y enfermedades intestinales crónicas.
- Excesiva actividad física.
- El estrés.

Retraso del crecimiento secundario asociado a enfermedades crónicas

- Intestinales: Síndrome de mala absorción, cuadros inflamatorios intestinales, hepatopatías.
- Renales: Acidosis tubular renal, insuficiencia renal crónica.
- Enfermedades hematológicas y procesos tumorales.
- Alteraciones pulmonares: Fibrosis quística, asma grave.
- Cardiovasculares: Cardiopatías congénitas, insuficiencia cardíaca.
- Colagenopatías: Artritis reumatoidea juvenil, otras.
- Sida u otras infecciones crónicas severas.

Un ejemplo de enfermedad crónica que se asocia a retardo del crecimiento, para tener en cuenta en nuestro país, es la enfermedad celíaca. Su prevalencia en la población general es 1:100 a 1:300.

El 50% de los niños con esta enfermedad no presenta sintomatología clínica. Otros pueden presentar múltiples síntomas y signos. Hay algunos que, solamente, tienen retardo de crecimiento. La proporción de enfermedad celíaca en niños de baja estatura y sin síntomas gastrointestinales es del 2 al 8% (van Rijn y col.).

Luego de instituido el tratamiento con dieta libre de gluten, se observa un crecimiento compen-

sador en la mayoría de los casos. Los adolescentes, cuyo diagnóstico es más tardío, suelen presentar edades óseas atrasadas, que al instituir el tratamiento se aceleran, acercándose a la edad cronológica.

Es importante realizar estudios de laboratorio que incluyan dosaje de inmunoglobulina A y anticuerpos antitransglutaminasa tipo IgA en los niños que consultan por talla baja y/o disminución de la velocidad de crecimiento.

Traumas y deprivaciones psíquicas (deprivación afectiva)

Se aconseja leer el caso de Rubén.

Enfermedades endocrinológicas

Solamente, presentan una etiología endocrinológica el 15% de los niños con talla baja.

Las causas más frecuentes son:

- Hipotiroidismo.
- Exceso de corticoides endógenos o exógenos.
- Alteración en el eje hipotálamo hipofisario. Déficit de hormona de crecimiento- IGF-I.
- Diabetes mellitus mal controlada.

Hipotiroidismo

La más frecuente, entre las enfermedades endocrinológicas asociada a retardo de crecimiento, es el hipotiroidismo.

La hormona tiroidea es esencial para el crecimiento y maduración de muchos tejidos, incluyendo el cerebro y esqueleto. Como resultado, en el niño, las anomalías de la función tiroidea resultan no solo en las consecuencias metabólicas observadas en los adultos con disfunción tiroidea, sino también en efectos adversos en el crecimiento y/o maduración de los tejidos hormona tiroidea dependientes. Existen ventanas temporales críticas en los efectos dependientes de esta hormona y, por lo tanto, la consecuencia clínica específica de la disfunción depende de la edad del niño. Por ejemplo, los recién nacidos afectados presentan riesgo de retardo mental permanente si la terapia hormonal se retrasa o es inadecuada; su tamaño, sin embargo, es normal. En contraste, si el hipotiroidismo se produce después de los 3 años, aparece desaceleración del crecimiento y maduración ósea, pero sin trastorno permanente en el desarrollo cognitivo.

La tiroiditis de Hashimoto es la causa más común de hipotiroidismo en la adolescencia, se puede hallar hasta en el 1,3%; siete veces más frecuente en las mujeres, con incidencia creciente a medida que pasan los años. En el 30 al 40% de los pacientes, pueden hallarse antecedentes familiares de enfermedad tiroidea autoinmune, ya sea tiroiditis o enfermedad de Graves.

Es un trastorno autoinmune poligénico con infiltración linfocitaria glandular y autoanticuerpos tiroideos circulantes.

Existe un aumento de prevalencia en los pacientes con:

- Anomalías cromosómicas como síndrome de Down, Turner, Klinefelter, de Noonan.
- Trastornos autoinmunes: Diabetes mellitus insulino-dependientes, insuficiencia suprarrenal, falla ovárica, enfermedad celíaca, vitíligo, anemia perniciosa, síndrome de Sjogren, esclerosis múltiple, entre otros.
- Trastornos autoinmunes que afectan varias glándulas y que forman parte del denominado «Síndrome poliglandular» (APS): 1) Síndrome APS 1, también llamado APECED (*autoimmune polyendocrinopathy candidiasis ectodermal dystrophy*): Síndrome de Addison, hipoparatiroidismo y candidiasis. 2) Síndrome APS 2: Tiroiditis y diabetes mellitus con insuficiencia adrenal y sin ella, también denominado síndrome de Schmidt.

La manifestación clínica de la tiroiditis de Hashimoto incluye ausencia o presencia de bocio. El bocio presente en dos de cada tres niños es el resultado de la infiltración linfocitaria glandular y, en algunos pacientes, de un aumento compensatorio de TSH. La presencia de bocio no siempre se asocia

a hipotiroidismo, ya que puede presentarse también con eutiroidismo o hipertiroidismo transitorio.

Los síntomas de hipotiroidismo incluyen:

- Retardo de crecimiento.
- Retardo de edad ósea.
- Retardo en la aparición de dientes definitivos.
- Pubertad retardada.
- Trastornos menstruales.
- Fatiga.
- Aumento de peso.
- Intolerancia al frío, piel seca.
- Caída de cabello.
- Constipación.
- Edema periorbitario.
- Bradicardia.
- Ataxia, debilidad muscular, calambres.
- Alteración de la memoria, lentitud mental, depresión.
- Desplazamiento de la cabeza femoral.
- Agrandamiento de la hipófisis.
- Galactorrea.
- Infertilidad.
- Pseudohipertrofia muscular (casos severos).
- Pubertad precoz (casos severos).

El diagnóstico de hipotiroidismo se confirma con análisis de laboratorio siendo el más significativo una TSH elevada. El valor normal de TSH es 0,4-4,5 uUI/ml (varía según el método utilizado). Se debe, asimismo, medir T_4 libre y T_4 total, siendo esta última la más confiable en laboratorios clínicos que no se dedican a investigación debido a las dificultades técnicas que tiene el dosaje de T_4 libre.

Los anticuerpos antimicrosomal y antiperoxidasa se hallan en el 95% y los anticuerpos anti-tiroglobulina en el 60% de los pacientes con tiroiditis, y son útiles como marcadores de enfermedad autoinmune; los anticuerpos antiperoxidasa son más sensitivos y específicos.

Por otro lado, estos pacientes pueden experimentar una fase inicial de hipertiroidismo debido a la descarga de T_4 y T_3 de la glándula afectada.

Otros hallazgos de laboratorio en el hipotiroidismo son:

Hipercolesterolemia (el 4 al 14% de las personas con hipercolesterolemia tienen hipotiroidismo), anemia, hiponatremia, disminución de filtrado glomerular y de capacidad de transporte tubular, secreción inadecuada de hormona antidiurética, hiperprolactinemia, aumento de homocisteína, aumento de CPK.

El tratamiento consiste en administrar T_4 , 0,5 a 1,8 ug/Kg/día, con control clínico y de laboratorio a las 4-6 semanas de cada cambio; una o dos veces por año en pacientes estabilizados y manteniendo el valor de TSH alrededor de 1-2,5 uUI/ml.

Dado que algunos alimentos, como las fibras y la soja, y algunos medicamentos interfieren con la absorción intestinal de T_4 , se recomienda administrarla media hora antes del desayuno, y que éste no incluya fibras. Por otro lado, el 75% de las mujeres embarazadas hipotiroideas tratadas deben aumentar la dosis de T_4 en 25-50% para mantener TSH y T_4 libre normales.

El seguimiento a largo plazo de los niños con tiroiditis ha mostrado que la mayoría de los que son hipotiroideos persisten hipotiroideos pero la recuperación espontánea existe, particularmente en aquellos con hipotiroidismo subclínico. Por otro lado, algunos inicialmente eutiroides pueden desarrollar a posteriori hipotiroidismo. Por lo tanto, es necesario un cuidadoso seguimiento clínico.

En cuanto a otras causas de enfermedades tiroideas y las demás enfermedades endocrinológicas remitimos al lector a textos más especializados.

3.4. La consulta con el endocrinólogo

El 80% de los niños que consulta por talla baja no presentan alteraciones hormonales. Las causas más frecuentes de baja talla en el consultorio endocrinológico son la baja talla familiar y/o el madurador lento.

En varias ocasiones, la derivación se produce por pedido de los padres o por solicitud del pediatra con el fin de corroborar el diagnóstico y descartar patología asociada.

De sospechar un trastorno hormonal, y habiendo estudiado al adolescente según lo descrito anteriormente, es necesario ir de lo más simple a lo más complejo:

Observar si existe historia familiar de hipotiroidismo y evaluar los niveles de TSH y T₄.

La determinación del nivel de prolactina es importante para descartar patología hipotálamo-hipofisaria. En presencia de un adenoma secretor de prolactina, el aumento de ésta se asocia a insuficiencia de gonadotrofinas con el consiguiente retardo o interrupción del desarrollo puberal. Otras veces, su incremento puede ser una manifestación de interrupción de la conexión hipotálamo-hipofisaria, como ocurre ante la presencia de ciertos tumores de la región.

Toda mujer con una talla significativamente baja merece un cariotipo, especialmente, si se asocia con retardo de la aparición de los caracteres sexuales secundarios, a fin de descartar síndrome de Turner. Los niveles de gonadotrofinas basales (LH y FSH) elevados pueden ayudar al diagnóstico.

Si el niño se halla por debajo del centil 3 de talla, se separa del rango genético y/o presenta velocidad de crecimiento baja o que lo aleja de su centil previo, solicitar dosaje de IGF-I, IGFBP3 (*insulin-simil growth factor I* = IGF-I; *insulin-simil growth factor I binding protein 3* = IGFBP3) y dosaje de hormona de crecimiento bajo estímulo para descartar su déficit.

El desafío más difícil es el de distinguir entre retardo constitucional de crecimiento e hipogonadismo hipogonadotrófico. En los casos más dudosos, solo el progreso normal de la pubertad excluye este último.

El diagnóstico diferencial entre retardo puberal e hipogonadismo hipogonadotrófico puede realizarse mediante el test de GnRH (*Gonadotropin-releasing hormone*).

3.5. Tratamiento de la baja talla

El mejor tratamiento para la talla baja familiar y/o el retardo de talla constitucional es la observación.

Los pacientes, frecuentemente, tienen alteración de la imagen corporal y tienden al aislamiento social. El rol del pediatra, que asegure que el paciente es normal, que la maduración sexual se completará normalmente y que la talla adulta va a ser similar a la de la familia, es muy importante. El tratamiento se justifica en casos excepcionales para evitar los efectos psicológicos.

El tratamiento con esteroides sexuales en los casos de retraso puberal significativo e hipogonadismos, para provocar el empuje puberal de crecimiento, los cambios en las características sexuales secundarias y prevenir la osteoporosis, es de resorte del especialista. En los varones, el tratamiento comienza a los 14 años, si no hay comienzo de desarrollo puberal, con dosis baja de testosterona a fin de evitar un crecimiento acelerado y el cierre de los cartílagos epifisarios. En las niñas, si la edad ósea es de 13,5 años o mayor y no aparecieron signos de desarrollo puberal, se puede iniciar el tratamiento con muy bajas dosis de estrógenos. El tratamiento con esteroides sexuales en los dos sexos se realizará durante 3 a 6 meses, evaluando la velocidad de crecimiento, la edad ósea, el grado de avance de los caracteres sexuales y el dosaje de testosterona en los varones, realizando, además, un pronóstico de talla adulta.

En caso de otros trastornos del crecimiento, el tratamiento es específico para cada enfermedad o problema detectado.

4. Respuestas al caso clínico: Rubén consulta por baja talla

Se muestran a continuación algunas reflexiones de los autores sobre el caso clínico de Rubén.

1. Reflexione si es verdadero o falso:

A. *El centil actual de talla de Rubén coincide con el rango correspondiente a su carril genético. Falso*

El centil de talla de Rubén, según su carril genético, corresponde casi al centil 3, dado que la talla blanco se calcula por la fórmula: $160 + (147 + 12,5) / 2 = 159,75$. Centil 3 de la población normal: 160 cm -1,88 DS.

Rango de variación del carril genético: + 8,5 cm, entre -3,18 DS y -0,67 DS en este caso.

La talla actual de Rubén, 121 cm, está ubicada muy por debajo del centil 3, DS -3,38 con respecto a la media de la población normal.

B. *Las características de la pubertad de los padres no tienen importancia. Falso.*

Además de la estatura de los padres, hermanos, abuelos, es importante conocer edad de menarca de la madre y evolución del desarrollo puberal del padre. Este último dato se conoce a través del relato del padre: preocupación por su talla y/o desarrollo genital entre los 12 a 14 años.

C. *Son importantes para el diagnóstico etiológico el peso y la talla de nacimiento, la historia evolutiva de su crecimiento, los hallazgos al examen físico. Verdadero.*

Datos para tener en cuenta: Peso normal y baja talla de Rubén al nacer. Historia de carencias alimentarias y de NBI. Deprivación afectiva y violencia familiar. Baja talla al examen físico, aspecto armónico con radio segmento superior/segmento inferior normal.

D. *El primer signo de desarrollo puberal en el varón coincide con el agrandamiento del pene. Falso.*

El primer signo es el aumento del tamaño testicular, que de 3 cc aumenta a 4 cc.

E. *Dado que Rubén presenta Tanner 1, su pronóstico de talla es mejor en relación con otro adolescente cuya pubertad hubiera comenzado. Verdadero.*

No podemos decir que la pubertad de Rubén está atrasada, ya que el desarrollo puberal en los varones puede comenzar entre los 9 y 14 años. El hecho de que todavía no haya comenzado mejora el pronóstico de talla final.

2. ¿Cuán lejos de la media se encuentra el paciente (score Z)?

Respuesta:

$$\text{Score Z} = \frac{\text{talla paciente} - p^{\circ}50}{\text{DS}} \quad \text{ó sea} = \frac{121-146,70}{7,61} = -3,38 \text{ DS de la medida}$$

3. ¿Qué exámenes complementarios solicitaría en primer término?

A) Cariotipo y dosaje de hormona de crecimiento.

B) Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, creatininemia, orina completa, parasitológico seriado de materia fecal, TSH, T4, Prolactina.

C) IgA, anticuerpo antitransglutaminasa A o anticuerpo antiendomisio A.

D) Rx de mano y muñeca izquierda frente (edad ósea), Rx de cráneo perfil.

E) B, C y D son correctas.

E es la correcta.

Las causas más frecuentes de baja talla patológica están relacionadas con carencias nutricionales, afectivas y enfermedades crónicas, como por ejemplo, desnutrición de cualquier origen, desórdenes gastrointestinales que se acompañan de mala absorción (especialmente giardiasis y enfermedad celíaca en nuestro medio) o enfermedad inflamatoria, procesos metabólicos alterados, como por ejemplo, los hallados en algunas enfermedades renales, hepáticas o en la diabetes, etcétera.

Los anticuerpos antiendomio o antitransglutaminasa, tipo IgA, suelen pedirse en primera instancia dada la frecuencia de enfermedad celíaca en nuestro medio y cuya única expresión en ocasiones es la baja talla.

Si desea ampliar el tema, visualizar los siguientes links:

VER:

Treem, W. R. «Conceptos emergentes sobre la enfermedad celíaca», *Curr Opin Pediatr*, 2004, 16: 552-559. Traducción: Dra. Cecilia Peral. Correo de la SAP, 2005, 3: 15-20. Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_05/1184.pdf>.

Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición. «Guía para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca: recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición». *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2005, 40: 1-19. Traducción: Dra. Bárbara Franchesi. Correo de la SAP, 2005, pp. 21-24. Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_05/1185.pdf>.

Van Rijn, J. C. W, F. K. Grote, W. Oostdijk y J. M. Wit. «La baja estatura y la probabilidad de enfermedad celíaca en ausencia de síntomas gastrointestinales». *Arch Dis Chile*, 2004, 89: 884-885. Traducción: Dra. Cecilia Peral. Correo de la SAP, 2005, 3: 24-25. Comentario del Dr. E. Cueto Rua y la Dra. L. Guzmán sobre Enfermedad Celíaca. Correo de la SAP, 2005, 3: 25-26. Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_05/1186.pdf>.

Israel, E. J., L. L. Levitsky, S. A. Anupindi y M. B. Pitman. «Caso Clínico: Varón de 14 años con crecimiento enlentecido y retraso puberal». (Case 3-2005 – A 14-Year-Old Boy with Recent Slowing of Growth and Delayed Puberty). *NEJM*. Vol. 352, January 27, 2005, pp. 393-403. Disponible en:
<http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/4/393?hits=20&COLLECTION_NUM=8&fulltext=delayed+puberty&search_tab=collections&excludeflag=TWEEK_element&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>.

Las Rx de cráneo perfil y de mano y muñeca izquierda, frente, centrada en el tercer metacarpiario para evaluar edad ósea deben solicitarse siempre en todo adolescente con talla por debajo de lo esperado según carril genético, y en los que presentan una estatura por debajo del centil 3.

La Rx de cráneo, en caso de lesión hipotálamo-hipofisaria, puede mostrar calcificación intra o supraselar, doble piso de la silla turca, aumento del diámetro vertical, erosión de apófisis clinoides o desmineralización del contorno óseo de la silla turca. Estas son manifestaciones tardías de lesiones importantes. Por esto, la clínica es fundamental para el diagnóstico precoz.

Todo tumor o lesión de hipófisis puede asociarse a déficit en la secreción de GH. Por lo cual, en el adolescente con baja talla y, especialmente, si se agregan cefaleas matinales y disturbios visuales y vómitos, es obligatorio el estudio por imágenes de la zona diencefálica (RMN de cerebro con focali-

zación en silla turca). Además, las lesiones hipotalámicas pueden asociarse a sed, anorexia, disturbios del sueño, diabetes insipidus.

El agrandamiento de la silla turca en forma aislada puede deberse a un hipotiroidismo primario severo y prolongado.

Si desea ampliar el tema, visualice el siguiente link:

VER:

Annamaria Colao. *Pituitary tumors in childhood*. Chapter 3 - Reviewed last 11 May 2004

<http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics3/pediatricsframe3.htm>

La edad ósea facilita el diagnóstico diferencial.

Causas de edad ósea menor a la cronológica:

- retardo constitucional de crecimiento (la edad ósea coincide con la edad por talla);
- enfermedades crónicas de comienzo postnatal como las mencionadas y patología endocrinológica.

Causas de edad ósea igual a la cronológica:

- baja talla familiar (edad ósea igual a la cronológica y mayor que la edad por talla);
- displasias óseas;
- síndrome de Turner.

Con respecto a la opción A, el aspecto físico de Rubén no induce a sospechar un síndrome genético que justifique realizar un cariotipo. Los estudios para descartar déficit de hormona de crecimiento se plantearían en una segunda instancia y previa interconsulta con el endocrinólogo. La determinación de hormona de crecimiento no se puede realizar en una muestra sérica basal, sin estimulación farmacológica, dada su secreción pulsátil episódica.

4. Ya que los primeros estudios fueron normales excepto la presencia de la silla turca aparentemente agrandada, ¿cuáles solicitaría ahora?

A) Resonancia magnética nuclear de cerebro con estudio de zona hipotalámica-hipofisaria.

B) Dosaje de testosterona total y libre.

C) Dosaje de FSH y LH.

D) Agudeza visual, fondo de ojo y campimetría

E) A y D son correctas.

E es la correcta.

La RMN de cerebro es uno de los estudios que permite detectar tumores intraselares. Los tumores en la región pituitaria se clasifican en intra-, supra-, para-, o retroselares. Los intraselares suelen ser adenomas. El prolactinoma es el adenoma más frecuente y se expresa, por lo general, un poco después de la pubertad en la mujer con amenorrea primaria o secundaria y, a veces, galactorrea.

En el hombre es menos frecuente, y suele debutar con síntomas de hipertensión endocraneana. Es necesaria, siempre, la consulta con el endocrinólogo, ya que muchos de ellos requieren solamente tratamiento médico.

El craneofaringioma suele ser supraselar y es el 80 al 90% de los tumores de la región en niños. Histológicamente es un tumor benigno, pero puede tener varios componentes quísticos que comprimen e invaden tejidos vecinos y, por su crecimiento, ser muy agresivo. Los síntomas clínicos más frecuentes son baja talla, cefalea y compromiso visual. Se acompaña de disminución de la secreción de GH, a veces de FSH y LH y más rara vez de diabetes insipidus. Requieren evaluación del endocrinólogo y consulta urgente con el neurocirujano.

No se justifica realizar dosaje de testosterona total y libre ni de gonadotrofinas, ya que, proba-

blemente, se hallen en cifras prepuberales normales.

El estudio de agudeza visual se realiza en todo adolescente con trastornos de aprendizaje.

La campimetría y el fondo de ojo se solicitan cuando se sospechan procesos orgánicos que lesionan hipotálamo, tallo hipofisario o hipófisis, entre ellos, los tumores que pueden comprometer la visión por su cercanía con el quiasma óptico y los nervios ópticos dando origen a hemianopsias u otros trastornos visuales. En caso de hipertensión endocraneana, se encontrará edema de papila.

Dado que todos los estudios de Rubén fueron normales, es necesario descartar patología hipofisaria.

5. Diagnósticos presuntivos para considerar:

- A) *Baja talla familiar.*
- B) *Retraso de talla constitucional.*
- C) *Deprivación afectiva y nutricional.*
- D) *Hipocondroplasia.*
- E) *A, B y C son correctas.*

E es la correcta.

La causa de baja talla en Rubén parecería ser multifactorial.

- Baja Talla Familiar
- Retraso Constitucional de Crecimiento
- Deprivación Nutricional y Afectiva (Falta de aporte calórico, proteico, de hierro y de zinc)

6. Mencione cuáles son los factores que contribuirían a la conducta antisocial de Rubén

En los adolescentes con baja talla, es frecuente que el desarrollo social se atrase a pesar de un adecuado desarrollo mental. La percepción de su aspecto corporal y la mirada de los otros crean malestar e impiden una adecuada inserción social. En muchas ocasiones, son víctimas de hostigamiento por parte de sus compañeros. Esto condiciona una baja autoestima, trastornos emocionales y de comportamiento. A veces, se relacionan con compañeros de años inferiores, tienden a evitar actividades con gente del sexo opuesto y eventos deportivos donde tengan que compartir el vestuario; a veces, se vuelven agresivos y/o se aíslan y su desarrollo académico disminuye.

Rubén ha sufrido varias adversidades a lo largo de su vida:

- Privaciones afectivas y nutricionales: Abandono paterno y violencia familiar. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).
- Dificultades en el aprendizaje.
- Amenazas de expulsión del colegio.
- Aislamiento social.
- Insatisfacción con su aspecto corporal.

Por lo cual, sería aconsejable la intervención de la trabajadora social a fin de lograr ayuda alimentaria y trabajar en forma conjunta con el colegio para evitar la expulsión del sistema escolar. Y psicoterapia individual y familiar para mejorar los vínculos, aspectos de insatisfacción consigo mismo y la inserción social.

Si desea ampliar el tema, visualizar los siguientes artículos y links:

VER:

Castro-Feijoo, L., Pombo, M. «Diagnóstico del retraso del crecimiento». Rev Hosp. Niños Bs. Aires, 2004, 46: 74-99.

Bergadá, C. «Retraso del crecimiento de causa psicosocial». En: Tratado de endocrinología pediátrica. M. Pombo. McGraw-Hill Interamericana, 3.a edición, 2002, cap. 17, pp. 307- 311.

DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Trastornos del aprendizaje, pp. 48-56. Barcelona: Masson, 1995.
«Bullyng: Hostigamiento entre pares». Artículo enviado en abril de 2006 por la Lic. María Zysman y la Dra. Flavia Sinigagliesi.
www.aapi.org.ar/Aapi/Bullying.htm

5. Bibliografía

- BERGADÁ, C. «Retaso del crecimiento de causa psicosocial». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*. McGraw Hill Interamericana, 3.a edición, 2002, 17: 307-311.
- CASSORLA, F. y X. GAETE. «Clasificación y valoración de la talla baja». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*. McGraw Hill Interamericana, 3.a edición, 2002, 14: 275-282.
- CASTRO-FEIJOO, L. y M. POMBO. «Diagnóstico del retraso del crecimiento». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, Buenos Aires, 2004, 46: 74-99.
- CERVANTES, C. D. y F. LIFSHITZ. Growth Disorders. En: Friedman, S. B., M. M. Fisher, S. Kenneth Schonberg y E. M. Alderman. *Comprehensive Adolescent Health Care*, St. Louis: Mosby, 1998, 27: 190-213.
- CHERNAUSEK, S. D. «Growth hormone treatment of short children born small for gestational age: a US perspective». *Horm Res*, 2004, N.º 62, Suppl. 3: 124-127.
- «Treatment of short children born small for gestational age: US perspective». *Horm Res*, 2005, N.º 64, Suppl. 2: 63-66.
- COLAO, A. *Pituitary tumors in childhood*. Chapter 3. [Reviewed May 11, 2004]. Disponible en: <http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics3/pediatricsframe3.htm>.
- DAHLGREN, J. y K. A. WIKLAND. «Swedish Study Group for Growth Hormone Treatment. Final height in short children born small for gestational age treated with growth hormone». *Pediatr Res*, 2005, 57(2): 216-222.
- ERGUN-LONGMIRE, B. y M. P. WAJNRAJCH. *Growth and growth disorders*. Chapter 1a. [Rviewed July 2, 2003]. Disponible en: <http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics1/pediatricsframe1a.htm>.
- GARAGORRI, J. M. «Retraso del crecimiento intrauterino». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*. McGraw Hill Interamericana, 3.a edición, 2002, 18: 312-336.
- GHIZZONI, L. y M. E. STREET. *Normal and abnormal puberty*. Chapter 13. [Reviewed March 1, 2005]. Disponible en: <http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics13/pediatricsframe13.htm>.
- GREULICH, W. W. y S. I. PYLE. *Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist*, 2nd Ed. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1959.
- HOKKEN-KOELEGA, A. C., M. A. DE RIDDER, R. J. LEMMEN, H. DEN HARTOG, S. M. DE MUINCK KEIZER-SHRAMA y S. L. DROP. «Children born small for gestational age: do they catch up?». *Pediatr Res*, 1995, 38: 267-271.
- ISRAEL, E. J., L. L. LEVITSKY, S. A. ANUPINDI y M. B. PITMAN. «Case 3-2005- A 14-Year-Old Boy with Recent Slowing of Growth and Delayed Puberty». *NEJM*, 2005, 352: 393-403. Disponible en: http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/4/393?hits=20&COLLECTION_NUM=8&fulltext=delayed+puberty&search_tab=collections&excludeflag=TWEEK_element&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT.
- LEJARRAGA, H. y G. IZAGUIRRE. «La tarea de diferenciar las demandas de los padres de las de sus hijos». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1998, 96: 251-257. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1998/98_251_257.pdf.
- LEJARRAGA, H., F. SANCHIRICO y M. CUSMINSKY. «Short reports. Age of menarche in urban Argentinian girls». *Annals of human Biology*, 1980, 7: 579-581.

- MARSHALL, W. A. y J. M. TANNER. «Variations in pattern of pubertal changes in girls». *Arch Dis Child*, 1969, 44: 291-303.
- «Variations in pattern of pubertal changes in boys». *Arch Dis Child*, 1970, 45: 13-23.
- OJEDA, S. R. «Pubertad normal». En: Pombo, M. *Tratado de endocrinología pediátrica*, McGraw Hill Interamericana, 3.a edición, 2001, 42: 669-680.
- OIZEROVICH, S., D. DALDEVICH, M. SALVO, A. SCHULMAN, S. VÁZQUEZ y H. SANTOS. «Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente». En: *Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil*. Rev. SAGIJ, vol. 3, 2004. Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/newsite/site/prof_investigacion.php>.
- PASQUALINI, D. y M. C. HIEBRA. «Atención del adolescente. Enfoque integral». *Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento*. Vol II. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría, 1996.
- POWERS, P. S. Obesity. The Regulation of Weight. Baltimore: Williams Wilkins, 1980, 8:157-199.
- PROVINCIA DE BUENOS AIRES. MINISTERIO DE SALUD. *Dirección Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud. Programa Materno Infantil*. Censo de Talla de Escolares de 1er grado [en línea]. Disponible en: <<http://www.fmed.uba.ar/mspba/ctalla.htm>>.
- ROBERTS, C. G. P. y P. W. LADENSON. «Hypothyroidism». *Lancet*, 2004, 363: 793-803.
- SARRÍA, A., L. A. MORENO y M. BUENO. Exploración del estado nutricional en el niño y el adolescente. En: Pombo, M. *Tratado de endocrinología pediátrica*. McGraw Hill Interamericana, 3.a edición, 2002, 73: 1228-1246.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Guías para la evaluación del crecimiento*, 2.a edición, SAP, 2001. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/percentilos/completo.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. Comité Nacional de Endocrinología. Coordinadora: T. Pasqualini. Participantes: M. Gryngarten, V. Pipman, M. E. Escobar, E. Boulgourdjian, M. Blanco, S. V. Bengolea, G. Alonso. «Restricción del crecimiento intrauterino: perspectiva endocrinológica». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2007, 105(1): 71-73. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2007/v105n1a15.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*. SAP, 2002, pp. 221-233.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Tabla de percentilos* [en línea]. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/prof-percentilos.php>>.
- VAN RIJN, J. C., F. K. GROTE, W. OOSTDIJK y J. M. WIT. «Short stature and the probability of celiac disease, in the absence of gastrointestinal symptoms». *Arch Dis Child*, 2004 Sep, 89(9): 882-883.
- VOGIATZI, M. Growth Failure associated with skeletal disorders. Chapter 2. [Reviewed July 16, 2003]. Disponible en: <<http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics2/pediatricsframe2.htm>>.

Capítulo 22

Certificado de Aptitud Física

Dra. Isabel Torres

La participación deportiva es importante para los adolescentes, ya que brinda oportunidades para aprender sobre liderazgos y dinámica de grupo, que son importantes para el éxito en la vida futura. También, alienta a lograr un buen estado físico y contribuye a disminuir la incidencia de obesidad y/o trastornos alimentarios que han aumentado en forma considerable en los últimos años. Los profesionales comprometidos con el desarrollo sano de sus pacientes adolescentes deben favorecer la actividad recreativa y deportiva como un elemento que contribuye a la salud integral.

Para el médico que desarrolla una tarea de atención primaria en salud, es habitual tener que absorber una gran demanda de escolares que requieren su certificado para realizar actividades físicas, desde recreativas hasta competitivas; el tipo de estudio a realizar no será el mismo en uno u en otro caso.

En los Estados Unidos fue creado, hace aproximadamente treinta años, el examen de aptitud física para la actividad deportiva (EAFAD) con el objetivo de brindar autorización médica a los atletas jóvenes investigando, esencialmente, cardiopatías congénitas en un intento de identificar aquellos que podrían tener riesgos de morbilidad por esfuerzos intensos.

En un examen para el apto físico el médico tiene la oportunidad de interacción con los adolescentes sanos para brindar atención preventiva (facilita el diálogo entre el paciente adolescente y el profesional), ya que la mayoría no concurre en forma habitual a controles anuales de salud.

El objetivo de este examen es:

- Recoger información para valorar si puede participar en un deporte, es decir, la detección de factores de riesgos en niños aparentemente sanos.
- Evaluar patologías músculo-esqueléticas; patología cardiológica y pulmonar; integridad de órganos.
- El nivel de maduración, medidas antropométricas como peso y talla y *toma de tensión arterial*.
- Descubrir una nueva condición médica durante un examen preparticipativo es raro.

En un estudio realizado por Mc Keag sobre 2700 varones examinados, el 11,9% fueron derivados a una evaluación más exhaustiva, entre otras causas, por lesiones previas, patrones de lesión que se pueden prevenir en el futuro mediante programas de preparación física preventiva, fisioterapia, asesoramiento alimentario e interconsultas por hipertensión arterial no diagnosticada previamente, etcétera; solo en el 1,9% no se le autorizó la participación deportiva.

La recomendación sobre cuándo realizar el examen varía entre semanas antes de la competencia o al inicio escolar según el caso.

La Clínica Mayo recomienda efectuar el examen de 4 a 6 semanas previas a la competencia. Esto permite adecuar el tiempo para cualquier prueba diagnóstica que pueda ser requerida para aclarar hallazgos. Otros autores aconsejan realizar el examen anualmente o cuando un deporte es iniciado.

Si el equipo tiene un médico, se debería revisar anualmente al atleta y realizar el seguimiento a través de su historia clínica. Esto permitiría detectar condiciones preexistentes o riesgos que pueden

necesitar de un seguimiento longitudinal o excluir al atleta de la competición.

Existen varias formas de examinar a los atletas jóvenes, como el examen por estaciones, en los colegios o clubes, y el tradicional, en el consultorio médico. Los dos exámenes son útiles y ambos deben ser alentados.

El examen por estaciones es una excelente oportunidad para comparar a atletas de edades similares y que practican deportes parecidos. Comparar atletas de un grupo etéreo y de un equipo específico permite identificar patologías músculo-esqueléticas con mayor facilidad. Más aún, puede facilitar la puesta en práctica de programas de prevención específicos para un deporte.

El examen que se realiza en el consultorio es importante por varios motivos. Favorece la relación médico-paciente. Ofrece una oportunidad para tratar cuestiones relacionadas directamente con el deporte, como llevar adelante un programa de fortalecimiento de los tobillos en el caso de un atleta con antecedente de lesiones de los tobillos. Y cuestiones que no se relacionan directamente con lo deportivo, como «comportamientos de riesgos» (por ejemplo: consumo de fármacos, alcohol, prácticas sexuales inseguras). Además, facilita la exploración de cuestiones médicas más delicadas como la tríada de la atleta femenina (anorexia, osteoporosis, amenorrea) que, con frecuencia, no es bien encarada en los exámenes «por estaciones».

1. Examen Clínico Predeportivo

Objetivos del examen

Como mínimo debe cumplir con:

- 1.º Identificar trastornos médicos y músculo-esquelético que pudieran hacer que fuera inseguro participar en el deporte para el que se está evaluando al atleta.
- 2.º Investigar enfermedades de base a través de los antecedentes personales, familiares y el examen físico.
- 3.º Reconocer patrones de lesiones preexistentes de temporadas deportivas previas y elaborar programas de rehabilitación para prevenir la recurrencia.

No difiere de un examen clínico pediátrico habitual, solo que no deben dejar de consignarse según González Llorente y col.

1.1 Interrogatorio

Antecedentes Familiares:

Cardiopatías congénitas en familiares cercanos, sobre todo *miocardiopatía*. Antecedentes de *hipertensión arterial*, *diabetes*, *colesterol elevado*, *infarto de miocardio* o *muerte súbita* en adultos jóvenes menores de 40 años.

Antecedentes Personales:

- Sensación subjetiva de pérdida de conocimiento, debilidad o síncope durante el ejercicio: Una pregunta para realizar es: ¿Presentó mareos durante el ejercicio o después?
- Causa cardíaca: Aproximadamente, cinco a quince niños cada un millón de participantes mueren por causa cardíaca relacionada con el deporte. La miocardiopatía hipertrófica (MHC) es la causa más frecuente de muerte de origen cardiovascular relacionada con deporte, y es ésta un trastorno autosómico dominante que se caracteriza por hipertrofia del músculo cardíaco. Asma, hipoglucemia y convulsiones pueden causar síntomas similares.
- Broncoespasmo inducido por el ejercicio (BIE): El síntoma más frecuente es sensación de falta de aire durante el ejercicio. La incidencia global de BIE es del 10 al 35% de los atletas y, probablemente, es subdiagnosticado. Una reducción del 10 al 15% de los valores basales en una espirometría sugiere BIE. Se debe interrogar dolor torácico y sus características. No debemos olvidar que son frecuentes los dolores musculares u osteocondritis o causas emocionales.

- **Conmoción cerebral:** Es necesaria la consulta con el neurólogo cuando un paciente presenta antecedentes de dos o tres conmociones cerebrales sin pérdida de conciencia (grado I) o una o dos conmociones cerebrales con pérdida de conciencia (grado II o III). Este antecedente es especialmente importante cuando el candidato se postula para practicar deportes de alto o moderado contacto.
- **Mononucleosis reciente:** La esplenomegalia, que suele aparecer dentro de las 3 a 4 semanas de adquirida la enfermedad, puede asociarse a rotura que es la principal causa de muerte en jóvenes atletas. Se sugiere control estricto en aquellos que practican deporte de alto o moderado contacto.
- **Órgano par único (riñones, testículos, ojos).** Los adolescentes con estas problemáticas merecen una consideración especial antes de ser autorizados a practicar deportes de alto o moderado contacto. La Academia Americana de Pediatría aconseja proteger dichos órganos con una cubierta protectora.
- **Palpitaciones:** Presencia de taquicardia durante o después del ejercicio.
- **Antecedentes Convulsivos:** Evaluar severidad y frecuencia de las crisis, respuesta al tratamiento. Se aconseja control estricto para la autorización de deportes acuáticos o en la altura.
- **Antecedentes traumatológicos:** Examen físico de la columna en búsqueda de lordosis, escoliosis (grados, con rehabilitación o sin ella), listesis. Evaluar fracturas, esguinces frecuentes (buscar laxitud congénita), antecedentes de tendinitis y desarrollo muscular (hipotrofias o hipertrofias localizadas).
- **Antecedentes de traumatismos:** Controlar órganos intraabdominales.
- **Enfermedades osteoarticulares conocidas o dolores crónicos o recurrentes.**
- **Antecedentes menstruales:** Descartar la tríada femenina (eventual densitometría).
- **Antecedentes de internaciones:** motivos y sus secuelas.
- **Laboratorio previo:** Hipercolesterolemia, diabetes, anemias.
- **Ingesta de sustancias tóxicas:** tabaco, marihuana, cocaína o derivados.
- **Medicamentos o suplementos dietarios indicados o no por un profesional:** Evaluar drogas ergogénicas, tales como anabólicos, creatina y vitaminas. Se sugiere preguntar en forma directa: «¿has tomado alguna vez una sustancia para mejorar tu desempeño deportivo?».

1.2. Examen físico

Inspección:

Tener en cuenta los indicadores generales de salud, como delgadez u obesidad excesiva y manifestaciones fenotípicas de enfermedades multisistémicas como:

Síndromes Genéticos, tales como los descriptos por Peidro, Angelino, Torres y col.

Entre ellos es importante investigar:

- El síndrome de Marfan (1:1000) que se caracteriza por tener talla alta, escoliosis, prolapso de válvula mitral, puede presentar a lo largo de la vida dilatación de aorta, disección de aorta, aneurisma de aorta.
- La enfermedad de Turner suele presentarse con talla baja, frecuentemente se asocia a coartación de aorta, comunicación interauricular, hipertensión arterial de aparición tardía.
- El síndrome de Noonan puede tener estenosis pulmonar valvular, miocardiopatía de ventrículo izquierdo, estenosis subaórtica.

Es necesario descartar enfermedades cutáneas contagiosas, tales como impétigo, molusco contagioso y herpes del luchador antes de autorizar a practicar deportes de contacto.

Se aconseja realizar evaluación oftalmológica y odontológica.

Medidas antropométricas: a) Peso - b) Talla

Examen cardiovascular:

- Frecuencia cardíaca (FC) en reposo.
- Toma de presión arterial: El manguito debe rodear por lo menos dos tercios del brazo; si el valor inicial es alto (por encima del percentil 95 para edad y sexo) se deben efectuar dos registros posteriores antes de diagnosticar hipertensión. En el caso de hipertensión parcialmente tratada o sin respuesta adecuada al tratamiento se debe suspender la actividad deportiva hasta controlar el cuadro hipertensivo.

Una vez que se han determinado los signos vitales, el examen clínico general se debe concentrar en la aptitud para realizar deportes.

● **Palpación:**

- El choque de punta desplazado puede asociarse a miocardiopatía dilatada.
- Buscar frémitos.
- Investigar diferencia de pulsos. Los femorales están disminuidos si hay coartación de aorta.
- En cambio, los pulsos disminuidos en forma generalizada permiten sospechar estenosis aórtica severa.

● **Auscultación:** Auscultar en varias posiciones, acostado, sentado, de pie que permite diferenciar soplos funcionales (varían con el decúbito) de estructurales.

Examen Pulmonar: Evaluar la frecuencia respiratoria (FR) y buscar enfermedad asmática en particular. De hallarse broncoespasmo inducido por el ejercicio (BIE), es necesario informar al adolescente de la necesidad de usar broncodilatadores antes de una competencia.

Examen neurológico: Investigar si el estado madurativo es adecuado a la edad.

Examen músculo-esquelético:

- Visualmente buscar escoliosis (más frecuente en las mujeres adolescentes) y cifosis (más frecuente en los varones).
- Indagar dolor muscular generalizado en los músculos paravertebrales, que puede ser causado por desequilibrio muscular debido al rápido crecimiento del adolescente o a crecimiento asimétrico de los miembros inferiores.
- Palpar la espalda para detectar dolor como síntoma de espasmo muscular.
- En los deportes como natación, béisbol o tenis, los pacientes presentan con frecuencia sobreuso del manguito rotador e inestabilidad del hombro (otra patología frecuente del deportista adolescente); es importante indicar fisioterapia previa a la temporada deportiva.
- El tobillo es la articulación más frecuentemente afectada en las lesiones deportivas. Las lesiones crónicas se relacionan con los esguinces reiterados con la consiguiente inestabilidad del mismo.
- Descartar en el síndrome de Down la inestabilidad atlantoaxial antes de que practiquen deportes.

Palpación abdominal en búsqueda de organomegalias, sobre todo de hígado y de bazo.

Detectar ectopías testiculares y hernias inguinales o umbilicales.

Evaluar la maduración sexual de acuerdo con las tablas de Tanner.

1.3. Electrocardiograma

El electrocardiograma en reposo complementa el examen físico y es fundamental para detectar arritmias que, en muchas ocasiones, no se sospechan con la auscultación, por ejemplo: Wolff Parkinson White, todo tipo de bloqueos aurículoventriculares, síndrome de QT prolongado, síndrome de Brugada, etcétera.

En nuestra experiencia en la División Cardiología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez vemos, en el consultorio externo, numerosas consultas de niños sin cardiopatía aparente que concurren *para realizar un riesgo cardiológico*, un apto físico o derivados de otros centros donde le realizaron un ECG, y encontramos que presentan arritmias importantes como taquicardia ventricular lenta en reposo o taquicardia supraventricular por un foco ectópico en pacientes sin sintomatología.

No hay consenso sobre cuándo realizar un ECG. Lo que se debe tener en cuenta es que no es necesario realizarlo todos los años si fue normal.

En el Centro de Medicina Deportiva de Italia, la evaluación incluye interrogatorio sobre antecedentes familiares y personales, un examen físico exhaustivo, ECG como método de *screening* en la búsqueda, principalmente, de MHC (lo consideran como signo que puede inferir la necesidad de completar estudios), displasia arritmogénica de VD, síndrome de QT prolongado, síndrome de Brugada y un análisis de orina.

Actualmente, en los Estados Unidos, no está indicado realizar un ECG como método de *scree-*

ning de MHC, sin embargo, se deben derivar a un cardiólogo los atletas con antecedentes de síntomas cardíacos al realizar ejercicios antes de autorizarlos a competir.

Aquellos que presenten alguna alteración deberán completar su examen con Ecocardiograma, Ergometría o monitoreo de 24 horas (Holter) de acuerdo con la patología encontrada, siempre solicitados por el especialista.

La solicitud de controles previos a las actividades físicas se justifica como prevención de la muerte súbita, la que puede ocurrir durante el ejercicio o inmediatamente después (6 horas), que como ya se mencionara, no es frecuente, pero es una realidad, en una proporción de 1 cada 200.000 deportistas.

Las causas de estas muertes en jóvenes y niños se deben, en general, a:

- Miocardiopatía Hipertrófica (MHC). La muerte puede producirse por obstrucción aguda del tracto de salida de VI o por arritmias.
- Malformaciones congénitas de las arterias coronarias.
- Estenosis Aórtica Valvular y Subvalvular.
- Ruptura de Aorta, secundaria a dilatación de ésta, en general, asociada al síndrome de Marfan.
- Arritmias:
 - Displasia arritmogénica de ventrículo derecho.
 - Síndrome Wolff - Parkinson - White.
 - Síndrome de QT prolongado.

Luego de finalizado el examen, se solicitarán los estudios pertinentes antes de extender dicho certificado.

2. Clasificación de Aptos

2.1. Apto:

Cumple requisitos de pauta.

2.2. No Apto:

- Trastornos severos de la conducta alimentaria.
- Enfermedades crónicas invalidantes: Miocardiopatías.
- Insuficiencia de órgano par o impar.
- Miopatías graves.
- Enfermedades que perturban el equilibrio.

2.3. Apto con observaciones:

Realizan actividades físicas con las adaptaciones y limitaciones que correspondan a su problema.

- Anomalía de órgano par.
- Disnea de esfuerzo: Puede ser debida al asma - BIE II; a la obesidad III; a la falta de entrenamiento.
- Diabetes.
- Sobrepeso significativo.
- Discapacidad psicomotriz.
- Enfermedad osteomioarticular.
- Epilepsia.
- Trastornos de la coagulación.

2.4. No apto transitorio:

No podrá realizar actividades físicas hasta haber completado los estudios solicitados o solucionado su proceso agudo en el tiempo que corresponda a su patología.

- Síndrome febril - Infecciones agudas en general - Infecciones prolongadas.
- Lesiones osteomioarticulares agudas: Esguinces, desgarros musculares. Enfermedad de Osgood - Schlatter con intenso dolor.
- Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento.
- Posquirúrgicos inmediatos.
- Neumotórax.
- Patología cardiovascular en estudio: Soplos, arritmia, MHC.

Los niños y jóvenes con anamnesis sin antecedentes patológicos y examen clínico normal pueden realizar todas las actividades físicas acordes a su edad, sexo y maduración. La necesidad de realizar estudios dependerá exclusivamente del criterio médico.

3. Recomendación «LAUSANNE»

La recomendación enviada por el Comité Olímpico Internacional a los distintos Comités Olímpicos Nacionales tras la realización de un consenso en dicho Comité dice:

El *screening* recomendado para la prevención cardiovascular de la muerte súbita en los deportes implica realizar:

- Historia familiar.
- Examen físico.
- Electrocardiograma.

4. Redacción del Certificado de Aptitud Física

El certificado médico es un documento de importancia legal. El médico debe jerarquizar esta práctica, recordando, además, que está responsabilizándose con su firma de la salud y seguridad de sus pacientes.

Siempre deberá haber una historia clínica en donde queden asentados los datos consignados anteriormente.

Debe redactarse preferentemente en forma manuscrita y con letra legible, evitando en lo posible, formularios preimpresos y, de ser posible, ante la presencia de un mayor acompañante. Consignar siempre la fecha y hora en que se realiza.

4.1. Aspecto legal

- Es un acto médico.
- Es un documento.
- Se debe conocer el tipo de actividad física que se va a realizar.
- No debe extenderse un certificado sin tener Historia Clínica.
- El «Certificado de favor» es una trasgresión ética, que produce un perjuicio económico.
- El error en su realización puede configurar un delito doloso, culposo o falso testimonio.
- En menores de edad, es prudente la firma de, por lo menos, uno de los padres entre lo redactado y la firma del médico.
- Se cierra el certificado con la firma y sello del médico.

Certifico que.....cuya historia clínica queda en mi poder,
.....años de edad, DNI N.º..... ha sido examinado
clínicamente en el día de la fecha
No presentando contraindicación alguna para realizar actividad física escolar,
recreativa o deportes de acuerdo con su edad, sexo y entrenamiento.

Firma del padre o responsable Firma del Médico y aclaración

4.2. Consensos

Las siguientes son publicaciones realizadas a partir de reuniones o a partir de informes avalados por asociaciones nacionales que nos ayudan al momento de tomar una decisión:

● Certificado de Aptitud Física, aspectos cardiológicos que limitan o impiden la actividad física escolar: Abella, I., I. Torres y col. «Certificado de Aptitud Física. Aspectos Cardiológicos que limitan o impiden la actividad escolar». *Rev. Hosp. Niños R. Gutiérrez*. Buenos Aires. 1998, 40 (1): 33-36. *Primeras Jornadas Argentinas de certificación de la aptitud física*. SAC, SAP y Asociación Metropolitana de Medicina del Deporte, 1999.

● Normativas para la evaluación de aptitud cardiovascular para la práctica de deportes: Peidro, R. M., A. Angelino, I. Torres y col. Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular Dr. José Mena. «Normativas para la evaluación de aptitud cardiovascular para la práctica de deportes». *Revista Argentina de Cardiología*, 1999, 67 (6): 793-797.

● Consenso sobre examen Físico del Niño y del Adolescente que practica actividades físicas: Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de Medicina del deporte Infanto juvenil. «Consenso sobre examen físico del niño y del adolescente que practica actividades físicas». *Archivos Arg. Ped.* 2000, 98 (1): 60-79. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_60_79.pdf>

5. Bibliografía

GONZÁLEZ LLORENTE, E. H. et ál. «El reconocimiento médico-deportivo en el niño». *Pediatrica*, 1994, pp. 106-123.

PEIDRO R. M., A. ANGELINO, I. TORRES et ál. Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular Dr. José Mena. «Normativas para la evaluación de aptitud cardiovascular para la práctica de deportes». *Revista Argentina de Cardiología*, 1999, 67(6): 793-797.

ABELLA, I., I. TORRES et ál. «Certificado de Aptitud Física. Aspectos Cardiológicos que limitan o impiden la actividad escolar». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 1998, 40(1): 33-36.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. Comité Nacional de Medicina del deporte Infanto juvenil. «Consenso sobre examen físico del niño y del adolescente que practica actividades físicas». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2000, 98(1): 60-79. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_60_79.pdf>

KUNIK, H., G. DÍAZ COLODRERO, A. ACHAVAL et ál. «Certificado médico preparticipativo». *Rev. Argentina Med. Dep.*, 1999, 21(65): 4-23.

FULLER, C. M. «Cost effectiveness analysis of screening of high school athletes for risk of sudden cardiac death». *Med Sci Sports Exercise*, 2000 May, 32(5): 887-890.

BRATTON, R. L y D. C. AGERTER. «Examinations. Preparticipation sport examinations. Efficient risk assessment in children and adolescents». *Postgraduate Medicine*. Spots, 1995 August, vol. 98, N.º 2, pp. 123-132.

- METZL, J. D. «Examen de aptitud física de adolescentes para la actividad deportiva: Parte I». *Pediatrics in Review*, 2001, 22(6): 199-204.
- «Examen de aptitud física de adolescentes para la actividad deportiva: Parte II». *Pediatrics in Review*, 2001, 22(7): 227-239.
- LOEB, J. M. Secretary of the American Medical Association. «Athletic Preparticipation Examination for Adolescent. Report of the Board of Trustees. (Sports Medicine)». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1994 January, N.º 148, pp. 93-98.
- SOFI, F., A. CAPALBO et ál. «Cardiovascular Evaluation, Including Resting and exercise electrocardiography, before participation in competitive sports: cross sectional study». *BMJ*, 2008, pp. 337-346.
- VITIELLO, R. «Commentary: The value of the ECG in the Preparticipation Sports Physical Examination: The Italian Experience». *Pediatrics in Review*, 2006, 27: 75-76.
- SINGH, A. y M. SILBERBACH. «Consultation with the Specialist: Cardiovascular Preparticipation Sports Screening». *Pediatrics in Review*, 2006, 27: 418-424.

Links sugeridos:

- Asociación AMAR. Síndrome de Marfán <<http://www.marfan.org.ar/>>.
- Gelb, B. D. Marfan's Syndrome and Related Disorders - More Tightly Connected Than We Thought. *The New England Journal of Medicine*. 2006; 355: 841-844. <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/355/8/841>>.
- Condiciones médicas que afectan la participación deportiva
Rice, S. G. and the Council on Sports Medicine and Fitness. Medical Conditions Affecting Sports Participation. *Pediatrics* 2008; 121: 841-848. (doi:10.1542/peds.2008-0080)
<<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;121/4/841>>.
- Síndrome del QT prolongado
Roden, D. M. Long-QT Síndrome. *The New England Journal of Medicine*. 2008; 358: 169-176.
<<http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/2/169>>.
- Physical Activity Guidelines for Americans / Guías para la actividad física de los Americanos. 2008. Office of Disease Prevention & Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. <<http://www.health.gov/paguidelines/>>

Capítulo 23

Vacunas en la adolescencia

**Dra. Patricia Lamy,
Dra. Florencia Nolte,
Dra. Angela Gentile**

1. Introducción

La adolescencia es una etapa dinámica de la vida, en la cual los cambios físicos, psíquicos y sociales del individuo determinan, en gran medida, el estado integral de salud en la adultez.

Los preadolescentes y adolescentes constituyen un grupo de riesgo, ya que se caracterizan por la escasa consulta al servicio médico y, si además tenemos en cuenta que los esquemas de vacunación no pueden completarse con una única consulta, es fundamental hallar las alternativas que permitan completar los esquemas en este grupo de edad.

A pesar de la existencia de vacunas eficaces, gran cantidad de adolescentes y adultos jóvenes continúan adquiriendo enfermedades prevenibles a través de la vacunación o bien se constituyen en reservorios de agentes que luego contagian a niños de menor edad. Esta situación tiene que ver con la falta de programas que involucren directamente a estos grupos etáreos.

	INFANCIA	ADOLESCENCIA		
	R. Nacido a 6 años	11 años	14-16 años	16-20 años
BCG	1 dosis	-----	-----	-----
DPT/ dTap	5 dosis	1 refuerzo (dTap)*	-----	-----
Sabin	5 dosis	-----	-----	-----
HIB	4 dosis	-----	-----	-----
Triple Viral	2 dosis	-----	2 dosis	-----
Doble Adultos	-----	-----	2 dosis + refuerzo	-----
Hepatitis B**	3 dosis	3 dosis**	-----	-----
Varicela***	-----	-----	-2 dosis	-----
Hepatitis A****	1 dosis	-----	2 dosis	-----

○ Se coloca en óvalos el esquema para cumplir en la adolescencia en caso de no existir dosis previas de la vacuna

*Se incorporó al esquema nacional para los adolescentes a los 11 años de edad. Recomendada para todos los adolescentes. El refuerzo de doble adultos que se indicaba a los 16 años se aplicará a los 21 años.

** Se incorporó al esquema nacional para los adolescentes a los 11 años de edad, siempre y cuando, no la hubieran recibido anteriormente.

***Recomendada para adolescentes susceptibles. A partir de los 13 años se aplican 2 dosis.

****Recomendada a nivel individual a susceptibles.

VER:

Ministerio de Salud de la Nación. Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina (2009).

http://www.msal.gov.ar/htm/site/vacuna._cal2.asp

Sociedad Argentina de Pediatría. Calendario de Vacunación 2009:

<http://www.sap.org.ar/prof-calend-vacu.php>

Recomendaciones generales

a) Esquemas incompletos

Se continúan a partir de la última dosis recibida, nunca se reinician. Lo importante es el número total de dosis y no el intervalo transcurrido entre ellas. No hay intervalos máximos, pero sí mínimos entre vacunas.

b) Pacientes no vacunados o pérdida de la constancia de vacunación

Los pacientes que no han recibido vacunación alguna o que han perdido la constancia de las inmunizaciones recibidas deben ser considerados susceptibles y, por lo tanto, recibir las vacunas correspondientes.

c) Uso simultáneo de vacunas

No existe contraindicación a la administración simultánea de múltiples vacunas rutinariamente recomendadas en lactantes y en niños; no altera la producción de anticuerpos ni favorece las reacciones adversas.

d) Intervalo entre vacunas según el tipo de antígeno

Tipos de antígenos	Intervalo mínimo entre dosis
Dos o más antígenos inactivados	se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis
Antígenos inactivados y vivos	se pueden administrar simultáneamente o con cualquier intervalo entre dosis
Dos o más antígenos vivos parenterales	se pueden administrar simultáneamente o separados al menos 4 semanas

e) Intervalos de tiempo recomendados entre la administración de vacunas y productos con inmunoglobulinas

El intervalo mínimo que ha de transcurrir entre la administración de una vacuna de antígeno vivo y una, posterior, de inmunoglobulina es de dos semanas.

En caso de administrar primero inmunoglobulinas, el tiempo que ha de transcurrir para aplicar una vacuna a virus vivos, depende de la vacuna y de la dosis administrada de inmunoglobulina (de tres meses o más según dosis de IgG).

f) Todas las vacunas se deben conservar entre 2 y 8 °C

g) Eventos esperados atribuidos a las vacunas

Vacuna	Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)	Fiebre >38C	Irritabilidad, malestar y síntomas inespecíficos
BCG	90 - 95%	-	-
Hib	5 - 15%	2 - 10%	-
Hepatitis B	Adultos: 15%; Niños: 5%	-	-
Sarampión Triple viral	~10%	5 - 15%	5% Rash
Polio (OPV)	-	<1%	<1 %**
Tétanos	~10%*	~10%	~25%
DTP	Hasta 50%	Hasta 50%	Hasta 55%

Las tasas de reacciones locales, probablemente, se incrementan con las dosis de refuerzo hasta del 50 al 85%.

**Diarrea, cefalea y/o dolores musculares.

Vacuna	Evento	Tiempo que tarda en aparecer	Tasas por 1.000.000 dosis
BCG	Linfadenitis supurativa Osteítis por BCG ("becegeítis") "Becegeítis" diseminada	2-6 meses 1-12 meses 1-12 meses	100-1000 1-700 2
Hi b	Ninguna conocida	-	-
Hepatitis B	Anafilaxia Síndrome de Guillain-Barré (vacuna obtenida en plasma)*	0-1 Hora 0-6 semanas	1-2 5
Sarampión Triple viral	Convulsiones febriles Trombocitopenia Anafilaxia	5-12 días 15-35 días 0-1 hora	333 33 1-50
Polio oral (OPV)	Poliomielitis paralítica relacionada con la vacuna (PPRV)	4-30 días	1,4-3,4
TT/DT	Neuritis del plexo braquial Anafilaxia Absceso estéril	2-28 días 0-1 hora 1-6 semanas	5-10 1-6 6-10
DTP (celular)	Llanto persistente que dura más de 3 hs. Convulsiones Episodio de hipotonía e hiporreactividad Anafilaxia Encefalopatía	0-24 horas 0-2 días 0-24 horas 0-1 hora 0-3 días	1.000-60.000 570 20 0-1
Fiebre amarilla	Encefalitis consecutiva a la vacunación, Reacción alérgica/anafilaxis	7-21 hora 0-1 días	500-4.000 en menor de 6m 5-20

2. Vacunas incorporadas al calendario nacional

2.1. VACUNA ANTITETÁNICA - ANTIDIFTÉRICA (dT, Doble Adultos)

2.1.1 Introducción

● **Tétanos** - Si bien desde hace más de veinte años que existe vacuna antitetánica, el tétanos sigue siendo un grave problema en los países en vías de desarrollo, fundamentalmente, en mayores de 50 años y en neonatos.

● **Difteria** - La difteria es una enfermedad de distribución universal que, debido al impacto logrado por las campañas de vacunación habría sido eliminada de las naciones desarrolladas. Sin embargo, epidemias de difteria han ocurrido en esta década en algunos países de Europa.

2.1.2. Agente inmunizante

Es una asociación de toxoides diftérico y tetánico adsorbidos con hidróxido o fosfato de aluminio.

2.1.3. Indicación y edad para la vacunación

Se aplicará como esquema básico a las personas que no fueron previamente vacunadas con DPT o DT, hayan padecido o no difteria o tétanos.

En personas que recibieron esquemas completos con DPT, DT o dT, se reforzará la inmunidad cada diez años con dT.

Se aplicará a las embarazadas como esquema básico o refuerzo (según corresponda) a partir del quinto mes o cuarenta días antes de la fecha probable del parto, si no están correctamente inmunizadas.

2.1.4. Dosis y vías de administración

Si hay que realizar un esquema básico completo, se aplicarán tres dosis por vía intramuscular (en el deltoides); las dos primeras con un intervalo no menor a cuatro semanas y la tercera, doce meses después de aplicada la segunda dosis.

En el caso de que se interrumpa el esquema, se continuará con las dosis faltantes sin que interese el tiempo transcurrido, aún habiendo pasado más de diez años.

2.1.5. Refuerzos

Cada diez años, se aplicará una dosis por la misma vía.

2.1.6. Inmunogenicidad y eficacia clínica

La inmunidad dura diez años.

2.1.7. Efectos adversos (Ver cuadro de eventos adversos)

2.1.8. Complicaciones

En general, ninguna.

Las reacciones de hipersensibilidad al toxoide diftérico son muy raras y carentes de gravedad. En caso de presentarse una reacción general, se completará la inmunización con toxoide tetánico adsorbido (TT).

El toxoide tetánico, después de repetidas inoculaciones, puede ocasionar reacciones locales o de hipersensibilidad tipo retardada o tipo Arthus.

2.1.9. Contraindicaciones

Reacción anafiláctica posterior a una dosis previa de vacuna o a sus componentes.

2.1.10. Uso de gammaglobulina

La administración de inmunoglobulina antitetánica no interfiere la respuesta inmune al toxoide adsorbido, pero debe ser aplicada en diferentes sitios.

2.1.11. Profilaxis antitetánica en el manejo de las heridas

Sin tener en cuenta el estado inmunitario, todas las heridas deben ser lavadas y desbridadas, eliminando quirúrgicamente restos necróticos, tejido desvitalizado y cuerpos extraños.

Ante cualquier persona que presente una herida, se debe evaluar su estado inmunitario para el tétanos.

Las posibilidades pueden ser las siguientes:

Antecedente de Toxoide tetánico Adsorbido (dosis)	HERIDA LIMPIA		OTRAS HERIDAS	
	Vacuna	Gammaglobulina	Vacuna	Gammaglobulina
Desconocida o < 3 dosis	SI	NO	SI	SI
3 dosis o más	NO**	NO	NO***	NO

** Se debe administrar si la última dosis se dio hace más de 10 años.

*** Se debe administrar si la última dosis se dio hace más de 5 años.

2.2. VACUNA TRIPLE ACELULAR (dTpa): VACUNA ANTITETÁNICA - ANTIDIFTÉRICA - ANTIPERTUSIS ACELULAR ADULTOS

2.2.1. Introducción

En 1985, se agregó al esquema oficial previo, un segundo refuerzo de la vacuna triple al ingreso escolar, situación que cambió el patrón cíclico de los brotes de coqueluche. Con dicha intervención, la incidencia de casos de coqueluche notificados se redujo en forma constante hasta el año 2003, año en el que comienza la re-emergencia de la enfermedad. En 2005, los casos ascendieron a 2060 con una tasa de notificación de 5,7/100.000 habitantes. Si bien la mayor tasa de notificación se mantiene en los menores de 1 año, cabe destacar que el mayor incremento, desde la re-emergencia, se observó en los preescolares (2 a 4 años) y adolescentes y adultos jóvenes (15 a 49 años). El aumento se registró en forma de brotes en localidades de once de las veintitrés provincias. Esta situación de reemergencia de la enfermedad no es privativa de la Argentina, ya que viene registrándose en varios lugares del mundo desde 1990.

Con el fin de disminuir los casos de coqueluche en adolescentes y adultos y el consecuente aumento de riesgo de contraer la enfermedad para los recién nacidos y lactantes, se incorporó al Calendario Nacional la vacuna triple acelular en 2009. Está indicada a los 11 años y para el personal de salud, con carácter gratuito y obligatorio, por medio de la Resolución Ministerial 506/2009 sobre prevención de coqueluche.

2.2.2. Agente inmunizante

Hay algunas vacunas acelulares ya aprobadas que se pueden administrar a partir de los siete años de edad, contienen un menor tenor de toxoide diftérico que la dosis pediátrica. Ellas son:

- Vacuna dTpa (Boostrix): contiene no menos de 2,5 Lf. de Toxoide Diftérico (TD); 5 Lf de Toxoide Tetánico (TT); Toxina Pertusis (TP) 8 µg; Hemaglutinina Filamentosa (FHA) 8 µg; Pertactina (Proteína de Membrana Externa 69 kDa) (PRN) 2,5 µg.

- Vacuna dTap (Adacel): contiene 2Lf de Toxoide Diftérico (TD), 5 Lf de Toxoide Tetánico (TT); Toxina Pertusis (TP) 2,5 µg; Hemaglutinina Filamentosa (FHA) 5 µg; Pertactina (Proteína de Membrana Externa 69 kDa) (PRN) 3 µg.

2.2.3. Indicaciones y edad de administración

Las vacuna triple acelular puede aplicarse a partir de los 7 años de edad en todos aquellos que hayan recibido un esquema básico con DPT, se administran solo como dosis de refuerzo.

Nuevas estrategias de uso de vacunas acelulares:

- *Vacunación de las madres en el postparto inmediato o de ambos padres, llamada también estrategia «capullo»:* Dado que en muchos países, la madre, padre o, incluso, abuelos pueden ser fuente de transmisión para el neonato, algunos países, tales como Costa Rica han comenzado a vacunar con vacuna triple acelular a las mujeres en el postparto inmediato. Esta estrategia exige diferir la vacunación con «doble adultos» durante el embarazo y, en lo posible, tratar de que haya un intervalo de dos años entre la última vacuna de la serie doble adultos y las nuevas triples acelulares.
- *Vacunación de adolescentes de 11 a 12 años:* Dado que en muchos países se ha observado un aumento de casos de infección por *Bordetella pertussis* en niños mayores y adolescentes, se está recomendando una dosis adicional de una vacuna triple acelular a los 11 a 12 años.
- *Vacunación del equipo de salud:* El equipo de salud puede ser fuente de contagio para niños hospitalizados.

Los niños que han padecido difteria, tétanos o infección por *Bordetella pertussis*, confirmada por laboratorio, deben comenzar o continuar los esquemas de vacunación.

2.2.4. Inmunogenicidad y eficacia clínica

La inmunogenicidad de las vacunas acelulares es comparable a la de células enteras.

2.2.5. Efectos adversos

En general, locales.

2.2.6. Contraindicaciones

- Reacción anafiláctica inmediata.
- Enfermedad neurológica no clarificada.

2.3. VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA

2.3.1. Introducción

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa aguda causada por cualquiera de los tres serotipos de virus polio. Del 90 al 95% de los casos son asintomáticos y el 5% son abortivos, simulan un cuadro gripal con recuperación completa en menos de una semana. Entre el 0,1 y el 1% de los infectados, desarrolla parálisis aguda, cuya letalidad varía entre un 2% y un 20%.

En 1984, se produjo en Orán, Salta el último caso en un paciente y, desde entonces, no se han registrado casos de poliomielitis por virus salvaje en el país.

El último caso en América se registró en 1991 en Junín, Perú y, en 1995, se declaró a América libre de virus polio salvaje.

En la actualidad, la poliomielitis sigue siendo endémica en Pakistán, Nigeria, Afganistán e India.

Aún cuando América ha permanecido libre de poliomielitis por muchos años, siempre existe el peligro de que la enfermedad sea reintroducida. En muchos países del mundo (Estados Unidos, Canadá, Holanda, China, Cabo Verde, Bulgaria, entre otros) han sido detectados casos importados, y ningún país está libre de esta posibilidad.

2.3.2. Agente inmunizante

Se dispone de dos tipos de vacuna antipoliomielítica: la vacuna inactivada (VPI), obtenida en 1952 por Salk, que se prepara con suspensiones representativas de los tres serotipos de poliovirus: Mahoney (tipo 1), MEF-1 (tipo 2) y Saukett (tipo 3); y la vacuna oral de virus vivos atenuados (VPO), preparada con cepas de neurovirulencia atenuada de los tres serotipos del virus de la poliomielitis: 1, 2 y 3 que obtuvo Sabin en 1961.

2.3.3. Indicaciones y edad de administración

La vacuna antipoliomielítica sigue siendo una de las vacunas obligatorias en el calendario regular de cualquier país, ya que el virus polio no ha sido aún erradicado.

En la Argentina, la vacunación con VPO sigue siendo considerada la estrategia de elección, no obstante, los dos tipos de vacuna antipoliomielítica disponibles (VPO y VPI) son efectivos para la prevención de la poliomielitis.

La VPI es la vacuna indicada en las siguientes situaciones:

- Niños inmunodeficientes o que convivan con personas inmunodeficientes.
- Infectados por el VIH o que convivan con enfermos con sida.
- Inmunodeficiencia con déficit de inmunidad humoral.
- Inmunodeficiencia grave combinada.
- Hemopatías malignas.
- Inmunosupresión por quimioterapia o radioterapia.
- Pacientes internados.

2.3.4. Dosis y vías de administración

● VPO: Vía oral: 2 gotas. Si el paciente vomita en los veinte minutos posteriores a la vacunación, puede recibir una vez más la dosis.

Se recomienda de 20 a 30 minutos de ayuno previos y posteriores a la administración de la vacuna.

● VPI: subcutánea o intramuscular. En niños hasta 12 a 18 meses en región anterolateral del muslo y, en los mayores, en la región deltoidea.

2.3.5. Esquema de administración

El esquema iniciado en los *menores de un año* requiere de tres dosis: 2, 4 y 6 meses, un refuerzo a los 18 meses y otro previo al ingreso escolar.

Si se vacuna por primera vez *después del año*, deberá recibir 3 dosis y un refuerzo previo al ingreso escolar.

Cuando el niño recibe la tercera dosis después de los 4 años, puede prescindirse del refuerzo al ingreso escolar.

Los esquemas incompletos deben ser actualizados en todos los pacientes menores de 18 años.

2.3.6. Efectos adversos

● VPO: Las cepas atenuadas de la vacuna oral tienen capacidad de dar cuadros paralíticos. El riesgo de parálisis asociada a la vacuna (PAV) es de 1 caso por cada 1.400.000 a 3.400.000 primeras dosis aplicadas. Por lo general, los individuos afectados tienen algún grado de inmunodeficiencia. En la Argentina, el riesgo actual es de 1 PAV cada 2.100.000 primeras dosis administradas. El riesgo de PAV va disminuyendo con las dosis sucesivas.

● VPI: Dolor en el sitio de aplicación.

2.3.7. Contraindicaciones

- VPO:
 - Anafilaxia por alguno de los componentes de la vacuna (contiene trazas de estreptomicina y neomicina).
 - Embarazo. Para evitar riesgo teórico para el feto. Si hay muchas probabilidades de exposición, puede ser administrada, siendo esta vacuna la de elección porque brinda protección antes que la VPI.
 - Pacientes con trastornos del sistema inmunitario.
 - Inmunodeficiencias congénitas. Si existen antecedentes familiares, los recién nacidos deben recibir VPI hasta que se descarte patología.
 - HIV. Los niños asintomáticos que han recibido la vacuna sin conocerse el diagnóstico no han presentado complicaciones.
 - Neoplasias.
 - Radioterapia.
 - Tratamiento con corticoides u otras drogas inmunosupresoras.
 - Convivientes de pacientes inmunocomprometidos. Si algún conviviente recibiera OPV, se debe evitar el contacto como mínimo un mes, que es el período de máxima viremia.
- VPI:
 - Anafilaxia por alguno de los componentes de la vacuna (contiene trazas de estreptomicina, neomicina).

2.3.8. Precauciones

- VPI: Embarazo. Para evitar riesgo teórico para el feto.

Los pacientes que estuvieron inmunosuprimidos, deberían esperar un período mínimo para recibir la vacuna atenuada (VPO) para asegurar respuesta adecuada a la vacuna.
- Trasplantados: 6 a 12 meses.
- Quimioterapia: 3 meses.
- Corticoterapia: 1 mes.
- Radioterapia total: 1 mes.

2.3.9. Manejo de contactos con pacientes con parálisis flácida aguda

Un caso de parálisis flácida aguda (PAF) se considera una poliomyelitis hasta que se demuestre lo contrario. Ante la detección de una PAF, se deben iniciar las acciones de bloqueo dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, sin esperar la confirmación diagnóstica. El área para el bloqueo es determinada por las autoridades sanitarias competentes.

Las acciones de bloqueo consisten en la vacunación de barrido, que es la aplicación de la vacuna OPV a todos los menores de 15 años, completar los esquemas en áreas con coberturas superiores al 90%.

2.4. VACUNA ANTIHEPATITIS B

2.4.1. Introducción

La hepatitis B es hoy la principal causa de enfermedad hepática crónica en el mundo. Una vez adquirida la enfermedad, una proporción variable de los infectados, después de pasar una etapa aguda en forma sintomática o asintomática, se transforma en portador crónico del virus. Estos portadores son el principal reservorio de la enfermedad.

Según algunos cálculos estimativos, los portadores en todo el mundo llegarían a los trescientos millones. La hepatitis B se adquiere por vía parenteral. La transmisión puede ser vertical (de madre infectada con HBsAg + al recién nacido) o bien horizontal (contacto con sangre y hemoderivados que contienen HBsAg).

2.4.2. Los adolescentes como grupo de riesgo

Los adolescentes son especialmente vulnerables a contraer la hepatitis B, ya que están más predispuestos a participar en actividades grupales, al contacto sexual y al uso de drogas.

2.4.3. Agente inmunizante

Es una vacuna que contiene el antígeno de superficie (HBsAg) depurado del virus de la hepatitis B (HBV), elaborado por ingeniería genética.

2.4.4. Indicación y edad para la vacunación

Preadolescente: 11 años, se vacuna a todo niño no previamente inmunizado y en el marco de los programas de Salud Escolar o bien se completan esquemas.

Se recomienda, además, la vacunación a todos los adolescentes con un esquema de acuerdo a normas.

Los estudios serológicos previos a la vacunación (Anti HBc) para conocer el estado inmunitario del huésped no están indicados de rutina, solo están indicados para grupos con altas tasas de infección por el virus de hepatitis B, tales como:

- Pacientes politransfundidos.
- Drogadictos endovenosos.
- Contactos familiares de portadores con hepatitis B.
- Homosexuales y bisexuales activos con más de una pareja.

2.4.5. Dosis y vías de administración

El esquema para el preadolescente y adolescentes:

Dosis	1°	2°	3°	4°
Preadolescente Niños mayores Adultos	Día 0	1 mes después	6 meses de la primera dosis	NO
Esquema rápido (*)	Día 0	1 mes después	2 meses de la primera dosis	al año de la primera

(*) *Esquema rápido*: este esquema está indicado para personas con alta exposición a contraer hepatitis B. Se aplican cuatro dosis, las tres primeras con intervalo de un mes entre ellas y la cuarta dosis, al año de la primera.

Dosis: la dosis requerida varía según grupo edad y tipo de huésped.

Edad	Dosis
Hasta los 19 años	10 µg o 5 µg según laboratorio productor
A partir de los 20 años	20 µg o 10 µg según laboratorio productor
Huésped inmunocomprometido, y hemodializados	Debe recibir el doble de la dosis que le corresponde por edad: 20 µg (hasta los 19 años inclusive) 40 µg (a partir de los 20 años)

2.4.6. Vía de aplicación

Intramuscular, en el deltoides.

2.4.7. Revacunación

No está indicada la revacunación de rutina en adolescentes sanos, ya que la vacuna confiere no solo inmunidad humoral, sino, también, celular.

2.4.8. Inmunogenicidad y eficacia clínica

La eficacia de la vacuna es del 95 al 98%. Los títulos protectores se alcanzan a las dos semanas de la segunda dosis.

2.4.9. Serología posvacunación

El test postvacunación (medición de antiHBs) no es necesario luego de una inmunización de rutina, salvo en aquellas personas cuya respuesta puede ser variable o están en riesgo aumentado de exposición:

- Los pacientes hemodializados.
- Los pacientes inmunocomprometidos.
- Los convivientes de portadores del virus de la Hepatitis B.

Esta prueba debe realizarse entre los cuarenta y cinco días y dos meses después de la serie primaria.

En pacientes inmunocomprometidos y dializados, se deben realizar antiHBs y aplicar dosis de refuerzo cuando las determinaciones sean menores a 10 mUI/ml.

2.4.10. Efectos adversos (ver cuadro de eventos adversos)**2.4.11. Contraindicaciones**

La anafilaxia a alguno de los componentes de la vacuna.

2.4.12. Precauciones

Enfermedad aguda moderada o severa con fiebre o sin ella.

2.4.13. Falsas contraindicaciones

Embarazo, lactancia.

2.4.14. Uso de gammaglobulina

Profilaxis postexposición: Se puede asociar vacuna con gammaglobulina específica antihepatitis B (IgHB), pero aplicada en diferentes sitios.

Se aconseja en las siguientes situaciones:

a) Contactos familiares de personas con infección aguda por VHB

Adolescentes expuestos: Se aconseja comenzar la inmunización contra VHB tan pronto como se haya diagnosticado el caso.

b) Contactos sexuales de personas con infección por VHB

Las parejas sexuales de personas con hepatitis B aguda o HBsAg positivas corren un riesgo elevado de adquirir una infección por VHB. Por lo cual, es importante corroborar que hayan recibido las tres dosis de vacuna tal cual está indicado para todo adolescente.

La inmunoglobulina específica (IGHB) ha demostrado una eficacia del 75% en la prevención de dicha infección, a la dosis de 0,06 ml/Kg, en un lapso no mayor a los catorce días del contacto sexual.

Recordar que, en caso de violación, están indicadas, simultáneamente, vacuna (en caso de no haberla recibido) y gammaglobulina, aplicadas en sitios diferentes.

2.5. TRIPLE VIRAL (sarampión-rubéola-parotiditis) y VACUNA DOBLE VIRAL (sarampión-rubéola)

2.5.1. Introducción

El **sarampión** es una enfermedad aguda, epidémica, de muy alta contagiosidad. Se transmite de persona a persona, por contacto directo con secreciones respiratorias, aunque, en algunos casos, puede transmitirse por vía aérea, pero a corta distancia.

La epidemiología del sarampión varió con la introducción de las vacunas, hay países que prácticamente han eliminado la enfermedad autóctona y muchos otros, entre ellos la Argentina, que están en vías de lograrlo. Los últimos casos del país ocurrieron en marzo del año 2000.

La **rubéola** es una enfermedad, generalmente, leve. Se caracteriza por un exantema maculopapular discreto, adenopatías y febrícula. Puede haber poliartalgias y poliartritis transitorias, son más frecuentes en adolescentes y adultos, fundamentalmente, mujeres.

El problema más importante es la *rubéola congénita*.

Existen formas leves subclínicas y entre el 25 y el 50% de las infecciones son asintomáticas, por lo que el diagnóstico clínico no es fiable, ya que el cuadro es inespecífico. *Solo se consideran inmunes las personas con confirmación documentada de vacunación antirubeólica o con serología positiva*. El país encaró la erradicación de esta enfermedad mediante una campaña masiva con vacuna doble viral que tuvo lugar en el segundo semestre del año 2006.

La **parotiditis** es una enfermedad infecciosa sistémica, que se caracteriza por la tumefacción de las glándulas salivales (aunque en uno de cada tres casos puede ser inaparentes). Los signos meníngeos son frecuentes. La orquitis es una complicación común después de la pubertad, pero la esterilidad es rara.

Son considerados susceptibles los que no cumplen los siguientes requisitos:

- Antecedente de parotiditis diagnosticada por el médico o evidencia de inmunidad contra la enfermedad confirmada por pruebas de laboratorio.
- Vacunación con vacuna antiurliana o triple viral luego de los 12 meses de vida.

2.5.2. Agente inmunizante

Triple viral: Es una suspensión liofilizada de una combinación de cepas de virus vivos atenuados de sarampión y parotiditis (cultivadas en embrión de pollo) y rubéola (cultivada en células diploides humanas). Puede contener trazas de antibióticos.

Doble viral: Es una suspensión liofilizada de una combinación de cepas de virus vivos atenuados de sarampión (cultivada en embrión de pollo) y rubéola (cultivada en células diploides humanas). Puede contener trazas de antibióticos.

2.5.3. Indicación y edad para la vacunación

Triple viral: Los preadolescentes (11 años) recibirán una dosis de triple viral cuando no tengan las dos dosis previas de esta vacuna o de doble viral administradas a partir del año de vida. El intervalo mínimo entre las dosis es de un mes.

Doble viral: Todos los adolescentes se vacunarán como *alternativa* con esta vacuna cuando no haya disponibilidad de la vacuna triple viral.

Manejo de contactos: está indicado el uso de vacuna doble viral para las «acciones de control de foco» del Programa Integrado de Eliminación de Sarampión-Rubéola.

2.5.4. Dosis y vías de administración

Dosis 0.5 ml, vía subcutánea o intramuscular.

2.5.5. Revacunación

No está planteada.

2.5.6. Inmunogenicidad y eficacia clínica

Vacuna	Inmunogenicidad	Eficacia	Duración
Antisarampionosa	90 - 95%	93 - 98%	10 - 15 años
Antirubeólica	>98%	87 - 91%	Aproximadamente 10 años
Antiparotídea	>95%	75 - 95%	> 20 años

2.5.7. Efectos Adversos (ver cuadro de eventos adversos)

2.5.8. Contraindicaciones

Reacción alérgica severa (anafilaxia) posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna (por ejemplo: huevo, gelatina, neomicina).

Embarazo.

Inmunodeficiencia severa conocida (por ejemplo: tumores hematológicos o sólidos, inmunodeficiencia congénita, tratamiento inmunosupresor de largo tiempo o infección HIV sintomática severa).

2.5.9. Precauciones

Enfermedad aguda moderada o severa con fiebre o sin ella.

Historia de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica.

Reciente administración de sangre y hemoderivados que contienen anticuerpos. Se deben respetar los intervalos sugeridos entre éstos y la vacunación antisarampionosa (triple viral, doble viral o vacuna antisarampionosa monovalente).

2.5.10. Falsas contraindicaciones

- PPD (+).
- Simultánea realización de PPD.
- Lactancia.
- Embarazo de la madre del vacunado o de otro conviviente cercano.
- Mujeres en edad fértil.
- Conviviente inmunosuprimido.
- Infección HIV asintomática o levemente sintomática.
- Intolerancia al huevo o antecedente de reacción alérgica no anafiláctica al huevo.

2.5.11. Inmunocomprometidos

El niño infectado HIV, asintomático y sintomático, con recuento de TCD4 >14%, debe cumplir con el esquema de vacunación antisarampionosa, antirubeólica y antiparotídea.

En los huéspedes oncológicos, trasplantados, con enfermedades autoinmunes o inmunodeficientes congénitos, la indicación de la vacunación es personalizada.

2.5.12. Inmunoprofilaxis

a) Para sarampión:

Cuidado de las personas expuestas:

● *Empleo de vacuna:* La vacuna administrada dentro de las 72 h de la exposición al sarampión, brinda protección en algunos casos. La vacuna es la intervención de elección para controlar los brotes de sarampión en escuelas.

● *Empleo de gammaglobulina:* La gammaglobulina polivalente se administra para prevenir o modificar el sarampión en una persona susceptible dentro de los seis días postexposición, a 0,25 a 0,50 ml/

kg, intramuscular (máximo 15 ml). Está indicada en «convivientes» susceptibles con alto riesgo de complicaciones.

Toda persona con infección HIV sintomática, expuesta a sarampión, debe recibir profilaxis con gammaglobulina a 0,5 ml/kg, independientemente de los antecedentes de vacunación.

b) Para rubéola y parotiditis:

No se recomienda el uso postexposición de vacunas ni de gammaglobulinas en ambas patologías. En la gestante susceptible, su administración no garantiza la prevención del síndrome de rubéola prenatal.

3. Vacunas recomendadas para adolescentes susceptibles

3.1. VACUNA ANTIVARICELA

3.1.1. Introducción

El virus varicela zoster (VVZ) es un virus ADN, perteneciente a la familia de los herpes virus. La manifestación primaria de la enfermedad por el virus varicela-zoster, es la varicela. Ésta es una enfermedad relativamente benigna en la infancia, mientras que en adolescentes y en huéspedes inmunocomprometidos, la varicela es capaz de diseminarse, revistiendo mayor gravedad.

La tasa de ataque secundario en susceptibles expuestos es >90%.

3.1.2. Agente inmunizante

Es una vacuna viral atenuada. Existen diferentes presentaciones que tienen trazas de antibióticos: neomicina, eritromicina o kanamicina.

3.1.3. Indicaciones y edad de administración

Se deberán vacunar todos los adolescentes susceptibles, prioritariamente:

- Los que viven o trabajan en instituciones cerradas (militares, correccionales, etcétera).
- Pacientes pretrasplante antes del tratamiento inmunosupresor.
- Susceptibles en contacto con niños inmunosuprimidos.
- Pacientes HIV positivos, clasificación del estadio clínico N1 o A1 del CDC y recuento de CD4 del 25% o más de acuerdo con la edad.

Ha sido aprobada el uso de vacuna antivariélica como profilaxis postexposición.

3.1.4. Dosis y vías de administración

El esquema es de una dosis de 0,5 ml por vía subcutánea hasta los 12 años. Los adolescentes de 13 años o más, no vacunados, deben recibir un refuerzo a partir del mes de la primera dosis. Por el momento, no está indicada la revacunación.

Esquema de administración de la vacuna antivariélica

Edad	Dosis	Intervalo	Serología Prevacunación
1 a 12 años	1 dosis	-	No
≥13 años	2 dosis	4 a 8 semanas entre cada dosis	Considerar
Huésped inmunocomprometido (casos especiales)	2 dosis	4 a 8 semanas entre cada dosis HIV:3 meses entre cada dosis	Si

3.1.5. Inmunogenicidad y eficacia clínica

Protege para varicela leve entre el 77 y el 100%, y para las formas, graves el 100%.

En adolescentes, luego de la primera dosis se obtienen anticuerpos protectores en el 82% de los vacunados, y la eficacia alcanza al 99% después de la segunda dosis. En pacientes inmunocomprometidos, la seroconversión es del 82% postprimera dosis y del 95% luego de las dos dosis.

3.1.6. Efectos adversos

● *Locales*: frecuencia de 10 a 20% en niños y de 20 a 30% en adultos: dolor, eritema, tumefacción en el sitio de inoculación.

● *Generales*: Exantema variceloso, en el 10% de los adolescentes hasta las 3 a 4 semanas posvacunación. El *rash* variceliforme se manifiesta, generalmente, con pocas lesiones, habitualmente con no más de 50 vesículas.

La tasa de aparición de herpes zoster es menor en los vacunados: 13/100.000 año-paciente/ observado, que en los no vacunados: 30/100.000 año-paciente/ observado.

3.1.7. Contraindicaciones

Absolutas:

- Inmunodeficiencias primarias.
- Discrasias sanguíneas.
- Altas dosis de corticoterapia (dosis > a 2 mg/kg/día de prednisona por más de un mes).
- Inmunocomprometidos por leucemia linfoblástica aguda que no estén en remisión y no tengan posibilidad de suspender quimioterapia.
- Dentro de los tres meses posteriores a radioterapia.
- Pacientes HIV+ (HIV y pacientes con leucemia pueden vacunarse solamente bajo protocolo).
- Pacientes con recuento linfocitario < 700/mm³ o evidencia de déficit de la inmunidad celular.
- Pacientes con tratamiento crónico con salicilatos.
- Embarazo.

3.1.8. Precauciones

Pacientes con antecedentes de alergia a los antibióticos presentes en la composición de la vacuna (neomicina o kanamicina).

Uso reciente de inmunoglobulinas específicas para varicela zoster, se debe diferir la vacunación por cinco meses.

Pacientes que hayan recibido inmunoglobulina estándar o transfusiones sanguíneas, deben esperar por lo menos tres meses.

No deberán recibir salicilatos en las últimas seis semanas posvacunación; si bien no se han observado efectos adversos, se mantiene esta recomendación.

Vacunados con estrecho contacto con huéspedes inmunosuprimidos, es importante tener en cuenta el riesgo de transmisión posible del virus vaccinal hasta los 21 días siguientes a la vacunación.

Enfermedades intercurrentes, con fiebre mayor a 38 °C.

3.1.9. Manejo de contactos con varicela

Se considera exposición significativa al virus al contacto familiar continuo, al contacto en colegios por más de una hora.

Los contactos susceptibles > a 13 años, deberían vacunarse previo dosaje de IgG anti VZV, de ser posible.

Los contactos susceptibles de alto riesgo, inmunodeficiencia, HIV, tratamiento con quimioterapia, corticoides o irradiación, quemados, enfermedad fibroquística, y embarazadas susceptibles, deben recibir gammaglobulina hiperinmune, dosis de 0,5 a 1 ml/kg por vía endovenosa, que debe ser aplicada dentro de las 96 h postexposición.

La gammaglobulina específica disminuye el riesgo de complicaciones severas y puede prolongar el período de incubación de la varicela de 21 a 28 días.

El uso de Aciclovir como profilaxis se encuentra supeditado a situaciones especiales (pacientes inmunosuprimidos, adolescentes susceptibles). Se indica Aciclovir vía oral a 40-80 mg/Kg/día durante 5 a 7 días. La profilaxis se debe iniciar entre los días séptimo y noveno después del contacto, que es el momento probable de mayor viremia.

Otra alternativa, es la aplicación de la vacuna varicela dada a susceptibles sanos, dentro de las 72 h del contacto con el enfermo (eficacia protectora 85-90%).

3.2. VACUNA ANTIHEPATITIS A - Recomendada a nivel individual a susceptibles

3.2.1. Introducción

La prevalencia de anticuerpos IgG anti HAV varía según la edad y está relacionada con el nivel socioeconómico-cultural de la población.

De acuerdo con estudios efectuados, nuestro país se encontraría entre los países de moderada a alta endemicidad, dependiendo de la realidad socioeconómica de la población.

3.2.2. Agente inmunizante

Es una vacuna viral inactivada.

3.2.3. Composición y características

En nuestro medio, existen las siguientes vacunas disponibles para su uso:

Vacunas antihepatitis A

VACUNA	CEPA	EDAD	DOSIS	ESQUEMA
Adsorbida con hidróxido de aluminio: HAVRIX *	Cepa viral HM 175	1 - 18 años ≥ 19 años	720 UE ** 1440 UE	- 6 ó 12 meses - 6 ó 12 meses
VAQTA	Cepa viral CR 326	2 - 17 años ≥ 18 años	25 U 50 U	- 6 ó 18 meses - 6 ó 18 meses
AVAXIM	Cepa viral GBM	1 - 15 años ≥ 16 años	80U 160U	- 6 ó 12 meses - 6 ó 12 meses
Virosómica: VIROHEP A	Cepa viral RG - SB	≥ 1 año	500 RIA	- 6 ó 12 meses

** Si por disponibilidad es necesario usar la dosis de 720 UE en población > a 18 años, el esquema consiste en tres dosis, (0-1-6), las dos primeras con un intervalo de un mes y la tercera a los seis meses de la primera.

* Existe una presentación combinada con vacuna de hepatitis B (ver uso simultáneo de vacunas).

Actualmente, existe una vacuna antihepatitis A combinada con antihepatitis B (*TWINRIX, laboratorio SmithKline Beecham), con una eficacia, demostrada recientemente en un trabajo, del 100% luego de la tercera dosis, para ambos componentes.

La vía de aplicación es intramuscular.

Dosis y esquemas de administración de la vacuna combinada antihepatitis A y antihepatitis B

Edad*	Dosis	Esquema
≤ 15 años	360 UE para Hepatitis A 10 µg para Hepatitis B	0 - 1 - 6
≥ 16 años	720 UE para Hepatitis A 20 µg para Hepatitis B	0 - 1 - 6

* Según esquema del laboratorio productor

3.2.4. Indicaciones y edad de administración

Por el momento, no existen indicaciones internacionales de inmunización masiva en la adolescencia. Sin embargo está indicada una dosis a los 12 meses de edad.

Por lo cual, si un adolescente no ha sido vacunado antes de los 10 años, puede ser recomendada a nivel individual previa serología antiHAV IgG.

Hay grupos de riesgo que deben vacunarse:

- Viajeros a áreas endémicas.
- Varones homosexuales.
- Drogadictos.
- Enfermos con enfermedad hepática crónica.
- Hemofílicos.
- HIV positivos.

3.2.5. Dosis y vías de administración

Se utiliza la vía intramuscular. Es una dosis con un refuerzo a los 6 a 12 meses, excepto en la combinada.

3.2.6. Revacunación

La persistencia de niveles de anticuerpos (antiHAV IgG) con títulos protectores sería de alrededor de diez años. Por el momento, no está indicada la revacunación.

3.2.7. Serología prevacunación

La necesidad de la serología previa está en relación directa con la edad del individuo y con el riesgo de exposición. La conducta para seguir en grupos de bajo riesgo de adquisición de VHA, de buen medio socioeconómico, es la detección de anticuerpos en los niños de 10 años y mayores, ya que la prevalencia aumenta considerablemente.

3.2.8. Inmunogenicidad y eficacia clínica

Todas las vacunas antihepatitis A son de similar eficacia.

Más del 95% de los vacunados forman niveles de anticuerpos protectores. Estudios realizados indican que a los 15 a 20 días de aplicada la primera dosis, la inmunogenicidad asciende hasta 93 y 94%; lo cual permite utilizar la vacuna para el control de brotes epidémicos. La persistencia de niveles de anticuerpos con títulos protectores sería de alrededor de diez años o más.

3.2.9. Efectos adversos

Son vacunas seguras que generalmente presentan efectos adversos leves y de corta duración.

Locales:

Los efectos locales se reportan en un 21% de los niños y, aproximadamente, en el 56% de los adultos vacunados (dolor, tumefacción en el sitio de inyección).

Generales:

La cefalea es el efecto adverso más frecuente.

Fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos y mareos en menor grado los cuales retrogradan en pocos días (1 a 10%).

En el laboratorio, puede observarse aumento de transaminasas, eosinofilia < a 650/ml, proteinuria e hiperbilirrubinemia que no han tenido efecto clínico concomitante.

3.2.10. Contraindicaciones

Por el momento, no presenta contraindicaciones.

3.2.11. Uso de gammaglobulina

La vacuna inactivada puede ser aplicada con gammaglobulina estándar.

3.2.12. Profilaxis postexposición

La gammaglobulina estándar, en dosis de 0,02 a 0,06 ml/Kg, puede ser efectiva para prevenir la infección sintomática por el virus de la Hepatitis A en un 80 a 90%, cuando se administra dentro de los 14 días postexposición.

4. Vacunas indicadas en situaciones especiales

4.1. VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA

4.1.1. Introducción

La enfermedad meningocócica es habitualmente grave, siendo las formas clínicas principales la meningocelalitis y la sepsis. Es endémica en todos los países del mundo, pero pueden aparecer también serios brotes epidémicos especialmente en grupos cerrados.

En períodos no epidémicos, alrededor del 25% de los afectados es menor de 1 año, el 50% menor de 3 años y el 80% menor de 15 años. Cuando se presentan epidemias, aumenta la proporción de niños mayores y adultos.

4.1.2. Agente inmunizante

Existen vacunas preparadas con polisacáridos en distintas combinaciones de cepas de *Neisseria meningitidis* (Nm).

4.1.3. Composición

Vacunas polisacáridas:

Bivalente A+C: preparada con polisacáridos capsulares de cepas de Nm.

Tetravalente A+C+W135+Y.

Bivalente BC: preparada con proteínas de la membrana externa de Nm grupo B y polisacáridos capsulares del grupo C.

Vacunas conjugadas:

Estas vacunas son preparadas con polisacáridos capsulares de cepas de Nm y proteínas transportadoras seguras e inmunogénicas. Son efectivas para disminuir la colonización nasofaríngea del germen.

Meningococo C: preparadas con de cepas de Nm serogrupo C

Tetravalente A+C+W135+Y.

4.1.4. Indicaciones y edad de vacunación

Vacunas polisacáridas:

Estas vacunas se utilizan para controlar epidemias, para contactos con casos individuales, para

personas que ingresan a las fuerzas armadas y para quienes viajan o visitan una zona de alto riesgo de contraer meningitis.

En la Argentina no está indicada la vacunación de rutina contra el Meningococo en el adolescente debido a que la epidemiología local no lo justifica.

Se recomienda la aplicación de una vacuna conjugada a toda persona con alto riesgo de padecer enfermedad meningocócica:

- Asplenia anatómica o funcional.
- Deficiencia de complemento: déficit de properdina y fracciones terminales del complemento (C6-C9).
- Enfermedad de Hodgkin y otras neoplasias hematológicas.
- Inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinada. El paciente HIV asintomático o sintomático puede ser vacunado sin riesgo alguno.
- *Vacunación de viajeros a áreas hiperendémicas o en epidemia.*
- *Vacunación de emergencia en situaciones epidémicas.*

Vacunas conjugadas:

Las vacunas conjugadas contra el meningococo se aplican para la prevención de enfermedades invasivas causadas por *Nm*, con las consideraciones mencionadas para el uso de las vacunas polisacáridas (epidemias, pacientes de alto riesgo, etcétera).

La vacuna para el serogrupo C puede emplearse desde los 2 meses de edad y la vacuna para los serogrupos *A+C+W135+Y* se indica a personas de 11 a 55 años.

También puede ser recomendada en forma personalizada por el médico de cabecera.

4.1.5. Dosis y vía de administración

Vacunas polisacáridas:

Dosis

Vacuna A+C: 0,5 ml en caso de brote por grupo C o A. Usualmente, se aplica una dosis única de la vacuna, pero en caso de persistir las condiciones de riesgo se puede repetir.

Vía: Intramuscular

Vacuna *A+C+W135+Y*: 0,5 ml.

Vía: subcutánea

Vacuna BC. Se aplican dos dosis de 0,5 ml cada una con un intervalo no menor de 6 a 8 semanas. El intervalo máximo entre dosis es de 12 semanas.

Vía: Intramuscular

Vacunas conjugadas:

Vacuna C: En los adolescentes, se aplica una única dosis de 0,5 ml. No está indicada la revacunación.

Vía: Intramuscular

Vacuna *A+C+W135+Y*: única dosis de 0,5 ml.

Vía: Intramuscular

4.1.6. Inmunidad y eficacia

La vacuna con el polisacárido C produce aumentos significativos de anticuerpos específicos entre el 85 y el 95% de los vacunados.

La vacuna con el grupo A, produce elevación de los anticuerpos específicos en más del 80% de los vacunados.

Las vacunas conjugadas (Anti meningococo C y la tetravalente contra meningococo A, C, Y, W135) desarrollan anticuerpos séricos bactericidas al mes de vacunación en el 98,6% de los vacunados.

4.1.7. Duración de la inmunidad

Estudios recientes señalan que los anticuerpos contra los polisacáridos grupos A y C declinan a lo largo de los tres primeros años de vacunación.

Los investigadores cubanos hablan de una persistencia de la inmunidad para el serogrupo B de hasta cuatro años, pero se requerirán más estudios para avalar esta afirmación.

4.1.8. Efectos adversos

Vacunas polisacáridas: produce reacciones muy poco frecuentes.

● *Locales leves:* dolor y/o eritema e induración en el lugar de la inyección que dura de 24 a 48 h. Con la vacuna BC se han observado petequias en el sitio de inyección.

Locales moderadas: con la vacuna BC se puede observar dolor, con limitación de la movilidad del cuerpo.

● *Generales leves:* Menos del 2% de los vacunados puede presentar en las primeras 48 h fiebre inferior a 40 °C, que cede con antipiréticos y decaimiento.

Pueden observarse también vómitos, diarrea, cefalea, dolor abdominal, prurito y reacciones cutáneas no purpúricas (eritema polimorfo, exantemas) con el componente B

Con la vacuna A+C, dentro de las 72 h, irritabilidad.

● *Generales mayores:* con la vacuna BC pueden observarse:

Síndrome de colapso o *shock* con hipotonía y/o hiporespuesta (HHE) (hipotensión, pulso filiforme, cianosis, reticulado marmóreo, palidez, mala perfusión periférica), convulsiones, encefalopatía, síndrome febril con temperatura > 40 °C.

Síndrome purpúrico con o sin poliartritis.

Estas reacciones son poco frecuentes y, aparentemente, no dejan secuelas.

Vacunas conjugadas: Vacuna C: Produce reacciones leves y muy poco frecuentes, similares a las vacunas polisacáridas.

4.1.9. Contraindicaciones

● *Primarias* (Para la aplicación de la primera dosis)

a) Para ambas vacunas: Procesos que impliquen compromiso del estado general.

Antecedentes de alergia severa a alguno de los componentes de la vacuna.

La inocuidad de las vacunas en el embarazo no está establecida. Deberá evaluarse su posible aplicación en caso de riesgo grave de infección.

b) Para la vacuna BC: Mal convulsivo, enfermedades purpúricas, antecedente de infección herpética recurrente, uso prolongado de corticoides o tratamiento inmunosupresor, trastornos de la glándula suprarrenal.

● *Secundarias* (Para la aplicación de la segunda dosis de la vacuna BC)

No deben recibir la segunda dosis las personas que dentro de las 72 h de la primera dosis presentaron algunos de los siguientes síndromes:

Síndrome de colapso o *shock* con hipotonía y/o hiporespuesta (HHE), convulsiones, encefalopatía, llanto o grito continuo, síndrome febril con temperatura axilar > 40 °C, síndrome purpúrico con o sin poliartritis.

4.1.10. Conducta ante contactos

Se recomienda profilaxis a:

● Convivientes del caso índice.

● Los contactos del caso índice, en la semana previa al comienzo de la enfermedad, por más de cuatro horas diarias, durante 5 días; en las aulas, los que se sientan a una distancia menor de un metro.

● Personas en contacto con exposición directa con las secreciones del paciente (beso, estornudo o tos, compartiendo cepillos de dientes o cubiertos), en los 7 días previos.

● Compañero de asiento de un caso índice en un viaje de avión durante más de 8 horas.

Quimioprofilaxis con rifampicina a 600 mg cada 12 h, vía oral, durante 2 días. En situaciones particulares (por ejemplo: mujeres embarazadas), puede utilizarse ceftriaxona en monodosis, 250 mg, por vía intramuscular; o ciprofloxacina en > 18 años, 500 mg vía oral, dosis única.

4.2. VACUNA ANTINEUMOCÓCICA

4.2.1. Introducción

El *Streptococcus pneumoniae* (Sp) es un patógeno importante, que coloniza vías aéreas superiores. Es el principal agente causal de las neumonías extrahospitalarias, otitis media, sinusitis en cualquier edad después del período neonatal.

Actualmente se conocen 90 serotipos.

En estudios epidemiológicos en nuestro país, la edad media de infecciones por neumococo es de 14 meses, concentrándose la mayoría de los casos de neumonía en los primeros dos años y de meningitis o sepsis en el primer año de vida.

Los pacientes con disfunción esplénica, enfermedades crónicas y otras situaciones de inmunodeficiencia son más vulnerables a la infección por Sp, que puede causarles bacteriemia y sepsis graves.

4.2.2. Composición

«Vacunas Polisacáridas»:

Contiene los polisacáridos purificados capsulares de 23 tipos de Sp (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F).

«Vacunas Conjugadas»:

Están compuestas por los antígenos capsulares de los serotipos 4, 9V, 14, 18C, 19F, 23F y 6B, en el caso de la *heptavalente* y los serotipos 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 3, 6A, 19 A en la *13 valente*, conjugados, individualmente, con la proteína diftérica CRM1.

La *decaivalente* está compuesta por los serotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F conjugados a la proteína D (HiNT) 8 serotipos, al Toxoide diftérico (TD) y al Toxoide tetánico (TT).

4.2.3. Indicaciones y edad de vacunación

«Vacunas polisacáridas»:

Se indica a partir de los dos años y sin límite máximo de edad. La mayoría de los pacientes que son candidatos a la inmunización antineumocócica, tienen también indicación de vacunación anual para influenza.

● *Personas de 65 años o más.*

● *Personas de 2 a 64 años con riesgo aumentado de padecer infección neumocócica:*

- Asplenia funcional (anemia drepanocítica) o anatómica (esplenectomía).
- Enfermedad pulmonar crónica (enfisema, enfermedad fibroquística del páncreas, EPOC).
- Enfermedad cardiovascular crónica (insuficiencia cardíaca congestiva, miocardiopatías).
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis).
- Enfermedad renal crónica, síndrome nefrótico.
- Inmunosupresión (HIV, leucemias, linfomas, mieloma múltiple, otras neoplasias, quimioterapia, corticoterapia, transplante de órganos).
- Alcoholismo.
- Diabetes mellitus.
- Fístula de LCR .

Revacunación. Está indicada en personas con asplenia anatómica o funcional, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico e inmunosupresión. Si el paciente tiene < 10 años cuando es vacunado por primera vez, se debe revacunar tres años después, y si es > 10 años deben pasar por lo menos cinco años.

Dado que no hay datos suficientes acerca de la seguridad de la vacuna cuando es administrada tres o más veces, solo se recomienda una dosis de revacunación (dos dosis totales).

«Vacunas conjugadas»:

Se indica a partir de las seis semanas de vida hasta los dos años. Tiene las mismas indicaciones que la vacuna 23 valente.

En el país, las nuevas vacunas decavalente y la 13 valente contienen los serotipos 1 y 5, elevando significativamente la protección contra la enfermedad invasiva en los menores de 2 años.

Esta vacuna no está aprobada aún para su uso en niños mayores o adultos.

Esquema: Tres dosis a los 2, 4 y 6 meses con un refuerzo entre los 12 y 18 meses de edad. El intervalo entre dosis es de 6 a 8 semanas.

En lactantes más grandes y niños no vacunados, se reduce el número de dosis, siendo una después de los 2 años.

4.2.4. Dosis y vía de administración

«Vacuna polisacárida»:

Vacuna 23 valente. La dosis de la vacuna es de 0,5 ml y se administra por vía subcutánea o intramuscular.

«Vacunas conjugadas»:

La dosis es de 0,5 ml se administra por vía intramuscular.

4.2.5. Inmunidad y eficacia

«Vacuna polisacárida»:

La eficacia protectora de la vacuna es superior al 90% y la duración de la inmunidad se estima en cuatro años.

Los niños menores de 2 años responden pobremente.

«Vacunas conjugadas»:

La eficacia con cuatro dosis se estima en un 94 a 97%.

4.2.6. Efectos adversos

«Vacunas polisacáridas»:

Reacciones locales:

Se observan en el 30% de los vacunados, en general, son leves, autolimitadas y bien toleradas. Una revacunación demasiado precoz puede provocar reacciones locales importantes (fenómeno de Arthus).

Reacciones generales:

Raramente, puede provocar fiebre moderada, fatiga, escalofríos, dolor de cabeza; que no sobrepasan las 24 h.

«Vacunas conjugadas»:

La vacuna produce reacciones leves y muy poco frecuentes.

4.2.7. Contraindicaciones

Vacuna 23 valente

- Alergia a uno de los componentes.
- Fuerte reacción después de una inyección anterior.
- Revacunación antes de los 3 o 5 años (según indicación) de la dosis previa.
- Embarazo: las embarazadas que pertenecen a un grupo de riesgo y no recibieron previamente vacuna antineumocócica, pueden recibirla a partir de la semana 16 de gestación.

Vacunas conjugadas

- Alergia a uno de los componentes.
- Trastornos de la coagulación que contraindiquen la inyección intramuscular (si se decidiera administrarla, aplicar con precaución).

- Adultos.
- Embarazo.

5. Vacunas en huéspedes especiales

Los adolescentes con alteración de su sistema inmune son más susceptibles a adquirir infecciones que el resto de la población, por lo cual deben ser estrictamente evaluados cuando se planea el esquema de vacunación, de modo de poder establecer correctamente los beneficios contra los riesgos que implica inmunizar a estos niños. El grado de inmunosupresión debe ser determinado por el médico tratante, ya que muchos de estos pacientes presentan enfermedades cuyo grado de inmunocompromiso varía a lo largo de la enfermedad y según el tratamiento instaurado.

Debe tenerse en cuenta que la protección óptima de estos pacientes incluye la adecuada inmunización de los convivientes y del equipo tratante.

5.1. Clasificación

- Pacientes cuyo sistema inmune se encuentra severamente comprometido: cáncer, trasplante de médula ósea (autólogo o alogénico), trasplante de órgano sólido, inmunodeficiencias congénitas.
- Pacientes con infección por el VIH.
- Pacientes cuya enfermedad de base y/o su tratamiento, produce un déficit inmunológico específico: los que reciben corticoides o tienen asplenia, nefropatía, diabetes, hepatopatía, colagenopatía, alteración de la hemostasia o del complemento, etcétera.

5.2. Consideraciones generales

- Están contraindicadas las vacunas a microorganismos vivos atenuados, salvo en algunas situaciones especiales.
- Las vacunas inactivadas no están contraindicadas en estos pacientes si bien la respuesta puede ser inadecuada.
- Los pacientes inmunosuprimidos pueden recibir inmunoglobulinas.
- Los pacientes inmunocomprometidos deben recibir anualmente la vacuna antigripal.
- Determinar los títulos de anticuerpos frente a determinadas enfermedades: sarampión, varicela, hepatitis A y B previo a su vacunación, por ejemplo en el pre- y el postransplante.
- Determinar los títulos de anticuerpos para Hepatitis B (AntiHBs) luego de la vacunación, dado que en los pacientes inmunocomprometidos son, generalmente, más bajos y persisten menos tiempo que en personas sanas. En determinadas situaciones, es necesario repetir el esquema de vacunación.
- Los pacientes que reciben vacunas durante el tratamiento inmunosupresor o en las dos semanas previas al inicio de éste, deben ser considerados como no inmunizados y deben ser vacunados a los tres meses de la finalización del mismo.
- El equipo de salud y los convivientes que asisten a estos pacientes deben estar correctamente inmunizados o ser vacunados contra poliomielitis, sarampión, rubéola, paperas, varicela, hepatitis A y recibir antiinfluenza anual.
- Realizar PPD a todo paciente previo al inicio del tratamiento inmunosupresor.

5.3. Pacientes que reciben corticoides

Pueden recibir vacunas inactivadas pero existen restricciones para la aplicación de vacunas a microorganismos vivos atenuados según la dosis de corticoide y el tiempo en que los reciben.

No pueden recibir vacunas a microorganismos vivos atenuados:

- Pacientes que reciben dosis altas de corticoides (2 mg/Kg/día hasta un máximo de 10 Kg de peso o > 20 mg/día de prednisona o sus equivalencias), diariamente o en días alternos, durante un período > de 14 días, hasta que haya transcurrido un mes desde su suspensión.
- Pacientes que tienen una enfermedad inmunosupresora, que, además, reciben corticoides sistémicos o locales.
- Pacientes que reciben dosis fisiológicas de mantenimiento.
- Pacientes que reciben dosis bajas o moderadas de corticoides sistémicos (< a 2 mg/Kg/día hasta un máximo de 10 Kg de peso o < a 20 mg/día de prednisona o su equivalente) diariamente o en días alternos.
- Pacientes que finalizaron tratamiento con corticoides a altas dosis, que duró un período menor a 14 días inmediatamente de suspendida la terapia corticoidea (algunos autores postulan, en este grupo de pacientes diferir la vacunación por lo menos 15 días).

6. Bibliografía

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Committee on Infectious Diseases. Active and Passive Immunization*. Red Book, 28th ed., Elk Grove Village, IL: AAP, 2009.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Committee on Infectious Diseases. Meningococcal Infections*. Red Book, 28th ed., Elk Grove Village, IL: AAP, 2009, pp. 455-462.
- ARRUDA, W. O. y C. KONDAGESKI. «Aseptic meningitis in a large MMR vaccine campaign (590.609 people) in Curitiba, Paraná, Brazil, 1998». *Rev Inst Med Trop*. Sao Paulo, 2001, 43(5): 301-302.
- BARLOW, W. E., R. L. DAVIS, J. W. GLASSER et ál. «The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine». *NEJM*, 2001, p. 345.
- BAKIR, J., P. LAMY, A. GENTILE et ál. «Vacunas no incorporadas al Calendario Nacional». En: *Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. División Promoción y Protección de la Salud. Guía de Diagnóstico y Tratamiento*. Edición 2000, Buenos Aires: Asociación Profesionales del HNRG, 2000, N.º 1, parte 2.
- BLACK, S., H. SHINEFIELD, B. FIREMAN et ál. «Efficacy, safety, and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children». *Pediatr Infect Dis*, 2000, 19: 187-195.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). «Hepatitis A associated with consumption of frozen strawberries - Michigan, March 1997». *MMWR (Morb Mortal Wkly Rep)*, 1997, 46: 288-295.
- CDC. «Prevention of pneumococcal disease among infants and young children using a pneumococcal conjugate vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)». *MMWR (Morb Mortal Wkly Rep)*, 2000, 49 (RR-9): 1-35.
- CDC. «Recommendations of the Advisory Committee of Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP): General Recommendations on Immunization». *MMWR (Morb Mortal Wkly Rep)*, 2002, 51 (RR-2): 1-36.
- CDC. «Update: Vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and recommendations of Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)». *MMWR (Morb Mortal Wkly Rep)*, 1996, 45 (RR-12): 1-35.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Normas Nacionales de Vacunación*, 2008.

7. Links para Vacunas para viajeros

VER:

Ministerio de Salud de la Nación 2010:

- Programa Nacional de Inmunizaciones

<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/inmunizaciones.asp>

- Recomendaciones según las normas nacionales de vacunación

<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/recomendaciones.pdf>

- Salud del Viajero

<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/salud-del-viajero.pdf>

CDC Travelers' Health 2010

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/>

CDC Travelers' Health: Yellow Book 2010

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/content/yellowbook/home-2010.aspx>

8. Vacuna contra el virus del Papiloma Humano

Epidemiología

Los *Papilomavirus Humanos* (VPH) son virus epiteliotropos pertenecientes a la familia *Papilomaviridae*. Han sido identificados más de cien tipos virales distintos que causan lesiones epiteliales en piel y mucosas. El gran impacto de estos virus en el campo sanitario surgió con el conocimiento de su potencial oncogénico y de su asociación etiológica con tumores humanos, en particular, con el cáncer de cuello uterino.

Los VPH se transmiten sexualmente y causan infecciones sumamente frecuentes, infectando el tracto anogenital. En más del 90% de los casos, las infecciones son inocuas y desaparecen por sí solas sin necesidad de tratamiento.

Han sido subdivididos en dos grupos sobre la base de su potencial oncogénico: los VPH de bajo riesgo (HPV 6, 11, 42, 43 y 44, entre otros), comúnmente presentes en las lesiones benignas (condilomas y neoplasias intraepiteliales de bajo grado, con mínimo riesgo de progresión maligna) y por otro lado los VPH de alto riesgo (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82), los cuales, en la forma de infección persistente, pueden conducir a la progresión maligna.

El cáncer de cuello de útero causa aproximadamente 290.000 muertes de mujeres a nivel mundial cada año. La OPS estima que en América Latina y el Caribe más de 37.600 muertes se producen debido al cáncer cervicouterino. También, son causantes del 35 al 50% de los casos de displasia cervical: CIN I; displásicas vulgares: VIN I y VaIN I, y del 90% de los eventos de verrugas genitales y papilomatosis respiratoria recurrente.

En el año 2007, según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, República Argentina, las mujeres mayores de 15 años fallecidas por cáncer uterino en todo el país fueron 2507, en Provincia de Buenos Aires, 897; Ciudad de Buenos Aires, 192 y en provincia de Jujuy, 56 mujeres.

Agente inmunizante

La indicación está basada en la demostración de la eficacia de ambas vacunas referidas a continuación en mujeres de 15 a 26 años, en la inmunogenicidad generada en niños y adolescentes de 9 a 15 años de edad, y mujeres hasta 45 años en el caso de la bivalente.

Las vacunas de VPH son:

Vacuna	Vacuna cuadrivalente (Merck)	Vacuna bivalente (GSK)
Tipos incorporados	6 - 11 - 16 - 18	-18
Dosis en µgr	20 - 40 - 40 - 20	-20
Tecnología para producir VLP	Levadura: <i>Saccharomyces cerevisiae</i>	Células de insecto: vector Baculovirus
Adyuvante	Hidróxido de Aluminio	AS04 (sal de aluminio más lípido A Monofosforilo 3 deacilado)
Dosis de adyuvante	225 µgr	500 µgr - 50 µgr
Indicaciones y eficacia	Prevenir infección persistente por VPH 6, 11, 16 y 18 (eficacia 100%)	Prevenir infección persistente por VPH 16 y 18 (eficacia 100%)
	Prevenir CIN 1 por VPH 6, 11, 16 y 18 (eficacia 93,1%) Prevenir CIN 1, 2, 3 ó AIS por 16 y 18 (eficacia 100%)	Prevenir CIN por VPH 16 y 18 (Eficacia 100%).
	Prevenir VIN grado 2,3, (Ca vulvar) por 16 y 18 (Eficacia 100%) Prevenir ValN-, grado 2-3 (Ca Vaginal), por 16 y 18 Prevenir Condilomas por VPH 6, 11, 16 y 18 (Eficacia 100%)	Protección cruzada demostrada contra infección incidente con VPH 45 (90%) y VPH 31 (50%)
Duración de la inmunidad	Seguimiento de 10 años	Seguimiento de 8 años
Tolerancia	Efectos leves a moderados en sitios de inyección	Efectos leves a moderados en sitios de inyección
Dosis	0.2 - 6 meses	-6 meses

Las vacunas actualmente disponibles en nuestro medio son:

- Una presentación tetravalente, recombinante, preparada con partículas similares al virus (VLPs) altamente purificadas de la proteína L1 de la cápside mayor de los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH. Induce la generación de anticuerpos neutralizantes. Protege a los vacunados de la infección persistente y enfermedad cervical inducida por VPH 16/18, responsables del 70% de casos de cáncer cervical, anal y genital. También está dirigida contra los VPH tipos 6 y 11 que causan lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL) y la amplia mayoría de las verrugas genitales y papilomas laríngeos, lesiones de alta morbilidad. Sin embargo, dada la diversidad de genotipos de HPV detectados en los cánceres de cérvix en el mundo (alrededor de 15), es esperable que el impacto de estas vacunas varíe en las distintas regiones geográficas. La vacuna tetravalente, VPH de tipos 6, 11, 16 y 18, se obtiene por tecnología recombinante. Nombre comercial: Gardasil, desarrollada por Merck and Co.
- Una presentación bivalente, diseñada para proteger contra la infección de los subtipos de VPH 16 y 18, responsables del 70% de los casos de cáncer cervicouterino. Es una vacuna recombinante preparada con partículas que parecen virus (*Virus-like proteins* o

VLPs) y, también, contiene químicos [hidróxido de aluminio y lípido A monofosforilado 3-0-deacilado (AS04)] diseñados para potenciar la respuesta inmunológica a las proteínas virales.

Induce la generación de anticuerpos neutralizantes contra los tipos VPH 16 y 18, que impiden el desarrollo de la neoplasia intraepitelial cervical (CIN), precursor del carcinoma cervical invasivo y otras lesiones precancerosas.

Además, brinda parcial protección cruzada contra otros tipos de VPH no incluidos en la vacuna: Grupo A9: HPV 16, 31, 52 y 58; Grupo A7: HPV 18 y 45. Y produce una reducción de infección incidente por HPV 31 (55%) y HPV 45 (94%) (*Harper et al, Lancet* 2006).

Nombre comercial: Cervarix, desarrollada por GlaxoSmithKline (GSK).

Conservación

Deben conservarse a temperatura de 2 a 8 °C.

Indicaciones y edad de vacunación

Prevenir el cáncer de cuello de útero, así como lesiones más tempranas y otras enfermedades relacionadas con el VPH.

Su indicación autorizada es la prevención de la displasia cervical de alto grado (CIN 2/3), del carcinoma cervical, de las lesiones displásicas vulgares de alto grado (VIN 2/3) y de las verrugas genitales externas relacionadas causalmente con los tipos mencionados del VPH (esto último en el caso de vacuna Gardasil).

Dada la característica profiláctica de la vacuna, la mayor efectividad se observa vacunando a individuos que no tuvieron contacto previo con el virus, por lo que el grupo blanco preferencial para la inmunización es el de prepúberes y adolescentes, previo al inicio de la actividad sexual. Como el mismo está relacionado con factores culturales, sociales y religiosos, entre otros, es necesario llevar a cabo estudios locales para conocer el perfil de la población y determinar la edad óptima de intervención.

Los estudios de eficacia publicados se realizaron en mujeres entre 15 y 26 años. Los estudios de inmunogenicidad han demostrado una alta respuesta de anticuerpos en niñas por debajo de los 15 años por lo cual la vacuna cuadrivalente fue licenciada para su uso en mujeres entre 9 y 26 años.

Dosis y vía de administración

Las dos vacunas de VPH requieren tres dosis, con un intervalo de 1 ó 2 meses según la vacuna que se utilice entre la primera y segunda dosis, y la tercera dosis a los 6 meses de la primera en cualquiera de las dos vacunas.

Si es necesario un esquema de vacunación alternativo, la tercera dosis debe ser administrada al menos 3 meses después de la segunda dosis.

Las tres dosis deben ser administradas dentro de un período de 1 año.

No se ha establecido la necesidad de una dosis de refuerzo, por el momento.

El esquema de vacunación consiste en tres dosis separadas de 0,5 ml. Debe administrarse mediante inyección intramuscular. El lugar preferido es la región deltoidea de la parte superior del brazo o en la zona anterolateral superior del muslo.

No debe ser inyectada intravascularmente. No se ha estudiado la administración subcutánea e intradérmica, y por lo tanto, no están recomendadas.

Inmunogenicidad y eficacia clínica

La tasa de seroconversión para los genotipos presentes en la vacuna es del 98%. El pico se produce un mes después de la tercera dosis, declinan hacia los 18 meses y se estabilizan en títulos similares o superiores a los de mujeres que tuvieron y curaron de la infección natural. Se requiere seguimiento para determinar que los anticuerpos observados en el corto plazo persisten en el tiempo.

Los títulos son mayores que con la infección natural; en ésta son más bajos porque la viremia

es escasa o nula, la vacuna, en cambio, al ser administrada por vía IM, accede a los linfáticos y vasos imitando una viremia.

Se ha observado la existencia de una protección cruzada parcial entre tipos de VPH relacionados a los de la fórmula (tales como VPH31 por su similitud con VPH16 y VPH 45 con VPH18), sin embargo, la respuesta inmune protectora máxima desencadenada por las VLPs es tipo-específica, por lo que la fórmula vacunal debería incluir todos los tipos virales cuya infección se desee prevenir.

No hay evidencia actual que indique efecto terapéutico de la vacuna en una neoplasia por VPH ya establecida.

El seguimiento a largo plazo será crítico para responder preguntas pendientes en relación al mantenimiento de títulos protectivos, requerimiento de refuerzos, redefinición de población a vacunar (edad y sexo) y seguridad y eficacia en grupos especiales (embarazadas y pacientes inmunocomprometidos), entre otros.

Reemplazo de genotipos: Cuestión no resuelta.

No parece haber competencia por el lugar, ya que la preexistencia de lesiones cérvicovaginales por HPV incrementa el riesgo de adquisición de otros tipos. Las infecciones parecen ser independientes unas de otras, y el reemplazo de genotipos no parece probable. La cuestión solo podrá resolverse con estudios que incluyan muchos casos, con potencia estadística y a largo plazo.

Se debe tener en cuenta que el impacto de la vacunación solo podrá apreciarse en el largo plazo.

Asimismo, es necesario destacar que su eficacia protectora en hombres aún no ha sido evaluada.

Efectos adversos

En ensayos, la vacuna probó ser segura y bien tolerada.

La administración de un régimen de tres dosis de la vacuna es, generalmente, bien tolerada.

- *Locales*: tumefacción, prurito, eritema en el sitio de inyección.
- *Generales*: fiebre, náuseas y vértigo.

Contraindicaciones

- Reacciones alérgicas a alguno de sus componentes.
- Embarazo.

Debe tenerse en cuenta que el uso de la vacuna no reemplaza los controles médicos habituales y no es terapéutica, por lo que no brinda protección a las mujeres que ya se encuentran infectadas con el HPV.

Bibliografía

Para la elaboración del presente informe se solicitó información a la Dra. María Alejandra Picconi, Jefe Servicio Virus Oncogénicos, Laboratorio Nacional de Referencia de Papilomavirus, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas-ANLIS Carlos G. Malbrán.

BURCHELL, A., R. WINER, S. de SANJOSÉ y E. FRANCO. «Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection». *Vaccine* 2006, 24 S3: 52-61.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). «Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)». *MMWR- Early Release*, March 12, 2007, vol. 56.

- CDC. *HPV Vaccine Questions and Answers* [en línea]. August 2006. Recuperado de: <<http://www.cdc.gov/vaccinesafety>>.
- GOLDIE, S., M. KOHLI, D. GRIMA, M. WEINSTEIN, T. WRIGHT, X. BOSCH y E. FRANCO. «Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a HPV 16/18 vaccine». *J of the National Cancer Institute*, 2004, 96: 604-615.
- HARPER, D. et ál. «Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial». *Lancet*, 2006, 367: 1247-1255
- KANE M, J. SCHERRIS, P. COURSAGET, T. AGUADO y F. CUTTS. «HPV vaccine use in the developing world». *Vaccine* 2006. 24 S3: 132-139.
- KOUTSKY, L. y D. HARPER. «Current findings from prophylactic HPV vaccine trials». *Vaccine* 2006. 24 S3: 114-121.
- KULASINGAM, S. L. y E. WYERS. «Potential health and economic impact of adding a HPV vaccine to screening programs». *JAMA*, 2003, 290: 781-789.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Boletín de Inmunización*, vol. XXVIII, N.º 6, diciembre, 2006.
- SASLOW, D., P. CASTLE, J. COX, D. DAVEY et ál. «American Cancer Society Guidelines for HPV vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors». *CA Cancer J Clin*, 2007, 57: 7-28.
- SHERRIS, J., A. FRIEDMAN, S. WITTET, P. DAVIES, M. STEBEN y M. SARAIYA. «Education training and communication for HPV vaccines». *Vaccine* 2006. 24 S3: 210-218.
- STANLEY, M., D. LOWY y I. FRAZER. «Prophylactic HPV vaccine: underlying mechanisms». *Vaccine* 2006. 24 S3: 106-113.
- STEINBROOK, R. «The potential of Human Papillomavirus Vaccines». *N Engl J Med*, 2006, 354: 1109-1112.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Vaccine introduction guidelines. Adding a vaccine to a National Immunization Programme: decision and implementation*. Geneva: WHO, 2005. [WHO/IVB/05.18].
- WRIGHT, T., P. VAN DAMME, H. SCHMITT y A. MEHEUS. «HPV vaccine introduction in industrialized countries». *Vaccine* 2006. 24 S3: 122-131.
- ZINET, G., N. LIDDON, S. ROSENTHAL, E. LAZCANO-PONCE y B. ALLEN. «Psychosocial aspects of vaccine acceptability». *Vaccine* 2006. 24 S3: 201-209.

VER:

CDC Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
Cáncer de cuello uterino Reducir el riesgo Virus del papiloma humano (VPH)

http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/basic_info/ Revisada 2008

CDC. Pre-teen Vaccine Campaign <http://www.cdc.gov/vaccines/spec-grps/pre-teens-adol/07gallery/default.htm> Revisada 2009

Fishbein, D. B., Broder, K. R., Markowitz, L., Messonnier, N. New, and Some Not-so-New, Vaccines for Adolescents and Diseases They Prevent. Published online January 3, 2008 *Pediatrics*, 2008, 121: S5-S14 (doi:10.1542/peds.2007-1115B)

http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/121/Supplement_1/S5

9. Vacuna antigripal

Introducción

Esta enfermedad, originaria de las aves acuáticas, afecta una parte importante de la población mundial con epidemias estacionales (en general, invernales) cada año. Otros mamíferos, incluyendo el cerdo, pueden ser infectados.

Aunque los síntomas de la gripe son, a menudo, relativamente leves, sus complicaciones son causa frecuente de hospitalización y muerte, sobre todo en ancianos.

Los virus de la influenza o gripe son orthomixovirus de tres tipos antigénicos (A, B y C), que contienen en su superficie glicoproteínas denominadas hemaglutininas (H) y neuraminidasas (N).

Éstas facilitan la replicación viral y, al mismo tiempo, cambian periódicamente su secuencia de aminoácidos, lo que determina las variaciones antigénicas que presenta el virus. Es un virus que produce enfermedad, fundamentalmente, respiratoria con mayor riesgo de hospitalización, complicación y muerte en los grupos de alto riesgo.

A partir de mayo de 2009, comenzó a circular en la Argentina un virus pandémico, que se repite cada varias décadas y que se propaga, rápidamente, por todo el mundo: H1N1. La OMS declaró, sobre la base de las características epidemiológicas y de transmisión del virus A H1N1, en junio del año pasado, la primera Pandemia de Gripe de este siglo. El virus de la gripe, tanto estacional como pandémico, se transmite básicamente por vía respiratoria, mediante gotitas expulsadas del aparato respiratorio o suspendido en el aire, que entran en contacto con las mucosas de las vías respiratorias altas o conjuntivas. La transmisión por contacto (manos y fómites) es menos intensa, pero también relevante.

Formas de Presentación de las vacunas antigripales disponibles

Nombre Fabricante	FOCETRIA® Novartis	BEGRIVAC® Novartis	INFLUVAC® Raffo	ISTIVAC® Sanofi Pasteur
Composición Desarrollo	Virus inactivados (antígenos de superficie) Propagada en huevos embrionados	Virus inactivados (antígenos de superficie) Propagada en huevos embrionados	Virus inactivados (virus fraccionados) Propagada en huevos embrionados	Virus inactivados (antígenos de superficie) Propagada en huevos embrionados
Preparados comerciales	Monodosis: jeringa precargada Multidosis: vial con 10	Monodosis: jeringa precargada por dosis de 0.5 ml.	Monodosis: jeringa precargada por dosis de 0.5 ml.	Monodosis: Jeringa Precargada por dosis de 0.5 ml (istivac adultos) y 0.25 ml (istivac junior).
Adyuvante	MF59C.1 Escualeno: 9.75 mgr	No	No	No
Timerosal	50pggr/ vial de 10 dosis. No contiene en preparados unidos	No contiene	No contiene	No contiene

Antígeno	- A/California /7/2009 (H1 N1) (Cepa análoga: A/California /7/2009 Reass NYMC X-181)	-A/California/7/2009 (H1N1) (Cepa análoga: A/California /7/2009 Reass NYMC X -181); - A/Perth/16/2009 (H3N2) (Cepa análoga: A/Wisconsin /15/2009 Reass NYMC X-183); - B/Brisbane/60/2008 (Cepa análoga: B/Brisbane /60/2008)	- A/California/7/ 2009 (H1 N1) (Cepa análoga: NCalifornia/07/ 2009 Reass NYMC X-179. - A/Perth/16/2009 (H3N2) (Cepa análoga: A/ Wisconsin /15/2009 Reass NYMC X-183); - B/Brisbane/60/ 2008 (Cepa análoga: B/Brisbane/60/2008)	-A/California/7/ 2009(H1N1) (cepa análoga:A/ California/7/2009 Reass NYMC X-179A. -A/Perth/16/2009 (H3N2) (Cepa análoga: A/ Wisconsin/15/ 2009 Reass NYMC X-183) -B/Brisbane/60/ 2008 (Cepa análoga: B/Brisbane /60/2008).
Dosis equivalente de antígeno por dosis	7,5ug	15ug de cada cepa	15ug de cada cepa	15ug de cada cepa (adultos) 7,5 ug de cada cepa (pediátrica)
Volumen/ dosis	0,5 ml en > de 6 meses (6-35meses)*	6-35 meses 0,25 ml ** ≥36 meses 0.5ml	6-35 meses 0,25 ml ≥36 meses 0.5ml Los < de 9 años**	6-35 meses: istivac junior** ≥36 meses: istivac adultos Los < de 9 años**

*Se debe aplicar una segunda dosis si no fueron vacunados previamente (con intervalo mínimo de 3 semanas)

** Se debe aplicar una segunda dosis si no fueron vacunados previamente (con intervalo mínimo de 4 semanas)

Indicaciones y edad de administración de la vacuna antigripal estacional anual

La vacuna antigripal no se aplica en forma rutinaria en la adolescencia, sino que se indica en los pacientes que tienen riesgo de complicaciones ante una infección por el virus de la gripe.

Debe aplicarse en otoño, preferentemente antes de la segunda quincena de abril, y puede hacerse a partir de los 6 meses de edad.

Está indicada en:

- Mayores de 65 años.
- Personas con afecciones cardíacas o pulmonares crónicas.
- Personas con diabetes, insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosuprimidos.
- Niños con terapia prolongada con aspirina.
- Contactos de personas de alto riesgo (familiares, equipo de salud, etcétera).
- Empleados de geriátricos.
- Embarazadas de alto riesgo, que cursan el 2.º trimestre en época de influenza.

Indicaciones y edad de administración de la vacuna antigripal pandémica (H1N1)

En la Argentina, de acuerdo con los datos epidemiológicos obtenidos de la epidemia de gripe H1N1 durante 2009, la adolescencia no es considerada un grupo de riesgo en sí misma.

Aquellos pacientes con alguna entidad de riesgo comprendidos entre los 5 a 64 años, inclusive, se les brindará una dosis de vacuna monovalente (no existe ninguna contraindicación para recibir vacuna trivalente).

La estrategia de vacunación nacional contra la gripe pandémica prioriza a:

- 1) **Trabajadores de salud** que presten cuidado a pacientes o personal de laboratorio que esté en contacto con muestras que contengan secreciones respiratorias.
- 2) **Embarazadas y Puérperas:** embarazadas en cualquier trimestre de la gestación. Puérperas hasta los seis meses luego del parto.

Fundamentos y estrategia: protección indirecta a niños menores de 6 meses, ya que éstos tienen contraindicada la vacuna pandémica, y representaron el grupo de mayor mortalidad dentro de los menores de 5 años.

Las puérperas presentaron mayor mortalidad que la población general.

3) Niños de 6 meses a 4 años (inclusive), independientemente de los factores de riesgo.

4) Niños y adultos de 5 años a 64 años inclusive, con las siguientes entidades*:

- Obesos mórbidos: Índice de Masa Corporal (IMC) mayor igual a 40. Cálculo de IMC: Peso/Talla^2 .
- Retraso madurativo severo.
- Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
- Enfermedad respiratoria crónica: Hernia diafragmática, EPOC, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, enfisema, traqueostomizados crónicos, pacientes con bronquiectasias, fibrosis quística del páncreas, etcétera.
- Asma severo: En pediatría definido por un episodio de internación en el último año por asma o por el uso de dos o más medicaciones preventivas diferentes al salbutamol (por ejemplo: corticoides inhalados + salmeterol), utilización de corticoides orales en tres o más oportunidades en los últimos seis meses.
- En adultos definido por (consenso ATS) empleo de corticoides por vía oral más del 50% del año o tratamiento con corticoides inhalados a dosis elevadas (más de 1200 ug de beclometasona diaria o equivalente, asociados a agonistas beta 2 de larga acción) o episodio de asma potencialmente fatal en el pasado.
- Cardiopatías congénitas, excepto comunicación interauricular aislada o prolapso de válvula mitral sin insuficiencia.
- Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
- Enfermedad Oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa.
- Tumor de órgano sólido en tratamiento.
- Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar en diálisis en los siguientes seis meses.
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida.
- Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días).
- Diabéticos.
- Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria o reemplazo valvular o valvulopatía.

5) Adultos a partir de 65 años de edad, independientemente de la presencia de factores de riesgo con **vacuna trivalente**, que incluye la cepa del nuevo virus de Influenza A H1N1 más las cepas correspondientes de Influenza estacional (H2N3 e Influenza b), del sector público.

NOTA: Estas recomendaciones son independientes de haber recibido tratamiento previo con Oseltamivir.

Cuando se administra la primera dosis de la vacuna pandémica, se recomienda que se continúe administrando esa misma (y no otra vacuna contra H1N1) durante el período de vacunación completo.

Revacunación

Se plantea vacunación anual en marzo, solamente, para la vacuna estacional, mientras persistan las condiciones que hicieron necesaria su indicación.

Inmunogenicidad y eficacia clínica

Produce como respuesta inmunogénica anticuerpos inhibidores de la hemoaglutinación, luego de las dos semanas y alcanza su pico máximo a los seis meses postvacunación.

No existe contraindicación a la aplicación simultánea o con cualquier intervalo de tiempo, entre éstas y otras vacunas, aplicadas en sitios diferentes.

La eficacia clínica en los adultos sanos menores de 65 años es del 70 al 90%, con una variabilidad que está dada por la similitud entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna. Si bien en grupos de mayor edad la eficacia es menor, especialmente en mayores de 70 años, previene complicaciones secundarias y reduce el riesgo de hospitalización y muerte por gripe.

Efectos adversos

Son poco frecuentes.

- Locales: dolor fugaz, induración y rara vez eritema.
- Generales: fiebre, malestar, mialgia y otros síntomas sistémicos, generalmente, horas después de la vacunación.

Contraindicaciones

Reacción alérgica severa (anafilaxia) posterior a una dosis previa o a componentes de la vacuna, especialmente a proteínas del huevo.

Precauciones

Enfermedad aguda moderada o severa con fiebre o sin ella.

Falsas contraindicaciones

Profilaxis o tratamiento antiviral contra la infección por virus influenza.

Ministerio de Salud de la Nación 2010:

- Programa Nacional de Inmunizaciones

<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/inmunizaciones.asp>

- Vacunas contra la gripe A

http://www.msal.gov.ar/htm/site/Noticias_plantilla.asp?Id=1801

Sociedad Argentina de Pediatría:

Comité Nacional de Infectología. «Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría para la indicación de la vacuna contra la Influenza». Año 2010.

http://sap.org.ar/docs/Vacunacion_Influenza_SAP_2010.pdf

10. Actividad sugerida

Lea cuidadosamente las preguntas que aparecen a continuación y seleccione la correcta según referencias en el texto.

1) Un niño de 14 años que recibió tres dosis de vacuna triple bacteriana, la última a los 6 años y medio, presenta una herida importante en pierna derecha luego de haber jugado un partido de básquet.

Usted aconseja:

a) Vacunación con Doble adultos más gammaglobulina.

b) Vacunación con Doble adultos y limpieza de la herida.

c) Vacunación antitetánica más gammaglobulina.

d) Solo limpieza de la herida.

<p>2) Un adolescente de 16 años se va de vacaciones por cuarenta días y debe aplicarse la vacuna doble adultos que le queda pendiente. En ese momento cursa un cuadro de infección de vías aéreas superiores, con registros de temperatura de 37,3 °C y diagnóstico de otitis media aguda hace 48 horas. Le recetaron amoxicilina cada 8 horas.</p>
<p>¿Considera conveniente posponer la aplicación de la vacuna para cuando regrese de vacaciones?</p>
<p>a) Si</p>
<p>b) No</p>
<p>3) Contestar verdadero o falso</p>
<p>El intervalo mínimo entre dos vacunas a virus vivos atenuados (cuando no son aplicadas simultáneamente) es de 4 semanas.</p>
<p>No se puede administrar una vacuna a virus vivos atenuados y la PPD en forma simultánea.</p>
<p>El intervalo mínimo entre una vacuna a virus vivos atenuados y una inactivada es de 14 días.</p>
<p>Dos o más vacunas inactivadas pueden ser aplicadas simultáneamente o con cualquier intervalo entre las mismas.</p>
<p>OPV y triple viral, si no se aplican simultáneamente, deben diferirse 4 semanas entre sí.</p>
<p>4) El hermano de un paciente con diagnóstico de Linfoma Hodgkin (LH) fue vacunado con vacuna varicela. A los diez días presentó un exantema vesicular leve (cinco vesículas). Usted aconseja:</p>
<p>a) Alejar al paciente con L.H. de su hermano durante un mes.</p>
<p>b) Alejar al paciente con L.H. de su hermano durante 15 días.</p>
<p>c) Alejar al paciente con L.H. de su hermano mientras dure el exantema.</p>
<p>d) No es necesario tomar conducta alguna, puesto que al ser una vacuna viral atenuada, el riesgo de contagio es despreciable.</p>
<p>5) Un niño de 5 años tiene diagnóstico de paperas hace una semana, la madre nos pregunta qué conducta debe tomar con su hermano de 16 años, que no tuvo esa enfermedad y tiene una dosis de vacuna triple viral dada en una campaña de vacunación:</p>
<p>a) Aplica gammaglobulina estándar en forma inmediata a 0,025 ml/kg.</p>
<p>b) Aplica gammaglobulina estándar y una dosis de vacuna triple viral.</p>
<p>c) No hace nada ya que el adolescente está protegido.</p>
<p>d) Le explica a la madre que para esta situación el adolescente está cubierto, pero por calendario debe tener dos dosis de vacuna triple viral después del año (por el componente sarampión y rubéola).</p>

6) Una niña de 15 años recibió la primera dosis de vacuna varicela hace 7 meses. A esa edad se requieren dos dosis de vacuna con 4 a 8 semanas de diferencia. Teniendo en cuenta esta situación, usted aconseja:
a) Reiniciar esquema (aplicar primera dosis).
b) Efectuar serología y según la misma reiniciar o continuar esquema.
c) Continuar esquema (aplicar segunda dosis).
d) Aplicar gammaglobulina específica para favorecer el aumento de anticuerpos

7) ¿Qué conducta tomaría ante un adolescente que recibió la primera dosis de vacuna de hepatitis B el 1/10/94 y, hoy, concurre para su segunda dosis?
a) Reinicia esquema de vacunación.
b) Aplicar segunda dosis hoy y gammaglobulina para protegerlo, ya que es edad de riesgo.
c) Aplicar segunda dosis hoy y tercera dosis a los cinco meses.
d) Aplicar segunda dosis y, luego, hago serología al mes para ver qué actitud tomar según los títulos.

8) Todas son reacciones adversas de la vacuna de Hepatitis A, excepto una:
a) Febrícula
b) Cefalea
c) Dolor
d) Poliadenopatías

Abordaje de los adolescentes con problemáticas relacionadas con la alimentación

Índice

● Capítulo 24

Semiología del estado nutricional

1. Introducción
2. Indicadores para el diagnóstico
 - 2.1. Estudio de la alimentación y cálculo de la ingesta
 - 2.2. Examen físico
 - 2.3. Antropometría
 - 2.3.1. Peso
 - 2.3.2. Talla
 - 2.3.3. Índice de peso para la talla
 - 2.3.4. Índice de masa corporal
 - 2.3.5. Circunferencias
 - 2.3.6. Pliegues cutáneos
 - 2.4. Exámenes de laboratorio
3. Requerimientos nutricionales
 - 3.1. Requerimientos energéticos
 - 3.2. Requerimientos de proteínas
 - 3.3. Requerimientos de otros nutrientes
4. Conclusiones
5. Bibliografía

● Capítulo 25

Trastornos de la conducta alimentaria.

1. Caso clínico: Amalia consulta por anorexia nerviosa (AN)
 - 1.1. Primera etapa: Pérdida de peso y amenorrea secundaria de larga data
 - 1.2. Segunda etapa: Depresión y osteoporosis
2. Introducción al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria
 - 2.1. ¿Qué contribuye a que el TCA se exprese en la adolescencia?
 - 2.2. ¿Porqué la mujer adolescente está tan preocupada por su aspecto corporal?
 - 2.3. ¿Cómo influye lo social en la valoración del aspecto corporal femenino?
 - 2.4. ¿Cómo fueron surgiendo los conceptos de anorexia nerviosa y bulimia?
 - 2.5. ¿Fue la anoréxica precursora de la moda?
 - 2.6. ¿Cuál es el común denominador de los TCA?

- 2.7. ¿Cuáles son factores favorecedores y desencadenantes de TCA?
- 2.8. ¿Cómo aparecen los desordenes alimentarios, anorexia y bulimia?
- 2.9. Conclusiones
- 2.10. Bibliografía

● **Capítulo 26**

Abordaje clínico-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria

1. Etapa diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria
 - 1.1. Anorexia nerviosa
 - 1.1.1. Definición
 - 1.1.2. Motivos de consulta del adolescente con anorexia nerviosa y de su familia
 - 1.1.3. Historia clínica
 - 1.1.4. Examen físico
 - 1.1.5. Exámenes complementarios
 - 1.1.6. Diagnósticos diferenciales
 - 1.2. Bulimia nerviosa
 - 1.2.1. Definición
 - 1.2.2. Historia clínica
 - 1.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
 - 1.4. El varón con trastornos de la conducta alimentaria
 - 1.5. Diagnóstico de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria
2. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)
 - 2.1. El equipo
 - 2.2. Aporte nutricional y medicación
 - 2.3. Problemas de la realimentación
 - 2.4. Conclusiones
3. Pronóstico
4. Prevención
5. Conclusiones generales
6. Bibliografía

● **Capítulo 27**

Abordaje psicológico-psiquiátrico de los trastornos de la conducta alimentaria

1. Epidemiología
2. Diagnóstico
3. Comprensión psicodinámica
4. Diagnósticos diferenciales
5. Evolución y Pronóstico
 - 5.1. Adolescentes con cuadros que espontáneamente se «curan»
 - 5.2. Evolución de la anorexia
 - 5.3. Evolución de síntomas psiquiátricos
 - 5.4. Criterios de Curación
 - 5.5. Factores que inciden en el pronóstico
6. Tratamiento de la Anorexia-Bulimia
 - 6.1. Interdisciplina
 - 6.2. Psicofármacos usados en anorexia-bulimia
7. Bibliografía

●Capítulo 28

Dos casos clínicos para reflexionar

Abordaje de adolescentes con obesidad

1. ¿Por qué es necesario identificar y tratar a los jóvenes con sobrepeso?
2. ¿Cómo definir en los jóvenes el aumento de la adiposidad?
3. Evaluación clínica
4. Tratamiento
5. Bibliografía

●Capítulo 29

Abordaje de adolescentes con síndrome metabólico

1. Un poco de historia
2. ¿Qué significado tiene el SM?
3. ¿Qué ocurre en niños y adolescentes?
4. Sinonimia
5. Criterios para definir el SM
6. ¿Cómo definir el SM en pediatría?
7. ¿Por qué esos criterios para definir SM?
8. ¿Cómo identificar a la población susceptible de requerir estudios para el diagnóstico de SM?
9. ¿Cómo realizar la evaluación del joven con SM?
10. Lecturas sugeridas

Capítulo 24

Semiología del estado nutricional

**Dra. Laura Diana Milgram,
Dra. Miriam Nora Tonietti**

1. Introducción

La evaluación del estado nutricional en cualquier período de la vida es una herramienta indispensable en la consulta clínica, que permite, entre otros datos, identificar individuos o poblaciones con deterioro de su estado de nutrición, en más o en menos, y definir conductas a nivel individual y/o poblacional.

La importancia de la evaluación nutricional en la adolescencia radica en que ésta es una etapa en la que ocurre un significativo crecimiento, cuyo comienzo está marcado por el inicio de los caracteres sexuales secundarios. Esos procesos están condicionados por el estado nutricional. En el sexo femenino, el aumento de la velocidad de crecimiento ocurre, en promedio, entre los 10 y los 12 años y en los varones aproximadamente dos años más tarde. El crecimiento durante el estirón en los varones es, en promedio, de 7 cm en el primer año, 8 cm en el segundo y 7 cm en el tercero, con incrementos de 3 y 2 cm en los años siguientes; en las mujeres la velocidad es menor: de 6 cm, 8 cm, 6 cm, en primero, segundo y tercer año, respectivamente. También, la duración del brote puberal es más corta en mujeres. Este crecimiento lineal se debe, en la adolescencia media y tardía, al aumento en la longitud del tronco más que en los miembros. Es, además, aconsejable considerar las variaciones individuales, ya que el aumento de las necesidades nutricionales se relaciona más a la etapa de desarrollo que a la edad cronológica y al estilo de vida.

La evaluación del estado nutricional permite conocer la composición corporal, que muestra importantes cambios desde el nacimiento hasta la adultez. La masa corporal está constituida por varios compartimentos: masa magra, masa grasa y agua (intra- y extracelular).

Durante la adolescencia, la ganancia de masa corporal corresponde al 50% del peso adulto, al 20% de la talla definitiva y a más del 50% de la masa ósea. La composición del tejido depositado presenta diferencias por género.

El pico de crecimiento muscular es un poco más tardío que el pico de crecimiento estatural; en varones, estos cambios son más marcados, y experimentan un aumento de la masa muscular, con mayor cantidad de proteína contráctil y núcleos, que resulta en aumento de la fuerza. En mujeres, la ganancia de músculo es menor, pero ocurre antes, por lo que, por breve tiempo, presentan mayor promedio de masa muscular.

En varones, la masa magra se incrementa desde la infancia hasta los 19 años, mientras que en mujeres, finaliza a los 15. Con el brote puberal, los varones ganan hasta el doble de masa magra, con una velocidad de ganancia de alrededor de 6,5 kg/año, siendo de 4 kg/año en las mujeres.

El crecimiento en las niñas se acompaña de un mayor aumento en la proporción de grasa corporal, mientras los varones presentan un mayor aumento de masa magra, un mayor aumento de la volemia y de la masa eritrocitaria, lo que condiciona requerimientos diferenciados para cada uno de los sexos. A su vez, los requerimientos individuales varían en cada adolescente, dependiendo, especialmente, de la etapa de crecimiento y de la actividad física que realice.

La distribución del tejido adiposo cambia durante la adolescencia dependiendo del momento en que se produce la maduración sexual y del pico máximo de la velocidad de crecimiento.

En las niñas, en el transcurso de las distintas etapas puberales, se va produciendo una acentuación de los pliegues periféricos, sin modificación de los pliegues centrales; en varones, a la inversa, con el comienzo puberal aumenta su grasa troncal, disminuyendo o manteniendo su grasa periférica. En ambos sexos, cuanto mayor es el espesor de los pliegues y más temprana la maduración, mayor es el riesgo de obesidad en la vida adulta.

2. Indicadores para el diagnóstico

La valoración del estado nutricional se basa en distintos tipos de indicadores y, con la evaluación del conjunto de ellos, se establece el diagnóstico nutricional:

- Estudio de la alimentación y cálculo de la ingesta.
- Examen físico e historia clínica nutricional.
- Datos antropométricos.
- Datos bioquímicos.

2.1. Estudio de la alimentación y cálculo de la ingesta

Recopila la información relativa al consumo de alimentos, su contenido energético y nutricional. La anamnesis alimentaria permite conocer cuali- y cuantitativamente el consumo real de los alimentos de los adolescentes en relación con su estado nutricional. Permite identificar costumbres y hábitos familiares, frecuencia de las ingestas, ansiedad y gratificación con las comidas, picoteos, comidas irregulares, selectividad, consumo de comidas rápidas, etcétera.

Hay dos métodos básicos para conocer y calcular la ingesta de un individuo: El registro y el recordatorio. El registro de alimentos consiste en anotar durante un lapso variable de 1 a 7 días (según necesidad) y, a medida que va sucediendo, la ingesta diaria de alimentos. En el recordatorio, el paciente completa en una planilla lo que recuerda haber comido en un período determinado de tiempo (depende de la memoria, es imprecisa la cuantificación de la ingesta, en general, se remite a las 24 h previas).

La encuesta alimentaria debe ser siempre minuciosa, en especial, si la impresión general orienta a un trastorno nutricional, ya sea por deficiencia o por exceso. En los adolescentes, es importante consignar el número de comidas, incluyendo jugos, bebidas, golosinas y extras ingeridos entre comidas, tanto dentro como fuera de la casa, determinar con qué frecuencia come en familia y cuántas veces solo, quién selecciona el plan alimentario, etcétera. Es importante, además, estar alerta a la presencia de hábitos alimentarios inhabituales y a detectar conductas que orienten a trastornos del apetito. Un método relativamente seguro es el registro de ingesta de tres a cinco días que incluya algún día festivo, ya que considera la variabilidad de la dieta y elimina la subjetividad de las encuestas.

2.2. Examen físico

El examen completo y cuidadoso proporciona elementos valiosos para la evaluación nutricional. En algunos casos, el aspecto general del adolescente, la observación de las masas musculares y la estimación del panículo adiposo permiten formarse una impresión nutricional, pero ésta debe objetivarse con parámetros específicos.

2.3. Antropometría

Es la técnica más usada en la evaluación nutricional por su sencillez y bajo costo. Proporciono-

na información, fundamentalmente, acerca del estado nutricional y de riesgos de salud, dado que el crecimiento es un proceso sensible a las deficiencias nutricionales y a las patologías. Los indicadores nutricionales surgen de combinar una medida corporal (peso o altura) con la edad, o dos medidas entre sí.

Desde el punto de vista clínico, y en la práctica diaria, es importante dividir y determinar dos compartimentos corporales: Masa Magra (MM) y Masa Grasa (MG) y conocer el peso de cada uno de ellos para poder interpretar el estado nutricional de un individuo y controlar su evolución. La suma de ambos determinará el Peso Corporal Total.

Las mediciones antropométricas más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla, pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores son extremos. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia.

VER:

Sociedad Argentina de Pediatría «Tabla de percentilos»

<http://www.sap.org.ar/prof-percentilos.php>

2.3.1. Peso

El peso representa la totalidad de la masa corporal no permitiendo evaluar las variaciones de cada compartimento (agua, MG, MM). Como parámetro aislado no tiene validez, debiendo expresarse en función de la edad y de la talla.

Es útil conocer, además, del peso actual (PA), el peso habitual y sus modificaciones en el tiempo (curva de peso). También el porcentaje de desviación del peso teórico (PT) ($\% PT = PA/PT \times 100$) y el porcentaje del peso habitual (PH) ($\% PH = PA/PH \times 100$). Una disminución $> 10\%$ del peso en un mes implica desnutrición.

En la evaluación clínica del paciente individual, uno de los mejores indicadores nutricionales es la variación de peso en un lapso de tiempo conocido. Se puede expresar como porcentaje del peso habitual:

$$\% \text{Peso habitual} = \frac{\text{peso habitual} - \text{peso actual}}{\text{peso habitual}}$$

2.3.2. Talla

La talla también debe expresarse en función de la edad y del desarrollo puberal. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. Los valores normales, estadísticamente, están entre percentil 10 y 90 para la edad. En adolescentes con talla baja, se debe considerar siempre el estadio de Tanner para la evaluación.

El punto de corte sugerido para identificar a aquellos adolescentes que requieran evaluación clínica más rigurosa o que deban ser referidos para estudio de talla baja, está dado por el percentil 3 o talla menor a - 2 DS.

2.3.3. Índice de peso para la talla

El índice de peso para la talla (IPT) ha sido utilizado, clásicamente, para evaluar el estado nutricional. Tiene la ventaja de que no requiere un conocimiento preciso de la edad, sin embargo, durante la adolescencia, la relación peso/talla cambia bruscamente con la edad y con el estado puberal, por lo que se ha cuestionado su real utilidad. A pesar de esto, el IPT es aún utilizado para diagnosticar obesidad y desnutrición en adolescentes.

Se considera como peso aceptable el peso esperado (percentil 50) para la talla observada. En adolescentes cuya talla difiere de la esperada para su edad, esta última debe tenerse en cuenta, ya que

para una misma talla el peso correspondiente al percentil 50 es diferente según la categoría de edad.

Puede expresarse como desviaciones estándares (DS, como en las tablas del NCHS), en percentiles (NCHS) o como porcentaje del peso mediano para la talla del paciente (porcentaje de adecuación SAP).

En adolescentes, la enorme variabilidad en la talla hace difícil la utilización de estos estándares; por ello, en aquellos adolescentes que presentan una talla que se aleja de la correspondiente a la edad, no es un indicador válido.

2.3.4. Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) [peso (kg)/talla² (m)] es considerado como el mejor indicador de estado nutricional en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal que ocurren con la edad. Por ello, es un buen indicador para definir sobrepeso y obesidad, sobre todo, en estudios poblacionales.

Si bien la definición de obesidad se fundamenta en constatar un aumento de la masa grasa, los indicadores que relacionan el peso con la talla constituyen herramientas adecuadas, porque, en la mayoría de los casos, un aumento en su valor representa un aumento de la grasa corporal.

Los puntos de corte definidos internacionalmente para clasificar el estado nutricional en adultos (IMC mayor a 30 para diagnosticar obesidad), no son aplicables para el adolescente que no ha completado su desarrollo puberal debido a la variabilidad de la composición corporal en el proceso de maduración.

Aún cuando el IMC no ha sido validado como un indicador de delgadez o de desnutrición en adolescentes, constituye un índice único de masa corporal y es aplicable en ambos extremos.

Los puntos de corte sugeridos para el diagnóstico nutricional son los siguientes:

- IMC menor al percentil 5 es indicativo de desnutrición.
- IMC mayor al percentil 85 se considera riesgo de sobrepeso.
- Se reserva la clasificación de obeso para aquellos adolescentes que, además de tener un IMC mayor al percentil 85, tengan un exceso de grasa subcutánea objetivado por la medición de pliegues cutáneos.
- IMC entre el percentil 5 y el percentil 15 requiere evaluación clínica complementaria para identificar aquellos adolescentes en riesgo nutricional

Se recomienda utilizar el IMC/edad en todas las edades, ya que permite detectar cambios que pudieran ir produciéndose en el transcurso de los años (*tracking*). Hay tablas disponibles nacionales, del CDC de los EE. UU.

VER: CDC Clinical Growth Charts. Actualizado: 4 de Agosto, 2009.

<http://www.cdc.gov/growthcharts/>

http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm#Set1

CDC. IMC. 2 a 20 años: Niños

Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/Spanishpdf95/co061023.pdf>

CDC. IMC. 2 a 20 años: Niñas

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/Spanishpdf95/co061022.pdf>

Fuente: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).

Cole y colaboradores han confeccionado tablas de referencia para que sirvieran para la comparación en estudios realizados en distintas partes del mundo, basadas en los puntos de corte de riesgo para sobrepeso y obesidad de 25 y 30 (IOTF, *International obesity task force*).

Un indicador derivado del anterior, muy útil para diagnóstico temprano de obesidad, es la

variación del IMC. Aumentos bruscos en el IMC, independientemente del valor inicial, representan riesgo de obesidad. Un incremento de dos puntos en el IMC en un año debe ser considerado indicativo de sobrepeso.

2.3.5. Circunferencias

La medición más utilizada como indicador de riesgo de enfermedades crónicas futuras es el perímetro de la cintura. Este indicador parece tener igual valor pronóstico que el índice cintura/cadera en adultos, y su aumento expresa un mayor depósito de grasa a nivel troncal, correlación con grasa visceral y desarrollo del síndrome metabólico. Un alto perímetro de cintura, presenta buena correlación con alteraciones en el perfil lipídico (riesgo aterogénico). El aumento de 5 cm en la cintura, independientemente del peso, es indicativo de riesgo. No se dispone aún de tablas de referencia nacionales.

2.3.6. Pliegues cutáneos

Se miden por medio de calibres especiales. Requiere de cierto entrenamiento para la determinación, especialmente, en jóvenes con un panículo adiposo abundante. En general son herramientas utilizadas por el especialista. Se miden por lo menos dos (habitualmente, pliegues tricípital y subescapular), aunque en adultos se miden también en otros lugares del cuerpo y se establecen ecuaciones para predecir masa grasa total y porcentaje de grasa corporal. Una relación entre pliegue subescapular/tricípital superior a 1 habla de distribución central de la grasa (mayor riesgo).

2.4. Exámenes de laboratorio

En la mayoría de los casos, solamente son necesarias algunas determinaciones de laboratorio para completar la evaluación del estado nutricional.

Un solo método de laboratorio no conlleva validez diagnóstica. La combinación de datos bioquímicos, parámetros antropométricos y la encuesta nutricional en conjunto constituyen la manera más eficaz de evaluar el estado nutricional.

El parámetro de mayor valor para la evaluación de las proteínas es la albúmina plasmática. La proteinemia total tiene escaso valor como parámetro de evaluación nutricional.

El hematocrito y la hemoglobina son los exámenes más simples para investigar carencia de hierro; si sus valores resultan inferiores al mínimo aceptable para la edad, sexo y estadio de Tanner, debe efectuarse frotis sanguíneo para estudiar la morfología del glóbulo rojo y, en casos seleccionados, efectuar exámenes complementarios (ferremia, transferrina, ferritina sérica). Cuando existe un hematocrito normal, pero con una ferritina sérica baja (menor de 20), existe una disminución en los depósitos de hierro. El frotis también puede hacer sospechar otras carencias específicas (folatos, vitamina B12, cobre, vitamina E).

En casos de sospecha de baja ingesta crónica de calcio, la densitometría puede proporcionar información relevante.

En los adolescentes con antecedentes familiares de cardiopatía coronaria a edad temprana o con antecedentes de dislipidemia, es importante efectuar perfil lipídico.

3. Requerimientos nutricionales

Los requerimientos varían en cada adolescente, dependiendo, especialmente, de la etapa de crecimiento y de la actividad física que realice.

3.1. Requerimientos energéticos

Los requerimientos energéticos aumentan durante la adolescencia en los hombres y tienden

a mantenerse o a disminuir en el sexo femenino, variando, además, con la actividad física. Este factor, aunque siempre presente, adquiere mayor relevancia en la adolescencia por la gran dispersión observada en cuanto a nivel de actividad, que va desde el sedentarismo hasta la práctica de deportes competitivos.

Para obtener una mejor aproximación a los requerimientos individuales de energía, puede estimarse el gasto energético de reposo (GER), mediante ecuaciones recomendadas por la OMS para el sexo y el rango de edad correspondiente.

Las ecuaciones aplicables a población de 10 a 18 años son las siguientes:

- Hombres: $GER \text{ (kcal /día)} = (17,5 \times \text{peso en kg}) + 651$
- Mujeres: $GER \text{ (kcal /día)} = (12,2 \times \text{peso en kg}) + 746$

Para calcular el requerimiento energético diario se multiplica el resultado obtenido por el factor de actividad, que varía desde 1,3 para vida muy sedentaria, 1,5 para actividad liviana, 1,6 para actividad moderada y 1,8 a 2,0 para actividad intensa.

3.2. Requerimientos de proteínas

Los requerimientos proteicos aumentan durante la adolescencia debido al aumento de la masa magra y del volumen sanguíneo.

3.3. Requerimientos de otros nutrientes

Además de las proteínas, los nutrientes claves para el crecimiento son:

- **Hierro:** Existe un aumento de los requerimientos de hierro en ambos sexos durante la adolescencia. En los hombres, esto se debe al aumento de la masa magra y del volumen sanguíneo y, en las mujeres, a las pérdidas menstruales.

Numerosos estudios demuestran que las ingestas medias de Fe, en general, no cubren los niveles recomendados, especialmente, en mujeres. Esto refleja un consumo insuficiente de alimentos ricos en Fe, por razones de hábitos, desagrado, o bien, por tratarse de requerimientos difíciles de cubrir. Los alimentos con un alto contenido de hierro hem son las carnes, las aves, los pescados, pero los cereales fortificados y, en menor medida, algunos vegetales y legumbres, son fuentes no hem, con baja disponibilidad.

- **Calcio:** Los requerimientos de calcio aumentan a 1200 mg/día por el crecimiento óseo y muscular. La adolescencia es un período crítico en la formación de la masa ósea bajo la influencia de las hormonas sexuales. La densidad mineral ósea tiene un incremento importante alrededor de los 20 años y una baja densidad ósea, en ese momento, se relaciona con riesgo de osteoporosis en la adultez, especialmente en mujeres.

- **Zinc:** Los requerimientos diarios aumentan de 10 a 15 mg durante la adolescencia. El zinc es necesario para una maduración sexual adecuada. Los alimentos ricos en zinc incluyen las carnes, el pescado, los huevos y la leche.

- **Requerimientos de vitaminas:** Los requerimientos de vitaminas también aumentan durante la adolescencia, especialmente los de vitamina B12, ácido fólico, vitaminas A, C, D y E, tiamina, niacina y riboflavina.

4. Conclusiones

Las recomendaciones generales deben enfocarse a lograr un crecimiento óptimo, que refleje lo mejor posible el potencial genético, y a disminuir la prevalencia de los problemas nutricionales más frecuentes en la adolescencia.

Las recomendaciones nutricionales para la población adolescente deben ir orientadas a lograr

una dieta ordenada y equilibrada, acorde con su requerimiento nutritivo y capaz de generar hábitos más adecuados de alimentación.

Es conveniente propiciar un esquema de cuatro comidas diarias que eviten períodos prolongados de ayuno y el consumo excesivo de «snacks» y, al mismo tiempo, entregar contenidos educativos respecto al valor nutritivo de los diferentes alimentos y a los riesgos de salud derivados de conductas alimentarias inadecuadas.

Es importante asegurar una ingesta proteica suficiente, que incluya productos lácteos y carnes portadores de proteínas de alta calidad; cuando esto no sea posible, por razones culturales o económicas, debe incentivarse el consumo de alimentos complementarios para mejorar el valor proteico de la mezcla, como por ejemplo, combinar cereales con leguminosas.

En una alimentación balanceada, las proteínas deben corresponder al 10 a 15% de las calorías totales de la dieta, no más del 30% deben ser dadas por la ingesta grasa, limitando a un tercio el consumo de grasas saturadas (principalmente, de origen animal) y el 55 a 60% restante debe ser aportado por hidratos de carbono, privilegiando los hidratos de carbono complejos por sobre los azúcares.

Se debe incentivar el consumo de productos lácteos para asegurar una ingesta adecuada de calcio y el consumo diario de frutas y verduras portadoras de vitaminas y fibra dietaria, y recomendar moderación en el consumo de sal.

El embarazo durante la adolescencia y la práctica de deportes competitivos son dos situaciones en las cuales se produce una mayor exigencia en cuanto a demandas nutricionales, lo que debe ser considerado en el momento de efectuar recomendaciones.

Los diez consejos para la alimentación saludable propuestos por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND) son los siguientes:

- Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
- Consumir todos los días leche, yogures o quesos. Es necesario en todas las edades.
- Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
- Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
- Preparar las comidas con aceite, preferentemente crudo, y evitar la grasa para cocinar.
- Disminuir el consumo de azúcar y de sal.
- Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas en niños y en adolescentes.
- Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.
- Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y el diálogo familiar.

Fuente: AADYND. Guías Alimentarias. Consejos para una alimentación saludable. http://www.aadynd.org.ar/guias_consejos.php

VISITAR: Recomendaciones nutricionales. Academia Americana de Pediatría. Abril 27, 2006. Pediatrics. Vol. 117. N.º 2. February 2006, pp. 544-559. www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/2/544

VER: Pirámide alimentaria.
United States Department of Agriculture. MyPyramid.gov.
www.mypyramid.gov
<http://www.mypyramid.gov/pyramid/index.html>
<http://www.mypyramid.gov/guidelines/index.html>
Septiembre 2009

5. Bibliografía

- CARMUEGA, E. y P. DURÁN. «Evaluación del estado nutricional en pediatría». *Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes*. Boletín CESNI, vol. 9, Junio, 2000.
- GIDDING, S. J., B. A. DENISON, L. L. BIRCH et ál. «Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners». *American Heart Association. Pediatrics*, Feb. 2006, 117(2): 544-59.
- KAPIL, U. y A. BHAVNA. «Adverse effects of poor micronutrient status during childhood and adolescence». *Nutrition Review*, 2002, 60(5 Pt. 2): S84-S89.
- O' DONNELL, A. M y B. GRIPO. *Obesidad en la niñez y adolescencia*. Editorial Científica Interamericana, 2005.
- OKEN, E. y C. DUGGAN. «Update on micronutrients: Iron and Zinc». *Current Opinion in Pediatrics*, 2002, 14: 350-353.
- ORTIZ HERNÁNDEZ, L. «Evaluación nutricional de adolescentes». *Rev Med. IMSS* 2002, 40(1): 61-70.
- POGGIONE, N., L. MILGRAM, S. SPINER, P. POSTERNAK y D. PASQUALINI. «Recomendaciones nutricionales para los adolescentes». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 515-516. Disponible en:
<<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.515-516.Pacientes.pdf>>
- RAMAKRISHAN, U. «Prevalence of micronutrient Malnutrition Worldwide». *Nutrition Reviews*, 2002, 60(5): S46-S52.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Tabla de percentilos* [en línea]. Recuperado de: <<http://www.sap.org.ar/prof-percentilos.php>>. [Última actualización: 2010]
- TORUN, B., P. S. W. DAVIES, M. B. E. LIVINGSTONE, M. PAOLISSO, R. SACKETT y G. B. SPURR. «Energy requirements and dietary energy recommendations for children and adolescents 1 to 18 years old». *European Journal of clinical Nutrition*, 1996, N.º 50 Sup. 1, S37-S81.
- WALKER, W. A. y J. WATKINS. *Nutrition in Pediatrics. Basic Science and Clinical Applications*, 2nd edition, 1997, Cap. 48.

Capítulo 25

Trastornos de la conducta alimentaria.

1. Caso clínico: Amalia consulta por anorexia nerviosa (AN)

Dra. Diana Pasqualini

Lea cuidadosamente este material. A continuación de la presentación del caso clínico, aparecen preguntas que son frecuentes en la consulta con adolescentes con AN. Evalúe las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura de los siguientes capítulos.

Amalia, de 19 años de edad, se presenta en la consulta refiriendo: «Tengo anorexia nerviosa». A partir de ese momento, comenzó un camino terapéutico que llevó varios años. A continuación, se relatan dos momentos terapéuticos.

1.1. Primera etapa: Pérdida de peso y amenorrea secundaria de larga data

- Edad de primera consulta: 19 años y 7 meses.
- Motivo de consulta: Pérdida de peso y amenorrea secundaria de larga data.
- Enfermedad actual: Amalia concurre sola a la consulta con una médica de adolescentes a instancia de su terapeuta. Coincide su consulta con el inicio de la terapia de su hermana de 15 años, quien presenta conducta anoréxigena y se halla en tratamiento con la misma profesional. Amalia inició dieta restrictiva a los 14 años. Coincidió casi con su fiesta de los quince años. Se veía gorda de la cintura para abajo. Pesaba 54 kg. Al poco tiempo, apareció la amenorrea que persistió hasta hace 7 meses (5 años). Está medicada desde hace 8 meses con clomifeno por indicación de un ginecólogo. Menstruó 3 a 5 veces. Nada de veinticinco a treinta piletas por semana. Hizo hasta ahora «tratamiento clínico» (control cada 15 días y registro de peso con la paciente de espaldas) y «psicológico» (10 minutos por semana) en una institución privada. Nunca recuperó el peso perdido. Relata una alimentación muy restrictiva en las últimas 24 horas.
- Al examen físico presenta: Talla de 168,3 cm. Peso de 44,9 kg BMI 15,8. Déficit de peso según lo esperado para talla 22,6%. Peso deseado 58 kg. Resto S/P.
- Para arribar al diagnóstico y evaluar la estrategia terapéutica, se tuvieron en cuenta datos personales y familiares relevantes: Amalia no tuvo novio ni relaciones sexuales. No tiene amigas. Está estudiando turismo y francés. Trabaja con el padre de «secretaria»; hace un poco de todo. Es muy apegada a su casa. Sábados y domingos lee y mira televisión.
- Su madre es ama de casa, le gusta cocinar y vive en la cocina. La cocina es el centro de la casa. Ha tenido úlcera. El padre es dueño de una empresa de turismo. Se ocupa especialmente del traslado de figuras prominentes del arte cinematográfico y deportistas. Le gusta mostrar a sus hijas las películas que ellos le regalan. Es muy exigente para consigo mismo y para con sus hijas. Es hipertenso igual que su mamá. Su hermana de 15 años es dietante y tiene amenorrea de 5 meses; a diferencia de Amalia, es muy sociable. La abuela materna vive, temporalmente, con ellos y esto ha roto, en parte, la armonía, ya que exige mucha atención de la mamá o, así, lo viven ambas hermanas. Pocos meses antes había fallecido el abuelo materno.

- Se le explica a Amalia la primera impresión clínica, se acuerda con ella una alimentación ordenada y normocalórica, se escriben las indicaciones alimentarias correspondientes, y se sugiere nuevo tratamiento psicológico.

- Amalia es citada, al principio, una vez por semana.

Evolución clínica: Rápidamente comienza a aumentar de peso. Esto le preocupa porque se ve gorda de la cintura para abajo. En realidad, comparativamente, es más prominente en la zona infratorácica, pero es menuda en su aspecto global.

Es ambivalente en sus expresiones: le preocupa su delgadez y amenorrea, pero teme y le disgusta engordar. Al mes, pesa 48,6 kg, 3,7 kg más. Aparecen edemas en sus tobillos y dilataciones venosas en miembros inferiores.

Once meses después de iniciado el tratamiento clínico y psicológico, reaparecen las menstruaciones espontáneamente con un peso entre 48 y 49 kg, BMI de 17. Durante 1 año y 6 meses sigue menstruando.

Requiere atención en otras oportunidades por faringitis, jaqueca, dolor y distensión abdominal. Estos disminuyen con un propulsivo, enzimas gástricas y entéricas + antiflatulento, indicado por un gastroenterólogo, quien diagnostica dolico gastría y enlentecimiento del tránsito intestinal.

Se suspende tratamiento hormonal por sugerencia de la endocrinóloga.

En relación a su evolución psicosocial, Amalia presenta momentos de intensa ansiedad. Aumenta las horas de trabajo. Trabaja de 9 a 18,30 horas. Luego va a su casa. No tiene amigos ni novio. En unas vacaciones, tiene una nueva experiencia pues va a un club donde conoce gente de su edad, disfruta y se siente mejor. Pero no puede mantener esta actitud posteriormente.

Al cabo de un año abandona la terapia.

La hermana había mejorado clínicamente y psicológicamente.

1.2. Segunda etapa: Depresión y osteoporosis

- Edad: 22 años y 5 meses.

- Motivo de consulta: Depresión y osteoporosis.

- Enfermedad actual: Amalia no concurrió a la consulta clínica durante 8 meses. Manifiesta desgano, apatía. Quiere «pastilla tónica para el apetito» y gimnasia con aparatos. Pero no hace «nada»; abandonó natación y francés. Sigue trabajando en la empresa paterna, pero no tiene interés en nada; no tiene interés en vivir sola ni en tener pareja. Lleva 5 meses de amenorrea. Sigue con el medicamento indicado por el gastroenterólogo por sus eructos. Pesa 47,5 kg.

- Como antecedente significativo, el padre está deprimido y, desde hace unos días, no va a trabajar. La familia ha decidido que es ella quien tiene que ocuparse de su propia enfermedad.

- Asustada por su cuadro clínico y anímico, pero no convencida, ya que cree que la depresión se cura con fuerza de voluntad, inicia terapia nuevamente con otra psicóloga. Sin embargo, cree que su terapia es inefectiva, busca la pastilla mágica que la haga comer.

- Los padres intentan, nuevamente, acompañarla en las horas de comida. Toma mucho líquido, té, café, mate.

- Se realizan exámenes de laboratorio que muestran estradiol, LH, T3 bajos; cortisol libre urinario y 17 cetosteroides urinarios elevados. En la densitometría ósea, se detecta osteoporosis y riesgo de fractura aumentado. Resto: S/P. La ginecóloga sugiere tratamiento con estrógenos y progestágenos.

Continúa con dificultad para comer durante un tiempo. No desayuna ni merienda. Almuerza y cena sola pues no puede hacer dos cosas al mismo tiempo, vida social y comer. Es excelente en su trabajo y cubre todos los espacios vacíos. Pero todo es un sacrificio; exagera; es lenta y perfeccionista; todo es para ella una ceremonia: levantarse, arreglarse, vestirse, tarda horas. Baja de peso y llega a 42,5 kg BMI 15.

Hasta que un día, refiere haber visto a una amiga muy querida paseando con sus hijos y eso motiva un cambio. Quiere tener hijos.

Empieza a comer un poco mejor.

A raíz de presentar contracturas marcadas cervicales y otras fibromialgias, se indica eutonía.

Según la eutonista: «A través de la modificación del tono muscular, disminuyen las resistencias y la rigidez, la mirada se amplía, contribuyendo esto a un mejor autoentendimiento de sus dificultades y a la puesta en marcha de nuevas estrategias».

Amalia fue recuperándose de a poco, recuperó peso, y cinco años más tarde pesaba nuevamente 54 kg, menstruaba todos los meses, se alimentaba adecuadamente, vivía sola, trabajaba y se automantenía. Persistía con su *hobby* de nadar diariamente. Si bien había salido con algunos amigos, nunca se comprometió afectivamente con ninguno de ellos.

Le proponemos ir analizando el caso de Amalia a medida que va leyendo este módulo.

Reflexione sobre los siguientes interrogantes:

¿Suele consultar por iniciativa propia una joven con anorexia nerviosa?

¿Cómo evalúa el tratamiento que había recibido previo a la primera consulta? ¿Es conveniente que la adolescente desconozca su peso? ¿Fue adecuada la indicación de un inductor de la ovulación (clomifeno)?

¿Qué evaluaría en la primera consulta para diagnosticar síntomas y signos de riesgo clínico?

¿Cuáles son sus hipótesis sobre los factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes de la enfermedad de Amalia?

¿Qué factores de riesgo encuentra usted en la situación y dinámica familiar?

¿En qué forma contribuyen películas y videos en magnificar patrones socioculturales habitualmente aceptados?

¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales y qué estudios complementarios pediría en las primeras consultas?

¿Cuál es el tratamiento inicial que sugeriría? ¿Qué aportes alimentarios indicaría? ¿Trataría de consensuarlos con ella? ¿Haría alguna recomendación al adulto acompañante? ¿Cuáles son las vitaminas y minerales necesarios en esta adolescente?

Desde el punto de vista emocional, ¿qué evaluaría y qué ofrecería?

En la segunda etapa, reflexione sobre causas posibles de la depresión y sobre estrategias.

¿Surten efecto protector los estrógenos y progestágenos sobre los huesos de las pacientes con anorexia?

¿Qué hacer frente a una paciente que no come, si sabemos que la osteoporosis se resuelve, en la adolescencia, con una correcta alimentación y recuperación de sus funciones fisiológicas?

¿Por qué cree que pudo mejorar esta paciente después de tantos años de enfermedad?

2. Introducción al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria

**Dra. Valentina Esrubilsky,
Dra. Diana Pasqualini,
Dra. Mónica Zac**

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria = TCA.

Anorexia nerviosa = AN.

Bulimia nerviosa = BN.

2.1. ¿Qué contribuye a que el TCA se exprese en la adolescencia?

La adolescencia es la época de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales. El rápido crecimiento y desarrollo hace difícil la

integración de estos cambios a la imagen corporal. Además, las ambivalencias propias de esta etapa de la vida, los cambios de humor, la búsqueda de un espacio propio, la imperiosa necesidad de estar con otro, de ser admirado, tocado, las fantasías eróticas provocan nuevas sensaciones que requieren tiempo de elaboración.

Los y las adolescentes se van desprendiendo, paulatinamente, de la familia de origen y necesitan el apoyo de sus nuevos grupos de referencia, sus pares; precisan sentirse atractivos, por lo cual, no suelen aceptar las diferencias corporales con respecto a patrones socialmente aprobados.

El cuerpo adolescente se encuentra, especialmente, investido desde lo social en su dimensión estética. Juventud y delgadez se equiparan a belleza y éxito. Al decir de Susana Sternbach, la cultura promueve configuraciones subjetivas congruentes con sus propuestas identificatorias. Estas se presentan como «lo natural» y es frecuente la adhesión acrítica a las propuestas de la época.

2.2. ¿Porqué la mujer adolescente está tan preocupada por su aspecto corporal?

La preocupación de la adolescente por el esquema e imagen corporal coincide, en muchas ocasiones, con los cambios puberales, y se manifiesta en la consulta por el descontento por el aspecto o dimensiones de su cuerpo, por dudas con respecto a su desarrollo puberal y a su capacidad de atraer. Influyen en esta inquietud el desconocimiento y extrañeza de un cuerpo tan cambiante, la añoranza por el cuerpo de etapas anteriores y la ambivalencia que generan los contradictorios mensajes sobre el cuerpo, el éxito y el futuro de la cultura actual.

Recordemos que, en la adolescencia temprana, el aspecto físico de la mujer es similar al valorado por nuestra cultura. Predomina el largo de miembros con respecto al tronco, y el tronco es rectilíneo. En la adolescencia tardía, el crecimiento continúa a expensas, sobre todo, del tronco y, por acción de los estrógenos, aumenta la proporción de grasa corporal. Se redondean caderas, glúteos, muslos. La proporción de masa grasa corporal suele pasar de un 16% en la infancia a un 22% en la adolescencia media o tardía. Por lo cual, se incrementa el índice de masa corporal y los pliegues tri-cipital y subescapular.

Las curvas femeninas no son valoradas por muchas adolescentes que preferirían tener un cuerpo más delgado y de apariencia andrógina. Esta disconformidad puede llevarlas a obsesionarse con el peso y con la alimentación y, por consiguiente, al aislamiento social.

En cambio, la integración de la nueva imagen corporal al psiquismo y su aceptación contribuyen al desarrollo de la autoestima y de la autonomía, que se expresa en una adecuada vida social y sexual (Dolto, F., Dolto-Tolitch, C.).

La integración de la nueva imagen corporal al psiquismo y su aceptación facilitan:

- El desarrollo de la autoestima, que se acompaña de atracción sexual sobre sí mismo.
- El desarrollo de la autonomía, exogamia, que se expresa en una adecuada vida social y sexual y, más tarde, en la elección del objeto sobre el cual confluirán ternura y sexualidad.

2.3. ¿Cómo influye lo social en la valoración del aspecto corporal femenino?

Refiere Silvia Fendrik: «A lo largo de la historia varió la construcción social de la feminidad, es decir aquello que es considerado como sinónimo de mujer y valorado por la cultura. Habitualmente lo femenino se asoció a la maternidad y posteriormente se le sumó como atributos la delicadeza, la complacencia en la vida hogareña, lo nutricio y la educación, con énfasis en las relaciones interpersonales; durante siglos la vida de la mujer estuvo más inscripta en lo privado. Sin embargo, esto no impidió que tuviera diferentes roles a lo largo de la historia, débil o capaz de deshacer imperios».

Durante siglos, la mujer corpulenta fue sinónimo de «vientre fértil», pechos y nalgas eran símbolos maternos. Madre y esposa tenían un lugar de reconocimiento social, aunque estuvieran jurídicamente desvalorizadas y sometidas a la voluntad del hombre.

Con el correr del tiempo, adquirió un estatus social diferente como faro de fortaleza moral,

responsable del hogar y de hijos. Rousseau consideraba que la educación de las mujeres «debe de ser relativa a los hombres, gustándoles ser útiles y amar y honrar al hombre, haciéndole la vida agradable y dulce, siendo estos los deberes de la mujeres de todos los tiempos».

Cerca del siglo XIX, la mujer fue adquiriendo un status social diferente como faro de fortaleza moral, responsable del hogar e hijos.

A fin de ese siglo, el aspecto lánguido de las jóvenes victorianas fue enaltecido por el romanticismo. El hombre romántico cuestionó el orden burgués, su ideal femenino eran musas etéreas, vivía preso de obsesiones que le impedían acercarse a mujeres de carne y hueso. La tuberculosis adquirió significado de refinamiento, sensibilidad y de naturaleza elevada.

Fue entonces que se detectaron niñas lectoras que no menstruaban. Los médicos desalentaron estudios superiores ya que «las mujeres no tienen muy claras capacidades intelectuales» y «se corre el riesgo de desperdiciar una buena madre para obtener una mediocre especialista en gramática» (Fendrik, Silvia).

La familia burguesa daba mucha importancia a la comida y a la ceremonia de sentarse a la mesa, por lo cual, las jóvenes que querían parecerse a los aristócratas producían cortocircuitos y discusiones en un espacio programado para la armonía y el encuentro. Poco a poco se impone un estatus social. Las hijas de la burguesía no querrán parecerse a sus madres, prósperas y pródigas de carnes (el comer había sido símbolo de estatus) y querrán ser similares a sus hermanas aristocráticas.

En el siglo XX, la cultura y los medios de comunicación promovieron la mujer delgada y atlética. El control corporal y la libertad sexual se transformaron en nuevos valores.

Las modas del siglo XX influyeron en el imaginario social. En 1909, las revistas mostraban mujeres sin curvas, delgadas como paralelogramos (Silverstein).

En la década de los sesenta, se desencadenó la epidemia de perfección física. En 1966, Twiggy de 17 años (Twig = ramita) alcanzó popularidad entre las grandes de la moda. Apareció la nueva cultura juvenil, modelos estéticos adolescentes; aspecto juvenil, delgado y desenvuelto hicieron furor. Se comenzaron a promocionar actividades playeras y de ocio, deportes, y el desnudamiento del cuerpo. Concomitantemente, apareció el temor mórbido a la obesidad.

Actualmente, la pasión por la delgadez es sinónimo de dominio sobre sí, de éxito, de *self-management*. El cuerpo delgado se asocia a cualidades de voluntad, autonomía, eficacia, de poder sobre sí. Un dato curioso es que, en 1920, las modelos idealizadas medían alrededor de 1,73 metros y pesaban 63,5 kg. En 1980, la talla deseada alcanzaba los 1,76 metros y el peso correspondiente deseado era 53 kg, 19% más bajo que el promedio de lo esperado para talla (Lipovetsky, G., *La tercera mujer*).

La sociedad, hoy, demanda profesionales exitosas, amantes perfectas, madres y dueñas de casa siempre listas.

Con el boom de los medios de comunicación y la consiguiente globalización, no es de extrañar que la enfermedad que apareciera en un principio entre mujeres de la clase alta y media en occidente, especialmente, entre aquellas con ambición de perfección y en deportistas y bailarinas instigadas a mantenerse físicamente «preparadas», se extendiera, paulatinamente, a todas las clases sociales y a etnias diferentes.

2.4. ¿Cómo fueron surgiendo los conceptos de anorexia nerviosa y bulimia?

Se intenta crear la ilusión de que es posible detener el paso del tiempo y la juventud pasa de ser una edad a ser un ideal estético que asegura un proyecto de inmortalidad.

Naturalmente, todo esto influye en la pubertad y adolescencia, período de asunción de roles y de búsqueda de identidad

Si bien todos somos influidos por esta fuerte sugestión cultural, debemos destacar que son necesarias situaciones psicopatológicas individuales para que se desencadene un TCA.

● Historia de la enfermedad

La primera descripción conocida de TCA se remonta al período 98 a 138, en la que Soraso de Efeso describe la amenorrea y la anorexia.

Galeno (129-200), hacia el año 155, señala un cuadro de emaciación en el que el paciente se encuentra incapaz de comer y beber. Refiere: «Los que rehúsan el alimento o no lo absorben son llamados por los griegos *anorektous* o *aituous* que significa los que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que después de haberlo ingerido muestran disgusto o aversión se denominan *apositous*».

De la Edad Media, nos llegan también relatos de una enfermedad misteriosa, que transforma a la persona que la sufre y que, a partir de una dieta de hambre autoimpuesta, la lleva a una gran pérdida de peso (Literatura médica de Avicena, siglo XI).

En el siglo XIII, surgen los nombres de jóvenes que se sacrifican ayunando por amor a Dios: Santa Eduvigis de Silesia y María de Oignies, entre otras. Al ayuno, agregan mortificaciones de autogresión corporal.

Una de ellas fue Caterina Benincasa (Santa Catalina de Siena). Sus ideas de dedicar su vida a Dios chocaron con los planes de sus padres de casarla. Esta situación la llevó a encerrarse en su habitación, a maltratarse con ayunos, y con vómitos cada vez que tenía un bocado en su boca. Consiguió, finalmente, a los 17 años, ingresar en la orden dominicana pero con la mitad de su peso. Durante ciertos períodos, solo tomaba algo de agua fría, mascaba hierbas amargas y escupía los restos. Solo podía mantener en su estómago la santa comunión. Su negación a comer fue sospechada de ser causada por una tentación del diablo. Llamaba la atención que, a pesar de estar consumida, podía físicamente soportar mucho más que los que la rodeaban. El prestigio de Catalina de Siena se extendió rápidamente y, tras su muerte en 1380, a los 33 años, contaba con muchas seguidoras.

El ayuno pasa a ser un medio para que el espíritu triunfe sobre la carne. Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. Esta anorexia, sufrida por el seguimiento a Dios, pasó a denominarse «Anorexia Santa».

Lacey, en 1982, cuenta la leyenda medieval de Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que siendo una doncella, ayunó y le rezó a Dios pidiéndole que le arrebatara la belleza para poder ahuyentar la atención de los hombres.

Los primeros intentos de descripción clínica de la anorexia mental de las jóvenes aparecen en del siglo XVII.

Inicialmente, fue T. Hobbes en 1668, J. Reynolds en 1669 y, poco después, Richard Morton (1637-1690). Este último en «*Physiologica or a treatise of consumptions*» (1689), editado en Londres, en 1894, cita dos casos de consunción nerviosa, diferentes de otros con tuberculosis. Atribuye los trastornos a «inquietudes y pasiones de su mente» y propone llamarlos Phtysis nerviosa, consunción nerviosa o atrofia nerviosa. En su descripción, dice que «se trata de un cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañado de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ellas se deriva languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor». Se encuentra, aquí, la primera referencia en la literatura médica a una causalidad psíquica.

Robert Whyt, en Inglaterra y Nadeau, en Francia (1789) hacen una detallada descripción a fines del siglo XVIII. Este último, adscribe la enfermedad a la histeria. Pareciera ser la primera vez que ambas entidades se relacionan.

Es empero, durante el siglo XIX, que surgen los estudios más sistemáticos, que sorprenden por su vigencia.

En efecto, es el francés Ernest Charles Lasègue (1816-1883) el que, en 1873, ubica a la anorexia histórica como una enfermedad mental, es decir, un cuadro clínico preciso, con una evolución

bastante típica y un tratamiento propio, según el modelo propuesto a fines del siglo XVI por Sydenham. Lasègue, a diferencia de Charcot, que parte de la gran crisis histérica y la desmiembra, comienza por un tipo semiológico bastante delimitado como para poder hacerla objeto de una investigación rigurosa. Entre todos los trastornos digestivos que la caracterizan, Lasègue aísla una de las formas de histeria a foco gástrico, que estima bastante frecuente y constante en numerosos casos. En ellos, hay una disminución del apetito, la convicción de que la alimentación será dañina, junto con una indocilidad que conduce a la enferma a abstenerse de comer.

Casi contemporáneamente a Lasègue, Sir William Gull (1868), en Inglaterra, redescubrió el síndrome, llamándolo primero anorexia histérica, para, en 1874, hacerlo con su nombre actual Anorexia Nerviosa.

Desde el punto de vista psicodinámico, Sigmund Freud se refiere a esta sintomatología, por primera vez, en el manuscrito G, donde trata sobre la melancolía y, luego, en «Estudios sobre la histeria» (1895). El vínculo inicial entre sexualidad y hambre, queda descrito en «Tres Ensayos» (1905) de la siguiente manera: «La primera actividad del niño y de más importancia para él, la succión del pecho de la madre (o de sus subrogados) le ha hecho conocer, apenas nacido, este placer. En un principio la satisfacción de la zona erógena parece asociada con el hambre. La actividad se apoya primeramente en una de las actividades puestas al servicio de la conservación de la vida pero luego se hace independiente de ella».

En 1962, Hilde Bruch señaló la importancia de los disturbios de la imagen corporal secundaria a perturbaciones de la percepción interoceptiva y de la conceptualización de la autonomía en estas jóvenes. Consideró estos trastornos problemas característicos del desarrollo psicológico. De esta manera, para el niño, explicaba, hay un desconocimiento de los límites de su YO, un déficit de la construcción de su imagen del cuerpo. En este contexto, su identidad se fragiliza y queda profundamente dependiente del entorno. *Aparece así la imposibilidad de expresar un deseo propio y las sensaciones de futilidad, impotencia e ineficiencia.* Propuso el análisis existencial: Dar al enfermo la capacidad de descubrir sus capacidades, recursos y aptitudes interiores para pensar, sentir y juzgar.

En 1980, el DSM III describe la AN y le adjudica como primera característica la pérdida del 25% de peso con respecto al original. En el DSM III-R, se empieza a cuestionar tanta pérdida de peso como vigencia para definir la enfermedad. Se mencionan anorexias atípicas si el déficit de peso era menor del 25% o había menstruaciones, y de bulimarexia cuando los límites entre AN y bulimia no eran claros.

En 1979, Russel definió tal como se conoce hoy en día el término **bulimia nerviosa**.

Bulimia deriva del griego boulimos: bou = buey y limos = hambre, «hambre de buey».

En 1980, el DSM-III refería del término bulimia = atracón de comida. En 1987, el DSM-III R describe por primera vez a la bulimia nerviosa como recurrentes episodios de atracón alternando con frecuentes purgas o restricciones alimentarias junto con exagerado interés por el peso y forma corporal.

La BN es más frecuente que la AN, suele diagnosticarse más tardíamente por el ocultamiento de aquellos que la padecen y tiende a cronificarse más fácilmente.

Antiguamente, siglos XIII al XVI, el control del apetito estaba asociado a la piedad y a la búsqueda de la perfección espiritual. Las santas dejaban de comer por temor al pecado de la gula o por rechazo sexual y, también, por «goce» o por poder espiritual.

Hoy en día, «el mito de la belleza» promueve un ideal físico inalcanzable que altera la salud física y mental de algunas mujeres. Naomi Wolf, 1990.

2.5. ¿Fue la anoréxica precursora de la moda?

Algunos opinan que sí, pero, en realidad, ese no era su anhelo. Conocida la enfermedad y las

características de las mujeres que la padecen, nuestra sociedad valoró algunos rasgos físicos y psíquicos de estas mujeres.

En realidad, la mayoría de las mujeres admiran no solo la delgadez, sino también la disciplina en el comer y en otros aspectos de la vida.

Además, a la larga, se fracasa y lo cierto es que pocas son las mujeres que se mantienen delgadas. Y aparece el desorden, el picoteo anárquico, la alimentación errática y desestructurada, las actividades físicas intermitentes.

El código de esbeltez engendra culpabilidad y ansiedad. Las imágenes superlativas vehiculizadas por los medios de comunicación acentúan el terror a los estragos de la edad, engendran complejo de inferioridad, vergüenza de una misma, odio al cuerpo.

2.6. ¿Cuál es el común denominador de los TCA?

Los TCA son desviaciones de la conducta que llevan a enfermedad, son sus extremos visibles la caquexia y la obesidad marcada.

En todos ellos hay:

- Obsesión por la comida, el peso y el aspecto corporal.
- Voluntad de comer nada, goce al que no quieren renunciar.
- Aspiración de excepción, expresión de rebeldía, reivindicación de autonomía.

2.7. ¿Cuáles son factores favorecedores y desencadenantes de TCA?

Además de la «cultura que idealiza el cuerpo delgado equiparándolo a belleza y éxito/felicidad», son **factores favorecedores** la vulnerabilidad del/la adolescente y actitudes familiares que impiden el desarrollo de la autoestima, autonomía y/o un proyecto propio.

M. Garner hace mención a factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

Factores socioculturales y ambientales juegan un rol importante en la etiología y patogénesis de la enfermedad. AN y BN son más frecuentes en sociedades industrializadas donde la comida abunda y en las cuales la delgadez se correlaciona con la capacidad de atraer.

Se cree que intervienen, además, factores genéticos (¿herencia poligénica?) que pueden afectar el funcionamiento de ciertos neurotransmisores, entre ellos, la serotonina, que interviene en el control del apetito, en la conducta sexual y social, en la respuesta al estrés y en el estado de ánimo.

El «estímulo externo familiar» y/o social puede inducir a iniciar una dieta que generará, curiosamente, mejoría de la depresión y/o angustia del adolescente. El ayuno, si bien favorece la aparición de hiperactividad, conduce a la desvalorización del desequilibrio físico y a la negación del hecho de estar enfermo.

● **Factores desencadenantes:** Frecuentemente, la enfermedad comienza después del comentario de un allegado con respecto a su cuerpo, la indicación de algún profesional de bajar unos kilos, el aumento de peso coincidente con la menarca, el descenso de peso que acompaña a una virosis y el deseo posterior de no subir. Angustia y/o depresión asociadas a cambios importantes, como la misma pubertad, una mudanza de colegio, la enfermedad de un familiar, pueden contribuir. En adolescentes más grandes, la dificultad de independizarse, como el alejamiento del hogar para estudiar o trabajar, puede ser un factor importante.

● **Factores perpetuantes:** La desnutrición contribuye a la elevación de las endorfinas, que provoca un estado de euforia y sensación de bienestar. La negación de la enfermedad, la distorsión de la imagen corporal, el estrechamiento de intereses, la gratificación social y la falla en sostén y pertenencia familiar no contribuyen a la curación.

2.8. ¿Cómo aparecen los trastornos alimentarios, anorexia y bulimia?

Hay adolescentes que en el momento del proceso adolescente tienen serias dificultades para hacer sus propios proyectos, diferenciarse de su familia y alcanzar la independencia necesaria para pasar de la endogamia a la exogamia. Algunas de ellas tienen una gran ambición de perfección que vuelcan en alcanzar la figura corporal ideal y el éxito académico escolar. Tienen baja autoestima, se sienten inútiles y no pueden resolver los conflictos. Su sentimiento de pertenencia suele estar muy disminuido y no sienten un verdadero sostén familiar. Sus opiniones están muy influenciadas por el entorno. Es así que un día, inician una dieta que continúa sin fin, ya que en este aspecto sienten que pueden ejercer un control que les es propio y les da identidad. La disconformidad con su cuerpo continúa a pesar de la desnutrición, y para seguir adelgazando, no solo suprimen comidas, sino que realizan actividad física en forma compulsiva. Sienten el hambre, se regodean en leer, pensar y preparar comidas pero no las consumen, tienen miedo a perder el control frente al plato y terror a engordar. Además, el ayuno y el ejercicio generan placer, acción de las endorfinas. La autoidealización promovida por la enfermedad produce un bienestar mental secreto, sensación de estar luchando por una causa justa que los libera del peso de la vida cotidiana y crea la errada idea que se puede vivir sin comer.

Instalada la enfermedad, es difícil que reconozcan que tienen un problema y acepten un tratamiento.

Mientras que las adolescentes con anorexia nerviosa continúan adelgazando, las que padecen de bulimia nerviosa pierden el control, se atracan con distintas mezclas y presentan oscilaciones de peso de más de 5 kg en el año; después del atracón, vomitan o ayunan, y se sienten culpables y deprimidas.

Pareciera que ninguna de ellas percibiera sus propias necesidades y sensaciones, no refieren hambre ni saciedad.

Además, la familia, consciente o inconscientemente, puede favorecer la persistencia de la sintomatología. Por ejemplo, al magnificar las pautas culturales, estimulando la delgadez. La falta de sostén, diálogo y comunicación puede no contribuir al desarrollo de la autoestima y la independencia gradual, y generar depresión y falta de proyectos futuros. En otros casos, la confusión y aglutinamiento por ausencia de fronteras generacionales y modelos desvalorizados no promueven el deseo de llegar a la adultez.

2.9. Conclusiones

La predisposición genética influye en la vulnerabilidad personal: biología individual.

Características psicológicas que favorecen el desarrollo de esta patología:

- Se observan conflictos importantes en la dinámica familiar.
- Las expectativas sociales señalan modelos a imitar, por lo cual muchos adolescentes desean perder peso.

El adolescente es el blanco propicio para el desarrollo de los TCA.

2.10. Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- ARIÈS, P. y G. DUBY. *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus, 1991.
- BRUCH, H. «Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity». *Can. J. Psychiatry*, 1981, 26: 212-217.
- DOLTO, F. y C. DOLTO-TOLITCH. *Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta*. Buenos Aires: Atlántida, 1992.
- FENDRIK, S. *Santa Anorexia. Viaje al país del "Nunca comer"*. Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1997.
- GARDNER, D. M. «Pathogenesis of anorexia nervosa». *Lancet*, 1993, 341: 1631-1635.
- GORDON, R. A. *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel, 1994.
- HIGONNET, A. «Women, images and representation». En: *Thébaud, F. A history of women in the west*. London: The Belknap Press of Harvard University Press, 1994, pp. 378-379.
- JEAMMET, P. «La Anorexia Mental». *Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie*, 37350 A10 et A15, 2, 1984.
- LIPOVETSKY, G. *La era del vacío, ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama, 1986, pp. 49-78.
- *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- MATA, E. «Mecanismos opioides, los trastornos de la alimentación y algunos comportamientos adictivos». En: Fernández Cabriola, R. y E. Kalina. *Psiquiatría biológica Argentina 2001*. Buenos Aires: Ed. Cangrejal, 2001, pp. 89-142.
- RAIMBAULT, G. y C. ELIACHEFF. *Las indomables figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1989.
- ROME, E. S., S. AMMERMAN, D. S. ROSEN, R. J. KELLER, J. LOCK, K. A. M A M M E L , J . O'TOOLE, J. MITCHELL REES, M. J. SANDERS, S. M. SAWYER, M. SCHNEIDER, E. SIGEL y T. J. SILBER. «Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art». *Pediatrics*, 2003, vol. 111, N.º 1.
- RUSSELL, G. F. y J. TREASURE. «The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed». *The psychobiology of human eating disorders. New York: Annals of the New York Academy of Sciences*, 1989, pp. 13-24.
- SELVINI PALAZZOLO, M. et ál. *Los juegos psicóticos en la familia*. Buenos Aires: Paidós, 1990, pp. 186-191.
- SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE. «Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine». *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33: 496-503.
- STEPHEN, S. «La gordura es (todavía) un tema para feministas». *Revista del Sur. Montevideo*, Junio, 1998. Disponible en:
<http://www.redtercermundo.org.uy/revista_del_sur/texto_completo.php?id=980>
- STERNBACH, S. «Adolescencias: Tiempo y cuerpo en la cultura actual». En: Rother Hornstein, M. C. (comp). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós, 2006, pp: 51-79.

Capítulo 26

Abordaje clínico-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria

Dra. Diana Pasqualini

1. Etapa diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria

1.1. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) afecta del 0,5% al 1% de las mujeres adolescentes. Su edad pico suele estar alrededor de los 14 años. Sin embargo, pareciera ser que, en algunos grupos sociales, hay una tendencia a una presentación cada vez más temprana. Rara vez, se presenta en hombres siendo la relación mujer varón, 9/1.

1.1.1. Definición

La enfermedad

Mostramos a continuación los nuevos criterios propuestos (borrador) por la Asociación Americana de Psiquiatría para el DSM-V que se publicará en 2013, y algunas diferencias con el DSM-IV.

A) Restricción de la ingesta de comida en relación con los requerimientos calóricos que conduce al mantenimiento de un peso menor al estipulado como peso mínimo para edad y talla. Por ejemplo: Pérdida de peso asociada a un déficit del 15% o más con respecto al esperado para edad y talla. Durante el período de crecimiento, detención del incremento de peso y fracaso en alcanzar un peso normal, dando como resultado uno inferior al 85% del esperado.

B) Miedo intenso a ganar peso o a llegar a ser obeso, a pesar de tener bajo peso, o conducta persistente para evitar ganar peso, a pesar de tener bajo peso.

C) Alteración de la percepción del peso o del aspecto corporal, exageración del tamaño en la autoevaluación o negación del peligro que entraña el bajo peso.

No está mencionado en el borrador del DSM-V: «En las mujeres que han tenido su menarca, presencia de amenorrea».

Tipo restrictivo: En los últimos tres meses no ha habido atracones ni conductas purgativas.

Tipo compulsivo/purgativo: En los últimos tres meses ha tenido atracones o conductas purgativas.

American Psychiatric Association
Borrador del DSM-V, 2010
<http://www.dsm5.org>

Los y las adolescentes con anorexia nerviosa pueden presentar un cuadro típicamente restrictivo, en el cual la disminución de la ingesta alimentaria es lo llamativo junto con el exceso de actividad física. No hay atracones ni conductas purgativas. En cambio, en el cuadro compulsivo/purgativo puede haber períodos de ayuno que alternan con atracones, ingesta mayor de comida de la que hubiera realizado otro adolescente en circunstancias similares. Y, a veces, se agregan conductas purgativas, vómitos, abuso de laxantes o diuréticos. Por otro lado, pueden existir conductas purgativas sin atracones. Es de aclarar que en algunas oportunidades «los atracones» son imaginarios.

La adolescente

La AN es un síndrome que afecta, típicamente, a mujeres adolescentes aunque, a veces, puede comenzar antes de la pubertad. Los síntomas clínicos, en muchas ocasiones, son similares de una paciente a otra; no obstante, en tanto personas, muestran una gran diversidad. Los trastornos psicológicos varían de acuerdo a dificultades propias para crecer, al sostén y a las características de los vínculos familiares, y a la capacidad para adaptarse a los dilemas de su cultura y de su época.

En la adolescencia temprana, la amplitud de la variabilidad en cuanto al momento, al tiempo y a la magnitud de los cambios puberales, en la ganancia de estatura y peso corporal, la ausencia de menstruaciones y las irregularidades menstruales postmenarca, limitan la aplicación de los criterios diagnósticos. Sin embargo, algunas adolescentes con trastornos, que no cumplen los criterios diagnósticos completos de anorexia nerviosa, requieren las mismas estrategias terapéuticas y tienen alteraciones psicológicas similares a las que cumplen todos los criterios.

Niños más pequeños y/o en el comienzo de la pubertad (8 a 12 años) pueden presentar conductas alimentarias restrictivas que no están motorizadas por el miedo a aumentar de peso. Algunos no muestran interés en comer, relacionado o no con experiencias traumáticas anteriores, otros expresan dificultades para tragar y miedo a ahogarse o tienen una alimentación selectiva y/o una interpretación errónea de lo que es una alimentación saludable. En el DSM-V se propone la denominación de Desórdenes de la Ingesta Alimentaria de tipo evitativo/restrictivo para un grupo de niños que presentan algunos de estos trastornos de la conducta alimentaria. Otros los denominan «trastornos emocionales de exclusión de alimentos» (Fisher M).

La familia

Los adolescentes requieren de un sostén adecuado para el desarrollo de su autoestima y autonomía, adquieren nuevas responsabilidades, necesitan ser respetados en su intimidad y, en general, conviven con su familia. El abordaje de su desarrollo se complejiza cuando enferman y, más aún, si están aislados socialmente y si hay conflictos familiares.

Mucho se ha hablado de las características de las familias de las anoréxicas.

Además, en estas familias, predominan los ideales de éxito y privilegian los rendimientos escolares en detrimento de los intercambios afectivos y de la satisfacción de las necesidades en forma placentera.

Se incluye desde un inicio, el abordaje familiar.

1.1.2. Motivos de consulta del adolescente con anorexia nerviosa y de su familia

Anorexia, según el concepto aquí utilizado, es el activo y persistente rechazo a ingerir alimentos, y la marcada pérdida de peso; no hay pérdida ni del hambre ni del apetito.

Suele acompañarse la negativa a comer con un llamativo interés en «las dietas», en conocer los contenidos de los alimentos, como prepararlos, en cocinar para otros, en vigilar la alimentación de seres cercanos. Son frecuentes hábitos alimentarios inusitados como desmenuzar la comida, separar obsesivamente la grasa, secar con servilleta las carnes, permanecer largas horas frente al plato, etcétera. Existe una deformación entre lo que realmente ingieren y lo que transmiten como ingerido. Las porciones son pequeñas, pero las ven gigantescas como si las miraran a través de una lente de aumento.

El nivel de actividad y la dedicación en cumplir con las exigencias escolares o laborales son característicamente altos en relación con el grado de emaciación.

La adolescente con anorexia presenta:

- Amenorrea, que en ocasiones precede a la pérdida de peso.
- Distorsión de la imagen corporal, que puede expresarse en la percepción errónea de verse gorda o conciencia de delgadez, pero preocupación por algunas partes del cuerpo como abdomen, nalgas o muslos y/o negación de implicancias clínicas graves.
- Incapacidad de identificar los estados de necesidad internos, hambre y saciedad.
- Fallas en el reconocimiento de los diferentes sentimientos y emociones.
- Sensación de ineficacia/futilidad.

Rara vez, el adolescente concurre espontáneamente por su problema. Si lo hace, es por síntomas o signos consecuencia de su estado, pero sin reconocimiento de las implicancias ni de la pérdida de peso ni del cambio de sus hábitos alimentarios. Son los padres u otro familiar quienes suelen consultar después de varios meses de iniciada la sintomatología.

Los motivos de consulta más frecuentes son:

- pérdida de peso y negativa a alimentarse,
- amenorrea o retraso puberal si no ha tenido la menarca,
- distensión, dolor abdominal, constipación,
- cambios de conducta, obsesiones, angustia y depresión.

Si bien esta es la presentación florida de una adolescente con AN, conviene aclarar que hay cuadros clínicos que duran muy poco tiempo y que son autolimitados. En estos casos, una breve intervención indicando la conducta a seguir para recuperar aspectos nutricionales normales, orientar a los padres para un sostén efectivo y apoyar una buena integración social, es suficiente.

En estados avanzados, las adolescentes pueden referir flojedad o disminución de las fuerzas, lipotimia, dificultad para concentrarse y trastornos del sueño.

En la adolescencia tardía, cuando la enfermedad ya se cronificó, la paciente puede concurrir espontáneamente presentándose como anoréxica. En algunas, esto coincide con la toma de conciencia de la enfermedad y de sus consecuencias futuras: amenorrea persistente, infertilidad, osteoporosis. Otras manifiestan depresión y angustia ante la imposibilidad de tomar medidas para su recuperación. Y hay quienes pretenden continuar con su bajo peso y buscan una solución mágica para menstruar y «curarse». En estos casos, la adolescente consulta en múltiples centros refiriendo haber realizado varios tratamientos sin éxito. Los padres se quejan de la ineficiencia de los profesionales, piden asistencia pero no brindan continencia; no pueden reconocer las múltiples facetas de la problemática.

La adolescente con anorexia nerviosa de evolución crónica, si no se deprime, suele continuar con sus estudios con buen rendimiento académico, escasa vida social y nula actividad sexual. La dependencia con su familia de origen y de sus opiniones y valores suele ser extrema.

1.1.3. Historia clínica

Los síntomas referidos por adolescentes y familiares variarán según el grado de desnutrición.

La historia de salud de un adolescente con TCA debe contemplar los siguientes aspectos de su historia previa y actual:

Inicio de la enfermedad y factores desencadenantes.

Evolución y tratamientos recibidos.

Historia evolutiva del crecimiento y desarrollo. Máximo peso alcanzado y velocidad de descenso del peso.

Conducta alimentaria: Análisis del día alimentario. Presencia de atracones. Uso de anorexígenos.

Conductas purgativas: Vómitos provocados, uso de laxantes, diuréticos, eméticos.

Actividad física: En el colegio, gimnasios, club, hogar, caminatas, corridas o subir y bajar escaleras.

Menstruaciones: Amenorrea primaria o secundaria (desaparición de tres o más menstruaciones consecutivas).

Imagen corporal: Alteración de la percepción de su aspecto corporal.

Manifestaciones gastrointestinales: Plenitud postprandial, dolor abdominal, pirosis, distensión, constipación.

Lipotimia.

Frío, calambres, caída del cabello.

Trastornos del sueño: Insomnio, tendencia a dormir menos de lo habitual, somnolencia.

Estado emocional: Angustia, depresión, irritabilidad, euforia, rasgos obsesivos.

Relaciones sociales: Aislamiento, estrechez de los intereses, falta de proyectos futuros.

Conductas bizarras alrededor de la comida: Desmenuzarla, secarla con la servilleta, separar grasa obsesivamente. Lavado frecuente de manos, cubiertos u otros utensilios previos a la ingesta. Prolongación exagerada del horario de comida, esconder la comida, cocinar para otros y vigilancia estrecha de lo que comen los demás, etcétera.

Negativa a ingerir líquidos o, a la inversa, ingestión exagerada para calmar el hambre, disfrazar su peso, factores emocionales y/o mitos.

Historia familiar alimentaria y de valores estéticos dominantes. Antecedentes de depresión, alcoholismo, obesidad, violencia.

Percepción del estado actual por parte del paciente y su familia.

Son síntomas de posible riesgo de vida:

- el brusco descenso de peso,
- historia de conductas purgativas frecuentes y prolongadas,
- ingesta compulsiva de drogas para adelgazar,
- negativa a tomar líquido,
- ingesta desmesurada,
- depresión,
- idea o intento de suicidio,
- la depresión y/o violencia familiar,
- la falla importante de alarma individual y familiar.

1.1.4. Examen físico

La mayoría de los signos físicos están vinculados con la desnutrición y son, en general, reversibles con la realimentación. Sin embargo, hay complicaciones potencialmente irreversibles, como, por ejemplo, la imposibilidad de alcanzar la estatura esperada por desnutrición severa previa al cierre de los cartílagos de crecimiento; la pérdida del esmalte dentario por vómitos reiterados; algunos cambios estructurales del sistema nervioso central en enfermedades graves y largas; la amenorrea prolongada que puede asociarse a esterilidad futura; la imposibilidad de adquirir el pico de masa ósea que predispone a la osteoporosis y al riesgo aumentado de fractura.

La desnutrición lleva, progresivamente, a la pérdida de masa grasa, muscular y visceral. Para determinar el **grado de desnutrición** es necesario valorar: Peso en kilogramos y talla en metros. Y evaluar luego:

- porcentaje de peso perdido desde el comienzo de la enfermedad,
- déficit de peso con respecto al esperado determinado según tabla de relación peso/talla,
- BMI (índice de masa corporal que se obtiene del cociente entre el peso en kg y la talla en m²) P/T². Un BMI = 18,5 - 24,9 kg/m² es normal para la joven que ha completado el crecimiento.

El BMI de 17,5 kg/m² es equiparable a un déficit de peso del 15%.

El riesgo aumenta con BMI de 13 kg/m² o menor.

El examen físico de una adolescente con AN nos puede mostrar lo siguiente:

Estado general: Adelgazamiento. Mirada ausente y poco expresiva. Escasa gesticulación.

Piel y faneras: Sequedad, descamación, hipotermia, coloración amarillenta fácil de apreciar en manos y pies, lanugo, Petequias, escaras. Caída de cabello y uñas quebradizas. Edemas periféricos en el momento de recuperación del peso o cuando dejan de tomar laxantes y diuréticos. Excoriaciones sobre articulaciones interfalángicas por el roce de los dedos al inducirse el vómito (signo de Russel).

Boca: Alteración del esmalte dentario y caída de piezas dentales, especialmente si existen vómitos; dermatitis perioral.

Cara y cuello: Hipertrofia de glándulas salivales asociada a vómitos a repetición.

Manifestaciones cardiovasculares: Bradicardia, hipotensión, acrocianosis, mareos e hipotensión ortostática son frecuentes. Prolapso de la válvula mitral. Arritmias asociadas a cambios metabólicos y adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo son signos de riesgo.

Manifestaciones gastrointestinales: Distensión, ocupación del intestino por materia fecal.

Manifestaciones genitourinarias: Atrofia mamaria, hipotrofia de labios mayores. A veces se detecta globo vesical por retención, con el fin de disfrazar el peso real o por hipokalemia.

Signos de deshidratación o sobrehidratación.

Osteomuscular: Fuerza muscular conservada en general. En estados avanzados puede haber sensación de debilidad, disminución de la fuerza en los músculos proximales de los miembros (dificultad para peinarse). Si no ha terminado el crecimiento, retardo de éste y, a veces, déficit en la talla final. Riesgo de fractura por osteoporosis.

Manifestaciones neurológicas: Algunas veces, se detectan anomalías en el EEG durante el sueño y, en caso de desnutrición avanzada, imágenes de hipotrofia cerebral, detectables por tomografía computada. Estos hallazgos suelen desaparecer en la fase de recuperación.

Son signos de riesgo inminente de vida:

- un déficit de peso que implique un BMI menor de 13,
- frecuencia cardíaca menor de 40 latidos por minuto,
- presión arterial sistólica menor de 70 mmHg,
- signos de deshidratación o sobrehidratación.

1.1.5. Exámenes complementarios

Los estudios complementarios tienen como fin descartar complicaciones y/u otros diagnósticos. Suelen solicitarse los que se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1
Exámenes complementarios

En todos los pacientes	Puede hallarse
* Hemograma completo	* Normal, anemia, leucopenia
* Eritrosedimentación	* Baja
* Glucemia	* Normal o baja
* Uremia	* Normal o alta (deshidratación)
* Ionograma plasmático	* Normal o en caso de: * Vómitos: hipokalemia, alcalosis metabólica hipoclorémica * Laxantes: acidosis metabólica
* Colesterolemia	* Alta
* Orina completa	* Densidad variable según ingesta de líquidos
	Para descartar
* Rx de tórax	* Tuberculosis
* Rx cráneo perfil / RMN	* Tumor cerebral
* Fondo de ojo	* Edema de papila en caso de tumor cerebral
* Campimetría	* Hemianopsia en caso de tumor cerebral * Escotomas periféricos por déficit de vitamina A
En desnutrición severa o prolongada investigar:	
	Suele hallarse
* Calcio iónico	* Bajo o normal
* Fósforo	* Bajo (riesgo de vida)
* Magnesio	* Bajo
* Proteinograma	* Normal. En casos extremos disminución de albúmina.
* Hepatograma	* Transaminasas altas
* Amilasemia, lipasa	* Alta si hay vómitos
* ECG	* Alterado. OJO con la prolongación del QT o el potasio bajo
* Ecocardiograma	* Prolapso de válvula mitra
* Ecografía ginecológica	* Ausencia de folículos
* TAC o RMN cerebro	* Atrofia cerebral

La desnutrición calórica grave y las conductas purgativas reiteradas provocan:

- hipokalemia,
 - hipofosfatemia,
 - alcalosis metabólica con hipocalcemia asociada,
 - hipomagnesemia,
 - déficit de zinc,
 - graves trastornos electrolíticos y de minerales,
- que conllevan a trastornos en la conducción y contracción del miocardio, y alteraciones de la musculatura estriada.
- El electrocardiograma puede mostrar bradicardia sinusal u otras arritmias, prolongación del QT, inversión o aplanamiento de la onda T, complejos de bajo voltaje.
- La prolongación del QT es signo de riesgo de vida.

Si la evolución de la amenorrea se prolonga y, previa consulta con el endocrinólogo, se solicitarán los estudios mencionados en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Estudios complementarios para estudio de la amenorrea

Solicitar	Suele hallarse
* TSH - T - T4 - T4 libre	* T3 disminuida, T4 y TSH normales/ bajas
* Urocitograma	* Hipotrófico
* Estradiol plasmático	* Disminuido
* Testosterona	* Disminuida
* Prolactinemia	* Normal
* FSH y LH plasmática	* Disminuidas
* Cortisol libre urinario	*Alto
* Densitometría ósea	* Normal, osteopenia u osteoporosis

Desde el punto de vista endocrinológico, se produce una regresión del funcionamiento del eje hipotalámico-hipófiso-gonadal. El patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante es similar al de las niñas prepuberales o adolescentes puberales tempranas. Los estrógenos disminuyen y, además, el estradiol se metaboliza a 2 hidroxí-estrona, de débil acción estrogénica; bloquea a las hormonas más activas comportándose como un antagonista competitivo.

El eje hipotalámico-hipófiso-adrenal aumenta su actividad. Hay mayor producción del CRF (factor liberador de corticotropina), ACTH y cortisol. El aumento de la secreción del CRF guarda relación con la disminución del apetito, con el incremento de la actividad física y con la amenorrea. En ocasiones, la desaparición de las menstruaciones tiene lugar antes de la instalación de la desnutrición. Se cree que las alteraciones hormonales pueden ser consecuencia del estrés que influiría sobre la función hipotalámica o de la depresión asociada.

La T4 (tiroxina) suele estar normal o baja. También la T3 (triyodotironina) está baja por disminución de la conversión periférica de la T4. Como consecuencia, se observan algunos signos clínicos

de hipotiroidismo como intolerancia al frío, constipación, bradicardia, sequedad de piel y de cabellos, y lentitud de reflejos. Es de recordar, que no está indicado recetar hormona tiroidea por T3 y T4 bajas asociadas a TSH normal o un poco disminuida.

La hormona de crecimiento, por lo general, está elevada, pero suele haber disminución de la somatomedina C o IGF-I e IGF-BP3, hallazgo común en la anorexia y en las desnutriciones de otras etiologías. Por lo cual, si la enfermedad se instala en épocas prepuberales o en la adolescencia temprana, se produce detención del crecimiento longitudinal y de la aparición o continuidad de los cambios puberales esperados.

La osteopenia y osteoporosis de la AN están en relación con su bajo BMI, con el bajo aporte de proteínas, calorías y con la disminución de las hormonas que influyen en el crecimiento, IGF-1, T3, andrógenos y estrógenos. Además, en algunos de estos cuadros, está aumentada la acción de los osteoclastos por el aumento del cortisol. La pérdida de masa ósea es mayor cuanto más temprano se haya iniciado el cuadro y cuanto más prolongado haya sido. Cabe aclarar, que el ayuno provoca acidosis metabólica que facilita la liberación y pérdida de calcio.

Todos los cambios hormonales son reversibles con la recuperación nutricional y la mejoría psicológica.

1.1.6. Diagnósticos diferenciales

- Tumores del Sistema nervioso central.
- Infecciones: TBC, tifoidea, brucelosis, parasitosis.
- Colagenopatías: LES, dermatomiositis, enfermedad mixta.
- Enfermedades gastrointestinales: Síndrome de mala absorción, enfermedad inflamatoria crónica, úlcera gastroduodenal, esofagitis.
- Enfermedades endocrinológicas: Hipertiroidismo, hipotiroidismo, feocromocitoma, diabetes mellitus, Addison.
- Embarazo.
- Cuadros depresivos, conversivos, esquizofrénicos.

Elementos clínicos para tener en cuenta en los diferentes diagnósticos diferenciales:

- Tumores del SNC: El craneofaringeoma y los tumores de células germinales vecinos al hipotálamo e hipófisis se acompañan en ocasiones de pérdida de peso y amenorrea. La cefalea, trastornos visuales, diabetes insípida, insomnio, vómitos en chorro obligan a realizar tomografía computada y/o resonancia magnética nuclear.
- La TBC se asocia a tos, febrícula, fatiga y sudores nocturnos.
- Las giardias son parásitos que pueden causar dolor abdominal y síndrome de mala absorción.
- El sida puede debutar con pérdida de peso.
- La enfermedad de Crohn, ileítis regional, es la gran simuladora. Se acompaña de dolor abdominal, sangre en materia fecal y anemia, eritrosedimentación elevada, hipoalbuminemia.
- El hipertiroidismo puede presentar pérdida de peso, con hiperfagia, taquicardia e hipertensión. Se acompaña de T3 y/o T4 elevadas.
- En el hipotiroidismo la piel se encuentra seca, descamada, fría, amarillenta; hay bradicardia, hipotensión y constipación; el diagnóstico diferencial se realiza sobre la base del interrogatorio, la palpación de tiroides y, de ser necesarios, exámenes complementarios. En la infancia, el hipotiroidismo no siempre se acompaña de aumento de peso. El hipotiroidismo más frecuente en la adolescencia es el primario, que cuando requiere tratamiento se acompaña de un significativo aumento de la TSH.
- La diabetes mellitus debuta, a veces, con brusca pérdida de peso. Otros síntomas presentes son la polidipsia y poliuria, glucosuria y cetonuria.
- Algunos embarazos se acompañan de vómitos incoercibles, pérdida del apetito y, por supuesto, amenorrea.

● La desnutrición puede estar presente en otros cuadros psiquiátricos, como, por ejemplo, la depresión, la histeria de conversión, la esquizofrenia y otras psicosis. En ellos, la delgadez está relacionada con desinterés por la comida, sensaciones de dificultad de pasaje de lo ingerido por diversas partes del tubo digestivo y con ideas delirantes o alucinatorias relacionadas con el alimento (envenenamiento u otras fantasías de destrucción), respectivamente.

El diagnóstico diferencial de la AN es difícil, ya que en la adolescencia pueden existir cuadros mixtos y negación a seguir un tratamiento con el afán de no engordar.

1.2. Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa (BN) afecta a 0,9% de los estudiantes universitarios estudiados según el DSMIII, siendo más frecuente entre las mujeres. Los más pesimistas señalan cifras cercanas al 4% entre las mujeres. Más del 90% de los pacientes son adolescentes o jóvenes.

1.2.1. Definición

La enfermedad

- A. Presencia de atracones recurrentes.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso como vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes y diuréticos.
- C. Estos episodios de atracones y conductas compensatorias suceden al menos una vez a la semana, durante 3 meses.
- D. La autoestima está exageradamente influida por el peso y por el aspecto corporal.
- E. La alteración no coincide, exclusivamente, durante los episodios de anorexia nerviosa.

American Psychiatric Association
Borrador del DSM-V, 2010
<http://www.dsm5.org>

*Estos dos aspectos no están mencionados en el Borrador del DSM-V:
«Tipo purgativo: Provocación de vómitos, uso de laxantes, diuréticos, o enemas».
«Tipo no purgativo: Otras conductas compensatorias: ayuno o ejercicio intenso».*

A fin de un mejor entendimiento, se define, a continuación, qué es lo que se denomina atracón y conductas compensatorias.

Atracón

Se caracteriza por dos componentes:

1. Ingesta de comida en poco tiempo (por ejemplo: dentro de un período de dos horas) definitivamente superior en cantidad a la que la mayoría de las personas en circunstancias similares podrían llegar a consumir.
2. Pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio. Con sensación de que no puede parar de comer o controlar qué y cuánto va a comer.

American Psychiatric Association
Borrador del DSM-V, 2010
<http://www.dsm5.org>

Suele asociarse a:

- Ingesta rápida.
- Comer hasta sentirse lleno desagradablemente.
- Consumo de mucha comida sin hambre.
- Comer a escondidas (vergüenza de mostrar voracidad).
- Disgusto, depresión, culpa después del atracón.
- Malestar al recordar el episodio.

Conductas compensatorias postatracción

- Dietas restrictivas
- Exceso de actividad física
- Uso de anorexígenos

Conductas purgativas:

- Vómitos provocados
- Uso habitual de laxantes, diuréticos, eméticos

DSM-IV, 1995

La adolescente

La BN es un síndrome, habitualmente, de detección tardía. Su debut suele ser a fines de la adolescencia o en adultos jóvenes, y predomina en mujeres. El antecedente de obesidad es frecuente. Su prevalencia se cree que es mayor que la de la AN. Sin embargo, no siempre es detectada, ya que las adolescentes no la refieren como motivo de consulta, excepto, cuando ya está instalada después de largo tiempo, han sido descubiertas por familiares o amigos o cuando desean mejorarse. Es de recordar, que un grupo importante de adolescentes con anorexia evolucionan hacia la bulimia; no es frecuente lo inverso.

Desórdenes afectivos como depresión y/o desórdenes de ansiedad son tan frecuentes entre las adolescentes con bulimia como entre las que tienen AN. El abuso de sustancias es más frecuente entre las que padecen de BN.

La familia

Las interacciones familiares son problemáticas; depresión, violencia familiar, roles entremezclados y conductas ambivalentes son factores de riesgo. Obesidad y cuadros psiquiátricos familiares son más frecuentes que en la población general. Es necesario investigar antecedentes de abuso sexual.

1.2.2. Historia clínica

La enfermedad comienza después de un período de dieta, al que le siguen atracones y conductas compensatorias. En los episodios de voracidad, el valor de calorías ingeridas suele ser de 1000 a 8000 kcal y durar de una a ocho horas. Las oscilaciones de peso a lo largo de un año suelen ser mayores a 5 kg.

Son precipitantes frecuentes cambios corporales adolescentes, la separación de los padres, pérdidas de amigos, emociones relacionadas con la sexualidad u otro cambio importante en la vida o entorno de la joven. El alejamiento del hogar, el cambio de colegio, la muerte de un ser querido se registra con frecuencia.

El motivo de consulta suele ser fatiga, dolor o distensión abdominal, ardor fáringeo o esofágico, retardo de la evacuación gástrica, constipación, manifestaciones de reflujo esofágico asociados a

las conductas purgativas. Además, algunas adolescentes refieren irregularidades del ciclo menstrual, alteraciones y fluctuaciones importantes del peso o síntomas psicológicos relacionados, especialmente, con depresiones o con actuaciones. En caso de jóvenes diabéticas, se ha observado el uso inadecuado de insulina para disminuir el peso.

Si el peso es adecuado, el examen físico muchas veces es normal.

Cuando hay vómitos reiterados y/o de larga evolución, pueden hallarse lesiones en el dorso de la mano por contacto con la cavidad bucal al provocárselos (signo de Russell: en el dorso de los dedos se observan ulceraciones elongadas, superficiales o callosidades hiperpigmentadas o pequeñas cicatrices), tumefacción de glándulas salivales, caries, erosión del esmalte, enfermedad periodontal, gastritis, úlceras pépticas, pancreatitis, obstrucción intestinal, íleo paralítico, trastornos electrolíticos y de la conducción miocárdica.

Si hay abuso de laxantes, es posible hallar síntomas de colón irritable y, a largo plazo, el colón catártico (pérdida de la motilidad colónica y del reflejo defecatorio).

En caso de *excesivo abuso de vómitos, laxantes y diuréticos*, aparecen cambios ortostáticos significativos en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca y cuadros sincopales. En estos casos es necesario evaluar el riesgo de vida.

En el caso de desnutrición, se podrán observar signos similares a los referidos al examen físico de la anorexia nerviosa. Es de recordar, que si el déficit de peso con respecto al esperado es mayor del 15% el diagnóstico probable es de AN con conductas compulsivas/purgativas. A veces, hay irregularidades del ciclo, asociadas a desnutrición o no. La actividad física que realizan es irregular.

Las adolescentes con BN tienen problemas en el control de los impulsos, mayor labilidad emocional, suelen ser activas sexualmente, pueden presentar abuso de alcohol y/o drogas, robos de comida y dinero. La *depresión y/o la impulsividad* pueden motivar la consulta psiquiátrica.

El comportamiento sexual suele ser diferente de la anoréxica. Puede observarse una vida más promiscua y desordenada.

La evolución es crónica con períodos de exacerbaciones y remisiones.

El riesgo de vida está relacionado con:

- trastornos electrolíticos: hipokalemia, hipocloremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, alcalosis metabólica si hay vómitos, o acidosis metabólica si existe uso de laxantes,
- conductas purgativas que pueden provocar alteraciones cardíacas,
- intentos de suicidio,
- hematemesis por lesión de la mucosa esofágica (síndrome de Mallory Weiss),
- ruptura esofágica con su consecuente mediastinitis (síndrome de Boerhaave).

1.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Son trastornos que no reúnen todas las características de la anorexia (AN) o de la bulimia nerviosa (BN) descriptas.

Ejemplos:

- Criterio de AN, excepto que presentan menstruaciones.
- Criterio de AN, excepto que tienen peso normal o un déficit de peso menor del 15%.
- Criterio de BN, excepto que los episodios de atracón y conducta compensatoria tienen una frecuencia menor a dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Conductas compensatorias ante atracón imaginario (ingesta de pequeñas cantidades de comida o comida normal).

- Masticar y escupir comida.
- Desorden compulsivo (craving) y trastorno por atracón (binge): comer compulsivo o atracones reiterados sin conductas compensatorias posteriores.

DSM-IV, 1995.

En revisión en el DSM-V

En el DSM-V el «Binge Eating Disorder» probablemente sea considerado como una enfermedad diferente.

La mayoría de los adolescentes presenta hábitos alimentarios desordenados: algunos no desayunan, otros almuerzan poco, muchas veces solos o fuera del hogar, picotean durante la tarde y, con suerte, cenan en familia; consumen comidas rápidas ricas en grasas e hidratos de carbono –pizza, papas fritas, hamburguesas, helados y gaseosas –; tienen una alimentación anárquica y vagabunda capaz de alterar la percepción del hambre y de la saciedad, y favorecer aquello que no desean, el aumento de peso.

Influyen en el peso, además de la ingesta, factores genéticos que determinan un peso biológico determinado para cada individuo, el peso de equilibrio. Algunos adolescentes tienen un peso de equilibrio del 10 al 20% por encima o por debajo del esperable para edad y talla, y no padecen de enfermedad; son los de contextura grande o los pequeños respectivamente; estos últimos siempre fueron delgados y su madre, padre o ambos también lo fueron en su adolescencia. Son los delgados constitucionales.

No todos los adolescentes que tienen un trastorno de la conducta alimentaria tuvieron sobrepeso, si bien éste es reconocido como un factor de riesgo; jóvenes con pesos normales y delgados constitucionales pueden llegar a enfermar. Es frecuente que los adolescentes realicen una dieta o controlen de alguna forma el peso. Hay quienes usan, al menos ocasionalmente, algún método extremo para perder peso (dietas «relámpago», vómitos provocados, píldoras para adelgazar, laxantes o diuréticos).

Algunos de ellos harán un trastorno de la conducta alimentaria. Entre ellos, los más frecuentes corresponden al grupo de los TCA no especificados. Estos adolescentes pueden haber tenido previamente anorexia y/o bulimia nerviosa o evolucionar hacia cualquiera de los dos cuadros. El hecho de padecer un cuadro atípico no significa que éste sea de menor gravedad.

Hoy en día, está aumentando el número de jóvenes con amenorrea secundaria asociada a ayuno (más de 8 horas diarias sin ingesta), vómitos, abuso de laxantes y/o píldoras para adelgazar, excesiva actividad física, o pensamientos obsesivos alrededor del peso, la comida, y el aspecto corporal. Muchas no presentan todos los signos y síntomas de una AN o BN o TCA no especificado. Las indicaciones del clínico o pediatra, frecuentemente, no llegan al paciente o a la familia. El tratamiento psicológico suele iniciarse tardíamente. La polimedicación ginecológica es frecuente.

1.4. El varón con trastornos de la conducta alimentaria

En general, el modelo masculino idealizado por la cultura corresponde al hombre musculoso que transmite sensación de fortaleza. Las dietas en los adolescentes varones tienen más que ver con intereses deportivos que por afán de delgadez. Suelen ser más frecuentes entre luchadores, nadadores, corredores. Sin embargo, muchos varones manifiestan preocupación por su cuerpo e insatisfacción con su aspecto.

La prevalencia de AN es significativamente menor y se halla en una relación mujer/hombre: 9/1 y, sumamente variable, para BN.

La **dismorfia muscular (DM)** suele comenzar alrededor de los 19 años según los escasos estudios existentes. Están en riesgo los hombres de 15 a 30 años que presentan insatisfacción y subestimación corporal, tendencia a autovalorarse en términos de peso y de figura corporal, rasgos perfeccionistas y obsesivo-compulsivos y una ideología de género tradicional masculina.

¿Qué es la DM? En 1993, Harrison Pope observó un cuadro entre fisicoculturistas que se caracterizaba por creencias de ser débiles y pequeños cuando en realidad eran fuertes y grandes; referían evitar situaciones sociales y utilizaban ropas abrigadas aun en climas calurosos por disgusto con su apariencia; cuando no podían evitar la exposición, ésta era vivida con gran sufrimiento, y la única excepción a este patrón se observaba en los concursos de fisicoculturismo, donde se mostraban en el pico máximo de su rendimiento físico luego de una rigurosa preparación. Este cuadro se llamó, inicialmente, «anorexia reversa» y, posteriormente, «dismorfia muscular» (DM) o «vigorexia», y se lo consideró relacionado con el trastorno dismórfico corporal (TDC). El TDC (DSM IV) es una entidad psiquiátrica definida como una preocupación excesiva por un defecto mínimo o inexistente, que consume tiempo en exceso e interfiere con la vida de relación del ser humano que la padece. En este sentido, la DM puede considerarse una forma de TDC en la cual el individuo desarrolla una preocupación patológica por su muscularidad (Facchini, M.).

Criterios diagnósticos propuestos para dismorfia muscular

1. Preocupación excesiva por considerar que su cuerpo no es suficientemente magro y musculoso. Las conductas y características asociadas incluyen largas horas de levantar pesas y excesiva atención puesta en la dieta.
2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes, demostrado, al menos, por dos de los siguientes cuatro criterios:
 - a. Abandono frecuente de actividades sociales, laborales o recreativas por una necesidad compulsiva de mantener un esquema de ejercicios y dieta.
 - b. Evitación de situaciones donde el cuerpo se exponga a otros o marcado malestar/ansiedad si no las puede evitar.
 - c. Preocupación acerca de la inadecuación del tamaño corporal o la musculatura que causa malestar clínicamente significativo o dificultades en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - d. Persistencia de una rutina de ejercicios y dieta exagerados o utilización de sustancias ergogénicas a pesar de tener conocimientos de las consecuencias físicas y psicológicas.
3. El primer foco de preocupación es ser demasiado pequeño o poco musculoso, a diferencia del miedo a engordar como en la anorexia nerviosa o de una preocupación primaria con otros aspectos de la apariencia como en otras formas de TDC.

Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA, 1997

1.5. Diagnóstico de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

En las primeras entrevistas, se diagnosticará no solo la enfermedad de base, sino también la situación de riesgo.

Ponen la vida en riesgo: el brusco descenso de peso, las conductas purgativas frecuentes y prolongadas, la ingesta compulsiva de drogas para adelgazar, la depresión acompañada de idea o intento de suicidio. La contención en el ámbito familiar se hace en ocasiones difícil por falta de alarma, o bien, por situaciones de depresión o violencia familiar.

Sin embargo, es de aclarar que, en ocasiones, adolescentes muy desnutridas se recuperan rápidamente, mientras que otras, aparentemente, sin mucho compromiso físico, presentan un pronóstico reservado. Es fundamental diferenciar entre conductas ocasionales e instaladas desde largo tiempo. Cuando el riesgo es significativo, se aconsejará la internación del/de la adolescente (Cuadro 3).

Cuadro 3 Criterios de internación

- Desnutrición mayor del 30% y/o pérdida de peso de un 30% con respecto al inicial, en un lapso menor de tres meses.
 - Bradicardia significativa: Frecuencia cardíaca menor de 40 latidos por minuto.
 - Otras arritmias.
 - Modificaciones del pulso mayores de 20 pulsaciones por minuto con cambios posturales.
 - Hipotensión arterial: Tensión arterial sistólica menor de 70 mmHg.
 - Deshidratación y/o desequilibrio electrolítico (hipokalemia, hiponatremia, hipofosfatemia).
-
- Negativa absoluta a ingerir alimentos.
 - Atracones y conductas purgativas incontrolables.
 - Síncopes frecuentes, convulsiones, arritmias, pancreatitis.
 - Otras conductas autodestructivas (ideación suicida, intento de suicidio, delirio).
 - Trastornos psiquiátricos que impiden el abordaje ambulatorio: Severa depresión, desorden obsesivo-compulsivo con actuaciones graves, etcétera.
 - Incontinencia familiar con riesgo de vida del adolescente y/o violencia en el hogar.
 - Fracaso de tratamiento ambulatorio.
 - Factores sociales: distancia, factores económicos.
 - En casos de BN: Desmayos reiterados, concentración de potasio sérico menor de 3,2 mEq/l, concentración de cloro sérico menor de 88 mEq/l, desgarró esofágico, arritmia que incluya QTc prolongado, riesgo de suicidio, vómitos incoercibles, hematemesis, falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.

2. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

En las primeras entrevistas clínicas los objetivos son:

Diagnósticos

- Arribar a una visión integral del adolescente y su familia.
- Confirmar el diagnóstico.
- Evaluar la situación de riesgo.

Terapéuticos

- Crear un vínculo de confianza, promover el reconocimiento de la enfermedad y mantener la motivación para el tratamiento.
- Informar del riesgo inmediato y futuro, tanto al joven como a su familia.
- Indicar una terapéutica nutricional adecuada. En el caso de una adolescente con AN, el objetivo es la recuperación nutricional y del peso. Este peso es el resultado de un patrón alimentario normal, peso set point, que puede o no coincidir con el peso ideal o el establecido por tabla. En el caso de una adolescente con BN, es importante recuperar el patrón alimentario normal, es decir las cuatro comidas diarias como mínimo.
- Establecer un control externo y una red de sostén para el cumplimiento de las indicaciones.
- Rápidamente, armar el equipo interdisciplinario básico necesario para ese adolescente.

El diagnóstico de riesgo físico y psíquico individual y de la capacidad de contención de la familia determinará si el tratamiento ha de ser ambulatorio o en internación.

2.1. El equipo

La llave de un tratamiento eficaz se basa en la coherencia y cohesión del equipo interdisciplinario tratante, incluida la familia y el adolescente.

El equipo mínimo suele estar constituido por un médico clínico o pediatra y psicoterapeuta. Se contemplará la necesidad de terapia individual y terapia familiar en un primer momento. El primer objetivo es lograr la adherencia al tratamiento, la comprensión, por parte del adolescente y su familia, de los riesgos y de la necesidad de vínculos positivos que contribuyan a disminuir la violencia en la hora de la comida, y un acompañamiento eficaz. Las diferentes estrategias de tratamiento se instalarán cuando así lo indique el equipo. De acuerdo con cada adolescente, se ampliará la red: terapeuta corporal, acompañante terapéutico, nutricionista, ginecólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, psiquiatra, etcétera. A veces, es necesario buscar recursos en otros sectores de la sociedad: escuela, iglesia, club, trabajo, juzgados, etcétera.

Proponerse metas cercanas y tener objetivos comunes son parte del tratamiento. La situación de riesgo que implica la desnutrición y las conductas purgativas exigen estrategias comunes inmediatas. Los cambios en las interacciones familiares, así como el desarrollo del proyecto del adolescente, se irán sucediendo paulatinamente.

Las reuniones periódicas de todo el equipo tratante contribuirán a intercambiar información, lograr contención mutua, reevaluar la evolución y decidir en conjunto modificaciones en las indicaciones y/o estrategias por seguir.

La proclividad a las recaídas obliga a un acompañamiento, aun en salud, y a seguimientos en el largo plazo.

2.2. Aporte nutricional y medicación

Una de las preocupaciones mayores de los profesionales de la salud es lograr un adecuado estado nutricional. El objetivo principal de las adolescentes con TCA es la delgadez. Por lo cual, el cumplimiento de las indicaciones es dificultoso. El vínculo y la confianza son parte esencial del tratamiento.

La experiencia muestra que no existe un peso ideal. Por lo cual, la propuesta de una estrategia alimentaria tiene como fin que el adolescente alcance un peso de equilibrio relacionado con un estilo de vida saludable.

A medida que aumenta la ingesta calórica, mejoran otros aspectos relacionados con la desnutrición como la evacuación gástrica y la motilidad intestinal.

La alimentación ordenada contribuye a normalizar el funcionamiento adecuado de los neurotransmisores que inducen ayunos, atracones y las subsiguientes conductas compensatorias.

El alcance de un peso adecuado, la mejoría del patrón alimentario y del cuadro psicológico favorece la reaparición de menstruaciones.

Los procesos cognitivos se amplían, por lo cual, la comprensión de lo que les pasa contribuye a la mejoría de los aspectos psicosociales y a la aparición de nuevos intereses.

Con la realimentación, se pretende, en un primer momento, que revierta el cuadro clínico asociado a riesgo: la hipotensión, la bradicardia, la hipokalemia, la hipofosfatemia. En casos de desnutrición grave y/o conductas purgativas, es importante evaluar en forma inmediata los niveles séricos de fósforo, potasio, sodio y magnesio, pues sus alteraciones y fluctuaciones se asocian a complicaciones cardíacas. La hipokalemia menor de 3 mEq/l debe ser corregida con suplementos de potasio oral. Si ésta es menor de 2,7 y/o se asocia a desequilibrios ácido base significativos, se recomienda el abordaje

en internación. El uso de antidepresivos tricíclicos está contraindicado si el QT en el ECG es prolongado por el riesgo de llevar a la taquicardia ventricular y a la muerte. Durante las primeras semanas de realimentación en pacientes graves, se recomienda control de electrolitos cada dos días.

La alimentación diaria debe ser fraccionada, en 4 o 6 comidas, variada, equilibrada y debe aportar vitaminas, oligoelementos y otras sustancias necesarias.

En el caso de adolescentes con anorexia, se indica, en un comienzo, un aporte calórico bajo, pero un poco mayor que el ingerido espontáneamente (800 a 1200 cal/día). Paulatinamente, se aumentará hasta llegar al que corresponde por edad, sexo, talla, estado madurativo, velocidad de crecimiento esperada y actividad física.

Inicialmente, el adolescente tiene que comer acompañado, preferentemente por un familiar, y ser controlado en la hora subsiguiente para evitar conductas purgativas y/o actividad física. La actividad física será restringida en forma relativa o absoluta a fin de disminuir el gasto energético; pero es de recordar que el sedentarismo a largo plazo agrava la osteoporosis.

Se aconseja explicar al adolescente y a su familia, que la baja ingesta de alimentos puede acarrear riesgo de vida. Describir que la función cardíaca se altera, por eso aparece bradicardia e hipotensión y, a la larga, arritmias. Y, además, el riesgo de osteoporosis y fracturas. También, hay que tener en cuenta que la desnutrición se acompaña de una alteración concomitante del pensamiento; es frecuente el pensamiento del todo o nada (como todo o no como nada; soy perfecta o no soy nadie; un miembro del equipo es el ideal, el otro es lo opuesto).

Si es posible, se mantendrá el tratamiento oral; si existe una negativa completa a la ingesta de alimentos, será necesario plantearse la alimentación enteral a través de la sonda nasogástrica.

En el caso de adolescentes con bulimia nerviosa, es importante aclarar que el ayuno lleva al descontrol, es decir al atracón, éste a mecanismos compensatorios, entre ellos la purga y el nuevo ayuno y, luego, un nuevo episodio de descontrol. La educación alimentaria puede contribuir a desarrollar la sensación de hambre-saciedad, en una forma psicoeducacional. Es fundamental indicar las cuatro comidas diarias y dos colaciones incorporadas en el medio de dos comidas cuando el intervalo entre ellas es de cuatro o más horas.

Se recomienda, superado el primer momento de riesgo, indicar una alimentación normocalórica, ya que su exceso puede provocar retención de líquidos y malestar digestivo. La alimentación hipercalórica, de ser cumplida, hecho poco frecuente, conlleva al aumento brusco de peso, complicaciones clínicas, malestar emocional y negativa a seguir con el tratamiento. En ocasiones, se producen síntomas y signos del síndrome de realimentación que pueden poner en riesgo la vida.

En el caso de presentarse dolor abdominal, distensión y constipación, es necesario mejorar el vaciado gástrico y la motilidad intestinal. Y, de ser necesario, agregar potasio, magnesio, zinc. Si existen síntomas de gastritis, indicar antiácidos y/o inhibidores de la secreción de ácido clorhídrico.

En el momento de recuperación de peso, además de minerales y oligoelementos (hierro, calcio, magnesio, zinc, potasio), son necesarios los polivitamínicos. Los calambres pueden estar relacionados con déficit de magnesio, calcio y/o potasio.

Una vez superado el riesgo de vida, dos factores para cuidar especialmente son, en forma inmediata, la osteopenia y osteoporosis; en forma mediata, la esterilidad.

Es sabido que la pubertad y la adolescencia son períodos críticos de ganancia de masa ósea. Los adolescentes que tienen un pico de masa ósea bajo presentan alto riesgo de fractura a lo largo de su vida. Para un adecuado funcionamiento de los osteoblastos y formación de la matriz ósea, se requiere un BMI superior a 16,4 kg/m², proteínas, calorías, hormona de crecimiento, IGF-I, T3, andrógenos y estrógenos. El calcio puede, entonces, depositarse en dicha matriz, y la vitamina D ayudar a la calcificación y a la absorción de calcio intestinal. Por esto, entre otras cosas, se duda de la eficacia de los tratamientos hormonales para disminuir el riesgo de osteoporosis con BMI muy bajos.

El tratamiento de la osteoporosis es una adecuada nutrición y la recuperación de los ciclos menstruales. Los adolescentes requieren un aporte calórico y proteico adecuado, además de calcio y vitamina D (Calcio 1500 mg/día y vitamina D 400 U/día). Los tratamientos hormonales que incluyen estrógenos no han dado el resultado esperado.

En personas con un índice de masa corporal menor de 15 kg/m², existe un inadecuado metabolismo del agua y del sodio (¿exceso de hormona antidiurética?) que empeora con la ingesta de hormonas, especialmente, progesterona o progestágenos.

Una vez alcanzado un peso adecuado, si la amenorrea persiste, es conveniente indicar vitamina B6 durante uno o dos meses y de no observar mejoría, se podría intentar tratamiento hormonal, especialmente, si la amenorrea se ha prolongado más de 6 o 12 meses y si el equipo y la adolescente están de acuerdo.

No existe un tratamiento psicofarmacológico para la mejoría de los síntomas de los adolescentes con anorexia nerviosa; se indica si se asocia a cuadros psiquiátricos, como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos por ansiedad, etcétera. En cambio, los antidepresivos como la fluoxetina han demostrado coadyuvar al tratamiento psicológico-nutricional en los casos de bulimia nerviosa. El psiquiatra es el encargado de administrar la medicación adecuada, siempre dentro de un contexto terapéutico.

El **seguimiento clínico** debe constar de evaluaciones periódicas y completas. Los controles serán más frecuentes si el paciente está en riesgo y al comienzo del tratamiento para consolidar el vínculo y valorar la respuesta a las indicaciones dadas. Se espaciarán a medida de que haya signos evidentes de mejoría física.

2.3. Problemas de la realimentación

En pacientes severamente desnutridos, es necesario evitar durante su internación el síndrome de realimentación que esta relacionado con lo que se menciona más adelante. Por lo cual, se aconseja un gradual aumento del aporte calórico, un monitoreo frecuente del peso, de los signos vitales, de los bruscos cambios de electrolitos en sangre especialmente fósforo, potasio, magnesio y de la glucosa.

Cuando la negativa a comer es muy importante, se sugiere la alimentación por sonda nasogástrica por corto tiempo. No se aconseja la alimentación parenteral.

No es recomendable que el adolescente aumente mucho de peso en corto plazo, no solamente por las posibles complicaciones médicas, sino también por la posibilidad de agravar su trastorno mental.

La duración de la internación depende de la respuesta del adolescente y su familia. Se han observado menos recaídas en aquellos que se dan de alta con pesos cercanos al peso de equilibrio o *set point*, cuando su estado mental le permite entender lo que le sucede y cuando se ha logrado crear redes de sostén familiar y social, aspectos para trabajar a lo largo de todo el tratamiento.

Algunos de estos adolescentes necesitan pasar de internación a hospital de día para tratar de alcanzar los objetivos del tratamiento.

El tratamiento ambulatorio suele ser prolongado.

Síndrome de la realimentación

- Riesgo de muerte súbita por desbalances en los electrolitos intra/extracelulares, fluctuaciones inducidas por la realimentación por la presencia de hipofosfatemia, hipokalemia, hipomagnesemia y/o hiponatremia.
- Edemas que aparecen en caso de realimentación rápida en adolescentes muy desnutridas y/o de larga data, por desórdenes en la secreción de hormona an

tidiurética, aldosterona, insulina y capacidad de concentración de la orina por parte del riñón.

- Insuficiencia cardíaca congestiva por adelgazamiento de la pared ventricular e imposibilidad de manejar la sobrecarga de líquidos relacionados con el aumento en la ingesta.

2.4. Conclusiones

Los TCA más frecuentes son los no especificados; el pasaje de un cuadro a otro es habitual.

El diagnóstico de TCA se realiza sobre la base de la historia clínica integral que contempla aspectos biopsicosociales. Los análisis complementarios se utilizan para descartar otras enfermedades cuando es necesario y para evaluar riesgos.

Las anormalidades físicas de las adolescentes con AN se revierten con la restauración de hábitos nutricionales adecuados y con la recuperación de por lo menos un 90% del peso esperado, con la posible excepción de la reducida densidad ósea.

En el caso de BN, el cuadro mejora al disminuir las conductas purgativas, cuyo riesgo mayor está relacionado con los disturbios electrolíticos y el daño dental y, cuyo eje central está relacionado con el ordenamiento de la alimentación.

El tratamiento debe incluir el abordaje de aspectos nutricionales, clínicos, emocionales, sociales y familiares haciendo hincapié, en un primer momento, en aquellos que ponen en riesgo la vida del adolescente.

El mejor tratamiento de la osteopenia/osteoporosis es la recuperación del estado nutricional adecuado y de las menstruaciones.

Los TCA suelen mejorar durante el embarazo, pero pueden incidir en el peso de nacimiento del niño y en la decisión de una cesárea. En la evolución posterior, el hijo de una mujer con TCA puede presentar problemas en la alimentación y crecimiento.

En los casos de BN, desde lo psicológico, se ha comprobado la eficacia del tratamiento individual interpersonal, del cognitivo-conductual y del uso de la fluoxetina. En AN, es útil la terapia familiar entre las más pequeñas y la terapia individual entre las de mayor edad. El tratamiento con diferentes psicofármacos depende de la comorbilidad asociada y es del resorte del psiquiatra.

3. Pronóstico

La evaluación a largo plazo se hará a través del diagnóstico de:

- Estado nutricional.
- Hábitos alimentarios.
- Características de los ciclos menstruales.
- Vínculos familiares.
- Aspectos de la vida social: amigos, pareja, hijos.
- Aspectos laborales.
- Autoestima, satisfacción emocional consigo mismo.
- Autonomía.

Esto permite determinar si el adolescente está recuperado, mejorado, no mejorado o si ha tenido una recaída (Cuadro 4).

En ocasiones, se observa el pasaje de un trastorno alimentario determinado a otro.

Cuadro 4 Pronóstico

Recuperado: Estado nutricional acorde con la salud, hábitos alimentarios socialmente aceptados, ciclos menstruales normales, buena relación familiar, social y laboral, autonomía y satisfacción consigo mismo.

Mejorado: Evolución positiva en algún aspecto, pero con algún síntoma.

No mejorado: Evolución hacia la cronicidad.

Recaídas: Aparecen después de un período en que el adolescente se hallaba libre de síntomas.

Factores relacionados con un pronóstico no favorable

- Enfermedad prolongada, crónica.
- Comienzo tardío.
- Presencia de conductas compulsivas, purgativas.
- Trastornos emocionales desde la infancia.
- Relación parental conflictiva o abandonica.
- Incapacidad de realizar un proyecto de vida propio.

Barreras para la curación

- El tratamiento interdisciplinario suele ser prolongado y costoso.
- Los equipos entrenados no son fácilmente accesibles.
- Los lugares posibles de internación son cada vez más limitados.
- Adolescentes y familiares pueden mostrarse ambivalentes y/o resistentes a aceptar el diagnóstico y tratamiento sugerido.
- Existen grupos que ofrecen contenidos peligrosos para los adolescentes. En Internet hay sitios «Pro-ana» (pro anorexia) y «Pro-mia» (pro bulimia), que están dedicados a la promoción y al sostén de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Les enseñan a comer lo menos posible, conductas purgativas y como ocultar los síntomas de enfermedad. Promueven la enfermedad como un estilo de vida y no la ven como problema.
- La falta de un tratamiento adecuado puede favorecer la cronicidad, complicaciones médicas, sociales y mayor morbilidad mental.

En casos de anorexia nerviosa, un 50% se recuperan, un 30% mejoran, y un 20% no muestran mejoría. La mortalidad a largo plazo de este trastorno es, aproximadamente, del 5%.

Un alto porcentaje de las adolescentes con bulimia nerviosa tiende a persistir con episodios de atracones y conductas compensatorias. Un tercio tiene historia previa de anorexia nerviosa. La mortalidad a largo plazo se cree que está alrededor del 3%.

Las causas más frecuentes de muerte, en ambos casos, son la inanición crónica y/o el desequilibrio electrolítico que lleva a complicaciones cardíacas y, entre los componentes emocionales, el suicidio.

4. Prevención

Rol del profesional médico

- El médico dedicado a la atención del adolescente tiene un rol trascendental.

- Sus palabras y acciones deben transmitir empatía hacia ese adolescente y respeto por los patrones de la cultura.
- Tiene que indicar una alimentación adecuada a un crecimiento y desarrollo saludable.
- Apoyar la contención y puesta de límites por parte de los padres.
- Tener interés en buscar la colaboración y participación de la comunidad.
- Comprometerse en el armado de un equipo para la terapéutica integral, que incluya al adolescente en un rol activo y participativo.
- Capacitarse para poder comprender e implicarse en la prevención y tratamiento de esta problemática que invade a nuestros jóvenes.
- La acción conjunta entre diversas disciplinas del área de la salud y otros sectores de la comunidad, quizás, logren contener la diseminación de los TCA.

La prevención de problemas que aquejan a los adolescentes hoy en día, entre ellos, los TCA, se logra a través de una adecuada orientación familiar desde la temprana infancia y aumentando la resiliencia de los niños.

Son factores protectores:

- Fuentes de apoyo y de afecto.
- La comunicación y contención familiar.
- El desarrollo de habilidades para resolver problemas.
- Experiencias positivas compartidas con miembros de su entorno.
- Las comidas compartidas por toda la familia contribuyen a establecer hábitos nutricionales adecuados y canales de diálogo.
- La promoción de hábitos nutricionales adecuados, el apoyo a vínculos familiares que den sostén y sentido de pertenencia, el aclarar mitos o ideas erróneas promovidas por la cultura, todo eso, le corresponde a los profesionales de la salud, a los educadores y a otros miembros significativos del entorno del niño y del adolescente.

Es de recordar, que los medios de comunicación, entre ellos la televisión, distribuyen imágenes de modelos inalcanzables para muchos de los adolescentes sanos y mensajes que distorsionan la realidad. Por ejemplo: Muestran diversos productos que «incrementan la calidad de vida», «ayudan a triunfar y a conquistar», «mejoran el crecimiento y el rendimiento», «son alimentos puros, naturales, sin grasa», etcétera. Es frecuente que se describan características de las enfermedades mencionadas, que en lugar de prevenir, contribuyen a promover la enfermedad.

5. Conclusiones generales

El **objetivo final** del tratamiento es lograr la recuperación del adolescente: alcanzar un adecuado estado nutricional y ciclos menstruales normales, ampliar los intereses, mejorar vínculos familiares y sociales, desarrollar la autoestima y autonomía y lograr una escala de valores no centrada en las expectativas del entorno, sino propias de un proceso madurativo individual.

Para lograr el desarrollo del proyecto propio, juega un rol esencial la capacidad deseante del equipo que se contrapone a la desesperanza y a la ausencia inicial de proyectos del joven; la flexibilidad de los profesionales para estimular la evolución de ese joven, diferente o no a la ambicionada por padres y entorno, y para hallar nuevas estrategias terapéuticas que impidan la permanencia en una inmovilidad mórbida y que se contrapongan al deseo de «nada». Proponerse metas cercanas, tener objetivos comunes y respetar los tiempos terapéuticos son parte de la clave del éxito del tratamiento.

Por último, hay que saber que el trabajo con algunas de estas familias o con el adolescente mismo puede ser frustrante y agotador, ya que no siempre se observa una recuperación o cura en el tiempo que estamos participando. No obstante, hay jóvenes, que habiendo «abandonado los tratamientos habituales», a lo largo de los años se recuperan. Lo que quizás nos lleva a pensar que cada uno de ellos

«tiene recursos propios», «acompañamiento efectivo de otros miembros de la comunidad» y que «les faltaba tiempo» (Seco, M. T.).

6. Bibliografía

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Adolescence. Policy Statement. «Identifying and Treating Eating Disorders». *Pediatrics*, 2003, vol. 111, pp. 204-211.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Borrador del DSM-V, 2010. Recuperado de: <<http://www.dsm5.org>>.
- BERNSTEIN, B. E. «Eating Disorder: Anorexia». eMedicine, 2 de abril de 2010. Disponible en: <<http://www.emedicine.com/ped/topic115.htm>>
- BERNER, E., J. PIÑERO y S. VALENTE. «Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2004, 102(6): 440-444. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A6.440-444.pdf>>
- BONSIGNORE, A. M. «Trastornos de la conducta alimentaria. Síndromes intermedios o no específicos». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2003, 45: 276-284.
- BONSIGNORE, A. M. «Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones». *Comentarios Editorial. Archivos Argentinos de Pediatría*, 2004, 102(6): 419-421. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A6.419-421.pdf>>
- BRUCH, H. «Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity». *Can J Psychiatry*, 1981, 26: 212.
- COMERCI, G. D. «Trastornos alimentarios en adolescentes». *Pediatrics in review*, 1989, 10: 37.
- CHIPKEVITCH, E. «Brain tumors and anorexia nervosa syndrome». *Review Article. Brain & Development*, 1994, 16: 175-179.
- COHEN, M. y H. SUEMATSU. «Brain tumors and anorexia nervosa syndrome. Commentary to Chipkevitch's paper». *Brain & Development*, 1994, 16: 180-182.
- DI SEGNI OBIOLS, S. «Adolescencia y vínculos». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 427-429. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.427-429.Obiols.pdf>>
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- FACCHINI, M. «La imagen corporal en la adolescencia, ¿es un tema de varones?». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2006, 104(2): 177-184. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/institucional/177.pdf>>
- FAIRBURN, C. G. y P. J. HARRISON. «Eating disorders». *Lancet*, 2003, 361: 407-416.
- FENDRIK, S. *Santa Anorexia. Viaje al país del "Nunca comer"*. Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1997.
- FISHER, M. «Tratamiento de los trastornos de la alimentación de niños, adolescentes y adultos jóvenes». *Pediatrics in Review* (en español), 2006, 27: 323-334.
- GARDNER, D. M. «Pathogenesis of anorexia nervosa». *Lancet*, 1993, 341: 1631-1635.
- GARFINKEL, B. D., G. D. CARLSON y E. B. WELLER. *Psychiatric disorders in Children and adolescents*. Filadelfia: W B Saunders Company, 1990.
- GORDON, R. A. *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel, 1994.
- KALAPATAPU, R. K. y K. HARRIS WALSH. «Bulimia». eMedicine, 12 de Agosto de 2008. Disponible en: <<http://www.emedicine.com/med/topic255.htm>>
- MARTÍNEZ SOPENA, M. J. «Trastornos del comportamiento alimentario». En: *Pombo, M. Tratado de endocrinología pediátrica*. McGraw Hill Interamericana. 3.a edición, 2002, cap. 76, pp. 1289-1309.

- MINUCHIN, S., L. BAKER y B. L. ROSMAN. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- QUIGLEY, P., M. A. MORENO y L. N. BROCKMAN. «Eating disorder: Bulimia». *eMedicine*, 10 de marzo de 2010. Disponible en: <<http://www.emedicine.com/ped/topic298.htm>>
- PASQUALINI, D., M. FAHRER y M. T. SECO. «El adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: Modelo de asistencia integral ambulatorio». *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Practicas interdisciplinarias*. Buenos Aires: Editorial Atuel, 1996, pp. 73-104.
- PASQUALINI, D., S. TOPOROSI, Z. ARDITI, S. RAGATKE, G. MIKLASKI, L. MILGRAM, N. POGGIONE y M. C. HIEBRA. «Adolescencia, vínculos familiares. ¿Qué valor se le da al encuentro familiar alrededor de la mesa?» *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 433-440. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.433-440.Pasqualini.pdf>>
- POGGIONE, N., L. MILGRAM, S. SPINER, K. POSTERNAK y D. PASQUALINI. «Recomendaciones nutricionales para los adolescentes». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 515-516. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.515-516.Pacientes.pdf>>
- POPE, H. G., A. J. GRUBER, P. CHOI, R. OLIVARDIA y K. A. PHILLIPS. «Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder». *Psychosomatics*, 1997, 38: 548-557.
- RAVA, M. F. y T. J. SILBER. «Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2004, 102(5): 353- 363. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A5.353-363.Rava.pdf>>
- «Bulimia nerviosa (Parte 2): Desde la etiología hasta la prevención». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2004, 102(6): 468-477. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A6.468-477.pdf>>
- ROME, E. S., S. AMMERMAN, D. S. ROSEN, R. J. KELLER, J. LOCK, K. A. M A M M E L , J. O'TOOLE, J. MITCHELL REES, M. J. SANDERS, S. M. SAWYER, M. SCHNEIDER, E. SIGEL y T. J. SILBER. «Children and Adolescents with Eating Disorders: The State of the Art». *Pediatrics*, 2003, vol. 111, pp. 98-108.
- SELVINI PALAZZOLO, M. et ál. *Los juegos psicóticos en la familia*. Buenos Aires: Paidós, 1990, pp. 186-191.
- SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE. «Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine». *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33: 496-503.

Capítulo 27

Abordaje psicológico-psiquiátrico de los trastornos de la conducta alimentaria

Dra. Valentina Esrubilsky,
Dra. Mónica Zac

1. Epidemiología

La prevalencia de TCA en adolescencia parece haberse incrementado en los últimos cincuenta años, según Lucas et ál., 1991.

Esto también lo observamos en nuestra práctica clínica actual, ya que tanto en los consultorios externos del Servicio de Adolescencia de nuestro hospital, como en el área de internación, ha habido un incremento en los últimos diez años. Podría deberse a un aumento de la patología propia de la época y/o a factores sociales, a mayor información sobre la patología y a la posibilidad de arribar a diagnósticos más precozmente.

2. Diagnóstico

Pensamos los TCA como un «síndrome», es decir, un conjunto de síntomas y signos que pueden presentarse en distintos cuadros clínicos y de diversa gravedad; por esto, es importante hacer un diagnóstico integral.

El diagnóstico se realiza mediante un equipo interdisciplinario a través de la historia clínica que incluya el examen psicológico-psiquiátrico y el físico-nutricional.

Tomamos en cuenta los factores culturales, biológicos, familiares y, también, hacemos una clínica del caso por caso, para lo cual, usamos la descripción fenomenológica y una comprensión psicodinámica (utilización de conceptos psicoanalíticos en la práctica psiquiátrica).

Entendemos que el TCA no constituye una entidad en sí misma, sino que es un síntoma que responde a distintas estructuras; la evolución, la cura y el pronóstico están en relación directa con éstas.

En la elaboración del diagnóstico de la estructura subyacente, en el caso de los adolescentes, se requiere plasticidad por parte del observador. Debemos tener en cuenta la necesidad de los adolescentes de jugar distintas identificaciones. Por lo tanto, es posible que muchas manifestaciones adolescentes no cristalicen en una estructura psíquica determinada.

En algunas pacientes, la negativa a comer puede ser el resultado de un síntoma fóbico, histérico, de un cuadro depresivo o de un cuadro psicótico. Cuando podemos encontrar fantasías, mitos detrás de estas conductas, tienen el estatuto de síntoma, o sea, se produce en un aparato psíquico constituido. Es una solución que encuentra el psiquismo entre lo deseado y lo prohibido; predomina en las neurosis. Cuando no aparece conflicto intrapsíquico, hablamos de trastorno, sin capacidad simbólica, y, en este caso, aparece como acto sin posibilidad de ser controlado, con un aparato psíquico con fallas en su constitución; predomina en las patologías narcisistas.

En ciertos casos, la negativa a comer es una forma de buscar una oposición activa frente al adulto. Es la necesidad de confrontar del adolescente normal, que procura el crecimiento. El negarse

a comer de manera irreductible, llegando a poner en riesgo la vida, es un «no» que no aporta a la construcción de la subjetividad. Predomina en los adolescentes con trastornos narcisistas y/o psicosis.

3. Comprensión psicodinámica

Cuadros psicopatológicos que encontramos en las anorexias

● **Histeria:** La sintomatología anoréxica se expresa como un síntoma de conversión. Se observa el conflicto neurótico y la angustia.

● **Depresión melancólica:** Desorganización y confusión psíquica, alteraciones del sueño, falta de energía o fatiga, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, enlentecimiento. Diferenciar de la depresión en el momento de mejoría sintomática (intolerancia narcisista a la separación).

Trastorno bipolar: La depresión y las ideas megalománicas, omnipotentes, estado de ánimo expansivo, elevado, irritable, grandiosidad, exaltación, pensamiento acelerado, verborragia, disminución de la necesidad de dormir y el ritmo de los episodios de anorexia- bulimia hace pensar en este diagnóstico diferencial.

● **Enfermedad psicósomática:** El cuerpo cumple una función evacuativa con la tensión y angustia, separado del trabajo psíquico.

● **Patologías narcisistas:** Vacío representacional en el psiquismo y dificultad en la elaboración de las separaciones, tema crítico en la adolescencia.

Se mantiene la ilusión de un estado de completud y de omnipotencia sin necesitar del vínculo con el otro. Se pierde contacto con la realidad, ya que ésta impone la noción de tiempo, incompletud, imperfección, necesidad.

Con el síntoma alimentario, la adolescente logra un vínculo con un objeto que le proporciona la falsa idea de absoluta autonomía e independencia vincular. La anorexia y bulimia son enfermedades mentales (Lasègue y Gull), con repercusiones somáticas directas de una férrea determinación psíquica. Para los que las consideran enfermedades psicósomáticas, estos rasgos son la expresión de un defecto en la capacidad de formular fantasías: alexitimia (Sifneos y Nemiah, 1967).

Marty y col. (1992) también utilizan esta idea en su concepción de las enfermedades psicósomáticas: Fallas en la constitución del aparato psíquico que impiden la tramitación del afecto por vía psíquica.

Hilde Bruch fue la primera en referirse a los defectos en la autopercepción y autorregulación de las sensaciones de hambre en los TCA (1969). Esta percepción, dice Bruch, no es innata, en la vida del infante deben repetirse una serie de sucesos: Emisión de señales, reconocimiento por parte del adulto, la respuesta apropiada y el alivio final. Si la madre no reconoce adecuadamente esas primeras señales del bebe, posteriormente, la percepción de las propias necesidades y su satisfacción puede no advertirse.

El TCA, como toda conducta, es testimonio del sufrimiento y desorganización del yo y, al mismo tiempo, es una tentativa de reacomodamiento. Los síntomas que manifiestan los pacientes muestran problemáticas emocionales que ocupan una función en la dinámica psíquica y en el equilibrio de la personalidad.

Sería un reduccionismo entender un cuadro de tal complejidad, únicamente, en relación con el alimento, por eso, lo pensamos como un conjunto de síntomas que condensan significaciones que serán encontradas a lo largo del trabajo terapéutico.

Por ejemplo: En algunos adolescentes que se hallan en la restricción tipo anoréxica, con todas las conductas que apuntan a bajar de peso y al control de la ingesta, se puede evidenciar, como opuesto, un deseo bulimiforme. Éste también se expresa, directamente, por las manifestaciones de su pasión con los alimentos; ingesta a escondidas, afinidad por recetas y vidrieras de comida, voluntad de alimentar a los demás, etcétera.

También se observa en pacientes bulímicas el deseo de llenarse en forma directa y más clara

que en la anorexia; se podría atribuir esto a la presencia de un yo más lábil, que tiene otra forma de manifestarse; la baja autoestima, afectos depresivos, tentativas de suicidio.

Podríamos preguntarnos acerca de las medidas de control del peso que emplean los pacientes; pensamos que éstas son las que les aseguran un dominio suficiente sobre sus necesidades fisiológicas ligadas a la pubertad y adolescencia y sobre los impulsos emocionales en relación con ellas (actividad pulsional) intentando mantener el equilibrio psíquico.

La sintomatología nos muestra no solo la errada idea de que se puede vivir sin comer, sino también el tipo de relación que mantiene el/la adolescente con las personas; es decir, no permite el contacto, la entrada. En esa confusión, observamos mecanismos de pensamiento mágicos y omnipotentes que van a ser los responsables de la fijeza que tienen estos pacientes al rechazo de relacionar su sintomatología con los conflictos emocionales subyacentes (insisten en que la única problemática es con el alimento o un problema estético con respecto al cuerpo).

En relación con la conflictiva psíquica presente (teoría del conflicto emocional subyacente), dada la observación de la complejidad de este cuadro, pensamos que la inhibición de una conducta instintiva esencial, como es el alimentarse, no puede ser comprendida solo bajo el ángulo de un conflicto pulsional. Existe otro factor importante para ser evaluado que apunta a la estructuración de ese aparato psíquico, teniendo en cuenta que en la pubertad y adolescencia se produce una resignificación de los aspectos infantiles y la consolidación de la identidad del sujeto, poniendo en cuestión la estructura misma del yo y la existencia de fallas precoces en el desarrollo de la personalidad.

Podríamos pensarlo como un cuadro en el que nada ni nadie tiene permitida la entrada en la vida emocional. Estaría en la misma línea que muchas corrientes de nuestra sociedad actual; autosuficiencia, civilización del sí mismo, negación de las diferencias de sexo y de generación, fantasía de autoengendramiento y un modelo de relación similar a una máquina, lo cual permite hacer economía de vínculos y de emociones.

El altruismo ha cedido el paso a un narcisismo que depende de la aprobación real o supuesta de los demás.

El abandono de la conducta sintomática revela la personalidad subyacente, dificultades que pueden agruparse en depresiones, fobias e hipocondrías. En los TCA, se encuentra la masividad de las investiduras de objeto, la falta de posibilidades de desplazamiento y, consecuentemente, la ausencia de defensas sólidas. Cualquier relación emprendida compromete masivamente al yo y al equilibrio narcisista. Cualquier amenaza a la relación de apego desencadena una vivencia persecutoria; y el peligro ante las investiduras se traduce por acomodamientos fóbicos, mal focalizados y extensivos, con actitudes de retraimiento y desinvestidura de los vínculos y, a veces, por ese camino, a la psicotización de la relación.

La conducta anoréxica es un intento de desplazamiento y de proyección de una fantasía ansiógena sobre un objeto externo. En el comienzo, esta conducta anoréxica protege otras investiduras de estos pacientes (escolares, con los padres, que se encuentran, aparentemente, preservadas de conflicto). El riesgo del cuadro anoréxico es la extensión de la conducta a todas las investiduras, entendiendo entonces la función de equilibrio psíquico que logra el síntoma con la focalización de los conflictos en la conducta anoréxica.

En cuanto abandonan su sintomatología, podrían surgir conflictos en otras áreas. Observamos entonces que no se trata de una fobia a engordar, sino de un mecanismo de contrainvestidura por el que se trata de reprimir el deseo de su apetencia objetal.

Un primer significado es el objeto sentido como una amenaza al yo; la masividad de los sentimientos, como su carácter indiscriminado hacen que sean percibidos como una amenaza para la cohesión del yo y para su identidad; percibiendo más su sentimiento de vacío interno con la necesidad de sostén externo.

El síntoma también tendría como función rechazar la invasión que siente la joven en su mente al no estar establecida la diferencia «yo no yo», tratando de salir de la confusión que esto le provoca.

A lo largo de su tratamiento, deberá realizar el proceso de diferenciación .

Son casos que responden más francamente a la patología *borderline*.

Esta dificultad en percibirse separada del otro (madre) hace que con la mejoría sintomática se pongan de manifiesto afectos depresivos.

Es por esto que, muchas veces, se dan malos entendidos en los tratamientos, ya que necesitan reforzar la sintomatología para distanciarse del vínculo terapéutico cuando se crea un vínculo trans-ferencial importante.

A nuestro entender, las anoréxicas se defienden mejor de la falta del objeto que las bulímicas, ya que ellas se sienten más fuertes logrando pensar que no les falta nada, ni siquiera deben satisfacer sus necesidades; las bulímicas no pueden probarse esto, tienen menos defensas.

Algunos aspectos familiares

La familia es un factor importantísimo en la aparición de la anorexia; son familias con un funcionamiento disfuncional.

Se observa la paridad planteada desde los padres en la relación con los hijos.

Negación de los conflictos intervinientes, para evitar el sentirse expuestos a la diferenciación y a la separación.

La adolescencia pone en crisis una armonía que, hasta el momento, resultaba funcional a la patología familiar. La estrecha relación entre la comida y la función materna, la relación primera entre madre e hijo, hace que se focalice la observación en la madre.

Es la función paterna la que sostiene y posibilita este vínculo y amplía, entonces, el estudio hacia los padres y la pareja. El rol del padre, hemos observado en numerosas oportunidades, aparece muy desdibujado de su función o excluido de la familia.

Se postula, también, cierto tipo de organización y funcionamiento de estas familias para apoyar la expresión somática de los conflictos emocionales, encuadrándolas dentro del perfil de las familias psicósomáticas.

4. Diagnósticos diferenciales

Necesitamos, además, diferenciar la anorexia nerviosa de otras patologías psiquiátricas.

En el Trastorno Depresivo encontramos descenso de peso. Pero mientras que el adolescente con anorexia *niega* la existencia de apetito, el depresivo tiene *apenas apetito*. La hiperactividad del adolescente con anorexia, planeada y ritualística, no se halla en la depresión. En casos de anorexia, hay preocupación por las calorías de los alimentos y por la preparación de comidas para otros. En el

Trastorno Depresivo no existe el temor a engordar ni la distorsión de la imagen corporal.

● **Trastorno Esquizofrénico:** Las ideas delirantes sobre la comida no están en ningún aspecto relacionadas con el contenido calórico de los alimentos.

● **Trastornos por Somatización:** La pérdida de peso no es tan grave y la eventual amenorrea no es tan duradera como en la anorexia nerviosa.

En la Bulimia Nerviosa, el peso es normal, alto o bajo según el momento de la enfermedad y las características del adolescente.

● **Síndrome de Cottard:** Conocido también como delirio de Cottard, delirio de negación y delirio nihilista. El principal síntoma del delirante es la creencia de que está muerto, que no existe. Frecuentemente, va acompañado de otros síntomas como depresión, ansiedades, catatonía y creencias absurdas referidas al cuerpo, que convergen en la desrealización. El paciente refiere, habitualmente, la carencia de órganos internos o su substitución por una maquinaria. En la anorexia, no hay negación de órganos.

● **Hipocondría:** El paciente se presenta preocupado por su cuerpo y demanda atención y tratamiento de manera constante.

5. Evolución y Pronóstico

5.1. Adolescentes con cuadros que espontáneamente se «curan»

Las restricciones alimentarias pasajeras no responden a los criterios de diagnóstico de las anorexias. Logran mejoría a través de ciertas modificaciones de los mecanismos intrapsíquicos individuales y de la dinámica familiar.

En general, se observan estos cuadros en individuos de características fóbicas y depresivas. Es importante la anamnesis de la etapa puberal, ya que los cuadros que aparecen en dicho período, aparecen con mayor magnitud en la adolescencia.

Ejemplo clínico

Adolescente de 17 años, que había sido operada por escoliosis, padece de complicaciones en el postoperatorio y debe permanecer dos meses, aproximadamente, en cama e internada. La joven había comenzado antes de la operación con trastornos alimentarios leves, los que después se agravaron. Una vez externada, consulta en nuestro servicio por desmayos que se sucedían sin correlato orgánico. Instalado el tratamiento médico-psicológico, cuenta las conductas restrictivas que había implementado, el uso de laxantes y la inducción de vómitos. En realidad, se hallaba deprimida; meses después del tratamiento revierten los síntomas y, más tarde, la depresión.

5.2. Evolución de la anorexia

Se considera que la intervención en estas patologías debe ser temprana, integral, por medio de un equipo interdisciplinario sólidamente constituido y capacitado.

La duración de la anorexia mental, en la mayoría, no es inferior a los dieciocho meses, con una evolución que va de la curación a la muerte. Un 5% puede llegar a la muerte, no por una intencionalidad suicida, sino por un sentimiento de triunfo, omnipotencia y dominio de las fuerzas destructivas. Llama la atención la capacidad de tolerar la desnutrición que padecen. Continúan con la actividad física, a veces, compulsiva, y con la actividad escolar con buen rendimiento. Es difícil evaluar los resultados de los tratamientos ya que las poblaciones estudiadas no siempre son comparables, los criterios de mejoría varían según los autores.

Además de los criterios de mejoría sintomatológicos clásicos (aumento de peso, alimentación adecuada, recuperación de la menstruación, desaparición de ideas inadecuadas en relación al peso y al cuerpo, etcétera), se tienen en cuenta para considerar mejoría del cuadro, la vida social y afectiva.

En la psicoterapia, se evalúa la posibilidad de *insight*:

- capacidad de percepción del mundo interno psíquico y de eventuales conflictos.
- capacidad de reconocer el estado de enfermedad anterior, con la consecuente angustia, en personalidades que recurrían a la negación sin plantear conflicto psíquico.

Ejemplo clínico

F. es una adolescente que consulta a raíz de las dificultades que tiene en relación con la comida. Desde hace un año que se da atracones para luego vomitar indiscriminadamente. Lo hace en cualquier lugar de su casa y dejando el vómito entre escondido y a la vista. Su debilidad es el pan, comida que su madre le esconde. En su núcleo familiar, se evidencia un interjuego de ocultamientos, infidelidades y secretos que se enlazan íntimamente con la problemática de la paciente. Ella dice que se quiere curar y que sabe que no tiene que vomitar. Que el problema

no son los vómitos, sino que no puede controlar la compulsión a comer que la lleva a los vómitos. Destaca que en esos momentos se anula en el pensar para comer, y come para luego vomitar. Estos accesos bulímicos se acompañan de la idea de verse gorda, lo cual la angustia, la hace vomitar y, en el último tiempo, ausentarse del colegio.

En una oportunidad, se encierra en el baño e intenta cortarse las venas con una *gillette*. Al ver que sangraba, se asusta y se detiene. Semejante actitud se le impone luego de concurrir a un control médico en el que evidencia aumento de peso. A los pocos días, se emborracha para luego darse cuenta de que no puede tomar alcohol por la medicación psiquiátrica que está recibiendo. Al indagar acerca de otras impulsiones, aparecen ciertas amenazas de la paciente hacia el padre cuando pelean: Se va al techo de la casa y amenaza con tirarse. También de chica, intentó ahorcarse con la cuerda de una cortina, pero en el intento la correa se rompió.

Se trata de una adolescente en la cual se observa un severo trastorno de la percepción de la realidad y un reemplazo directamente proporcional entre la capacidad de pensar y la acción. El acto bulímico muestra la imposibilidad de dominio y de la modulación de la conducta de apetencia, y es seguido por el vómito, que permite, así, para la paciente, anular sus efectos. Se ve muy claramente como el trastorno alimentario no se comprende solo por su síntoma dismorfofóbico, sino que se engloba en una estructura que lo contiene, tanto premórbida, como la que va apareciendo en el transcurso del tratamiento, y en el lenguaje de acción en el que se maneja. La sintomatología, por lo tanto, debe ser cotejada con el conjunto del funcionamiento estructural. En este caso, se trata más de un déficit de estructuración de la represión, es decir, que podemos diferenciar entre el carácter compulsivo y otra actividad que podría ser un síntoma obsesivo.

5.3. Evolución de síntomas psiquiátricos

Al cabo de cuatro años, aproximadamente el ochenta por ciento de las pacientes con anorexia nerviosa no tienen trastornos de la conducta alimentaria. Pero más del cincuenta por ciento de los casos continúa con dificultades psíquicas importantes (Philippe Jeammet).

En la evolución, podemos observar la persistencia de ciertas conductas psicológicas habituales en los trastornos de la alimentación. Mecanismos que intentan controlar tanto la incorporación como la excreción de los alimentos (accesos bulímicos, comer a escondidas, vómitos, laxantes). Mecanismos que no solamente se observan en la relación con la comida, sino también en la manera de vincularse con las personas.

Luego de remitir la sintomatología alimentaria, toman preponderancia distintas estructuras, a saber, trastornos de ansiedad (fobias, obsesiones), hipocondrías, somatizaciones, trastornos depresivos, trastorno de personalidad, cuadros psicóticos (el negativismo, la irritabilidad, las ideas megalománicas, ideación paranoide, etcétera).

De este modo, se pueden comprender las dificultades sociales, afectivas, laborales y, por lo tanto, del abordaje terapéutico que plantean estos pacientes.

Ejemplo clínico

Una adolescente luego de ser externada, recuperada de su sintomatología orgánica, con un aparente estado de salud emocional, comienza con accesos bulímicos y delirios. Durante la internación no había aparecido sintomatología produc

tiva y parecía una problemática más de borde. La evolución esquizofrénica es rara. En el curso del tratamiento no son excepcionales los episodios psicóticos transitorios.

La evolución más habitual es el trastorno *borderline* de la personalidad o cuadros en los que se ponen de manifiesto la rigidez de los mecanismos de defensa (fobias y obsesiones severas).

La depresión es un estado que se manifiesta en algún momento del proceso, como anhedonia, abulia, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, trastornos del sueño e importantes sentimientos de culpa.

Se observan cuadros depresivos en los momentos en que el síntoma comienza a ceder.

Al desaparecer la sintomatología, las pacientes se ven más expuestas al «apetito» de vínculos personales, con lo cual se sienten más vulnerables psíquicamente.

Junto con la depresión, los signos de mejoría que se pueden observar, son los que aparecen como conductas más descontroladas, desorganizadas, que derivan de deseos reprimidos.

El incremento de las relaciones personales, la capacidad de intercambios emocionales, la pena y el enojo por la condición de enfermedad en la que se encuentran, dan cuenta de la disminución de la negación de la enfermedad y de la mayor conciencia de la enfermedad.

El riesgo, en este momento, es la intolerancia al estado de tristeza que la lleve a tener conductas suicidas.

Las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria representan el mayor porcentaje de pacientes psiquiátricos con intentos de suicidio y con mayor índice de mortalidad.

Diferentes estudios realizados muestran que a los 6 años, el 80% de las adolescentes tiene un peso normal y el 70%, menstruaciones. Sin embargo, dos tercios persiste con importantes trastornos en la conducta alimentaria, 40% sigue muy preocupada por su peso y sus formas, con síntomas depresivos y una fobia a los contactos sociales en último plano. Muchas tienen una mala calidad de la vida afectiva y sexual, aunque la mayoría logra casarse y tener hijos.

Dadas estas observaciones, se trabaja priorizando la patología del yo ligada a carencias narcisísticas primarias y a la escisión del yo.

5.4. Criterios de Curación

Si, solamente, tomamos los síntomas de la anorexia: adelgazamiento, miedo a aumentar de peso, alteración de la percepción de la imagen corporal, el porcentaje de curación resultará mayor, que si se hacen intervenir criterios de personalidad que tengan en cuenta la existencia de otros síntomas psiquiátricos y la inserción social y afectiva.

La curación es un proceso que requiere de tiempo y tolerancia del equipo tratante. Raramente el proceso es inferior a los cuatro años.

Los criterios que podemos tomar para hablar de curación son:

- desaparición completa de la tríada sintomática por más de dos años.
- adquisición de lazos afectivos, laborales, educacionales, nuevos y estables.
- crítica de la conducta anoréxica y percepción más adecuada de la imagen corporal; abandono de la necesidad de adelgazar; reconocimiento de las necesidades del cuerpo, incluidas sensaciones de cansancio, agotamiento físico.
- adquisición de *insight*, reconocimiento de los conflictos psíquicos, capacidad de recordar el pasado, expresar la vida de fantasía y de establecer vínculos.
- capacidad de enfrentarse, sin negaciones ni regresiones masivas, a las situaciones edípicas y apertura al reconocimiento del otro en su diferencia, particularmente sexual.

La satisfacción de tales criterios refleja modificaciones suficientemente importantes de la personalidad como para permitir la persistencia de ciertos síntomas discretos de orden fóbico u obsesivo concernientes o no a la alimentación y a la imagen del cuerpo.

El cese de los síntomas es una etapa, no es considerado por nosotros un índice para la finalización del abordaje.

Los factores que determinan la posibilidad de curación están en relación con la magnitud de aquello que ha enfermado y son: el valor del trauma, la fuerza pulsional en juego y el estado del yo. Estos factores son los elementos que componen lo que actualmente se llama una estructura psicopatológica.

Los criterios clásicos de «curación» son la ausencia de síntomas, vida sexual satisfactoria, buenas relaciones interpersonales, capacidad de trabajo, posibilidades de sublimación.

La base de la salud mental es una personalidad bien integrada. Algunos elementos de tal personalidad son: madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad, y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad.

5.5. Factores que inciden en el pronóstico

Siempre es un cuadro serio, con pronóstico a largo plazo reservado, es difícil lograr estudios por la disparidad de las muestras y por la amplitud de las variaciones entre los resultados (Philippe Jeammet).

● *Algunos indicadores de pronóstico favorable:* Desencadenamiento al comienzo de la adolescencia, aumento de peso previo al inicio del cuadro, inicio de la patología luego de un episodio traumático, conductas de tipo histéricas, manifestaciones de angustia, sensación de hambre.

● *Indicadores de pronóstico desfavorable:* Anorexia al final de la adolescencia, cronicidad y numerosas internaciones previas, negación de la enfermedad por parte del paciente y de sus padres, distorsión de la imagen corporal, trastornos del ánimo diagnosticado en alguno de los padres, conflictos conyugales, pertenencia al sexo masculino, vómitos (para algunos autores no tiene incidencia).

Toda forma de anorexia mental es potencialmente curable, aunque sea un proceso lento de evaluar. El pronóstico parece estar relacionado con el tipo de tratamiento, la coherencia y su duración.

También, la personalidad anterior al desencadenamiento de la anorexia.

La apertura a la relación objetal y la atenuación de la negación son factores esenciales de la evolución, incluso, si se acompañan de una acentuación de los síntomas depresivos.

El éxito del tratamiento pasa por el tipo de relación terapéutica establecida, el trabajo en equipo para lograr el sostén y la tolerancia que estos pacientes y sus familias necesitan.

En el pronóstico, las deserciones juegan un papel importante: Es la familia la que decide, muchas veces, la interrupción del tratamiento o la que empieza a traer quejas del funcionamiento de la paciente cuando ésta empieza a cambiar.

Ejemplo clínico

El papá de una adolescente que había cursado una anorexia y que luego de un año y medio se encontraba recuperada, se quejaba por la relación de dependencia que establecía con la terapeuta. La paciente se encontraba muy abierta a las relaciones sociales, había comenzado la facultad y se encontraba sumamente entusiasmada con todo el intercambio que lograba con el exterior; exterior, como diferente de sí y de su familia. Al mismo tiempo, mantenía conductas de cuidado con la alimentación y el arreglo personal, con cierta rigidez. El padre se quejaba, también, de estos cuidados de su hija respecto a su imagen y a querer gustar a sus compañeros. Se podía observar como, de alguna manera, padre e hija coincidían con el rechazo a ser alimentados y ayudados por un objeto externo de sí mismos o de la familia, lo cual era lo mismo. La familia sentía la suficiente completud para ellos y para la hija «como para tener que dedicarle tanto tiempo y atención a todo lo extrafamiliar».

Hay que tener en cuenta que se trata de familias y de pacientes graves, por lo cual, el equipo debe trabajar en una relación de confianza, de tal manera de lograr una buena lectura de las depositaciones que éstos realizan en él.

Para finalizar, queremos hacer mención a malos entendidos en el curso de las psicoterapias y en el trabajo interdisciplinario. Esto se daría no solamente por los mecanismos patológicos de estos pacientes y sus familias, que logran depositar aspectos enfermizos en los distintos integrantes del equipo, sino también por la paradoja que se observa en el proceso terapéutico.

Es en momentos de mejoría sintomática orgánica que se producen descompensaciones psicológicas, ya que el síntoma ya no mantiene el equilibrio emocional. Por lo cual, la problemática de la necesidad y/o de rechazo se expresa a un nivel mental.

Es en momentos de mejoría emocional, de apertura vincular, que la paciente necesita reforzar el síntoma momentáneamente (tríada sintomática), como recurso frente a un estado de necesidad que aún se siente como desintegrador.

Estos accesos son, habitualmente, seguidos de una reacción depresiva, que puede tener, también, un tono melancólico.

El cuerpo parece ser utilizado con fines de dominio, desconociendo su conjunto de necesidades. El modo de relación está marcado por un comportamiento paradójal, sus conductas apuntan a tener lo más alejado de sí aquello de lo que no se puede prescindir. La relación es pseudoobjetal, y se construye de modo de evitar que se plantee el problema de la separación; niega la necesidad de los vínculos y mantiene la permanencia del objeto con una relación de dominio.

La sexualidad es objeto de represión masiva, hay un déficit de investidura erógena del cuerpo. El conjunto de los sentimientos que acompañan la sexualidad parecen haberse desplazado a la alimentación.

Respecto al funcionamiento intelectual, es, clásicamente, considerado excelente; pero, en la evolución, se ve afectado en su desarrollo.

6. Tratamiento de la Anorexia-Bulimia

6.1. Interdisciplina

Los profesionales de la salud mental manejamos conceptos teóricos y clínicos cuando llevamos adelante tratamientos y evaluamos el proceso terapéutico en función de éstos.

Se realiza, primero, un diagnóstico que incluye la historia clínica y psicológica-psiquiátrica, el examen físico, la evaluación nutricional y la determinación de riesgo físico-psíquico-social en equipo interdisciplinario.

Nuestro equipo de trabajo realiza una comprensión dinámica del paciente, que nos da la posibilidad de entender lo particular de cada caso. Tiene en cuenta factores generales: culturales, biológicos, familiares.

El equipo interdisciplinario aborda al adolescente conociendo sus aspectos físicos, psicológicos y psiquiátricos; y, también intervienen, en muchos de los casos, psicólogos entrenados en tratamiento familiar.

Es fundamental para el pronóstico del tratamiento que el equipo esté alertado de los malos entendidos que se van a presentar, ya que de no ser comprendidos llevan al fracaso:

- Familias y pacientes, por sus mecanismos patológicos, depositan aspectos enfermizos en los integrantes del equipo.
- Proceso psicoterapéutico paradójal: En momentos de mejoría sintomática orgánica, se producen descompensaciones psicológicas y es en momentos de mejoría emocional, de apertura vincular, que la paciente necesita reforzar el síntoma como recurso frente a un estado sentido como desintegrador.
- Sujetos que nos ubican en la paradoja de ofrecer tratamiento para su mejoría y que, a su vez, activamente rechazan aquello que necesitan (alimentación), incluida nuestra terapéutica.

- El objetivo del tratamiento consiste en que el sujeto pueda recuperar u obtener un contacto lo más objetivo posible con las personas reales externas, el cual está muy comprometido.
- Dice Winnicott: «Mucho se ha hablado de los efectos frustrantes que tiene la realidad, mucho menos, del alivio que produce su contacto».

Podemos, pues, entender que el trabajo terapéutico consiste en tratar de que el adolescente entre en contacto con sus necesidades emocionales, sin sentirse desorganizado.

Estos síntomas pueden estar presentes en distintas estructuras psicopatológicas y, siendo la etiología el resultado de un conjunto de factores individuales, familiares y socioculturales, cada paciente tendrá su respectiva comprensión e indicación de tratamiento.

El acento del tratamiento se pone en el análisis del narcisismo o de las modalidades de la relación de objeto; y se puede observar el vínculo entre los TCA y los procesos de cambios adolescentes. Cambios en la pubertad y en el acceso a la autonomía, cambios socio-culturales y la imposibilidad de una expresión psíquica y representacional de ellos y necesidad de recurrir a una expresión comportamental y a una inscripción corporal.

6.2. Psicofármacos usados en anorexia-bulimia

Es importante la correcta asignación diagnóstica y no subestimar la importancia de la seguridad en la administración de la medicación a través de un responsable.

La anorexia y la bulimia son síndromes relacionados, pero diferentes, y los psicofármacos más comúnmente utilizados no son específicos. El espectro va desde el grupo de los antipsicóticos hasta los recurrenciales, pasando por los ansiolíticos y los antidepresivos.

No contamos con fármacos antianorexia ni antibulimia. Sabemos que cuanto más sintomática es la afección, menos eficaz es el fármaco. Si la afección es sindromática, aumenta la eficacia (por ejemplo, depresión-esquizofrenia).

Las **metas del tratamiento en la anorexia** deben apuntar a: 1) restaurar el peso corporal sano y las menstruaciones; 2) reeducar las consignas de alimentación; 3) evitar las complicaciones físicas; 4) modificar la ideación concomitante al trastorno y 5) prevenir las recaídas. Dentro de este marco, se indica el tratamiento farmacológico.

En la anorexia nerviosa, hay una decisión voluntaria del paciente de bajar de peso, y esto no se modifica farmacológicamente; a pesar de ello, y debido a las comorbilidades, se propone un abordaje sintomático. Por ejemplo: si hay comorbilidad con depresión, los fármacos de elección son los antidepresivos; si diagnosticamos que la alimentación tiene una connotación para el paciente cuasi delirante, la indicación serán los antipsicóticos; si están presentes ideas obsesivas en relación al cuerpo y al peso, los ansiolíticos y/o antidepresivos.

Debemos tener en cuenta que la evolución natural del cuadro sin intervención terapéutica tiene alta mortalidad (entre el 5% al 15% de acuerdo con la fuente); el 30% se cronifica; el 30% sigue otras evoluciones.

En la bulimia hay atracones y conductas compensatorias; si no se corrige la distorsión del esquema corporal no se modifica el síntoma. Son pacientes más propensas a desarrollar adicciones.

El **tratamiento de los adolescentes con bulimia** apunta a quebrar el ciclo atracón-vómito y, por otro lado, los síntomas acompañantes como la depresión, ansiedad y obsesiones respecto a la comida.

Algunos estudios demostraron que la noradrenalina liberada en el hipotálamo estimula a los animales a consumir alimentos, preferentemente hidratos de carbono. La respuesta del ánimo está muchas veces disociada del síntoma alimentario.

La sensación de saciedad y la terminación de los episodios bulímicos pueden estar relacionados con un aumento de los niveles cerebrales de serotonina; hasta que no se alcanza este incremento de serotonina en el cerebro, no se llega a la sensación de saciedad.

Se puede suponer que existe una desregulación de serotonina en pacientes con bulimia.

Se han comprobado niveles bajos de serotonina y dopamina que se podrían relacionar con la búsqueda del hedonismo alimentario de los pacientes bulímicos.

El efecto antibulímico de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina puede estar mediatizado por este mecanismo. Los resultados de la farmacoterapia son más optimistas en la bulimia que en la anorexia nerviosa. El tratamiento más exitoso ha sido con antidepresivos.

La fluoxetina debe indicarse en dosis altas. El tratamiento farmacológico debe durar un mínimo de seis a doce meses. Estudios actuales consideran que se produce una importante cantidad de recaídas entre el 3.º y 4.º año de iniciado el tratamiento.

Los antirrecurrenciales, como el litio específicamente, no se aconsejan en los vomitadores por las alteraciones hidroelectrolíticas que pueden producir.

En algunos casos de bulimia nerviosa, un esquema frecuente de medicación es el que homologa el tratamiento al de los trastornos de ansiedad, por ejemplo, la combinación de un antidepresivo con ansiolíticos o con antipsicóticos.

En muchos de los trabajos publicados, se habla de mejoría cuando hay una disminución de frecuencia en los vómitos; al referirse a la remisión el porcentaje disminuye al 30% y otro gran porcentaje recae.

En un número importante de jóvenes con anorexia o bulimia, el rechazo a engordar y la incapacidad de percibir su realidad biológica puede considerarse como una distorsión de la imagen corporal, en forma similar al cuadro delirante de un enfermo psicótico. Esta desorganización del aparato psíquico puede atenuarse con la inclusión de antipsicóticos. El riesgo es que aumente de peso con la medicación y, en el caso de una adolescente con anorexia, vire, entonces, hacia la bulimia, o sea, se estaría complicando el cuadro. Su administración debe ser cuidadosamente evaluada.

Es de recordar que en anorexia y bulimia se da el mayor índice de suicidios (27%) de los trastornos psiquiátricos en general.

7. Bibliografía

- ABRAHAM, K. *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé, 1959.
- BINSWANGER, L. «El caso Ellen West. Estudio antropológico clínico». *Existencia. Nueva dimensión en Psiquiatría y Psicología*. Madrid: Gredos, 1977.
- BLEICHMAR, E. «Anorexia y bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque modular transferencial. Aperturas psicoanalíticas». *Revista de Psicoanálisis*, Madrid, 4 de abril, 2000.
- BOREL, M et ál. «Bulimia, anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria». *Prácticas interdisciplinarias. Capítulo: Bulimia y anorexia, una clínica de lo singular*. Editorial Atuel, 1996.
- BRUCH, H. *Eating Disorders*. New York: Basic Books, 1973.
- BRUSSET, B. «Anorexia mental y toxicomanía». *Revue adolescente*, 2(2): 285-314. En: *Asociación Psicoanalítica Argentina de Buenos Aires. Revista de Psicoanálisis*. Adicciones. Año 1996, vol. XVIII.
- DSM-IV. «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales». *American Psychiatric Association*, Barcelona: Masson, 1995.
- FINVARB, G. «Trastornos de la alimentación en la adolescencia. Tratamiento Farmacológico». *Psicofarmacología Infanto Juvenil*. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2005.
- HALMI, K. «Anorexia nervosa and bulimia nervosa». *Child and Adolescent Psychiatry. Edited by Melvin Lewis*, 3rd Edition, 2002.
- JEAMMET, P. «Las conductas bulímicas como modalidad de acomodamiento a las disregulaciones narcisistas y objetales». *La Boulimie, Monographies de la Revue Francaise de Psychanalyse*. PUF, 1992.
- «La Anorexia Mental». *Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie*, 37350 A10 et A15, 2, 1984.

- «El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias». *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 41, N.º 5 y 6, 1993.
- LÓPEZ, B. «Bulimia: Un modelo adictivo». En: Moguillansky, R. (compil.). *Escritos clínicos sobre perversiones y adicciones*. Buenos Aires: Lumen, 2002.
- MOIZESZOWICZ, J., M. MARMER y S. GUALA. «Tratamiento Psicofarmacológico de la Anorexia y de la Bulimia Nerviosa». En: *Moizeszowicz, J. Psicofarmacología Psicodinámica IV*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- RIMBAULT, G. «Les indomptables figures de l'anorexie». *Revista Vértex*. Septiembre, 1990.
- PARRAL, J., P. KESTELMAN, M. T. CENA, M. CONTRERAS y T. HAAS. «Crisis psicopatológicas en la pubertad y adolescencia: Un modelo de internación psiquiátrica». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, diciembre de 1986, vol. XXVIII, 121: 235-240.
- PARRAL, J., M. CONTRERAS, G. FINVARB y M. ZAC. «Anorexia nerviosa e intentos de suicidio». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, diciembre de 1997, vol. XXXIX, 175: 359-365.
- PARRAL, J., M. T. CENA, M. CONTRERAS, T. HAAS, M. ZAC, G. FINVARB y J. FERNÁNDEZ LANDONI. «Anorexia nerviosa masculina». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, marzo de 1993, vol. XXXIV, 152: 9-21.
- STEINER, H. y J. LOCK. «Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 37 (4), april 1998, pp. 352-359.

Capítulo 28

Abordaje de adolescentes con obesidad

Dos casos clínicos para reflexionar

Lea cuidadosamente este material. A continuación de la presentación de los casos clínicos, aparecen preguntas que son frecuentes en la consulta con adolescentes con obesidad. Evalúe las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura del siguiente capítulo.

Micaela

Tiene 13 años y padece de DBT. Es la menor de seis hermanos. Convive con los padres y un hermano varón de 16 años con el que comparte la habitación. El padre de 53 años, trabaja en forma informal y no estable (changas) y la madre, como empleada doméstica con cama.

Antecedentes personales: Peso de nacimiento 4 kg. A los 7 años tuvo un aumento importante de peso (¿rebote adipositario?).

Antecedentes familiares: Padre obeso/DBT II/HTA/Alcohólico. Madre: HTA.

Micaela concurre a su primera consulta en marzo de 2009 por DBT; anteriormente, era atendida en un hospital del conurbano bonaerense que cerró su consultorio de la especialidad.

Cursa 2.º año del secundario y refiere no tener problemas en la escuela. Si bien relata que es aceptada y tiene amigos y amigas, los fines de semana no sale y se queda en la cama. Suele dormir la siesta, ve televisión desde la cama más de dos horas por día. Hace actividad física solamente en la escuela.

Su alimentación es desordenada. No desayuna y come golosinas todas las mañanas en los recreos. No consume lácteos, y en su dieta hay un exceso de hidratos de carbono (pan, galletitas y gaseosas).

Tuvo su menarca a los 11 años y su FUM fue en enero (no lleva un registro personal).

Al examen físico presenta: Peso 86 kg; talla 1,615 m.; IMC 33 (obesidad). Presenta acantosis nigricans; TA 120/80 mmHg; acné inflamatorio; Tanner 5; hirsutismo.

Exámenes complementarios: Hb 11.3 g/dl; VCM 75 fL; Plaquetas 299000/mm³; GB 9100/mm³. N 60%; E 2%; B 0%; L 31%; M 7%. Anisocitosis c/microcitosis. Triglicéridos 205 mg/dl Ácido úrico 5,3 mg/dl Hepatograma normal.

Prueba de tolerancia a la glucosa (PTGO)

	Basal	30'	60'	90'	120'
Glucemia	152	296	336	320	309
Insulina	23,9	61,6	81,8	34,3	24,3

Le proponemos analizar el caso de Micaela a medida que va leyendo este capítulo. Reflexione sobre los siguientes interrogantes:

¿Qué factores de riesgo encuentra en la historia de Micaela?

¿Qué consecuencias psicosociales acarrea la obesidad?

A lo largo del seguimiento, ¿qué le propondría a Micaela con respecto a sus hábitos cotidianos?

¿Qué orientación ofrecería a la familia para desarrollar factores protectores?

Reflexione cómo llevaría a cabo una estrategia integral, quiénes conformarían el equipo y cómo ampliaría las redes de sostén.

Diego

Consulta por primera vez a los 16 años en agosto de 2006 por «ahogos», precordialgias y astenia. Vive en Comodoro Rivadavia y presenta retraso madurativo diagnosticado a los 6 años (amnesias parciales y retraso madurativo). Ha tenido múltiples internaciones. Operado de labio leporino. Tiene dificultad para conciliar el sueño, y éste es interrumpido en varias ocasiones por «ahogos».

No hay antecedentes familiares de importancia.

Es el menor de cinco hermanos. Convive actualmente con los padres y con una hermana de 21 años. No está escolarizado y trabaja con los padres en un quiosco por las tardes, donde tiene oportunidad de ingerir golosinas y hacer otras trasgresiones alimentarias. Tiene dificultades en la socialización con pares dado que es rechazado.

Al examen físico: Peso 123 kg; talla 1,78 m; IMC 30.8; TA 110/70 mmHg; Tanner 5. Paladar ojival, genu valgum, estrías rojas, obesidad troncal. Se niega a concurrir al servicio de Nutrición.

Exámenes complementarios: Hemograma normal, perfil lipídico normal, ácido úrico 11,7 mg/dl glucemia en ayunas y hepatograma normal, ecografía hepática con evidencia de esteatosis. Se niega a realizar una PTGO.

Debido a la falta de respuesta clínica, se decide iniciar tratamiento con Sibutramina 10 mg/día en abril de 2007. Al poco tiempo, Diego suspende por su cuenta la medicación porque refiere que le aumenta el apetito.

En agosto de 2008, se conviene con el paciente reiniciar el tratamiento con Sibutramina, esta vez, a razón de 15 mg/día.

Concurre en noviembre a control y presenta 98,500 kg de peso, se estabiliza alrededor de 90 kg en controles posteriores. Desaparecen los «ahogos» nocturnos.

Diego se muestra muy complacido de esta evolución y comienza a practicar natación. Se indica descenso progresivo de la medicación.

Le proponemos analizar el caso de Diego a medida que va leyendo este capítulo. Reflexione sobre los siguientes interrogantes:

¿Qué plan de seguimiento le propondría a Diego? ¿Qué aspectos en cuanto a hábitos saludables y proyectos de futuro abordaría en consejería y cómo?

Describa dificultades posibles que puedan surgir en el seguimiento de Diego y su plan terapéutico.

Abordaje de adolescentes con obesidad

Dra. Miriam Toniatti

La obesidad es una enfermedad crónica, de origen multifactorial, que involucra en su patogenia a factores genéticos y ambientales, y que se manifiesta por una alteración de la composición corporal caracterizada por el incremento de la masa grasa. Es la patología metabólica nutricional más frecuente, en la actualidad, entre adultos y niños.

En las últimas dos décadas, la prevalencia de obesidad en adultos se ha triplicado en la mayoría de los países del mundo, llegó a constituirse en la nueva epidemia del siglo XXI (así lo ha denominado la OMS), es denominada como «epidemia», por primera vez, una enfermedad no transmisible. En niños y jóvenes entre 6 y 19 años, la prevalencia, también, se ha triplicado desde 1960, se estima, en los EE. UU., que el 20% de los niños de 2 a 5 años, el 30% de niños de 6 a 11 años y el 30% de adolescentes tienen sobrepeso o riesgo de padecerlo.

Según informes del grupo internacional de trabajo sobre obesidad de la OMS del año 2000, el 10% de los niños entre 5 y 17 años tiene sobrepeso y 2% de ellos son obesos. Aún en países no desarrollados, la malnutrición prevalente en estos tiempos lo constituye la obesidad, muchas veces, asociada al retardo de crecimiento en talla (doble riesgo).

Entre los años 1998 y 2001, se realizó en nuestro país un estudio nacional de prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 10 a 19 años, en la consulta a pediatras del sector público y privado. En una muestra de 1289 jóvenes (atendidos por pediatras de todo el país en consultorios del sector público y privado), se obtuvo una prevalencia de 20,8% para sobrepeso y 5,4% de obesidad tomando las tablas de Cole (ver más adelante) para dicha clasificación.

Como dato relevante, la cuarta parte de la población infanto juvenil estudiada en nuestro país presenta exceso de peso.

Este incremento en la prevalencia de obesidad infantil mundial, los altos costos que produce en términos de salud y economía, y los escasos éxitos en su tratamiento, hacen que sea prioritario dirigir esfuerzos hacia la detección oportuna y desarrollar estrategias de prevención (que sin duda deben trascender el área de salud e involucrar a distintos sectores que comparten responsabilidad en su origen, prevención y tratamiento).

1. ¿Por qué es necesario identificar y tratar a los jóvenes con sobrepeso?

La obesidad en niños y jóvenes, al igual que en la vida adulta, se asocia con complicaciones de salud, entre ellas, el desarrollo de la diabetes tipo 2 y del síndrome metabólico (directamente relacionados con la magnitud del incremento de la masa grasa y su ubicación ectópica) y alteraciones en la estructura y función cardiovascular predictores de riesgo futuro.

La pubertad es un período de vulnerabilidad en el desarrollo de obesidad, y la adolescencia es una de las etapas de mayor riesgo para el desarrollo de morbilidad futura. Se estima que alrededor del 80% de los adolescentes obesos seguirán siéndolo en la adultez.

2. ¿Cómo definir en los jóvenes el aumento de la adiposidad?

El diagnóstico clínico de obesidad debería basarse en medidas directas o indirectas de la grasa corporal. En adultos, una de las medidas más útiles es la determinación del IMC (Índice de masa corporal, BMI por las siglas en inglés) que, aunque tiene limitaciones a nivel individual, permite una estimación aproximada de la grasa corporal, tanto más eficaz cuanto mayor el IMC, ya que la grasa es el único compartimiento que puede tener tal expansión (a diferencia de la masa magra).

Sin embargo, existen cambios significativos en la composición corporal durante la niñez y pubertad, por lo que es imprescindible contar con las tablas específicas de IMC acordes con la edad y con el sexo para poder utilizar ese indicador. En 1999, un comité de expertos del grupo de trabajo sobre obesidad de la OMS (IOTF, International Obesity Task Force) determinó que, si bien el IMC no era el patrón oro para determinar adiposidad, era una medida validada y, por ello, debía ser el parámetro para definir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.

Además, como no es claro qué nivel de IMC se asocia a la aparición de riesgo metabólico en este grupo etario, se crearon puntos de corte que homologan los de 25 y 30 kg/m² del adulto (que

definen sobrepeso y obesidad), para cada edad y sexo entre los 2 y 18 años. Esta nueva tabla (de Cole y col.) tomó datos de seis poblaciones de referencia (UK, Brasil, Holanda, Hong Kong, Singapur y EE. UU.) y estableció valores de percentiles que se corresponden con la definición de sobrepeso y obesidad en el adulto.

VER: CDC Clinical Growth Charts. Actualizado 4 de Agosto, 2009.
http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm#Set1
 CDC. IMC. 2 a 20 años: Niños
 Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad.
<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/Spanishpdf95/co061023.pdf>
 CDC. IMC. 2 a 20 años: Niñas
 Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad.
<http://www.cdc.gov/growthcharts/data/Spanishpdf95/co061022.pdf>
 Fuente: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

Otro de los indicadores antropométricos que permiten el diagnóstico de aumento de la grasa es la determinación de los pliegues cutáneos: tricípital, bicípital, subescapular y suprailíaco. Este parámetro permite aproximar la ubicación topográfica del exceso de grasa, los dos primeros son representantes de la masa grasa periférica y los dos segundos, de la grasa central (asociada esta última a riesgo metabólico). Sin embargo, la determinación de los pliegues requiere entrenamiento para una correcta realización, presenta variabilidad importante en manos no entrenadas y, además, resulta difícil de evaluar en obesidades muy importantes.

Sin duda, una de las mediciones indispensables para realizar es la determinación de la circunferencia de la cintura, más accesible para la realización en manos no tan entrenadas, y que es un indicador de localización central abdominal de la grasa (y, por lo tanto, de riesgo).

Aunque no contamos con tablas locales de percentiles de cintura, se pueden utilizar las desarrolladas por Freedman, correspondiendo a la cintura > al P 90 como diagnóstico de obesidad abdominal.

VER: CDC. McDowell MA, Fryar CD, Ogden CL, Flegal KM. Anthropometric Reference Data for Children and Adults: United States, 2003-2006. National Health Statistics Reports. Number 10, October 22, 2008. Pág. 21 a 23:
<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr010.pdf>
 CDC. Nutrition Resources for Health Professionals
<http://www.cdc.gov/nutrition/professionals/index.html>

Por otro lado, debería alertar y obligar a la evaluación cualquier cruce hacia arriba en la curva de percentiles en peso o modificación del IMC en dos puntos durante cualquier momento de crecimiento.

3. Evaluación clínica

La historia clínica del joven con sobrepeso debe incluir antecedentes personales, familiares, historia alimentaria y hábitos, madurativa y de actividad física, además de la valoración antropométrica y el examen físico completo.

Es importante registrar el momento de comienzo de la obesidad y la presencia o no de desen-

cadena. Es bien reconocido que el sobrepeso de inicio en etapas tempranas de la vida se asocia a persistencia en la infancia tardía y adolescencia, independientemente del peso al nacer (PN) y del peso alcanzado en el primer año.

Constatar el PN, ya que tanto el bajo peso al nacer como el alto peso de nacimiento (ambos indicadores de alteraciones en el ambiente intrauterino) son factores de riesgo reconocidos para desarrollo de obesidad.

La alimentación en los primeros años de vida es un factor importante; algunos trabajos demuestran la relación entre lactancia materna y prevención de obesidad.

El alto PN resultado de diabetes gestacional puede ser factor de riesgo para desarrollar obesidad en la adolescencia.

Es importante evaluar los antecedentes familiares, ya que, sin duda, la obesidad en los padres es un factor de riesgo importante, ejerciendo los factores genéticos una fuerte influencia en el desarrollo de la adiposidad.

Cada vez se conocen mejor las bases genéticas de los factores hormonales y neuroquímicos que regulan los mecanismos de saciedad y hambre, oxidación de macronutrientes, conducta alimentaria, etcétera.

Los antecedentes familiares de diabetes tipo 2, dislipemia y enfermedad coronaria o vascular confieren riesgo para desarrollar comorbilidades ligadas a la obesidad.

Como la obesidad está fuertemente ligada a componentes medioambientales, es imprescindible investigarlos. En países desarrollados, se ha encontrado una relación directa entre medio socioeconómico y obesidad, son las jóvenes de familias de bajos ingresos las que suben de peso en la adolescencia, mientras que las de altos ingresos adelgazan durante ese período.

Datos actuales indican que los niños y jóvenes son menos activos que antes; el tiempo libre es cada vez más utilizado en actividades sedentarias: computadoras, video-juegos, televisión. También cuestiones de seguridad impiden el desarrollo de actividades recreativas al aire libre. Las horas frente al televisor tienen un doble riesgo: por un lado, la inactividad con la disminución del gasto energético y, por otro, la exposición a la publicidad de alimentos altamente energéticos que estimulan su consumo entre comidas.

Es importante preguntar cómo, dónde y con quién se come; la pérdida de la comensalidad, los jóvenes que comen fuera del hogar gran parte de las comidas del día y el tipo de comidas consumidas, con altos contenidos de azúcares y grasas y la escasa participación de frutas y verduras en la alimentación diaria, son fuertes determinantes del incremento de la obesidad.

El examen físico debe ser minucioso, completo y respetando el pudor del joven. Muchas veces, se debe diferir a una segunda consulta para lograr la confianza del paciente. Además de la evaluación antropométrica completa, se deben buscar signos relacionados con la aparición de complicaciones. El registro de la tensión arterial con manguito adecuado es muy importante para descartar la presencia de hipertensión. El alto IMC es un factor de riesgo en el desarrollo de agrandamiento de aurícula izquierda, hipertrofia ventricular y engrosamiento del espesor de la íntima media carotídea (riesgo cardiovascular futuro).

Evaluar la presencia de alteraciones respiratorias (ronquidos, apneas del sueño, Síndrome de Pickwick) en casos severos asociados al incremento de la adiposidad en cuello, así como al incremento del tejido graso abdominal. Se ha descrito asociación entre obesidad y asma.

Buscar signos indirectos de resistencia a la insulina: acantosis nigricans en cuello, surcos de la mano, pliegue submamario. La grasa corporal correlaciona con aumento de la insulina (hiperinsulinemia), insulino-resistencia y riesgo para desarrollar intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2.

Evaluar presencia de estrías, acné e incremento del vello, alteraciones del ciclo menstrual, como signos de hiperandrogenismo y para descartar asociación con poliquistosis ovárica.

En varones, es frecuente la pseudo-ginecomastia, aumento de la grasa en mamas, que aunque no constituye riesgo para la salud, determina efectos negativos en la imagen corporal (ya de por sí deteriorada) y aumenta la insatisfacción personal.

Se debe realizar una palpación abdominal cuidadosa (no es sencillo en obesidades importantes) evaluando la presencia o no de hepatomegalia debida al aumento de grasa en hígado pudiendo llegar al desarrollo de esteatohepatitis no alcohólica.

Recordar la importancia de la medición de la circunferencia de cintura para clasificar la distribución grasa como abdominal e investigar alteraciones metabólicas que determina dicha localización adiposa.

No menos importante es la evaluación psicoemocional; la obesidad es una enfermedad estigmatizante que produce un enorme estrés psicosocial. Las críticas relacionadas con el peso durante juegos y actividades deportivas producen alejamiento de esas actividades y contribuyen al aislamiento y depresión.

Exámenes complementarios: indicados para descartar la presencia o no de alteraciones metabólicas relacionadas a la obesidad. Deben estar dirigidos a la pesquisa de comorbilidades.

Se solicitará:

- Hemograma completo.
- Glucemia e insulina basal. En el caso de obesidades moderadas o severas y/o antecedentes familiares de diabetes tipo 2, es conveniente realizar determinación de glucemia e insulina 2 h postcarga de glucosa (que permite identificar aquellos pacientes con intolerancia a la glucosa) o, directamente, una curva de tolerancia oral a la glucosa (COTG).
- Colesterol Total y sus fracciones LDL y HDL (para evaluar riesgo cardiovascular asociado a aumento de LDL y/o disminución de HDL). El estudio de Bogalusa demostró que los niños con sobrepeso u obesidad tienen 2,4 veces más frecuentemente el colesterol elevado con respecto a los de normopeso y 3 veces más aumento de LDL.
- Triglicéridos y apolipoproteínas A y B (esta última indicadora de elevación de partículas pro aterogénicas). El mismo Bogalusa mostró 7 veces más riesgo de hipertrigliceridemia.
- Uricemia.
- Urea y creatinina.
- Proteína C reactiva (elevada en estados inflamatorios: recordar que la obesidad está considerada como un proceso inflamatorio crónico; es el tejido adiposo con sus citoquinas el que interviene en la génesis de esa inflamación).
- Hepatograma completo: descartar elevación de transaminasas producidas por hígado graso; hay mayor aumento generalmente de la GPT por sobre la GOT.
- Ecografía abdominal para detectar hepatomegalia.
- Examen de orina, determinación de microalbuminuria (marcador de riesgo macrovascular).
- En los casos de ronquidos o sospechas de apneas, estudio polisomnográfico.
- Es conveniente, en el caso de obesidades importantes, completar examen con evaluación cardiovascular, ECG y eventual ecocardiograma.

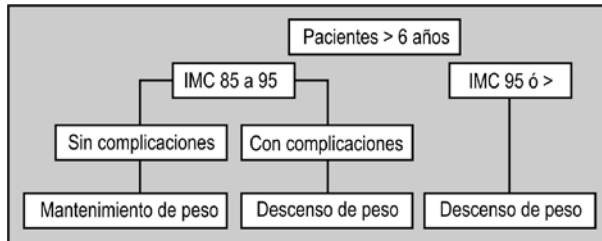
4. Tratamiento

La dificultad en lograr un tratamiento efectivo de esta enfermedad crónica, las altas tasas de deserción y los resultados limitados hacen imprescindible la elaboración de estrategias de prevención primaria destinadas a identificar y a detectar, a edades tempranas, diversión de la normalidad de parámetros antropométricos indicadores de adiposidad, principalmente, en aquellos pacientes con factores genéticos y familiares que confieren riesgo para su desarrollo. El objetivo de prevención en la infancia y la adolescencia es la regulación del peso corporal (masa grasa) a través de un asesoramiento nutricional adecuado a cada momento biológico, intentando el desplazamiento de conductas alimentarias inadecuadas y estimulando la inclusión y práctica de actividad física acorde con la edad dentro de la rutina familiar.

Se conoce que la obesidad en niños y adolescentes está relacionada con complicaciones médicas, por lo que es imprescindible definir a quiénes tratar.

Un tratamiento multidisciplinario pareciera ser la intervención más exitosa para lograr cambios de conducta de larga duración. En general, los programas de tratamiento deben incluir: asesoramiento nutricional, programas progresivos de actividad física acorde con las capacidades personales, estrategias conductuales para modificación de hábitos, fijación de metas con refuerzos permanentes, integración familiar al tratamiento y apoyo social, incluyendo escuela, compañeros y amigos.

El comité de Nutrición de la SAP y el de Epidemiología han elaborado un consenso para el diagnóstico y tratamiento en pediatría, en el que se ha recomendado el tratamiento en todo paciente con IMC mayor o igual al P 85 en presencia de complicaciones, y todo paciente con IMC mayor o igual al P 95 aún sin complicaciones, y han elaborado un algoritmo (modificado con respecto al elaborado por Barlow, S. E. y Dietz, W. H.).



Sin ninguna duda, el plan alimentario debe ser individualizado, adecuado al grado de sobrepeso, y teniendo en cuenta las prácticas alimentarias inadecuadas que ese grupo familiar debe modificar. El plan alimentario será hipocalórico, pero dentro del marco de una alimentación completa, variada, que se adapte a las posibilidades familiares, y que no interfiera con el crecimiento normal.

La actividad física debe indicarse con la misma vehemencia que el plan alimentario, debiendo ser regular, con una frecuencia mínima de tres veces en la semana y durante no menos de 30 minutos cada vez. Hay que proponer disminuir las actividades sedentarias; uso de televisión, computadoras y videojuegos.

En casos de obesidad grave o con comorbilidades, puede ser útil, en manos del especialista, la farmacoterapia de la obesidad. Hay solo dos fármacos autorizados para el uso en adolescentes mayores de 16 años: la Sibutramina (inhibidor de la captación de serotonina y noradrenalina) y el Orlistat (inhibidor de la lipasa). Aún no hay estudios suficientes en adolescentes respecto de la seguridad, eficacia y del tiempo de tratamiento.

Otro tanto ocurre con la cirugía de la obesidad; puede estar indicada en obesidades mórbidas y con riesgo de vida cuando otros tratamientos conservadores hayan fracasado. Se está evaluando la gastroplastia de banda vertical y el bypass gástrico. Por el momento, solo deberían considerarse de uso experimental.

5. Bibliografía

- ABU-ABEID. «Bariatric surgery in adolescence» *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 38, Issue 9, pp 1379-1382. Disponible en: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022346803004007>>
- BARLOW, S. E. y W. H. DIETZ. «Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations». *Pediatrics*, 1998, vol. 102, N.º 3, p. e29. Disponible en: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/102/3/e29>>
- BERKOWITZ, R. I. et ál. «Behavior Therapy and Sibutramine for the Treatment of Adolescent Obesity. A Randomized Controlled Trial». *JAMA*, 2003, 289:1805-1812. Disponible en: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289/14/1805>>

- COLE, T. J. et ál. «Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey». *BMJ*, 2000, 320: 1240-1243. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/reprint_abr/320/7244/1240.pdf>
- DOLAN, K. «Laparoscopic Gastric Band in Morbidly Obese Adolescents». *Obesity Surgery*, 2003, vol. 13, N.º 1.
- FREEDMAN, D. S. et ál. «Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study». *Am J Clin Nutr*, 1999, February, 69(2): 308-317.
- «The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study». *Pediatrics*, 1999, 103:1175-1182
- GILLMAN, M. W. et ál. «Maternal Gestational Diabetes, Birth Weight, and Adolescent Obesity». *Pediatrics*, 2003, 111: e221-226. Disponible en: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/3/e221?maxtoshow=&HITS=10&hits=10RESULTFORMAT=&fulltext=gillman&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=111&issue=3&resourcetype=HWCIT>>
- GRUMMER-STRAWN, L. M. y Z. MEI. «Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System». *Pediatrics*, 2004, 113: e81-e86. Disponible en: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/2/e81?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=gillman&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=113&issue=2&resourcetype=HWCIT>>
- JOHNSON, S. y L. BIRCH. «Parents' and Children's Adiposity and Eating Style». *Pediatrics*, 1994, 94: 653-661.
- MCDUFFIE, J. R. et ál. «Three-Month Tolerability of Orlistat in Adolescents with Obesity-Related Comorbid Conditions». *Obesity Research*, 2002, 10: 642-650. Disponible en: <<http://www.nature.com/oby/journal/v10/n7/abs/oby200287a.html>>.
- OPS/OMS. «Medicamentos contra la obesidad y el sobrepeso: resultados de un metaanálisis». *Rev Panam Salud Publica*, Washington, January, 2008, vol. 23, N.º1. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892008000100009&script=sci_arttext>
- RAITAKARI, O. y col. «Cardiovascular Risk Factors in Childhood and Carotid Artery Intima-Media Thickness in Adulthood: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study». *JAMA*, 2003, 290: 2277-2283. Disponible en: <<http://jama.amaassn.org/cgi/content/full/290/17/2277?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=raitakari&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>

Capítulo 29

Abordaje de adolescentes con síndrome metabólico

Dra. Miriam Tonietti

La OMS ha llamado la atención sobre el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en gran medida, resultado de los cambios en el estilo de vida en el mundo contemporáneo: el sobreconsumo alimentario y sedentarismo.

Tanto es así que ha calificado a la Obesidad como la nueva epidemia del siglo XXI y definido la aparición del Síndrome de este Nuevo Mundo en el que se conjugan la diabetes tipo 2, la obesidad central, dislipemia, hipertensión e hiperinsulinemia.

1. Un poco de historia

En el año 1988, el Dr. Gerald Reaven presenta en la «Banting Lecture» un grupo de trastornos metabólicos (diabetes 2, dislipemia aterogénica e hipertensión) que postula tienen un mecanismo fisiopatológico común: la insulino-resistencia (IR). Ya desde varias décadas antes, Jean Vague (1946) había caracterizado de manera diferencial las obesidades según la distribución grasa, fuera a predominio fémoro-glútea (GINOIDE) o abdominal central (ANDROIDE), y relaciona a ésta última con el riesgo de aparición de diabetes tipo 2, hipertensión y dislipemias, hipercorticismo e hiperandrogenismo.

En el año 1962, Neel plantea su «hipótesis del genotipo ahorrador», aquél que ha permitido la supervivencia de la raza humana enfrentada hace más de 10000 años (época de cazadores-recolectores) a períodos de hambruna prolongada, solo, transitoriamente interrumpida, por cortos períodos de acceso a la comida. En este contexto de alternancia de abundancia y de escasez, la supervivencia era posible en aquellos individuos dotados de mecanismos fisiológicos capaces de almacenar con eficiencia las reservas calóricas (en forma de grasas), las que le permitían enfrentar, exitosamente, el período de escasez posterior. En aquel contexto adaptativo durante el Paleolítico, los individuos portadores de esos genes ahorradores tuvieron ventajas selectivas, que transmitieron a sus hijos. Sin embargo, en la sociedad actual modernizada, con oferta abundante de alimentos, este genotipo resulta perjudicial. En el año 1991, el grupo sueco liderado por Bjontorp retoma los trabajos de Vague y advierte sobre el rol central del tejido graso principalmente intraabdominal en la génesis del síndrome y lo vincula a la hiperinsulinemia.

En 1998, Fernández Rial plantea esta susceptibilidad dentro del contexto de individuos que presentan un fenotipo pro inflamatorio.

2. ¿Qué significado tiene el SM?

El síndrome metabólico (SM), esta constelación de factores de riesgo cardiovascular presentes en, aproximadamente, el 25% de adultos norteamericanos, es un poderoso factor de riesgo para la

enfermedad cardiovascular aterosclerótica y la diabetes tipo 2.

Representa un conjunto heterogéneo de desórdenes metabólicos cuyo componente central es la insulino-resistencia.

El SM está definido por la concurrencia de obesidad, alteración en el metabolismo de la glucosa, dislipemia y aumento de la TA, grupo de factores de riesgo metabólico, que aumentan el riesgo de enfermedad coronaria, aterosclerosis y diabetes 2. En adición al peso de cada componente individual del SM, su combinación está independientemente asociada al desarrollo de la enfermedad cardiovascular y a la mortalidad por todas las causas en adultos.

3. ¿Qué ocurre en niños y adolescentes?

Al igual que lo observado en población adulta, a medida que se incrementa la prevalencia de obesidad infanto juvenil en los EE. UU., y en todo el mundo, el síndrome metabólico podría estar aumentando también en este grupo etario.

Los niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad tienen mayor riesgo para algunos o todos los factores individuales del SM.

Los factores de riesgo para SM parecen acarrear (*tracking*) desde la infancia a la adultez. Por otro lado, la ausencia de factores de riesgo en la infancia es predictiva de bajo riesgo de enfermedad cardiovascular en el adulto.

De este modo, la prevención del SM en la infancia podría no solo disminuir el peso de la enfermedad crónica temprano en la vida, sino, también, disminuir la proporción de adultos que la desarrollarán.

4. Sinonimia

Desde la descripción original de Reaven, el SM fue nominado de distintas maneras: Síndrome X, Síndrome dismetabólico, Síndrome cardiometabólico, Síndrome de Insulino-resistencia, Síndrome de Reaven, variaciones que surgieron a medida que fueron agregándose diferentes factores de riesgo en su constitución; aunque todos ellos coinciden en incluir como componentes esenciales: la intolerancia a la glucosa y/o resistencia a la insulina, la dislipemia aterogénica, la obesidad, la HTA.

5. Criterios para definir el SM

En 1998, en un documento en el que, inicialmente, se propone actualizar la clasificación y criterios diagnósticos de diabetes mellitus, la OMS propone la primera organización del síndrome de manera de unificar criterios de inclusión y definición, y poder realizar comparaciones desde el punto de vista epidemiológico para evaluar su prevalencia en distintas poblaciones.

Según la OMS se debe tener uno de los siguientes:

- Diabetes Mellitus (Glucemia en ayunas > 126 mg/dl ó 2 h postcarga > 200mg/dl)
- Tolerancia a la glucosa alterada (Glucemia en ayunas < 126 y 2 h postcarga > 140 mg/dl)
- Glucemia en ayunas alterada (Glucemia en ayunas > 110 y < 126 mg/dl y 2 h postcarga < 140 mg/dl)
- Insulino-resistencia (Captación de glucosa < al cuartil inferior de la población de referencia) + Cualquiera 2 de los siguientes:

- Relación cintura/cadera > 0.9 en hombres, > 0.85 en mujeres, IMC > 30 ó ambos
- Triglicéridos > 150 mg/dl HDL C < 35 mg/dl en varones y < 40 mg/dl en mujeres o ambos

- Tensión Arterial $\geq 140/90$ mmHg
- Microalbuminuria ≥ 20 mcg/min. o alb./creatinina ≥ 30 mg/g

	Diabetes Mellitus	Tolerancia a la glucosa alterada	Glucemia en ayunas alterada	Insulino - resistencia
Glucemia en ayunas	> 126 mg%	< 126 mg%	> 110 mg% y < 126 mg%	Captación de glucosa $<$ al cuartil inferior de la población de referencia + 2 de cualquiera de los de abajo mencionados
2 hs post - carga	> 200 mg%	> 140 mg%	< 140 mg%	
Relación cintura/ cadera				$> 0,9$ hombres $> 0,85$ mujeres + IMC $> a 30$ ó ambos
Triglicéridos				> 150 mg%
HDL -C				< 35 mg% hombres < 40 mg% mujeres
TA				$> 140/ 90$ mmHg
Microalbuminuria				> 20 mcg/ minuto ó alb / creatinina = ó > 30 mg/g

En el año 2001, el Panel de Tratamiento del Adulto III (ATP III del NCEP, Panel nacional expertos de colesterol) propuso una clasificación diferente disminuyendo su foco en la diabetes y considerando al Síndrome como la representación de múltiples factores de riesgo interrelacionados que incrementan el riesgo cardiovascular.

Establece sus raíces en el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo y factores genéticos:

Tres cualquiera de los siguientes:

- Glucemia en ayunas > 110 mg/dl
- Circunferencia de cintura (CC) > 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres
- Triglicéridos > 150 mg/dl
- HDL-C < 40 mg/dl en varones y 50 mg/dl en mujeres
- TA $\geq 130/85$ mmHg

U.S. Department of Health & Human Services.
National Heart Lung and Blood Institute.
Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), 2004.
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/>

La versión más reciente de definición de SM resulta de la reunión de consenso organizada por la IDF (International Diabetes Federation) en la que participaron veintinueve expertos de Europa, América del Norte y del Sur, Asia, África y Australia. Pone énfasis en criterios adicionales que deben ser tomados en cuenta:

Obesidad central, definida como CC ≥ 94 cm en hombres europeos y ≥ 80 cm en

- mujeres europeas con valores específicos de corte en otras etnias, más dos de los siguientes criterios:
- Hiperglucemia en ayunas ≥ 100 mg/dl o diagnóstico previo de diabetes 2. Si glucemia en ayunas es > 100 se recomienda realizar prueba de tolerancia oral a la glucemia (PTOG).
 - Hipertrigliceridemia ≥ 150 mg/dl o tratamiento específico de esa alteración.
 - Bajo HDL -C < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres o tratamiento para esa alteración lipídica.
 - Hipertensión sistólica ≥ 130 ó diastólica ≥ 85 mmHg o tratamiento antihipertensivo.

International Diabetes Federation
 IDF Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome, 2005
<http://www.idf.org/home/index.cfm?node=1429>
 The metabolic syndrome in children and adolescents: the IDF consensus
 Zimmet, P., Alberti, G., Kaufman, F., Tajima, N., Silink, M., Arslanian, S.,
 Wong, G., Bennett, P., Shaw, J., Caprio, S. on behalf of the International Diabetes
 Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. Diabetes
 Voice. Vol. 52. Issue 4. December 2007.
http://www.diabetesvoice.org/files/attachments/article_569_en.pdf

Como se puede observar, la OMS jerarquiza las alteraciones en el metabolismo de la glucosa en la definición, el ATP III rescata la importancia de los cambios relacionados con el nivel de triglicéridos, de HDL y de glucosa previos a la instalación de la diabetes y, finalmente, la IDF hace énfasis en la obesidad con distribución central de la grasa como punto de partida para el diagnóstico. En la definición del primero, se incluye el diagnóstico de diabetes.

6. ¿Cómo definir el SM en pediatría?

Como siempre sucede en pediatría, para definir el SM en el amplio rango de edades, con importantes variaciones de composición corporal y condiciones metabólicas, se requirió de la utilización de puntos de corte adecuados a las distintas edades, la utilización de percentiles y definir a la obesidad por criterio del CDC (IMC $> P 95$ para sexo y edad).

En el año 2003, Cook y col. establecieron los puntos de corte de acuerdo con la distribución de las mediciones en edades pediátricas usando datos del NHANES 1988-1994.

Así propusieron los siguientes criterios:

- Obesidad central CC $> P 90$ para varones y mujeres según tablas de referencia adecuadas
- Glucemia en ayunas ≥ 110 mg/dl
- Hipertrigliceridemia > 110 mg/dl
- HDL -C < 40 mg/dl para varones y mujeres
- Hipertensión arterial sistólica o diastólica $> P 95$ para sexo y edad

El grupo de Weiss hizo una adaptación sustituyendo la determinación de la cintura (por las modificaciones que sufre durante la pubertad) por el IMC, y la glucemia basal por la determinación de glucemia a las 2 h postcarga (más sensible para diagnóstico de intolerancia).

7. ¿Por qué esos criterios para definir SM?

Obesidad

Numerosos trabajos corroboran la correlación directa entre grasa corporal y resistencia a la insulina. El estudio de Bogalusa fue el primero en demostrar la relación entre grasa corporal y factores

de riesgo cardiovascular, con una correlación positiva entre grasa central y niveles de insulina basal (Freedman, D. S. et ál. *Am J Clin Nutr*, 1987; 46:403-410). Si bien en niños y adolescentes, el aumento de la grasa corporal total correlaciona con resistencia a la insulina, el aumento de grasa visceral es un factor de riesgo adicional (Goran, M. I. et ál. *Obes Res*, 2001; 9:423-431). Es por esto que tanto el Bogalusa como otros estudios remarcan el valor de la determinación de la cintura como un parámetro clínico sencillo, sensible y reproducible que correlaciona con aumento de LDL, insulina, tensión arterial y triglicéridos, todos factores de riesgo cardiovascular (Freedman, D. S. et ál. *Am J Clin Nutr* 1999; 69:308-317; Maffei, C. et ál. *Obesity Research*, 2001, 9:179-187).

Dislipemia

Así como en los adultos, en niños y adolescentes se encuentra correlación entre obesidad y alteraciones en los lípidos. Los adolescentes obesos presentan un aumento en los niveles de LDL-C y triglicéridos con disminución del HDL-C (perfil de riesgo aterogénico), principalmente, con IMC superiores al P 95. Estas alteraciones lipídicas están relacionadas etiopatogénicamente a la IR, y tienen un efecto de arrastre hacia la adultez (Srinivasan, S. R., Frontini, M. G., Berenson, G. S.; Bogalusa *Heart Study. Metabolism*, 2003; 52:443-450).

Intolerancia a la glucosa y Diabetes tipo 2 (DM2)

Tradicionalmente, la diabetes tipo 2 había sido considerada una enfermedad de los adultos, siendo la diabetes tipo 1 (dependiente de insulina) la forma en el 90% de niños y jóvenes.

Sin embargo, a partir de las últimas décadas, con el incremento mundial de obesidad (incluida la población infanto juvenil), la DM2 comienza a registrarse en jóvenes y adquiere, en algunos países, altos índices de prevalencia (Kauman, F. R. *J Pediatr Endocrinol Metab*, 2002; 15 (Suppl. 2):737-744).

Algunas etnias presentan tasas muy elevadas de DM2 (indios Pima, afroamericanos, sudasiáticos), con cifras de hasta el 50 por mil de los jóvenes entre 15 y 19 años entre los Pima contra el 2,5 a 4,5 por mil para el total de la población indígena americana. Sin duda, es la obesidad el principal factor de riesgo para DM2; la literatura demuestra que alrededor del 80% de los adolescentes con DM2 son obesos. En nuestro país, se han comunicado tasas de prevalencia de DM2 en obesos de entre 1,5 a 3% (Mazza, C. S., et ál *J Ped Endocr Metabol*, 2005, 18(5):491-498; Comunicación Congreso IDF 2003).

Lo preocupante, además de las cifras de prevalencia, es que hay evidencias de que la DM2 en edades tempranas se asocia a la aparición precoz de complicaciones macro y microvasculares.

La obesidad determina alteraciones en el metabolismo de la glucosa; primero, se altera la sensibilidad a la acción metabólica de la insulina, esto asociado al aumento de la grasa corporal. Esta resistencia periférica a la insulina se compensa, inicialmente, con el aumento de la secreción de la célula B pancreática. Es ante el fracaso de la célula B, que se instala la DM2.

Tensión arterial

El peso corporal es un factor predictor de TA en adultos. En pediatría, hasta el 30% de los obesos presentan valores patológicos de TA.

La IR provoca aumento de la retención de sodio, aumento de la actividad simpática y estimulación del crecimiento del músculo liso vascular, que podrían explicar la hipertensión. No todos los estudios demuestran correlación entre niveles de TA e insulina, por lo que pareciera que la hipertensión es multicausal (Sinaiko, A. R. et ál. *J Hypertens*, 2002, 20:509-517).

En la población de niños y adolescentes obesos del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, se encontró niveles elevados de TA en el 7% de los pacientes, especialmente, en los que tenían mayor grado de obesidad, alteraciones glucémicas y lipídicas.

¿Cómo se define la insulino-resistencia?

La resistencia a la insulina es la necesidad del aumento en la concentración hormonal de insulina para producir el mismo efecto biológico que en situación normal. El resultado de esta insensibilidad es, inicialmente, la hiperinsulinemia.

Es la condición inversa a la insulinosensibilidad, definida como la capacidad de estimular la utilización periférica de glucosa (especialmente, por el músculo y tejido adiposo) y suprimir la producción hepática de glucosa.

El patrón de referencia para su diagnóstico es el clamp euglicémico hiperinsulinémico, técnica compleja utilizada en investigación (pero no aplicable a la práctica clínica por su dificultad), que consiste en la administración continua EV de 1 mU/kg/min de insulina y, por otra vía, una infusión de glucosa al 20% a ritmo variable para mantener constante la glucemia en 100 mg/dl. La insulinosensibilidad se mide por los mg de glucosa que se requieren para mantener estable la glucemia en 100 mg.

Dada la dificultad en la realización clínica, se han desarrollado modelos matemáticos, validados con el clamp en niños, de los cuales el más utilizado y difundido es el HOMA-IR (*homeostasis model assessment - insulinresistance*). Estos modelos fueron validados para niños y adolescentes (Gungor y col. *J Pediatr*, 2004, 144:47-55).

$HOMA-IR = \text{insulina en ayunas (microU/ml)} \times \text{glucemia en ayunas (mmol/l)} / 22.5$.

Se considera resistencia cuando el valor es $>$ a 2 DS del medio según estadio puberal. Las tablas de referencia son las de Ten, S. y Mc Laren, N. (*J Clin Endocrinol Metab*, 2004, 89:2526-2539).

Durante la pubertad, momento de máxima insulina - resistencia fisiológica, este valor es $<$ a 3,5 (Weiss y col). Cuanto más alto el valor, mayor IR.

También se utilizan los niveles de:

- Insulina en ayunas $>$ 15 uU/ml en pre púberes y $>$ 20 en púberes
- Insulina post carga de glucosa $>$ 150 uU/ml
- Insulina 2 h post carga $>$ 75 uU/ml

8. ¿Cómo identificar a la población susceptible de requerir estudios para el diagnóstico de SM?

Los siguientes antecedentes, signos y síntomas sugieren la presencia de Insulino-resistencia y obligan a ampliar estudios para el diagnóstico:

- Historia familiar de diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, accidente vascular, obesidad, hipertensión.
- Diabetes gestacional materna.
- Bajo o alto peso de nacimiento.
- Excesiva ganancia de peso en el primer año, rebote adipocitario precoz, brote puberal.
- Cruce hacia arriba de percentiles de peso.
- Obesidad general moderada a severa y a predominio central.
- Signos de adrenarca prematura, estrías rojo-vinosas en la piel.
- Signos de poliquistosis ovárica en pubertad. Hirsutismo.
- Adipomastia o ginecomastia.
- Hipertensión arterial.
- Alteraciones del sueño con apneas.
- Hígado graso (esteatosis hepática) con hepatomegalia o sin ella.

9. ¿Cómo realizar la evaluación del joven con SM?

- Evaluación antropométrica inicial: $IMC > \text{ó} = P 85$.

- Determinar circunferencia de cintura.
- Evaluación de antecedentes familiares.
- Examen clínico completo buscando manifestaciones de IR. Determinar TA.
- Exámenes de laboratorio: Glucemia e insulina basal, glucemia e insulina 2 h postcarga de glucosa. HOMA IR.
- Perfil lipídico completo.
- Hepatograma. Ecografía hepática (en la búsqueda de esteatosis).
- Ácido úrico.
- Microalbuminuria.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda la pesquisa de Diabetes 2 en pediatría cuando un niño/joven presenta sobrepeso u obesidad + 2 factores de riesgo (antecedentes familiares en 1.º ó 2.º grado de DM2, dislipemia, hipertensión o poliquistosis ovárica) desde los 10 años de edad o desde el comienzo de la pubertad y cada 2 años (ADA. *Diabetes care*, 2000, 1(2):93-103).

No existe consenso en considerar que el diagnóstico del SM confiera mayor riesgo que la suma de los constituyentes individuales; por lo tanto, el tratamiento consiste en identificar e individualizar cada factor de riesgo y tratarlo adecuadamente (la HTA, la dislipemia, la DM2, etcétera).

No puede asumirse aún (por falta de estudios que así lo demuestren) que se deba tratar la IR.

No cabe ninguna duda que se deben implementar cambios en el estilo de vida, apuntando a una alimentación saludable con aportes calóricos para reducir el sobrepeso/obesidad y, fundamentalmente, introducir la actividad física regular y evitar el sedentarismo.

10. Bibliografía

BRAGUINSKY, J. *Obesidad: saberes y conflictos*. Buenos Aires: Editorial ACINDES, 2007.

COOK, S., M. WEITZMAN, P. AUINGER, M. NGUYEN y W. H. DIETZ. «Prevalence of a Metabolic Syndrome Phenotype in Adolescents Findings From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994». *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2003, 157: 821-827. Disponible en: <<http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/157/8/821>>.

DONNELL, A. y B. GRIPPO. *Obesidad en la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana, 2005.

FORD, E. S., C. LI, S. COOK y H. K. CHOI. «Serum Concentrations of Uric Acid and the Metabolic Syndrome among US Children and Adolescents». *Circulation*, 2007, 115:2526-2532. Disponible en: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/115/19/2526?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=metabolic+syndrome+children&searchid=1&FIRSTIND EX=0&resourcetype=HWCIT>>.

FREEDMAN, D. S. et ál. «Cardiovascular risk factors among children and adolescents. The Bogalusa Heart Study». *Pediatrics*, 1999, 103: 1175-1182.

— «Relation of body fat distribution to hyperinsulinemia in children and adolescents. The Bogalusa Heart Study». *Am J Clin Nutr*, 1987, 46: 403-410.

HIRSCHLER, V., M. L. CALCAGNO, C. ARANDA, G. MACCALLINI y M. JADZINSKY. «Síndrome metabólico en la infancia y su asociación con insulinorresistencia». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2006, 104(6): 486-491. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2006/v104n6a02.pdf>>.

REAVEN, G. M. «Banting Lecture. Role of insulin resistance in human disease». *Diabetes*, 1988, pp. 1595-1607.

SCHWIMMER, J. B., P. E. PARDEE, J. E. LAVINE, A. K. BLUMKIN y S. COOK. «Cardiovascular Risk Factors and the Metabolic Syndrome in Pediatric Nonalcoholic Fatty Liver Disease». *Circulation*, 2008, 118: 277-283. Disponible en: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/118>>.

8/3/277?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=metabolic+syndrom
e+children&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición.
«Consenso sobre factores de riesgo cardiovascular en pediatría. Obesidad». *Archivos Argentinos
de Pediatría*, 2005, 103: 262-281. Disponible en:

<<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/A3.262-281.pdf>>.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. Comité Nacional de Medicina del Deporte Infanto-
Juvenil. Subcomisión de Epidemiología. «Consenso sobre factores de riesgo cardiovascular en
pediatría. Sedentarismo». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2005, 103(5): 450-463. Disponible
en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/A5.450-463.pdf>>

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. Grupo de Hipertensión. «Consenso sobre factores de
riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Hipertensión arterial en el niño y el adolescen-
te». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2005, 103(4): 348-366. Disponible en:

<<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2005/Consenso.pdf>>

TEN, S. y N. MAC LAREN. «Insulin Resistance Syndrome in children». *J Clin Endocrinol Metab*,
2004, 69: 2526-2539.

WEISS, R., J. DZIURA, T. S. BURGERT, W. V. TAMBORLANE, S. E. TAKSALI, C. W. YECKEL,
K. ALLEN, M. LOPES, M. SAVOYE, J. MORRISON, R. S. SHERWIN y S. CAPRIO. «Obesity
and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents». *N Engl J Med*, 2004, 23: 2362-2374.

Disponible en: <<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/350/23/2362>>.

Índice

● Capítulo 30

Adolescencia y sexualidad

1. Introducción
2. Taller de sexualidad
3. ¿Con quiénes hablan los adolescentes de sexualidad?
4. ¿Por qué educar en sexualidad y cómo?
 - 4.1. ¿Por qué en este momento la educación sexual es prioritaria para el campo de la salud?
 - 4.2. ¿Cuál es la finalidad de la educación sexual?
 - 4.3. ¿Qué nos cuentan los jóvenes y sus familias?
 - 4.4. ¿Cómo educar?
 - 4.5. ¿Cuáles son las barreras con las que se encuentran los jóvenes y cómo vencerlas?
 - 4.6. ¿Es posible educar para el placer?
5. Abordaje de la sexualidad adolescente
 - 5.1. La sexualidad adolescente hoy y sus riesgos
 - 5.2. Debut sexual de varones y mujeres
 - 5.3. Orientación en la consulta y consejería sobre sexualidad en la adolescencia
CLAP - OPS/OMS. HdA - Formulario Complementario de Salud Reproductiva
6. Algunas reflexiones sobre el sexo y el alcohol
7. Bibliografía

● Capítulo 31

La consulta adolescente sobre anticoncepción

1. La sexualidad adolescente
2. El marco legal
 - 2.1. La tercera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)
 - 2.2. Convención sobre los derechos del niño
 - 2.3. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N.º 25.673, sancionada en 2002
 - 2.4. ¿El menor de edad tiene derecho a la intimidad y a la confidencialidad?
3. Aspectos que los médicos y agentes de salud deben conocer para trabajar en anticoncepción
 - 3.1. Los aspectos psicológicos y sociales
 - 3.2. Mitos sobre la anticoncepción
 - 3.3. Realidad de los diferentes métodos anticonceptivos

- 3.3.1. Abstinencia periódica
- 3.3.2. Métodos de barrera
- 3.3.3. Métodos hormonales
- 3.3.4. Dispositivos Intrauterinos
- 3.3.5. Doble Protección
- 3.3.6. Anticoncepción de emergencia
- 3.4. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos
- 3.5. Aspectos de la consulta
- 4. Flujograma
- 5. Bibliografía

●Capítulo 32

Disfunciones sexuales en la adolescencia

- 1. Breve reseña de las disfunciones sexuales y su correlato en la adolescencia
 - 1.1. Deseo sexual inhibido
 - 1.2. Dispareunia
 - 1.3. Vaginismo
 - 1.4. «Impotencia coeundi», «matrimonio no consumado», o imposibilidad coital
 - 1.5. Disfunción erectiva
 - 1.6. Eyaculación precoz
 - 1.7. Anhedonia eyaculatoria
 - 1.8. Aneyaculación
 - 1.9. Síndrome de dolor posteyaculatorio
 - 1.10. Parafilias

●Capítulo 33

Diversidad sexual

- 1. Asesoramiento frente a la problemática de la identidad y de la orientación sexual
- 2. Disforias de género
- 3. Homosexualidad
- 4. A modo de conclusión
- 5. Bibliografía

Capítulo 30

Adolescencia y sexualidad

**Dra. Diana Pasqualini,
Dr. Alfredo Llorens**

1. Introducción

Los modos de pensar, sentir y comportarse de hombres y mujeres se deben a costumbres sociales y familiares más que a factores biológicos. Influyen valores, creencias y, también, rasgos de la personalidad. Desigualdades y jerarquías tienen que ver en la construcción social entre los géneros femenino y masculino.

Durante mucho tiempo, se consideró que el padre de familia era dueño absoluto de su mujer, sus concubinas y de sus hijos. La mujer de más alta cuna era especialmente vigilada y podía ser condenada a la hoguera o tirada al agua con una piedra atada a su cuerpo o apedreada si era considerada infiel o si usaba maleficios para no quedar embarazada. En ocasiones, era recluida en recámaras donde convivía con las otras mujeres del hogar, con los niños y cuidaba a los enfermos. Allí se oraba y se tejía, confeccionándose todas las telas necesarias para el hogar. Se trataba de preservar la virginidad antes del matrimonio, la fidelidad y la maternidad. Sin embargo, en muchos hogares, las mujeres se transformaban en amantes secretas, ya sea a requerimiento de parientes o amigos, o por acercamiento voluntario a otros hombres. Obviamente, esto era más fácil para sirvientas, concubinas y parientes de menor alcurnia.

No todos los esposos disfrutaban de la intimidad y, en este caso, la mujer tenía como función la reproducción y la maternidad, y el dueño de casa disfrutaba de las compañías de otras mujeres.

Las costumbres fueron cambiando a lo largo del tiempo y, a medida que las casas tenían más alcobas, una de ellas era destinada a los esposos. En otras ocasiones, la mujer adquiría más espacio y la posibilidad de tener su propia alcoba.

En el siglo XVII, en Occidente, el amor y la amistad fue visualizado como un ideal dentro del matrimonio. Y la mujer no toleraba, en muchas ocasiones, amantes y concubinas. Paulatinamente, el lugar de la mujer fue cambiando. En la época victoriana y en los principios del siglo XX, la mujer fue adquiriendo un estatus social diferente como faro de fortaleza moral, responsable del hogar e hijos y de algunos aspectos de la educación.

Luego de la revolución francesa e incentivadas por los valores de la modernidad, «Igualdad, Libertad y Fraternidad», algunas mujeres comenzaron a reclamar sus derechos como ciudadanas, con variada suerte. Surgieron así algunas figuras femeninas integradas a los movimientos obreros que reclamaban participación social y económica igualitaria y sostenían el derecho a la educación para ambos sexos.

En el siglo XX, la mujer fue adquiriendo el derecho al voto, que se concretó en la Argentina luego de la Segunda Guerra Mundial. En la década de los sesenta, se incrementaron los movimientos sociales en pro de las mujeres, la lucha contra la discriminación racial (negros) y religiosa (judíos) y las oportunidades educativas con mayores posibilidades de prosperidad económica. Progresaron las técnicas anticonceptivas que favorecieron que en el imaginario social apareciera la posibilidad de una sexualidad no ligada a la maternidad.

Hacia los años setenta, algunos sectores feministas reafirmaron con fuerza que las mujeres eran oprimidas por la sociedad patriarcal (familia y política tenían como fin la subordinación de las mujeres). Algunas sostenían que el ser diferente enaltecía a las mujeres: su irracionalidad, su sensibilidad y su sensualidad serían valores superiores a los masculinos así como la maternidad y la «ética de los cuidados».

Hacia la década de los ochenta, ciertas corrientes de los Estudios de la Mujer, en sociedades industrializadas, mostraron tener limitaciones inherentes a la perspectiva unidireccional con que encaraban su objeto de estudio. Una de estas limitaciones consistía en que enfocar exclusivamente el problema de las mujeres llevaba a no tener en cuenta una visión de conjunto, ya que el «otro» no es pensado, significado ni deconstruido. Comenzó a reconocerse que el género jamás aparece en forma pura, sino entrecruzado con estos otros aspectos determinantes de la subjetividad humana, como la edad, la clase, la nación, la etnia, la lengua, la preferencia erótica, la filiación política, la capacidad económica, la escolaridad, la ocupación, la conyugalidad, la fe religiosa y todas las demás posibles.

Sin embargo, a pesar de que esta situación produjo movimientos críticos, igualmente se reconocen actualmente sus logros: haber hecho visible lo que no se veía en la sociedad, poniendo en descubierto la marginación social de las mujeres; desmontar la pretendida naturalización de la división sexual del trabajo, revisando la exclusión de las mujeres del ámbito público y su sujeción en lo privado, etcétera.

«En los años ochenta, comienza a perfilarse una corriente más abarcadora e incluyente que busca nuevas formas de construcciones de sentido, tratando de avanzar en las relaciones entre mujeres y varones, con lo cual surgen los Estudios de Género. De forma paralela, un número aún reducido de hombres comenzó a cuestionarse sobre la “condición masculina”, esto es cómo la cultura patriarcal deja sus marcas en la construcción de la masculinidad, afectando sus modos de pensar, de sentir y de actuar. Algunos de estos estudios dan lugar a la llamada “nueva masculinidad”». (Burin y Meler).

«La polarización entre los géneros sexuales tiende a disminuir en la modernidad tardía. Las condiciones de vida son cada vez más semejantes para mujeres y varones, por lo que se produce una articulación entre las actuales prácticas sociales (en las que el acceso a la educación es semejante para varones y mujeres, y ambos se insertan en el mercado laboral aunque lo hagan de modos diversos), y las representaciones sociales acerca de la feminidad y la masculinidad», refiere Irene Meler.

Y, además, en el siglo XX se afirma la sexualidad como un derecho donde se contemplan varias variables y surge, entre ellas, el derecho a la procreación y al placer. Así, aparece otra dimensión de estudio ¿Qué desean hoy varones y mujeres? ¿Qué esperan de las relaciones sexuales?

Según Freud, la pulsión sexual infantil, fuerza que empuja al sujeto a la búsqueda de objetos que le den satisfacción y placer, es perversa polimorfa. Su finalidad es la búsqueda de placer y puede satisfacerse con cualquier objeto. Es la cultura la que define las formas y canales «oficiales» y permitidos para satisfacer la pulsión sexual.

La sexualidad humana no es expresión limitada a lo genital y a la reproducción. Incluye amor, placer y comunicación afectiva. Y, también, diversidad en cuanto objeto de preferencia sexual, prácticas sexuales y modos de vivirla. Está influida por la política, la cultura, los valores e ideales de la época, la educación, las costumbres familiares y el devenir de la propia historia del individuo.

Por otro lado, recordemos que en el siglo XX hubo dos fenómenos que revolucionaron las prácticas sexuales. En la década de los sesenta, la irrupción de los anticonceptivos, y en la de los ochenta, la aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. A raíz de ellos, los programas referidos a la Planificación Familiar y, posteriormente, los de Salud Sexual y Reproductiva tuvieron un auge importante. Se comenzaron a estudiar los comportamientos sexuales de varones y mujeres, el uso de los métodos anticonceptivos y se hizo hincapié en la promoción de la salud para evitar embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Y, posteriormente, se empezaron a investigar los problemas relacionados con la coerción y la violencia de género.

Las diferentes luchas feministas y por los derechos humanos permitieron que hoy en día se dé un lugar importante en políticas de salud a la equidad de género, elemento esencial para el desarrollo sostenible.

Equidad no es lo mismo que igualdad y no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son «innecesarias, evitables e injustas». Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social.

Durante la edad reproductiva, es más frecuente la utilización de los servicios preventivos por parte de las mujeres. La mujer tiende a consultar por sus diversos malestares físicos y emocionales y, además, para prevención o atención del embarazo, ITS o abuso sexual. El acceso a la salud depende de la cobertura y/o de la capacidad de pagar el servicio, de la educación, del vínculo familiar. A pesar de esta capacidad y del mayor número de servicios, en muchas ocasiones las jóvenes quedan embarazadas sin planearlo, contraen una ITS o son abusadas.

En cuanto a los varones, no suelen acudir al centro de salud excepto en situaciones extremas. Se dice que los varones tienen más parejas sexuales que las mujeres, hecho cuestionado en algunas culturas urbanas posmodernas, y, por consiguiente, más riesgo de adquirir la infección por el VIH. Algunos pagan por sexo y ejercen la coerción sobre sus parejas sexuales. Y otros llegan al abuso de drogas, a otros tipos de violencia y riesgos por lo cual pueden terminar en la cárcel o morir tempranamente.

Muchos varones tienen relaciones ocasionales sin ningún compromiso afectivo. Y, muchas veces, sin cuidado. No han aprendido a querer y a respetar a una mujer. Y la ven tan solo como objetos para ser usados para su propia gratificación. Es de aclarar que muchos de ellos no han tenido modelos identificatorios que les enseñaran a sentir y a expresar sus emociones.

Por último, incluimos en esta introducción un concepto importante que está en la agenda de la OPS/OMS y forma parte del texto «Subsanar las desigualdades en una generación»: Actualmente, van en aumento las desigualdades de oportunidades entre la gente de las diferentes regiones de América y persisten conductas que no respetan la equidad de género, favoreciendo situaciones injustas que podrían remediarse, por lo cual, se proponen tres principios de acción para superar las desigualdades sanitarias:

- «1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- 3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto».

Es de recordar que «las desigualdades entre hombres y mujeres influyen en la salud en distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras cosas».

«Si bien la posición de la mujer ha mejorado enormemente a lo largo del último siglo en muchos países, los progresos son desiguales y sigue habiendo muchos obstáculos que superar. Muchas mujeres ganan menos que los hombres, incluso con trabajos equivalentes; las jóvenes y las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y de acceder a la educación. La mortalidad y la morbilidad maternas siguen siendo elevadas en muchos países y los servicios de salud reproductiva siguen estando muy mal distribuidos entre los países y en el interior de éstos». Para reducir las desigualdades sanitarias, es esencial establecer políticas participativas en pro de la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres.

2. Taller de sexualidad

¿Cómo elaboraría un taller de sexualidad?

Le ofrecemos un material para discutir entre colegas, charlar con miembros significativos de la comunidad o trabajar en modalidad taller con padres y/o adolescentes. Son viñetas clínicas con las cuales intentamos promover la reflexión.

Recuerde: En todo taller, el primer paso es la capacitación de aquellos que lo convocan. Por lo cual, lea el material de este módulo y, luego, reflexione cómo armaría un taller sobre sexualidad.

- Qué objetivo tiene el taller.
- Quiénes contribuirán a su armado.
- Hacia quiénes está dirigido.
- Cómo lo implementará: Metodología que va a utilizar.
- Dónde y cuándo: Tiempo y Espacio en que se desarrollará.
- Con qué recursos humanos, materiales y financieros.
- Qué y cómo evaluar los resultados.

Un grupo de docentes acuden al Servicio de Adolescencia y solicitan dialogar con un profesional del servicio:

Quieren un taller sobre sexualidad en la escuela ya que han tenido una alumna embarazada en 4.º año y no saben si esto será un mal ejemplo; además, hay varones «raros» y temen que seduzcan a otros varones, y hay un grupo que está contando sus salidas con mujeres «especiales».

¿Cómo armaría un taller?

¿En qué condiciones y cómo lo plantearía?

Reflexione sobre cinco puntos que considere básicos.

Consulta solicitada por la madre al médico:

«Doctor, mi hija tiene 14 años. Es discapacitada pero muy vital y enamoradiza. En la escuela tiene varios pretendientes. Vengo para que le de pastillas por si alguien la viola».

Consulta de padres al médico:

«Doctor, nuestra hija viene para un control. Queremos que nos diga cómo está y ella quiere hablar con usted. Así que los dejamos solos. Ah, nos olvidábamos decirle que en casa somos muy estrictos con los chicos y no es de nuestro interés que usted dialogue con ella temas referidos a la sexualidad».

Cuando quedan solos, Carina le explica al médico que ella solo aceptó venir porque quiere información sobre MAC porque piensa iniciar relaciones con su «amigovio». Dice que son nada más que amigos para transar y «tocar».

Diálogo entre dos amigas:

Soledad le cuenta a su amiga Teresa que la noche anterior tuvo relaciones con Fernando y que se rompió el preservativo. Que tiene miedo de quedar embarazada.

Teresa le dice que hay una pastilla que se usa en estos casos y que hable con la mamá para que la lleve al médico.

Soledad teme la reacción de la madre.

Consulta de adolescente a la amiga de la mamá, su madrina:

«Vengo porque mi mamá descubrió que tengo relaciones con mi novio, con Fede, con el cual estoy desde hace dos años. Lo querían mucho y lo consideraban un hijo más. Ahora no le permiten la entrada a casa y me encierran. Solo puedo ir al colegio. Me pusieron una psicóloga y yo no tengo nada que contarle. Mi doctora me dijo que soy yo la que tengo que decidir lo que quiero, pensarlo bien y luego charlar con mis papás y, si decido tener relaciones, cuidarme. La última decisión es mía. Que conviene que lo charlemos Federico y yo».

¿Qué dice la madrina?

Diálogo de colega a colega:

«Sabes Horacio, estoy preocupado porque las ginecólogas están dando pastillas a todas las adolescentes que acuden al servicio. Yo no lo considero bien. Viste lo de objeción de conciencia. Yo no estoy de acuerdo que las chicas pasen de mano en mano antes de casarse».

«Mira, Fernando, a mí no me preocupa tu conciencia, me preocupa el embarazo y la epidemia de sida. Yo quisiera saber si se están cuidando como corresponde y si las pastillas no les da una falsa seguridad».

Marta a María, ambas madres:

«Sabes, el otro día alguien me prestó “El complejo de la langosta” de F. Dolto. Allí dice que los padres hablan del forro y del sida, pero no les enseñan a sus hijos varones a respetar, cuidar y dialogar con las mujeres. Y que las relaciones sin afecto no ayudan a crecer. ¿Qué te parece?».

«Yo me pregunto si yo y mi marido le hablamos a nuestros hijos de estos temas, los ayudamos a conversar y negociar lo que quieren, a que no se metan con aquellos que les causen daño. Y si somos un buen ejemplo».

Diálogo entre amigas:

Graciela le cuenta a Marta que una semana atrás intentó tener su primera relación. Que se asustó, no le gustó nada y él «no pudo hacer nada». Que la noche anterior quisieron tener relaciones nuevamente y, en el medio, se enfriaron y no siguieron adelante. Ha decidido no seguir adelante con este noviazgo. Pero se siente muy mal porque piensa que no es normal.

¿Qué le contesta Marta?

¿Qué hago, Doctora?

«Desde hace un tiempo mi hija está muy pudorosa. No quiere que nadie la vea cuando se cambia. Es evidente que su cuerpo está cambiando... Incluso sospecho que está por desarrollar o ya le pasó...».

«Doctor, como la veía triste a María últimamente, leí su diario íntimo. Y me preocupé, su novio de 16 le propuso tener relaciones».

Padre a solas con el médico:

«Doctor, vengo a contarle que Matías de 13 está muy “caliente”. ¿Le parece bien que lo acompañe a un lugar para que pueda debutar?».

«Doctor, al fin conseguí que mi novia aceptara tener relaciones, pero no pasó nada. Lo intenté varias veces y siempre lo mismo. ¿Soy normal? ¿Hay algún remedio para esto?».

Soledad tiene 14 años. Cursa primer año en una escuela rural. Para llegar a ella tiene que caminar dos horas desde su casa. Sus padres son muy pobres y no pueden darle ni desayuno ni almuerzo; come lo que le ofrecen en el colegio; cuando regresa a casa tiene que ayudar a la familia en las tareas del campo. La escuela no le brinda un sostén adecuado y sus pares más grandes son violentos y han abusado de algunas de sus compañeras. Nadie quiere intervenir, ni docentes, ni padres, ni autoridades del pueblo y no hay un servicio de salud cercano. Usted acaba de llegar al lugar como profesional de la salud. ¿Que sugeriría?

«Doctor, mi hijo está creciendo... Desde hace bastante tiempo no puedo ni acercarme al baño cuando se baña. Una mañana encontré el calzoncillo húmedo. Cuando quise hablar del tema me contestó mal. Le dije al padre que se ocupe. Pero no sé si lo hará, está trabajando mucho». Y creo que los padres nunca le hablaron...

¿Con quién hablan los adolescentes sobre sexualidad?

Sugerimos conocer los siguientes textos y leyes antes de participar en un taller con la comunidad. Invitamos al lector a buscar las referencias pertinentes en su región o localidad.

- UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño <http://www.unicef.org/spanish/crc/>
- Ley N.º 23.849 - Aprobación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. 1990.
<http://www.portaldeabogados.com.ar/codigos/cdn.htm>
- Programa Nacional de Educación Sexual Integral Ley N.º 26.150.
http://www.mcy.gov.ar/doc_pdf/ley26150.pdf
- Ley N.º 25.673 - Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6230>
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/search.php?number=25673>
- Ley N.º 418 – Salud Sexual y Procreación Responsable. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2000.
<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley418.html>
- Ley N.º 2110 - Ley de Educación Sexual Integral. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2006. <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley2110.html>

3. ¿Con quiénes hablan los adolescentes de sexualidad?

Las personas con las que más dialogan son los pares. Les importa lo que piensan, lo que sienten y lo que hacen. Muchos hablan con sus padres, especialmente las mujeres con la madre. Y otros dialogan en la escuela con otros adultos. Algunos participan en encuentros de educación sexual.

Además, es de recordar que son espectadores pasivos de contenidos sexuales que aparecen en los medios de comunicación.

Según la Academia Americana de Pediatría, al finalizar el colegio, los adolescentes han visto 15.000 horas de televisión comparado con 12.000 horas en clase. Por lo cual es muy probable que los medios de comunicación –la televisión, la música, Internet– ejerzan una fuerte influencia en las conductas, valores y creencias.

A veces, no es el tiempo transcurrido frente a la televisión o la computadora el real problema, sino la actitud del mismo adolescente y sus padres. Por ejemplo:
¿Hay un televisor en cada cuarto? ¿Sabían los padres qué ven sus hijos? ¿Tiene la computadora filtro para la pornografía? ¿Se dialoga de los programas vistos?
¿Se habla de ternura, amor, privacidad, confidencialidad en las relaciones...?
¿Cómo es la relación del hombre/la mujer en casa?

Es necesario tener en cuenta que el niño aprende a comunicarse y a solucionar problemas en su hogar. Es en el seno de la familia que se va formando la personalidad, que incluye aspectos de la

sexualidad. Influyen en el desarrollo las improntas que recibe desde su nacimiento, la forma de amarlo y de acariciarlo, el afecto o dureza que se manifiesta en las voces, miradas y sonrisas, las observaciones de las actitudes y roles de la madre y el padre, el diálogo en el seno del hogar, las acciones cotidianas.

En el período de la latencia, cuando la energía sexual está puesta en el aprendizaje escolar y cultural, se constituyen los diques que frenan la pulsión sexual –pudor, asco y sentimientos morales–. Construcciones que varían según las características de las familias y los aprendizajes escolares.

En la adolescencia, la satisfacción sexual se orientará hacia el hallazgo de un objeto de amor. En la primera etapa de la adolescencia los rápidos cambios corporales exigen del adolescente un esfuerzo para apropiarse de su esquema e imagen corporal. Es por ello que muchas veces se repliega en sí mismo y, como acto sexual en sí, aparece la masturbación que le permite conocerse y aliviar tensiones. Los «mejores amigos» ayudan a transitar esta etapa y distanciarse de los padres infantiles. En la adolescencia media, las «barras» dan lugar de pertenencia y facilitan las primeras salidas con el sexo opuesto y la iniciación sexual. En la adolescencia tardía, va creciendo el pensamiento crítico y, al final de la adolescencia, adquiere la capacidad de intimar. Se afianza el proyecto de futuro en cuanto a vocación, trabajo, pareja y familia.

El contacto con nuevas situaciones va creando interrogantes, incrementando conocimientos y facilitando nuevas experiencias e identificaciones –afianzando la «identidad de género» que abarca rol y aspectos sociales de lo femenino/masculino–.

La escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los grupos de pares pueden influir positiva o negativamente.

Pero uno de los factores protectores más importantes es la comunicación en el hogar.

La educación en sexualidad forma parte de la educación general. En el seno del hogar, comienza aún antes del nacimiento.

El diálogo no solamente es verbal:

- Los mensajes no solo se transmiten con palabras. Hay cosas que se viven y de las que se habla muy poco.
- La calidad de la voz influye en la recepción del mensaje: tono, intensidad, ritmo y volumen.
- Elementos fisiológicos, como la respiración, la postura de la persona al hablar, los movimientos de sus ojos y otras manifestaciones sutiles del lenguaje revelan los sentimientos detrás de las palabras.

A través de la palabra:

Conviene abordar temas referidos a la sexualidad sin invadir la intimidad del adolescente. El compartir una lectura, una película, una escena vista en la televisión o el relato de hechos vividos por conocidos o amigos facilita el diálogo.

A veces, los padres no saben cómo hablar de temas sexuales con sus hijos y, en esto, influye si ellos hablaron con sus propios padres y con su pareja. También importan los valores y la educación que recibieron.

Por ejemplo:

- Hay quienes educan para la abstención, virtud que consiste en privarse total o parcialmente de satisfacer los apetitos.
- Otros, para el placer. Para disfrutar y saber relacionarse placenteramente con otro elegido.
- Algunos consideran el ejercicio de la sexualidad un derecho que debe ejercerse con responsabilidad. Tienen en cuenta el autocuidado y el cuidado del otro.
- Otros creen que de este tema no se habla. Asocian la sexualidad al fruto prohibido. El conocimiento para ellos facilitaría transgresiones a pautas religiosas o familiares.

- Hay quienes encuentran placer en la violencia. Violencia o dominio sobre el otro, carecen de la preocupación por el otro.
- Unos pocos confunden pornografía con amor.

Al decir de Emiliano Galende, la pornografía «es un acto sexual sin intercambio afectivo. Algunas de sus características son la intensidad y la fugacidad. El amor en cambio es palabra amorosa, historia y mundos compartidos. No es fusión, ni identidad, sino afinidad. El desafío es integrar la nueva sexualidad a la vida amorosa y a la vida tierna».

- Y hay padres que ejercitan una doble moral. Por un lado desean que sus hijos estudien y no tengan relaciones, pero son incongruentes sus palabras con sus actitudes.

Los adolescentes buscan coherencia en sus padres, referentes positivos, no «pendeviejos», atención y ejercitación de los mismos valores que predicán, especialmente con respecto a la sexualidad.

Reflexionemos:

La sexualidad es más que el funcionamiento sexual, tiene que ver con estilos de vida, roles sexuales y formas de relacionarse con el entorno. Incluye sentimientos, sensaciones y hechos relacionados con el placer, el amor, la comunicación afectiva, la preocupación por las necesidades del otro, el crecimiento mutuo a través de la relación y, a veces, la reproducción.

Según Álvaro Campo Guadamuz y Campos Arrieta, es vivencia que implica la aceptación del propio cuerpo, la construcción de vínculos afectivos, proveer y disfrutar del placer de estar con otro y la responsabilidad de cuidar los sentimientos, el cuerpo, la salud física y mental de sí como del otro.

El concepto de una *sexualidad sana* se refiere a:

La actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social, el autocuidado y preocupación por el otro, el retraso de la iniciación sexual hasta haber alcanzado la madurez física, cognitiva y emocional necesaria... (OMS).

La capacidad de intimar, de comprometerse amorosamente con el otro, de armar un proyecto en común se adquiere en la adolescencia tardía.

Los adolescentes suelen pensar diferente.

4. ¿Porqué educar en sexualidad y cómo?

Durante varios siglos, las vivencias en sexualidad y su educación estuvieron sujetas a la cultura patriarcal. Las construcciones sociales de género atribuían a lo masculino la fuerza, el sostén económico de la familia, la procreación de hijos cuya legitimidad no estuviera en dudas, la heterosexualidad con el fin reproductivo dentro de la constitución familiar y la búsqueda de placer fuera del ámbito del hogar. Lo femenino se asociaba a lo débil, lo afectivo, la virginidad, la monogamia, la fidelidad y a la maternidad.

Con el advenimiento de la revolución industrial, los avances del psicoanálisis, el cambio social de la mujer y la aparición de los anticonceptivos, las pautas sociales y los valores se modificaron. La procreación dejó de ser el fin principal de la sexualidad y adquirieron preeminencia la búsqueda del

placer, el amor y la comunicación afectiva. La concepción de género se fue modificando, los roles pasaron a ser complementarios.

La educación sexual también fue pasando por diferentes etapas. Durante años, de este tema no se habló, se pensaba que los conocimientos se adquirirían naturalmente y que el diálogo podía promover comportamientos sexuales no acordes con los mandatos culturales.

Luego se aceptó que los jóvenes debían recibir información; pero la educación quedaba en manos de la familia. Hoy en día, se promueve una educación más integral.

4.1. ¿Porqué en este momento la educación sexual es prioritaria para el campo de la salud?

Embarazos adolescentes no planeados (en nuestro país, aproximadamente 15% de los bebés nacen de mamás adolescentes), la mortalidad por aborto como una causa importante de la mortalidad materna y la diseminación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana son factores que han hecho que el tema educación sexual esté en la agenda del gobierno (Ley N.º 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral).

Además, las estadísticas muestran que por lo menos el 50% de las mujeres no recibe información sexual en sus casas y que el riesgo de embarazo y de ITS es mayor cuanto menor es la edad del debut sexual, el nivel socioeconómico y el educativo, y cuanto mayor es la diferencia de edad entre la mujer y el varón. Un dato muy importante es que un tercio de los jóvenes o más se inicia sin prevención.

4.2. ¿Cuál es la finalidad de la educación sexual?

La finalidad de la educación sexual es aumentar los conocimientos (ofrecer otros modelos) para reducir los riesgos, pero también disminuir tensiones y promover actitudes maduras y responsables. Es importante no fomentar temores y rescatar los aspectos placenteros de vincularse con el otro.

4.3. ¿Qué nos cuentan los jóvenes y sus familias?

La pubertad y la adolescencia son etapas difíciles para los adolescentes como para sus padres. Rebeldía y desafíos son arduos de sobrellevar sin una buena comunicación. Los adolescentes necesitan confrontar con los adultos que los rodean a fin de crecer y desarrollarse autónomamente. Pero, además, son necesarios sostén, continuidad de cuidados en el hogar y límites para sentirse queridos y para aumentar su estima personal. Hablar de sexualidad no es siempre fácil, y si aparece como tema tabú, puede surgir más de un riesgo.

Los programas de educación sexual no se desarrollan en todos los ámbitos escolares, y no todos los adolescentes acuden a la escuela.

4.4. ¿Cómo educar?

María José García Werebe describe:

«La educación sexual, en un sentido amplio, comprende todas las acciones directas o indirectas, deliberadas o no, ejercidas sobre un individuo, que le permiten situarse en relación con la sexualidad en general y con su vida sexual en particular».

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam) propone que la educación sexual sea:

- «Adecuada: Los contenidos y formas de comunicación deben ser apropiados a cada edad, al nivel

madurativo y de comprensión de los grupos a quienes esta educación va dirigida. Deberá contemplarse la necesidad de incluir en la educación sexual a la sociedad adulta. Ellos comparten los mismos mitos, miedos y desinformación que los más jóvenes y son aún más reacios a introducir cambios de conducta en sus prácticas sexuales».

● «*Integral*: La educación sexual deberá entenderse como la integración de los contenidos biológicos, psicológicos y socioculturales acerca de la sexualidad, abarcando también los deseos, valores y principios de las personas en el marco de la pluralidad y del respeto mutuo».

● «*Continua*: dar una charla o taller sobre estos temas no implica haber concluido con la tarea de dar educación sexual, sino que como todo proceso educativo, esta temática deberá permanecer en el tiempo e ir repitiendo temas y contenidos según el nivel madurativo de los alumnos».

● «*Interactiva*: La modalidad de talleres interactivos que permiten el intercambio de ideas y la formulación libre de preguntas, es el más adecuado para abordar la educación sexual, ya que permite adecuar los contenidos a las necesidades de los alumnos y facilita la incorporación del conocimiento y las actitudes necesarias para generar cambios favorables de conducta».

● «*Operativa*: La educación sexual debe proveer elementos concretos que permitan a los alumnos concretar las acciones preventivas que se están recomendando. En este sentido, resulta beneficioso contar con mecanismos de articulación entre la escuela y el servicio de salud».

● «*Respeto*: La educación sexual debe promover el respeto por el propio cuerpo y el del otro, la diversidad de ideas y de elecciones en torno a la sexualidad, en el marco del respeto integral a los derechos humanos».

Recordemos:

La forma más adecuada de encarar la educación sexual es a través de un abordaje amplio que incluye la reflexión sobre las propias actitudes y la discusión sobre iniciación sexual, anticoncepción, prevención del embarazo, aborto y de las ITS. Sin embargo, es de tener en cuenta que para modificar conocimientos, sentimientos, actitudes y prácticas propias es necesario integrar viejos y nuevos conocimientos y adquirir la convicción de la necesidad de modificar aspectos personales. Y ello requiere tiempo y participación.

No existe evidencia de que la provisión de información sobre anticoncepción resulte en incremento de la actividad sexual, en el número de parejas, en el inicio más precoz.

Las intervenciones aisladas de prevención primaria evaluadas a la fecha...

- no demoran el inicio de las relaciones sexuales,
- no mejoran el uso de métodos anticonceptivos en varones o mujeres,
- no reducen el número de embarazos en mujeres jóvenes.

Y, en el mejor de los casos, sus efectos beneficiosos persisten por poco tiempo. Es por ello que *los programas deben ser continuos y diseñados, llevados a cabo y evaluados en forma participativa con los jóvenes y el resto de la comunidad en el marco de sus convicciones.*

Temas como la autoestima, la equidad de género, vínculos afectivos, reconocimiento y respeto a la diversidad, maduración biológica y psicológica, comportamientos preventivos para evitar embarazos no esperados e ITS, mitos y temores son prioritarios. Pero, además, es necesario incluir un espacio para dialogar sobre el placer.

La *Ley Nacional N.º 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable* y la *Ley N.º 26.150 - Programa Nacional de Educación Sexual Integral* dan marco legal a la «Promoción de actividades de Comunicación Social sobre Salud Sexual y Procreación Responsable».

Por último, es de destacar que, probablemente, los programas que hacen únicamente hincapié en cambios en las conductas individuales no contribuyan a mejorar aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva. Hay determinantes que influyen en forma significativa en el comportamiento sexual, como la pobreza, el desempleo y las normas sociales.

4.5. ¿Cuáles son las barreras con las que se encuentran los jóvenes y cómo vencerlas?

Si bien en la actualidad hay un mayor acceso a la información y a la utilización de métodos anticonceptivos, existen todavía barreras importantes para que los adolescentes puedan ejercer sus derechos. A veces, tienen que ver con factores individuales, familiares y/o culturales, pero otras veces con la falta de accesibilidad a la educación y a los servicios que ofrece la comunidad.

Se han identificado **barreras que hacen difícil que el adolescente acuda a un centro de salud.**

- Factores económicos, como falta de dinero para transporte, medicamentos, etcétera. Dificultad con la cobertura social, mutuales, obras sociales, sistemas prepagos, etcétera.
- Desconocimiento de la existencia del centro o de la oferta que brinda el centro.
- Horarios inadecuados.
- Sentimientos propios del adolescente: Desinformación en cuanto a conocer el estado de salud o enfermedad, omnipotencia, miedo a estar enfermo, temor a ser visto por alguien conocido, falta de confianza en el sector salud, etcétera.
- Factores propios de los profesionales y del lugar de trabajo: Preocupaciones o circunstancias que impiden a los profesionales ofrecer una atención cálida, es decir «ser» y «hacer» acciones amigables (falta de capacitación, prejuicios, diferencias culturales, etcétera...). Carencia de profesionales del mismo sexo que el del adolescente.

Para poder vencer las diferentes barreras que influyen en la educación y en la salud, se necesita de programas políticos que garanticen la escolaridad, oportunidades económicas y de trabajo, estrategias integrales de salud y que promuevan la contención en el grupo familiar, y el intercambio con pares «positivos».

4.6. ¿Es posible educar para el placer?

Dice Álvaro Campos Guadamuz: «Por más completo, coherente y sistemático que sea un programa de educación sexual, aunque se inicie desde la infancia y continúe a lo largo de la vida, no es posible evitar el conflicto psíquico y el dilema por el que todo sujeto atraviesa por el solo hecho de vivir en cultura. El encuentro afectivo e íntimo con el Otro, la construcción de esos vínculos íntimos, la coincidencia entre mi deseo y el deseo del Otro, constituirá siempre un conflicto, conflicto entre mis deseos pulsionales y pasionales y las restricciones o limitaciones de la cultura y del Otro (Freud). Por tal razón, enseñar a vivir la sexualidad de una manera integral supone dejar claro que aunque pueda llegar a lograr un mayor conocimiento y dominio de mi cuerpo y de mi genitalidad, el dilema básico de la vida –el encuentro con el “otro”– será siempre una tarea difícil, inacabada y conflictiva, especialmente, el descubrimiento de que el “otro” no es el objeto único de mi deseo y no podrá “llenarme” plenamente en todas las circunstancias de la vida, el descubrimiento de que “no hay medias naranjas”, y de que el “otro” tan solo podrá “llenar” algunos aspectos de la vida».

5. Abordaje de la sexualidad adolescente

5.1. La sexualidad adolescente hoy y sus riesgos

Ningún otro aspecto de los adolescentes preocupa más a la sociedad adulta, junto con las adicciones, que los relacionados con su actividad sexual y, particularmente, con la actividad coital.

Esta preocupación se registra en la historia del hombre, prácticamente, desde que existen documentos escritos.

La sexualidad, la fecundidad y la maternidad/paternidad de los jóvenes menores de 20 años vienen siendo estudiadas desde hace más de cuatro décadas. Las investigaciones abordan cuestiones tan variadas como la iniciación sexual, los comportamientos, prácticas y preferencias sexuales, las trayectorias sexuales e historias reproductivas, los motivos para continuar o interrumpir embarazos, las prácticas abortivas y experiencias de maternidad/paternidad. La inmensa mayoría de los estudios intentan contestar tres preguntas: ¿cuáles son los factores que influyen para que los adolescentes inicien relaciones sexuales?, ¿cuáles son los factores que influyen para el uso inconsistente o el no uso de métodos anticonceptivos? y ¿cuáles son las causas y consecuencias del embarazo, la maternidad y la paternidad a esta edad?

Las investigaciones desarrolladas en América Latina revelan que una proporción considerable de jóvenes sabe poco o nada sobre sexualidad y reproducción, carece de información suficiente sobre anticoncepción, tropieza con grandes obstáculos cuando intenta acceder a los métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, por lo que quedan expuestos al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH o a embarazarse sin quererlo.

A su vez, se ha señalado, en nuestra región, la profundización de las inequidades sociales que acentúan aún más el acceso desigual a recursos materiales y simbólicos para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de la ciudadanía en general.

Aunque los adultos y, particularmente, los médicos son concientes de los riesgos de una actividad sexual prematura, los adolescentes pueden no llegar a comprender los riesgos de una primera relación sexual sin protección.

En los Estados Unidos, se registra la tasa más alta de embarazo (10%) y aborto adolescente de los países industrializados, a pesar de los ingentes gastos que se realizan en prevención. Esto significa un millón de embarazos adolescentes al año; la mitad de ellos culmina en recién nacidos vivos, 35% en abortos provocados y 14% en muerte fetal.

En cambio, otros países desarrollados, como Suecia, tienen un tercio de embarazos adolescentes con respecto a los EE. UU. y a Holanda, un sexto, a pesar de niveles comparables de adolescentes con actividad sexual.

Por lo que se puede inferir que es un problema que, no solamente, está relacionado con la cantidad de recursos económicos asignados, sino también, con su adecuada utilización.

En la Argentina, el número de recién nacidos vivos de madres menores de 20 años se mantiene estable y es de 100.000 nacimientos al año, con una proporción respecto del total de nacimientos más elevada en el Norte, como por ejemplo, en el Chaco, 23,9%, casi el doble que en las provincias centrales, y cuatro veces la de la Ciudad de Buenos Aires, que tiene el valor más bajo, 6,2%.

Una preocupación especial merece la tasa de la fecundidad adolescente precoz (10 a 14 años) que se encontraba en descenso en la Argentina desde 1980; sin embargo, en seis provincias esta tasa aumentó a tal punto de ser la más alta para el 2001.

Es razonable hipotetizar que la gran mayoría de estos embarazos son producto de relaciones no consentidas de las niñas/adolescentes. El abuso sexual y la violación constituyen una problemática que nuestra sociedad no aborda con la urgencia y el compromiso que ella demanda, más allá del esfuerzo que realizan algunas instituciones (en particular las de la salud) y organizaciones de la sociedad civil.

Puede encontrarse, como era de esperar, una correlación positiva entre estos valores y cualquiera de los indicadores de riesgo social como necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de madres analfabetas o con estudios primarios incompletos, o adolescentes que no trabajan ni estudian.

Por otra parte, un embarazo en estas adolescentes marginales tiende a ahondar esta desigualdad social, ya que muchas veces son expulsadas de sus hogares o abandonan definitivamente su educación con una consiguiente baja calificación para insertarse en el mundo laboral.

Además, muchas de estas jóvenes no tienen un seguimiento médico adecuado de su embarazo al ocultar su condición, con el consiguiente impacto en la morbilidad materno-infantil.

Las adolescentes que se embarazan antes de los 17 años tienen la más alta incidencia de complicaciones que afectan tanto a la madre como a su hijo, siendo el riesgo mayor entre las más jóvenes.

La revisión de la literatura biomédica indica que solo a edades muy tempranas (menores a dos años de edad postmenarca, o sea 13 a 14 años) es cuando un embarazo se constituye en un evidente riesgo en términos biológicos en relación con resultados adversos, expresados en una mayor morbilidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer.

Resulta llamativo que la bibliografía, en general, no se interroga acerca de los efectos adversos sobre la salud psíquica y emocional de las «niñas-madres» cuando, probablemente, muchos de estos embarazos sean producto de relaciones sexuales no consentidas.

La posibilidad de tener un recién nacido de bajo peso RNBP (<2.500 g) entre las adolescentes es el doble respecto de la mujer adulta, y la tasa de mortalidad neonatal (dentro de los 28 días después de nacido) es tres veces mayor.

La mortalidad materna, aunque es baja, es el doble respecto de la mujer adulta.

En la Argentina, la orientación en anticoncepción es casi exclusiva de ginecólogos y obstetras, perdiéndose así la posibilidad del oportuno asesoramiento a numerosas adolescentes que consultan por motivos no ginecológicos, por lo que la orientación en anticoncepción debe extenderse a todos los profesionales que asistan a adolescentes.

Se calculan entre 350.000 y 400.000 los abortos practicados anualmente en la Argentina, dato tomado sobre una población de 24.700.000 habitantes, 50 abortos cada mil mujeres en edad fértil.

5.2. Debut sexual de varones y mujeres

Los adolescentes no acuden habitualmente a controles en salud. Y los que lo hacen no suelen consultar por sus comportamientos. Unos pocos consultan por su sexualidad, ya sea a través de preocupaciones por su desarrollo, en búsqueda de información o de un método anticonceptivo.

En la adolescencia temprana, adolescentes y acompañantes requieren información sobre anatomía y fisiología de los genitales, el significado de los cambios puberales, la menstruación, la eyaculación, la masturbación y para diferenciar aspectos normales del desarrollo de enfermedades o problemas.

Es aconsejable no perder oportunidades para favorecer la reflexión sobre el inicio de las relaciones sexuales promoviendo su la postergación o la protección adecuada. Oportunidad, respeto al pudor y la privacidad, confidencialidad son claves para entablar este diálogo.

En la adolescencia media/tardía, algunas jóvenes solicitan métodos anticonceptivos. Es esencial orientar en la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual; en la importancia de la comunicación con la pareja y del respeto mutuo, además de brindar la explicación detallada de los métodos anticonceptivos, especialmente, el preservativo. Los varones suelen tener relaciones antes que las jovencitas, pero rara vez consultan. Es clave tratar de incluirlos en el diálogo.

Es de recordar que, en muchas ocasiones, los adolescentes no han podido hablar con nadie en el hogar ni en la escuela sobre la sexualidad, sobre sus sentimientos, sus emociones, la forma de relacionarse con pares y, especialmente, del sexo opuesto. Y esto es más frecuente en el contexto de la pobreza y, sobre todo, si existe violencia familiar.

Jacobzon, Miklaski, Lamy, Pasqualini (1991), observaron que los adolescentes pertenecientes a una Escuela de la ciudad de Buenos Aires:

- Hablan de «sexo» con sus pares.
- Las mujeres dialogan más con sus padres (madre).
- Las mujeres debutan por «amor». Los varones por «placer».
- Los que no tuvieron relaciones dicen que fue por falta de oportunidad, pero también por sentirse inmaduros, por temor, por no tener interés, por razones religiosas...
- Conocen el preservativo y les preocupa el sida.
- A los varones les preocupa más el sida.
- A las mujeres les preocupa más el embarazo.
- No hablan ni responden sobre la masturbación.
- Las mujeres refieren menos rechazo hacia los homosexuales.
- Las adolescentes refirieron que la conducta sexual masculina se acompaña a veces de impulsividad, egoísmo y poco interés por el cuidado de la mujer.

Factores propios de la cultura, de la familia, de los amigos, de la educación recibida, de la autoestima y autonomía del joven incidirán en el «debut sexual»:

- Elección libre/por presión de la cultura, familia, amigos.
- Placer/violencia, displacer, indiferencia, arrepentimiento.
- AMOR...
- Curiosidad/soledad/necesidad de mostrarse independiente/confrontación con los padres/prueba de fertilidad...

Las mujeres adolescentes refieren, frecuentemente, «que lo hacen por amor». Pero «el amor» puede tener diferentes significados.

Debut sexual por AMOR (F. Dolto y C. Dolto Tolitch).

Según F. Dolto y C. Dolto Tolitch el significado de la palabra AMOR varía según las personas y su contexto y puede significar:

- Generosidad, fuerza, fidelidad, confianza, amistad.
- Necesidad de fusionarse: complacer y ser aceptada.
- Pasión: necesidad de poseer hasta los pensamientos...
- Excitar, a veces, sin llegar al límite...

No siempre se conserva la libertad de pensamiento, no siempre hay respeto y ternura y, a veces, desencadenan pasiones violentas...

Otras refieren presión o violencia.

Pantelides, Geldstein, Calandra y Vázquez (1999), hallaron:

● **Debut sexual bajo coerción:**

Acto de forzar por la violencia, las amenazas, la insistencia verbal, el engaño, las expectativas culturales o las circunstancias económicas, a participar en una conducta sexual contra su voluntad.

La coerción es expresión de la asimetría de género, ya sea por diferente control de los recursos o por imágenes que devalúan a la mujer frente al hombre o frente a sí misma.

No siempre se percibe esta coerción como tal.

Sabemos que en algunos grupos sociales, la mujer tiene serias dificultades de inserción social. Abandona la escuela en la adolescencia, carece de grupo social de referencia, se dedica a los quehaceres domésticos y al cuidado de hermanos o niños menores. Estas mujeres son las que tienen mucho riesgo de iniciar la actividad sexual tempranamente. Algunas de ellas son abusadas desde temprana edad por algún familiar o allegado o conocido cercano. De tener hijos, no suelen asumir su cuidado con responsabilidad.

A través de varios trabajos, se infiere que muchas de las adolescentes que tienen un debut sexual temprano y que concurren a los Servicios de Adolescencia de Hospitales Públicos provienen de hogares donde la madre también tuvo hijos en la adolescencia; no son ellas quienes deciden cuándo tener relaciones y mucho menos como, y no usan métodos anticonceptivos.

Los padres no han podido ofrecerles el sostén necesario. La violencia y la falta de diálogo familiar son frecuentes. Carecen de las bases imprescindibles para un crecimiento y desarrollo pleno: Necesidades básicas satisfechas y crianza en el hogar (amor y continuidad en los cuidados).

En el trabajo realizado por Ardití, Zorrilla, Lamy, Pasqualini, HNRG (2001), treinta y seis adolescentes mujeres que habían debutado relataron las siguientes vivencias:

- Placer 64%
- Displacer 27,7%
- Violencia 5,6%
- Indiferencia 2,7%

El «inicio temprano» de relaciones sexuales se asoció, frecuentemente, a trastornos de los vínculos familiares y a falta de diálogo con la madre. Otros factores de riesgo fueron la deserción escolar, abuso de sustancias, depresión y abuso por parte de familiar.

Entre los varones, las prescripciones y expectativas sociales dominantes le otorgan a la iniciación sexual el carácter de requisito para el ingreso al mundo masculino adulto y la sexualidad activa, es por ello un rasgo constitutivo de la identidad masculina. En este sentido, la iniciación sexual puede ser considerada una «experiencia formativa» (Laumann et ál. 1994: 322).

Aunque la mayoría de los varones jóvenes reconoce los mismos derechos en relación con el ejercicio y goce de la sexualidad a hombres y mujeres, cerca de la quinta parte adhiere a mitos, estereotipos y prejuicios que implican asimetría de género. Esto cobra relevancia al comprobar que estas ideas «machistas» están asociadas a comportamientos capaces de poner en riesgo la salud sexual y reproductiva, tanto la de los varones como la de sus compañeras sexuales. En este sentido, la proporción de varones «machistas» que ejercieron presión para mantener relaciones sexuales (11%), duplica a la proporción de los que tuvieron el mismo comportamiento entre los «no machistas» (5%).

En cuanto al uso de algún método de prevención, también se observa un incremento a medida que disminuye la adhesión a ideas, mitos y prejuicios de género; encontramos que mientras el 86% de los jóvenes que sustentan ideas no discriminatorias hacia la mujer utilizaron métodos de cuidado, solo lo hicieron el 66% de los «machistas».

La **autoestima** en la adolescencia temprana parece ejercer influencia respecto de un debut sexual precoz, actuando, este factor, de forma diferente en mujeres y en varones. Las mujeres con baja autoestima tienen tres veces más posibilidades de iniciarse sexualmente en forma temprana; por el contrario, los varones con alta autoestima tienen una posibilidad 2,4 veces mayor de debutar sexualmente en los siguientes 22 meses. La alta autoestima suele ser un factor protector para evitar comportamientos de riesgo. Sin embargo, en los adolescentes tempranos, varones, parecería no serlo en aspectos relacionados con la vida sexual. ¿Presión de la cultura?

Geldstein y Schuster hallaron, que entre 840 varones, de 20 a 29 años, del área metropolitana de Buenos Aires:

- el 97% había experimentado al menos una relación sexual completa y prácticamente todos se mantenían sexualmente activos,
- a los 16 años, la mitad de los varones se había iniciado,
- la edad de iniciación sexual más frecuente fue entre los 15 y 16 años (en promedio 15,6 años).

Existe una mayor probabilidad de inicio temprano entre los varones de bajo nivel de educación y entre los que fueron testigos de violencia de la pareja parental y/o sufrieron maltrato infantil. Aparentemente, la práctica religiosa parece incidir en la postergación del debut.

Nechi y Schufer describieron en «Adolescente varón: iniciación sexual y anti-concepción» la **Tipología de los varones en su debut sexual:**

En un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, encuestaron a 420 varones escolarizados, de 15 a 18 años (en el momento de realizar el estudio, el 77,6 % de los varones entre esas edades asistía al secundario) y determinaron categorías empíricas según las conductas adoptadas y las circunstancias psicosociales presentes en el momento del debut sexual:

Impulsado: Se iniciaron antes de los 15 años con una prostituta, el motivo fue «la necesidad física, la curiosidad o la influencia de amigos». La decisión fue tomada en conjunto, con el grupo de amigos, o solo. La iniciación tuvo lugar en hotel o en una casa de masaje/sauna. La vivencia predominante, además del placer, fue el nerviosismo. La principal preocupación fue el temor al sida. Constituyó el 41,2 % de los varones.

Integrado: Inicio sexual dentro de una relación de noviazgo, entre los 15 a 16 años o más, con la intención de profundizar la relación con su pareja. La iniciación se produjo en un ámbito privado (la casa de él/ella) y con una adolescente que no había tenido relaciones anteriormente. La principal preocupación fue el embarazo. Si bien usaron el preservativo, muchos recurrieron en ocasiones al coitus interruptus. La protección respecto del sida es menor que en el grupo anterior. Comprendió el 27 % de los varones.

Ocasional: Inicio sexual con alguien conocido ocasionalmente, ignorando si la compañera había tenido relaciones previamente. No hubo una edad característica ni una reflexión previa, sino que simplemente «se dio». Se realizó en la casa de un amigo o en un ámbito no privado (auto/playa). La vivencia predominante fue la de confusión. La preocupación principal fue el temor a ser descubierto. Es el grupo más desprotegido en la prevención del sida y del embarazo. Abarcó el 31,8 % de los varones.

Conviene recordar que un 9,8% de los adolescentes en la Argentina no está incluido en el sistema educativo (aproximadamente 200.000 solo en los grandes centros urbanos), lo cual supone un alto riesgo de obtener ocupaciones precarias y/o informales y dificultades para alcanzar niveles educacionales superiores y ejercer plenamente sus derechos cívicos. Estos adolescentes forman parte de una población de riesgo en términos de salud pública.

En el promedio nacional, más del 50% de los adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos no trabajan ni estudian. No concurren a los servicios de salud y, cuando lo hacen, es para requerir atención por una ITS o para control (generalmente tardío) de un embarazo no deseado; en ocasiones llegan en trabajo de parto sin ningún control obstétrico previo.

La prevalencia de adolescentes que tienen relaciones sexuales y la edad del debut varían de acuerdo con las particularidades propias del adolescente y sus circunstancias. La «visión del profesional», además, está teñida por las características de los adolescentes que atiende, la disciplina que ejerce y el contexto donde desarrolla su labor: ámbito hospitalario o privado. Así., por ejemplo, diferentes estadísticas muestran:

Porcentaje de mujeres de 15 a 18 años que debutaron sexualmente y edad promedio del debut según procedencia.

	%	Edad
Consultorio de Ginecología del Hospital Argerich	90	15,3
Consultorio de Adolescencia del HNRG	41	16
Escuelas de Capital	25	15,7
Consultorio privado	33	17

Porcentaje de varones de Capital Federal que debutaron según características de las escuelas a las que acudían según Mendez Ribas, Necchi y Schufer (1996).

Varones de colegio religiosos	26,4%
Varones de escuela públicas o privadas no religiosas	Más del 60%
Total	55,5%

En nuestro país, entre el 30 y el 40% de los jóvenes tienen relaciones sexuales sin usar ningún método anticonceptivo y el 15% del total de nacimientos que se producen por año corresponde a adolescentes de entre 10 y 19 años. La mayoría de las veces los embarazos no son planeados ni deseados.

La Academia Americana de Pediatría refiere: «Las relaciones sexuales sin protección adecuada son más frecuentes en adolescentes muy jóvenes, en los que tienen sensación de invulnerabilidad, negación o desconocimiento de los riesgos, en aquellos que tienen relaciones casuales, mitos sobre el control de la natalidad, ambivalencia con respecto a sus conductas».

Las **conductas sexuales de riesgo** incluyen las relaciones con múltiples parejas, relaciones con extraños o encuentros ocasionales, el uso inadecuado del preservativo o bajo la influencia del alcohol u otra droga.

- El 35% de las mujeres inicia relaciones sexuales sin protección.
- Un quinto de los embarazos adolescentes suele tener lugar en el primer mes luego del debut, y la mitad, en los seis meses subsiguientes. La mayoría no son deseados y/o programados. Aproximadamente uno de cada tres, termina en aborto.
- La primera visita ginecológica suele tener lugar un año más tarde.
- Un cuarto de los adolescentes sexualmente activos adquiere una infección de transmisión sexual cada año. Dos tercios de las infecciones tienen lugar entre los menores de 25 años.
- Factores relacionados con el inicio más temprano son pubertad temprana, historia de abuso sexual, incontinencia familiar, fracaso escolar, enfermedad mental, estilo de vida de riesgo, pobreza.

- Factores que contribuyen a un inicio más tardío son sostén y límites familiares, escolaridad adecuada, pertenencia a un grupo/lugar valorizado, proyecto de futuro.

Por último, se muestra un trabajo donde se definió el término «madurez sexual»:

Kaye Wellings et ál. (2001), entrevistaron 11.161 personas en Inglaterra para analizar la conducta sexual temprana. Motivó el estudio el embarazo adolescente y la diseminación de las ITS. Hallaron que la edad promedio del debut sexual fue 16 años. El iniciarse tempranamente se asoció con más frecuencia más a:

- primera relación no deseada,
- arrepentimiento,
- no uso de preservativo.

Fueron factores de riesgo: no vivir o no dialogar con los padres, no haber recibido información en la escuela, haber abandonado los estudios.

De este estudio surgió el concepto de madurez sexual que implica:

- Autonomía en la decisión: estábamos enamorados, lo decidimos juntos... contra la presión y el alcohol.
- Deseo sin compulsión.
- Ausencia de remordimiento.
- Protección adecuada

La madurez sexual presupone la existencia de:

- Autoestima.
- Autonomía.

Y capacidad de:

- Autocuidado.
- Control de los impulsos.
- Diálogo con la pareja.

Los jóvenes necesitan tiempo de escucha y de diálogo sobre el amor, el pudor, la ternura; conocer la forma de expresar los afectos de hombres y mujeres en la cultura particular del joven; aclarar temores, ansiedades, culpa; adquirir habilidades para el autocuidado; saber de las presiones y no quedar atrapados por el ejercicio del poder; estar al tanto de sus derechos.

La Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada el 30 de octubre de 2002 establece la distribución de anticonceptivos gratuitamente en hospitales y la educación sexual en las escuelas, esto último afianzado por la Ley N.º 26.150 - Programa Nacional de Educación Sexual Integral, 2006. Sin embargo, hoy, esto último no se cumple. Si bien muchos acuerdan que la educación sexual es necesaria, no hay coincidencia en qué contenidos deben incluirse ni en qué momento hacerlo.

Juan Alcántara Sánchez refiere: «El ejercicio de la sexualidad requiere ser asumido como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad; sin violencia ni imposición». «Para ello los adolescentes necesitan saber quiénes son, qué quieren y reconocer su propio valor. A partir de la definición de sí mismos y de la seguridad personal, pueden ser congruentes con su actuación social».

5.3. Orientación en la consulta y «consejería» sobre sexualidad en la adolescencia

La **Consejería o Asesoramiento** es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población.

Su fin es revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja.

Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.

Promover la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y hacia los demás.

Propiciar la comunicación en la pareja, proponiendo relaciones equitativas y horizontales. Incentivar en la pareja criterios de responsabilidad compartida, tanto en la anticoncepción como en la prevención de la transmisión de ITS.

El concepto de Consejería –*Counselling*– no significa aconsejar, decirles a las personas lo que deben hacer. Se trata más bien de ayudarlas a decidir qué es lo mejor para ellas en su situación particular; asistirles, a través de la escucha y del entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus valores y creencias (asesoramiento). Permite el desarrollo de confianza en sí mismo, de autonomía.

El abordaje sobre sexualidad requiere además de:

- un vínculo empático con el adolescente y respetar pudor, privacidad y confidencialidad;
- tener en cuenta normas familiares, culturales, valores, creencias, actitudes;
- en niños y adolescentes tempranos promover el diálogo familiar incluyendo el referido a sexualidad;
- informar sobre anatomía, fisiología del aparato genital, erecciones, masturbación, ciclos menstruales y días fértiles;
- orientar oportunamente en el uso adecuado de la anticoncepción, preservativo y otros métodos;
- entre aquellos que manifiestan querer tener relaciones sexuales, promover la reflexión sobre los propios deseos y actitudes; dialogar sobre la elección de la pareja, sobre el momento oportuno para debutar sexualmente, promover hablar del tema y sobre cómo cuidarse con la persona elegida, valorar el respeto y la capacidad de autocuidado y cuidado del otro;
- hablar sobre placer y responsabilidad;
- indicar el método anticonceptivo más adecuado u orientar hacia la atención ginecológica y/o a un servicio de planificación familiar; enseñar el uso del preservativo, del espermicida y de los anticonceptivos hormonales; señalar la importancia de la continuidad en los cuidados;
- en la consejería, sobre el uso de preservativo dialogar sobre factores de riesgo y, de ser oportuno, promover postergar el inicio de actividades sexuales o espaciarlas, si ya las hubiera iniciado, hasta alcanzar una mayor madurez; dialogar sobre «la fidelidad es parte del cuidado» y sobre el alcohol y el consumo de drogas que pueden hacer olvidar los cuidados necesarios para la protección;
- dialogar sobre el riesgo de la influencia del alcohol u otras drogas, del embarazo no deseado, la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH;
- referir, si fuera oportuno, el tema de la coerción, violencia, abuso;
- tener en cuenta la orientación sexual y aclarar mitos y prejuicios;

- indicar la vacuna antihepatitis B y, en varones homosexuales, la de la hepatitis A. Y, en las mujeres, tener en cuenta la vacuna para HPV;
- *screening* de ITS en los que han presentado conductas de riesgo y tratamiento si correspondiera;
- PAP y colposcopia anual en las mujeres que han debutado sexualmente;
- informar sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia y su adecuada utilización;
- de ser posible, ofrecer o usar material educativo con lenguaje y orientación acorde con la cultura.

VER Anexos 1 y 2: Historia del adolescente y formulario complementario de salud reproductiva CLAP-OPS/OMS.

6. Algunas reflexiones sobre el sexo y el alcohol

En torno al alcohol, existe una serie de mitos. El más popular es creer que incrementa el funcionamiento sexual. El consumo moderado aumenta el apetito, tranquiliza y aumenta el optimismo (30 a 60 cm³ diarios). Pero el exceso lleva a conductas negativas socialmente y tiene consecuencias inhibitorias. Suprime la erección en el hombre y puede producir síntomas de ansiedad. En la mujer produce pérdida de la sensibilidad y de la capacidad de sentir placer. Además, las mujeres y los jóvenes se intoxican más rápidamente.

También, es creencia popular que las drogas actúan como afrodisíacas. Pero todas las drogas afectan severamente el funcionamiento sexual. Hay drogas que alteran el deseo, la erección, la eyaculación y el orgasmo. Hay estimulantes y otras depresoras a nivel del sistema nervioso central. Si bien algunas, en un primer momento, actúan aumentando el deseo, todas producen dificultades en la erección, eyaculación y anorgasmia, especialmente, si se usan crónicamente. Además, terminan deteriorando la salud física, emocional y social del individuo que las consume y produciendo la infelicidad o incrementando la violencia entre las personas con las que se convive cotidianamente. Las inyectables, además, facilitan la diseminación del sida, hepatitis B, C y otras infecciones de transmisión sexual.

Los efectos psíquicos varían de acuerdo con la droga, la susceptibilidad del individuo y las características familiares y del resto del entorno.

Una conducta de riesgo suele asociarse a otros comportamientos de riesgo. El uso indiscriminado de alcohol, tabaco y drogas se acompaña de otras conductas impulsivas, como el inicio sexual y, especialmente, sin protección adecuada. Lo que trae como consecuencia una mayor posibilidad de embarazo no deseado, de infección sexual, de perder días escolares y de aumento de la repitencia o deserción escolar. Es decir, que una situación de descuido reiterada afecta la calidad de vida de la persona e hipoteca su futuro.

A modo de resumen:

Para abordar la salud sexual es necesario conocer aspectos referidos a la sexualidad, a las diferencias de género y a los factores de poder que influyen en el diseño y la provisión de servicios.

La investigación sobre este tema debe abarcar más allá de los comportamientos, número de parejas y prácticas sexuales e incluir los factores sociales, culturales y económicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad y que afectan las maneras en que el sexo es buscado, deseado y/o rechazado por mujeres, hombres y la gente joven. De esta manera, es posible adquirir una visión integral que se puede enriquecer con las investigaciones realizadas en el campo de la prevención y cuidado de las ITS/VIH, estudios de género y planificación familiar entre otros.

Salud sexual y reproductiva

Panorama actual:

- El segundo factor de riesgo que lleva a morbilidad y mortalidad en poblaciones pobres está asociado a relaciones sexuales no protegidas.
- Los anticonceptivos no llegan a todos, especialmente a los más pobres, a pesar del aumento significativo de su uso. Por lo cual, su fertilidad es más alta.
- La mortalidad asociada al embarazo, parto y aborto inseguro es alta, a pesar de ser posibles de prevenir.
- Las ITS (clamidia, gonococo, tricomonas, sífilis), excluyendo el HIV/sida, son la segunda causa de morbilidad entre los jóvenes.
- La vulnerabilidad de los adolescentes está, en parte, relacionada con relaciones no esperadas e inaccesibilidad a servicios de SS y SR.
- La violencia hacia la mujer y la inequidad de género son causas de enfermedad.
- La SS y SR no han sido valoradas adecuadamente por razones políticas, religiosas y culturales.

El cuidado de La Salud Sexual y Reproductiva incluye

- Promoción de la salud sexual, incluyendo a los varones.
- Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Educación sexual.
- Respeto por la integridad física.
- Elección libre de la pareja, de la decisión de tener relaciones sexuales o no, relaciones y matrimonio consensuados.
- Planeamiento familiar y tratamiento de la infertilidad.
- Cuidados antenatales, perinatales, postparto y del recién nacido.
- Eliminación del aborto inseguro (por abusos, violación, enfermedad materna, enfermedad del embrión, razones económicas...).
- Prevención y tratamiento de las ITS, incluyendo la infección por el VIH, otras infecciones del tracto reproductivo, el cáncer cervical y otras morbilidades ginecológicas.
- Respeto por los derechos y a tener una vida sexual segura y placentera.
- Participación de los jóvenes en el diseño de políticas y estrategias.

7. Bibliografía

- ALCÁNTARA SÁNCHEZ, J. «Sexualidad y discapacidad». En: *Secretaría de Salud de México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad. Juntos por la Salud*. México, 2000.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Adolescence. «Contraception and Adolescents. Policy Statement». *Pediatrics*, vol. 104, N.º 5, November, 1999, pp. 1161-1166. Disponible en: <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;104/5/1161>>.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Public Education. «Sexuality, Contraception, and the Media. Policy Statement Parent Pages». *Pediatrics*, vol. 107, N.º 1, January, 2001, pp. 191-194. Disponible en: <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;107/1/191>>.

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. «Sexuality Education for Children and Adolescents. Policy Statement». *Pediatrics*, vol. 108, N.º 2, August, 2001, pp. 498-502. Disponible en: <<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;108/2/498>>.
- ANDER-EGG, E. *El Taller: Una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Editorial Magisterio del Río de la Plata, 1999.
- ARDITI, Z., P. ZORRILLA, P. LAMY y D. PASQUALINI. «Sexualidad adolescente: Información y riesgo». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Buenos Aires, 2004, 46: 203-208.
- ARIÈS, P. y G. DUBY. «El peligro: las mujeres y los muertos». *Historia de la vida privada*. España: Editorial Taurus, 1991, pp. 88-93.
- «Poder privado y poder público en la Europa feudal». *Historia de la vida privada*. España: Editorial Taurus, 1991, pp. 216-223.
- «El proceso de cambio en la sociedad de los siglos XVI-XVIII». *Historia de la vida privada*. España: Editorial Taurus, 1991, pp. 252-257.
- ARRIETA, C. y A. CAMPOS. *Vivencia de la sexualidad*. Ministerio de Educación pública. Programa de Educación para jóvenes y adultos. Módulo 45. En: K. Quesada Mena. Adolescente. *Hablemos de Salud Sexual y Reproductiva. Programa de atención integral al adolescente*. Departamento de Medicina Preventiva. Caja Costarricense del Seguro Social. Disponible en: <<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/saludsexual.pdf#search='Campos%20Arrieta%20sexu'>>.
- BEARINGER, L. H., R. E. SIEVING, J. FERGUSON y V. SHARMA. «Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential». *Lancet*, 2007, 369: 1220-1231.
- BIANCO, M., C. CORREA y L. PEKER (colab.). *La Adolescencia en Argentina: Sexualidad y Pobreza* [en línea]. FEIM, UNFPA. Mayo, 2003. Recuperado de: <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/Adolescencia_en_Argentina_%20Sexualidad_y_Pobreza.pdf>.
- BURIN, M. y I. MELER. «Varones. Una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina». *Género y Subjetividad Masculina*. Cap. I. Paidós, 2000.
- CAMPOS GUADAMUZ, A. «La educación de la sexualidad: un medio de prevención de la explotación sexual comercial». *Boletín Encuentros América Latina y el Caribe*. OIT-IPEC. Año VIII, N.º 10, junio-agosto, 2009. Disponible en: <<http://white.oit.org.pe/ipcc/alcuentros/interior.php?notCodigo=1576>>.
- CECCONI, S. «Cuerpo y sexualidad: condiciones de precariedad y representaciones de género». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, Cultura, Sexualidad. La Dimensión Cultural en la Afectividad y la Sexualidad de los Jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos, 2003, pp. 177-197.
- CEDES - CLAM. M. Pecheny. M. Petracci (coord.s). *Argentina- Derechos Humanos y Sexualidad* [en línea]. Buenos Aires, 2007. Disponible en: <www.cedes.org/descarga/CEDESArgentina_sexualidad.pdf>.
- CLIMENT, G. I. «La construcción de la subjetividad y los proyectos de la vida en las mujeres de sectores populares: rol de las políticas sociales y educacionales». *Pensar libre. Sexualidad* [en línea]. Disponible en: <<http://www.psicoanalisis-s-p.com.ar/sexualidad004.html>>.
- COLL, A. «Marco conceptual de la maternidad adolescente». *Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv.*, 1999, 6: 126-131.
- DOLTO, F. y C. DOLTO-TOLITCH. *Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta*. Buenos Aires: Atlántida, 1992.
- ECHEVERRY, M. V. y N. CALANDRA. «Talleres en sala de espera de un hospital público. Un espacio no convencional para hablar de sexualidad». *Escritura Campo Grupal*. Año 8, N.º 72, octubre, 2005.
- ESCOBAR, M. E. «Anticoncepción de Emergencia». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, vol. 101, 6: 430-431. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.430-431.Escobar.pdf>>.

- FATHALLA, M. F., S. W. SINDING, A. ROSENFELD, M. M. F. FATHALLA. «Sexual and reproductive health for all: a call for action». *Lancet*, 2006, 368: 2095-2100.
- FISCHER, I. V. «Desarrollo de la sexualidad humana». *Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv.*, 1997, vol. 4, pp. 53-58.
- FREUD S. «Tres ensayos de la teoría sexual» [1905]. *Obras completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2007, pp. 109-224.
- GARCÍA WEREBE, M. J. *La educación sexual en la escuela*. Barcelona: Editorial Planeta, 1979, pp. 9-36.
- GELDSTEIN, R. y M. SCHUFER. *Iniciación sexual y después. Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: M. CENEP, 2002.
- GELDSTEIN, R. N. y E. A. PANTELIDES. «Coerción, consentimiento y deseo en la “primera vez”». En: Checa, S. *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, 2003, cap. 3, pp. 103-137.
- GLASIER, A., A. METIN GÜLMEZOGLU, G. P. SCHMID, C. GARCIA MORENO y P. F. VAN LOOK. «Sexual and reproductive health: a matter of life and death». *Lancet*, 2006, 368: 1595-1607.
- GUTIÉRREZ, M. A. «Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes; una cuestión de ciudadanía». En: Checa, S. *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, 2003, 2: 77-101.
- JACOBZON, C., G. SOLARI, P. LAMY y D. PASQUALINI. «Conducta sexual de los adolescentes. Reflexiones e investigación sobre factores de riesgo». *I Congreso de Salud Integral del Adolescente, VII Jornadas de Ginecología Infanto Juvenil, II Encuentro Comité de Adolescencia de Alape*. Del 27 al 30 de octubre de 1992. Sociedad Argentina de Pediatría; Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil: publicado en actas. Buenos Aires, Argentina.
- JAMES-TRAORE, T., R. MAGNANI, N. MURRAY, J. SENDEROWITZ, I. SPEIZER, y L. STEWART. «Estrategias de Intervención que dan Resultados para los Jóvenes». *Family Health Internacional*, Programa YouthNet. Estados Unidos, 2003.
- KRAUSKOPF, D. *Adolescencia y Educación*, 2.a edición. Costa Rica: EUNED, 1994.
- LAUMANN, E. G. et ál. *The Social Organization of Sexuality, Sexual Practices in the United States*. Chicago and London: the University of Chicago press, 1994.
- LEISCHZINER, V. y S. KUASÑOSKY. «Género, sexualidad y afectividad: modelos culturales dominantes e incipientes». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2003, pp. 89-107.
- LEY N.º 25.673 (Argentina): «Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud» [en línea]. Disponible en: <http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/25673_salud_sexual.html>.
- MADDALENO, M., P. MORILLO y F. INFANTE-ESPÍNOLA. «Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década». *Salud Pública Mex* 2003. N.º 45, Supl. 1: S132-S139. Disponible en: <http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_17.pdf>.
- MARCÚS, J. «Por nuestras hijas: vínculos afectivos en las familias». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2003, pp. 263-279.
- MARGULIS, M., M. RODRÍGUEZ BLANCO y L. WANG. «Cambios en la pareja». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2003, pp. 125-144.
- MARGULIS, M. «Mandatos culturales sobre la sexualidad y el amor». En: Margulis, M. et ál. *Juventud, Cultura, Sexualidad. La Dimensión Cultural en la Afectividad y la Sexualidad de los Jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos, 2003, pp. 25-43.

- MARTÍNEZ, I. y G. A. GIRARD. «La adolescencia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable». *Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv.*, vol. 11, 2004, pp. 213-218.
- MÉNDEZ RIBAS, J. M., S. NECCHI y M. SCHUFER. «Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1996, 94: 314-322.
- MINISTERIO DE SALUD. LUSida-Proyecto de Control del Sida y ETS. *El Sida en la Argentina, su evolución de 1982 al 2000*.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Programa Materno Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* [en línea]. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>>.
- MINISTERIO DE SALUD. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Equipo de Salud Reproductiva Materno Perinatal. *Guía para el uso de métodos anti-conceptivos* [en línea]. Octubre 2002. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/catedras/sanitarias/guia_anti.pdf>.
- MINISTERIO DE SALUD. Comisión Nacional del Sida. *Preservativo masculino* [en línea]. Disponible en: <<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/PRESERVATIVOMASCULINO.pdf>>. [Actualización: 2005]
- NECCHI, S. y M. SCHUFER. «Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1999, 97: 101-108.
- OIZEROVICH, S., D. DALDEVICH, M. SALVO, A. SCHULMAN, S. VÁZQUEZ y H. SANTOS. «Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente». *SAGIJ (Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil)*. Buenos Aires, 2003. Disponible en: <<http://www.sagij.org.ar/newsite/PDF/Investigacion-exploratoria.pdf>>.
- OMS, A. de FRANCISCO, R. DIXON-MUELLER y C. D'ARCANGUES. *Aspectos de la investigación sobre salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Global Forum for Health Research. UNDP – UNFPA – WHO – World Bank, 2006.
- OMS. *Sexual and reproductive health promoting the sexual and reproductive health of adolescents* [en línea]. Disponible en: <<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html>>.
- OPS/OMS-FONASA. E. GÓMEZ GÓMEZ. «Equidad, género y salud. 2001». *Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género*. 18 y 19 de Octubre 2001. Santiago de Chile. Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-egg.PDF>>.
- OPS. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Familia y Población. En: R. Lundgren (cons.). *Protocolos de investigación para el estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes. Varones y hombres jóvenes en América Latina*. Enero, 2000. Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>>.
- OPS/OMS. *Subsanar las desigualdades en una generación* [en línea]. 2008. <<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeter/fulltext/sdhrresumen/comision.pdf>>. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf>.
- OPS/OMS. *Social determinants of health* [en línea]. Disponible en: <www.who.int/social_determinants>. [Consulta: 2010].
- PANTELIDES, E. A., R. N. GELDSTEIN, N. CALANDRA y S. VÁZQUEZ. «Iniciación sexual bajo coerción». *Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv.*, 1999, 6: 109- 116.
- PASQUALINI, D., M. C. HIEBRA, C. JACOBZON et ál. «Educación sexual. Relato de una experiencia en una escuela de enseñanza media». Trabajo presentado en el *29.º Congreso Argentino de Pediatría*. Termas de Río Hondo, Santiago del Estero, 28 de mayo de 1991. Sociedad Argentina de Pediatría, publicado en actas.
- PASQUALINI, D., M. T. SECO, P. A. SALGADO. «Adolescencia: sexualidad, alcohol, tabaco y otros comportamientos de riesgo. 121 mujeres atendidas en un consultorio de Capital Federal». *3.º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria, 1.ª Jornada de Enfermería Pediátrica*

- ca de Atención Ambulatoria*. Organizado por la Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. Del 17 al 20 de Noviembre de 2004, Buenos Aires.
- PARRILLA, L. et ál. *Educación sexual. Manual para docentes*. Buenos Aires: Edición La Aurora, 1986, pp. 11-29. Programa Nacional de Educación Sexual Integral-Ley 26.150 [en línea]. Disponible en: <http://www.mcye.gov.ar/doc_pdf/ley26150.pdf>.
- RAMOS, S., M. ROMERO, A. KAROLINSKI, R. MERCER, I. INSÚA, C. DEL RÍO FORTUNA, et ál. *Para que cada muerte materna importe*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-CEDES. Buenos Aires, 2004, pp. 122.
- RIMSZA, M. E. «Asesoramiento de la adolescente sobre métodos anticonceptivos». *Pediatr Rev*, 2004, 25(3): 83-90. Correo de la SAP. Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría, año 19, N.º 3, pp. 30-38. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor3_04/1137.pdf>.
- SALAS CALVO, J. M. y A. CAMPOS GUADAMUZ. «Los hombres y su vivencia cotidiana de la sexualidad». *Instituto Costarricense de Masculinidad. Pareja y Sexualidad*. 2001. [Cortesía de Laura E. Asturias]. Disponible en: <<http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/articulos/varios/loshombresysuvidenciacotidiana.htm>>.
- SIMINI, F., S. FRANCO, D. PASQUALINI, C. LAMMERS. *Sistema informático del Adolescente. Con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – OPS / OMS, agosto 2000.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA y UNICEF. *Salud materno-infanto-juvenil en cifras* [en línea]. 2009. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/smij2009.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Anticoncepción de emergencia. La píldora del día después* [en línea]. Disponible en: <<http://www.sap.org.ar/docs/acoe.pdf>>.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. *Guía para la atención de Adolescentes en Salud Reproductiva*, 2002, vol. 9, N.º 3.
- SPENCER et ál. «Self-Esteem as a Predictor of Initiation of Coitus in Early Adolescence». *Pediatrics*, vol. 109, N.º 4, April, 2002, pp. 581-584.
- SPITZ, A., P. VELEHIL, L. M. KOONIN et ál. «Pregnancy, abortion and birth rates among US adolescents-1980, 1985 and 1990». *JAMA*, 1996, 275: 989
- «Taller para Expertos: Servicios Amigos de los Adolescentes». *4.º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente, 1.as Jornadas de Adolescencia para Docentes, XIII Encuentro de ALAPE Adolescencia y XXI Encuentro de Secretarios del C.E.P.A.* Sociedad Argentina de Pediatría. Del 20 al 23 de Septiembre de 2001. Rosario, Santa Fe. D. Pasqualini, M. C. Hiebra, E. Moreno y D. Krauskopf (coord.as)
- WAINERMAN, C., M. DI VIRGILIO, N. CHAMI. *La escuela y la educación sexual*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, Universidad de San Andrés, UNFPA, 2008.
- WELLINGS, K., K. NANCHAHAL, W. MACDOWALL, S. MCMANUS, B. ERENS, C. H. MERCER, A. M. JOHNSON, A. J. COPAS, C. KOROVESISS, K. A. FENTON y J. FIELD. «Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience». *Lancet*, 2001, 358: 1843-1850.

Capítulo 31

La consulta adolescente sobre anticoncepción

Dra. Silvia Oizerovich

La consulta por anticoncepción en la adolescencia es uno de los mayores desafíos que el profesional de la salud debe abordar, tanto por lo que significa para el/la adolescente vivir una sexualidad plena, como el no exponerse a situaciones de riesgo, como el embarazo no oportuno o no planificado, las infecciones de transmisión sexual y el sida.

Para asesorar a los adolescentes, debemos poder anticipar y brindar las herramientas necesarias para que tengan la posibilidad de decidir. Es importante el trabajo desde la consejería: abordar todos los aspectos desde el ámbito biológico, psicológico y social.

El pedido de un método anticonceptivo es una consulta de urgencia y, como tal, debemos darle respuesta en forma rápida y segura. Se debe realizar una recomendación precisa, donde nada se dará por sobreentendido.

Para que se pueda llegar a la elección de un buen método anticonceptivo, seguro y eficaz, debe haber ocurrido una situación de confianza entre el agente de salud y el adolescente. El médico debe tener conocimiento del desarrollo sexual y madurativo del joven, de cómo éste se vincula con su medio, de los métodos anticonceptivos y de la forma en que se podrán adquirir. Por todo esto, la **consulta debe tener en cuenta:**

1. La sexualidad adolescente.
2. El marco legal.
3. Aspectos que médicos y agentes de salud deben conocer para trabajar en anticoncepción:
 - A. Los aspectos psicológicos y sociales: Momento evolutivo del adolescente y situaciones de riesgo.
 - B. Mitos y realidades sobre la anticoncepción.
 - C. Realidad de los diferentes métodos anticonceptivos.
 - D. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos.
 - E. Aspectos de la consulta.

1. La sexualidad adolescente

La sexualidad es inherente al ser humano y la genitalidad es una parte de ella. Incluye la organización y el ejercicio del rol sexual de la mujer y del varón. En el proceso de sexuación, se intenta dar respuestas a cómo se forma un varón, cómo se forma una mujer, cuál debería ser el comportamiento de uno y otro. Y, también, las maneras de expresar e intercambiar afectos, vivir lo placentero, de amar y gozar con plenitud. La sexualidad esta presente en el individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte.

Se expresa en distintas formas a lo largo de la vida. Sufre modificaciones según las etapas vitales y las crisis por las que el sujeto atraviesa, la cultura en la que está inserto y el momento histórico en que vive. Los cambios puberales imprimen a la adolescencia un inicio que continuará con la elaboración de los conflictos básicos que posibilite la organización de su etapa adulta.

La transición de la niñez a la adultez presenta características que le son propias e independientes de la sociedad o la época en que éstas se producen. Hay algo que es propio, individual, que está presente y que define al adolescente como tal a través de las sociedades y las culturas.

El límite entre juventud y adultez se ha asociado al inicio de la vida laboral, la conformación de una nueva familia y el rol de padre o madre. En las generaciones anteriores esta etapa se iniciaba a edades más tempranas que en la actualidad. Hoy, debido a la prolongación del proceso educativo, las percepciones de incertidumbre económica y laboral, así como las mayores aspiraciones de los jóvenes, han hecho que progresivamente se postergue la edad promedio en que el joven se hace adulto mediante el trabajo y la creación de su propia familia.

Frecuentemente, la pubertad irrumpe en un psiquismo que aún no está preparado para afrontar y absorber simbólicamente las exigencias de la biología. El acoplamiento psicósomático es un logro posterior a la adolescencia.

Las investigaciones muestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela, los pares, y el hogar (en ese orden) son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes (SIECUS, 2002). Sin embargo, los jóvenes identifican a los padres como su influencia primaria cuando toman decisiones relacionadas con el sexo (38%), seguidos de los amigos (32%), con los medios de comunicación en el último puesto (4%) (*National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001*). Se ha encontrado, asimismo, una importante influencia social positiva por parte de los padres en cuanto a la toma de decisiones sexuales (Schaalma, 1993). Las familias juegan un papel importante en comunicar de forma efectiva sus propios valores a sus hijos.

El desarrollo adolescente sano incluye habilidades para resistir presiones, negociar exitosamente las interacciones interpersonales y comportarse de acuerdo con sus valores y creencias personales.

2. El marco legal

¿A que llamamos Salud reproductiva?

Salud Reproductiva es una condición en la cual se logra un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Implica la habilidad para:

- la reproducción,
- la regulación de la fertilidad y la práctica y goce en las relaciones sexuales.

OMS, 1991

«*Salud sexual y reproductiva* es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables» (OMS).

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto, de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

A pedido de la comunidad internacional, las Naciones Unidas han organizado tres conferencias sobre población: Bucarest, 1974; Méjico, 1984 y El Cairo, 1994.

2.1. «La tercera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo» (CIPD)

Se realizó en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994. Esta Conferencia estuvo profundamente influenciada por las desigualdades entre los sexos, la lucha contra la pobreza, una amplia gama de reivindicaciones, el resurgimiento de movimientos religiosos y la explosión de los derechos humanos como preocupación fundamental.

«En la Conferencia de 1994 se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que el dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, son necesarios para el avance individual y el desarrollo balanceado. Avanzar en la equidad de género, eliminar la violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad son las piedras angulares de las políticas de población y desarrollo. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a la salud reproductiva que incluya la planeación familiar, así como en reducir la mortalidad maternal e infantil».

Programa de acción de la CIPD: Solo mencionaremos algunos párrafos para dejar en claro cuál es el compromiso internacional asumido por nuestro país y base de su accionar actual.

[...] «b) Satisfacer las necesidades de los jóvenes, en particular las mujeres, con el firme apoyo, orientación y participación, cuando proceda, de los padres, las familias, las comunidades, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, invirtiendo en la elaboración y ejecución de planes nacionales, regionales y locales. En este contexto, debe otorgarse prioridad a programas como educación, oportunidades para la generación de ingresos, formación profesional y servicios de salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Los jóvenes deben participar plenamente en la formulación, ejecución y evaluación de dichos programas y planes. Estas políticas, planes y programas deben ejecutarse de acuerdo con los compromisos contraídos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de conformidad con las convenciones y los acuerdos internacionales pertinentes. Se debe hacer hincapié en promover el diálogo entre las generaciones mediante una mejor comunicación y apoyo mutuo».

[...] «Igualdad, equidad y potenciación del papel de la mujer III A. Promoción y protección de los derechos humanos de la mujer...»

[...] «39. Los gobiernos deben garantizar el respeto, la protección y el fomento de los derechos humanos de la mujer y de la niña, mediante la preparación, la aplicación y el cumplimiento efectivo de políticas y leyes que tengan en cuenta las cuestiones de género».

[...] «E. *Los adolescentes* 73. Los gobiernos, con la plena participación de los jóvenes y con el apoyo de la comunidad internacional, deben, como cuestión de prioridad, hacer todo lo posible para aplicar el Programa de Acción en lo relativo a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, de conformidad con los párrafos 7.45 y 7.46 del Programa de Acción, y deben:

- a) A fin de proteger y fomentar el derecho de los adolescentes al disfrute de los más altos niveles asequibles de salud, proporcionar servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso...
- b) Seguir fomentando la protección y la promoción de la salud de los adolescentes, incluida la salud sexual y reproductiva, así como el apoyo a los programas al respecto...
- c) Formular planes de acción a nivel nacional y a otros niveles, cuando proceda, para los adolescentes y los jóvenes que se basen en la equidad y la igualdad entre los sexos y abarquen las esferas de la educación, la capacitación profesional y las oportunidades de generación de ingresos. En estos programas deben incluirse mecanismos de apoyo a la educación y el asesoramiento de los adolescentes en lo que respecta a las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, las prácticas responsables en materia de planificación de la familia,

la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del sida (párrafo 7.47 del Programa de Acción...)

d) Reconocer y promover la función central que corresponde a las familias, los padres u otros tutores legales en la educación de los hijos y la formación de sus actitudes, y garantizar que se imparta educación a los padres o personas con responsabilidades jurídicas sobre el suministro de información acerca de la salud sexual y reproductiva, y que participen en esta tarea, en forma compatible con la evolución de la capacidad de los adolescentes, de modo que puedan ejercer sus derechos y cumplir con sus obligaciones en relación con los adolescentes...

e) Manteniendo el debido respeto por los derechos, deberes y obligaciones de los padres y en forma compatible con la capacidad en evolución de los adolescentes y su derecho a educación e información sobre salud genésica y atención de la salud genésica, y respetando sus valores culturales y creencias religiosas, garantizar que los adolescentes, tanto los escolarizados como los no escolarizados, reciban la información necesaria...».

Los adolescentes sexualmente activos necesitarán información, asesoramiento y servicios especiales relacionados con la planificación de la familia, al igual que prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida.

Las adolescentes embarazadas están especialmente expuestas a riesgo y necesitarán apoyo especial de sus familias, de los proveedores de servicios de salud y de la comunidad, durante el embarazo, el parto y la primera etapa de vida del recién nacido. Este apoyo debe permitir a dichas adolescentes proseguir su educación.

2.2. Convención sobre los derechos del niño

Es un instrumento fundamental de los derechos humanos. La Asamblea General de las Naciones Unidas del 20/11/1989 con 191 ratificaciones establece: [...] «el mejor interés del niño [...] la no discriminación en la aplicación de los derechos [...] obligación por parte del Estado de adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención [...] el derecho al más alto nivel de salud y tener acceso a los servicios médicos y rehabilitación, haciendo énfasis a los relacionados con la atención primaria de la salud y los cuidados preventivos...».

2.3. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N.º 25.673, sancionada en 2002

Se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Esta Ley cumple con los Tratados Internacionales, con rango Constitucional, reconocidos por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

El artículo 75, inc. 23) de nuestra Constitución Nacional, señala la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidas en ella y en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados.

Algunos puntos de la Ley para destacar:

Artículo 1.º - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Artículo 2.º - Serán objetivos de este programa:

a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;

- b) *Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;*
- c) *Prevenir embarazos no deseados;*
- d) *Promover la salud sexual de los adolescentes;*
- e) *Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;*
- f) *Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;*
- g) *Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.*

Artículo 3.º - El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

Artículo 4.º - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

En la reglamentación de la Ley encontramos:

Artículo 4.º - A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/sida. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

Si bien este artículo nos complejiza el poder actuar en menores de 14 años, se contrapone a lo dicho en el Artículo N.º 3 de la Ley.

La creación de esta Ley salda una deuda pendiente que el Estado Argentino tenía para con las mujeres.

Siendo una ley federal, son las provincias quienes, luego, crean sus programas.

Al momento de crearse la Ley ya había provincias con leyes o programas que abordaban este tema; en la actualidad, prácticamente todas tienen una ley o programas, con diferentes dificultades en su aplicación.

Los insumos no deberían ser un obstáculo para la atención de las personas, dado que se tiene el compromiso desde el gobierno nacional para su abastecimiento. La Ley también abarca el aspecto fundamental de la educación, el cual ha tenido más problemas para su aplicación.

2.4. ¿El menor de edad tiene derecho a la intimidad y a la confidencialidad?

Las doctoras: N. Minyersky, Abogada, Profesora Consultora en Derecho de Familia de la UBA; L. Flah, Abogada, Jueza en lo Civil; y E. Trumper, Médica Ginecóloga, Directora del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires, hacen referencia al «Artículo 16 de la Convención», razón por la cual *rigen los principios del secreto profesional.*

Sin perjuicio de ello, la ley prevé que los operadores de la salud promuevan la participación de los padres, en la medida de lo posible.

«La *confidencialidad* de la consulta es un factor importante y puede contribuir en la eventual mediación del profesional en la relación paterno filial; los operadores de la salud deberán contar con la colaboración debida de los servicios sociales para detectar y paliar situaciones de conflicto».

3. Aspectos que los médicos y agentes de salud deben conocer para trabajar en anticoncepción

Es fundamental que en el momento de la consulta por anticoncepción, se tengan en cuenta todos los elementos necesarios:

- A. Los aspectos psicológicos y sociales: Momento evolutivo del adolescente y situaciones de riesgo.
- B. Mitos y realidades sobre la anticoncepción.
- C. Realidad de los diferentes métodos anticonceptivos.
- D. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos.
- E. Aspectos de la consulta.

3.1. Los aspectos psicológicos y sociales

Momento evolutivo del adolescente.

«La pubertad es la transición de una sexualidad inmadura a una sexualidad con fertilidad potencial, en el transcurso de la cual, aparecen los caracteres sexuales secundarios». La asincronía madurativa entre lo biológico, psicológico y lo social, pone al adolescente en una situación de riesgo, tanto por el embarazo no oportuno como por el riesgo a las infecciones de transmisión sexual y el sida.

Aberasturi conceptualiza a la adolescencia como un proceso vital, ambivalente, confuso. Período de transición de la niñez a la adultez, donde el adolescente pasa de la dependencia infantil a la autonomía adulta, de un mundo familiar infantil al mundo público adulto. En el cual realiza una elección vocacional llegando al trabajo adulto.

Pons plantea la adolescencia como «un fenómeno muy particular, es el único estado normal del desarrollo humano que genera choques sociales tumultuosos y es, asimismo, el único que enfrenta una cantidad desproporcionada de situaciones riesgosas para la salud e incluso para la vida».

Situaciones de riesgo.

El inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, el número de parejas, el sentimiento de invulnerabilidad, pocos conocimientos acerca de salud sexual, la presión de los medios de comunicación, dificultades para acceder a los servicios, llevan a muchos adolescentes a exponerse a situaciones de riesgo. Por esto, es tan importante el trabajo en prevención desde edades tempranas, tanto en las escuelas como junto a las familias.

La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, en el transcurso del año 2004, realizó una investigación en la cual se analizaron 1500 encuestas a adolescentes que concurrieron a los servicios de Ginecología Infanto Juvenil. La edad promedio fue de 16,7 años.

Se encontraba incluido en el sistema educativo solo el 67,3% (994). Este dato adquiere relevancia cuando trabajamos en los colegios en prevención, la cual debe comenzar a edades tempranas.

La edad promedio de IRS fue los 15,6 años. El número de adolescentes que alguna vez había estado embarazada fue 464 y la que había realizado abortos, 119.

De las 1030 adolescentes que iniciaron relaciones sexuales, 356 (34,4%) no tuvieron ningún cuidado anticonceptivo en la primera relación y, cuándo se les pregunto por qué, las respuestas fueron:

"El no quería"	33.3 %	
Falta de información	32.6 %	
"La primera RS no embaraza"	14.8 %	Estos datos demuestran la problemática en la que nos encontramos y la necesidad de abordar este tema junto a Educación.
Relación inesperada	7.3 %	
Quería embarazarse	5.4 %	
Violación	5.1 % (hallazgo)	
No contesta	1.5 %	

Cuando se preguntó cómo se cuidaban, en el momento de la consulta, del 90% que estaba manteniendo relaciones, el 27,9% (261) contestó que no se cuidaba con ningún método, manteniendo el riesgo no solo del embarazo no oportuno, sino también de las infecciones. Cabe destacar que el 55% utilizaba el anticonceptivo en forma correcta. Estos datos ponen en evidencia la importancia de continuar y profundizar las tareas de prevención primaria en salud sexual y reproductiva.

3.2. Mitos sobre la anticoncepción

Los mitos creados en la antigüedad por las diferentes civilizaciones conforman realidades presentes. Se originan en viejas creencias y leyendas.

En anticoncepción en adolescencia, son innumerables los ejemplos que podremos encontrar, tanto en los adolescentes, los adultos y los profesionales de la salud.

Entre los adolescentes, es frecuente escuchar sobre anticoncepción frases como:

Si preguntamos por qué no utilizó algún método anticonceptivo:

- La primera relación sexual no embaraza.
- Para qué anticoncepción, si no tengo pareja estable.
- Por una vez no pasa nada.
- Usar preservativo es ser poco macho.

Si utilizaba anticoncepción hormonal:

- No, engorda.
- No estoy segura de tomarlo como corresponde.
- Puede producir cáncer.

Otros informes de países latinoamericanos revelan el temor a utilizar anticonceptivos orales por relacionarlos con la infertilidad y el cáncer.

Los profesionales de la salud, muchas veces, preferimos no abordar la consejería de temas demasiados profundos, obviando de esta manera información (Pons), dejando a las creencias la contestación de las dudas o miedos; esto incide en una forma desfavorable creando una mayor *non-compliance*.

No solo los adolescentes tienen sus mitos, los agentes de salud también tenemos los nuestros.

En el año 2004, se realizó un trabajo para evaluar los conocimientos sobre indicaciones y aspectos farmacológicos de los distintos métodos anticonceptivos entre los profesionales que trabajan con adolescentes. Allí pudimos observar:

- El 48,2% de los profesionales recomendó «doble método», aunque el 43,6% consideraba como método más efectivo las pastillas.
- El 30% de los encuestados no contempló la cobertura para ITS.
- Casi todos los profesionales indicaban el uso del preservativo en forma correcta: 97,3%.
- El 31% de los profesionales que indicaba anticonceptivos orales, señalaba mal el día de inicio.

- El 37,2% de los encuestados sostuvo que el DIU está totalmente contraindicado en adolescentes.
- No se encontró diferencia significativa entre el grupo de profesionales que creía que el anticonceptivo de emergencia era abortivo o no: 29% vs. 33,8%.

3.3. Realidad de los diferentes métodos anticonceptivos

Métodos Anticonceptivos (MAC) de uso más frecuente en nuestro país.

3.3.1. Abstinencia periódica

Se basa en la detección de las fases fértiles y de la abstinencia coital en esos días. Se relaciona con la ovulación, la capacidad fecundante del espermatozoide y los cambios hormonales que se producen durante la ovulación que permiten objetivar signos clínicos: elevación de la temperatura basal, modificaciones en el moco cervical, en la citología vaginal, entre otros.

Los más conocidos son el Método del Calendario u Ogino-Knaus, los Días Fijos, el Sintotérmico y el Método de Billings. Éste es el más utilizado. Consiste en la visualización del moco cervical, capacitando a la mujer para que pueda diferenciar la fase húmeda, muy húmeda (fértil) y la fase seca (no fértil).

Este método plantea dificultades que se relacionan con la necesidad de una alta motivación, compromiso de la pareja para que ambos puedan cumplir con los períodos de abstinencia, buena resolución de la conflictiva sexual y reconocimiento de los propios genitales. No protege de las ITS ni del sida.

3.3.2. Métodos de barrera

Son aquellos que no permiten que los espermatozoides tomen contacto con los genitales femeninos.

Físicos

1. Uso masculino:
 - preservativo/condón.
2. Uso femenino:
 - diafragmas vaginales,
 - capuchones cervicales,
 - preservativos femeninos,
 - Esponjas.

Químicos

- Espermicidas (cremas, óvulos, espumas).

Preservativo/condón

Emans refiere, que entre los años 1982 y 1988, el uso de los preservativos se ha incrementado desde la aparición de la infección por VIH.

En el año 1997, se evaluó el conocimiento de formas de contagio y formas de prevención del VIH de 200 adolescentes en el Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano. Tenía información el 96%, pero aún teniendo información, se cuidaba en forma correcta, solo, el 59%; tenía información y no se cuidaba, el 36%.

Hemos constatado una alarmante disociación entre la información y las medidas adoptadas para prevenir la infección. Siendo el colegio la principal fuente de información y, dada la discrepancia existente entre saber y cuidarse, consideramos importante analizar condiciones, agentes y ambientes donde se trabaja dicha información. Debe abordarse esta problemática desde un compromiso de ambos géneros.

Es fundamental la consejería en este tema –parecería que todo adolescente varón debe nacer sabiendo cómo se debe colocar un preservativo, donde comprarlo, etcétera–.

Indicaciones

- El envase no debe estar expuesto al sol.
- Observar la fecha de vencimiento.
- Al abrir el envase, deslizar el preservativo hacia un costado para no dañarlo.
- No calzar el extremo distal del preservativo en el pene para que actúe de reservorio.
- Colocarlo cuando el pene esté erecto.
- Al retirar el pene de la vagina, sostener la base del preservativo.
- Al retirarlo, anudarlo y tirarlo en el inodoro.

Presenta como ventajas

- Protección para las ITS y sida.
- No requiere la intervención del médico.
- Previene el embarazo.
- Puede suspenderse su uso cuando se quiere.
- Previene la eyaculación precoz.

Presenta como desventajas

- Algunos usuarios tienen alergia al látex.
- Refieren que disminuye las sensaciones durante las relaciones sexuales.
- Debe colocarse instantes antes de la penetración, restando espontaneidad a la relación.
- Tiene una pobre respetabilidad, dado que en una época fue utilizado por las prostitutas.

Diafragma

En la actualidad, es un método poco utilizado, tuvo su apogeo en la década de los sesenta, anterior al advenimiento de los anticonceptivos hormonales. Es un anillo de espiral flexible que se adapta a la cara anterior de la vagina ejerciendo una presión firme sobre sus paredes laterales. Se mide por detrás del cervix hasta alcanzar la pared posterior de vagina y se marca hasta donde llega el hueso pelviano, calculando de esta forma la medida. Se lo coloca antes de la relación sexual y lo se retira seis horas después del último coito. Se utiliza con crema espermicida para aumentar su eficacia, la que se renueva con aplicador si hay más de una relación sexual.

Presenta como ventajas

- No requiere del uso reiterado.
- La mujer puede definir cuándo utilizarlo o no.

Presenta como desventajas

- Necesita una buena resolución de la conflictiva sexual.
- Pueden presentarse, al inicio, dificultades para ponerlo y sacarlo.
- Es necesario concurrir al médico para aprender a utilizarlo.
- No protege contra ITS y sida.
- En pacientes propensas a las infecciones urinarias puede presentar complicaciones al apoyarlo sobre la uretra.
- Puede haber alergia a los espermicidas.

Preservativo femenino

En el año 1997, se puso a la venta en los EE. UU. y en Europa. Es de poliuretano, descartable. Consta de dos anillos, uno se coloca en el interior de la vagina, y el aro anterior, de mayor diámetro, se adosa a la vulva, cubriéndola. Protege contra las ITS/sida y el embarazo.

Presenta como ventajas

- Es controlado por la mujer.
- Protege de ITS y Sida.
- No requiere indicación médica.
- No tiene efectos colaterales.
- No se han registrado reacciones alérgicas.

Presenta como desventajas

- Es caro.
- Requiere del uso frecuente.
- Necesita de la aceptación del hombre.
- La mujer no puede tocar sus genitales.

Espermicidas

Son agentes surfactantes que actúan por contacto. Las sustancias disponibles son el cloruro de benzalconio y el nonoxinol 9. Se encuentran en distintas formulaciones farmacéuticas: óvulos, tabletas y cremas. Se coloca lo más cercano posible al cervix y lo más próximo al coito. Se sugiere su utilización junto al preservativo o el diafragma.

Presenta como ventajas

- Es fácil de usar.
- No requiere intervención del médico.

Presenta como desventajas

- Se utiliza previo a la relación.
- Es necesario poder reconocer sus genitales.
- Se cuestiona su uso en relación a la infección del VIH.
- No brinda protección para las ITS y VIH.

Esponjas

Están hechas de poliuretano, son esponjas descartables embebidas en una sustancia espermicida. A partir de su colocación en el fondo de saco posterior de la vagina, pueden mantenerse relaciones sexuales, teniendo una acción por 24 h. Deben retirarse a las 24 h o luego de transcurridas 6 h., después del coito. Son caras y requieren un correcto conocimiento de los genitales. No brinda protección para las ITS y VIH.

3.3.3. Métodos hormonales

Los anticonceptivos hormonales (AH) son los más utilizados, junto con el preservativo. Trumper plantea que los adolescentes fundamentaban el rechazo al método por temor a los efectos colaterales, algunos de ellos relacionados con su imagen corporal: aumento de peso y acné. Las nuevas formulaciones, con dosis hormonales menores y con nuevos gestágenos, han permitido alejar del consenso popular muchos de estos temores.

Requisitos para su utilización

Dada la edad de este grupo etáreo y la baja frecuencia de patología, será fundamental una anamnesis detallada de los antecedentes personales y familiares, y el control de la tensión arterial antes de la indicación de un método anticonceptivo hormonal, ajustándose a los criterios de elegibilidad. Se realizará un examen ginecológico completo, de ser posible, y, si corresponde, un PAP, pero esto no interfiere con la indicación, previamente, del método.

Indicaciones

● **Edad mínima:** La anovulación que se presenta en los primeros años por inmadurez del eje hipotálamo gonadal disminuye luego de los 3 años de edad ginecológica (Apter, Venturoli). Algunos autores sugieren esperar para indicar AH 3 años postmenarca, a menos que la adolescente presente ciclos regulares. Sin embargo, autores como Sieberg han demostrado que luego de suspender los AH las adolescentes recuperan su ciclicidad. Se debe evaluar riesgo-beneficio para indicar un anticonceptivo en cada caso. Referente al cierre de las epífisis se ha demostrado que no hay inconvenientes con el uso de AH.

● **Masa ósea:** Algunos autores plantean que si la adolescente no alcanzó el pico de masa ósea, debe utilizar dosis de 30 ugr de etinil estradiol (EE). Otros opinan que el aumento de la masa ósea depende más del calcio de la ingesta y de la actividad física, que de la dosis de los AH.

Clasificación

Combinados orales

● Monofásicos: la dosis de estrógeno y progestágeno es igual en todos los comprimidos. Por ejemplo: EE 35 ugr + ciproterona 2 mg 21 días, 7 días libres.

● Baja dosis: 30-20 ugr de EE + gestágeno 21 días, 7 días libres.

● Ultra baja dosis: 15 ugr EE + gestágeno 24 días combinado con 4 días placebo. Uso continuo.

● Diferentes gestágenos: Levonorgestrel, gestodeno, desorgestrel, norgestimato, drospirenona, dienogest.

Posología

● Primera caja: Deberá comenzarse a tomar el primer comprimido el primer día de menstruación. Luego, debe continuar con un comprimido todos los días. Si el envase tiene 28 comprimidos, en la última hilera/semana de ingesta, las pastillas cambian de color, y allí tendrá lugar la deprivación hormonal y la menstruación. Si la caja es de 21 comprimidos, menstruará en los días que suspende la toma, y comenzará la nueva caja al 8.º día de la última pastilla ingerida.

«La regla de oro» en anticoncepción oral es el número «7». Siete son los días continuos que se deben tomar las pastillas para inhibir la ovulación.

Errores más frecuentes

● Olvido menor de 12 h. Tomar la pastilla cuando lo recuerde.

● Olvido mayor a 12 h. Tomar la pastilla, pero debe sumar el preservativo por 7 días.

● Vómitos. Si ocurren antes de las 4 h de ingerida la pastilla, hay dos opciones:

1. Tomar la pastilla siguiente y adelantar todo un día.

2. No tomar la pastilla siguiente, continuar con la toma diaria de las pastillas y cuidarse 7 días con preservativo.

● Se olvidó: No comenzó el 8.º día la caja nueva y mantuvo relaciones. Se puede tomar anticoncepción de emergencia y comenzar la caja nueva.

● Diarrea. Como el etinil estradiol se reabsorbe en el intestino, si está con diarrea y disminuyen los clostridium, esto no ocurrirá. Por lo tanto se debe sumar el preservativo durante el tiempo de diarrea y 10 días más. Hasta que la flora se restablezca.

Presenta como ventajas

● Alta eficacia.

● No necesita relacionarlo con el momento del coito.

● La fertilidad retorna luego de dejar de tomarlas.

● Protección ante la patología ovárica y de endometrio.

● Protección contra embarazos ectópicos.

- Menos sangrado menstrual.
- Reducción de la anemia ferropriva.
- Reducción de la dismenorrea y del síndrome premenstrual.

Presenta como desventajas

- Náuseas, más comúnmente en los primeros meses.
- *Spotting* o sangrado entre períodos, los primeros meses de uso.
- Turgencia mamaria.
- No protege de las ITS ni del Sida.

Combinados Transdérmicos

● Parche: Sistema transdérmico de liberación de 20 ug EE y 150 ug de Norgestimato. Es discontinuo, se utiliza tres semanas (1 SEMANAL) y una semana libre. Se pegará en cualquier lugar del cuerpo evitando las mamas.

Combinados parenterales

- Dosis única mensual parenteral:
 1. Acetofenido de dihidroxiprogesterona 150 mg + enantato de estradiol 10 mg. (Perlutal, Atrimon). Se aplica el día 8 del ciclo y se repite con cada deprivación.
 2. Enantato de noretisterona 50 ugr. + 5 ugr. de Valerato de Estradiol (Mesigyna). Se aplica la primera dosis del 1.º al 5.º día de la menstruación y luego una aplicación cada 30 días.

Progestágenos únicos

- Minipildora oral: Levonorgestrel 0,030 mg, Desorgestrel 0,75 ugr.
- Pueden utilizarse durante la lactancia.

Indicaciones de uso

Un comprimido por día de manera continua a partir de la 6.ª semana de puerperio o del 1.º día de menstruación. Al finalizar la caja, se inicia la siguiente sin descanso, pudiendo producirse una deprivación o no.

Se recomienda su uso durante la lactancia (3 a 5 mamadas diarias).

Desorgestrel 0,75 ugr.: Dada su acción anovulatoria puede utilizarse en los períodos finales de la lactancia o sin depender de ella.

- Inyectable trimestral: Acetato de medroxiprogesterona 150 mg.

Una dosis cada 3 meses.

Puede utilizarse durante la lactancia.

3.3.4. Dispositivos Intrauterinos

Clásicamente, se ha considerado contraindicado este método en la adolescencia, tanto en la literatura como en nuestro medio, y esto se debió al mayor riesgo de complicaciones: enfermedad inflamatoria pelviana, perforación uterina, intolerancia y expulsión.

Actualmente, el concepto ha cambiado. La nuliparidad ya no constituye una contraindicación para el uso del DIU. Tiene categoría 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS (los beneficios superan los riesgos). Las indicaciones y contraindicaciones son las mismas que para las mujeres con paridad previa. La bibliografía mundial y local no revela una mayor incidencia de complicaciones ni efectos adversos significativos que en aquellas con partos previos.

Sin embargo, el DIU no es el método de primera elección en la adolescente nulípara. En caso de indicarlo, debe enfatizarse la importancia de un comportamiento sexual adecuado y la utilización del doble método (DIU + preservativo sistemáticamente).

Pero existen situaciones en las que se recomienda el DIU como primera elección:

- Mujeres bajo tratamientos con medicación teratogénica.

- Mujeres con contraindicación para otros métodos (medicación que interactúa con la anticoncepción hormonal, imposibilidad de utilizar métodos de barrera, etcétera).
- Adolescentes con discapacidad mental, en quienes no se puede confiar el uso de otro método. En estos casos, se podría contemplar la colocación aún no habiendo iniciado relaciones sexuales. En caso de discapacidad mental suele indicarse, en primer lugar, la anticoncepción inyectable, una aplicación mensual.

3.3.5. Doble Protección

La doble protección combina en forma más efectiva los beneficios de la prevención de las ITS/VIH y del embarazo no deseado (OMS). Siempre uno de los dos métodos debe ser el preservativo. Por ejemplo, preservativo y anticoncepción hormonal.

¿Por qué doble protección? Para disminuir riesgos relacionados con la edad del inicio de relaciones sexuales, el embarazo no deseado y las ITS/Sida. Para que ambos integrantes de la pareja adquieran una conducta de cuidado.

3.3.6. Anticoncepción de emergencia

Consiste en métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por una mujer después de una relación sexual no protegida para prevenir un embarazo no deseado. Su mecanismo de acción es inhibir la ovulación, espesar el moco cervical y disminuir, por consiguiente, el movimiento de los espermatozoides.

Asociación estrógeno progesterona: Método de Yuzpe y Lancee 1977.

100 ugr de etinil estradiol más el gestágeno, repetir la toma a las 12 h (2 comprimidos de 50 ugr de un anticonceptivo oral ó 4 de 30 ugr y repetir a las 12 h). Efectos secundarios: náuseas y vómitos.

Progesterona sola

Levonorgestrel 0,75 mg Son dos tomas, un comprimido cada doce horas, o dosis única de 1,50 mg dentro de los 5 días de un coito no protegido. Su eficacia disminuye con el correr de las horas. Debe tomarse lo antes posible. Ventajas: buena tolerancia. Desventajas: no tiene, es criterio 1 de la OMS, puede utilizarse en cualquier situación clínica.

Todo adolescente que utilice como único anticonceptivo el preservativo deberá tener esta información. Si vive en Ciudad de Buenos Aires deberá saber que en las guardias de los hospitales puede recibirla en forma gratuita. Al igual que en el resto del país, ya que lo entrega el Ministerio de Salud de la Nación.

Debe quedar claro que para dar un anticonceptivo hormonal no es necesaria ninguna rutina previa, al igual que puede diferirse el examen ginecológico si no está el ginecólogo presente.

3.4. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud realizó dos reuniones con expertos celebradas en marzo de 1994 y mayo de 1995, creando las Recomendaciones publicadas en el año 1996. En la tercera edición, participaron 36 expertos con 18 países. Este grupo estaba formado no solo por los expertos y agencias de planificación familiar, sino también incluía clínicos, epidemiólogos, policy-markers y expertos en programas, como también la identificación de la evidencia.

La OMS crea los criterios de elegibilidad:

- Considerando la inclusión de las condiciones de salud relevantes.
- Evaluando las condiciones basadas en la evidencia científica.
- Incluyendo las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluyendo los aspectos relacionados con los servicios necesarios.

Los criterios de elegibilidad se basan en analizar:

Diferentes etapas de la vida, enfermedades que el individuo puede atravesar y el lugar de atención.

A partir de ahora, se reemplaza el concepto de Contraindicaciones por «Criterio de elección»

Cuadro 1

Categoría de la OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	Se puede usar el método
3	Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No se puede usar el método
4	No se debe usar el método	No se puede usar el método

En menores de 16 años, los métodos hormonales que solo contienen **gestágenos** son categoría **2**, así como los **dispositivos intrauterinos (DIU)**. Los **métodos combinados** son categoría **1**.

Anticoncepción de emergencia

Es categoría **1**. Solo es categoría **2** para pacientes con complicaciones vasculares, migraña y enfermedad hepática, dado que su utilización es menor que si se empleara una ACHC o ACHP. Esto permite que el impacto clínico disminuya.

La utilización de los criterios nos permitirá, entonces, una práctica correcta de las diferentes opciones anticonceptivas.

VER: CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS. Actualización 2008 publicados por la Organización Mundial de la Salud, 2009, en:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf

Para más información se pueden poner en contacto con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud. Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza.

Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

Sitio web: www.who.int/reproductive-health

3.5. Aspectos de la consulta

La consulta variará según el momento evolutivo que esté atravesando el adolescente, es decir de su:

- edad cronológica,
- edad ginecológica,
- madurez psicosexual.

Habrá que determinar:

- Motivos de consulta manifiestos o latentes; muchas veces consultan por flujo, pero, en realidad, inició relaciones sexuales (IRS) y busca el método anticonceptivo.
- Situación de la consulta previa al IRS o no.
- Si IRS, entonces, importará el tiempo transcurrido, el número de parejas, si es postparto o ha pasado por una experiencia de aborto.

El adolescente

- La edad. Evaluar el nivel de motivación, aceptabilidad del método, si podrá cumplir o no con un método determinado.
- Si ya ha tenido relaciones sexuales, tener en cuenta número de parejas, frecuencia de las relaciones.
- Se debe abordar antes de prescribir el anticonceptivo adecuado, el nivel de riesgo existente. Valorar la seguridad del método y la percepción que tiene de él el adolescente.
- Debe ser aceptado por el adolescente, debe estar de acuerdo con su forma de pensar como de sus creencias y valores.
- El adolescente debe saber cómo obtendrá su método y que no habrá dificultades para su obtención, sea esta a través del sistema público de salud, su obra social o sistema prepago.
- El nivel educativo del adolescente y su pareja.
- Familia. Qué piensa acerca de las relaciones sexuales, de los anticonceptivos, si lo/la van a acompañar en sus decisiones.
- Amigos. Si ya iniciaron relaciones, cuál método utilizan mayoritariamente, si tienen el hábito de ir a controlarse.

El método

El método deberá ser eficaz para evitar el embarazo, se valorará la efectividad teórica y la real. Debe ser seguro para la salud. Debe ser sencilla su utilización para evitar errores en el uso; el adolescente, muchas veces, no tiene resuelta su genitalidad, y esto lleva a dificultades en la utilización del método. No debe alterar la capacidad reproductiva. No debe afectar la relación sexual. Tiene que poder obtenerlo regularmente. Debe requerir un mínimo de motivación cuando no está tan clara la necesidad del cuidado.

El médico

- Deberá conocer las diferentes etapas de la adolescencia y cuál esta atravesando su paciente.
- Tendrá un conocimiento acabado de los métodos anticonceptivos.
- Considerará la situación de la pareja (quiere cuidarse o no, mantuvo relaciones sexuales con parejas anteriores, experiencia previa en el cuidado anticonceptivo).
- Cuáles son las creencias familiares.
- Reconocer las decisiones de los adolescentes acerca de su sexualidad genital.

Deberá conocer las dificultades de los adolescentes para elegir y utilizar un MAC.

4. Flujograma

1. Se realizará una historia clínica completa, dándole relevancia a la anamnesis.
 - Edad, antecedentes familiares y personales, historia ginecológica, anticonceptiva y obstétrica, historia sexual (si IRS o no, edad de IRS, frecuencia de las relaciones sexuales, existencia de relaciones no previstas, lugar donde se desarrollan, estabilidad de la pareja, número de parejas).
 - Examen físico. No olvidar el control de tensión arterial.
 - Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol, drogas y tipo de consumo.
 - Nivel educativo.
 - Entorno familiar.
 - Entorno socioeconómico.

2. Consejería.

Es un proceso cara a cara de comunicación bidireccional en el que un profesional asesora a una mujer o a una pareja para identificar sus necesidades y realizar una elección apropiada, de acuerdo con su situación particular, respetando sus creencias y valores (19). El objetivo es hacer comprender que la sexualidad es inherente al ser humano y la genitalidad es una parte de ella. Incluye la organización y el ejercicio del rol sexual de la mujer y el varón, las maneras de expresar e intercambiar afectos, vivir lo placentero, de amar y gozar con plenitud (OMS).

3. Se trabajará sobre factores protectores:
 - Derecho de obtener su método anticonceptivo gratuito.
 - Necesidad del control de mamas y realización del Papanicolau.
 - Se dialogará sobre todos los métodos anticonceptivos, tratando de detectar los temores y mitos.

4. Es importante el trabajo en talleres donde se desarrollan dispositivos de intervención pedagógica diseñados para facilitar en los jóvenes la elaboración de conocimientos científicos sobre:
 - su cuerpo,
 - su sexualidad,
 - su salud.

Debe abordarse esta problemática desde un compromiso de ambos géneros

Los esfuerzos individuales pierden efectividad si no es en el contexto de un proyecto integrador y sinérgico, en el cual se comprometan Políticas Nacionales, Sociedades Científicas, Educación, Salud y Comunidad.

La legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en octubre de 2006, sancionó la Ley 2110/06 de Educación Sexual Integral. Se capacitará a los docentes en todos los niveles: nivel inicial, primaria y medio, desde un abordaje integral.

5. Bibliografía

- ABERASTURI, A. y M. KNOBEL. *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- BRITO, BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD (BVS) *Adolec Nicaragua*, 1997, p. 29.
- Consenso sobre DIU. AMADA (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción) [en impresión].
- CORVALAN, H. *Congreso Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Humanos y Derechos Reproductivos: El mundo y América Latina*. Abril 2000.

- CROXATO, H. «Anticoncepción en la adolescencia». En: *Asociación médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI*, edición 2005, Editorial Ascune Hnos., cap. 13, pp. 460-474.
- EMANS, J., M. LAUFER y D. GOLDSTEIN. «Anticoncepción». *Ginecología en pediatría y la adolescente*. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000, 17: 471-519.
- GIURGIOVICH, A., M. LABOVSKY, L. RICOVER y S. OIZEROVICH. «¿Cuánto saben los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes sobre MAC?». *SAGIJ*, 2005, vol. 12, N.º 2, pp. 121-127.
- GUBAY, S., A. RUBINSTEIN, D. DALDEVICH y A. GRYNER. *Manual de ginecología Infanto Juvenil. Trastornos menstruales*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2002, pp. 169-178.
- HATCHER, R., W. RINEHART et ál. *The Essentials of contraceptive technology*. Edition March 2005. Johns Hopkins Center for communication programs. Editorial The info proyect.
- KORMBLIT, E. *Actualizaciones en ginecología, Sexualidad, Maternidad y sexualidad*. ÁGORA, 1993, pp. 16-19.
- KOSOY G. «Abordaje de la consulta por anticoncepción». *Asociación médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI*, 1.a edición, Editorial Ascune Hnos., 2005, cap. 8, pp. 188-203.
- LLOPIZ PÉREZ, A. «Anticoncepción en la adolescencia. La consulta Joven». Edición patrocinada por Laboratorios Wyeth - Lederle. Sociedad Española de Contracepción. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. España, 1.a edición, 2001, pp. 705-728.
- LEY N.º 2110/06 (GCBA): «Ley de Educación Sexual Integral» [en línea]. Disponible en: <<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley2110.html>>.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN. *El libro de la salud sexual, reproductiva y la procreación responsable en la Argentina*. Plan federal de Salud, 2005.
- MINYERSKY, N., L. FLAH y E. TRUMPER. *Salud sexual y reproductiva. Derechos y responsabilidades*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaria de Salud. Dirección general adjunta atención primaria de la salud, programa de salud reproductiva y procreación responsable.
- NACIONES UNIDAS A/S-21/5/Add. I Asamblea General Distr. General. 1º de julio de 1999. Vigésimo primer período extraordinario de sesiones, Tema 8 del programa: *Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. «Medidas claves para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo» [en línea]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm>
- OIZEROVICH, S. «Criterios médicos de elegibilidad». En: *Asociación médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI*, edición 2005, Editorial Ascune Hnos., cap. 7, pp. 170-188.
- OIZEROVICH, S., L. RICOVER, D. RODRÍGUEZ REY y A. GRYNER. *Adolescencia Información y Prevención respecto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. Jornadas SOGIBA, 1997.
- OIZEROVICH, S., L. RICOVER, D. JABER, J. M. GARAU y A. GRYNER. «Talleres de información sexual, su relación con indicadores socioculturales en nuestra población adolescentes». *Primer Congreso Municipal de Salud de la Reproducción*. Del 5 al 7 de junio, 1995.
- PONS, E. *Rev. SAGIJ*.
- «Mitos en anticoncepción». En: *Asociación médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI*, 1.a edición, Editorial Ascune Hnos., 2005, cap. 4, pp. 111-124.
- RICOVER, L., S. OIZEROVICH, D. JABER, J. M. GARAU, J.M. y A. GRYNER. «Salud reproductiva en adolescencia: Enfoque interdisciplinario». *Primer Congreso Municipal de Salud de la Reproducción*. Del 5 al 7 de junio, 1995.
- SAGIJ. «Investigación exploratoria sobre características de crecimiento y desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente». *Rev. SAGIJ*, 2004, vol. 3.

- SHUTT-AINE, J. y M. MADDALENO. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud (OPS), Washington, DC., 2003. Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>>.
- TROPP, A., E. TRUMPER y H. SANTOS. *Manual de ginecología Infanto Juvenil, Sexualidad en la infancia y Adolescencia*, Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2002, pp. 80-86.
- TRUMPER, E. «Anticoncepción en la adolescencia». En: *Asociación médica Argentina de Anticoncepción. Anticoncepción del Siglo XXI*, edición 2005, Editorial Ascune Hnos., cap. 14, pp. 475-492.
- *Actualizaciones en ginecología. Sexualidad. Educación sexual*. ÁGORA, 1993, pp. 5-6.
- TRUMPER, E., C. LÓPEZ KAUFMAN, S. RUIPEREZ y H. SANTOS. «Anticoncepción en la adolescencia». *Manual de Ginecología Infanto Juvenil*, 2.a edición, Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2002, cap. XXXI, pp. 441-457.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Medical eligibility for contraceptive use*, 4.^a edición. Department of Reproductive Health, Geneva, 2009. Disponible en: <www.who.int/reproductive-health/publications>.

Capítulo 32

Disfunciones sexuales en la adolescencia

Dr. Carlos Alberto Seglin

La sexualidad es una condición esencialmente humana que si bien comparte con otros seres vivos ciertos aspectos vinculados a la reproducción, la excede, siendo eje central de la persona y fuente de satisfacción y bienestar o de frustración y padecimientos.

Acercarse a la sexualidad adolescente es ir más allá de la evaluación de los aspectos somáticos y genitales y de las recomendaciones de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de embarazos no deseados. Se abre a quien esté dispuesto a escuchar un amplio abanico de interrogantes y de situaciones patológicas o no, que demandarán de nuestros conocimientos y de una sólida actitud, exenta de prejuicios.

Cada etapa evolutiva tiene sus propios interrogantes con respecto a la sexualidad. Resueltas ya las dudas sobre la diferencia fenotípica entre varones y mujeres y el origen de la vida, a los púberes los inquieta la aparición de la telarca y la menarca en las mujeres, y la demora en la aparición de los caracteres sexuales secundarios y ginecomastia transitoria en los varones. No debemos olvidarnos de la preocupación que los pacientes obesos portan acerca del tamaño de su pene, siendo el momento del examen físico la oportunidad para señalar su normalidad y mostrarle cómo se oculta sumergido en la almohadilla pubiana. Por otra parte, debemos destacar que ante las consultas por baja talla y por pubertad tardía en los varones subyace, de manera más o menos consciente, una pregunta sobre la sexualidad. Desde la preocupación del paciente o de sus padres sobre la futura capacidad reproductiva, sobre la aptitud para llevar a cabo un adecuado desempeño sexual, hasta sobre la orientación sexual. Cabe destacar que estas preocupaciones no aparecen frente a una menarca tardía, a excepción de ocasionales dudas sobre la futura fertilidad de la niña.

A pesar de los importantes cambios en la Educación para la Sexualidad y su inserción en los ámbitos escolares en primer y segundo ciclo (sea desde campañas promocionales comerciales, actividades de educación no formal surgidas desde la inquietud de docentes, padres y directivos o mediante la puesta en marcha de los contenidos curriculares), aún hoy somos solicitados como especialistas en Adolescencia para «hablar de esas cosas». Mi posición es que no deberíamos aceptar esta tentadora invitación a demostrar nuestro saber frente a un/a adolescente fastidiado/a y con poco interés en «hablar en ese momento y con nosotros», sino ofrecer el espacio tanto al paciente como a sus padres para colaborar con la tarea formativa que debe surgir desde el hogar, como referente ante dudas puntuales. Asimismo podemos sugerir material bibliográfico y audiovisual para ampliar el espectro de información.

A partir de la mitad de la adolescencia, una vez iniciada la sexualidad compartida o cuando el/la adolescente se plantea iniciarla, podemos encontrarnos con consultas relacionadas con los temores lógicos frente al evento. Podemos connotar positivamente este temor e instrumentarlo para que lo utilice como forma de autoconocimiento para poder ingresar, paulatinamente, a la sexualidad compartida. Cada quien necesita un tiempo para entrar en intimidad y el hecho de no ser respetuosa/o consigo mismo y/o con la pareja impedirá el mejor disfrute de la experiencia. Habilitar como prácticas sexuales válidas las caricias mutuas, incluso, hasta llegar al orgasmo, como primer acercamiento a la

sexualidad con otro, y las alternativas sexuales oro-genitales son instancias intermedias que permitirán descubrir y descubrirse sexualmente. Además, cuentan con el beneficio de disminuir el riesgo de ITS y de prorrogar el riesgo de embarazos no deseados.

Si bien estamos acostumbrados a preguntar por inicio de relaciones sexuales, cantidad de parejas, uso de métodos anticonceptivos y frecuencia sexual, hay un salto cualitativo en preguntar sobre la satisfacción sexual. Solamente debemos introducirnos en este campo una vez lograda una buena empatía con el paciente y si nos sentimos firmes como para poder escuchar y contener las eventuales respuestas. Es un paso importante porque abre la posibilidad de consultar ante una dificultad en la sexualidad. Quien padece una dificultad sexual tiende a aislarse y a ocultarla.

Como profesionales que atendemos adolescentes, no es necesario poseer el *know-how* para resolver todas las dificultades de la sexualidad, pero es necesario que tengamos en claro algunos conceptos básicos.

1. Las dificultades pueden aparecer en las distintas etapas del encuentro sexual: deseo, excitación, meseta (etapa de excitación intensa y sostenida), orgasmo y resolución.
2. Varones y mujeres pueden presentar dificultades en su sexualidad desde el inicio de sus relaciones o en algún momento determinado, siendo estas ocasionales o persistentes.
3. No debe desdeñarse el factor situacional, ya que durante la adolescencia el acceso a espacios de intimidad está limitado por factores sociales, económicos, familiares, etcétera.
4. Aunque ambos provenimos de un origen embriológico común, la fisiología sexual de varones y mujeres es diferente, requiriendo tiempos y estímulos disímiles. Contar con información al respecto colabora a disminuir la incertidumbre ante las reacciones de la pareja.
5. La gran mayoría de las dificultades de la sexualidad en la adolescencia no tienen sustrato orgánico, por lo que debe ser selectiva y cautelosa la interconsulta a especialistas (ginecología, neurología, urología), basada en una anamnesis meticulosa de los síntomas.
6. Todas las dificultades de la sexualidad producen intenso malestar vital, angustia y sensación de inadecuación, por lo que requieren contención profesional e interconsulta con el área de Salud Mental cuando ésta no pueda ser, eficazmente, llevada a cabo por el médico de cabecera.
7. El uso de medicación coadyuvante para mejorar la disfunción eréctil en varones (sildenafil, tadalafil) no resuelve los trastornos por angustia, ni patologías mentales que se asocian a la inadecuación sexual, por lo que no deben ser indicadas de forma desaprensiva sin un seguimiento profesional y, solamente, luego de evaluación psiquiátrica.
8. Por las características del proceso adolescente, la aplicación de las llamadas terapias sexuales se vuelve más compleja, porque deben ser adaptadas a esta etapa vital. Deben evitarse las indicaciones sistematizadas que no respeten el momento y las posibilidades de quien consulta.
9. No debe soslayarse el impacto que las dificultades e impedimentos que las patologías orgánicas crónicas tienen sobre la sexualidad de los adolescentes, ya que es una fuente de profundo malestar y punto de inflexión hacia cuadros depresivos severos.
10. En las/los adolescentes con discapacidad mental, la orientación sobre sexualidad será más orientada hacia los padres y entorno familiar y social cuanto más severa ésta sea, debiendo considerar, ante los casos con patologías leves, los derechos del paciente a su intimidad y proyecto de vida.

1. Breve reseña de las disfunciones sexuales y su correlato con la adolescencia

Las y los adolescentes pueden presentar toda la gama de disfunciones de la sexualidad al igual que los adultos. Su tratamiento estará modulado por las particulares características del adolescente y por la necesidad de contar con autorización de un adulto responsable cuando se requiera la administración de fármacos o la indicación de cirugía.

Una de las preguntas más difíciles de contestar en sexualidad es ¿Qué es lo «normal»? , ya que implica analizar una conducta en un contexto histórico, social, religioso, axiológico y estadístico. Una

práctica determinada, por ejemplo el «sexo oral» (felatio o cunnilingus) puede ser considerada «normal» o «anormal» (fuera de la norma) por distintos individuos de la misma población, por distintas poblaciones en el mismo momento histórico o en distintas épocas, articulando, además, los criterios estadísticos, éticos, morales, etcétera.

Haremos una breve reseña de sus características principales, reservando la terapéutica para la práctica especializada.

1.1. Deseo sexual inhibido

Nos referimos a esta problemática cuando quien consulta refiere poco interés sexual de su parte. Es realmente complicado definir cuánto deseo sexual es «normal» y cuándo está inhibido, pero algunas referencias pueden surgir de sus recuerdos de otros momentos en su historia personal, o a través de la opinión de su/s pareja/s o de la sensación de inadecuación del/a consultante en su grupo de pares. Las etiologías son variadas y debe contemplarse un amplio espectro que abarca desde el marco religioso y cultural hasta cuadros depresivos y enfermedades crónicas. Desde ya que la disminución del deseo sexual en relación a eventos de enfermedad orgánica y etapas de duelo es esperable y transitoria.

1.2. Dispareunia

Es la sensación dolorosa que la mujer presenta durante el coito vaginal y, una vez descartadas causas clínicas (vulvovaginitis, malformaciones vaginales, himen fibroso, etcétera), deberá interrogarse sobre la capacidad de lograr excitación sexual previa y durante el coito, ya que si no se logra y no mantiene una lubricación vaginal suficiente, aparecerá incomodidad y/o dolor con esta práctica. Un lubricante vaginal de base acuosa puede ayudar a disminuir el síntoma y permitirle a la mujer conseguir un nivel de excitación adecuado. La falta de conocimiento de las diferencias fisiológicas de la sexualidad de hombres y mujeres impide a muchas parejas encontrar los recursos para resolver este síntoma. Igualmente sería simplista pensar que solamente con una actitud «sexo-educativa» vamos a resolver todas las consultas.

1.3. Vaginismo

Denominamos así a una dificultad sexual en la que, a pesar de una aparente y manifiesta disposición a lograr un acto coital por parte de la mujer, su vagina pareciera «rebelarse» y negarse al acto mediante un espasmo de los músculos pubococcígeos, a veces, acompañado de reacción de contracción de los aductores de los muslos y de «retirada» de la pelvis. Requiere de tratamiento más complejo en el que el especialista puede decidir usar medicación ansiolítica y ejercicios de des-sensibilización progresiva mediante la penetración digital por parte de la paciente, su pareja o el uso de tutores o «dildos». A diferencia del temor, ciertamente natural, a los primeros ensayos coitales que presentan algunas jóvenes cuando se inician sexualmente, el vaginismo tiene fijeza y persistencia en el tiempo, logrando, a pesar de ello, otras alternativas de satisfacción sexual, incluso el orgasmo, mediante caricias, frotamientos o masturbación.

1.4. «Impotentia coeundi», «matrimonio no consumado», o imposibilidad coital

Generalmente, denominamos así a la asociación de dos dificultades sexuales: el vaginismo y la disfunción erectiva masculina, cuya combinación hace imposible la realización del coito a pesar del deseo manifiesto de ambas partes por lograrlo. La mayoría de las veces, no hay causas orgánicas que lo justifiquen y se ven beneficiados con tratamientos conjuntos que contemplen ambas partes del problema y favorezcan la integración de ambos en su solución. Curiosamente, quienes presentan esta

dificultad suelen consultar cuando se hace presente el deseo de un hijo, o la presión social y familiar lo estimulan.

1.5. Disfunción erectiva

Es la dificultad parcial o completa, situacional o permanente de lograr una erección de calidad y duración suficientes para lograr una relación sexual (generalmente un coito vaginal). Si bien las causas orgánicas son raras, deberán investigarse, especialmente, frente a la aparición de la disfunción en un varón con antecedente de traumatismo lumbosacro o perineal, enfermedad sistémica severa, enfermedad degenerativa del sistema nervioso, diabetes mellitus con polineuropatía, entre otras.

1.6. Eyaculación precoz

Es difícil determinar cuándo una eyaculación es precoz o no, pero es claro que el factor tiempo no es el mejor para evaluarla y sería preferible relacionarla con la dificultad o incapacidad de decidir el momento de la eyaculación en un alto porcentaje de encuentros sexuales. Hay que explorar, además, quién determina que esa eyaculación ha sido «precoz», si el consultante o su pareja; si se basa en un malestar personal o en una creencia popular sobre la duración «correcta» de una relación. Prácticamente, no hay causa orgánica que la justifique y está muy relacionada con trastornos por ansiedad frente al encuentro sexual.

Considero que debe resistirse la tentación de prescribir medicación ansiolítica fuera del contexto de un tratamiento que incluya, también, un reentrenamiento del paciente. Estas técnicas le permitirán reconocer los indicadores previos al momento donde ya es inevitable eyacular e implementar recursos para eludirlo hasta que lo desee.

1.7. Anhedonia eyaculatoria

Es la ausencia del placer orgásmico en el momento de eyacular. De rara aparición, puede estar en relación con situaciones de desinterés vital, por lo cual debe descartarse un cuadro depresivo.

1.8. Aneyaculación

Es la imposibilidad de eyacular con un estímulo adecuado y en una situación en la que el paciente considera que ésta debería ser posible. Si la aparición del síntoma es nueva en la vida sexual del paciente, deberá descartarse patología del sistema nervioso periférico.

1.9. Síndrome de dolor post eyaculatorio

Es una interesante entidad clínica, que si se desconoce enfrenta al médico y al paciente a una larga e infructuosa búsqueda de patología. El paciente suele manifestar dolor de tipo gravativo, punzante o espasmódico en el área genital, generalmente en la base del pene, a lo largo de la uretra o, profundo, en el periné, lo que hace sospechar patología inflamatoria e infecciosa de la vía urinaria (uretritis, prostatitis, epididimitis). Es patognomónica la aparición del dolor de forma inmediata a la eyaculación. Al no estar en relación a la micción y con estudios bacteriológicos negativos puede sospecharse esta patología.

1.10. Parafilias

Llamadas desde otras corrientes de pensamiento «perversiones», desde la sexología, se desalienta el uso de esta denominación por el tinte peyorativo que la palabra ostenta para el vulgo.

Utilizamos esta denominación para las conductas sexuales que solamente encuentran su verdadera satisfacción en la «representación» de una escena sexual, característica para cada quien, y que incluye, como componente, algún aspecto que podemos denominar «colateral» a la satisfacción sexual, tal como el uso de ciertas prendas, o la preferencia por sufrir o provocar algún daño, o exhibirse, figonear, usar ataduras, cuero, enemas, tacos, y, así, en una lista prácticamente infinita, particular para cada quien. Sin poder representar esa escena, la satisfacción sexual podrá encontrarse, pero incompleta, y su búsqueda será en sí misma una meta. Llamamos *parafilias asociales* a las que por sus características comprometen a otros sin su consentimiento (figoneo, exhibicionismo, paidofilia) y provocan malestar social en su entorno y riesgo personal a quien la padece (pérdida laboral, crisis familiares, rechazo social, sanciones civiles y penales). El motivo de consulta está determinado por alguna de estas causas, dado que si quien la porta pudiese llevarla a cabo sin estas consecuencias adversas no le produciría malestar.

Capítulo 33

Diversidad sexual

Dr. Carlos Alberto Seglin

1. Asesoramiento frente a la problemática de la identidad y la orientación sexual

La consulta sobre dificultades sobre la sexualidad aparecerá en la práctica de la medicina del adolescente en la medida que las/los pacientes perciban una actitud abierta y comprensiva por parte del profesional. Especialmente sensible, es el área de las consultas que demandan asesoramiento sobre trastornos de la identidad de género o de la orientación sexual. Debemos tener en cuenta que, además del intenso malestar que produce el hecho de percibirse como «una persona que no puede tener una sexualidad común», ambas situaciones conmueven la más íntima percepción de sí mismo como ser sexual. Tanto en quien se perciba como un ser «atrapado en un cuerpo equivocado» (tal como en las disforias de género), como una persona que desea sexualmente a personas de su mismo sexo (como en la homosexualidad) o presa de angustia y confusión frente a su ser sexual; estaremos dialogando con un/a paciente que se siente diferente, excluido/a y marginado/a frente a la «normalidad sexual» sancionada socialmente. Deberá hacerse lugar a su angustia de una forma empática y comprensiva, señalando que su sentir no es «extraño» o «aberrante», sino que se trata de una más de las múltiples maneras de sentirse como ser sexuado. Afortunadamente, hoy día los discursos sociales permiten la circulación de variados ejemplos de las diferentes formas de la sexualidad por lo que hay más posibilidades de que quien consulta se sienta identificado con otros personajes públicos y exitosos fuera de los sórdidos destinos prostibularios que estigmatizan aún más al diferente. Las familias serán acompañadas en el camino que tendrán que recorrer sosteniendo al/la adolescente quien, con el transcurrir hacia su adultez, llegará a encontrarse y reconciliarse con sí mismo y su entorno, asumiéndose lo más plenamente posible como ser sexuado, único, irrepetible y en ejercicio de sus derechos. Este camino no estará libre de tropiezos y necesitará, ciertamente, de acompañamiento terapéutico para sí y su medio familiar. Es posible que necesite evaluación psiquiátrica y eventual sostén psicofarmacológico para modular la angustia y los trastornos depresivos que pueden presentarse en esta etapa.

Considero que el profesional debe oponerse a toda posición de «curar» al/la adolescente que presenta una disforia de género o una orientación sexual homosexual o bisexual. Es necesario des centrarse del eje «salud/enfermedad» o «normalidad/patología» y hacer hincapié en la disyuntiva «bienestar/malestar» y, desde esta posición, favorecer toda acción que contribuya a que el/la paciente encuentre su rumbo hacia el bienestar sexual afirmado en los pilares de la libertad y de la responsabilidad individual.

Asimismo, es tarea del profesional acompañar a la familia a sobrellevar el duelo que está implícito en toda situación vital en la que el/la adolescente no responda a las expectativas de desempeño. La diversidad sexual produce un cuestionamiento hacia la educación, formación, valores y modelos que podríamos llamar «tradicionales» que generan, a veces, confusión, auto reproches y crisis en la estructura misma de la familia. La actitud comprensiva y tolerante de quien asista la salud de ese/a adolescente servirá de amparo y sostén en los momentos de incertidumbre frente a las nuevas perspectivas en la vida de relación del/a joven.

2. Disforias de género

Es el malestar vital de inadecuación entre la percepción subjetiva que se tiene de sí mismo, en cuanto ser varón o ser mujer y del organismo, en cuanto femenino-masculino, descartando las alteraciones cromosómicas o que pudieran dar lugar a intersexos verdaderos o no (hermafroditismo, femenino o masculino). Pueden ser totales o parciales en cuanto a la magnitud del rechazo por los caracteres sexuales. Su aparición puede rastrearse desde la infancia con preferencia por juegos socialmente esperables para el otro sexo y rechazo manifiesto hacia los que le serían propios y también hacia sus genitales. De la misma manera, aparece deseo de vestirse con indumentaria acorde con su sentir y la idea de que más adelante este «error» será corregido durante el crecimiento y que se encontrarán en armonía con su verdadera naturaleza.

3. Homosexualidad

Es la preferencia u orientación sexual hacia personas de su mismo sexo a diferencia de la mayoría que tiende hacia la heterosexualidad. No pone en cuestión la pertenencia a un sexo u otro, ni deseo de modificar su condición. Históricamente, en nuestra cultura occidental, el porcentaje de personas que declaran su orientación homosexual se mantiene con variaciones que hablan más de lo permisivo o represivo del contexto que les toca vivir, que de la real incidencia en sí misma. Si bien esta orientación puede insinuarse durante la adolescencia, no debemos ser taxativos, y será la persona que la experimenta quien definirá con más justicia su orientación. Las hipótesis acerca de su génesis son múltiples y, en el amplio espectro que va desde las más radicalizadamente biológicas hasta las más acérrimas teorías psicológicas, me inclino a pensar que, posiblemente, se deba a un complejo continuo biológico-psicosocial. Tal vez, nunca comprendamos cabalmente su génesis, pero debemos intentar comprender que la verdadera piedra en el camino de sus vidas está constituida por el estigma social, el rechazo familiar y el malestar individual que surge del sentimiento de marginación. Estos factores exponen al homosexual a mayores riesgos vitales que la orientación sexual en sí misma.

4. A modo de conclusión

Quien, profesionalmente, desee acercarse al complejo mundo de la sexualidad debería hacerlo con una actitud abierta y comprensiva de la diversidad humana, donde el único límite ético para preservar sea el del respeto profundo por el sentir y el padecer de quien consulta y el respeto y el cuidado de los otros. Solamente trasponiendo el umbral de nuestros prejuicios, podremos mirar a los ojos del paciente y descubrir, allí, la maravillosa diversidad que nos hace únicos e irrepetibles.

5. Bibliografía

- ABRAHAM, C. y W. PASSINI. *Introducción a la Sexología Médica Crítica*. Barcelona, 1979.
- ALZATE, H. *Sexualidad Humana*. Bogotá: Temis, 1982.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION: *DSM IV Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson, 1995.
- AUTORES VARIOS: *Disfunción Sexual Masculina*. Instituto Havellock Ellis. San Pablo, 2004
- CALDIZ, L. *Viviendo nuestra sexualidad*. Buenos Aires: Estaciones, 1985.
- GINDIN, R. *La nueva sexualidad del varón*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- GIRALDO NEIRA, O. *Explorando las sexualidades humanas*. México: Trillas, 1981.
- GOMENSORO, A. y E. LUTZ. *El dilema sexual de los jóvenes*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1985.

- KAPLAN, H. S. *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo, 1985.
- KATCHADOURIAN, H. A. y D. LUNDE. *Las bases de la sexualidad humana*. México: CECSA, 1979.
- KOLODNY, R. et ál. *Manual de sexualidad humana*. Madrid: Pirámide, 1982.
- MASTERS, W. y V. JONSON. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica, 1978.
- MC CARY, J. et ál. *Sexualidad humana*. México: El Manual Moderno, 1983.
- MONEY, J. *Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados*. Buenos Aires: Biblos, 2002.
- SEGLIN, C. A. *La primera vez, una guía para los que inician su sexualidad*. Buenos Aires: Planeta, 1998.

Índice

● Capítulo 34

Introducción al tema embarazo adolescente

1. Situación en la Argentina
2. La sospecha de un embarazo como motivo de consulta
3. Atención de la adolescente embarazada
4. Confección de la Historia Clínica y seguimiento de la embarazada
5. Parto y Posparto
6. Actividades para acompañar la paternidad/maternidad
7. Lecturas recomendadas

● Capítulo 35

Embarazo y maternidad en la adolescencia

1. Caso Clínico: Romina
2. Introducción
3. ¿Por qué se embarazan las adolescentes?
4. La adolescente embarazada y su entorno
5. El hijo de la madre adolescente
6. El Padre Adolescente
7. Características biológicas de la maternidad en la adolescencia
8. ¿Cómo deberíamos atender a Romina?
9. Lecturas recomendadas

● Capítulo 36

Un nuevo desafío en la atención de la adolescente. Reducción de riesgos y daños en salud reproductiva: Consejería pre- y postaborto.

1. Introducción
2. El aborto en números
3. Por qué consejería
4. Consejería preaborto
5. Conserjería postaborto
6. Reflexiones finales
7. Bibliografía

Capítulo 34

Introducción al tema embarazo adolescente

Dra. Carina Facchini

1. Situación en la Argentina

La adolescencia es una etapa importante del ciclo vital de las personas. En ella, ocurren grandes cambios biológicos y psicológicos debidos a la maduración sexual y a la búsqueda de la identidad. Estos cambios se asocian, frecuentemente, a una mayor vulnerabilidad, exposición a situaciones de riesgo y sus consecuencias que impactan en la salud integral.

Según datos del INDEC (2006), en el país, del 35 al 40% de los jóvenes argentinos viven bajo la línea de pobreza, lo que afecta a su desarrollo, al acceso a la información y a su interacción con la sociedad (<www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=76>).

La educación y el trabajo son factores clave en el desarrollo de los/las adolescentes.

La iniciación sexual ocurre a edades cada vez más tempranas. Según estudios recientes, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 14,4 años y la de la mayoría de las mujeres es de 15,2 años, en general, con novios o con amigos. Las mujeres, además de iniciarse sexualmente a edades tempranas, son muchas veces obligadas y padecen de violencia sexual. Esto las expone a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.

Los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia están relacionados con la interrupción de la escolaridad y la inserción laboral. El embarazo en esta etapa de la vida es, entonces, un elemento predictor de menor escolaridad, menores posibilidades de capacitación y empleo, y de profundización de la pobreza.

Se ha señalado que el embarazo adolescente está influenciado por factores familiares, como es el caso de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia o modelos familiares conflictivos y fuertemente patriarcales, que inducen a que la adolescente busque reparación afectiva y una forma de conseguir seguridad económica y personal.

Según el estudio Cedes/Conapris, tener un hijo/a es un proyecto de vida para muchas adolescentes. Este estudio fue realizado en quince maternidades públicas de la Argentina, de las siete zonas con más altas tasas de fecundidad adolescente de las provincias de Misiones, Chaco, Catamarca, Salta y Tucumán, de Rosario y del conurbano bonaerense. Se entrevistaron 1650 madres adolescentes, entre 15 y 19 años, entre diciembre de 2003 y febrero de 2004. Más de un tercio de las entrevistadas refirió que el embarazo era la única forma de concretar un proyecto de vida. La edad promedio del primer embarazo fue de 16 años y medio. El 15,2% de las encuestadas tenía más de un hijo, pero en Tucumán y La Matanza más del 30% se encontraba en esa situación. Más de la mitad de estas adolescentes no estudiaba al momento de embarazarse; de las que estudiaban, solamente 4 de cada 10 continuaron la escuela hasta cerca del momento del parto, y un tercio de las que abandonaron la escolaridad dijeron que lo hicieron por vergüenza o temor a ser discriminadas.

En la Argentina, la proporción de embarazo en menores de 20 años descendió de un 14,6% en 2001 a un 13,6% en el 2003. Pero, en el 2004, se observó un nuevo incremento, llegando al 14,46%. También, la tasa de fecundidad adolescente disminuyó de un 30,7% de nacidos vivos de madres ado-

lescentes por cada mil mujeres de 10 a 19 años, en 2001, a un 28,7 por mil en 2003. Las cifras del 2004 arrojaron una tasa del 31,34%. Esta tasa presenta variaciones regionales en las que se observa que la ciudad de Buenos Aires tiene la tasa más baja (6,2 por mil) mientras que la provincia del Chaco exhibe la tasa más alta (23,9 por mil) junto con otras provincias del norte del país, como Formosa y Misiones (2004).

Según los últimos datos del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2007 se produjeron 700.792 nacimientos en el país: el 15,6% correspondieron a madres menores de 20 años (106.720 nacimientos de madres de 15 a 19 años, y 2841 nacimientos de madres de menos de 15 años). Esto significa que cada cinco minutos una adolescente se transforma en madre y, generalmente, un adolescente varón es el padre. En algunas partes de Argentina, como en las provincias de Chaco y Misiones, las tasas de fecundidad adolescente son de más de 100 nacimientos por cada mil personas –tasas comparables con las de África–.

Por otro lado, no podemos cerrar los ojos frente a la problemática del aborto. Se estima que un número importante de los embarazos en adolescentes terminan en un aborto, lo cual plantea un grave problema de salud pública. Continúa siendo la principal causa de muerte materna en nuestro país registrándose, en el año 2003, más de un tercio de muertes en menores de 20 años por complicaciones producto de esta práctica, sin desconocer que la ilegalidad impide registros fidedignos.

Conceptualmente, el aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero de su madre cuando su peso es de 500 gramos o menos (OMS, 1995). Esto corresponde a aproximadamente las veinte semanas de gestación. Un aborto inseguro es, según la OMS, un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado llevado a cabo por personas que carecen de entrenamiento necesario, o realizado en un ambiente sin un estándar médico mínimo, o ambos.

A pesar del aumento del uso de métodos anticonceptivos en las últimas décadas, se estima que se producen en el mundo 46 millones de abortos inducidos, de los cuales la mitad son abortos inseguros. En Latinoamérica, el 40% de los abortos inseguros son en mujeres menores de 24 años. Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias, las infecciones y el aborto séptico.

Abordar la problemática del aborto genera controversias y es muy sensible desde el punto de vista cultural, religioso y político.

En la mayoría de los países de Latinoamérica, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer. En más de tres quintos de los países, el aborto está permitido para preservar la salud física y mental de la mujer y, en alrededor del 40%, se permite el aborto en caso de violación, incesto o daño fetal. Un tercio de los países permite el aborto sobre bases económicas o sociales y, al menos, un cuarto permite el aborto a petición.

En nuestro país, el aborto es un delito catalogado entre los delitos contra la vida. Solamente hay dos casos en los que el aborto inducido no es punible y la Justicia debe autorizar su práctica. El primer caso, según el Artículo 86 del Código Penal, el aborto no es punible si ha sido realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre, y si ese peligro no ha podido ser evitado por otros medios y, el segundo caso, si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una «mujer idiota o demente». También, según la Ley 1044 sancionada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (año 2003) que regula el procedimiento para seguir frente a embarazos con patologías incompatibles con la vida, el parto podría adelantarse en caso de una mujer embarazada cuyo feto padece anencefalia o malformaciones gravísimas, irreversibles e incurables que producirían la muerte intraútero o a las pocas horas de nacer.

En los países donde el aborto es penalizado, las posibilidades de tener un aborto inseguro aumentan varias veces. La OMS determinó que la disminución de la mortalidad por aborto inseguro está estrechamente relacionada con la despenalización.

Por ejemplo: Países con aborto permitido: 0,2 a 1,2 muertes por 100.000 abortos. Países con aborto penalizado: 300 muertes por 100.000 abortos.

Existen algunos factores predictivos de riesgo de aborto provocado o inducido en las jóvenes (Neinstein, 2009):

- Inicio de relaciones sexuales antes de los 14 años.
- Primer embarazo antes de los 15 años.
- Nivel educativo bajo.
- Pobreza.
- Sentimientos de culpa por ejercer su sexualidad.
- Presión familiar.
- La falta de un proyecto de vida.

2. La sospecha de un embarazo como motivo de consulta

Ante la sospecha de un embarazo, previo a la solicitud del test de embarazo, es conveniente realizar acciones de consejería con el objetivo de escuchar y brindar sostén a la adolescente y dialogar sobre la posibilidad de un embarazo. El trato hacia la paciente debe ser de respeto y sin juzgamientos para establecer, así, una relación de confianza que permita su acompañamiento y seguimiento. Asegurar el mantenimiento de la confidencialidad es clave (Pomata y col.).

Si el embarazo se confirma, es obligatorio según nuestras leyes informar a los padres o a un adulto responsable. Es la adolescente quien elige la persona a la cual se le comunicará el diagnóstico del embarazo, y se establecerá en forma conjunta con el equipo de salud la modalidad y el momento en el que se transmitirá la información. Ayuda en estos casos, la intervención de los/las trabajadoras sociales quienes, a través de la historia social, pueden llegar a conocer la situación en la cual la paciente se encuentra, su historia y vínculos familiares y analizar aspectos socioeconómicos de su entorno. Estas intervenciones contribuyen a un diagnóstico integral precoz y abren la posibilidad de instrumentar acciones anticipatorias y preventivas.

En el caso de que la adolescente no esté embarazada, conviene aprovechar la consulta para trabajar el concepto de género en relación al poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. Seleccionar el método adecuado, estimular la participación de la pareja en la elección y en la responsabilidad de usarlo, aconsejar, de ser posible, el doble método (hormonal y de barrera), hacer prevención de embarazos no planeados y de ITS y otros problemas ginecológicos. Es aconsejable informar sobre la existencia del anticonceptivo de emergencia y sus indicaciones. Indicar control ginecológico y consultas médicas de seguimiento.

3. Atención de la adolescente embarazada

La atención de una adolescente embarazada debe hacerse desde un enfoque interdisciplinario con la participación de pediatras y obstetras capacitados en la atención de adolescentes, trabajadoras sociales y el equipo de salud mental.

Se entiende por control prenatal la serie de visitas programadas de la adolescente embarazada con los integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar su salud y la evolución del embarazo, y obtener, así, una adecuada preparación para el parto, puerperio, lactancia y crianza.

Para que este control sea efectivo, debe ser iniciado lo antes posible (<12 semanas de gestación) y realizarse en forma periódica (con un mínimo de ocho controles durante el embarazo).

Las adolescentes de 15 a 19 años captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo con sus necesidades, no tienen mayor riesgo que las adultas de similares condiciones sociales, culturales y económicas. Las adolescentes menores de 15 años siempre deben considerarse de alto riesgo obstétrico, dado que presentan mayor morbilidad y mortalidad.

Se considera que una adolescente presenta un embarazo de bajo riesgo cuando tiene una pareja y/o familia que la apoya, una escolaridad acorde con la edad, una buena aceptación de su embarazo, un buen estado nutricional y no presenta patología preexistente.

Existen algunos indicadores de riesgo de complicaciones en el embarazo:

- Edad menor o igual a 15 años y/o menos de un año de su menarca.
- Desconocimiento de su FUM (Indica déficit en acciones de autocuidado).
- Bajo nivel de educación o analfabetismo.
- Pobreza (NBI).
- Embarazo no deseado o negado.
- Ausencia de pareja o falta de apoyo de su familia.
- Tentativa o intención de aborto.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Decisión de ofrecer al recién nacido en adopción.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o de intento de suicidio.
- Consumo de tabaco, alcohol y/o drogas.
- Desnutrición o falta de aumento de peso en los controles.
- Talla < 150 cm.
- Inicio tardío del control prenatal.
- Dificultad de acceso al sistema de salud.
- Adolescente HIV positiva.
- Antecedente de feto muerto, malformaciones, aborto o parto prematuro.

Se propone la siguiente secuencia de controles:

- Iniciar el control, idealmente, antes de las 12 semanas
- Mensualmente, hasta las 23 semanas
- Quincenalmente, entre las 24 y las 36 semanas
- Semanalmente, desde las 37 semanas hasta el nacimiento

4. Confección de la Historia Clínica y seguimiento de la embarazada

Antes de continuar, reflexione:

¿Qué datos considera importante rescatar en la primera entrevista con la adolescente embarazada y qué actitud profesional facilitaría el armado de un vínculo de confianza?

Analice luego el formulario complementario de salud reproductiva (complementa la historia de salud del adolescente) propuesto por CLAP-OPS/OMS y observe si las siguientes variables se encuentran incluidas.

Ver Anexos 1 y 2: Historia del adolescente y formulario complementario de salud reproductiva CLAP-OPS/OMS.

Anamnesis

- Antecedentes personales y familiares.
- Escolaridad (indagar sobre la posición del establecimiento educativo frente al embarazo).
- Estado civil.
- Nivel socioeconómico.
- Factores emocionales.
- Abuso sexual.
- Consumo de tabaco, drogas y alcohol.
- Vacunación previa (antitetánica, antirubéola).
- Alimentación.
- Actividad laboral.

Examen físico

- Antropometría.
- Tensión arterial.
- Estado nutricional.
- Examen obstétrico (altura uterina, ubicación y tamaño fetal, vitalidad fetal).
- Examen pélvico (evaluar desproporción céfalo-pélvica, canal de parto, lesiones de cuello uterino).

Laboratorio

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo.
- Glucemia.
- HIV.
- VDRL.
- Serología para Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Chagas, Hepatitis B.
- Orina.
- Urocultivo.
- Exudado vaginal.
- PAP (éste debe realizarse al inicio del embarazo y repetirse a las 12 semanas de posparto).

Buscar específicamente en los controles: estados hipertensivos del embarazo, ITS, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, RCIU, anemia, desnutrición.

Temas para ser abordados durante las consultas de seguimiento

- Higiene corporal y autocuidados.
- Autoestima.
- Alimentación y actividad física durante el embarazo.
- Las modificaciones corporales que se presentaran en la adolescente en los diferentes trimestres.
- La continuación de la escolaridad o su reinserción.
- Sexualidad durante el embarazo.
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Anticoncepción después del parto.
- Lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- Proyecto de vida.

Es importante la inclusión del padre adolescente durante los controles de su pareja y el abordaje de los temas antes mencionados. Dialogar sobre miedos de su paternidad.

En el seguimiento, es importante el papel de las trabajadoras sociales.

5. Parto y Posparto

Debe asegurarse que la atención de estas jóvenes madres sea llevada a cabo, en lo posible, por un equipo con sensibilidad y experiencia en adolescentes, que respete su privacidad y pudor, que le permita estar acompañada por su pareja y/o familiar o persona que ella elija. El apoyo emocional y la atención del parto normal o patológico son similares al de las adultas.

Brindar educación posparto sobre cuidados personales (higiene corporal, sobre todo lavado de manos, mamas y episiotomía si esta fue realizada), promover la lactancia materna, asesorar sobre aspectos legales (identificación civil del recién nacido, reinserción escolar), verificar el esquema de vacunación de la adolescente púérpera, asesoramiento y consejería en anticoncepción.

El primer control posparto de la madre y el niño suele realizarse a los siete días del parto.

6. Actividades para acompañar la paternidad/maternidad

Podemos considerar una serie de actividades que acompañan a los adolescentes en su paternidad/maternidad:

- Acompañamiento por parte del equipo médico especializado: Contribuye a brindar contención a la madre adolescente, a su pareja y familiares, a promover relaciones equitativas entre varones y mujeres, sobre todo en lo que respecta al cuidado y controles de salud del niño y la elección del método anticonceptivo a fin de evitar un embarazo subsecuente.
- Estímulo para completar la educación. A fines del año 2007, se estableció por la Ley de Educación Nacional N.º 26.206, en su Artículo 81, la obligación del Estado de asegurar la permanencia en el sistema educativo de las adolescentes embarazadas: «Las autoridades jurisdiccionales adoptarán las medidas necesarias para garantizar el acceso y la permanencia en la escuela de las alumnas en estado de gravidez, así como la continuidad de sus estudios luego de la maternidad, evitando cualquier forma de discriminación que las afecte. Las escuelas contarán con salas de lactancia. En caso de necesidad, las autoridades jurisdiccionales podrán incluir a las alumnas madres en condición de pre- y posparto en la modalidad de educación domiciliaria y hospitalaria».

7. Bibliografía

Leyes y Normativas Nacionales

CÓDIGO PENAL ARGENTINO. Artículo 86. Incisos 1 y 2.

Disponible en: <www.justiniano.com/codigos_juridicos/codigo_penal.htm>.

CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Disponible en: <http://www.redinfa.org/files/consejos/ciu05_ley26.061.pdf>.

LEY N.º 26.061. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Disponible en: <http://www.derhuman.jus.gov.ar/normativa/pdf/LEY_26061.pdf>.

LEY N.º 25.673. Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en:

<http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/25673_salud_sexual.html>.

LEY N.º 26.206. Educación Nacional.

Disponible en: <www.me.gov.ar/doc_pdf/ley_de_educ_nac.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos Normativos para la Atención en Adolescentes, 1995. Disponible en: <<http://www.adolescenciaregionv.com.ar/textos/PNSIA%20Lineamientos%20Normativos%20Atencion%20Adolesc.pdf>>.

Leyes y Normativas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Retención escolar de alumnas/os madres/padres y embarazadas en las escuelas medias y técnicas. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/recursos/ed_sexual/programa1.php?menu_id=31270>.

LEY N.º 709. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Maternidad y paternidad de alumnos/as. Sancionada el 26/06/2003. Disponible en:

<<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley709.html>>.

LEY N.º 1.044. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Regulación del procedimiento a seguir ante situaciones de embarazos con patologías incompatibles con la vida. Sancionada el 29/11/2001. Disponible en: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/Legislacion/Leyes_vigentes/Ley%201044%20GCABA.pdf>

Publicaciones Argentinas

MINISTERIO DE SALUD/CONAPRIS/CEDES. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud, 2005. Disponible en: <<http://www.cedes.org/informacion/novedades.html>>.

Página 12. «Tras 25 años, aumentó la fertilidad adolescente. Cada cinco minutos una niña da a luz en argentina». Lunes 13 de agosto de 2007. Disponible en: <<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/elpais/1-89636-2007-08-13.html>>.

PANTELIDES, E. A. y G. BINSTOCK. «La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI». *Rev. Argent. Sociol*, vol. 5, N.º 9. Buenos Aires, jul. / dic. 2007. ISSN 1669-3248. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482007000200003&script=sci_arttext> y en: <http://www.cenep.org.ar/02_01_08.html>.

POMATA, J. et ál. «Guía y Recomendaciones para la Atención de la Adolescente Embarazada y su Hijo». *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. Año 2006, vol. 25, N.º 2. Disponible en: <<http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%E1/2006/2006-2.pdf>>.

Organismos Internacionales

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea*. Washington, D.C.: OPS © 2005. Disponible en: <www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-youth.pdf>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington, D.C.: OPS, © 2005. Disponible en: <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-normas.pdf>>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie OPS/FNUAP N.º 2. *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Copyright © 2000, OPS. Disponible en: <www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf>.

UNICEF Argentina. *La niñez y la adolescencia*. Disponible en: <<http://www.unicef.org/argentina/spanish/children.html>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Child and adolescent health and development. Action to address adolescent pregnancy*. 17 October, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/child_adolescent_health/news/archive/2007/17_10/en/index.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Child and adolescent health and development, 2010*. Disponible en: <www.who.int/childdohealth/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159145_5.pdf>.

Otros

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. FIGO. *Initiative for the Prevention of Unsafe Abortion*, 2009. Disponible en: <www.figo.org/news/figo-initiative-prevention-unsafe-abortion>.

NEINSTEIN, L. S. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*, 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.

Capítulo 35

Embarazo y maternidad en la adolescencia

Dra. Ana Coll

1. Presentamos de un caso clínico: Romina

Lea cuidadosamente este material. A continuación de la presentación del caso de Romina, surge una propuesta para reflexionar, que es frecuente en el abordaje de adolescentes embarazadas. Considere cómo actuaría en un caso similar. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura de los siguientes capítulos.

Romina tiene 16 años, es bonita y agradable. Cursa 2.º año del secundario (repitió 1.º porque no le gusta estudiar) y, actualmente, su desempeño es bastante pobre.

Es la segunda hija de un matrimonio de clase media baja de la Ciudad de Buenos Aires.

Está de novia con Gonzalo, de 17 años, que concurre al mismo colegio. Iniciaron relaciones sexuales a los siete meses de noviazgo, cuidándose con preservativo; pero una noche en un boliche se embriagaron, tuvieron relaciones sin protección y Romi quedó embarazada.

Esperó su menstruación dos meses, y como no le venía, por consejo de una amiga que se atendió con nosotros, concurre al Consultorio de Adolescentes Embarazadas del Hospital. Nos dice que no se lo quiere comunicar a sus padres «porque la van a matar» y, por ese motivo, manifiesta que quiere abortar, aunque, en realidad, con Gonzalo fantaseaban con tener un bebe.

Reflexione antes de continuar con la lectura:
¿Cuál sería su conducta ante el pedido de Romina?

2. Introducción

El embarazo en la adolescencia ocurre en todas las clases sociales, pero la actitud que frente a él asumen tanto las y los adolescentes como su familia varía ampliamente según el proyecto de vida de los jóvenes y de las expectativas que los padres depositan en ellos. Ambos factores influyen en forma significativa en que puedan prevenirlo exitosamente o, que si se embarazan, lo interrumpan o tengan al bebe. La entrega en adopción es algo poco frecuente en nuestro país, y muy pocas jovencitas y/o familias lo plantean como opción.

A partir del caso de Romina, que se presenta con mucha frecuencia en los consultorios, tanto especializados en adolescencia como generales, plantaremos el desarrollo de algunas cuestiones que tienen que ver con este hecho y la forma de abordarlo en la tarea asistencial.

3. ¿Por qué se embarazan las adolescentes?

En el marco de los cambios sociales y culturales que se operan en el mundo, y a los cuales nuestro país no es ajeno, hace ya bastante tiempo que hablamos de la sexualidad y las relaciones sexuales de los adolescentes con bastante libertad.

La Ley Nacional N.º 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable promulgada en 2002 y, más recientemente, la N.º 23.061/05 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes han dado un marco normativo (entre otros aspectos) al tema de la sexualidad de los adolescentes, reconociéndoles el derecho a la información, a la privacidad y confidencialidad en las consultas, a la libre elección de los métodos, a los controles en salud correspondientes y a la provisión sin cargo de los mismos. Dichas leyes van mucho más allá de la gratuidad de los métodos y apuntan a la protección integral de la salud de los jóvenes, no solo de su sexualidad. Contar con esta normativa y con los Programas correspondientes es de un valor incalculable, pero aún no ha transcurrido tiempo suficiente para evaluar el impacto que tienen en la población joven.

De todas maneras, mucho antes de la promulgación de las leyes, en los consultorios especializados en adolescencia se brindaba información y atención con estas características. La información estaba también al alcance de los jóvenes por otras vías (padres, amigos, medios de comunicación, Internet). En muchos establecimientos educativos, había un profesional de la salud que daba «charlas» voluntarias o en el marco de una política de éstos y, en otros casos, empresas privadas que promocionaban determinados productos, pasaban videos preparados con el asesoramiento de expertos en el tema.

Sin embargo, esta información no alcanzaba para modificar conductas y mejorar la prevención del embarazo en la adolescencia. Y en rigor de verdad, deberíamos hablar de *maternidad* en la adolescencia, ya que es el único dato fehaciente con el cual podemos contar, pues se desconoce el número de embarazos en esta etapa de la vida que terminan en una interrupción voluntaria.

Se acostumbra decir que «es un problema que va en aumento», porque se toma como referencia el porcentaje de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. Pero *la tasa de fecundidad* en la adolescencia, que es la que expresa la verdadera dimensión del fenómeno, muestra un lento descenso, con un comportamiento diferente según el grupo de edad considerado. En efecto, *la tasa de fecundidad adolescente total* (adolescentes entre 10 y 19 años de edad) descendió de 38,7 por mil en 1980 a 31,3 por mil en 1993, notándose un descenso más marcado en *la tasa de fecundidad tardía*: de 15 a 19 años descendió de 67,3 en 1990 a 59,7 por mil en 2002. Por el contrario, *la tasa de fecundidad adolescente precoz* (10 a 14 años) ha ido en aumento: entre 1990 y 1995 pasó de 1,8 a 2,5 por mil.

Debemos decir que este descenso en *la tasa de fecundidad adolescente total* no responde a la aplicación de programas o acciones, sino que sigue la tendencia de *la tasa de fecundidad general* de nuestro país, que es decreciente hace ya varios años.

Pero volvamos a la pregunta que encabeza este apartado: *¿Por qué se embarazan las adolescentes?* La maternidad no suele ser un proyecto en la adolescencia y el embarazo, en general, es un hecho inesperado o, por lo menos, no planificado.

Si bien no hay una única causa, este hecho aparece asociado a una multiplicidad de situaciones, y podemos reconocer algunas, como:

a) Motivos individuales

- La necesidad de afirmar la feminidad.
- Comprobar la fertilidad de la cual muchas mujeres dudan.
- Conducta de franca oposición y rebeldía, cumpliendo de esta manera fuertes deseos de venganza hacia los padres a quienes se los vive como represores.
- El hijo es la forma mágica de salir de la adolescencia y entrar al mundo adulto con algo propio.
- Garantizar la unión de la pareja.
- Necesidad de ejercer el poder en el ámbito familiar.
- Identificar al embarazo como proyecto de vida.

- Imperativo psicológico de trascender cuando, por ejemplo, por razones médicas hay contraindicación de embarazo.

b) Motivos psico-sociales

- Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar: confusión de roles, maltrato, abandono afectivo, consumo de sustancias entre los adultos, cualquier forma de violencia.
- Tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola.
- Bajo nivel educativo, ausencia de interés en general.
- Migraciones recientes con pérdida de vínculos familiares.
- Falta de información o información distorsionada.
- Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres.
- Pobreza.
- Escasa o nula accesibilidad al sistema de salud.
- Una forma de acceder a subsidios económicos.
- Banalización de la sexualidad - Aumento del consumo de alcohol y o drogas, que facilitan las relaciones sexuales sin protección.

c) Motivos biológicos

- Menarca temprana con iniciación precoz de relaciones sexuales.
- Relaciones sexuales sin protección adecuada.
- Abuso sexual.
- Violación.

4. La adolescente embarazada y su entorno

No debemos perder de vista un concepto sumamente importante: la maternidad no convierte a una adolescente en adulta mágicamente. Su evolución a la adultez es un proceso que se cumple con mayor o menor dificultad según diferentes circunstancias (edad, apoyo familiar, situación social, otras). Esto es importante pues todos aquellos que asistan a la adolescente en esta situación o tengan contacto con ella (profesionales de la salud, docentes) deben saber que siguen tratando con una adolescente, con todas las características de esta etapa de la vida.

Las diferencias entre una embarazada adolescente y una adulta son, entre otras:

- Tienen poca información sobre todo el proceso de la maternidad.
- Tienen dificultades para asumir un autocuidado.
- Temen a los procedimientos invasivos.
- Están más preocupadas por lo que el embarazo les genera que por cuidarlo.
- El pensamiento mágico está presente todavía.
- Tienen dificultades para establecer un vínculo con su hijo y cuidarlo.
- Manejan los tiempos en forma diferente de los adultos.

La edad, o mejor dicho, la etapa de la adolescencia que estén atravesando, juega un rol muy importante que debe ser tenido en cuenta.

En la adolescencia temprana (10 a 13 años), al impacto de los cambios que el embarazo impone, se sumará el que ha experimentado por la aparición de la pubertad, y la confusión mental que esto ocasione puede llegar a ser muy intensa. También, por la atención que la adolescente presta en esta etapa a su cuerpo, la posibilidad de experimentar algún dolor (extracciones sanguíneas para análisis, colposcopia, episiotomía, cesárea) le produce un intenso temor. Se debe tener en cuenta la repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene el parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones adversas, que no les permita ayudarla. Está comprobado que la mayoría de los embarazos que sobrevienen a esta edad son producto del abuso

sexual o violaciones, por lo que la situación emocional de estas jóvenes es, muchas veces, muy dramática.

En la Adolescencia media (14 a 16 años) se manifiestan sentimientos de invulnerabilidad, y la omnipotencia es una de sus características principales. Por este motivo, en muchas oportunidades, no concurren al control prenatal o no realizan los estudios solicitados. A veces, no manifiestan temor al parto, pero al comienzo de las contracciones suelen asustarse mucho.

En la Adolescencia tardía, (17 a 19 años), sobre todo cuando no hay otras opciones por su condición social (estudiar, acceder a trabajos donde pueda progresar), el embarazo suele ser el proyecto de vida, y aunque no lo hayan planificado, es como si lo hubieran estado esperando.

En cuanto a las ansiedades básicas del embarazo, aquellas que experimentan las mujeres, en la adolescencia, la más marcada es el temor al dolor, como ya fue dicho anteriormente. Excepto que haya casos de malformación fetal en su familia o haya habido alguna muerte materna durante el parto en su entorno, en general, estos dos temores no se manifiestan abiertamente y, en general, los tienen poco en cuenta.

La atención del embarazo y del parto, en esta etapa, no muestra diferencias importantes con la de mujeres más grandes, y los riesgos tendrán relación con las posibilidades de realizar un buen control prenatal.

5. El hijo de la madre adolescente

El vínculo que la adolescente establezca con su hijo va a depender de numerosos factores, entre ellos: la significación del embarazo según el contexto social y familiar, la etapa de la adolescencia que esté atravesando, el origen del embarazo (violación, abuso), factores individuales (proyecto de vida, pérdidas importantes, migraciones, carencias afectivas crónicas).

En algunos casos, cuando hay dificultades para establecer un vínculo adecuado, puede haber una inconstancia para los cuidados rutinarios, bajo registro de los signos de alerta, dificultades para prevenir conductas de riesgo: recordemos la tragedia de la Disco Cromagnon. Por otro lado, cuando el bebe es aceptado y querido, el vínculo tiene un fuerte componente lúdico y estimulador que no se da en madres de mayor edad.

Estadísticamente, los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de nacer con bajo peso, entre otras cosas, por una mayor proporción de niños de pretérmino, y presentan tasas de mortalidad perinatal más altas. Hay autores que han reportado una mayor incidencia de muerte súbita. Sin embargo, los datos sobre prevalencia de Bajo Peso al Nacer en la Ciudad de Buenos Aires para las adolescentes fue del 8%, y el riesgo relativo de la amenaza de parto pretérmino para esa edad fue del 0,98%. Ambas cifras eran menores que para las madres adultas.

Al respecto, y tal como ocurre cuando sus madres son atendidas en programas especiales, en el grupo de hijos de madres adolescentes seguidos en el PROAMA (Programa Asistencial para Madres Adolescentes) del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, no se registraron alteraciones en cuanto a las curvas de crecimiento y a sus desarrollos. Es importante tener en cuenta la posibilidad de que estos niños sean sometidos a abuso físico, negligencia en los cuidados de su salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

El riesgo de morbilidad debida a *accidentes, heridas y quemaduras* permanece, particularmente, alto, sugiriendo que es la falta de un adecuado conocimiento por parte de estas madres sobre el crecimiento y desarrollo infantil, lo que ocasiona estos accidentes, más que la falta de cuidado en sí misma. En cuanto a la incidencia de malformaciones, los resultados son controvertidos todavía. Erikson, en 1978, relacionaba la edad materna con una mayor incidencia de dimorfismos, hecho que fue descartado por Williams y colaboradores. En un estudio del Hospital de Clínicas José de San Martín, se observó que una edad materna por debajo de los 19 años no se asociaba con una mayor incidencia de malformaciones.

Con respecto al amamantamiento, se suele decir que las adolescentes no dan el pecho a sus hijos. En realidad, esto no es tan así, y la dificultad parece presentarse en las que son más chicas, pero, en general, al contar con modelos de madres que amamantan sin problemas, este hecho no ofrece dificultades salvo en casos especiales.

6. El Padre Adolescente

En la mayoría de los casos, el padre también es un adolescente y requiere la atención del equipo de salud, ya que aunque de características diferentes, ambos padres se encuentran en una importante crisis cuando el embarazo se hace presente.

La paternidad será asumida en forma diferente según los distintos estratos sociales, ya que el adolescente tratará de asemejarse a sus propios padres, lo cual no siempre da óptimos resultados y, en otros casos, intentará desarrollar un modelo propio de paternidad. Es importante que el equipo de salud trabaje para estimular el compromiso con la situación y que la actitud del adolescente no sea de huida.

7. Características biológicas de la maternidad en la adolescencia

Desde hace varios años, se insiste en asociar al embarazo adolescente con un mayor riesgo de desarrollar patologías, pero creemos que se debe diferenciar lo que significa riesgo por ser adolescente «per se» y riesgo atribuible a factores psico-sociales que condicionarían o favorecerían el riesgo. De existir un riesgo biológico en la adolescencia, éste tendría que ser más evidente cuanto menor sea la edad de la paciente.

La reiteración de embarazos, generalmente con intervalos cortos entre sí, y el aumento de la práctica de la cesárea condicionan una mayor morbimortalidad independientemente de la edad.

Las patologías perinatales más frecuentes asociadas a la maternidad, en esta etapa de la vida, son:

Maternas

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Anemia.
- Rotura prematura de membranas.
- Parto de pretérmino.
- Consumo de sustancias.
- Mayor incidencia de partos intervenidos.
- Infecciones puerperales.
- Mayor mortalidad materna.

Del Recién Nacido e Infantiles

- Prematuridad y sus secuelas.
- Bajo peso al nacer.
- Maltrato.
- Accidentes y envenenamientos.
- Síndrome de muerte súbita.
- Enfermedades infecciosas y desnutrición.

En nuestro medio, en un interesante estudio de Tomassini, se observó que la etapa de la adolescencia con mayor incidencia de complicaciones (anemia, sífilis, preeclampsia) y, entre ellas, las más graves (eclampsia) fue el grupo de 10 a 14 años, que, por otro lado, era el que tenía prácticamente ausencia de controles prenatales. El parto de pretérmino fue más frecuente a medida que descendía la

edad. Los autores lo vinculan a la falta de control prenatal y, eventualmente, a la inmadurez del organismo materno a edades muy precoces. Se supuso que si la adolescente quedaba embarazada cuando aún estaba creciendo, podía competir con el feto por los nutrientes. Sin embargo, debemos recordar que en el proceso normal de crecimiento de la adolescencia, el pico de crecimiento se produce poco antes de la menarca, y en los dos años subsiguientes, la adolescente crece unos pocos centímetros más.

Stevens-Simon y colaboradores estudiaron la ganancia de peso durante el embarazo y el peso del recién nacido. Encontraron que lo importante para el peso del hijo no era la tan mentada competición de nutrientes entre una adolescente embarazada aún en crecimiento y su hijo, sino cuánto había aumentado de peso la madre. Estos resultados fueron corroborados en nuestro medio, no encontrando diferencias con el grupo de adolescentes mayores.

Lo mismo ocurre con otras patologías. La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) aparece relacionada, más estrechamente, con la paridad que con la edad materna. La anemia se puede explicar mejor por la pobreza, la nutrición deficiente y el control prenatal inadecuado que por los efectos de la edad materna y del crecimiento puberal sobre la reserva de hierro.

Zuckerman y colaboradores estudiaron la relación entre las variables sociales y los problemas de salud y pudieron comprobar que la edad temprana por sí sola no es suficiente para predecir el riesgo del bajo peso al nacer o la prematuridad.

En ese mismo trabajo, se observó un consumo de cigarrillos de un paquete diario en 9,2% de las adolescentes contra 16,2% en las adultas, y 7,1% de adolescentes que consumían sustancias psicoactivas contra 14,7% para las adultas. Estas serían las causas del bajo peso del recién nacido y no la edad materna en sí.

Un grupo de adolescentes que está creciendo en número y que está en condiciones de embarazarse en esta etapa de su vida son aquellas con enfermedades crónicas graves. Muchas niñas que morían antes de llegar a la adolescencia por padecerlas, hoy, pueden vivir merced a los adelantos tecnológicos (jóvenes con cardiopatías operadas, trasplantadas, diabéticas, etcétera). Cuando se embarazan, se hallan en alto riesgo y requieren cuidados especiales. Algunas de las enfermedades que padecen se agravan, así como hay enfermedades y estrategias terapéuticas que pueden modificar el pronóstico de sus hijos.

Otros/as adolescentes que deben ser tenidos en cuenta son los que presentan algún grado de discapacidad mental. Muchos de ellos tienen su capacidad reproductiva conservada, y si bien no constituyen, del punto de vista biológico, un grupo de riesgo, la dificultad en diagnosticar tempranamente el embarazo, la falta de comprensión de lo que les ocurre, las pocas posibilidades de hacerse cargo de su maternidad/paternidad, hace que debamos considerarlos como una población que merece atención especial.

Las/los adolescentes infectados por VIH –ya sea adquirida o por transmisión vertical– es otra población que se encuentra en franco aumento y requiere de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, al cual muchas veces el sistema no responde adecuadamente.

Las complicaciones del embarazo en general, cuando se presentan, tienen una evolución igual a la que ocurre en mujeres de más edad y dependerá del estado general de la adolescente, sus antecedentes y otras circunstancias concurrentes. Pero lo fundamental para su prevención y manejo oportuno es un adecuado control prenatal.

8. ¿Cómo deberíamos atender a Romina?

Romina se nos presenta angustiada, diciendo que quiere hacerse un aborto porque teme que sus padres «la maten» si se enteran del embarazo. Pero, también, cuenta que con Gonzalo fantaseaban con tener un bebé.

Es común que las chicas piensen en el aborto como primera solución a «su problema». Muchas de ellas creen que un aborto se hace con una inyección (el efecto progesterona que las hace menstruar si no están embarazadas).

En esta etapa de la situación de Romina, es fundamental la intervención de la Trabajadora Social. Ella se encargará de confeccionar la historia familiar y social de la jovencita, averiguar con qué apoyo cuenta, ya sea de sus padres, de los padres de Gonzalo o de otros familiares. El médico o médica interviniente le informará con claridad y sin asustarla en qué consiste un aborto (ya sea por legrado o con prostaglandinas), los riesgos y complicaciones posibles, y la necesidad de contar con el apoyo de un adulto de su confianza para resolver lo que hará.

La experiencia nos enseña que en la mayoría de los casos como el de Romina, en realidad los padres no «las matan» y, si bien no aplauden a la hija que se embarazó, con un buen trabajo del equipo de salud se logra una adecuada aceptación del embarazo y el apoyo necesario para la crianza del bebé.

Es importante confirmar que realmente Romina esté embarazada, ya sea por un test (aunque desde la aparición de los test comerciales casi todas ya lo han hecho) e informar a Romina de la obligación por ley de informar a los padres de su embarazo. Y, aquí, está el arte de manejar la consulta: si se le dice inmediatamente que se debe comunicar a sus padres el hecho, lo más probable es que Romina desaparezca y no tengamos la oportunidad de ayudarla.

Si bien es una obligación por ley informar a los padres, también es cierto que el Equipo de Salud se puede tomar su tiempo para ello, trabajando mientras tanto con Romina. Se le puede ofrecer que venga con sus padres con cualquier excusa y que el equipo de salud la ayude a comunicárselo, situación que siempre va a ser menos violenta que si lo hace ella en su casa, y permite que el equipo intervenga trabajando, también, con los padres. O que venga con algún familiar adulto de su confianza, para ir trabajando hasta que se pueda tomar contacto con los padres.

Por supuesto, y dado que el vínculo con Gonzalo parece ser bueno, es de suma importancia invitarlo para que participe de las decisiones. Lo que hay que lograr es que Romina y Gonzalo sientan que el equipo está de su lado para ayudarla, y ofrecerle diferentes alternativas para que ellos puedan elegir.

Si bien es cierto que el control del embarazo es importante, excepto que haya un problema serio de salud detectado por la anamnesis o el examen, es aconsejable posponerlo unos días, priorizando la atención de la situación emocional y social de Romina y Gonzalo.

Cuando concurren los padres, la Trabajadora Social realizará las entrevistas necesarias para encaminar la situación y, de esa manera, se podrá comenzar con los controles. De las entrevistas con el/la médico/a y la trabajadora social, surgirá la necesidad o no de la intervención de un profesional de Salud Mental.

A través del ejemplo de Romina, podemos ver la base de lo que significa la atención de la maternidad en la adolescencia: el trabajo debe ser hecho por un equipo interdisciplinario constituido, al menos, por un/a médico/a obstetra, trabajadora social, psicólogo/a y obstétrica entrenados en la atención de adolescentes. Y cuando decimos interdisciplinario, hablamos no solo de las entrevistas con diferentes profesionales tipo «derivación», sino del trabajo conjunto de ese grupo con discusión del caso, reevaluación periódica y planeamiento conjunto de las diferentes estrategias.

No se deben descuidar aspectos como la continuación de los estudios de Romina (la legislación vigente actualmente lo posibilita sin que pierda el año), preparación para el parto teniendo en cuenta la etapa de la vida en que se encuentra y el seguimiento de la crianza del bebé por pediatras entrenados en la atención de adolescentes, ya que los padres de su paciente lo son.

Es importante recordar también la alta incidencia de segundo embarazo en la adolescencia. Aproximadamente un 30 a 40% de estas jóvenes vuelven a embarazarse dentro de los dos años que siguen al primer parto. Muchos de estos embarazos forman parte de ese proyecto de algunas parejas adolescentes, de formar una familia. Pero, en la práctica, vemos también muchas adolescentes que han tenido un hijo, pero no han formado una familia, y un segundo embarazo complica aún más las cosas.

Hay diversas formas de organizar una atención de las adolescentes embarazadas, pero todas tienen en común, como ya dijimos, un abordaje interdisciplinario para lograr la atención integral de esta situación. Creemos que cada institución puede crear su propio sistema de acuerdo con sus posibi-

lidades. La base para alcanzar el objetivo de una atención integral es la VOLUNTAD firme y el convencimiento de que es la única manera de prestar un servicio adecuado a la adolescente embarazada, su familia y a su pareja.

9. Bibliografía

- COLL, A., A. DI NOTO, S. RAFFA, S. LÓPEZ ZABALETA, E. BALDI y A. BARATA. «Edad materna menor o igual a 15 años y factores de riesgo de bajo peso al nacer». *Obst. y Ginec. Lat. Amer.*, 1995, 53(6): 385.
- COLL, A., A. GIURGIOVICH, S. VALENTE, S. LÓPEZ ZABALETA, A. MATERIA, M. MERINO y H. TROUCHOT. «Embarazo en la adolescencia: edad ginecológica y resultados perinatales». *O. G. L. A.*, 1997, 55(5-6): 275.
- COLL, A., A. GIURGIOVICH, M. ALBANESE y A. BARATA. «Are Adolescent Mothers Less Successful In Breast-Feeding Than Adult Women?». *XVI World Congress of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Washington, setiembre 2000.
- DUBERGES, C., O. GARCÍA y E. BIEDACK. «Diagnóstico de situación 1986 - 1991. Red Informática Perinatal». *Rev. de la Soc. Obstet. Ginecol. de Buenos Aires*, 1993, 72 N.º 902, p. 114.
- GIRARD, G. A. et ál. *El adolescente varón*. Buenos Aires: Lumen, 2001.
- GOGNA, M. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES, Buenos Aires, 2005.
- LEY N.º 25.673 (Argentina): Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <<http://www.legisla.gov.ar/ley25673c.htm>>.
- LEY N.º 26.061 (Argentina): Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Disponible en: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>>.
- MACANARNEY, E, R. KREIPE, D. ORR y G. COMERCI. *Textbook of Adolescent Medicine*. USA: Saunders, 1992.
- MARTÍNEZ, J. C., E. ANDINA et ál. «Programa Asistencial para Madres Adolescentes (PROAMA)». *Rev. de la Maternidad Sarda*, 1992, XI, N.º 2.
- MÉNDEZ RIBAS, J. M. et ál. *Enfoque actual de la Adolescente por el Ginecólogo: Una Visión Latinoamericana*. «Maternidad y Paternidad en la Adolescencia». Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2004.
- MINISTERIO DE SALUD. *Unidad Coordinadora de Programas Materno Infante Juveniles y Nutricionales*. Información Diagnóstica, 2001.
- STEVENS SIMON, C. y E. MAC ANARNEY. «Adolescent pregnancy». En: Mac Anarney, E. et ál. *Textbook of Adolescent Medicine*. USA :Saunders, 1992, cap. 74, p. 689.
- TOMASSINI, T. L., R. H. WINOGRAD, E. NIGRO DE SALERNO y O. PARADA. «Adolescencia: Análisis de indicadores de atención del embarazo, parto y recién nacido en la población asistida en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, de Buenos Aires, 1978-1996». *O. G. L. A.*, 1997, 55(5-6): 263-274.
- VALENTE, S., A. GIURGIOVICH, A. COLL, A. MATERIA y S. RAFFA. «Incidencia de malformaciones en hijos de madres adolescentes». *III Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente*. Sociedad Argentina de Pediatría. Carlos Paz, Córdoba, octubre 1998.

▲ Capítulo 36

Un nuevo desafío en la atención de la adolescente. Reducción de riesgos y daños en salud reproductiva: Consejería pre- y postaborto.

**Dra. Sandra Vázquez,
Dra. Nilda Calandra**

El objetivo de este texto es introducirnos en la problemática del aborto a sabiendas de que se trata de un tema conflictivo, porque se entrelazan en él enfoques éticos, de salud, religiosos, legales, de género, que generan la resistencia de algunos sectores de la sociedad. Se escuchan siempre diferentes opiniones, sobre si el aborto debe o no debe ser legal, sí es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero la realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo. Por eso, nuestro abordaje, como agentes de salud, estará orientado, fundamentalmente, a una visión desde la salud pública, tratando de paliar esta realidad injusta y evitable.

Los temas que iremos desarrollando son los siguientes:

1. Introducción en la temática.
2. Breve reseña sobre la incidencia del aborto en la Argentina y América Latina.
3. Por qué proponemos consejería pre- y postaborto.
4. En qué consisten las acciones de consejería preaborto.
5. Cómo hacer efectiva la consejería postaborto.
6. Reflexiones acerca de lo propuesto.

1. Introducción

En la Argentina, se ha avanzado, significativamente, en lo referido a los derechos sexuales y reproductivos: con la sanción de las leyes sobre salud sexual y reproductiva tanto nacionales como provinciales, con los diferentes programas vigentes, con la aprobación de la ley sobre Educación Sexual, etcétera; pero aún queda mucho por realizar para lograr que el campo jurídico aborde el grave problema del aborto. Su ilegalidad obstaculiza la atención médica, principalmente, en el ámbito público, donde el profesional ve limitada su posibilidad de brindar asistencia a los sectores más vulnerables. Si esta vulnerabilidad afecta a las mujeres en general, las adolescentes –en particular aquellas que están en situación de pobreza– la padecen en mayor grado. Incluso los casos de abortos no punibles, contemplados en nuestro código penal, encuentran reticencia en el ámbito médico para realizarlos sin autorización de la justicia, con lo que se pierde un tiempo valioso que va en detrimento de la paciente. En fallos recientes, se ha observado, además, el distinto criterio de los/las jueces intervinientes para avalar o no dicha autorización.

El aborto, sin lugar a dudas, es el tema que más debates ideológicos ha suscitado y aún suscita en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Pero ninguno de nosotros ignora que en nuestros países de América Latina es una realidad generalizada. Los obstáculos que se generan deberían ser superados por un debate racional basado en la realidad de su práctica. No podemos dejar de mencionar el avance que ha significado que en los últimos tiempos, en la Argentina, el tema ocupe la

agenda pública, se debata en los medios de comunicación y el público en general no tenga temor a dar su parecer sobre las nuevas figuras de despenalización.

En la adolescencia, no es posible abordar la temática del aborto sin tener en cuenta las condiciones culturales, sociales, familiares y económicas que llevaron a esa joven a un embarazo no deseado. Por eso, es necesario pensar el aborto dentro del complejo entramado que incluyen estos aspectos subjetivos y socioculturales, y pensarlo, además, dentro del campo más amplio de los derechos sexuales y reproductivos, atravesado por la dimensión de género, por la inequidad social y por los riesgos sobre la salud (Figura 1).

Figura 1



2. El aborto en números

Se calcula que en el mundo se realizan 46 millones de abortos inducidos por año, de los cuales 26 millones corresponden a abortos legales y 20 millones a intervenciones ilegales, la mayoría inseguras (Hensaw et ál., 1999, citado por Faundes-Barzellato). Los abortos inducidos realizados en América Latina, que son alrededor de 4 millones, son ilegales en su gran mayoría, debido a las legislaciones restrictivas existentes en estos países (con excepción de Cuba y de Guyana). Por consiguiente, América Latina, como región postergada y pobre, padece del drama de los numerosos abortos ilegales realizados, en su mayoría, en situaciones de riesgo.

Está constatado por las estadísticas que el aborto es inseguro cuando se realiza en un medio no apropiado y/o por personas no calificadas. En los países en que está legalizado y se práctica en condiciones seguras, muere una mujer por cada 100.000 abortos; en los que se realizan en condiciones inseguras, como la mayoría de los países de América Latina, se produce una muerte cada 1000 abortos.

En nuestro país las complicaciones derivadas del aborto son la primera causa de las muertes maternas. La proporción de muertes maternas por aborto (24%), es más del doble de la estimación de la Organización Mundial de la Salud para toda la región (11%).

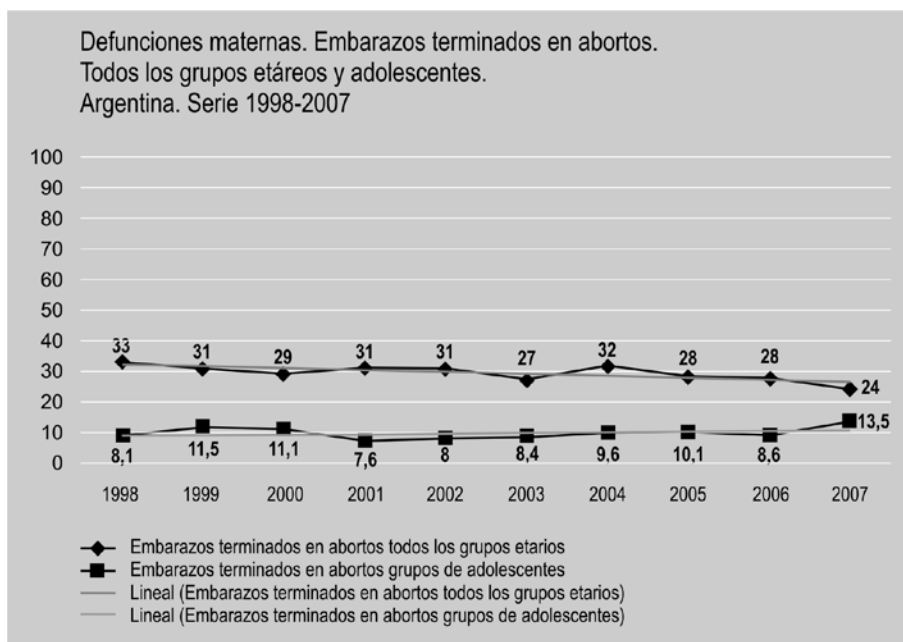
Proporción de las muertes por aborto sobre el total de muertes maternas:

- 2004: 33,2% (94 muertes por aborto).
- 2005: 26,7% (79 muertes por aborto).
- 2006: 27,9% (93 muertes por aborto).
- 2007: 24,2% (74 muertes por aborto).

La distribución de las muertes maternas según edad, muestra que todos los años mueren niñas y adolescentes por abortos inseguros.

Por tratarse de una práctica clandestina no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en la Argentina. Según estimaciones recientes, se realizan alrededor de 450.000 abortos al año, lo que significa más de un aborto por cada dos nacimientos (0,64 abortos por cada nacimiento) (CEDES 2007).

Calculada de distintas maneras, ya que la ilegalidad impide registros fidedignos, esta cifra no se ha modificado sustancialmente, y, en lo que a las adolescentes se refiere, va en aumento.



Elaboración de Women's Health Link en base a Estadísticas Vitales, DEIS, Ministerio de Salud.

Por otra parte, la cantidad de mujeres asistidas en los hospitales públicos por complicaciones derivadas de abortos aumentó en un 46% en el periodo 1995-2000 (CEDES 2007), particularmente, en el grupo de edad de 20 a 24 años (57%). Un 15% de estos egresos corresponde a adolescentes. El aborto inducido constituye en nuestro país la primera causa de muerte por gestación.

En una investigación sobre muertes maternas realizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en seis provincias argentinas, se ha encontrado un 27% de muertes por aborto, constituyendo la 1.^a causa.

Estas son solo algunas cifras, detrás de estas cifras, hay mujeres: mujeres que mueren o mujeres que ven afectada su salud física por las secuelas que puede dejar el aborto inseguro, y su salud mental, por las significaciones imaginarias de quien aborta en un marco de clandestinidad.

Más allá de todas las consideraciones legales, éticas o religiosas, el aborto se continúa practicando y en condiciones de mayor riesgo cuanto menores son los recursos económicos de la población. Por lo tanto, debe enfocarse como un problema de salud pública, porque es una realidad generalizada y persistente, porque es inseguro cuando se realiza en un medio no apropiado y porque los abortos no seguros tienen altos costos en vida de mujeres y, también, en morbilidad. Un hecho que lo convierte en más preocupante: muchas de estas mujeres son aún adolescentes.

Es evidente que la clandestinidad no impide la realización de abortos, sino que aumenta los riesgos.

Como una pequeña muestra estadística de lo que ocurre en un hospital público, podemos

adelantar los datos preliminares de un estudio exploratorio que estamos realizando en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires, donde un 40% de las pacientes internadas en el Servicio de Obstetricia como consecuencia de complicaciones de abortos, corresponden a adolescentes y jóvenes menores de 24 años. Esto nos da la pauta de la magnitud del problema en esta franja etárea (estos índices encontrados, son solo una muestra de lo que ocurre en el resto del país, de acuerdo con las estadísticas). Este registro se hizo solo en pacientes internadas, pero sabemos que un importante número de casos no se registran como internaciones porque son tratadas en forma ambulatoria.

Un hecho nos llamó la atención: la mayoría de estas pacientes internadas refirieron a quien las encuestaba, que su aborto había sido espontáneo. Consideramos que en estas respuestas –que las estadísticas nos dicen que no pueden ser creíbles– entran en juego el miedo y la culpa a ser denunciadas. Ésta no es la misma respuesta que dan cuando se encuentran a solas con un profesional capacitado en la atención de adolescentes, que comprende la situación por la que están pasando, que no las juzga y que más allá del hecho, sienten que las va a acompañar. En el imaginario está tan fuertemente instalado el temor, que muestran una grata sorpresa cuando son atendidas con cuidado y sin maltrato y reconocen explícitamente la buena calidad en la atención. Éste es el principal objetivo de abordar esta temática con un grupo de profesionales interesados en la atención de adolescentes, aunque su especialización no sea ni la ginecología ni la obstetricia.

Cabe destacar, además, que desde que las mujeres se han apropiado del aborto medicamentoso (utilizando misoprostol) las complicaciones graves han disminuido al no existir maniobras instrumentales, pero aún las complicaciones siguen existiendo. De acuerdo con una investigación realizada en el Servicio de Adolescencia de nuestro hospital, las adolescentes usan la medicación en forma anárquica; la red informal donde se asesoran para utilizar las «pastillas abortivas» (como ellas las llaman) involucra a amigos/as, familiares o farmacéuticos, que se constituyen en significativos informantes y que no siempre les indican, adecuadamente, la vía, la dosis, ni el camino a seguir a posteriori; por ejemplo, muchas de ellas llegaban al hospital después de un prolongado período de metrorragia, algunas creyendo que ya no estaban más embarazadas y otras, en que la culpa y el temor a ser sancionadas por estar al tanto de la ilegalidad de su accionar, las llevaba a la consulta tardía, con todas sus consecuencias.

Esta forma de interrumpir el embarazo, se ha difundido en los últimos años entre nuestra población, y ésta, quizá, sea una de las causas del incremento de las internaciones por complicaciones del aborto. Las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron también a utilizar el misoprostol, la mayoría de las veces, en forma inapropiada.

Además, los proveedores de la droga, no les informan sobre su eventual acción teratogénica, en el caso de que el embarazo continúe su curso. La bibliografía internacional refiere que existe un mayor riesgo de malformaciones congénitas en recién nacido de madres que recibieron misoprostol en el primer trimestre del embarazo. Las anomalías están relacionadas con el sistema nervioso central y con las extremidades superiores e inferiores y se supone que son debidas a alteraciones vasculares de la unidad fetoplacentaria. Si bien este riesgo es relativamente bajo, del orden de 10 en 10000, consideramos que ante la posibilidad de su uso, el médico debería informarlo a su paciente.

3. Por qué consejería

El Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, realiza constantes esfuerzos para que el programa de salud reproductiva sea efectivo en cuanto a prevención de embarazos, no obstante, son muchos los casos de adolescentes que llegan por primera vez a la consulta con un embarazo que no fue buscado.

Esto pudo haber ocurrido por:

- no haber usado ningún método anticonceptivo,

- por haber usado un método inseguro (es frecuente la creencia acerca de la seguridad del coito interrumpus),
- por haber usado incorrectamente un método de los considerados seguros (olvido en la toma de píldoras anticonceptivas),
- por una falla del método utilizado.

Frente a la realidad de un embarazo no esperado, nos encontramos ante distintas situaciones. Puede ocurrir que:

- la adolescente acepte el embarazo de buen grado; esto ocurre sobre todo en los sectores más desprotegidos, donde un hijo puede transformarse en un proyecto de vida.
- algunas adolescentes decidan continuar con la gestación resignadamente, como un destino de su condición de mujer o por carecer de medios para abortar.
- en otros casos, manifiesten la firme decisión de interrumpir la gestación; sabemos que recurrirán a prácticas tanto más riesgosas cuánto más bajos sean los recursos disponibles.

Estas últimas adolescentes crean en el profesional que las atiende, acostumbrado a brindar la mejor atención a su paciente, un problema que frena su accionar. Los médicos nos encontramos ante una situación para la que no hemos sido formados. Pero dejar ir a una joven que se ha contactado con el sistema de salud, conociendo que ingresará a un grupo de riesgo de alta morbilidad, teniendo herramientas para ofrecerle, nos ubica ante una encrucijada.

Nuestro compromiso con las y los adolescentes que concurren al servicio siempre estuvo basado en que encuentren en él un ámbito amigable y con una escucha atenta a sus problemáticas. Por eso, la reiteración de estos casos llevó a una reflexión interna y conjunta del grupo de profesionales para aunar criterios o compartir inquietudes, sabiendo las dificultades que presentaba la temática. No pretendíamos tener criterios unívocos pero sí coherentes sobre las acciones de cuidado para seguir con estas pacientes, a sabiendas que estábamos interviniendo en un ámbito donde el aborto es ilegal, pero sin olvidar que no podemos abandonar a su suerte a la paciente y que de acuerdo con las Convenciones y los Tratados Internacionales que nuestro país suscribió, debemos trabajar en pos del interés superior del niño y adolescente (en este caso, nuestra paciente).

En este proceso grupal, lo que nos llevó a la reflexión, fue la lectura del libro de Faúndes-Barzelatto, donde se hace referencia a la condena pública y a la aceptación privada del aborto y el incremento de esta aceptación cuando más cerca afectivamente está la persona involucrada. En nuestra práctica cotidiana, esto lo corroboramos, ya que es frecuente observar cómo los médicos toman un mayor compromiso con la paciente que piensa interrumpir un embarazo cuanto más ligados afectivamente están con ella, ya sea por tratarse de una pariente, una amiga o una paciente de años, con quién establecieron una buena relación.

En este sentido, también la investigación de Ramos y colaboradoras muestra la opinión recogida en grupos focales con médicos, donde los más jóvenes condenan el aborto en mayor medida que los de edad intermedia; una de las razones sería la menor oportunidad de los jóvenes de haberse relacionado con mujeres en situación de aborto por encontrarse al inicio de su carrera, en cambio, en los de mayor edad se produce un cambio y una mayor preocupación al haberse enfrentado con el sufrimiento y la muerte de estas mujeres.

Otro accionar que observamos de cerca, al pensar en la implementación de la consejería preaborto, fue la experiencia de nuestros colegas uruguayos, que han instalado hace tiempo este sistema de asesoramiento para una maternidad segura, con el aval del Sindicato Médico, de la Sociedad de Ginecología, de la Facultad de Medicina e, incluso, del Ministerio de Salud Pública, por medio de la ordenanza 369/04 y posteriormente por la Ley 18.426/08, Art. 4). En Uruguay, al igual que en nuestro país, el aborto es ilegal, salvo excepciones, por lo tanto ellos basaron su intervención en el asesoramiento e información preaborto y en mejorar la atención del postaborto, con lo cual han conseguido una importante disminución de la mortalidad materna.

Nuestro grupo de trabajo considera que no se puede seguir eludiendo el grave problema –tan frecuente en la adolescencia– de la interrupción de embarazos en condiciones de riesgo, que las afecta en su salud actual y en su futura salud reproductiva. Sobre todo, porque aún con legislaciones restrictivas es mucho lo que se puede hacer antes y después del hecho concreto del aborto.

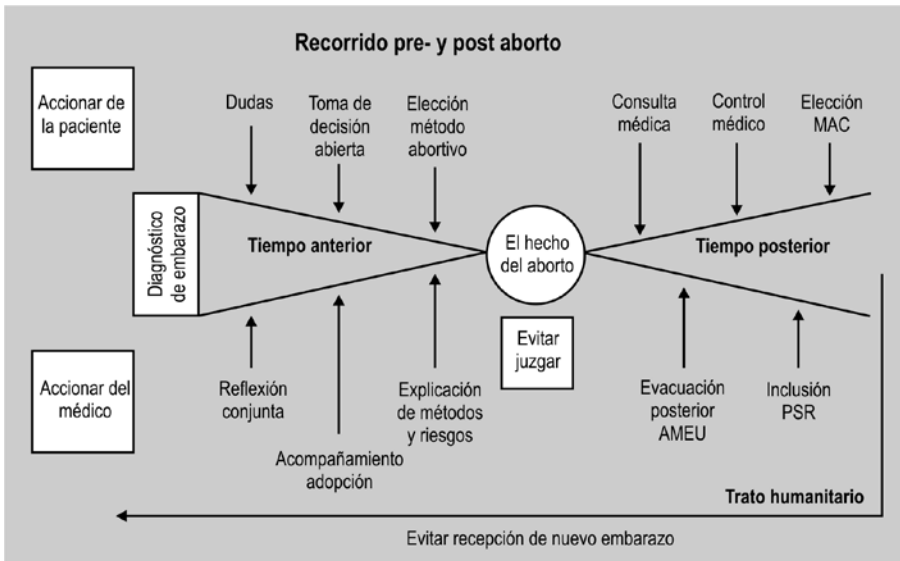
Un sistema de salud debe brindar a toda adolescente embarazada que concurra a un servicio hospitalario, un espacio de reflexión para acompañarla ante esa nueva situación y una instancia de diagnóstico no solo médico, sino también psicosocial. En este espacio, la joven debe contar con toda la información, asesoramiento y apoyo necesarios para la toma de decisiones responsables, que en última instancia, conducirán hacia maternidades seguras.

Desde nuestro accionar, se desalienta la práctica del aborto inducido y se informa sobre los riesgos médicos y, también, legales existentes dada la condición actual de ilegalidad.

En aquellos casos en que se vislumbra la posibilidad de que una adolescente, de todas maneras, pueda recurrir a la realización de un aborto de riesgo, consideramos que los profesionales de la salud debemos abordar las estrategias por seguir para lograr la reducción de riesgos y daños dentro de lo que permite el marco legal vigente. Se trata de respetar la decisión informada y consciente de la adolescente.

Recurrimos, nuevamente, al accionar de nuestros colegas uruguayos y, en particular, a la voz del Dr. Enrique Pons a quien escuchamos en varios seminarios hacer referencia a que el aborto, por tratarse de una práctica ilegal, no puede ser abordado por el médico ni por los equipos de salud. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a su práctica, a la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto hasta la rehabilitación completa de la mujer). Por lo tanto, el actuar antes y después de su realización tiende a disminuir los riesgos y la muerte por gestación (Figura 2).

Figura 2



Por todo lo dicho anteriormente, instalar la consejería preaborto y mejorar la atención post-aborto, deberían ser las próximas metas para alcanzar por los servicios de salud.

4. Consejería preaborto

Para aquellas adolescentes que manifiesten su deseo de interrumpir el embarazo, es aconsejable:

- a) Recurrir a un equipo interdisciplinario que brinde apoyo social y psicológico con el objetivo de realizar una reflexión conjunta sobre:
 - las causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación,
 - influencia de familiares o allegados en la toma de decisión (deslindar de estas presiones a la decisión autónoma de la joven),
 - la conveniencia de incluir a la pareja,
 - la existencia de redes de apoyo institucionales que pueden influir sobre su accionar.
- b) Tomar conocimiento sobre la información con que cuentan para llevar a cabo su decisión.
- c) Brindar la información necesaria y la posibilidad de otras instancias como puede ser la adopción, para que pueda tomar una decisión informada, conciente y responsable.

A partir de la consulta, se hará una evaluación de cada caso que incluya:

- Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en búsqueda de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que recurran a la interrupción.
- Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional, de normoimplantación, y para descartar patología embriofetal (ectópico, huevo muerto, etcétera).
- Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.
- Información acerca de los diferentes riesgos inherentes a cada una de las prácticas habituales.
- Explicitar la necesidad de la consulta postaborto inmediata.

Conocer esta forma de actuar es imprescindible para asesorar correctamente a la paciente. Por ejemplo: determinar ecográficamente la edad gestacional es importante, porque, en nuestra experiencia, después de la investigación sobre el uso de misoprostol en adolescentes embarazadas y por lo manifestado en los talleres sobre sexualidad que realizamos en la sala de espera del servicio, las adolescentes conocen las «pastillas» (misoprostol) a través de circuitos informales y refieren que es el método al que más recurren para abortar, pero no conocen los riesgos que corren al usarlas en embarazos mayores a 9 semanas.

Además, puede ocurrir que por ecografía se diagnostique un huevo muerto y retenido, con lo cual cambia todo el panorama de la ilegalidad, y el conflicto de la paciente ante la toma de decisión.

Asimismo, no podemos dejar de lado la importancia de la inmunoprofilaxis en las adolescentes Rh negativas, para evitar complicaciones en las futuras gestaciones.

Todo esto nos da la pauta de que no se tiene que abandonar a estas pacientes a su suerte; nosotros, como profesionales, tenemos el saber médico necesario para disminuir los riesgos y los daños de un aborto, y es nuestra responsabilidad asesorar y acompañar en este trance.

5. Consejería postaborto

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación ha publicado una guía de atención postaborto (APA), con el objetivo de mejorar la calidad de atención. Dicha guía explicita una serie de intervenciones médicas destinadas a manejar las complicaciones del aborto, con el fin de disminuir la tasa de morbimortalidad materna, mejorar la vida sexual y reproductiva de las mujeres y evitar que se repitan nuevos abortos. La existencia de esta guía no implica que haya cambiado, automáticamente, la atención de estas mujeres, porque para ello se necesita un cambio de actitud de los profesionales que, muchas veces, no se ha dado.

La condición de ilegalidad condiciona el proceso asistencial de quienes son atendidas después de haberse realizado un aborto. **Existe un maltrato institucional conciente o inconsciente, porque la clandestinidad opera como una condena simbólica en gran parte del personal de salud.** Esto es mucho más preocupante en la atención de adolescentes, por ser aún inmaduras emocionalmente y por tener un Yo todavía frágil.

En entrevistas realizadas en el servicio, algunas jóvenes han expresado que, durante la internación, tuvieron dificultad para sentirse acompañadas y consideradas, y piensan que no hay un registro del sufrimiento subjetivo que implica la decisión que han tomado.

De acuerdo con una investigación realizada en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, sobre la calidad de atención en las internaciones postaborto, las autoras refieren, entre otras cosas, «...los distintos profesionales parecieran no estar sensibilizados frente a la situación por la que atraviesa una mujer, precisamente, en el momento en que ha decidido no ser madre», y agregan que existen, a veces, tratos verbales humillantes.

Sucede que el modelo asistencial privilegia la maternidad, aunque ella no sea la decisión autónoma e informada de la mujer, por lo tanto, quienes han recurrido a un aborto, han quebrado el mandato hegemónico acerca de la maternidad; esto hace que se vea afectada la contención y el trato humanitario que la paciente requiere. Muchos profesionales ni siquiera se plantean cuáles han sido las motivaciones de la decisión de interrumpir un embarazo. Por eso es necesario insistir sobre la:

Concientización del personal de salud para que brinde una adecuada atención postaborto y consejería que evite la repetición de embarazos no deseados.

Por lo tanto, encarar la atención más humanizada de estas adolescentes, es una responsabilidad del sistema sanitario y de todos los efectores de salud.

Las intervenciones médicas que se deben realizar en la atención postaborto varían de acuerdo con el cuadro que presenta la mujer, y son las siguientes:

En caso de aborto incompleto:

- Seguimiento ambulatorio hasta la evacuación completa o internación, según el caso.
- Legrado evacuador o aspiración manual endouterina (AMEU), en caso de ser necesario.

En caso de aborto incompleto:

- internación en el Servicio de Obstetricia,
- riesgo quirúrgico, grupo sanguíneo y factor Rh,
- legrado evacuador (es aconsejable la utilización de la aspiración endouterina- AMEU),
- protección antibiótica,
- control ginecológico previo al alta,
- citación al Programa de Salud Reproductiva del Servicio de Adolescencia,
- acompañamiento psicológico por profesionales especializados, durante la internación.

En caso de expulsión completa del embarazo:

- ecografía de control,
- determinación de factor Rh (inmunización en caso de ser negativa),
- asegurar la protección anticonceptiva inmediata,
- citación al Programa de Salud Reproductiva para su seguimiento,
- acompañamiento psicológico de acuerdo con el caso.

En caso de prosecución del embarazo:

- seguimiento personalizado por obstetra de adolescentes.

Una de las instancias más importantes durante la atención postaborto es asegurar la **protección anticonceptiva inmediata y la incorporación a los programas de salud reproductiva** para evitar la reiteración de embarazos no deseados, como con frecuencia ocurre.

Lamentablemente, esto no siempre sucede y las adolescentes son dadas de alta sin ninguna

información sobre cómo evitar otro embarazo. Por eso, reiteramos la importancia que tiene la capacitación de los profesionales jóvenes, no sobre los aspectos médicos de la anticoncepción, porque seguramente ya los conocen, sino creando conciencia sobre la importancia de su accionar preventivo.

6. Reflexiones finales

Consideramos que para realizar consejería preaborto, no es necesario que exista un consultorio específicamente dedicado a esta tarea, porque sabemos las dificultades institucionales que esto implica. Creemos que todo profesional que esté frente a una adolescente embarazada que manifieste su intención de abortar, debe estar capacitado para escucharla, orientarla y asesorarla.

Al abordar este tema, lo que nos propusimos fue solamente plantearlo para que los profesionales lo piensen y traten de lograr un cambio interno que haga más permeable su actitud frente a estas pacientes. En otras palabras, es necesario un cambio mental que habilite el compromiso hacia una adolescente que, seguramente, entrará en una zona de riesgo.

Baste recordar lo que ocurrió en el pasado con la anticoncepción en la adolescencia; muchos médicos fueron reticentes en indicarla; pero ante la realidad de la actividad sexual de los/las jóvenes, la mayoría cambió la manera de pensar y comenzó a brindar esta necesaria prestación. Además, la presión de los diferentes actores sociales (padres, profesionales, grupos de mujeres, etcétera) influyó sobre los legisladores de la Ciudad de Buenos Aires que debían sancionar las leyes de salud reproductiva para que se incluyera una cláusula específica referida a la atención de adolescentes (Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del GCBA).


Asimismo, si una adolescente que ya se ha realizado un aborto, vuelve nuevamente a la consulta embarazada y con intención de una nueva interrupción, debemos plantearnos donde estuvo la falla por parte del sistema de salud para que esto ocurriera.

El protagonismo que tienen los médicos en la problemática del embarazo no buscado y del aborto es fundamental para generar los cambios institucionales y políticos necesarios que eviten las secuelas y las muertes por abortos realizados en condiciones de riesgo.

7. Bibliografía

- CEDES. Área salud, economía y sociedad. «Morbilidad materna severa en la Argentina. Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida». Buenos Aires: CEDES, CENEP, 2007. Disponible en: <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>.
- CHECA, S. et ál. «Seguimiento de la calidad de atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires». En: Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2006
- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. *Estadísticas Vitales. Información básica 2007*. Diciembre de 2008.
- FAÚNDES, A. y J. BARZELATTO. El drama del aborto. Bogotá: Tercer mundo editores, 2005. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2002. «Misoprostol y teratogenicidad: revisión de la evidencia». Informe de reunión de Population Council. New York, mayo 2002.
- RAMOS, S., M. GOGNA et ál. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto*. CEDES, 2001.
- RAMOS, S., M. ROMERO et ál. *Para que cada muerte materna importe*. CEDES - Ministerio de Salud y Ambiente, Buenos Aires, 2004.
- VÁZQUEZ, S., M. A. GUTIÉRREZ et ál. «El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en la adolescencia». En: Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5th Edition, Ginebra, 2007.



Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS) y con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sida

Índice

Viñetas clínicas

La historia de Clara

La historia de Damián

● Capítulo 37

Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS)

1. Introducción
2. Evaluación clínica
3. Métodos de Prevención
4. Manejo sindrómico
5. Uretritis
6. Epididimitis
7. Úlceras genitales
 - 7.1. Sífilis
 - 7.2. Herpes Genital
8. Verrugas genitales
9. Vulvovaginitis y cervicitis
 - 9.1. Vulvovaginitis candidiásica
 - 9.2. Tricomoniasis
 - 9.3. Vaginosis bacteriana
10. Bibliografía

● Capítulo 38

Abordaje de jóvenes con infección por VIH y por sida

1. Introducción
2. Epidemiología
3. Estrategia en la atención de los adolescentes
4. Mecanismos de transmisión del HIV
5. Prevención de la infección VIH/ITS
 - 5.1. Características de las ITS
 - 5.2. Riesgo en la adolescencia
 - 5.3. Prevención

- 5.3.1. Prevención primaria
 - 5.3.1.1. Normas de autocuidado (sexo seguro)
 - 5.3.1.2. Vacunas: (HBV y HPV)
 - 5.3.1.3. Profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO)
- 5.3.2. Detección de ITS asintomáticas
- 6. Historia natural de la infección por VIH
- 7. Cuándo pensar en infección por VIH
 - 7.1. Detección y evaluación del riesgo corrido
 - 7.2. Enfermedades sugestivas de inmunodeficiencias
- 8. Cómo confirmar su diagnóstico
- 9. Cuándo debemos derivar para iniciar TARV
 - 9.1. Síndrome retroviral agudo (SRA)
 - 9.2. Embarazo
 - 9.3. Cuándo no hay tiempo para la derivación y debemos iniciar el TARV
- 10. Seguimiento
- 11. Bibliografía

Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS) y con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sida

Viñetas clínicas

Lea cuidadosamente los casos de Clara y de Damián. A lo largo de las presentaciones, aparecen una serie de preguntas frecuentes cuando se sospecha infección por el VIH y/o una ITS. Evalúe las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura de los siguientes capítulos.

La historia de Clara

Clara es una adolescente de 14 años, espigada, menuda, de cabellos rubios y grandes ojos celestes. Vive en el cono urbano de Buenos Aires, en la zona sur, en un modesto barrio de viviendas prefabricadas. Comparte la casa de dos habitaciones, living comedor, cocina y baño con su hermana de 11 años, su hermanastra de 6 años y su padrastro de 32 años, Guillermo. Las tres mujercitas duermen en una habitación, cada una en una cama. La abuela materna las visita frecuentemente. Guillermo es el único sostén del hogar y trabaja como albañil. Cursó hasta 3.^{er} año de la secundaria y de joven pertenecía a una banda de música *heavy metal*.

El 2 de junio Clara acude al centro de salud por primera vez. Concorre con la abuela. Presenta, aparentemente, un síndrome gripal de 72 horas, epistaxis y vómitos. La abuela refiere, además, pérdida de peso y anemia en los tres últimos meses.

Surge a lo largo de la entrevista, que la madre había sido madre adolescente. Martín, el padre, había fallecido ocho años atrás por sida, a los 28 años; ella tenía 4. En ese entonces, la madre estaba infectada por el VIH. Al poco tiempo, va a vivir en pareja con Guillermo. Fallece cuatro años después, por sida, a los 25 años; ella tenía 9. Guillermo también está infectado por el VIH.

Cursa 8.^o año con buen rendimiento.

Tuvo la menarca a los 9 años y 10 meses.

Al examen físico tiene: T: 1,61m (P90); P: 44 kg (P10-25); BMI: 17 kg/m²; TA: 100/60 mmHg; FC: 80 x minuto; Tanner 3. Auscultación pulmonar: Rales abundantes en ambos campos pulmonares. Refiere: Peso anterior 52 kg.

Trae análisis de laboratorio que muestran: Hb: 9,2 g/dl; GR: 3.270.000/mm³; GB: 6300/mm³; plaquetas: 281.000/mm³; eritrosedimentación: 120 mm en la primera hora; urea: 17 mg/dl; glucemia 80/dl; colesterol: 110 mg/dl; proteínas totales 9,7 g/dl.

Se realiza Rx de tórax informándose compatible con neumonitis.

Diagnóstico: desnutrición, anorexia, anemia, neumonitis.

Se indica azitromicina por 6 días; nebulizaciones con solución fisiológica y sulfato ferroso.

Preguntas

¿Es posible que Clara tenga una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana desde su nacimiento y que haya pasado desapercibida hasta ahora?

¿Cómo suelen contagiarse los adolescentes?

¿Cuál es la población de riesgo a quien debería solicitarse estudios de VIH?

La siguiente consulta es 20 días más tarde, el *22 de junio*. Había aumentado 3 kg y se hallaba en buen estado general. Se indica Vitamina C y continuar con sulfato ferroso.

Dada la historia familiar y a solicitud de Clara, se solicita entrevista psicológica.

En la entrevista psicológica surge que Clara quiere vivir con la familia del padre. Relata que el padrastro la «prefiere» a ella; que cuida a las hermanas menores y que debe «servir al padrastro». Dice que la abuela materna vive muy lejos.

Tiene una gran confusión con respecto a la historia familiar.

La pérdida de peso no está relacionada a la intención de adelgazar y no tiene trastorno del esquema corporal. Relata temor a que el padrastro abuse de ella o de las hermanas.

Dado el alto riesgo familiar, se solicita la intervención de la asistente social quien evalúa la situación actual y solicita la concurrencia de la abuela a la brevedad.

El *25 de junio* concurre la abuela (tres días más tarde). Refiere que Clara siempre fue la preferida de Guillermo, pero que nunca hubo, a su entender, una situación de abuso. Decide vivir por un tiempo con Clara y las hermanitas hasta aclarar la situación.

Ante la pregunta si alguna vez se solicitó serología para VIH en Clara y las hermanitas, refiere que cree que sí, que fue negativa y que averiguará dónde se efectuaron los estudios.

El *5 de agosto* Clara concurre a control clínico. Viene con su novio de 16 años. Presenta: T: 161,5 cm, P: 49,5 kg. Sigue con sulfato ferroso. Bajó el rendimiento escolar. No realiza actividad física porque cuida de su hermanita de 5 años. Sigue terapia. Pasa mucho tiempo con la abuela. El padrastro suele enojarse frecuentemente y no la deja salir. Ella lo atribuye a celos. Niega relaciones sexuales, fumar o beber alcohol.

Pregunta

¿Qué información es necesario brindar a los adolescentes sobre la infección por el VIH, otras ITS y formas de prevención?

El 14 de octubre concurre nuevamente y presenta: T: 1,61 m. P: 51,3 kg. Tanner 4. Ciclos menstruales regulares. Tiene una sola materia baja.

El *28 de diciembre* presenta T: 1,61 m, P: 45 kg FUM: 23/12/2004. Pasó a 9.º. Desde hace un mes tiene fiebre día por medio, tos y vómitos posteriores a las crisis de tos. Al examen físico se halla aliento fétido, palidez generalizada, decaimiento, fauces eritematosa, adenomegalias submaxilares, rales gruesos pulmonares, disminución de entrada de aire en base derecha. Se solicita exudado de fauces, hemograma, Rx de tórax y orina por guardia. Se aconseja, dado que no se pudieron encontrar los estudios para detección de infección por el VIH previos, serología para VIH.

Preguntas

¿Cómo se solicitan los primeros estudios para detectar infección por el VIH? ¿Qué consentimientos son necesarios? ¿Qué estudios se solicitan en primer lugar?

¿Qué nos hace sospechar que un adolescente está infectado por el VIH?

¿Qué estudios confirman la infección?

Ese día, es vista por guardia y medicada con antibióticos con diagnóstico de neumonitis.

El *5 de enero* el laboratorio informa serología por ELISA positiva para HIV. Se cita a la paciente y a un familiar.

El *18 de enero* se realiza entrevista con la abuela y con Clara. Se les solicita autorización para realizar Western Blot. Tres días más tarde, se les informa el resultado del estudio que fue positivo. Mientras

la pediatra y la asistente social dialogan con la abuela, la psicóloga informa y contiene a Clara. En la entrevista a solas, Clara refiere que sospechaba esta posibilidad. Niega abuso por parte de Guillermo. Se informa de la serología positiva actual para HIV. Se señala la importancia del sostén familiar.

Examen físico: Talla: 1,61 m; peso 43 kg. FC: 100 por minuto. TA: 90/60 mmHg. Pequeño hematoma en mama izquierda. Adenomegalias generalizadas. Fauces congestivas (pendiente exudado de fauces). Auscultación pulmonar: Rales y sibilancias. Abdomen con dolor difuso a la palpación. Pide se postergue el examen genital.

Diagnóstico: ¿Sida?

Se decide internación y seguimiento conjunto con la infectóloga.

Preguntas

Una vez confirmada la infección ¿Qué otros estudios es necesario solicitar y por qué? ¿Qué enfermedades se asocian a la infección por VIH?

¿Cuándo se solicita la intervención del especialista?

¿Cuándo está indicada la internación?

En la internación programada surge que Clara ha tenido relaciones sin cuidado con su novio, previo a conocer el diagnóstico, y que cuando supo que se iba a internar decidió romper. Su temor es que alguien en el barrio se entere de su enfermedad.

Preguntas

¿Qué obligación hay de informar a los contactos?

¿Qué refiere la ley sobre sida?

A lo largo de su terapia, Clara fue armando un vínculo de confianza y dejó de sentirse tan sola y desconfiada hacia otras personas. Pudo relatar su historia de vida e ir creando proyectos cercanos. El diagnóstico de la enfermedad la sacudió y angustió enormemente y su única idea fue cómo evitar que sus amigos se enteraran, y sobrellevar una vida «digna».

Se destacan como datos importantes para tener en cuenta

- La importancia de lo cotidiano, de conocer con quién convive y las características de los vínculos familiares; de conocer sus estudios, el tiempo libre, la relación con pares y los comportamientos en sexualidad, tabaco, alcohol y drogas.
- El conocimiento del estado de salud –enfermedad actual–, antecedentes personales previos y antecedentes familiares que puedan incidir.
- La necesidad del trabajo interdisciplinario y la reflexión conjunta, clínica, psicológica y social.
- La oportunidad del trabajo con el especialista.

La historia de Damián

Damián concurre por primera vez al centro de salud a los 17 años por presentar cuadro compatible con hepatitis. Se corrobora el diagnóstico de hepatitis A por laboratorio. Evoluciona favorablemente y a los diez días vuelve al colegio. Cursa 5.º año y tiene solamente dos materias bajas. Relata hábitos alimentarios desordenados, picoteo, uso ocasional de marihuana. Ha tenido varias parejas sexuales, cuidándose a veces con preservativo.

Vive con su mamá de 65 años y con su papá de 50 años. Ambos son panaderos. Es único hijo de este matrimonio. La madre tuvo 4 hijos, anteriormente, con su primer marido, el cual falleció por cirrosis hepática. Ellos tienen entre 41 y 48 años.

Se realiza orientación en sexualidad, alimentación y en prevención de consumo de drogas. Una vez superada la infección, se indican las siguientes vacunas: Vacuna antihepatitis B, triple viral, antivari-cela y doble adultos.

¿Si un adolescente ha tenido relaciones sexuales ¿qué es necesario investigar?

¿Cuáles vacunas es necesario cuidar que reciban los adolescentes?

¿Qué información tienen los adolescentes de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de la infección por el VIH?

Vuelve a concurrir a los 19 años. Presenta fiebre de 39 a 40 °C de cuatro días de evolución. Al examen físico se detecta fauces muy eritematosas, adenomegalias retroauriculares, bilaterales, móviles, de 2 x 2 cm, sin signos de flogosis, adenomegalias submaxilares similares, no hay hepatomegalia ni esplenomegalia, disminución de la entrada de aire en base de pulmón izquierdo.

Se solicita streptest, cultivo de fauces, hemograma, eritrosedimentación, Rx de tórax.

Los resultados son: Hemograma: Hb: 14,4 g/dl, GB: 4900/mm³, 43/0/0/45/12, 12% de linfocitos reactivos, plaquetas 150000/mm³, eritrosedimentación 20 mm en la primera hora. Rx de tórax con infiltrado intersticial bilateral. Se solicita monotest.

A los tres días, acude a control constatándose aumento de tamaño de las adenopatías y aparición de nuevas en zona inguinal. Llamen la atención su tamaño y consistencia. Además, presenta maculo pápulas parduscas en espalda, levemente descamativas. Persiste febril. El monotest es negativo.

Al interrogatorio, surge persistencia de conductas sexuales de riesgo y de abuso de alcohol. Ha recibido las vacunas indicadas a los 17 años.

Preguntas

¿Qué infecciones de transmisión sexual investigaría cuando un o una adolescente tiene relaciones sexuales sin protección adecuada?

¿Cuáles son los síntomas frecuentes ante un primer contacto con el VIH? ¿Ante qué cuadros hay que sospecharla? ¿Cuál es la historia natural de la infección?

¿Qué es un síndrome mononucleósico o un cuadro de mononucleosis-like? ¿Qué se investiga en estos casos?

Una vez adquirida la infección por VIH ¿cuánto tiempo puede pasar hasta adquirir el sida?

Se solicita previo consentimiento: Anticuerpo anti HBc, serología para HCV, serología para VIH, VDRL, nuevo hemograma y hepatograma. Se da pautas de alarma.

Concurre a las 72 horas con su mamá. Está afebril, el hemograma y el hepatograma son normales. La VDRL es negativa. El test de ELISA para el VIH es positivo. El laboratorio comunica que se está realizando Western Blot. Los resultados de las serologías para hepatitis B y C todavía no están.

Se dialoga con Damián y se le comunica que es necesario seguir esperando el resultado de algunos análisis. Está nervioso, angustiado y la madre no cesa de repetir que muchas veces le pidieron que no tomara tanto alcohol y que se cuidara al salir. Damián refiere que esa tarde va a ver a su novia y que desde la anterior consulta que no duerme bien.

A las 48 horas el Western Blot es positivo y las serologías para HBV y HCV negativas.

Damián llora amargamente. Refiere que su novia lo espera en un bar cercano.

Preguntas

¿A quién informar luego de un test positivo para la infección por VIH?

¿Cómo informar a Damián del resultado?

¿Cómo informar a los contactos de las personas que tienen una ITS y de la infección por VIH?

¿Cómo evitar que los contactos sexuales se contagien?

Preguntas al especialista

¿Cuándo derivar al especialista?

¿Cuál es el tratamiento que se debe seguir una vez detectada la infección por VIH?

¿Cómo se adquiere la medicación antiretroviral?

¿Cuál es el estado actual de la infección por el VIH en la Argentina?

Capítulo 37

Abordaje de jóvenes con infecciones de transmisión sexual (ITS)

Dr. Alfredo Llorens

1. Introducción

Comparado con cualquier otro grupo sexualmente activo, los adolescentes constituyen la población con mayor riesgo de contraer una ITS.

Si bien las manifestaciones clínicas: úlceras genitales, disuria, descarga vaginal o uretral, dolor pélvico y otras no difieren de las de los adultos, hay, sin embargo, factores biológicos y psicosociales que afectan el pronóstico y la epidemiología de las ITS.

En el caso de las mujeres, la exposición del epitelio columnar (ectropión) y la metaplasia escamosa activa en la zona de transformación pueden predisponer a las infecciones ascendentes: cervicitis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica. Los anticuerpos protectores locales del cérvix están disminuidos en las adolescentes.

De un grupo de jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires, se recabaron los siguientes datos: La edad promedio de iniciación sexual en los varones que habían tenido relaciones sexuales fue de 14,9 años, DS +/- 1,5; 40% de ellos con prostitutas (Necchi, S., Schufer, M.).

En cuanto a las mujeres que se habían iniciado sexualmente, la media de edad del debut fue de 15,6 años, DS +/- 1,7 (todo el país) con tendencia a la disminución de dicha edad (Geldstein, Pantelides).

En la adolescencia, suele tener lugar el debut sexual y pueden aparecer conductas de riesgo en su ejercicio, por la falta de cuidados hacia uno mismo y para la pareja sexual.

Muchas veces, el inicio sexual constituye un hito en la reafirmación de la propia sexualidad, pero, en otras ocasiones, se produce por la presión de los pares o en condiciones de coerción por parte de la pareja.

Algunas mujeres se inician sexualmente con varones mayores de 20 años con experiencia sexual previa. Este es uno de los motivos del aumento de la incidencia de ITS en ellas.

El inicio temprano de la actividad sexual se correlaciona con la mayor posibilidad de múltiples parejas, pobre discriminación en la elección de la pareja, uso concomitante de alcohol y otras drogas, como también, la actividad sexual sin la protección adecuada.

Además, se agrega el hecho de que si bien los y las adolescentes pueden tener buena información sobre la práctica sexual segura, esto no garantiza que la lleven a cabo.

En los Estados Unidos, la cuarta parte de los adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año, lo que constituye tres millones de casos nuevos. La población de menos de 25 años contrae las dos terceras partes de las ITS.

En los últimos tiempos, existe una acumulación de evidencia que las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, algunas que eran tenidas como de escasa importancia, participan en la epidemiología de problemas de salud alejados en ambos sexos. Las ITS se relacionan con: la enfermedad inflamatoria pélvica y sus secuelas, como dolor pelviano crónico, infertilidad y embarazo ectópico en las mujeres y cáncer genital en ambos sexos. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) plantea

muchos riesgos para los adolescentes sexualmente activos, incluyendo las enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia crónica y muerte.

2. Evaluación clínica

Interrogatorio

El interrogatorio es un elemento fundamental para evaluar el riesgo que tiene un o una adolescente de haber contraído una ITS.

El propósito del interrogatorio en ausencia de síntomas es *evaluar conductas de riesgo* que orienten hacia la elección de exámenes complementarios adecuados.

En el paciente sintomático, es necesario correlacionar *síntomas y signos con los diversos síndromes clínicos*.

La entrevista médica debe realizarse, obviamente, en un ambiente de confidencialidad evitando censurar las conductas de nuestros pacientes.

Se debe utilizar un lenguaje que los adolescentes comprendan, solicitar aclaraciones y ser específicos, pero, al mismo tiempo, transmitir terminología médica apropiada de modo de que la entrevista sea una oportunidad de aprendizaje.

La jerga adolescente referida a las prácticas sexuales varía de acuerdo con el grupo de pertenencia, y la interpretación que ellos o ellas hacen en lo referente a cuidados y frecuencias suele ser muy subjetiva y requiere una cuidadosa evaluación. Por ejemplo, el uso de la palabra «siempre» cuando se refieren al uso del preservativo es sinónimo de «casi siempre». Los adolescentes pueden percibir que la intención de usar el preservativo en todas las ocasiones, aunque no lo hagan, equivale a «siempre».

Otra confusión puede ocurrir en la percepción de pareja estable ¿qué significa esto para nuestro paciente?

Otro aspecto que no debe soslayarse es el de las relaciones sexuales bajo coerción, interrogar cuidadosamente en caso de sospecha ya que, muchas veces, no es referido inicialmente.

Muchos adolescentes que se definen como vírgenes, a menudo, practican otras conductas sexuales como buco-genital y anal.

Los riesgos están influenciados por el contexto; el consumo de drogas, la violencia, la prostitución aumentan el riesgo de ITS.

Terminología

La Organización Mundial de la Salud recomienda el reemplazo del término enfermedad de transmisión sexual (ETS) por el de infección de transmisión sexual (ITS). En 1999, se adoptó el término de infección de transmisión sexual, puesto que también comprende a las infecciones asintomáticas.

Las infecciones del tracto reproductivo se clasifican en tres grupos principales de infecciones en mujeres y, ocasionalmente, en hombres.

Estos grupos comprenden las infecciones endógenas del tracto genital femenino (por ejemplo, candidiasis y vaginosis bacteriana), infecciones iatrogénicas que se pueden contraer mediante prácticas culturales, personales y médicas sin esterilización y algunas ITS tradicionales.

Dado que las infecciones endógenas (candidiasis y vaginosis bacteriana) no se transmiten principalmente por vía sexual, no se recomienda el tratamiento de la pareja como práctica de rutina en salud pública. Sin embargo, es necesario evaluar signos y síntomas de infección en la pareja, en cuyo caso merecería tratamiento. Asimismo, cuando las infecciones son recidivantes.

Características de la ITS

Son varias las dificultades que encontramos en el diagnóstico y tratamiento de las ITS.

- *Variabilidad etiológica*: un mismo cuadro clínico puede ser producido por gérmenes diferentes, y un mismo germen puede, a su vez, producir diferente sintomatología.
- *Asociación*: frecuente entre las diferentes ITS, facilitándose mutuamente su accionar y dificultando el tratamiento (sinergia epidemiológica).
- *Asintomáticas*: las ITS lo son en alto porcentaje, lo que hace que los pacientes no concurren a la consulta y no interrumpen su actividad sexual.
- *Incidencia y prevalencia*: surgen del período de incubación, de la posibilidad de contagiarse, de la expresión clínica de las diferentes etiologías y de las características socioculturales de la población. Es así como las enfermedades virales, de prolongada infectividad (o período de contagio), se pueden encontrar en grupos de bajo riesgo, es decir, con bajo recambio de pareja. Las ITS bacterianas tienen un período de infectividad corto y pueden ser observadas en poblaciones de alto riesgo. Las infecciones por clamidias ocupan una posición epidemiológica intermedia.
- *Manifestaciones clínicas*: debemos tener en cuenta que los 26 agentes etiológicos causantes de ITS tienen diferentes formas de presentarse:
 - Únicamente locales, como el papiloma virus.
 - Manifestaciones locales y generales, como la sífilis.
 - Únicamente generales como la infección por HIV.

3. Métodos de Prevención

La vacunación para hepatitis B, para HPV y los tratamientos postexposición se discuten en otros capítulos.

El preservativo masculino es el método que ha mostrado mayor eficacia hasta la fecha en la prevención de las ITS, particularmente, en la disminución de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. Si bien por razones éticas no se dispondrá de evidencia de alta calidad (estudios randomizados), el uso de preservativo en una población se asocia a un claro descenso en la prevalencia de las ITS. Los y las adolescentes deben ser educados en el uso correcto y consistente del preservativo. Existen en el mercado preservativos que no contienen látex, siendo ésta una opción para individuos alérgicos. Si bien la tasa de embarazos con el uso de estos preservativos es similar, su eficacia en la prevención de ITS no ha sido estudiada. El riesgo de rotura es mayor que en los de látex.

En cuanto al uso de preservativo, se deben tener en cuenta las siguientes premisas:

1. Debe utilizarse un preservativo nuevo en cada relación sexual (oral, vaginal y anal).
2. El preservativo debe manipularse con cuidado a fin de evitar romperlo con las uñas, los dientes u otros objetos cortantes.
3. De utilizarse, los lubricantes deben ser en base acuosa. La utilización de otros productos (cremas, aceites minerales, aceites de cocina, lociones para el cuerpo) pueden debilitar el látex.
4. Se debe prestar atención a la lubricación para prevenir la rotura del preservativo.
5. Al extraer el pene, el preservativo debe ser sostenido firmemente desde la base del pene aún erecto a fin de prevenir que se derrame el contenido.

Los preservativos femeninos constituyen una opción de aparición más reciente. Es una vaina de poliuretano, con anillos en sus extremos, uno de los cuales está cerrado y se inserta en la vagina. Son una barrera mecánica eficaz para los virus, incluyendo HIV. Sin embargo, su costo limita su uso y no existen, hasta el momento, estudios a gran escala que hayan demostrado su utilidad en la prevención de todas las ITS.

Los diafragmas y geles espermicidas parecen disminuir la posibilidad de adquirir algunas ITS (por ejemplo, gonorrea), pero esto no ha sido estudiado en profundidad como para establecer recomendaciones. Existe evidencia de que algunos espermicidas como nonoxynol 9 (N-9) puede aumentar el riesgo de transmisión de HIV.

La consejería y el testeo de ITS disminuyen el riesgo de una nueva ITS en hasta un 40%.

4. Manejo sindrómico

Recordemos que se define como síndrome al conjunto de síntomas y signos relacionados con un proceso morboso y que, juntos, constituyen el cuadro clínico de una enfermedad.

Los síndromes relacionados con infecciones de transmisión sexual se han separado en categorías generales según áreas anatómicas de infección (por ejemplo: uretritis, cervicitis y epididimitis).

Los síntomas y signos recogidos durante el interrogatorio y el examen físico pueden orientar el uso de los exámenes de laboratorio y el tratamiento a instituir; aún así, debido a la localización anatómica y a la latencia de algunas de estas infecciones, los síntomas pueden ser difíciles de recabar y los signos son, a menudo, sutiles.

5. Uretritis

La inflamación de la uretra masculina puede causar disuria, prurito o descarga uretral.

Hay que examinar a los adolescentes varones que consultan por disuria o descarga uretral y, en caso de no observarse secreción, escurrir suavemente la uretra desde la parte ventral del pene hacia el meato para evidenciarla. Recordar que la disuria aislada se asocia a una ITS en el 90% de los casos. El 10% restante puede deberse a traumatismo o irritación química, en ocasiones asociada a las cremas vaginales, óvulos o duchas vaginales de su pareja.

Típicamente, la uretritis gonocócica (UG) se acompaña de descarga uretral purulenta y profusa. Por el contrario, las uretritis no gonocócicas (UNG) suelen presentar descarga uretral discreta y de aspecto más mucoso; esta descarga puede faltar y puede ser advertida por la mañana como una mancha en la ropa interior.

Las uretritis herpéticas se presentan con una clínica de intenso dolor, linfadenopatía inguinal y síntomas sistémicos.

La gonorrea tiene una forma de presentación abrupta luego de una incubación de 2 a 6 días con disuria y descarga uretral, en cambio, las UNG tienen una forma de presentación más insidiosa con una incubación de 1 a 6 semanas.

Las uretritis asintomáticas en varones son frecuentes. Se encontró en un estudio que aquellos varones, parejas sexuales de mujeres con infecciones genitales por gonococo o clamidia, tuvieron una tasa de infección del 78% para el primer germen y del 53% para el segundo; solamente la mitad de estos varones fueron sintomáticos.

Sin embargo, en los EE. UU., el CDC concluyó en una reunión de expertos en marzo de 2007 que no es recomendable el testeo rutinario para clamidia de los adolescentes varones sexualmente activos y asintomáticos, como lo fue en el pasado, por la baja relación costo-beneficio; reservar este estudio, solamente, para aquellos adolescentes varones de alto riesgo como los internados en correccionales o promiscuos.

El rango de adolescentes varones con infección asintomática por clamidia puede llegar de 5 al 10%. En el caso de la gonorrea, al 15%.

Es llamativo el hecho de que los varones con infección por gonococo asintomática, particularmente, la faríngea, pueden ser portadores de cepas que pueden producir infección diseminada.

En el caso de los varones que son pareja sexual de mujeres con EPI, deben tratarse para gonococia aunque estén asintomáticos.

El síndrome de Reiter por una ITS es raro en adolescentes y se presenta cuando la uretritis se asocia con artritis, conjuntivitis y lesiones mucocutáneas y representa una respuesta hiperinmune en pacientes inmunológicamente predispuestos, se ve con mayor frecuencia en la cuarta década de la vida.

Diagnóstico

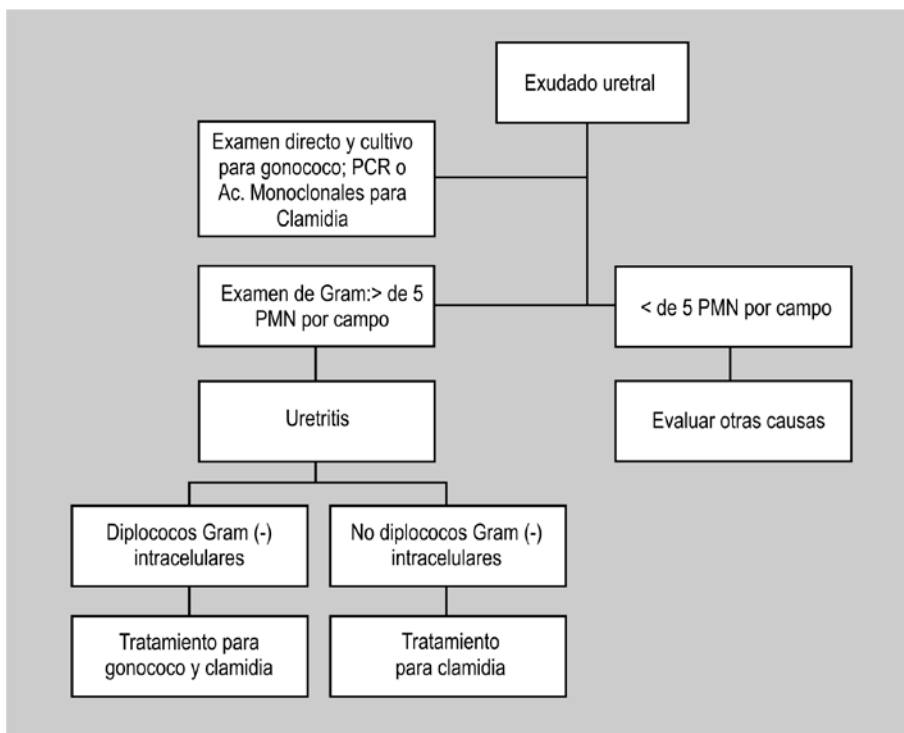
De ser posible, debe realizarse un examen directo de la secreción en el microscopio. El hallazgo de más de 5 leucocitos por campo de gran aumento (x 1000) confirma el diagnóstico de uretritis.

La gonorrea se diagnostica por una tinción de Gram al visualizarse en el directo diplococos Gram (-) intracelulares; el examen directo es positivo en el 95% de los casos y autoriza a iniciar tratamiento. El cultivo en medio de Thayer-Martin tiene alta sensibilidad y especificidad (95-100%).

La investigación de clamidia se realiza por:

- Técnica de PCR: sensibilidad 85 a 95%; especificidad > 99%.
- Cuando no se dispone de esta técnica, debe realizarse Elisa o inmunofluorescencia directa (anticuerpos monoclonales): sensibilidad 50 a 70%; especificidad 95 a 99%.
- Cultivo de Chlamydia: no se efectúa como rutina. Indicado como diagnóstico de certeza, sobre todo en casos de abuso sexual.

Aconsejamos el siguiente algoritmo en la investigación de la uretritis:



Tratamiento

Los tratamientos preferidos son los de dosis única para asegurar el tratamiento. En el caso de las uretritis no gonocócicas (UNG), se piensa que se trata de una afección autolimitada, el tratamiento es recomendable por razones de salud pública y para proteger a la pareja femenina.

Gonococo

Antibiótico	Dosis	Vía de administración
Quinolonas Ciprofloxacina Ofloxacina Norfloxacina Levofloxacina	500 mg, dosis única 400 mg, dosis única 800 mg, dosis única 250 mg, dosis única	Oral Oral Oral Oral
Cefalosporinas Cefixima Ceftriaxona	400 mg, dosis única 125 mg, dosis única	Oral IM
Alternativa Espectinomicina	2 g, dosis única	IM

Chlamydia

Antibiótico	Dosis	Vía de administración
Doxiciclina o Azitromicina	100 mg, 2 veces por día, durante 7 días 1 g, dosis única	Oral Oral
Como alternativas: Eritromicina base Eritromicina etilsuccinato Ofloxacina Levofloxacina	500 mg 4 veces al día, durante 7 días 800 mg 4 veces al día, durante 7 días 300 mg 2 veces al día, durante 7 días 500 mg diarios, durante 7 días	Oral Oral Oral Oral

Otras medidas

Abstinencia sexual hasta cumplir el tratamiento y no tener síntomas.

Manejo de la pareja sexual

Es necesario notificar, examinar y tratar a toda persona cuyo contacto sexual con el caso índice se haya producido dentro de los treinta días previos al episodio. Si el caso índice está asintomático, deben tratarse todos los contactos dentro de los sesenta días previos a la detección de la infección.

Situaciones especiales

VIH (+): tratar igual que al huésped normal.

Seguimiento

En ambas infecciones:

- Solicitar VIH y VDRL.
- Tratar a los contactos.

En caso de gonorrea: realizar cultivos, evaluar sensibilidad para *Neisseria gonorrhoeae* y descartar *Chlamydia trachomatis* si los síntomas persisten o recurren y si la *Chlamydia* no fue tratada.

En caso de no disponer de métodos diagnósticos para *Chlamydia*, todos los pacientes con UG deberán tratarse también para *Chlamydia* por el alto porcentaje de coinfección (20%).

Si después del tratamiento adecuado para *Chlamydia* y *Neisseria gonorrhoeae*, los síntomas persisten o recurren, indicar tratamiento para *Tricomonas*.

6. Epididimitis

Entre varones sexualmente activos, los gérmenes implicados en epididimitis son *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*. Aquellos que tienen relaciones anales pueden además tener infecciones por gérmenes Gram (-) fecales como *Escherichia coli*. El cuadro clínico se caracteriza por dolor testicular unilateral y fiebre. La uretritis puede estar presente, pero con frecuencia es asintomática. Siempre se debe descartar patología no infecciosa; potencialmente con elevada morbilidad como la torsión testicular.

En la evaluación diagnóstica de un paciente con epididimitis, debemos tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Directo para búsqueda de leucocitos, Gram y cultivo de exudado uretral.
2. Urocultivo del primer chorro de orina.
3. Eventualmente, imagen o consulta con urología a fin de descartar torsión testicular.
4. Serología para HIV y VDRL.

Tratamiento

A continuación, se detallan las opciones de tratamiento empírico; con la disponibilidad de cultivos, el tratamiento puede ser optimizado.

Droga	Dosis	Vía	Tomas	Tiempo de TTO
Ceftriaxona	250 mg	IM	1	Única dosis
+ Doxiciclina	100 mg	VO	2	10 días

En pacientes con sospecha de bacilos negativos, los esquemas son los siguientes:

Droga	Dosis	Vía	Tomas	Tiempo de TTO
Ciprofloxacina	500 mg	VO	2	10 días
Levofloxacina	500 mg	VO	1	10 días

Los síntomas deben disminuir antes del cuarto día de tratamiento antimicrobiano; si persisten, deben reevaluarse los diagnósticos diferenciales. En pacientes que persisten con inflamación, entre otras patologías, se debe descartar tumor testicular y tuberculosis.

Los contactos de pacientes con epididimitis deben ser manejados en forma similar a los de la UG/UNG.

7. Úlceras genitales

Una úlcera es una pérdida superficial de tejido de la superficie de la piel o mucosas, en general, con inflamación.

En nuestro medio, se presentan la Sífilis y el Herpes genital.

Por medio de métodos de diagnósticos directos, podemos aislar al agente causal por la observación directa o por medio del cultivo del material obtenido directamente de la lesión.

Aspectos clínicos:

Signos/ Síntomas	Virus del Herpes	Sífilis primaria
Úlceras	Las vesículas se rompen para formar úlceras superficiales	Úlcera con bordes indurados y bien demarcados con base limpia (chancro)
Dolor	Dolorosas	Indoloras
Número de lesiones	Por lo general múltiples	Por lo general única
Adenopatías inguinales	El primer episodio de infección puede cursar con síntomas generales y adenopatías inguinales dolorosas	Por lo general mínimas

Procedimientos diagnósticos**Obligatorios:****VDRL cualitativa/cuantitativa**

- Detecta anticuerpos no treponémicos y sugiere el diagnóstico de sífilis.
- Títulos = 1:4 indican infección pasada o falso positivo.
- Títulos = 1:8 se consideran enfermedad actual. Siempre hay que confirmar con FTA-ABS.
- Cuando el primer test resulta negativo y hay alta sospecha, se debe repetir VDRL a las dos semanas, ya que si la úlcera es muy reciente (dentro de las dos semanas de iniciado el cuadro) aparecen falsos negativos.

Prueba de detección de VIH

Los pacientes con diagnóstico de úlcera genital de causa infecciosa, sobre todo sífilis y herpes genital, deben testarse para VIH.

Facultativos:**Detección de antígenos de virus Herpes por anticuerpos monoclonales**

Detecta virus Herpes 1 y 2. Se solicita en el primer episodio de pacientes con alta sospecha: úlceras múltiples, dolorosas.

Microscopia de campo oscuro

Tiene alta sensibilidad y especificidad en la detección de treponemas en lesiones de sífilis temprana. En caso de localización anal o bucal, se la reemplaza por inmunofluorescencia directa.

Pruebas treponémicas (FTA-ABS/Microhemoaglutinación)

Detectan anticuerpos treponémicos. Certifican el diagnóstico, ya que las pruebas no treponémicas pueden arrojar falsos positivos ante algunas situaciones, como drogadicción endovenosa y enfermedades autoinmunes. Suelen persistir positivas de por vida.

Biopsia de la lesión

- Detecta causas infecciosas y no infecciosas de úlcera genital.
- Debe enviarse el material para estudio anatomopatológico y microbiológicos.
- Estudios microbiológicos que se realizan en la muestra:
 - Bacteriológico directo y cultivo.
 - Directo y cultivo micobacterias.

- Micológico: directo y cultivo.
- Cultivo para detección de Chlamydia.
- Cultivo para Herpes simplex (sensibilidad 90%, disminuye a las 72 horas de formada la vesícula).

Indicaciones

- Dudas diagnósticas.
- Estudios para sífilis y herpes negativos.
- Úlcera que no cura con el tratamiento en dos semanas.

La microscopía de campo oscuro se utiliza, únicamente, en las lesiones húmedas y es importante recabar la información si realizó tratamiento con ATB por vía general previamente, dado que el TP es sumamente sensible a mínimas dosis de estos. Si realizó algún tratamiento local, se puede postergar el estudio para el día siguiente.

Tratamiento

7.1. Sífilis

Sospecha clínica en diferentes estadios de la enfermedad

Sífilis primaria

- Chancro o úlcera, generalmente indolora, de bordes no despegados y fondo limpio.
- Linfadenopatía regional.

Sífilis secundaria

- Lesiones cutaneomucosas (máculas, pápulas, pústulas, folículos), sobre todo en tronco, cara, palmas y plantas.
- Condilomas.
- Síntomas generales.
- Linfadenopatías generalizadas.
- Compromiso del SNC (sobre todo meningitis).

Sífilis latente

- Asintomática. Solo se detecta por pruebas de laboratorio.
- Temprana: menos de un año de evolución.
- Tardía: mayor de un año de evolución.

Sífilis tardía

- Compromiso cardiovascular (aortitis).
- Gomas (síndrome de masa ocupante).
- Neurosífilis: sífilis meningovascular, paresia, tabes dorsal.

Tratamiento

Primaria, secundaria y latente menor de un año.

Huésped normal:

- Penicilina G Benzatínica 2,4 millones de unidades IM, dosis única.
- Alérgicos a la penicilina: Doxiciclina 100 mg 2 veces/d oral durante 14 días, o tetraciclina 500 mg 4 veces/d oral durante 14 días, o Ceftriaxona 1 g c/24 horas IM de 8 a 10 días.

VIIH:

- Igual que huésped normal.
- Alérgicos a penicilina: igual que huésped normal.

Embarazadas:

- 2 dosis de penicilina Benzatínica de 2,4 millones de unidades IM, separadas por 1 semana.
- Alérgicas a penicilina: desensibilizar.

Latente mayor de un año, desconocida o terciaria.

Huésped normal

- Penicilina G Benzatínica 7 millones de unidades totales IM (2,4 millones de unidades por semana, durante 3 semanas).
- Alérgicos a Penicilina: Doxiciclina 100 mg oral 2 veces por día, o tetraciclina 500 mg oral 4 veces por día durante 4 semanas.

VIH

- Debe confirmarse o descartarse neurosífilis, realizando punción lumbar antes de instaurar tratamiento. Si se descartó neurosífilis, el tratamiento es igual al del huésped normal, con tres dosis de Penicilina Benzatínica; en caso de confirmar el diagnóstico, debe tratarse como tal.
- Alérgicos a Penicilina: se recomienda desensibilizar.
- Embarazadas: desensibilizar si son alérgicas a penicilina.

Retratamiento

- Persistencia o recurrencia de los síntomas y signos.
- Incremento de 4 veces en los títulos de VDRL.
- Falta de descenso de 4 veces en los títulos de VDRL.

Seguimiento clínico y VDRL

- Sífilis primaria y secundaria: 6 y 12 meses (a los 3 meses, solo si se sospecha falta de adherencia a tratamiento).
- Sífilis latente: 6, 12 y 24 meses.
- Paciente VIH (+): 3, 6, 9, 12 y 24 meses.
- Neurosífilis: 6, 12 y 24 meses.
- LCR: cada 6 meses hasta los 2 años.

Otras medidas

- Testeo de VIH: si es negativo y el paciente tiene conductas de riesgo, repetir a los tres meses.
- Manejo de los contactos:
 - Contacto con sífilis temprana: Deben tratarse todos los contactos con el caso índice = 90 días.
 - Deben testearse todos los contactos con el caso índice = 90 días.
 - Contacto con sífilis de duración desconocida: con títulos 1/32, se presume igual que sífilis temprana.
 - Contacto con sífilis tardía: testeo.

7.2. Herpes Genital

Sospecha clínica

Se presenta con ardor, quemazón seguida de aparición de vesículas y luego úlceras pequeñas dolorosas, bordes blandos con adenopatías regionales tensas, firmes y dolorosas.

Localizaciones más frecuentes:

- Mujer: Úlceras vulvovaginales, cervicitis mucopurulenta.
- Hombre: Úlceras en pene.

Procedimientos diagnósticos

Obligatorios

- Detección de antígeno (Elisa/IFD por anticuerpos monoclonales): Detecta virus herpes 1 y 2. Raspado de la lesión, Sensibilidad del 80%.
- Testeo para VIH.

Facultativos

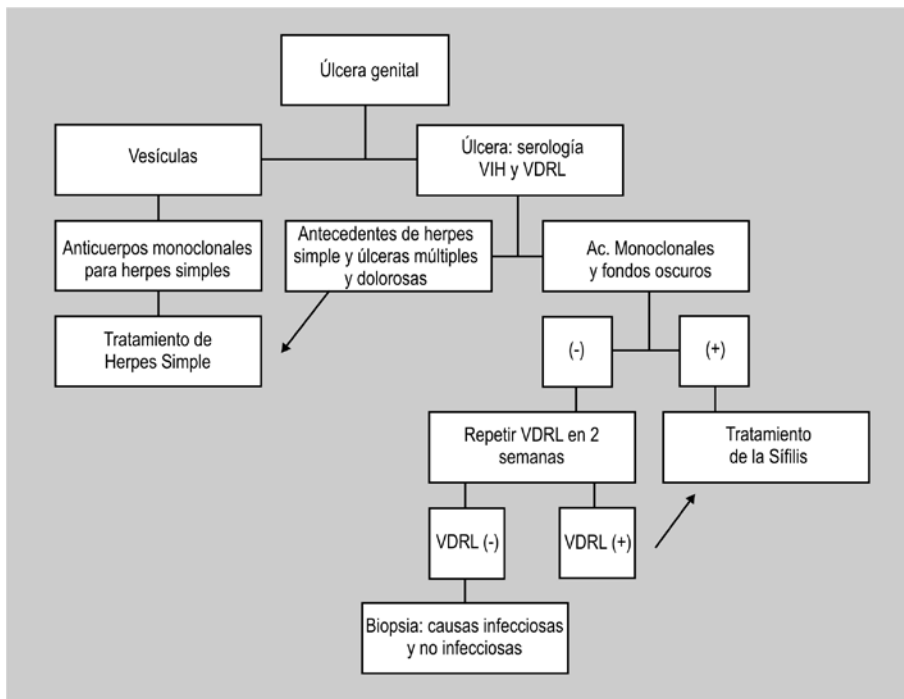
- Citología (frotis de Tzank, Papanicolaou, tinción de Wright). Raspado de la lesión, Sensibilidad del 60%.
- Aislamiento del virus por cultivo: Sensibilidad del 90%. La sensibilidad disminuye a partir de las 72 horas de formada la vesícula.

- Detección de ADN viral: Mayor sensibilidad que el cultivo. No se utiliza en la práctica diaria.

Tratamiento

- Primer episodio: Aciclovir 200 mg oral 5 veces por día o Aciclovir 400 mg oral 3 veces por día. Alternativa: Valaciclovir 1 g oral 2 veces por día. La duración del tratamiento es de 7 a 10 días. Debe prolongarse si al cabo de 10 días no hay cicatrización.
- Recurrencias: Aciclovir 400 mg 3 veces por día, vía oral o Aciclovir 800 mg oral 2 veces por día. Alternativa: Valaciclovir 500 mg oral 2 veces por día. La duración del tratamiento es de 3 a 5 días. Los pacientes se benefician con el tratamiento si lo inician con los pródromos, o dentro del primer día de aparición de las lesiones.
- Supresivo: Aciclovir 400 mg oral 2 veces por día. Alternativa: Valaciclovir 500 mg a 1 g una vez por día, vía oral. El tratamiento supresivo se indica a pacientes que sufren 6 o más episodios por año.
- Huésped Inmunocomprometido: Aciclovir 400 mg oral 3 a 5 veces por día. El tratamiento se realiza hasta la resolución del episodio. En casos severos que requieran hospitalización, como infección diseminada o complicación en SNC: Aciclovir, 5 a 10 mg/kg. IV cada 8 horas, durante 5 a 7 días o hasta la resolución clínica. Si hay resistencia a Aciclovir: Foscarnet 40 mg/kg IV cada 8 horas hasta resolver los síntomas.
- Embarazadas: Solo se trata la primoinfección o casos severos con Aciclovir.
- Otras medidas: Testeo a la pareja.

Algoritmo ante un caso de úlcera genital:



8. Verrugas genitales

Las verrugas genitales son lesiones exofíticas producidas por la proliferación de células escamosas sobre la superficie del epitelio.

Las lesiones exofíticas relacionadas con el virus del papiloma humano (HPV) se denominan verrugas genitales externas y pueden presentarse como condilomas acuminados o verrugas papulares.

Sobre las superficies húmedas, suelen aparecer como tumores de color rosado o blancuzco, compuestos de proyecciones digitiformes con sus asas capilares dilatadas, cuyas trayectorias se observan a través de sus centros. En áreas más secas, aparecen como masas polipoideas con una superficie queratósica, fisurada e irregular (parecido a una coliflor).

Otras lesiones papulares, como las producidas por el poxvirus (molusco contagioso) consisten en pápulas pequeñas, uniformes y esféricas con centros umbilicados. Suelen aparecer en los genitales, muslos y abdomen, pero no se extienden sobre las mucosas.

Las verrugas genitales son producidas por el HPV tipos 1, 16, 38 y 31; estos tres últimos, junto con el 33, son particularmente oncogénicos, especialmente, en la mujer. En el varón, son también potencialmente oncogénicos pudiendo producir carcinoma de pene y anal. En un estudio, la mitad de los carcinomas de pene contenían ADN del HPV principalmente los serotipos 16 y 18.

Está también descrito que cerca de la mitad de los varones que son parejas de mujeres infectadas por el HPV, tenía lesiones macroscópicas pero solo el 16% lo había advertido. El uso de ácido acético tópico y magnificación óptica (penescopía) detecta otro 29% que podría haberse considerado libre de enfermedad.

Anteriormente, se pensaba que el abuso sexual era el único mecanismo de transmisión en la infancia. La evidencia actual indica que el diagnóstico no es patognomónico de abuso, pero siempre se debe investigar.

En adultos, es la vía sexual la principal forma de transmisión.

Signos y síntomas

En varones, la apariencia puede ser muy variada aún en el mismo paciente, las lesiones pueden localizarse en el frenillo, surco coronal, glande y piel perianal. Las lesiones en la uretra pueden producir hemorragia, secreción y disminución de la fuerza del chorro miccional.

Las lesiones perianales son particularmente frecuentes en homosexuales, pero también se pueden presentar en heterosexuales.

Diagnósticos diferenciales

Otras causas de lesiones exofíticas incluyen: nevos melanocíticos, folículos pilosos hiperqueratósicos, quistes sebáceos, liquen plano, psoriasis e inclusiones de esmegma.

Las pápulas nacaradas benignas del pene se localizan de manera circunferencial alrededor del surco coronal.

El diagnóstico se basa en la clínica, colposcopia o penescopía; en la citología, se observan en el Papanicolaou unas células características (coilocitos).

Tratamiento

Existen varios tratamientos disponibles, pero no son totalmente efectivos siendo frecuentes las recidivas.

Hay dos métodos: físicos y químicos. Entre los primeros, se encuentran la cirugía, la electrocirugía, la criocirugía y el láser.

Dentro del grupo químico, encontramos a un derivado de la podofilina: el podofilox y el 5-flúor-uracilo.

El podofilox al 0,5% en solución o en gel se coloca dos veces por día durante tres días y se descansa cuatro, de ser necesario, se repiten hasta cuatro ciclos.

El imiquimod al 5% en crema es un inmunoestimulante de acción tópica, se utiliza por la noche durante 6 a 10 horas (se debe lavar la región por la mañana) tres veces por semana durante 16 semanas.

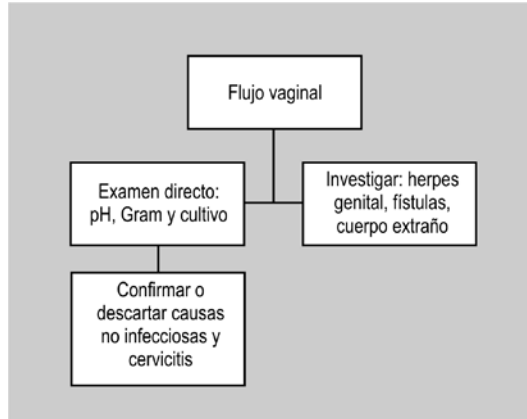
Se utiliza el interferón local y, también, sistémico, especialmente, en inmunocomprometidos,

sin embargo, no se la debe considerar una droga de primera elección por su alto costo y por los efectos adversos derivados del tratamiento sistémico.

9. Vulvovaginitis y cervicitis

La presencia de flujo genital no diferencia entre ambas entidades, se requiere el examen ginecológico con colposcopia para realizar un diagnóstico topográfico.

Algoritmo para su detección:



Durante las primeras etapas de la pubertad, el aumento creciente de los niveles de estrógeno determina un engrosamiento de la mucosa vaginal con varias capas de células superficiales cargadas de glucógeno. Los Lactobacilos utilizan este nuevo medio rico en glucógeno produciendo ácido láctico, ácido acético determinando esto un nuevo pH de 3,5 a 5.

Estos dos factores: el crecimiento de Lactobacilos y el descenso del pH representan importantes mecanismos de defensa contra las infecciones.

Normalmente el 90% de los 10^5 a 10^7 microorganismos por mililitro presentes en la vagina son Lactobacilos facultativos.

Cualquier alteración de este hábitat normal (por ejemplo: microtraumatismos por coito, uso de antibióticos, *jeans* ajustados, uso inadecuado de tampones) puede producir vaginitis.

En las adolescentes que tienen actividad sexual, las causas más frecuentes de Vulvovaginitis son levaduras (20 a 40%) y *Trichomona vaginalis* (7 a 30%).

9.1. Vulvovaginitis candidiásica

Por lo general, la candidiasis vulvovaginal no se transmite por relaciones sexuales, por lo que no es una ITS típica y son muchos los factores que pueden alterar el equilibrio ecológico que permiten que la *Cándida*, comensal habitual del ser humano, se constituya en patógeno.

Se pueden mencionar:

- La toma de antibióticos (la causa más frecuente), el embarazo, el uso de algunos ACO (los modernos con baja dosis de estrógeno parecen disminuir su incidencia), la diabetes, los corticoides que favorecen la infección sistémica, el uso de inmunosupresores y enfermedades que alteran la inmunidad celular como el VIH.

- De las especies de *Cándida*, la *C. albicans* es la infección por levaduras más frecuente, sin embargo, hasta un 25% de las infecciones crónicas por levaduras pueden deberse a especies diferentes a *C. albicans*.

● El 75% de las mujeres presentará al menos un episodio de Vulvovaginitis candidiásica en su vida, y el 40 al 45% dos o más episodios.

Signos y síntomas

Las pacientes afectadas refieren secreción vaginal aumentada, dispareunia, olor vaginal poco usual (no fétido), prurito generalmente intenso (el síntoma más constante) y, ocasionalmente, disuria.

El flujo vaginal aparece, en general, después del prurito, puede ser escaso o el típico blanquecino con aspecto de queso cottage que adhiere a la mucosa vaginal.

La vulva se muestra enrojecida y edematosa (vulvitis).

Si bien solo el 10% de las parejas masculinas tiene síntomas de infección micótica, puede estar colonizado, por lo cual es conveniente tratarlos, especialmente, en las recidivas.

Diagnóstico

Cuando los hallazgos clínicos no son concluyentes:

- El **examen de flujo** muestra: PH = 4.
- **Examen en fresco con hidróxido de potasio**: presencia de **hifas y micelios** (positivo en el 85% de los casos).
- **Cultivo de flujo**: Se indica a pacientes con exámenes directos negativos, o antes de iniciar un régimen de mantenimiento en las vulvovaginitis candidiásicas recurrentes.

Tratamiento

Corresponde tratar, únicamente, a las pacientes sintomáticas. El tratamiento de elección es el tópico con imidazoles. Debe aplicarse por la noche al acostarse.

Las posibilidades útiles para el **tratamiento tópico** son:

- Clotrimazol 100 mg, tableta vaginal durante 7 días, o
- Clotrimazol 100 mg, 2 tabletas vaginales por día durante 3 días, o
- Clotrimazol 500 mg, tableta vaginal, 1 tableta de aplicación única, o
- Miconazol 2%, crema, 5 g intravaginal durante 7 días, o
- Miconazol 200 mg, supositorio vaginal, 1 supositorio diario durante 3 días.
- Nistatina 100.000 U, tableta vaginal, 1 tableta por día durante 14 días, o
- Ácido bórico, cápsulas vaginales (600 mg), 1 cápsula por día durante 14 días.

Las cremas vaginales pueden tener base oleosa y alterar el látex de los preservativos facilitando su ruptura.

Las posibilidades útiles para el **tratamiento oral** son:

- Fluconazol 150 mg, tableta oral, 1 tableta dosis única, o
- Ketoconazol 200 mg, tableta oral, 2 tabletas durante 3 días, o
- Itraconazol 200 mg, tableta oral, 1 tableta durante 3 días.

Además se aconseja:

En los casos de recidivas evitar el uso de *jeans* muy ajustados y ropa interior de nylon.

Situaciones especiales:

- *Pacientes VIH (+)*: igual tratamiento que huésped normal.
- *Embarazadas*: pueden utilizar miconazol, terconazol, clotrimazol intravaginales. Se recomienda siete días de tratamiento.
- *VVC complicadas*: se las define así cuando las vulvovaginitis son: severas localmente, tienden a recurrir en un huésped inmunocomprometido (diabetes descontrolada, VIH), o la infección se debe a patógenos menos susceptibles (por ejemplo: *C. glabrata*). El tratamiento es de diez a catorce días con azoles tópicos o por vía oral, fluconazol 150 mg, repitiendo igual dosis a los tres días.

● *Vulvovaginitis candidiásica recurrente (VVCR)*: se define como la presencia de cuatro o más episodios sintomáticos a lo largo de un año. En esta situación, se debe: examinar el flujo vaginal para corroborar la etiología, realizar cultivo con identificación de especies y prueba de sensibilidad a azoles, eliminar los factores predisponentes si los hubiera. Debe realizarse tratamiento del episodio durante diez a catorce días con azoles tópicos o por vía oral, fluconazol 150 mg, repitiendo la dosis a los tres días.

Efectuar tratamiento supresivo durante seis meses con:

- Clotrimazol 100 mg/día, 1 tableta vaginal, durante 5 días desde el día 5 al 11 del ciclo menstrual.
- Clotrimazol 500 mg, 1 tableta vaginal, 1 vez por semana.
- Fluconazol 100 mg a 150 mg/semana, oral.
- Ketoconazol 100 mg/día, oral.
- Ketoconazol 100 mg, 1/día durante 5 días, desde el día 5 al 11 del ciclo menstrual.

Los tratamientos intermitentes tienen una eficacia protectora moderada.

RECORDAR:

- El 90% de las mujeres sin enfermedad de base responde al tratamiento indicado. La paciente solo debe concurrir a una nueva consulta si los síntomas persisten o recurren.
- La presencia de VVCR no constituye indicación del testeo para VIH si la paciente no tiene conductas de riesgo.
- El tratamiento de la pareja sexual solo está recomendado en presencia de balanitis.

9.2. Tricomoniasis

El protozoo flagelado *Trichomona vaginalis* se transmite, casi exclusivamente, por vía sexual y produce la tricomoniasis urogenital que es una ITS muy frecuente con un período de incubación de 5 a 28 días y suele asociarse a otras: gonococia, gardenella, cándida y chlamydia.

Son orientadores de este cuadro, la presencia de:

- Eritema, edema, prurito vulvar y dispareunia.
- Flujo vaginal característico blanco grisáceo muy espumoso (anaerobios), que si se asocia con bacilo coli, se transforma en amarillo-verdoso y muy maloliente.
- Polaquiria y disuria: 20% de los casos.
- Exocérvix con puntillado hemorrágico (cuello de frutilla), descrito como altamente sugestivo de la infección. Se lo ve excepcionalmente.

La Tricomoniasis urogenital es muy sintomática y la adolescente concurre a la consulta precozmente.

El varón también posee la infección, aunque los síntomas no son tan manifiestos: puede causar uretritis con disuria y leve descarga uretral.

Para confirmar el diagnóstico deben realizarse:

- Exámenes obligatorios

Examen de flujo: muestra PH > 4,5.

Examen en fresco: parásitos móviles y flagelados en el 70 a 80% de los casos.

- Exámenes facultativos

Cultivo

Solo se recomienda cuando el resultado del examen en fresco es negativo. Corresponde tener presente

que el crecimiento es lento (alrededor de 7 días), y el cultivo debe realizarse en anaerobiosis.

- Las opciones para el tratamiento son Metronidazol 2 g oral, dosis única o Metronidazol 500 mg 2 veces por día, durante siete días (como alternativa).
- Tratamiento simultáneo de la pareja con igual esquema.
- Abstinencia sexual hasta completar el tratamiento, y que ambos estén asintomáticos.

En caso de fallo de tratamiento por cepas resistentes:

- Metronidazol: 500 mg 2 veces por día durante 7 días.
- Tinidazol 2 g oral, dosis única (2 comprimidos de 500 mg con el almuerzo y la cena).

Se debe advertir a los pacientes que eviten consumir alcohol durante el tratamiento con metronidazol o tinidazol y hasta 24 h después de haberlo completado con metronidazol y 72 h con tinidazol.

Se describen algunas situaciones especiales:

- Infección por VIH: las personas VIH positivas deben recibir igual tratamiento que las VIH negativas.
- Embarazadas: el tratamiento se realiza con metronidazol 2 g, dosis única, vía oral.

El seguimiento de las pacientes con nuevas evaluaciones y exámenes de flujo no es necesario si se vuelven asintomáticas durante el tratamiento.

Siempre debe realizarse tratamiento de la pareja.

Es necesario investigar VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

9.3. Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico polimicrobiano debido al reemplazo de la flora normal: lactobacilos productores de H₂O₂ por altas concentraciones de bacterias anaerobias del grupo GMM (Gardnerella vaginalis, anaerobios, micoplasma y mobilincus).

Si bien la vaginosis bacteriana es la causa más frecuente de descarga vaginal de olor fétido, más del 50% de las mujeres son asintomáticas.

La etiología no está completamente comprendida, pero sí, hay una correlación con múltiples parejas sexuales, una nueva pareja sexual, el uso de DIU, el presentar otra ITS y el no utilizar ACO.

La vaginosis bacteriana puede diagnosticarse usando criterios clínicos o por la tinción de Gram.

Los criterios clínicos requieren tres de los siguientes síntomas y signos:

- Flujo blanquecino-grisáceo, ligeramente espumoso que cubre en forma homogénea las paredes vaginales.
- Presencia de *clue cells* en el examen microscópico.
- pH del flujo vaginal > 4.5 y
- Un fuerte olor a pescado luego de añadir unas gotas de OHK al 10% al flujo colocado en un portaobjeto.

Tratamiento

- Metronidazol 500 mg 2 veces por día, durante siete días.
- Clindamicina crema al 2%, 1 óvulo intravaginal por la noche por 7 días.

Las pacientes deben ser advertidas de no consumir alcohol durante el tratamiento y hasta 24 horas después finalizado.

La crema de Clindamicina, al poseer una base oleosa, puede debilitar los preservativos y diafragmas. La Clindamicina tópica no debe utilizarse en la segunda mitad del embarazo.

10. Bibliografía

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). «Sexually Transmitted Diseases». *Treatment Guidelines*, 2006. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/rr5511.pdf>>. <<http://www.cdc.gov/STD/treatment/2006/toc.htm>>.
- CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DE NORTEAMÉRICA. *Medicina de Adolescentes*. Vol. 6, 1997.
- GELDSTEIN, R. N. y E. A. PANTELIDES. «Coerción, consentimiento y deseo en “la primera vez”». En: Checa, S. (comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, 2003, pp. 103-138.
- GIRARD, G. *El Adolescente Varón*. Buenos Aires: Editorial Lumen, 2001.
- MÉNDEZ RIBAS, J. M. et ál. *Enfoque Actual de la Adolescente*. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos., 2005.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. *Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual* [en línea]. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/plan-nacional.pdf>>.
- NECCHI, S. y M. SCHUFER. «Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1999, 97(2): 101-108. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1999/99_101_108.pdf>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Módulo de Capacitación para el Manejo Sintomático de las Infecciones de Transmisión Sexual*, 2008, 2.a edición. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_guiadeeducador_spa.pdf>.
- RUBINSTEIN, E. «Enfermedad inflamatoria pélvica». En: Castellano Barca et ál. *Medicina de la Adolescencia*. España: Editorial Ergon, 2004.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL. *Manual de Ginecología Infanto Juvenil*. 2.ª edición, Editorial Ascune Hnos., 2003.
- STEINER, M. J. y W. CATES. «Condoms and Sexually-Transmitted Infections». *NEJM*. June 22, 2006, 354: 2642-2643. Disponible en: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/354/25/2642>>.
- STRASBURGUER, V. y R. BROWN. *Adolescent Medicine*. 2nd Edition. Hagerstown: Editorial Lippincott-Raven, 1998.
- WHO Publications. *Sexual and reproductive health* [en línea]. Disponible en: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/en/>>.

Capítulo 38

Abordaje de jóvenes con infección por VIH y por sida

Dr. Eduardo Rubinstein

1. Introducción

Ya han transcurrido casi tres décadas desde el inicio de la pandemia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (sida), cuyo agente etiológico es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) identificado en 1983. La infección por este virus origina una inmunodepresión celular, al causar una depleción crónica y progresiva del número de linfocitos CD4.

Con el transcurso del tiempo la epidemiología y el pronóstico han ido cambiando:

- De ser una enfermedad predominantemente masculina y unida a los grupos de riesgo (homosexuales y adictos endovenosos), pasó a ser cada vez más femenina y con un continuo incremento en los heterosexuales. Como triste consecuencia de esta nueva característica epidemiológica, se observó un marcado aumento en la transmisión vertical madre-hijo.
- De ser una enfermedad subaguda y fatal desde el año 1996, pasó a ser una «enfermedad crónica manejable» con la implementación de los nuevos Tratamientos Antiretrovirales de Gran Actividad (TARGA o en inglés HAART), y con su utilización en la prevención de la transmisión vertical en las embarazadas VIH positivas, se ha conseguido disminuir, significativamente, la infección del recién nacido.

Actualmente, es importante el conocimiento que tenemos de esta infección, pero aún es mucho lo que ignoramos y se sigue buscando la posibilidad de contar con una vacuna que evite la infección, o lo que es más factible, que evite la enfermedad, la cual sería la única solución posible de los países pobres, a los que no les es posible acceder al tratamiento antiretroviral (TARV) por lo elevado de su costo.

2. Epidemiología

Desde el año 1981, en el que se inició esta verdadera pandemia, se han infectado más de 50 millones de personas, de las cuales una tercera parte han fallecido a causa del sida. Hasta el año 2008 vivían con infección por VIH 33,4 millones de personas, de las cuales 31,3 millones eran adultos, y de éstas 15,7 millones eran mujeres y durante ese año, se infectaron 2.700.000 personas y fallecieron 2.000.000. Se calcula que en el mundo hay 7500 personas que se infectan diariamente con el HIV, de los cuales 9 de cada 10 casos pertenecen a países subdesarrollados, y casi la mitad están entre las edades de 15 a 24 años.

Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. Año XII. Noviembre de 2009. N.º 26. Dirección de sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación.

«El perfil de la epidemia de VIH-sida en la Argentina ha ido cambiando con el correr de los años. También cambió la respuesta que se fue dando desde el Estado y la sociedad civil. Algunos factores que explican estos cambios en el proceso de salud/enfermedad/atención del VIH-sida son la aparición de la medicación antirretroviral de alta eficacia (“los cócteles”) y su accesibilidad a mediados de los años 90, el cambio en la modalidad de consumo de drogas ilegales hacia fines de esa década, los procesos de pauperización y feminización de los últimos quince años y el aumento en el uso del preservativo en algunos sectores sociales».

«Sabemos hoy que en Argentina tenemos una epidemia concentrada, para expresarlo técnicamente según la clasificación utilizada internacionalmente, lo que significa que la prevalencia de VIH en la población general (estimada a través de la serología en las mujeres embarazadas) es menor al 1%, y que existen algunos grupos en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5%. Distintos estudios han determinado estas cifras en los siguientes colectivos: travestis-transexuales (34%), homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (12%), usuarios de drogas (5%) y trabajadores sexuales (5%)».

«En relación con la cantidad de personas infectadas, se estima que ascienden a 120.000». La mitad de ellas conocen su condición, y casi todas se encuentran en seguimiento en los servicios de salud.

«En relación con la notificación, desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2008 se registraron 75.009 casos de VIH-sida, el 51% de los cuales presentaron por lo menos un evento definidor de sida. En el último año (2008), se diagnosticaron y registraron 4067 casos de infección por VIH y 1403 casos de sida».

«Tres indicadores que permiten realizar comparaciones internacionales son: la tasa de casos notificados de sida, la tasa de mortalidad por sida y la tasa de transmisión vertical.

La tasa de casos de sida fue aumentando hasta el año 1997 (9,2 por cien mil habitantes) y, a partir de ese momento, comenzó a disminuir por la introducción de las terapias antirretrovirales de alta eficacia, hasta ubicarse en alrededor de 4 por cien mil habitantes en los últimos años. La tasa de mortalidad por sida tiene una evolución descendente y se ubicó en 36 por millón de habitantes en 2007, igual que el año anterior. Se estima que desde el inicio de la epidemia en Argentina murieron alrededor de 25.000 personas por causa del sida. Con respecto a la tasa de transmisión vertical, no se dispone aún de un indicador general del país, aunque sí de información de algunas jurisdicciones que han comenzado a calcularla. En ellas, el promedio ronda el 6%».

La tasa de infección por VIH está estabilizada en alrededor de 12 por cien mil habitantes.

- **Relación hombre/mujer:** A nivel nacional, se mantiene estable desde hace varios años en alrededor de 1,6 hombres por cada mujer diagnosticada con VIH. Si tomamos en cuenta el grupo etario de 15 a 24 años, esta relación pasa a 0,9 en el país, y en ciertas regiones, como Gran Buenos Aires y el Noreste, se incrementa aún más llegando 0,6.
- **Edad de diagnóstico:** La diferencia entre la mediana de edad de diagnóstico en mujeres y varones también se mantiene estable en tres o cuatro años a lo largo de los últimos ocho años (Año 2008: varones, 35 años, y mujeres, 31 años).
- **Nivel de instrucción:** Se observa un aumento en el nivel de instrucción de los varones, pasando, los que tienen secundaria completa o superior, del 34,8%, a comienzos del 2001, al 42,5% en el período 2007-2008. Esto sucede a expensas de la comunidad homosexual que está aumentando. En todas las regiones, las mujeres infectadas tienen un menor nivel de instrucción que los varones.
- **Vías de transmisión:** Entre los varones, se observa un ligero aumento de las infecciones por relaciones homosexuales en los últimos dos años, en especial, en el grupo etario de 15 a 24 años. En tanto, la proporción de varones infectados por relaciones heterosexuales permanece estable. En el lapso 2005 a 2008, el 48% de los varones se infectó por vía heterosexual, y el 34% por relaciones sexuales con otros varones.

La vía inyectable cae del 21% al 5,3% en los varones, y del 6,7% al 1,4% en las mujeres, entre los años 2001 y 2008. En el caso de las mujeres, también se observa la caída en las infecciones por uso compartido de material para consumir drogas y un consiguiente aumento de la infección por relaciones heterosexuales, que en los últimos cuatro años, se ubicó sin variaciones en un 87%.

3. Estrategia en la atención de los adolescentes

En nuestro país, la edad promedio de inicio del sida enfermedad es de 31 años en los hombres y de 28 años en las mujeres. Sabemos que, en el 50% de los casos, el tiempo transcurrido desde la infección hasta la aparición de la enfermedad es de diez años, por lo que debemos concluir que la mayoría de nuestros pacientes, especialmente las mujeres, se infectan en su adolescencia.

La prevención en todos los órdenes es la única herramienta que tenemos para evitar que nuestros adolescentes se sigan infectando. Cuando fracasamos en este objetivo y, teniendo en cuenta que en la Argentina hay 120.000 personas infectadas, de las cuales el 50% lo ignora, debemos tratar de detectarlas precozmente, no solo para cortar la cadena de contagio sino también, de ser necesario, para ofrecerles tratamiento que, como consecuencia, nos lleva a una franca disminución de la morbimortalidad de esta infección.

Los equipos de salud que atienden adolescentes deben tener ciertos conocimientos básicos de la infección por VIH para saber cómo encarar las estrategias para la prevención y cómo manejarse frente a las diferentes situaciones que se les pueden presentar.

Desarrollaremos a continuación:

- Mecanismos de transmisión.
- Prevención de la Infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Historia natural de la enfermedad.
- Cuándo pensar en infección por VIH.
- Cómo confirmar su diagnóstico.
- Cuándo debemos derivar para iniciar tratamiento.
- Cuándo no hay tiempo para derivar y es necesario actuar.

4. Mecanismos de transmisión del HIV

Solo unas pocas vías de transmisión han sido comprobadas fehacientemente. Los fluidos orgánicos responsables de éstas son: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

● **Sexual:** La forma dominante en todo el mundo es través de las relaciones sexuales sin protección, tanto vaginal como anal, teniendo el mayor riesgo ésta última (0,8 a 3%), y, en ambas situaciones, el miembro receptivo de la pareja está más expuesto que el insertivo. Aunque la probabilidad de transmitir la infección en un único acto sexual vía vaginal es baja (0,05 a 0,8%), sigue siendo esta vía de contagio la más frecuente en el mundo.

● **Sanguínea:** Se adquiere por inyección o transfusión de sangre infectada o de los hemoderivados, y a través del uso compartido de agujas o jeringas. La transfusión de sangre infectada tiene un riesgo del 95%. Actualmente, la cantidad de infectados por esta vía es mínima, hecho que se produce como consecuencia del testeo obligatorio de sangre y de hemoderivados a partir de 1991.

El compartir agujas y jeringas contaminadas tiene un riesgo mayor al del acto sexual sin protección, la probabilidad es del 0,5 al 1%, y el pincharse con una aguja en forma accidental en el ámbito ocupacional es del 0,3 %.

● **Vertical o perinatal:** La transmisión de la embarazada, con infección por VIH, a su descendencia es del 25% sin tratamiento preventivo. Esta transmisión puede suceder durante el embarazo, en el mo-

mento del parto, siendo ambas situaciones las de mayor riesgo de infección. También, puede ser en el posparto por medio de las secreciones serosanguinolentas y, por último, durante el amamantamiento.

Riesgo de transmisión	
Vía de exposición	Riesgo de Infección (%)
Transfusión de sangre	95
Pinchazo con aguja contaminada con sangre reciente de ADVP	0,67
Exposición percutánea ocupacional	0,3
Exposición mucosa ocupacional	0,09
Sexual anal receptiva	0,8 - 3
Sexual vaginal receptiva	0.1-0.2
Sexual vaginal incentiva	0,03-0,09
Sexual oral receptiva	0.01- 0,05

5. Prevención de la infección VIH/ITS

El adolescente es un ser en relación continua con su medio. Durante este período, presenta importantes cambios biopsicosociales que lo lleva a tener una mayor vulnerabilidad, agravada por estar expuesto a diferentes factores de riesgo (inicio de su sexualidad, las adicciones, los trastornos de la conducta alimentaria, etcétera).

La palabra prevención siempre se encuentra asociada a la de riesgo y, cuando éste existe, puede haber un daño, pero también, existe la posibilidad de anticiparse a que esto suceda. Hay recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo, que son los llamados factores protectores, los cuales tenemos la obligación de conocer y de tratar de incentivar para proteger a nuestros adolescentes.

Además, esta etapa es la «más saludable» de la vida, por lo que el adolescente concurre poco a la consulta y, cuando lo hace, muchas veces es forzado por sus padres o acude por pedido de algún docente. En otras oportunidades, hay un motivo de consulta encubierta por algún síntoma funcional. Por eso, debemos aprovechar al máximo el momento de la consulta, enfatizando en la detección de conductas de riesgo y tratando de hacer una prevención esencial o primaria.

Cualquiera sea el motivo de consulta del adolescente, se trata de aprovechar dicho momento. Durante el interrogatorio, se incorporan consejos de tipo preventivo, siempre ubicándose en el rol de profesional de la salud y como un adulto extraparental, y no como juez. De hacerlo, lo único que lograríamos sería perder la oportunidad de alcanzar una buena relación médico paciente, y, así, poder seguir trabajando con el adolescente tratando de evitar el daño o de reducirlo.

5.1. Características de las ITS

A diferencia de otras enfermedades infecciosas, que con los logros científicos han disminuido su incidencia, las ITS van en aumento progresivo en el ámbito mundial. Las estadísticas no reflejan la magnitud del problema debido a la falta de notificación, consecuencia de la intimidad que rodea al ejercicio de la sexualidad.

Son varias las dificultades que nos encontramos en el diagnóstico y tratamiento de las ITS:

- Es frecuente la asociación entre las diferentes ITS, facilitándose mutuamente su accionar y dificultando el tratamiento (sinergia epidemiológica).
- Las infecciones, en un alto porcentaje, son asintomáticas, lo que hace que no concurren a la consulta y que sigan su actividad sexual. Esto se ve con mayor frecuencia en la mujer, por lo que está más expuesta a las complicaciones: infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, neoplasias, infección por HIV y, lo que es más dramático, la transmisión vertical a su descendencia.

● Teniendo en cuenta la vía de contagio en este tipo de enfermedades, siempre hay una pareja que debe ser estudiada y/o tratada, para cortar la cadena de contagio y evitar la reinfección.

5.2. Riesgo en la adolescencia

El adolescente es un ser en relación continua con su medio, durante este período presenta importantes cambios biopsicosociales que lo llevan a tener una gran vulnerabilidad, agravada por estar expuesto a diferentes factores de riesgo (inicio de su sexualidad, las adicciones, los trastornos de la conducta alimentaria, etcétera).

La etapa más activa en el ejercicio de la sexualidad transcurre entre los 15 y 35 años, aumentando sus riesgos (embarazo no deseado o ITS) cuando a más temprana edad sea su inicio. El adolescente llega al ejercicio de su sexualidad no siempre con la madurez necesaria para evitar los riesgos y asumir la responsabilidad de dicha decisión. Muchas de las veces, las relaciones sexuales son anticipadas por: intentar la reafirmación de su identidad sexual, tratar de conseguir el reconocimiento de sus pares, someterse al requerimiento de su pareja, curiosidad, etcétera. Además, si tenemos en cuenta la omnipotencia y sensación de invulnerabilidad características de la personalidad de los adolescentes, podemos concluir que el ejercicio de su sexualidad es un factor de riesgo que puede llegar a tener serias consecuencias.

Las conductas adictivas son otros de los riesgos a los que se encuentran sometidos los adolescentes, ya que son un riesgo en sí mismas cuando llegan a la adicción endovenosa y a compartir jeringas. Aunque no lleguen a este grado de adicción, solamente con el consumo potencializan los riesgos en el ejercicio de la sexualidad al impedir las normas de autocuidado o, lo que es peor, muchas veces, llevan a la comercialización del sexo para poder financiar su adicción.

5.3. Prevención

Prevención primaria: es la posibilidad de evitar la infección. Para lograrlo, podemos impedir el contacto con el agente causante (sexo seguro), o protegerlo previamente al contacto con éste (vacunas), o protegerlo inmediatamente después de haberlo tenido para evitar la infección (profilaxis postexposición).

1. Normas de autocuidado (Sexo seguro).
2. Vacunas: (HBV y HPV).
3. Profilaxis postexposición.

Prevención secundaria: En pacientes que han adquirido la infección, nuestro objetivo es el diagnóstico precoz y la atenuación del daño. Podemos lograrlo muy precozmente en aquellos que consultan por presentar síntomas en el contacto con el agente causante. En los que no presentan síntomas, es clave detectar alguna situación de riesgo para ir en búsqueda de esta infección (ITS asintomáticas).

5.3.1. Prevención primaria

5.3.1.1. Normas de autocuidado (sexo seguro)

Para evitar los riesgos en el ejercicio de la sexualidad (embarazo no deseado y/o una ITS), debemos implementar las normas de autocuidado (sexo seguro) que tienen como objetivo impedir el intercambio de fluidos. Los únicos elementos que sirven para lograrlo son los anticonceptivos de barrera (preservativo). Nuestros adolescentes están preocupados más por la anticoncepción que por la posibilidad de adquirir una ITS, es por eso que se descuidan usando anticonceptivos orales o, lo que cada día es más frecuente, practican el sexo oral y, en menor medida, el sexo anal. Si bien el porcentaje de riesgo no es el mismo, éste siempre existe.

El preservativo sigue siendo la alternativa más segura y económica en la prevención de los riesgos en el ejercicio de la sexualidad.

A continuación, describimos las normas con respecto a su utilización, consensuadas en la Sociedad Argentina de Pediatría.

Preservativos: ¿Sabemos poner(se)lo?

- Para cuidarnos y evitar las enfermedades de transmisión sexual.
- Para no sorprendernos con un embarazo no planeado.

Antes de usarlo:

- Lo guardamos en un lugar fresco y seco, que no esté expuesto al sol o a la fricción (no es un buen lugar el bolsillo apretado y caliente del *jean*).
- Verificamos la fecha de vencimiento (como un medicamento, si está vencido no sirve) y el sello de calidad, IRAM si es argentino, o ISO si es importado.
- Comprobamos que el envase no esté roto o que el preservativo no tenga aspecto viejo o quebradizo.
- Ensayamos ponerlo de manera correcta; en el propio pene o en un sustituto de pene erecto (palo de escoba, banana, etcétera). Llegado el momento, cierta inexperiencia y la emoción o el apresuramiento llevan a cometer errores y a exponerse a los riesgos de embarazo no deseado o enfermedades.

Al usarlo:

- Abrimos el envase con los dedos. No lo hagamos con los dientes ni con una tijera (puede romperse). También tenemos cuidado con las uñas largas.
- No debemos usar lubricantes aceitosos (aceite mineral, de cocina, para bebe o vaselina), pueden dañar el látex. Los preservativos son de látex y ya vienen lubricados. Podemos usar el lubricante adicional de base acuosa que viene con el preservativo o los que se venden como «íntimos» o «personales», también de base acuosa.
- No aumenta la protección usar dos, uno arriba de otro. La fricción puede romperlos.
- Lo ponemos siempre antes de que el pene contacte con la boca, la vagina o el recto de nuestra compañera/o (puede haber espermatozoides o virus en la secreción previa a la eyaculación).
- Lo colocamos cuando el pene está erecto. Retraemos el prepucio hacia atrás si no está circuncidado (prepucio: prolongación de la piel que cubre la cabeza del pene).
- Previamente pinzamos la punta del preservativo con la yema de los dedos para que no quede atrapado aire con el riesgo que se rompa durante el coito.
- Lo colocamos sobre la cabeza del pene y lo vamos desenrollando hasta cubrir totalmente el pene hasta la base.

Al finalizar:

- Sostenemos el preservativo con firmeza desde la base y retiramos el pene, suavemente, antes que pierda su erección.
- Cuando nos sacamos el preservativo, debemos tener cuidado de no derramar el semen en nuestra pareja.
- Le hacemos un nudito para cerrar el extremo abierto y lo tiramos a un cesto de residuos. No en la calle ni en una plaza.
- Es conveniente no demorar la higiene de nuestros genitales para evitar el riesgo del contacto posterior con restos de semen o moco vaginal.
- Al repetir el contacto sexual debemos usar un nuevo preservativo.

Para recordar:

Si los usamos correctamente, los preservativos son la mejor manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Demorarnos en el inicio de actividades sexuales, o espaciarlas si ya las iniciamos, hasta alcanzar una mayor madurez es una buena manera, también, de evitar enfermedades y embarazos no deseados.

Tomar bebidas con alcohol o consumir drogas puede hacernos olvidar los cuidados necesarios para nuestra protección.

La protección es una responsabilidad compartida.

Sexo seguro con preservativo o postergar nuestros contactos sexuales hasta una mayor edad son las mejores opciones para nuestra salud sexual.

5.3.1.2. Vacunas: (HBV Y HPV)

- **Antihepatitis B:** Es recomendable para todos los adolescentes y jóvenes antes de iniciar su vida sexual activa. Esta enfermedad tiene la misma epidemiología de la infección por VIH; al cuidarse para evitar esta última, también lo están haciendo para la primera. Pero cabe aclarar que la hepatitis B es más contagiosa que el VIH y, además, que contamos con una vacuna que es totalmente efectiva.
- **Anti HPV:** Está aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) y ha demostrado una efectividad del cien por cien contra las cepas oncogénicas 16 y 18 del virus del papiloma humano contenidas en las dos vacunas que se están comercializando, causantes del 70% de los casos de cáncer cervical. En principio, está autorizada para la vacunación de mujeres prepúberes y hasta los 26 años, con tres dosis en el término de seis meses.

5.3.1.3. Profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO)

Este tema se desarrolla más adelante (9.3).

5.3.2. Detección de ITS asintomáticas

Las ITS, en un alto porcentaje, son asintomáticas, llegando en oportunidades a más del 50% de los casos, siempre con mayor frecuencia en la mujer por sus características anatómicas, lo que hace que no concurren a la consulta y que sigan su actividad sexual con las siguientes consecuencias:

- Transmisión horizontal a sus eventuales parejas sexuales.
- Transmisión vertical: Como producto de su actividad sexual, la mujer puede quedar embarazada con la triste posibilidad de transmitir a su descendencia la infección del VIH/sida, sífilis, hepatitis B o herpes. Y, al mismo tiempo, tiene el riesgo aumentado de presentar un aborto espontáneo, embarazo ectópico o parto prematuro.

La infección asintomática de una ITS puede producir complicaciones:

- En las mujeres, enfermedad inflamatoria pélvica, displasias o neoplasias.
- En el varón, orquitis, prostatitis y epididimitis.
- En ambos sexos, se puede observar graves consecuencias como la infección por VIH o la infertilidad.

De acuerdo con la importancia de nuestra evaluación del riesgo corrido y, si se presentan o no síntomas, debemos decidir cuál es la conducta para seguir.

En pacientes sintomáticos y asintomáticos, debemos pedir las serologías para Sífilis, infección por VIH y para las Hepatitis B y C.

Sífilis	→ VDRL	→ FTA-ABS
VIH	→ ELISA	→ Western Blot
VHB	→ Anti Hbc	→ HBSAg
VHC	→ IgG anti VHC	

En pacientes asintomáticos:

En mujeres:

1. Estudio del flujo vaginal.
2. Cultivos endocervicales.
3. Examen ginecológico con Papanicolau.

En varones:

1. Análisis de orina «chorro inicial» o hisopado de uretra.
2. Examen clínico.

Para poder implementar esta búsqueda debemos:

- Conocer las infecciones prevalentes de la región.
- Utilizar la máxima tecnología diagnóstica disponible.
- Realizar el estudio prioritario de las infecciones de mayor gravedad.

El costo beneficio del *screening* en pacientes asintomáticos depende, fundamentalmente, de la posibilidad de llegar al diagnóstico, que será particular de cada lugar de acuerdo con las pautas socio-culturales y la prevalencia de las infecciones de la región. La rentabilidad se multiplica si tenemos en cuenta que con la detección de un paciente asintomático logramos cortar la cadena epidemiológica, disminuir las complicaciones y evitar la transmisión vertical, del paciente y de la posible cadena de contagios.

6. Historia natural de la infección por VIH

Se ha modificado en los últimos años para aquellos que han podido acceder al TARV, que, desde 1996, a disminuido la morbilidad de esta infección y, a su vez, se ha demorado el paso a la enfermedad.

● **Enfermedad inicial o fase aguda:** corresponde a la infección aguda, puede ser asintomática pasando desapercibida o sintomática presentando un síndrome mononucleósico-like (Síndrome Retroviral Agudo), el cual luego será ampliado.

● **Período intermedio o fase crónica:** incluye el período de portación asintomática y el de las linfadenopatías persistentes generalizadas. Pueden o no acompañarse de enfermedades sugestivas de inmunodeficiencia, como infecciones bacterianas a repetición, herpes zoster o púrpura trombocitopénica. Además, comprende a los complejos relacionados con el sida y a las infecciones menores no marcadoras. En la medida en que disminuye el recuento de la subpoblación linfocitaria ($CD4 < 350$), el paciente puede comenzar a tener síntomas: síndrome febril, pérdida de peso o diarreas prolongadas sin causas aparentes. Es frecuente encontrar en la boca: candidiasis oral, leucoplasia oral vellosa, gingivitis y aftas recidivantes; y en la piel: dermatitis seborreica, infecciosas y no infecciosas.

● **Enfermedad avanzada o fase final:** comprende al sida, enfermedad que se presenta cuando el nivel de $CD4$ cae por debajo de 200 y la carga viral es muy alta manifestándose con: las infecciones oportunistas, la demencia, los tumores y el síndrome de adelgazamiento. Las enfermedades oportunistas, también llamadas enfermedades marcadoras del sida, son: Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, neumonía por *Pneumocystis Carini*, Toxoplasmosis cerebral, *Cryptococopsis* extrapulmonar, Sarcoma de Kaposi, retinitis por Citomegalovirus, *Cryptosporidiasis*, esofagitis por *Cándida*, etcétera.

7. Cuando pensar en infección por VIH

7.1. Detección y evaluación del riesgo corrido

La prevención es el objetivo primordial al que apuntamos en la atención integral del adolescente. En la entrevista con el adolescente debe estar siempre presente el tema de la sexualidad, adecuando su abordaje a la etapa evolutiva en que se encuentre. Esto nos sirve como elemento para la prevención, y al mismo tiempo, les estamos abriendo con nuestro interés, la posibilidad futura de retomar este tema cuando él lo crea necesario.

Un dato al que debemos arribar, indefectiblemente, en el desarrollo de la entrevista, en la que cada profesional manejará los tiempos de acuerdo con su experiencia, es saber si ha iniciado o no su actividad sexual. Si el adolescente entrevistado no ha iniciado sus relaciones sexuales, debemos orientarlo para evitar futuras situaciones de riesgo. Ahora bien, si el adolescente refiere haber inicia-

do sus relaciones sexuales, el segundo punto por aclarar es valorar el riesgo que pudo haber corrido nuestro entrevistado, para lo cual debemos informarnos sobre: tiempo transcurrido desde el inicio de sus relaciones sexuales, si éstas fueron voluntarias o involuntarias (abuso o violación), si ha utilizado o no preservativos, si estos fueron usados siempre o ocasionalmente, cantidad de parejas, si fueron heterosexuales y/o homosexuales, adicciones en uno o ambos integrantes de la pareja, antecedentes de haber presentado ITS, etcétera. Es decir, debemos hacer un minucioso interrogatorio para llegar a un correcto diagnóstico de situación.

En cuanto a las adicciones, es importante interrogar a los adolescentes sobre la historia de su drogadependencia: tener el conocimiento del tipo de sustancias y el tiempo de utilización, si ha llegado a la adicción endovenosa y si ha compartido jeringas.

7.3. Enfermedades sugestivas de inmunodeficiencias

Aún sin presentar situaciones de riesgo, el antecedente de ciertas enfermedades debe hacernos pensar en infección por VIH. Son aquellas que se producen como consecuencia del deterioro en los mecanismos de las defensas. En la actualidad, no puede faltar en el estudio de la inmunidad la serología para VIH, dado que hay, aproximadamente, un 2% de los casos de esta infección en los que no se encuentra la causa. Además, debemos tener en cuenta que como llevamos más de 25 años de epidemia, hay niños que se han infectado al nacer y están llegando a la adolescencia. Durante este tiempo, algunos de los adolescentes y sus madres no fueron diagnosticados y han presentado algunas de estas enfermedades que detallamos a continuación, sin despertar sospechas.

- Linfadenopatías Generalizadas Permanentes.
- Infecciones bacterianas: recurrentes y más graves (Neumonías, otitis, abscesos).
- Candidiasis Oral.
- Leucoplasia Velloso.
- Estomatitis herpética recurrente.
- Dermatitis seborreica.
- Herpes zoster monometamérico.
- Púrpura trombocitopenica.
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Retraso pondoestatural con o sin desnutrición.
- Diarrea, recurrente o crónica.
- Fiebre de origen desconocido (> 1 mes).

A veces hay datos del laboratorio que llaman la atención:

- Elevación de transaminasas.
- Anemia. Leucopenia. Trombocitopenia.
- Proteinuria.

8. Cómo confirmar su diagnóstico

Cuando en el interrogatorio de un adolescente, detectamos una situación de riesgo, es necesario jerarquizar esta situación. De no hacerlo, con nuestra actitud estamos avalando su equivocada conducta. Se le propone la realización de la serología para VIH (ELISA), explicando el fundamento de dicho pedido, y, al mismo tiempo, se le hace tomar conciencia del riesgo que corrió y al peligro que estuvo expuesto.

Para indicar la serología, estamos obligados a pedir la autorización por escrito (Ley 23.798). Si el adolescente concurre acompañado por un adulto responsable, firman los dos. Pero si se presenta

solo a la consulta, hecho muy frecuente, él puede autorizar el estudio: no como «un acto jurídico formal», sino como una «declaración de voluntad», realizándole el pedido por un «estado de necesidad» y para «evitar un mal mayor», amparados en la «Convención Internacional de Derechos del Niño» que, actualmente, forma parte de nuestra Constitución Nacional, donde «se establece que el niño es persona humana, sujeto y titular de derechos y obligaciones». El consentimiento informado se considera como un derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas.

Realizada la serología, si ésta fuera negativa se debe explicar que hay que repetirla en tres meses a partir de la última situación de riesgo, por existir la posibilidad de encontrarse en el llamado «período de ventana» (P.V.) de aproximadamente tres meses de duración.

Si el resultado del ELISA fuera positivo, debe repetirse el estudio ante la posibilidad de falsos positivos y, si se obtuviera el mismo resultado, tenemos la obligación de hacer una prueba confirmatoria (Western Blot) antes de informarlo. Pero para que se pueda poner en marcha este mecanismo siempre tiene que estar «gatillado» por un alto índice de sospecha de parte del pediatra que fue consultado.

9. Cuándo debemos derivar para iniciar TARV

9.1. Síndrome retroviral agudo (SRA)

El ingreso del VIH en el organismo puede acompañarse de un cuadro clínico, cuya presencia depende del inóculo o dosis infectante, de la virulencia de la cepa actuante y de la capacidad de respuesta del huésped. Según diferentes autores, se puede observar entre el 10 y el 50% de las seroconversiones, llegando al diagnóstico por observación directa del SRA o en forma retrospectiva por el interrogatorio.

El período de incubación es de 2 a 4 semanas y, una vez comenzados los síntomas, se autolimitan en 1 a 2 semanas.

Presentan manifestaciones generales similares a cualquier cuadro viral inespecífico: fiebre (96%), faringitis (70%), mialgias (54%), artralgias, somnolencia y malestar general que puede prolongarse en el tiempo. Luego, en la segunda semana, se agregan linfadenopatías generalizadas (74%) acompañadas, a veces, de esplenomegalia. El exantema tipo rash (40 a 70%) es maculopapuloeritematoso no pruriginoso, que toma cara y tronco, y, en ocasiones, se extiende a las extremidades, incluyendo manos y pies. Las ulceraciones mucocutáneas no siempre están presentes, pero si existen, son típicas, tienen formas redondeadas u ovaladas, de fondo pálido y rodeadas de mucosa sana, pueden aparecer en boca o esófago (odinofagia) y, más raramente, en ano y en pene. Desde el punto de vista neurológico, muy comúnmente, se acompaña de cefaleas intensas (32%) y dolor retroorbitario, siendo la meningoencefalitis mucho menos frecuente.

En los exámenes de laboratorio se observa una linfopenia inicial y, luego, una linfomonocitosis. La serología para VIH (ELISA) es negativa, dado que no se llegaron a fabricar los anticuerpos específicos (período de ventana). Para confirmar esta infección, debemos buscar el virus o parte de él, solicitando: antígeno p24, PCR cualitativa y carga viral, que es el método más efectivo para el diagnóstico. Siempre se acompaña de una disminución de CD4 causante de una inmunodepresión transitoria, que, a veces, se manifiesta clínicamente con una candidiasis bucal o esofágica.

● **Diagnósticos diferenciales:** mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, toxoplasmosis, rubéola, hepatitis viral, sífilis secundaria, otras infecciones vírales y reacción a fármacos. El SRA debe incorporarse entre los diagnósticos diferenciales de los adolescentes con síndromes mononucleósico y exantemáticos, debiendo siempre recurrir a los estudios serológicos para confirmar el diagnóstico.

	Síndrome Retroviral Agudo	Mononucleosis Infecciosa
Comienzo	Agudo	Insidioso
Amigdalitis con exudado	NO	SI
Úlceras mucocutáneas	SI	NO
Exantema	+++	+
Ictericia	NO	SI
Diarrea	SI	NO

Síndromes Mononucleósicos Agentes Etiológicos

Monotest positivo (90%)	Monotest negativo (10%)
Virus de Epstein Barr	Virus de Epstein Barr Citomegalovirus Toxoplasma Gondii HIV Virus Rubéola Treponema Pallidum

Diagnóstico Etiológico de Síndromes Mononucleósicos con Monotest Negativo

Mononucleosis Infecciosa	VCA-IgM VCA-IgG EA
Citomegalovirus	IgM
Toxoplasmosis	IgM
Síndrome Retroviral Agudo	Antígeno p24 PCR Carga Viral
Rubéola	IgM
Sífilis	VDRL FTA-Abs

Los pacientes que presentan un SRA tienen peor pronóstico, dado que progresan a la enfermedad más rápidamente que aquellos en que la infección ha pasado desapercibida. La indicación del tratamiento antiretroviral sigue siendo una controversia y debe ser considerado como opcional y, en última instancia, se le deben plantear al paciente las ventajas y desventajas para que participe en esta decisión.

9.2. Embarazo

El riesgo a la transmisión vertical, de no mediar ningún método preventivo, es del 15 al 30%. Las dos terceras partes de las infecciones suceden en el momento del parto y son agravadas por: carga viral elevada y/o CD4 bajos maternos, prematuridad, procedimientos invasivos (amniocentesis), rotura prematura de membranas y lactancia materna.

La introducción de la zidovudina (AZT), como tratamiento preventivo durante la gestación, el parto y el posparto (ACTG 076), disminuyó la transmisión vertical al 5 a 8%. A partir de 1996, al introducirse el TARGA se fueron incorporando otras familias de antiretrovirales logrando bajar este porcentaje al 1 a 2%. La incorporación de la cesárea programada disminuye las posibilidades de transmitir esta infección en las madres con cargas vírales altas o en aquellas que no han recibido tratamiento preventivo o lo han realizado, pero solo con AZT.

Profilaxis de la Transmisión Vertical del VIH

Administración durante el embarazo:

AZT 300 mg + 3 TC 150 mg 1 comprimido cada 12 h, más Lopinavir 200 mg + ritonavir 100 mg 2 comprimidos cada 12 h o Nevirapina 200 mg 1 comprimido cada 12 h (solamente en mujeres con CD4 < de 250 células/ml) a partir de la semana catorce de gestación hasta el trabajo de parto.

Administración durante el trabajo de parto:

AZT intravenoso:

Dosis de carga: 2 mg/kg en dextrosado al 5% a pasar en una hora.

Dosis de mantenimiento: 1 mg/kg/hora hasta el parto.

Administración al neonato:

AZT oral jarabe 2 mg/kg cada 6 h durante 6 semanas.

9.3. Cuándo no hay tiempo para la derivación y debemos iniciar el TARV

Dentro del clima de violencia que se encuentra instalado en nuestra sociedad, son cada vez más frecuentes las consultas que llegan sobre qué actitud tomar con respecto a la prevención de la infección por VIH ante una violación. No existe la misma experiencia ni el mismo acuerdo que existe en la Profilaxis Postexposición (PPE) ocupacional, pero se ha tratado de adecuar a dicha normativa, dado que con la rápida indicación de este tratamiento preventivo se han reducido las posibilidades de infección en un 81%. Teniendo en cuenta como diferencia fundamental que la situación de riesgo sucede fuera del ámbito de salud, lo que hace que lleguen más tardíamente a la consulta y, además, que en la mayoría de los casos se ignora la condición de seropositividad del causante.

Debemos tener presente que:

- Acompañando la posibilidad de una infección por VIH, existen otros riesgos que también tenemos que prevenir: el del embarazo y el de otras infecciones de transmisión sexual: Hepatitis A y B, sífilis, gonorrea, Chlamydia y tricomonas; no debemos olvidar que existe una frecuente asociación entre estas infecciones y que hay sinergismo entre ellas.
- Es necesario evaluar la magnitud del riesgo de transmisión y si ha tenido agravantes (coito anal receptivo, sangrado, cantidad de violadores, etcétera).
- El tiempo transcurrido desde que sufrió la agresión y la posibilidad de que se pueda iniciar la PPE. Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición, y que va disminuyendo su eficacia hasta llegar las 72 h, una vez pasado este tiempo, no tendría mucho sentido iniciar la protección. Dado el escaso tiempo con el que contamos, no siempre hay posibilidades para la derivación, es por eso que es imprescindible tener preparado en todos los centros de atención de adolescentes, aunque sea, la primera dosis de la medicación para poder iniciar la protección en forma inmediata.

Una vez realizada la evaluación de toda la situación, se deben plantear los posibles beneficios y los riesgos de iniciar una PPE no ocupacional, la decisión debe ser consensuada con el adolescente

y con su familia, dejando constancia por escrito de la decisión a la que se arribó («Consentimiento Informado»).

Evaluación de la Profilaxis Postexposición No Ocupacional (PPENO)

Beneficio *versus* riesgos

Debemos tener en cuenta:

- Probabilidad de que la fuente sea VIH positiva (aumenta con la cantidad de personas intervinientes).
- Posibilidad de transmisión de acuerdo con el riesgo corrido (sexo anal, vaginal u oral).
- Tiempo transcurrido: el ideal es menos de 2 h y el máximo es de 72 h.
- Drogas antiretrovirales: las contraindicaciones y los efectos secundarios.
- Adherencia al tratamiento: ante la sospecha del incumplimiento la PPENO, no iniciarlo.

Protocolo de actuación

Los pasos sucesivos a realizar en esta primera entrevista serían:

- Contención del paciente y su familia.
- Información sobre los riesgos y beneficios de la PPENO.
- Solicitar el consentimiento informado.
- Fomentar la adherencia al tratamiento.
- Implementación de la PPENO.

La PPE tanto ocupacional como la no ocupacional han pasado a ser verdaderas «Urgencias Infectológicas». Debemos ser conscientes de que el éxito de la protección depende de la rapidez de su inicio antes de las 2 h, y va disminuyendo su efectividad hasta las 72 h. En el caso que la víctima de la violencia sexual fuera del sexo femenino, este es el mismo lapso que tenemos para indicar la prevención del embarazo. Para la implementación de las otras medidas preventivas, podemos tomarnos más tiempo y, teniendo en cuenta lo complicado de la primera entrevista, es conveniente realizarlas en dos etapas sucesivas con 24 a 72 h de diferencia entre ambas.

Primera Etapa de PPENO:

1. Prevención de Embarazo: antes de las 72 h (según algunos hasta completar 5 días)

Levonorgestrel 1,50 mg: 2 comprimidos de 0,75mg juntos (Norgestrel Max®, Segurite®)

2. Prevención de la Infección por VIH: antes de las 2 h y hasta las 72 h

Tratamiento: 2 INTR + 1 IP o 1 INNTR

Duración del tratamiento: 4 semanas

Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INTR)

AZT: 300 mg cada 12 h (Comp. 100 mg) ó 120 mg/metro cuadrado/c/8 h

3TC: 150 mg cada 12 h (Comp. 150 mg) ó 4 mg/kg c/12 h

AZT 300 mg + 3TC 150 mg: 1 comprimido cada 12 h

Inhibidores de la Proteasa

Lopinavir/ritonavir: (comp. 200mg/100mg) 2 comprimidos cada 12 h

Inhibidores No Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INNTR)

Efavirentz (EFV): (Caps. 600 mg). 1 comprimido cada 24 h por la noche, antes de acostarse. No debe usarse en la mujer embarazada por ser teratogénico.

Según peso:

10-15 kg	200 mg
15-20 kg	250 mg
20-25 kg	300 mg
25-32,5 kg	400 mg

Segunda Etapa de PPENO:

1. Antihepatitis B:

Gammaglobulina hiperinmune 0,06 ml/kg (Fco. amp. de 3 y 5 ml)

Vacuna Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses).

2. Vacuna antitetánica

3. Prevención de otras Infecciones de Transmisión Sexual.

Sífilis Penicilina Benzatínica 2.400.000 U o 50.000 U/kg en dosis única o Ceftriaxone 250 mg.

+

Gono/Clamidia Azitromicina 1gr (comp. 500 mg) o 20 mg/kg, en dosis única

o

Gonococo Ciprofloxacina 500 mg o Cefixima 400 mg o 8 mg/kg, en dosis única

+

Clamydias Doxicilina 100 mg o 2mg/kg, cada 12 h por 7 días

+

Tricomonas Metronidazol 2 g (comp. 500mg) ó 30 mg/kg, en dosis única.

10. Seguimiento

Con el objeto de evitar futuras malas interpretaciones y por posibles problemas legales, es necesario realizar una serología basal para: VIH, Hepatitis B y C, Sífilis y test de embarazo.

Laboratorio inicial:

- Serología: VIH, VHB, VHC y Sífilis.
- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.
- Test de embarazo.

Para controlar la toxicidad de la medicación antiretroviral y la posibilidad de embarazo, se debe realizar al inicio y repetirlo:

- A las 2 y a las 4 semanas:
 - Hemograma.
 - Pruebas de función hepática y renal.
 - Test de embarazo.

Para controlar si han sido efectivas las medidas preventivas debemos hacer:

- A las 6 y a las 12 semanas y a los 6 meses:
 - Serología: VIH, VHB y VHC.

Si en el transcurso de la PPENO, se presenta un cuadro compatible con una primoinfección por VIH, como ser un síndrome viral inespecífico o mononucleósico, debemos sospechar una infección aguda y pedir Antígeno p24 y Carga Viral, si se llega a confirmar esta presunción habría que continuar con el tratamiento ARV, lo cual beneficiaría su pronóstico en el futuro.

11. Bibliografía

- AGEITOS, M. L. y G. LAPLACETTE . *Vivir con VIH/sida. Una investigación testimonial sobre los niños y sus derechos, la información y los silencios, la discriminación y la pobreza*. Buenos Aires: UNICEF, 2004.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. «Sexually transmitted disease in adolescents and children. En: Pickering, L. K. *Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases*. 25th ed. Elk Gove Village, IL: American Academy of pediatrics, 2000, pp. 138-147.
- BARREDA V. *Consentimiento informado: ¿trámite o regla ética? InfoSida. Dirección General Adjunta de Sida*. GCBA, año 2, N.º 21, 2002, pp. 32-35.
- BAZZALO Y AGUILERA. «Adolescentes creciendo con VIH». *Trabajo presentado en el 6.º Congreso Argentino de Sida*, 2003, Buenos Aires.
- BENETUCI, J., et ál. *Sida y Enfermedades Asociadas*. 2.a edición. Buenos Aires: FUNDAI, 2001, 9: 171.
- BERESFORD, B. y P. SLOPER. «Chronically ill adolescents, experiences of communicating with doctors: a qualitative study». *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33(3): 172-179.
- BRAVERMAN, P. K. «Enfermedades transmitidas por contacto sexual». En: Strasburguer, V. C. *Clinicas Médicas de Norteamérica. Medicina de la Adolescencia*. Ed. MacGraw Hill Interamericana, 2000, 4: 857-866.
- CAHN, P., G. DORE, E. MARTINEZ, W. O'BRIEN, M. TYNDALL y C. ZALA. «Progresos en la investigación clínica del Sida». *Actualizaciones en Sida*. Buenos Aires: Fundación Huésped, 2002, 10 N.º 38, pp. 97-107.
- COORDINACIÓN Sida. *Revista INFISida 3*. Coordinación Sida, 2003. GCBA.
- COORDINACIÓN Sida. *Revista INFISida 4*. Coordinación Sida, 2004. GCBA.
- DESAI, N. et ál. «Consequences of disclosure of diagnosis to long-term survivors of perinatally acquired HIV/Sida». *XIV Conferencia Internacional de Sida*, 2002, Barcelona.
- DOMINGUEZ, K. L y R. J. SIMONDS. «Postexposure prophylaxies». En: Zeichner, S. L. y J. S. Read (eds.) *Handbook of pediatric HIV care*. Philadelphia: Lippincot Wiliams & Wilkins, 1999, pp. 294-318.
- GATELLARTIGAS, J. M. et ál. *Guía práctica del Sida*. 7.a edición. Barcelona: Masson, 2002, 3: 47.
- GUIDELINES FOR ADOLESCENT HEALTH RESEARCH. «A Position Paper of the Society for Adolescent Medicine». *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33: 396-415.
- «Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents». *Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS)*. October 29, 2004.
- HIRSCH, R. et ál. «Importancia del dialogo y la información en los niños afectados por VIH/Sida en adherencia y sobrevida». *II Foro en VIH/Sida/ITS de América Latina y el Caribe*. La Habana, Cuba 2003
- MAGLIO, I. *El derecho de los menores a participar del proceso del Consentimiento Informado*. InfoSida. Dirección General Adjunta de Sida. GCBA. Año 1, N.º 1, 2001, pp. 32-35.

- MAGLIO I. *Guía de Buena Práctica Ética Legal en VIH/Sida*. Buenos Aires: Arkhetypo, 2001.
- NEWEL, M. y C. THORNE. «Embarazo y transmisión vertical o materno-infantil de la infección por VIH». *Folia Clínica en Obstetricia Ginecología*. Enero 2001, N.º 18, pp. 6-14.
- NORMAN, J. «Building effective youth-adult partnerships». *International Association of Physicians in AIDS Care*. Chicago, Illinois, USA. 2001, 7: 323-326.
- PARKER, R. y P. AGGLETON. «HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implication for action». *Social Science & Medicine*, 2003, 57 (1): 13-24.
- RUBINSTEIN, E. et ál. «Infección por VIH de Transmisión Vertical: su llegada a la adolescencia». *33.º Congreso Argentino de Pediatría*, 2003. Mar del Plata, Bs. As., Argentina.
- Recomendaciones sobre Tratamiento Antiretroviral*. Sociedad Argentina de Infectología. Actualizaciones 2001.
- SHURNICK, J. H. et ál. «Correlates of nontransmission in US women at high risk of HIV type I infection through sexual exposure». *J Infect Dis*, 2002, p. 185.
- SORIANO, S., P. DE CAHN y P. CAHN. «El proceso de asesoramiento como instrumento de prevención en Sida». *Actualizaciones en Sida*. Junio, 1999, vol.7, N.º 24.
- TUOMALA, R. E. et ál. «Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of anverse outcome». *NEJM*, 2002, 346: 1863-1871.

Links recomendados

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Portal institucional disponible en: <www.cdc.gov>.
- FUNDACIÓN HUÉSPED. Portal institucional disponible en: <<http://www.huesped.org.ar/>>, c. e.: fhuesped@huesped.org.ar.
- LEY N.º 23.798 (Argentina): Ley Nacional de Sida. Ley de lucha contra el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida): <<http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/ley-nacional-de-sida-reglamentaciones.pdf>>. <<http://www.ramosmejia.org.ar/downloads/leyes/sida.doc>>.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN. Subsecretaría de Coordinación Administrativa. HIV – Sida: <<http://www.me.gov.ar/efeme/sida/hivsida2.html>>.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Dirección de Sida y ETS: <<http://www.msal.gov.ar/sida/>>.
- PRESIDENCIA DE LA NACIÓN ARGENTINA. Programa Sida (LUSida) Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos: <http://www.casarosada.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=401>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / OMS. Página de VIH e ITS: <www.paho.org/sida>.

▲ Síntomas y malestares frecuentes

Dolores, cansancio y síncope

Índice

● **Capítulo 39**

Cefalea en la adolescencia

1. Introducción
2. Epidemiología
3. Clasificación
4. Cefalea aguda
5. Cefalea aguda recurrente
 - 5.1. Migraña sin aura
 - 5.2. Migraña con aura
6. Cefalea por exceso de medicación
7. Síndromes periódicos de la infancia que pueden ser precursores de migraña
8. Cefalea crónica no progresiva
9. Cefalea crónica progresiva
10. Cefalea mixta
11. Migraña y epilepsia
12. Tratamiento
 - 12.1. Aspectos generales
 - 12.2. Tratamiento del episodio de cefalea
 - 12.3. Tratamiento preventivo
13. Conclusión
14. Bibliografía

● **Capítulo 40**

Dolor abdominal recurrente

1. Caso clínico
2. Abordaje del dolor abdominal recurrente en la adolescencia
 - 2.1. El dolor como motivo de consulta en la adolescencia
 - 2.2. Diferentes clases de dolor
 - 2.3. Definición del dolor abdominal recurrente (DAR)
 - 2.4. Causas, características del dolor y su localización
 - 2.5. Diagnóstico del DAR
 - 2.5.1. El valor de la historia clínica en el diagnóstico del DAR
 - 2.5.2. Anamnesis del dolor

- 2.5.3. Antecedentes personales y familiares
- 2.5.4. Características del entorno
- 2.5.5. Examen físico
- 2.5.6. Exámenes complementarios
- 2.5.7. Diagnósticos diferenciales de DAR
- 3. Dolor abdominal de causa orgánica
 - 3.1. Síndrome de malabsorción o enfermedad celíaca
 - 3.2. Gastritis y úlceras
 - 3.3. Infección urinaria
 - 3.4. Parasitosis intestinal
 - 3.5. Enfermedad inflamatoria intestinal
 - 3.6. Dismenorrea
 - 3.7. Quistes ováricos y tumores
 - 3.8. Enfermedad inflamatoria pélvica
- 4. Trastornos intestinales funcionales asociados con dolor o molestias abdominales = Dolor abdominal funcional o de tipo disfuncional (DAR sin causa orgánica)
 - 4.1. Dispepsia no ulcerosa
 - 4.2. Colon irritable
 - 4.3. Dolor abdominal funcional
 - 4.4. Migraña abdominal
- 5. Aspectos para contemplar en el tratamiento del adolescente con DAR
- 6. Bibliografía

●Capítulo 41

Dolor musculoesquelético de origen no inflamatorio

- 1. Casos clínicos
- 2. Abordaje del dolor musculoesquelético de origen no inflamatorio
 - 2.1. Enfoque diagnóstico
 - 2.2. Dolores de crecimiento
 - 2.3. Síndrome de hipermovilidad articular
 - 2.4. Distrofia Simpático Refleja (DSR)
 - 2.5. Fibromialgia (FM)
 - 2.6. Enfermedades oncohematológicas que pueden debutar con dolor musculoesquelético
 - 2.7. Comentario final
- 3. Bibliografía

●Capítulo 42

Cansancio, astenia y síndrome de fatiga crónico

- 1. Causas de cansancio
 - 1.1. Adolescencia y sueño
 - 1.2. Trastornos del sueño
 - 1.3. Causas psicológicas
 - 1.4. Causas orgánicas
- 2. Fatiga crónica (FC) y síndrome de fatiga crónica (SFC)
 - 2.1. Epidemiología
 - 2.2. Etiología
 - 2.3. Diagnóstico diferencial
 - 2.4. Laboratorio
 - 2.5. Semiología de la fatiga

3. Tratamiento
4. Bibliografía

● **Capítulo 43**

Síncope vasovagal

1. Introducción
2. Clasificación
3. Historia clínica
4. Fisiopatología
5. Prueba de la camilla basculante (Tilt test)
6. Tratamiento
7. Algoritmo
8. Respuestas a las viñetas clínicas
9. Bibliografía

Capítulo 39

Cefalea en la adolescencia

Dr. Hugo A. Arroyo

1. Introducción

Cefalea es el síndrome doloroso más frecuente y es un síntoma habitual de compromiso del sistema nervioso central. Alrededor del 60% de niños y jóvenes padecen uno o más episodios de cefalea por año. En algunos casos, dada su intensidad y frecuencia, altera sensiblemente el bienestar del adolescente. La elevada frecuencia y variada etiología pone a padres, pacientes y médicos ante una compleja alternativa diagnóstica y terapéutica. Los padres buscan asegurarse de que la cefalea no sea un síntoma de una enfermedad grave, mientras que los adolescentes demandan que les calmen ese dolor que los perturba. La Sociedad Internacional de Cefalea (SIC) desarrolló una clasificación y criterios diagnósticos que han sido ampliamente difundidos y aceptados, aunque en menor grado por los neuropediatras. Por diversos motivos, el médico se ve presionado a realizar estudios costosos e invasivos, por lo que se discutirá la sensibilidad y especificidad de los criterios de la SIC en la población pediátrica y las recomendaciones de exámenes complementarios en las cefaleas recurrentes.

2. Epidemiología

Cefalea es una causa frecuente de consulta en neuropediatría. Es común en la infancia y, aún más, en la adolescencia. Billie documentó que más de un tercio de los niños a la edad de 7 años y la mitad a los 15 años habían padecido al menos un episodio de cefalea. Los datos de cinco estudios retrospectivos publicados entre 1977 y 1991 muestran una prevalencia de cefalea de cualquier tipo en un rango entre 37 a 51% a los 7 años, aumentando a 57- 82% a los 15 años; en estos estudios se incluyeron 27606 niños. Antes de la pubertad, es más frecuente en varones; a partir de la pubertad, predomina en niñas.

3. Clasificación

La Sociedad Internacional de Cefalea formuló una clasificación de cefaleas (CSIC), neuralgias craneales y dolor facial en 1988, actualizada en el 2004 (Tabla 1). Básicamente, los cuatro primeros grupos corresponden a cefaleas primarias y los siete restantes, a cefaleas secundarias. Finalmente, en un ítem, se agrupan las neuralgias craneales, y en el último, las cefaleas no clasificables. Por otra parte, esta clasificación se complementa con criterios diagnósticos precisos para cada tipo de cefalea.

Tabla 1
Clasificación de cefaleas y algias craneales
Sociedad Internacional de Cefalea, 2004 (modificada)

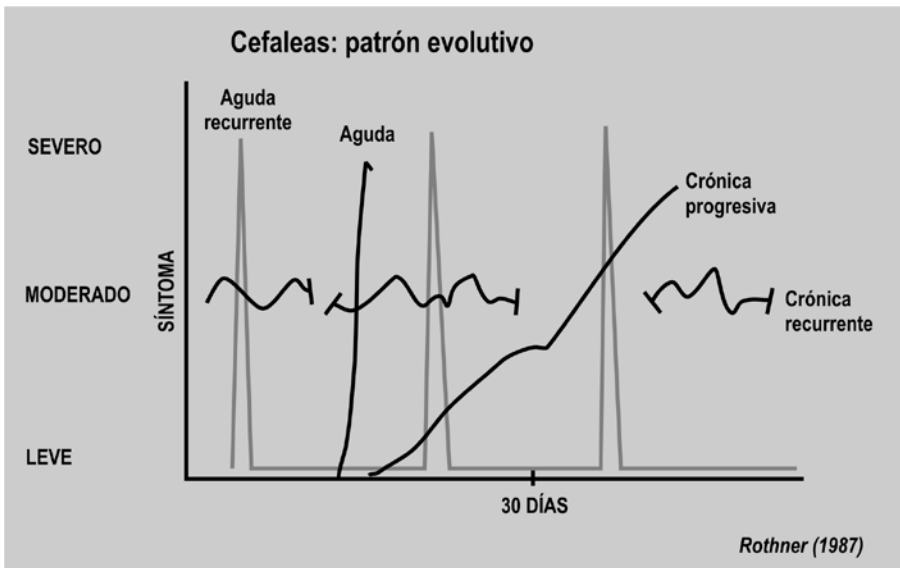
Cefaleas primarias
1. Migraña
2. Cefalea tipo tensión
3. Cefalea en racimos y otras cefaleas trigeminales autonómicas
4. Otras cefaleas primarias
Cefaleas secundarias
5. Cefalea atribuida a trauma craneal o de cuello <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Cefalea postraumática aguda 5.2 Cefalea postraumática crónica 5.3 Cefalea aguda o crónica por injuria por latigazo 5.5 Cefalea atribuida a hematoma intracraneal traumático 5.6 Cefalea atribuida a otro trauma de cabeza y/o cuello 5.7 Cefalea postcranieotomía
6. Cefalea atribuida a desórdenes vasculares craneales o cervicales <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Enfermedad cerebrovascular isquémica aguda o AIT 6.2 Hematoma intracraneal -no traumático- intracerebral o subaracnoideo 6.3 Malformación vascular sin ruptura (aneurisma, malformación arteriovenosa, angioma cavernoso, angioma leptomeningeo o Sturge Weber) 6.4 Arteritis 6.5 Dolor de la arteria carótida o vertebral (disección, procedimientos endovasculares) 6.6 Trombosis venosa 6.7 Otro desorden vascular intracraneal (MELAS, CADASIL)
7. Cefalea atribuida a desórdenes intracraneales no vasculares <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Hipertensión de LCR 7.2 Hipotensión de LCR 7.3 Inflamatoria no infecciosa 7.4 Neoplasia cerebral 7.5 Asociada a inyección intratecal 7.6 Convulsión epiléptica 7.7 Chiari I
8. Cefalea atribuida al uso de sustancias o su suspensión <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Cefalea inducida por el uso de sustancia o exposición en forma aguda (alcohol, monóxido de carbono, aditivos alimentarios, marihuana, cocaína) 8.2 Cefalea por exceso de medicación (ergotamina, triptanos, analgésicos, opioides)
9. Cefalea atribuida a infección <ul style="list-style-type: none"> 9.1 Infección intracraneal (viral, bacteriana, abscesos, etc.) 9.2 Infección sistémica (viral, bacteriana, otras) 9.3 HIV/sida 9.4 Postinfección
10. Cefalea atribuida a desorden de la homeostasis <ul style="list-style-type: none"> 10.1 Hipoxia y/o Hipercapnia (apnea del sueño, de las alturas) 10.2 Diálisis 10.3 Hipertensión arterial (crisis hipertensiva, encefalopatía hipertensiva, eclampsia) 10.4 Hipotiroidismo 10.5 Ayuno
11. Cefalea atribuida a desorden de estructuras vecinas <ul style="list-style-type: none"> 11.1 Hueso craneal 11.2 Cuello 11.3 Ojos (glaucoma, errores de refracción, forias, inflamatorios) 11.4 Oídos 11.5 Nariz y senos 11.6 Dientes y mandíbulas 11.7 Articulación temporomandibular
12. Cefalea atribuida a desórdenes psiquiátricos: Somatización, psicosis
Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas
13. Neuralgias craneales, dolor de tronco nervioso <ul style="list-style-type: none"> 13.1 Neuralgia trigeminal 13.2 Neuralgia del glossofaríngeo 13.3 Neuralgia del intermedio 13.4 Neuralgia del laríngeo superior 13.5 Naso ciliar 13.6 Supraorbitaria 13.8 Neuralgia occipital 13.11 Por estímulo del frío 13.13 Neuritis óptica 13.16 Tolosa Hunt 13.17 Migraña oftalmopléjica

Como complemento de la extensa clasificación formulada por la CSIC y desde un punto de vista práctico, a fin de definir el diagnóstico y la rápida intervención, es útil seguir la clasificación propuesta por A. D. Rothner que divide las cefaleas de acuerdo con el patrón temporal de presentación e intensidad del dolor (Tabla 2) (Figura 1).

Tabla 2
Clasificación de cefaleas según Rothner, A. D., 1987

- Aguda
- Aguda recurrente
- Crónica progresiva
- Crónica no progresiva
- Mixta

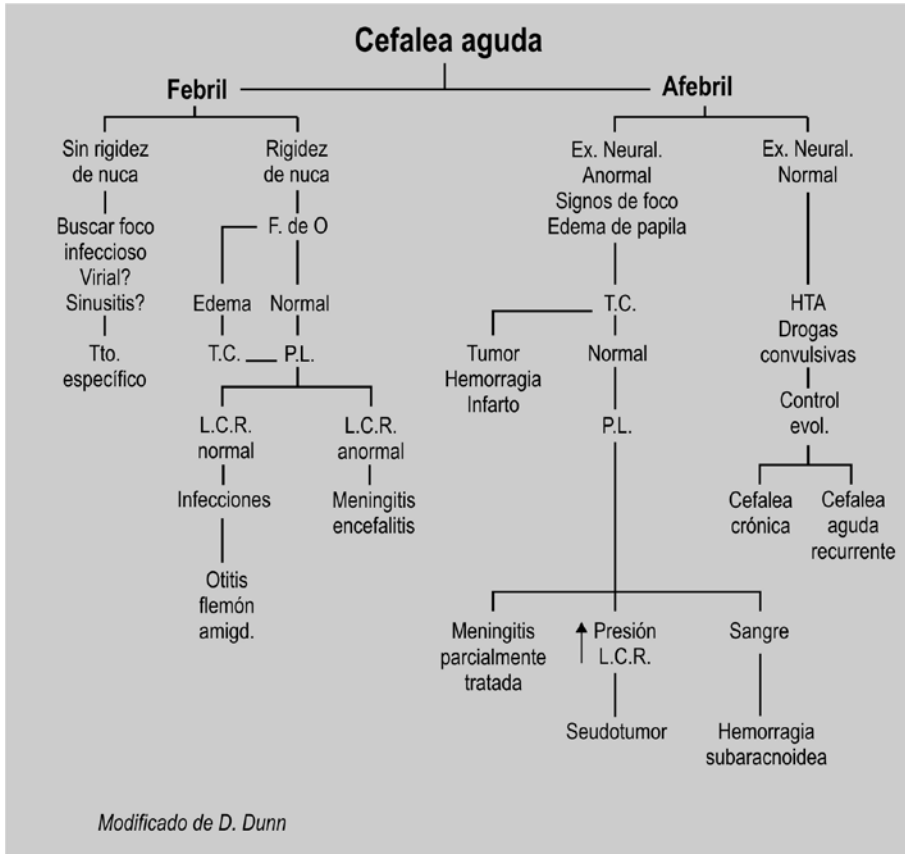
Figura 1: Cefaleas: Patrón evolutivo modificado



4. Cefalea aguda

Esta forma de presentación se refiere a un episodio de cefalea que el paciente experimenta por primera vez. Puede ser la única manifestación de una enfermedad o estar acompañada de otros síntomas y signos. Las causas de cefalea aguda son numerosas. La gran mayoría son benignas, y un adecuado interrogatorio y examen físico permiten el diagnóstico. Pero, también, puede ser el síntoma inicial de una enfermedad grave que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato. Por lo tanto, es necesario que quien evalúe a un niño o adolescente que se presenta con cefalea aguda disponga de un algoritmo diagnóstico (Figura 2).

Figura 2: Algoritmo de cefalea aguda modificado



Lewis revisó cuatro estudios que incluyeron 708 pacientes que consultaron a servicios de emergencia por cefalea. Las infecciones (no del SNC) fueron las causas más comunes y, entre ellas, las virales (28,5 a 39%); seguidas por sinusitis (9 a 16%); y otras causas infecciosas (2,3 a 9%). Entre un 2,3 y 9%, padecieron meningitis virales. Un primer episodio de migraña o cefalea tensional se manifiesta como una cefalea aguda. Se diagnosticó migraña en 8,5 a 21% de los pacientes que llegaron a la guardia, y cefalea tensional en 1,5 a 29%. Disfunción valvular fue la causa en 2 al 11,5% de los casos. Los tumores cerebrales raramente se manifiestan con cefalea aguda. La hemorragia intratumoral, como la que se observa en tumores de rápido crecimiento o en los que están ubicados cerca del tercer ventrículo, son causas de excepción. Tenían tumores el 1,5 al 4%. Traumatismo de cráneo se encontró en el 1,3 al 20%.

Un aspecto que todos los investigadores destacaron es que aquellos pacientes que tenían una condición neurológica grave, tenían en el interrogatorio y en el examen físico hallazgos consistentes con el diagnóstico. Los siguientes signos y síntomas se asocian con procesos patológicos graves: cefalea occipital, dificultad para describir el dolor y anormalidades del examen neurológico, como edema de papila, ataxia, hemiparesia, rigidez de nuca, movimientos oculares anormales, alteración del nivel de conciencia. Por lo tanto, en esas condiciones, está indicado realizar estudios de neuroimágenes. Otras circunstancias en que se deben hacer estos estudios son si el paciente tiene una derivación ventrículo peritoneal o un síndrome neurocutáneo. Y, además, si el niño es menor de tres años; en ellos irritabilidad, agresividad, inquietud pueden ser síntomas equivalentes a cefalea.

Causas poco frecuentes de cefalea son trastornos dentales que causan dolor, en general, bien localizado. La disfunción temporomandibular se acompaña de síntomas que aumentan al masticar.

Los trastornos oculares (queratitis, uveítis, glaucoma) se asocian a intenso dolor ocular y a fotofobia, epifora y/o inyección conjuntival. Los pacientes con neuritis óptica, además de la pérdida de la visión, se quejan de dolor ocular que se intensifica con los movimientos oculares. Cefalea es un síntoma frecuente en un paciente con encefalopatía hipertensiva; sin embargo, es infrecuente en pacientes con hipertensión arterial crónica. Ciertas drogas, por ejemplo: metilfenidato, ranetidina, claritromicina, ibuprofeno, y la intoxicación por monóxido de carbono, deben ser consideradas.

La cefalea postpunción lumbar y la cefalea relacionada con la pérdida espontánea de líquido cefalorraquídeo se presentan cuando el paciente adquiere la posición de pie y mejoran con la de decúbito dorsal. En algunas situaciones, puede estar favorecida por una alteración del tejido conectivo. Finalmente, la disección extracraneal de la arteria vertebral puede manifestarse como una cefalea intensa y aguda.

5. Cefalea aguda recurrente

Son cefaleas que ocurren en forma periódica y los episodios de dolor están separados por períodos libres.

La migraña es la forma más frecuente de cefalea aguda recurrente. Hay un llamativo incremento en su prevalencia desde la edad preescolar hacia la adolescencia. Lipton demostró prevalencia en un rango entre 1,2 y 32% a los 7 años, mientras que entre los 7 y 15 años, el rango variaba entre 4 y 11%. Si bien es un trastorno que puede durar toda la vida, en un 40% suele remitir, y esto es más frecuente en varones que en mujeres.

En la Tabla 3 se detallan las distintas formas clínicas de migraña.

Tabla 3: Clasificación de Migraña según la CSIC, 2004 modificada

1. Migraña 1.1 Migraña sin aura
1.2 Migraña con aura 1.2.1 Aura típica con migraña 1.2.2 Aura típica sin migraña o sin cefalea 1.2.4 Migraña hemipléjica familiar 1.2.5 Migraña hemipléjica esporádica 1.2.6 Migraña tipo basilar
1.3 Síndromes periódicos de la infancia que son precursores de migraña 1.3.1 Vómitos cíclicos 1.3.2 Migraña abdominal 1.3.3 Vértigo paroxístico benigno de la infancia
1.4 Migraña retinal
1.5 Complicaciones de la migraña 1.5.1 Migraña crónica 1.5.2 Estado migrañoso 1.5.3 Infarto migrañoso 1.5.5 Convulsiones desencadenadas por migraña

Criterios diagnósticos: Dada la ausencia de marcadores bioquímicos o radiológicos para migraña, su diagnóstico se basa, exclusivamente, en criterios clínicos.

5.1. Migraña sin aura

Es la forma de migraña más frecuente y es la que más se ha investigado. Será importante, entonces, considerar separadamente las características más destacadas.

Criterios diagnósticos migraña sin aura según CSIC II

- A. Cinco o más episodios que cumplan B - D (a).
- B. Episodios de cefalea que duran de 4 a 72 horas (no tratada o tratada, pero sin éxito). (b, c, d).
- C. La cefalea tiene al menos dos de las siguientes características:
 1. Localización unilateral (e, f).
 2. Cualidad pulsátil (g).
 3. Intensidad moderada o severa.
 4. Agravada o se evita actividad física habitual (por ejemplo: caminar o subir escaleras).
- D. Uno de lo siguientes síntomas acompañantes durante la cefalea:
 1. Náuseas y/o vómitos.
 2. Fotofobia y fonofobia (h).
- E. No atribuido a otro trastorno (i).

Notas:

- a. Diferenciar entre *migraña sin aura* y *episodios de cefalea tipo tensional infrecuentes* puede ser difícil. Por lo tanto, se requiere al menos cinco episodios. Aquellos que cumplen criterios de migraña sin aura, pero no tuvieron cinco episodios, se los clasifica como migraña sin aura probable.
- b. Cuando el paciente se duerme durante el episodio de migraña y se despierta sin dolor, la duración del episodio se debe considerar hasta que el paciente se despierta.
- c. En niños, los ataques pueden durar de 1 a 72 horas (la evidencia de que la duración no tratada de menos de dos horas en niños, requiere corroboración por estudio prospectivo de los diarios de cefalea).
- d. Cuando los ataques ocurren más de 15 días/mes por más de 3 meses se codifica como migraña sin aura y migraña crónica.
- e. La cefalea de la migraña es, generalmente, bilateral en niños; el patrón del adulto con dolor unilateral, usualmente, se observa en la adolescencia tardía o en adultos jóvenes.
- f. La cefalea en la migraña es, generalmente, frontotemporal. Cefalea occipital en niños, tanto unilateral como bilateral, es rara y debe ser considerado con precaución, ya que muchos casos son por lesiones estructurales.
- g. Pulsátil significa que varía con el latido cardíaco.
- h. En los más pequeños fotofobia y fonofobia puede inferirse por su comportamiento ante la luz o los sonidos.
- i. La historia y el examen físico y neurológico no sugiere ninguno de los diagnósticos de las cefaleas secundarias (grupo 5 a 12) o la historia y/o el examen físico y/o el neurológico; sugiere algunos de los diagnósticos de cefalea secundaria, pero éste ha sido descartado por investigaciones adecuadas.

Recurrencia y Número de episodios: Todos los autores consideraron que los episodios de cefalea en la migraña son recurrentes y que están separados por períodos libres de síntomas. Los criterios de Vahlquist y luego los de Prensky y Sommer mencionaban cefaleas recurrentes, o sea dos o más episodios, pero desde la publicación de la CSIC I e, inclusive, la reciente CSIC II, consideraron que el número de episodios deben ser cinco por lo menos. Una de las dificultades es diferenciar un episodio aislado de migraña de la cefalea tipo tensional episódica. Por lo tanto, el diagnóstico de migraña en un paciente que tenga un primer episodio de cefalea, aunque tenga todas las características de una cefalea tipo migraña, resulta complejo y deberán considerarse otros diagnósticos, especialmente, las cefaleas sintomáticas y, si estas se descartan, es posible, entonces, hacer el diagnóstico de migraña sin aura probable (CSIC II -1.6).

Duración de los episodios: Uno de los aspectos controvertidos ha sido la duración de cada episodio. La duración de un episodio de migraña en niños suele ser menor que en adultos. En los criterios de la CSIC I, se consideró una duración mínima para menores de 15 años de dos horas, pero esto fue modificado en la revisión CSIC II, y se aceptó para niños una duración mínima de una hora. Hershey y col., sin embargo, no pudieron demostrar diferencia significativa en la sensibilidad diagnóstica en un grupo de 260 niños y adolescentes cuando se aplicó, como límite inferior de la duración de la cefalea, 1 hora (CSIC II) 71,9% ó 2 horas (CSIC I) 70,4%. Winner y col. y Maytal y col. definieron en 48 horas la duración máxima de cada episodio, mientras que ambas CSIC I y II aceptan 72 horas. La reducción de la duración mínima a menos de una hora debería ser un aspecto para considerar, como, también, lo sugiere Hershey y col., y la duración máxima de 48 ó 72 horas no parece ser esencial. En mi experiencia, los episodios de migraña en niños de más de 36 horas de evolución son excepcionales.

Características de la cefalea:

- **Localización:** La característica cefalea unilateral o hemicránea de los adultos suele observarse a partir de la adolescencia, pero en los niños suele ser bilateral, como ha sido reconocido por la CSIC II, mientras que Hershey y col. sugieren que el criterio incluya una localización focal (bifrontal, bitemporal, biparietal).
- **Característica del dolor:** Definir la característica del dolor le resulta complejo al adolescente y, aún más, a los niños. El carácter pulsátil, o sea que el dolor varía con los latidos cardíacos, es el más frecuente, pero solo fue reportado por el 68% de un grupo de jóvenes y adolescentes con migraña sin aura. Dolor opresivo, constante, agudo o «solo dolor» son otras formas que los niños caracterizan al dolor.
- **Severidad:** Tanto los criterios de la CSIC I como los de la CSIC II consideran que el dolor debe ser moderado a severo. El dolor en la migraña es incapacitante y altera la calidad de vida. Utilizar una escala cualitativa (leve, moderado o severo) o cuantitativa (escala 0 a 10), es un aspecto para considerar.
- **Actividad:** La mayoría de los pacientes pediátricos, pero, aún más, los adolescentes refieren que la actividad empeora el dolor y que el dolor limita la capacidad para participar en actividades. La CSIC II menciona como actividad habitual caminar o subir escaleras, aunque este último ejemplo no parece ser el más adecuado. En este ítem se podría considerar que el reposo y, específicamente, el sueño puede mejorar o inclusive interrumpir el episodio de migraña.

Síntomas asociados: Siguiendo los criterios de la CSIC I y la CSIC II se requiere una de las asociaciones siguientes:

- a) náuseas y/o vómitos.
- b) fotofobia y fonofobia.

El 83,9% de la serie de pacientes con migraña reportados por Hershey y col. cumplieron con los criterios.

Náuseas, fotofobia y fonofobia son los síntomas asociados más frecuentes seguidos por dificultad en concentrarse, mareo, vómito y fatiga. Si estos síntomas se correlacionan con la edad, se puede observar que fotofobia y mareo son más frecuentes en los mayores, mientras que náuseas y vómitos, en el grupo de menor edad. El apéndice de la CSIC II propone para síntomas acompañantes (D): «al menos dos de los siguientes: náuseas, vómito, fotofobia, fonofobia, osmofobia».

Lima y col. compararon la sensibilidad y especificidad de los criterios de la CSIC I y la CSIC II en niños y adolescentes con migraña, diagnosticados siguiendo criterios clínicos (patrón de oro). La sensibilidad y especificidad fueron respectivamente, para la CSIC I, 21% y 100%, mientras que para la CSIC II fueron de 53% y 100%. Por lo tanto, si bien la especificidad es alta para ambos criterios, la sensibilidad, aunque mejorada, permanece baja. Hershey y col. logran incrementar la sensibilidad al 84,4% si se tiene en cuenta: una duración menor de 72 horas, aceptar una localización focal (unilateral, bifrontal, bitemporal) y los síntomas asociados náuseas y/o vómitos o dos de los cinco siguientes: fotofobia, fonofobia, dificultad en concentrarse, mareo o fatiga.

Kelman, utilizando los criterios de la CSIC II, pero modificando el punto D según el apéndice, o sea, aceptando dos de los siguientes: náuseas, vómito, fotofobia, fonofobia, osmofobia, pudo reclasificar como migraña al 98,2% de los pacientes.

5.2. Migraña con aura

En esta forma de migraña, se introdujeron cambios importantes en los criterios diagnósticos y en la clasificación en relación con la CSIC I. En primer lugar, se definieron los criterios diagnósticos para aura y las características de la cefalea que sigue al aura. Se denomina aura a un complejo de síntomas neurológicos que ocurren inmediatamente antes o al comienzo de una migraña. Los síntomas visuales son los más característicos. Entre un 10 y un 20% de niños con migraña, experimentan un aura y es más frecuente a partir de los 8 años.

Criterios diagnósticos aura típica según CSIC II

- A. Dos episodios o más que cumplan los criterios B - D.
- B. El aura consiste en uno o más de los siguientes síntomas, pero se excluye la debilidad motora:
 1. Síntomas visuales completamente reversibles caracterizados por hallazgos positivos (líneas, manchas, luces centellantes, etcétera) y/o negativos (visión borrosa, escotomas, etcétera). También se incluyen distorsiones del tamaño (micropsias, macropsias) y metamorfopsias como en el síndrome de «Alicia en el País de las Maravillas».
 2. Síntomas sensitivos completamente reversibles caracterizados por hallazgos positivos (parestias) y/o negativos (adormecimiento).
 3. Síntomas disfásicos completamente reversibles.
- C. Al menos dos de los siguientes:
 1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensitivos unilaterales.
 2. Uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente en 5 minutos o más, y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión de 5 minutos o más.
 3. Cada síntoma dura desde 5 minutos hasta 60 minutos.
- D. La cefalea se inicia durante el aura o a continuación, pero dentro de los siguientes 60 minutos.

La mayoría de los pacientes que presentan aura, también presentan cefaleas que cumplen con los criterios anteriormente mencionados de migraña sin aura. A esta entidad se la denomina *aura típica con migraña*. El aura también puede asociarse con una cefalea que no cumple con los criterios de migraña sin aura y se denomina *aura típica con cefalea* o, inclusive, sin cefalea y, entonces, se denomina *aura típica sin cefalea*. Si el aura no se acompaña de cefalea tipo migraña o el aura es muy breve o prolongada, se deberán descartar otras entidades (convulsión, episodio isquémico transitorio, encefalopatía posterior reversible, etcétera).

Es importante diferenciarlos de otros síntomas focales neurológicos paroxísticos que pueden presentarse en distintas entidades, como accidente cerebrovascular, infecciones, tumores, enfermedades desmielinizantes y metabólicas (Tabla 4).

Tabla 4
Síntomas focales neurológicos paroxísticos

	Accidente isquémico transitorio	Epilepsia	Migraña
Comienzo	Brusco	Brusco	Progresivo
Evolución	No	Rápido	Lento
Otros síntomas	Simultaneo	En sucesión	En sucesión
Tipo de síntoma	Negativo	Positivo	Negativo/Positivo
Duración	Breve (10-15 minutos)	Breve (segundos, minutos)	Prolongado (< 1hora)

Dentro de las migrañas con aura se reconocen dos formas: la migraña hemipléjica (familiar o esporádica) y la migraña tipo basilar.

Migraña Hemipléjica

Los pacientes tienen una hemiplejía prolongada que puede acompañarse de síntomas visuales, sensitivos, disfasia, confusión. La hemiplejía, generalmente, es contralateral a la cefalea. Algunos responden a acetazolamida.

Criterios diagnósticos migraña hemipléjica según CSIC II

- A. Dos episodios o más que cumplan los criterios B - C.
- B. El aura consiste en una debilidad motora completamente reversible y, al menos, uno de los siguientes síntomas:
1. Síntomas visuales completamente reversibles caracterizados por hallazgos positivos (líneas, manchas, luces centellantes, etcétera) y/o negativos (visión borrosa, escotomas, etcétera).
 2. Síntomas sensitivos completamente reversibles caracterizados por hallazgos positivos (parestias) y/o negativos (adormecimiento).
 3. Síntomas disfásicos completamente reversibles.
- C. Al menos dos de los siguientes:
1. Uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente en 5 minutos o más, y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión de 5 minutos o más.
 2. Cada síntoma del aura dura desde 5 minutos hasta 24 horas.
 3. La cefalea que cumple los criterios de cefalea sin aura se inicia durante el aura o a continuación, pero dentro de los siguientes 60 minutos.

Es importante destacar que en esta forma de migraña con aura, los distintos síntomas del aura, incluyendo la debilidad motora, puede durar hasta 24 horas (en las otras formas de migraña con aura la duración de los síntomas del aura no superaba los 60 minutos). Si al menos un familiar de primer o segundo grado tuvo migraña con aura que incluyó síntomas motores, se denomina *migraña hemipléjica familiar* (MHF), pero si este antecedente no se rescata, se la denomina *migraña hemipléjica esporádica*, luego de realizar el diagnóstico diferencial con un episodio vascular o migraña infarto y otras cefaleas secundarias. En la MHF, se han detectado mutaciones en el gen CACNA1A (MHF1); mientras que en la MHF2, las mutaciones ocurren en el gen ATP1A2. En la forma familiar, los episodios pueden ser desencadenados por traumatismos cefálicos leves, además, pueden presentar alte-

raciones del nivel de conciencia, fiebre, pleocitosis en el LCR, y la mitad de los pacientes con MHF1 desarrollan un cuadro de ataxia cerebelosa progresiva.

El diagnóstico diferencial debe incluir: lesiones estructurales, vasculitis, hemorragia cerebral, tumor cerebral, miopatía mitocondrial, hemiplejía alternante. Los estudios de neuroimágenes apoyan la idea que el mecanismo de la hemiplejía no es de origen vascular sino que reside en cambios a nivel de la membrana celular.

Migraña tipo basilar

Es una migraña con aura que no incluye síntomas motores, pero que los síntomas del aura se originan en el tronco cerebral o en ambos hemisferios cerebrales simultáneamente. Suele presentarse en adolescentes, y algunos pacientes presentan, además, migraña con aura típica.

Criterios diagnósticos migraña tipo basilar según CSIC II

- A. Dos episodios o más que cumplan los criterios B - D.
- B. El aura presenta, como mínimo, dos de los siguientes síntomas reversibles, se excluye la debilidad motora:
 1. Disartria.
 2. Vértigo.
 3. Acúfenos.
 4. Hipoacusia.
 5. Diplopía.
 6. Síntomas visuales, simultáneamente, en ambos campos nasales o temporales.
 7. Ataxia.
 8. Disminución del estado de conciencia.
 9. Parestesias bilaterales simultáneas.
- C. Al menos uno de los siguientes:
 1. Uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente en 5 minutos o más, y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión de 5 minutos o más.
 2. Cada síntoma del aura dura desde 5 minutos hasta 60 minutos.
- D. La cefalea se inicia durante el aura o a continuación, pero dentro de los siguientes 60 minutos.

A continuación, mencionaré dos formas de cefalea que, aunque no se incluyan dentro de las cefaleas primarias, tienen relación con éstas.

Migraña oftalmopléjica

En la CSIC II, a la Migraña oftalmopléjica se la reubicó en el grupo de neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial junto con el síndrome de Tolosa Hunt. Estas dos son entidades raras que se las pueden agrupar dentro de las oftalmoplejías dolorosas. A la migraña oftalmopléjica, actualmente, se la considera como una neuropatía desmielinizante recurrente. La cefalea, en esta entidad, puede durar una semana o más.

Criterios diagnósticos migraña oftalmopléjica según CSIC II

- A. Dos ataques que cumplan con el criterio B.
- B. Cefalea tipo migraña acompañada dentro de los cuatro días del comienzo de paresia de uno o más de los nervios craneales III, IV y/o VI.
- C. Se deben descartar lesiones de fosa posterior, de la región paraselar y de la hendidura esfenoidal.

El síndrome de Tolosa Hunt se caracteriza, también, por dolor ocular, asociado a parálisis de los músculos oculomotores con una evolución con remisiones y recaídas. En casos biopsiados, se ha detectado material granulomatoso en el seno cavernoso, hendidura esfenoidal o en la misma órbita.

Criterios diagnósticos síndrome de Tolosa Hunt según CSIC II

- A. Uno o más episodios de dolor orbitario unilateral que persiste semanas si no es tratado.
- B. Paresia de uno o más de los nervios craneales III, IV y/o VI, y/o demostración de granuloma por RMN o biopsia.
- C. Paresia coincide con la aparición del dolor o le sigue dentro de las dos semanas.
- D. Paresia y dolor se resuelven entre las 72 horas del tratamiento con esteroides.

En algunos casos reportados, además, se observó compromiso de los pares V (rama orbitaria), II, VII y VIII. Otras causas de oftalmoplejía dolorosa y no dolorosa, deben ser excluidas.

En el grupo de cefaleas agudas recurrentes, podemos incluir el grupo de cefaleas con manifestaciones en salva y otras cefaleas idiopáticas benignas (Tabla 1 y 5).

Tabla 5
Clasificación de las cefaleas en salvas y otras cefaleas trigeminales CSIC, 2004

3. Clasificación de las cefaleas en salvas y otras cefaleas trigeminales
3.1 Cefalea en salvas.
3.1.1 Episódico.
3.1.2 Crónico.
3.2 Hemicránea paroxística.
3.2.1 Episódica.
3.2.2 Crónica.
3.3 Cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración con inyección conjuntival y lacrimación (SUNCT).

Cefalea en salva: Es rara en la infancia y comienza a manifestarse en la adolescencia. Es más frecuente en varones. Dos son sus principales características: la periodicidad de las crisis y el perfil sintomatológico. Los períodos de cefalea duran entre 6 y 12 semanas y con una frecuencia de una o más veces por año, pero puede haber prolongados períodos de remisión. La cefalea se manifiesta como un intenso dolor en la órbita con irradiación temporal frontal. Suele ser en el mismo lado en cada salva. Existen cuatro signos autonómicos clásicos: lagrimeo, ojo rojo, rinorrea con congestión nasal y Horner parcial siempre homolateral al lado del dolor. Conductas bizarras o despertares frecuentes que simulen parasomnias pueden enmascarar el dolor. Un elemento para el diagnóstico, aunque no definitivo, es la respuesta del dolor a la inhalación de oxígeno al 100% (7 litros por minuto durante 15 minutos).

Otras cefaleas primarias: En este grupo de cefaleas agudas recurrentes, incluimos a un grupo que la CSIC las ha denominado «otras cefaleas primarias».

Tabla 6
Otras cefaleas primarias CSIC, 2004

4.1 Cefalea idiopática en puntada.
4.2 Cefalea por compresión externa.
4.3 Cefalea por estímulo frío.
4.4 Cefalea benigna por tos.
4.5 Cefalea benigna por ejercicio.
4.6 Cefalea asociada a actividad sexual.

La CSIC II reemplazó en el grupo de cefaleas primarias el grupo de las cefaleas idiopáticas benignas por un grupo que denomina «otras cefaleas primarias» (Tabla 1 y 6). En este grupo, se incluye un grupo de cefaleas poco frecuentes y, aún menos en la infancia y adolescencia, que cuando ocurren por primera vez obliga a descartar causas estructurales y, por lo tanto, los estudios por imágenes son necesarios. La patogénesis de este tipo de cefalea es insuficientemente comprendida y las recomendaciones terapéuticas están escasamente demostradas.

Recientemente Lewis y col. revisaron estas formas de cefaleas y sugieren que son poco frecuentes en niños y adolescentes, y que similares nombres se pueden estar utilizando para distintas formas de estas cefaleas, o el mismo nombre para distintas formas de cefaleas.

Cefalea idiopática en puntada

Se caracteriza por:

- episodios de dolor cefálico que ocurren como una puntada o serie de puntadas.
- se perciben, casi exclusivamente, en la región de la primera distribución del nervio trigémino.
- las puntadas pueden durar hasta varios segundos y recurren, con frecuencia irregular, de una a varias por día.
- no se acompaña de otros síntomas.
- no es atribuida a otros trastornos.

Esta forma de cefalea primaria ha sido reconocida en la edad pediátrica. Los episodios de cefalea en puntada reportados duraban desde pocos segundos hasta 15 minutos y no se asociaban a otra forma de cefalea primaria. Algunos pacientes responden a indometacina, aunque también desaparece espontáneamente. Una localización extratrigeminal e historia familiar de migraña también ha sido reportada.

Cefalea primaria por la tos

Cefalea de comienzo brusco que dura desde segundos hasta 30 minutos y ocurre solo asociado con tos y/o maniobra de Valsalva. Dado lo excepcional de esta forma de cefalea primaria en la infancia, una cefalea desencadenada por tos o por una maniobra de Valsalva obligará a descartar procesos estructurales de la fosa posterior, especialmente, malformación de Chiari, siringobulbia o malformación vascular. Ha sido reportada en niños con enfermedad pulmonar crónica (por ejemplo: Fibrosis quística).

Cefalea primaria por esfuerzo

Se caracteriza por una cefalea pulsátil que dura entre 5 minutos y 48 horas que ocurre, solamente, durante o después de un ejercicio físico. Se menciona que ocurre, particularmente, en climas calurosos, a altas altitudes y que podría estar relacionada con una disminución del drenaje venoso cerebral. Recuerdo una joven de 10 años que realizaba prolongados entrenamientos de natación y, luego, presentaba cefalea intensa sin síntomas autonómicos que calmaban con el sueño, pero que

podieron prevenirse con la ingesta previa a la actividad física de ibuprofeno. La cefalea puede desaparecer espontáneamente con un mejor entrenamiento y, en algunos casos, con indometacina previo al esfuerzo. Si esta cefalea se presenta asociada a síntomas autonómicos, se la consideraría como una migraña desencadenada por el ejercicio.

Cefalea asociada a la actividad sexual

Esta forma de cefalea primaria también es excepcional en adolescentes jóvenes. La cefalea es intensa y embotante, comprometiendo también el cuello y asociado a contracción muscular que ocurre durante la actividad sexual. Una forma de cefalea también intensa pero explosiva puede manifestarse durante el orgasmo. Se relacionan con la cefalea postesfuerzo.

6. Cefalea por exceso de medicación

La cefalea por exceso de medicación previamente denominada cefalea de rebote, o cefalea inducida por drogas ha sido una importante incorporación de la CSIC II. Está clasificada dentro de las cefaleas secundarias (8.2), pero dada su intensa relación con las cefaleas primarias, especialmente con la migraña, será considerada en esta revisión. Es muy bien reconocido que el uso frecuente y regular de medicación para los episodios agudos de migraña (analgésicos, ergotamina, triptanos) por personas que padecen migraña o cefalea tipo tensional agravan estas cefaleas y es la forma más común de síndrome crónico tipo migraña.

Si bien hay algunas variaciones entre las cefaleas por sobreuso de ergotamina, triptanos y analgésicos, describiré solo los criterios diagnósticos de la cefalea por exceso de uso de analgésicos, ya que estos, junto con la ergotamina, suelen ser las drogas abortivas más frecuentemente usadas por niños y adolescentes en nuestro medio. Para triptanos, ergotamina o combinación de analgésicos, se considera un límite de más de 10 días por mes, y para analgésicos simples, un uso de 15 días o más.

Criterios diagnósticos cefalea por analgésicos según CSIC II

- | |
|--|
| <p>A. Cefalea que se presenta 15 días o más por mes con al menos una de las siguientes características y que cumplen los criterios C y D:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bilateral.2. Opresiva (no pulsátil).3. Leve a moderada intensidad. <p>B. Ingesta de analgésicos de 15 días o más por mes, por tres o más meses.</p> <p>C. Cefalea que se desarrolló o empeoró marcadamente con la ingesta excesiva de analgésicos.</p> <p>D. La cefalea se resuelve o remite a su patrón previo entre los dos meses de suspender los analgésicos.</p> |
|--|

Considero que esta forma de cefalea está subdiagnosticada entre la población de adolescentes.

7. Síndromes periódicos de la infancia que pueden ser precursores de migraña

En la CSIC I y en la CSIC II, dentro de la clasificación de migraña, se incluyen los síndromes periódicos de la infancia que son frecuentemente precursores de migraña. En la CSIC II, se eliminó de este grupo la hemiplejía alternante, se mantuvo el vértigo paroxístico de la infancia y se incorporaron dos entidades: vómitos cíclicos y migraña abdominal.

Criterios diagnósticos vómitos cíclicos según CSIC II

- A. Al menos cinco episodios que cumplen los criterios B - C.
- B. Los episodios son estereotipados en cada paciente con náuseas intensas y vómitos que duran desde una hora a 5 días.
- C. Los vómitos se repiten cuatro veces en el lapso de una hora, por lo menos, en una hora.
- D. El paciente está libre de síntomas entre los episodios.
- E. No se atribuye a otros trastornos, especialmente, enfermedad gastrointestinal o metabólica.

Criterios diagnósticos migraña abdominal según CSIC II

- A. Al menos cinco episodios que cumplen los criterios B - D.
- B. Episodios de dolor abdominal que duran de 1 a 72 horas.
- C. El dolor abdominal tiene todas las siguientes características:
 - 1. Periumbilical, línea media o pobremente localizado.
 - 2. Dolor continuo.
 - 3. Intensidad moderada a severa.
- D. Durante el dolor abdominal, dos de los siguientes síntomas:
 - 1. Anorexia.
 - 2. Náuseas.
 - 3. Vómitos.
 - 4. Palidez.
- E. No atribuido a otra enfermedad, especialmente, intestinal o renal.

Criterios diagnósticos vértigo benigno paroxístico de la infancia según CSIC II

- A. Al menos 5 episodios que cumplan el criterio B.
- B. Múltiples crisis de vértigo (a menudo acompañado con nistagmus o vómitos) que ocurren sin aviso y se resuelve espontáneamente en minutos u horas.
- C. Examen neurológico normal y pruebas vestibulares y auditivas normales entre los episodios.
- D. EEG normal.

8. Cefalea crónica no progresiva

Corresponde a un grupo de cefaleas precipitadas o asociadas a causas emocionales y no tienen un sustrato orgánico, por lo que son, también, consideradas cefaleas funcionales. Según la clasificación de la CSIC, se la denomina cefalea tipo tensión (Tabla 7) con su variante episódica (forma más frecuente, hasta diez episodios por mes) y crónica (ocurre con una frecuencia diaria o casi diaria o más de quince veces por día). Otros nombres, también utilizados, son cefalea por contractura muscular crónica, cefalea psicógena, etcétera.

Tabla 7
Cefalea tipo tensión según CSIC 1988

- 2. Cefalea tipo tensión.
 - 2.1 Cefalea tipo tensión episódica infrecuente.
 - 2.2 Cefalea tipo tensión episódica frecuente.
 - 2.3 Cefalea tipo tensión crónica.

Se describen los criterios diagnósticos para cefalea tipo tensión de acuerdo con la CSIC.

Criterios diagnósticos de la cefalea tipo tensión según CSIC 1988

- A. Diez episodios previos de cefalea que cumplan con los criterios B - D.
- B. Cefalea que dura entre 30 minutos a 7 días.
- C. El dolor tiene, al menos, dos de las siguientes características:
 - 1. Opresivo, no pulsátil.
 - 2. Intensidad leve a moderada.
 - 3. Localización bilateral.
 - 4. No se agrava con el caminar o actividades físicas rutinarias.
- D. Dos de las siguientes:
 - 1. No náusea ni vómito.
 - 2. Fotofobia y fonofobia ausentes, o solo una está presente.

Es común en adolescentes, generalmente comienza después de los 12 años, y es más frecuente que la migraña en este grupo etario. La mayoría son mujeres. La cefalea suele ser frontal y estar asociada a molestias en la región occipital y cervical. Si bien muchos describen el dolor como constante, un número importante lo describe como pulsátil o punzante. La mayoría considera que el dolor es moderado, no interrumpe sus actividades y no busca una habitación oscura y silenciosa para descansar. Sin embargo, la luz o los ruidos les resultan molestos. Anorexia, dolor abdominal, náuseas o vómitos son infrecuentes. Muchos pacientes son capaces de identificar factores agravantes, como fatiga o situaciones de estrés en su casa o en la escuela. Generalmente, se despiertan con este dolor y puede durar todo el día. A veces, esto interrumpe actividades cotidianas como el ir a la escuela. Una adecuada evaluación psicológica demuestra, en estos pacientes, factores individuales, familiares y sociales que predisponen o precipitan episodios de cefalea. Muchos de estos niños y adolescentes tienen altos logros académicos y tienen altas expectativas sobre ellos; generalmente, una alta exigencia es el común denominador de sus familias. Su tolerancia a la frustración es baja y, cuando son defraudados o desilusionados, aparecen los episodios. A veces, estas cefaleas, de ocasionales, se transforman en crónicas. Síntomas de depresión, ansiedad, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias deben ser investigados. Actividad sexual no deseada o sentimientos sexuales confusos pueden también contribuir a la aparición de los síntomas.

9. Cefalea crónica progresiva

Los pacientes con este patrón de cefalea, que es por otra parte el más ominoso, padecen un aumento gradual en la frecuencia y severidad del dolor a lo largo del tiempo. Patología intracraneal debe ser sospechada, especialmente, cuando se acompaña de alteraciones del estado de conciencia, movimientos oculares anormales, edema de papila, trastornos en la coordinación. Hidrocefalia, pseudotumor cerebral, tumor cerebral, hematoma subdural crónico, absceso cerebral, malformaciones vasculares, intoxicación por plomo, son posibles causas. Estos pacientes requieren estudios de neuroimágenes.

10. Cefalea mixta

Se refiere a un síndrome caracterizado por episodios de migraña (2 a 4 por mes) superpuestos a cefalea diaria de tipo tensional.

11. Migraña y Epilepsia

Migraña y epilepsia son trastornos neurológicos crónicos caracterizados por episodios de cambios del humor y de la conducta, alteraciones del estado de conciencia, síntomas focales sensitivos y motores, síntomas gastrointestinales, autonómicos y psicológicos y cefalea. Ambos trastornos responden a drogas anticonvulsivantes; un estado de hiperexcitabilidad cerebral y alteraciones de los canales de la membrana neuronal están implicadas en la fisiopatología de ambas entidades. Welch y Lewis y, posteriormente, Bigal y col. categorizaron la relación entre migraña y epilepsia y definieron tres grupos:

- a) Coexistencia de migraña y epilepsia, o sea que, un síndrome epiléptico y un típico episodio de migraña ocurren alejados en el tiempo.
- b) Ciertas epilepsias (idiopáticas o sintomáticas) tienen características clínicas de migraña.
- c) Epilepsias inducidas por episodios de migraña.
- d) Podemos agregar un grupo en el que pacientes con convulsiones padecen cefalea.

12. Tratamiento

En los párrafos anteriores, hemos planteado las diversas etiologías y los diagnósticos diferenciales de las variadas formas de cefalea. El tratamiento estará condicionado por la etiología.

Para el tratamiento de la migraña y de la cefalea tensional, debemos considerar una serie de medidas (aspectos generales del tratamiento, tratamiento de la crisis dolorosa, tratamiento preventivo) que serán de utilidad para ambas entidades. El calendario de cefaleas es útil para evaluar la eficacia del tratamiento. Éste se solicitará en cada consulta y deberá detallar la frecuencia, severidad de la cefalea, síntomas asociados y respuesta al tratamiento. En los casos de pacientes con cefalea mixta (migraña + cefalea tensional), nos permitirá identificar la respuesta al tratamiento para cada tipo de cefalea.

12.1. Aspectos generales

Luego de haber confirmado el diagnóstico de migraña o cefalea tensional, debemos considerar, en conjunto con el niño y los padres, varios aspectos que son centrales para un adecuado tratamiento. Deben tenerse en cuenta aspectos farmacológicos y aquellos que permiten mejorar el estilo de vida del paciente. Probablemente, éstas sean las medidas terapéuticas más importantes:

- Reafirmar que estas entidades son de naturaleza benigna y que hemos descartado todas las otras causas de cefalea que podrían tener una gravedad o un tratamiento distinto. El temor a tener un tumor o un aneurisma está siempre presente en padres, niños y, especialmente, en adolescentes.
- Modificar conductas alimentarias inadecuadas (por ejemplo: no desayunar, dietas de moda, etcétera) y estimular a los padres para cumplir con las cuatro comidas diarias adecuadas en calidad y en cantidad. Evitar cierto tipo de alimentos, como chocolates y quesos, es un tema controvertido y no lo consideramos necesario, salvo que las evidencias sean muy definidas; deberá ser evaluado en cada caso en particular.
- Mantener horarios adecuados de sueño. El retraso del inicio y la reducción del sueño nocturno, a veces, compensado con siestas prolongadas, son frecuentes entre los adolescentes. El sueño inadecuado es un desencadenante frecuente de cefalea.

- Favorecer la práctica de actividades físicas de manera regular.
- Investigar y tratar las dificultades escolares y situaciones conflictivas en el aula y/o en el hogar.
- Evitar las sobrecargas curriculares u otras situaciones de estrés.

12.2. Tratamiento del episodio de cefalea

El objetivo de esta etapa es reducir la duración de un episodio de cefalea, especialmente, para aquellos que presentan espontáneamente episodios prolongados. Es importante disminuir las molestias que impiden continuar con la actividad habitual y seleccionar los fármacos con mínimos efectos colaterales.

En niños menores a 12 años, en los que los episodios suelen durar entre 1 y 2 horas, se puede indicar una estrategia más moderada.

Antes de considerar las drogas específicas debemos mencionar ciertas reglas para su uso:

- a) Se deben utilizar en forma precoz y con dosis adecuada. El niño o joven debe reconocer los primeros síntomas del episodio y evitar tomar la medicación cuando el dolor es intenso, ya que la droga será menos efectiva.
- b) Se debe facilitar el reposo en un ambiente tranquilo, inclusive, si el episodio es en la escuela.

Agentes Analgésicos

En pacientes con episodios agudos, leves o moderados, el ibuprofeno (10 mg/kg) es, actualmente, considerada la droga de elección; en segundo lugar, se halla el acetaminofén (10 a 15 mg/kg). El naproxeno es poco utilizado en nuestro medio (10 mg/kg), pero suele ser recomendado por los autores americanos. El ácido acetilsalicílico debe ser evitado en niños febriles o en aquellos en los que se sospecha un trastorno metabólico. Si el paciente, luego de dos horas, persiste con dolor se puede repetir una segunda dosis.

Un aspecto que se debe discutir con los padres y pacientes es que todos estos analgésicos, incluyendo los derivados de la ergotamina y especialmente los triptanos, pueden inducir cefalea (cefalea analgésica) cuando son utilizados en forma frecuente. En estos casos, pacientes con episodios de migraña presentan una cefalea crónica diaria. Si bien no está definido, el número de tabletas necesarias para esta complicación, no es aconsejable que supere las 8 a 10 tomas por mes. De ser necesario, reevaluar el diagnóstico y considerar otros tipos de tratamiento.

Algunos fracasos terapéuticos son por inadecuada dosis o por no repetir la toma, y los niños pueden estar varias horas con cefalea.

Los pacientes con episodios severos no suelen responder a las drogas mencionadas. Los triptanos constituyen un grupo de agonistas de los receptores de serotonina, especialmente, los 5-HT₁ que han revolucionado el tratamiento de los episodios de migraña en adultos. Estos compuestos tienen una acción vasoconstrictora sobre los vasos cerebrales, compensando el efecto doloroso de la vasodilatación involucrada en el mecanismo de la migraña. El sumatriptán fue el primero de este grupo introducido en 1990, pero, posteriormente, otros triptanos han sido desarrollados (olmitriptán, naratriptán, rizatriptán, eleptriptán, etcétera), con diferencias con respecto a la biodisponibilidad, efectos colaterales (molestias torácicas, parestesias, sensación de calor, somnolencia, gusto desagradable, etcétera) y al costo. El sumatriptán como spray nasal (5 a 20 mg) es el único con evidencias que justifican su uso en adolescentes; sin embargo, no todos están de acuerdo. En Argentina, no se comercializa esta forma de presentación, pero puede conseguirse en países vecinos.

Las evidencias actuales, que apoyan el uso de otros triptanos y por vía oral, son insuficientes.

Las dosis utilizadas por vía oral en ensayos terapéuticos, en adolescentes han sido de sumatriptán, 25 mg y 50 mg; rizatriptán, 5 mg y zolmitriptan, 2,5 mg y 5 mg. El elevado porcentaje de mejoría en la población pediátrica con placebos limita la demostración de la eficacia de estas drogas.

El tartrato de ergotamina asociado a cafeína y analgésicos ha sido la «droga de elección» para muchos padres con migraña y, por lo tanto, administrada por ellos a sus hijos. Los efectos colaterales

a nivel gastrointestinal y el efecto rebote desaconsejan su uso. En aquellos raros casos de estado migrañoso, algunos autores recomiendan dihydroergotamina endovenosa.

Se desaconseja el uso de triptanos y derivados de la ergotamina en pacientes con cardiopatías congénitas, con hipertensión arterial, en los que reciben inhibidores de la monoamino oxidasa, y en casos de migraña hemipléjica y basilar ya que podría agravar el vasoespasmio.

Antieméticos

Un porcentaje de pacientes presentan náuseas y vómitos durante el episodio de migraña, lo que limita la administración del analgésico por vía oral, además de lo molesto y discapacitante de estos síntomas. Metoclopramida (0,2 a 0,5 mg/kg/día) o clorpromazina (0,25 mg/kg/dosis), por vía oral, son las drogas de elección, pero deben tenerse presentes las reacciones distónicas. En algunas oportunidades, los antieméticos mejoran los otros síntomas, inclusive la cefalea.

12.3. Tratamiento Preventivo

Farmacológico

El objetivo del tratamiento preventivo es reducir la frecuencia, severidad y duración de los episodios, mejorar la respuesta al tratamiento de los episodios agudos y mejorar la calidad de vida del paciente. Si bien no está claramente definido cuándo iniciar esta modalidad terapéutica, creemos que el niño que presenta tres o cuatro episodios severos por mes merece ser considerado para este tipo de tratamiento. Alrededor de 20 a 30% de jóvenes con migraña necesitan este tratamiento. La duración del tratamiento y la selección de la droga que se va a utilizar requiere una evaluación de las comorbilidades (trastorno por ansiedad, depresión, etcétera), de las condiciones médicas coexistentes (asma, epilepsia) y de la tolerancia a posibles efectos colaterales, como aumento de peso y sedación.

Dos publicaciones han demostrado que la flunarizana (5 a 10 mg en una dosis diaria) es efectiva en la prevención de los episodios de migraña. Los efectos colaterales (constipación, aumento de peso y, ocasionalmente, depresión) pueden limitar su uso en algunos pacientes. Esta conclusión no se extiende a otros bloqueantes de los canales de calcio. Las mismas publicaciones han confirmado que las evidencias son insuficientes para determinar la eficacia del antihistamínico ciproheptadina, del antidepressivo amitriptilina y de los anticonvulsivantes, como el ácido valproico, el topiramato y el levetiracetám. Finalmente, las evidencias a favor del uso de propanolol son controvertidas, mientras que el pizotifeno no ha demostrado ser más efectivo que el placebo.

Debemos tener en cuenta que las publicaciones mencionadas basan sus conclusiones cuando demuestran la eficacia de una droga en un grado significativo. Su uso en la población pediátrica debe estar basado en un adecuado juicio clínico.

Tabla 8
Drogas más utilizadas en ensayos clínicos
para el tratamiento preventivo de la migraña

Droga	Dosis	Edad de los pacientes en ensayos terapéuticos	Efectos colaterales
Bloqueantes de los canales de calcio Flunarizina	5-10 mg al acostarse	5 a 13 años	Somnolencia, aumento de peso.
Anticonvulsivantes Divalproato de sodio Topiramato Levetiracetám	15-45 mg/kg/d 500-1000 mg/d 12,5-100 mg /d 250/500 mg/d	7 a 17 años 8 a 15 años 3 a 17 años	Náuseas, aumento de peso, temblor. Pérdida de peso, trastornos cognitivos. Sueño, mareo, irritabilidad.
Antidepresivos Amitriptilina	0,25-0,5 mg/kg hasta 10 -75 mg. al acostarse	3 a 15 años	Sedación, alteración del ECG.
Antihistamínicos Cyproheptadine	2mg cada 12 hs. 4 mg al acostarse	3 a 12 años	Sedación, aumento del apetito.
Beta bloqueantes Propranolol	1 mg/kg hasta 10 mg cada 12 hs.	3 a 16 años	Fatiga, mareos, insomnio, depresión.
Bloqueante serotoninérgico Pizotifeno	1-1.5 mg	7 a 14 años	Sedación, aumento del apetito

Tratamiento no farmacológico

Como hemos mencionado anteriormente, hay una serie de medidas generales que es muy importante aclarar luego de la evaluación del paciente. Estas medidas, per se, pueden reducir significativamente la intensidad y la frecuencia de los episodios y, por lo tanto, el paciente podrá manejarse exclusivamente con tratamiento para los episodios. Por este motivo, no es aconsejable indicar tratamiento preventivo desde las primeras consultas. En todo paciente con cefalea, hay factores emocionales que se deberán tener en cuenta. Una reciente revisión sobre la utilidad de los tratamientos psicológicos en pacientes con cefalea crónica demostró que técnicas de relajación (masajes, ejercicios respiratorios) y terapias cognitivas conductuales son efectivas para reducir la severidad y frecuencia de la cefalea crónica en niños y adolescentes.

Hay un aumento de la comorbilidad psiquiátrica en niños y jóvenes con cefalea tensional o migraña. Si bien no hay suficientes evidencias que demuestren la utilidad de la psicoterapia individual y/o familiar como único tratamiento en niños con cefalea, puede ser un aspecto de un programa de tratamiento para un grupo de pacientes.

13. Conclusión

La clasificación de cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefalea y su agrupamiento según un patrón temporal de presentación permite ubicar a un importante grupo de pacientes con cefalea, orientar los estudios necesarios, así como implementar un adecuado tratamiento. Por otra parte, los criterios diagnósticos de la SIC deberán ser adecuados a niños y adolescentes.

14. Bibliografía

- ARROYO, H. A. «Headaches in children and adolescents. An etiopathogenic classification». *Rev Neurol*, 2003, 37: 364-370.
- «Cefalea en la Adolescencia». En: *Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Patologías en la Adolescencia. Sociedad Argentina de Pediatría*. Buenos Aires, 1996, vol. II, pp. 139-168.
- ARROYO, H. A., S. DE ROSA, V. RUGGIERI, M. T. DE DÁVILA, N. FEJERMAN and Argentinean Epilepsy and Celiac Disease Group. «Epilepsy, occipital calcifications, and oligosymptomatic celiac disease in childhood». *J Child Neurol*, 2002, 17: 800-806.
- ARROYO, H. A., L. A. GAÑEZ y N. FEJERMAN. «Posterior reversible encephalopathy in infancy». *Rev Neurol*, 2003, 37: 506-510.
- ARROYO, H. A. e I. TAMER. «Enfermedad cerebrovascular en la infancia y adolescencia. Accidente isquémico cerebral». *Rev Neurol*, 2001, 34: 133-144.
- BIGAL, M. E., R. B. LIPTON, J. COHEN y S. D. SILBERSTEIN. «Epilepsy and migraine». *Epilepsy Behav.*, 2003, (4), suppl. 2: S13-S24.
- BILLE, B. «A-40 year follow-up of school children with migraine». *Cephalalgia*, 1997, 17: 488-491.
- «Migraine in school children». *Acta Paediatr Scand*, 1962, suppl 136, 51: 1-151.
- BISDORFF, A. R. y G. WILDANGER. «Oculomotor nerve schwannoma mimicking ophthalmoplegic migraine». *Cephalalgia*, 2006, 26: 1157-1159.
- COVANIS, A. «Panayiotopoulos syndrome: a benign childhood autonomic epilepsy frequently imitating encephalitis, syncope, migraine, sleep disorder, or gastroenteritis». *Pediatrics*, 2006, 118: e1237-e1243.
- CURTAIN, R. P., R. L. SMITH, M. OVCHARIC y L. R. GRIFFITHS. «Minor head trauma-induced sporadic hemiplegic migraine coma». *Pediatr Neurol.*, 2006, 34: 329-332.
- DIENER, H. C. y Z. KATSARAVA. «Medication overuse headache». *Curr Med Res Opin.*, 2001, (17), suppl 1: s17-s21.
- DUNN, D. W. y L. G. EPSTEIN. «Decision making in child neurology». *B.C. Decker*, Toronto, 1987, pp. 70-71.
- DYB, G., T. L. HOLMEN y J. A. ZWART. «Analgesic overuse among adolescents with headache: the Head-HUNT-Youth Study». *Neurology*, 2006, (24), 66: 198-201.
- ECCLESTON, C., L. YORKE, S. MORLEY et ál. «Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents». *Cochrane Database Syst Rev*. 2003, (1): CD003968 [CD ROM].
- FUSCO, C., F. PISANI y C. FAIENZA. «Idiopathic stabbing headache: clinical characteristics of children and adolescents». *Brain Dev.*, 2003, 25: 237-240.
- GARRIDO, C., A. TUNA, S. RAMOS, T. TEMUDO. «Cluster headache in a 3 year old child». *Rev Neurol*, 2001, 33: 732-735.
- GIUDETTI, V., F. GALLI, P. FABRIZI, A. S. GIANNANTONI, L. NAPOLI, O. BRUNI et ál. «Headaches and psychiatric co-morbidity, clinical aspects and outcome in an 8 years follow-up study». *Cephalalgia*, 1998, 18: 455-462.
- GOADSBY, P. J., R. B. LIPTON y M. D. FERRARI. «Migraine, current understanding and treatment». *N Engl J Med.*, 2002. 34: 257-270.
- GOADSBY, P. J. «Migraine, aura, and cortical spreading depression: why are we still talking about it?». *Ann Neurol.*, 2001, 49: 4-6.
- GREEN, M. W. «A spectrum of exertional headaches». *Med Clin North Am*, 2001, 85: 1085-1092.
- HASAN, I., S. WAPNICK, M. S. TENNER y W. T. COULDWELL. «Vertebral artery dissection in children: a comprehensive review». *Pediatr Neurosurg*, 2002, 37: 168-177.
- HERSHEY, A. D., P. WINNER, M. A. KABBOUCHE et ál. «Use of the ICHD-II criteria in the diagnosis of pediatric migraine». *Headache*, 2005, 45: 1288-1297.

- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification Subcommittee. «International classification of headache disorders», 2nd edition. *Cephalalgia*, 2004, (24), suppl. 1, pp. 1-160.
- ISIK, U. y O. F. D'CRUZ. «Cluster headaches simulating parasomnias». *Pediatr Neurol*, 2002, 27: 227-229.
- JACOB, A., K. MAHAVISH, A. BOWDEN, E. T. SMITH, P. ENEVOLDSON y R. P. WHITE. «Imaging abnormalities in sporadic hemiplegic migraine on conventional MRI, diffusion and perfusion MRI and MRS». *Cephalalgia*, 2006, 26: 1004-1009.
- KATZ, R. M. «Cough syncope in children with asthma». *J Pediatr*, 1970, 77: 48.
- KELMAN, L. «Validation of the classification of migraine without aura (IHS A1.1) proposed in ICHD-2». *Headache*, 2005, Nov-Dec, 45(10): 1339-1344.
- KIRCHMANN, M., L. L. THOMSEN y J. OLESEN. «Basilar-type migraine: clinical, epidemiologic, and genetic features». *Neurology*, 2006, 66: 880-886.
- KNEZEVIC-POGANCEV, M. «Specific features of migraine syndrome in children». *J Headache Pain*, 2006, 7: 206-210. [Disponible en línea, Aug 11, 2006].
- LAMPL, C. «Childhood-onset cluster headache». *Pediatr Neurol*, 2002, 27: 138-140.
- LEDESMA, D. M., A. SOLOGUESTUA, C. TESI ROCHA y H. A. ARROYO. «Oftalmoplejía dolorosa: Un difícil diagnóstico diferencial». *Medicina Infantil*, 2000, VII: 118-120.
- LEWIS, D. W. «Headache in the Pediatric Emergency Department». *Semin Pediatr Neurol*, 2001, 8: 46-51.
- LEWIS, D. W., S. ASHWAL, A. HERSHEY et ál. «Practice Parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents». Report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 2004, 63: 2215-2224.
- LEWIS, D. W., S. ASHWAL, G. DAHL, D. DORBAD, D. HIRTZ, A. PRENSKY et ál. «Practice Parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches». Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 2002, 59: 490-499.
- LEWIS, D. W., Y. F. GOZZO y M. T. AVNER. «The “other” primary headaches in children and adolescents». *Pediatr Neurol*, 2005, 33: 303-313.
- LEWIS, D. W. y A. E. LAKE. «Psychologic and nonpharmacologic treatment of headache». En: Winner, P. y A. D. Rothner. *BC Decker INC.*, Hamilton, 2001, pp. 126-141.
- LEWIS, D. W., M. YONKER, P. WINNER et ál. «The treatment of pediatric migraine». *Pediatr Ann*, 2005, 34: 448-460.
- LIMA, M. M., N. A. PADULA, L. C. SANTOS, L. D. OLIVEIRA, S. AGAPEJEV y C. PADOVANI. «Critical analysis of the international classification of headache disorders diagnostic criteria (ICHD I-1988) and (ICHD II-2004), for migraine in children and adolescents». *Cephalalgia*, 2005, 25: 1042-1047.
- LIPTON, R. B. «Diagnosis and epidemiology of pediatric migraine». *Cur Opin Neurol*. 1997, 10: 231-236.
- MACK, K. J. «Episodic and chronic migraine in children». *Semin Neurol.*, 2006, 26: 223-31.
- MAYTAL, J., M. YOUNG, A. SCHECTER y R. B. LIPTON. «Pediatric migraine and the IHS criteria». *Neurology*, 1997, 48: 602-607
- McNABB, S. y W. WHITEHOUSE. «Cluster headache-like disorder in childhood». *Arch Dis Child*, 1999, 81: 511-512.
- MOKRI, B., C. O. MAHER y D. SENCAKOVA. «Spontaneous CSF leaks: Underlying disorder of connective tissue». *Neurology*, 2002. 58: 814-816.
- PINE, D. S., P. COHEN y J. BROOK. «The association between major depression and headache: results of a longitudinal epidemiologic study in youth». *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1996, 6: 153-164.

- PRENSKY, A. L, y D. SOMMER. «Diagnosis and treatment of migraine in children». *Neurology*, 1979, 29: 506-510.
- Prescribe Int.* «Nasal sumatriptan: new dosage. For adolescents with migraine: too little benefit». 2005, 14: 45-47.
- ROTHNER, A. D., S. L. LINDER, W. W. WASIEWSKI y K. M. O'NEILL. «Chronic Nonprogressive Headaches in Children and Adolescents». *Semin Pediatr Neurol*, 2001, 8: 34-39.
- ROTHNER, A. D. «Chronic Nonprogressive Headaches in Children and Adolescents». En: *American Academy of Neurology. Headaches in Children and Adolescents. Education program syllabus*, 52nd Meeting. San Diego, California, 2000.
- «Headache in children and adolescents». *Postgraduate Medicine*, 1987, 81: 223-230.
- «Headaches in Children and Adolescents: Update 2001». *Semin Pediatr Neurol*, 2001, 8: 2-6.
- SILBERSTEIN, S. D. «Practice Parameter. Evidence-based for migraine (an evidence-based review)». *Neurology*, 2000, 56: 754-762.
- SORIANI, S., P. A. BATTISTELLA, C. ARNALDI et ál . «Juvenile idiopathic stabbing headache». *Headache*, 1996, 36: 565-567.
- VAHLQUIST, B. «Migraine in children». *Int Arch Allergy*, 1955, 7: 348-352.
- VICTOR, S. y S. W. RYAN. «Drugs for preventing migraine headaches in children». *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, 4: CD002761, [CD ROM].
- VIEIRA, J. P., A. B. SALGUEIRO y M. ALFARO. «Short-lasting headaches in children». *Cephalalgia*, 2006, 26: 1220-1224.
- WELCH, K. M y D. LEWIS. «Migraine and epilepsy». *Neurol Clin*, 1997, 15: 107-114.
- WINNER, P. y A. D. HERSHEY. «Diagnosing migraine in the pediatric population». *Curr Pain Headache Rep*, 2006, 10: 363-369.
- WINNER, P., S. L. LINDER y W. W. WASIESWKI. «Pharmacologic treatment of headache». En: WINNER, P. y A. D. ROTHNER. *BC Decker INC*, Hamilton, 2001, pp. 87-115.
- WINNER, P. y A. D. ROTHNER. «Headache in children and adolescents». *BC Decker INC*, Hamilton, Ontario, 2001.
- WINNER, P., W. WASIESWSKI, J. GLADSTEIN y S. LINDER. «Multicenter prospective evaluation of proposed pediatric migraine revisions to the IHS criteria». *Headache*, 1997, 37: 545-548.

Capítulo 40

Dolor abdominal recurrente

Dra. Diana Pasqualini

1. Caso clínico

Lea cuidadosamente el caso de Sonia. A lo largo de la presentación, aparecen preguntas que son frecuentes en la consulta con adolescentes con dolor abdominal. Evalúe las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura del capítulo.

Se presenta el caso de Sonia a fin de plantear habituales interrogantes sobre el tema y motivar la reflexión sobre diagnósticos y estrategias frecuentes.

Sonia, de 14 años, comienza hace seis meses con dolor difuso en zona periumbilical e hipogastrio tan intenso que le impide concurrir al colegio. Ocurre una o dos veces por semana, siendo mayor la frecuencia en época de exámenes.

1. ¿Qué otros datos acerca del dolor le preguntaría a la paciente?

El dolor alivia luego de la defecación, se acompaña de deposiciones desligadas, a veces con moco, más de tres veces por día, alternando con dos o tres días sin evacuar el intestino. No la despierta de noche, no altera su apetito, se acompaña de mareos y náuseas que la preocupan. No varió su peso, pero se ve hinchada y con más abdomen que lo habitual.

Sonia es segunda hija de una pareja estable de padres sanos, su hermano mayor de 17 años también es sano. Como antecedente para destacar, refiere que presentó un episodio de gastroenteritis que fue medicado con antibióticos antes del comienzo de estos dolores.

Su tía materna fue operada de un tumor hepático un mes antes del comienzo de los síntomas, por lo que se mudó a vivir con el grupo familiar en la Ciudad de Buenos Aires, cerca de su lugar de control y tratamiento.

Está muy inquieta por estos dolores, tiene muchas faltas y está al límite de quedar libre en el colegio. Cursa segundo año, con excelentes notas, buen vínculo con sus pares y superiores, refiere que sus padres son muy exigentes con ella y no tanto con su hermano.

2. ¿Sería pertinente indagar sobre consumo de alcohol, tabaco, drogas, comienzo de relaciones sexuales?

Al examen físico presenta: talla 150 cm, peso 47 kg, TA 100/65 mmHg, Tanner 3, dolor a la palpación profunda en epigastrio, distensión abdominal leve y meteorismo marcado. Sin otra patología para destacar.

3. ¿Cuáles de los siguientes estudios solicitaría en primera instancia?

- Hemograma.
- Eritrosedimentación.

- Glucemia.
- Uremia.
- Hepatograma.
- Proteinograma.
- Anticuerpo antitransglutaminasa tipo IgA.
- Dopaje de IgA sérica.
- Orina completa.
- Urocultivo.
- Rx de abdomen.
- Rx seriada gastroduodenal.
- Ecografía abdominal.
- Ecografía ginecológica.
- Sangre oculta en materia fecal.
- Parasitológico seriado de materia fecal.
- Test del aire espirado.
- Biopsia de intestino.

Los resultados de los estudios solicitados son:

- Hb: 13,5 g/dl, GB 5.900 mm³ (S 50%, E 6%, L 41%, M 3%), GR 5.200.000 mm³.
- Eritrosedimentación: 7 mm 1.^{ra} hora.
- Glucemia: 82 mg/dl.
- Uremia: 22 mg/dl.
- Colesterol total: 180 mg/dl.
- Proteínas totales: 7,2 g/l.
- Orina: densidad 1030, sedimento normal.
- Urocultivo: negativo.
- Rx de abdomen: normal.
- Parasitológico de materia fecal: Blastocystis Hominis (medicado con Metronidazol sin modificar la sintomatología).
- Sangre oculta en materia fecal: negativa.
- Ecografía abdominal: normal.

4. ¿Entre los siguientes diagnósticos diferenciales cuál es su diagnóstico presuntivo?

- Síndrome de mala absorción intestinal o enfermedad celíaca.
- Parasitosis intestinal.
- Infección urinaria.
- Gastritis o úlcera
- Quiste o tumor ovárico.
- Dispepsia no ulcerosa.
- Colon irritable.
- Dolor abdominal funcional.

5. ¿Qué tratamiento indicaría en primera instancia?

Se agradece la colaboración de la Dra. Nora Poggione (caso clínico)

2. Abordaje del dolor abdominal recurrente en la adolescencia

2.1. El dolor como motivo de consulta en la adolescencia

El dolor, definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular actual o potencial.

Es producto de una compleja interacción de factores biológicos, cognitivo-madurativos, de situación y afectivos.

Frente a un daño tisular, no todos reaccionan de la misma manera.

Las experiencias, la personalidad, la cultura, la madurez alcanzada por el adolescente y su medio influirán en la magnitud del dolor percibido y en su forma de expresión.

Mientras algunos se muestran extremadamente temerosos o angustiados, otros callan y no se quejan. Perciben si en el medio hay capacidad de sostén, indiferencia u hostilidad.

La familia, a su vez, también reacciona en forma diferente frente al dolor.

Hay quienes creen que el sufrimiento es formador del carácter, que el poder enfrentarlo sin quejarse mejora la habilidad para competir. Otros piensan que el padecimiento es purificador. Estos dos grupos consumen, en general, pocos medicamentos y pueden no consultar cuando es necesario.

En cambio, hay quienes se angustian y temen por la salud de los suyos en forma desmedida: exageran los síntomas y un pequeño grupo hasta los inventan (Síndrome de Munchausen, hipocondríacos, etcétera.). Estas familias van de médico en médico y se exponen a tratamientos inadecuados.

En el medio, se hallan los que creen que el alivio del dolor como el tratamiento de cualquier enfermedad es un derecho humano básico y reclaman en la medida adecuada.

Por lo tanto, el hecho de contar lo que sienten dependerá no solo de las características individuales del adolescente, sino también de las de su entorno.

Además, la intensidad de la dolencia varía según el grado de alivio que piensan que podrán obtener: son factores negativos una enfermedad de larga evolución con necesidad de muchos medicamentos y, especialmente, si afecta la calidad de vida y deforma alguna parte del cuerpo.

La información precisa y clara acerca del dolor, la explicación de su probable etiología y el acompañamiento mitigan el malestar.

2.2. Diferentes clases de dolor

El dolor agudo suele durar minutos, días o semanas. Comienza súbitamente y es de evolución predecible, es decir, conocida. En general, se asocia a un daño tisular provocado por lesiones, quemaduras, cirugías o fracturas.

Los dolores crónicos persistentes o recurrentes tienen mayor duración, por lo general, de tres meses o más. Puede o no haber enfermedad orgánica, y a veces, se acompañan de trastornos emocionales que oscilan entre leves y graves.

Los dolores recurrentes aparecen en 5 a 10% de los adolescentes. Se cree, sin embargo, que la tendencia está en aumento.

En 1990, se analizaron los motivos de consulta de los adolescentes que acudieron a dos consultorios privados de la Ciudad de Buenos Aires y se compararon los hallazgos con los datos surgidos en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

El dolor fue, en todos los ámbitos, un motivo de consulta frecuente siendo en ese momento el dolor abdominal el que predominaba. Luego, le seguían las cefaleas. Como dato importante, se observó que los adolescentes solían referir dolores diferentes en las distintas consultas.

En 1994, se analizaron los motivos de consulta de adolescentes que acudieron al Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y se observó, nuevamente, que el dolor era un motivo muy frecuente de consulta.

En 2004, se evaluaron los diagnósticos de 121 mujeres que acudieron a un consultorio de la Ciudad de Buenos Aires, y llamó la atención el alto porcentaje de jóvenes que presentaba dolor muscular asociado a contractura. Le seguía en frecuencia el dolor abdominal.

Para la literatura mundial, el dolor abdominal, las cefaleas, los dolores musculares son frecuentes entre los adolescentes, siguiéndoles los de miembros y el dolor torácico.

En su clásico trabajo de 1972, Oster halló que entre 18000 niños y adolescentes entre 6 y 19 años, 12% de los varones y 17% de las mujeres habían padecido dolor abdominal. La frecuencia del dolor era mayor alrededor de los 9 años.

En toda historia de un adolescente con dolor, es necesario entonces valorar diagnósticos individuales desde lo biológico, lo emocional, lo social y lo cultural que incluye el escolar y el vincular con sus pares, y el diagnóstico de los vínculos familiares.

2.3. Definición del dolor abdominal recurrente (DAR)

El dolor abdominal recurrente fue definido por John Apley, en 1958, como *episodios de dolor que tenían lugar, por lo menos en tres oportunidades, en un período de tres meses, lo suficientemente severos como para alterar las actividades diarias.*

Suele ser un motivo de consulta frecuente; por lo general, no compromete el estado general del adolescente, pero puede alterar su vida cotidiana; en muchas oportunidades, no se halla etiología clara; es poco frecuente hallar enfermedad orgánica.

2.4. Causas, características del dolor y su localización

El dolor abdominal puede ser expresión de diferentes fenómenos y presentar distintas modalidades que se relatan a continuación:

La distensión de una víscera hueca, generalmente del tubo digestivo, provoca un dolor poco localizado, más cercano a la línea media si es de origen gástrico o duodenal, o a los ángulos hepático o esplénico si corresponde al colon.

El dolor tipo cólico, *originado por lesión de tubo digestivo por encima de la válvula ileocecal*, se expresa por encima y alrededor del ombligo, en cambio, *el dolor tipo cólico originado por lesión del colon* se percibe a nivel de hipogastrio, flancos y fosas ilíacas. Cuando aparece con la defecación, puede estar vinculado a alteraciones en la zona colorrectal.

El dolor por inflamación peritoneal es de instalación rápida, aumenta con la actividad física y se localiza sobre la zona afectada:

- Apéndice, fosa ilíaca derecha o zonas vecinas;
- Distensión de cápsula renal, zona lumbar y flancos;
- Distensión de la cápsula hepática, hipocondrio derecho y, a veces, hombro derecho;
- Distensión de la cápsula esplénica, hipocondrio izquierdo y, a veces, hombro izquierdo.

El dolor por lesión pancreática suele ser intenso, el paciente tiende a adoptar una posición de flexión sobre su abdomen e irradia a espalda.

El dolor por obstrucción biliar también es intenso y obliga a adoptar posiciones antiálgicas pero se irradia a hombro derecho.

El dolor por obstrucción del sistema urinario provoca, igualmente, fuerte malestar e imposibilidad de quedarse quieto y se irradia a flancos, zona inguinal y zona lumbar.

El dolor por lesión genital se localiza en hipogastrio, fosas ilíacas, puede irradiar a ingle y provocar dismenorrea o dispareunia según su origen.

El dolor o ardor miccional se correlaciona con lesión vesical o vulvovaginal.

Hay enfermedades sistémicas que pueden acompañarse de dolor abdominal, como, por ejemplo, la porfiria, diabetes, crisis addisonianas y enfermedades reumáticas.

El dolor musculoesquelético relacionado con lesión de la pared abdominal puede ser causado por exceso de actividad física, traumatismo de pared, etcétera.

Esto dicho en líneas generales a modo de orientación, es válido, para cualquier franja etaria.

En la adolescencia, fuera de la causa ginecológica, las enfermedades que frecuentemente dan dolor abdominal son la celiaquía, el Schonlein-Henoch, la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), la parasitosis intestinal, la infección urinaria y la apendicitis retrocecal.

2.5. Diagnóstico del DAR

2.5.1. El valor de la historia clínica en el diagnóstico del DAR

La anamnesis y el examen físico deben realizarse exhaustivamente, porque de ellos depende, en gran medida, la orientación diagnóstica.

2.5.2. Anamnesis del dolor

Parte de la entrevista conviene realizarla con el adolescente a solas, y otra parte, con los padres. En cada caso, se considerará la modalidad y secuencia de las entrevistas valorando el deseo del adolescente y la estrategia más adecuada según la visión del profesional.

La actitud empática y el lenguaje cordial y comprensible son esenciales a fin de establecer un vínculo de confianza.

Ante todo dolor abdominal es importante valorar su intensidad y calidad.

Puede ser tan severo, como por ejemplo, obligar al reposo; en otras ocasiones, sin ser tan intenso, modifica las posibilidades de hacer actividad física o asistir a la escuela; y en otras, se transforma en una queja que se sobrelleva dentro del ritmo habitual.

Su calidad no siempre es claramente definida; sin embargo, algunos refieren dolor sordo o punzante o calambre o ardor, a veces, persistente o periódico o cólico, difuso o localizado.

Contribuyen al diagnóstico datos referidos a la localización, irradiación y evolución del dolor, su duración, si es intermitente o persistente.

Los diferentes datos acompañantes para investigar son:

- Relación con la calidad, la cantidad y el momento de la ingesta alimentaria. El ayuno prolongado, el picoteo, la ingesta de grandes volúmenes de gaseosas o comidas, los trastornos de la conducta alimentaria pueden presentar DAR.
- Características de la defecación, constipación crónica o diarrea.
- Otros síntomas digestivos, como disfagia, náuseas, vómitos espontáneos o provocados, hematemesis, saciedad precoz, distensión abdominal.
- Cambios en los hábitos miccionales como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, hematuria.
- Vinculación con los cambios posicionales, la respiración o la actividad física.
- Correlación con la menarca, el momento del ciclo menstrual, menstruación, flujo vaginal, o dispareunia.
- Ingesta de fármacos o tóxicos (laxantes, condiciones del agua que beben, contacto con plomo y otros).
- Estrés relacionado con situaciones del contexto o cambios emocionales.
- Otros síntomas, por ejemplo respiratorios.
- Averiguar, además, sobre la presencia de fiebre, hipotermia, hiperventilación, cambios en la coloración de la piel, hemorragias, otros dolores, inapetencia, decaimiento, etcétera.
- Si el dolor es preferentemente nocturno o despierta de noche.
- El antecedente de *abuso sexual*: El hecho de que el adolescente haya padecido o esté siendo sometido a un abuso sexual en la actualidad, puede tener como única expresión un DAR. Es un antecedente que debe investigarse en el momento oportuno y una vez establecido un vínculo de confianza.

2.5.3. Antecedentes personales y familiares

Es importante conocer si hubo traumatismos o cirugías previas, hábitos de sueño, alimentación, alcohol, tabaco, medicación, consumo de alguna sustancia.

La distensión abdominal puede estar relacionada, entre otras causas, a hábitos, como excesiva

ingesta de gaseosas, constipación, mascar chicle, fumar o algunos trastornos mentales que cursan con aerofagia.

Entre los antecedentes tocoginecológicos, el uso de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, aborto previo o reciente, embarazo previo o actual.

También es aconsejable averiguar sobre el estado de ánimo habitual y antecedentes familiares de dolor abdominal o enfermedad acompañada de síntomas abdominales.

Es conveniente indagar si algún familiar cercano, o amigo, tiene o ha tenido diagnóstico de cáncer recientemente.

2.5.4. Características del entorno

Las descripciones de la familia, y su relación con ella, las características socioculturales y económicas, las expectativas familiares, el rendimiento escolar, los vínculos con pares, el uso del tiempo libre son elementos que contribuyen al diagnóstico.

2.5.5. Examen físico

El examen físico debe ser exhaustivo. Además de evaluar el estado general, es importante conocer talla, peso actual y sus variaciones con mediciones anteriores, como por ejemplo, si hubo pérdida reciente de peso e, igualmente importante, si hubo cambios en la velocidad de crecimiento o detención.

Otros datos importantes pueden surgir al inspeccionar piel y zona subcutánea (presencia de traumatismos, hematomas, edemas, etcétera).

Es importante descartar lesión musculoesquelética y hernias.

Se deberá también evaluar la presencia de distensión, ascitis, dolor superficial, profundo o de rebote, visceromegalias, presencia de masa abdominal, alteración de los ruidos intestinales, soplos o masas pulsátiles

En los casos en que la anamnesis lo sugiera, será necesario realizar un examen ginecológico.

2.5.6. Exámenes complementarios

Los estudios que se deben solicitar variarán de acuerdo con el diagnóstico presuntivo.

En la mayoría de los casos, se limitan a un hemograma completo, eritrosedimentación, análisis de orina, parasitológico de materia fecal, radiografía de abdomen de frente, en posición de pie y, a veces, a la búsqueda de sangre oculta en materia fecal.

La presencia de anemia aguda puede estar relacionada con hemorragias u otra enfermedad de reciente aparición.

De ser crónica, es necesario investigar hábitos alimentarios, antecedentes de parásitos intestinales, mala absorción, presencia de enfermedad sistémica o pérdidas sanguíneas de evolución crónica.

La leucocitosis puede orientar a enfermedad infecciosa o inflamatoria crónica o aguda. La eosinofilia hacia una parasitosis intestinal o general.

Si se sospecha enfermedad renal o de las vías urinarias, conviene realizar, además del análisis de orina, una determinación de urea, creatinina y eventual urocultivo.

Si el diagnóstico presuntivo orienta hacia enfermedad celíaca, se impone investigar la presencia de anticuerpos anti gliadina, anti endomisio, antitransglutaminasa.

La glucemia, la amilasa, el test de embarazo, la determinación de un ionograma y de gases arteriales, la búsqueda de sangre en vómitos, en materia fecal u orina, o estudio de un exudado vaginal y cervical, deberán ser analizados de acuerdo con el resto de la historia.

Otros estudios frecuentes en los dolores crónicos son la ecografía abdominal y ginecológica, supeditados siempre a la evaluación clínica.

La tomografía computada, la seriada gastroduodenal, el colon por enema, la endoscopia gastroduodenal, la rectosigmoidoscopia y la laparotomía exploradora, son realizados cuando se sospecha una determinada enfermedad y previa consulta con el especialista.

2.5.7. Diagnósticos diferenciales de DAR

Silverberg, Barr y Gormally destacan que el dolor abdominal recurrente y crónico se puede dividir en tres categorías diagnósticas:

Dolor abdominal de causa orgánica que abarca cerca de cien diagnósticos diferentes. Los más frecuentes son de origen gastrointestinal y genitourinario y están presentes en el 10% de los adolescentes con dolor abdominal recurrente.

Dolor abdominal de tipo disfuncional: La mayoría tiene alteración de la motilidad intestinal, definido por muchos autores como colon irritable. Un grupo más pequeño se queja de dolor en abdomen superior, habitualmente, relacionado con dispepsia no ulcerosa.

Dolor abdominal psicogénico: No suele haber desórdenes en los hábitos intestinales y está asociado a eventos psicosociales o trastornos emocionales; entre estos últimos, es frecuente hallar ansiedad o depresión.

Actualmente, la Academia Americana de Pediatría considera que **el dolor abdominal crónico en la niñez y adolescencia se debe a causas orgánicas o funcionales, siendo mucho más frecuente esta etiología.**

Dolor abdominal crónico con enfermedad orgánica:

La prevalencia de enfermedad orgánica es más alta si hay ciertos síntomas y signos de alarma, como por ejemplo, pérdida de peso involuntaria, desaceleración del ritmo de crecimiento correspondiente a su edad y maduración, sangrado gastrointestinal, vómitos significativos, fiebre persistente, diarrea severa de evolución crónica y antecedentes familiares de enfermedad intestinal inflamatoria.

Dolor abdominal recurrente funcional:

El dolor abdominal funcional tiene lugar sin anormalidad anatómica, inflamación, o daño tisular. Esta definición coincide con las denominaciones de dolor abdominal de tipo disfuncional, dolor abdominal no orgánico y de dolor abdominal psicogénico.

A continuación, vamos a describir diferentes entidades, frecuentes en la adolescencia.

3. Dolor abdominal de causa orgánica

3.1. Síndrome de malabsorción o enfermedad celíaca

Reconoce numerosísimas formas de presentación, según la edad en que se realice el diagnóstico.

Puede asociarse con diarrea-esteatorrea, distensión abdominal, anemia, trastornos menstruales, talla baja y retardo puberal.

En las formas no diagnosticadas, su presencia se sospecha frente a pousés importantes, con dolor, anemia y diarrea.

En la adolescencia, es frecuente que se acompañe de dolor abdominal recurrente.

Los adolescentes con celiaquía que beben cerveza, tienen una intolerancia muy importante a esta bebida que contiene cebada y es sabido el alto consumo que se da a esta edad.

Contribuye al diagnóstico una historia familiar positiva y la positividad de los anticuerpos anti gliadina, anti endomisio, antitransglutaminasa. Se confirma con la biopsia de intestino.

3.2. Gastritis y úlceras

La úlcera péptica se asocia, habitualmente, a dolor epigástrico que aumenta con el ayuno y calma con la ingesta alimentaria y antiácidos. En estos casos, es importante la búsqueda de *Helicobacter pylori*.

Sin embargo, cualquiera sea su resultado, cuando el cuadro clínico sugiere enfermedad ulcerosa, *la endoscopia con biopsia* es obligatoria a fin de realizar un diagnóstico y tratamiento más adecuado.

3.3. Infección urinaria

El cuadro de cistitis se acompaña de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, nicturia, a veces, hematuria y en las mujeres, en ocasiones, con dispareunia. Predisponen las relaciones sexuales con múltiples parejas, la constipación o la incontinencia fecal.

La pielonefritis se asocia a dolor lumbar y síntomas generales, especialmente, fiebre y vómitos.

La diabetes, el embarazo, las infecciones del tracto genital pueden ser factores de riesgo.

Ante todo dolor abdominal crónico, es necesario realizar *exámenes de orina*: orina completa, incluyendo sedimento urinario. El urocultivo se indicará según el cuadro clínico y el resultado de los análisis de orina.

3.4. Parasitosis intestinal

La infección del intestino delgado causada por *Giardia lamblia* suele adquirirse por el consumo de agua contaminada y, también, por transmisión de persona a persona.

Son factores de riesgo las relaciones anales, el convivir con alguien que tenga el parásito y vivir en una institución.

Los síntomas son diarrea, dolor abdominal, distensión, sangre en materia fecal, síndrome de mala absorción.

El diagnóstico se realiza a través del *examen parasitológico seriado*, por estudio del jugo duodenal o biopsia del intestino delgado.

Otras parasitosis intestinales también pueden causar DAR y anemia, como la ascariidiasis.

3.5. Enfermedad inflamatoria intestinal

Suele asociarse a alteración del estado general, pérdida de peso, pobre crecimiento, retraso puberal, dolor abdominal.

En ocasiones y a lo largo de la evolución, se agrega diarrea con moco y sangre, anemia, eritrosedimentación elevada, materia fecal con sangre.

No es rara la presencia de síntomas sistémicos, como por ejemplo, fiebre, artritis, iritis, hepatitis, eritema nudoso.

Los estudios abdominales contrastados y la endoscopia de intestino se van alterando a lo largo de la evolución.

3.6. Dismenorrea

Dolor menstrual agudo (tipo calambre o sordo), intermitente o persistente, que suele localizarse en abdomen inferior o pelvis.

Es una causa frecuente de pérdida de días escolares o laborales.

Si la intensidad del cuadro es *leve*, no afecta la vida cotidiana y no requiere medicación; si es *moderado*, impide la actividad habitual y requiere medicación; si es *intenso*, obliga al reposo y, a veces, no responde a la medicación.

En la *dismenorrea primaria* no se halla causa estructural u orgánica que justifique el dolor. En la *dismenorrea secundaria* las causas más frecuentes pueden ser debidas a endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, quistes ováricos y sus complicaciones, uso de DIU, malformaciones mullerianas.

Además de una historia completa del dolor y solicitar el calendario menstrual, es necesario realizar una *ecografía ginecológica*.

3.7. Quistes ováricos y tumores

La presencia de un anexo aumentado de tamaño obliga a investigar la presencia de quistes o tumores, siendo los primeros mucho más frecuentes en la adolescencia.

El estudio que permite hacer la mayoría de los diagnósticos es la *ecografía ginecológica*.

Los quistes foliculares pueden o no asociarse a irregularidades menstruales y no suelen ser dolorosos. Si son mayores a 5 cm, existe el riesgo de ruptura o torsión, dando lugar a un cuadro de abdomen agudo.

La subtorsión de un quiste ovárico es la que puede ser origen de dolor abdominal recurrente.

Toda imagen ecográfica que permita sospechar la presencia de tumores sólidos o mixtos del ovario obliga a un estudio exhaustivo y completo y es terreno del especialista.

3.8. Enfermedad inflamatoria pélvica

La enfermedad inflamatoria pélvica puede comprometer ovarios (ooforitis), trompas de Falopio (salpingitis), endometrio (endometritis) y, a veces, el peritoneo (peritonitis).

Los gérmenes relacionados con las infecciones de transmisión sexual como chlamydia, gonococo, mycoplasma y otras bacterias aeróbicas y anaeróbicas son los agentes causales.

Los factores de riesgo para contraerla son: las relaciones sexuales sin protección adecuada, múltiples parejas, el uso de DIU, el aborto espontáneo o inducido, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana u otras infecciones de transmisión sexual.

Los síntomas frecuentes son el dolor en abdomen inferior y en zona lumbosacra, dispareunia, flujo vaginal sanguinolento, dolor a la movilización del cuello uterino en el examen ginecológico y cervicitis mucopurulenta.

A veces, cursa con sintomatología general como fiebre, escalofríos y mal estado clínico y otras sin sintomatología.

Es importante realizar un estudio completo de flujo vaginal y moco cervical (examen en fresco y Gram, cultivo e investigación de chlamydia y mycoplasma).

La ecografía ginecológica no siempre es de utilidad y, en casos muy bien evaluados por el especialista, puede ser necesario indicar una laparoscopia.

4. Trastornos intestinales funcionales asociados con dolor o molestias abdominales = Dolor abdominal funcional o de tipo disfuncional (DAR sin causa orgánica)

El dolor abdominal recurrente funcional se asocia a dispepsias no ulcerosas, al síndrome de colon irritable, dolor abdominal funcional, a la migraña abdominal.

No siempre es fácil la diferenciación entre los diferentes tipos de dolor que se hallan en estas categorías, de allí la importancia que adquiere, en cada circunstancia, el interrogatorio bien efectuado.

La patogenia de estos trastornos funcionales no es totalmente conocida. Se comprobó que la motilidad intestinal y la percepción visceral son anormales en personas que las padecen. Se intensifican en momentos de estrés como exámenes o enfermedades de allegados y en situaciones relacionadas a trastornos vinculares con pares o familiares. Hay evidencias de que la ansiedad y la depresión son más frecuentes entre los adolescentes con este tipo de sintomatología.

Es importante conocer antecedentes familiares sobre dolores de diferente tipo, síntomas gastrointestinales, enfermedades que comprometan la salud mental.

Es de destacar que en estos cuadros no hay indicios de un proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.

4.1. Dispepsia no ulcerosa

Molestia persistente o recurrente ubicada en el abdomen superior, por encima del ombligo, sin evidencia de enfermedad orgánica.

El dolor o molestia está presente, al menos una vez por semana, durante un mínimo de dos meses antes del diagnóstico.

La presentación clínica *tipo ulcerosa* suele aparecer como dolor epigástrico, ardor o malestar sordo, que puede o no, tener relación con la ingesta alimentaria, pero en los cuales es importante descartar la presencia de úlcera digestiva.

La presentación *tipo dismotilidad* se asocia a náuseas, vómitos ocasionales, saciedad precoz, plenitud postprandial, distensión, eructos e inapetencia.

Por supuesto que los síntomas pueden superponerse o alternarse y son exacerbados por la ingesta excesiva o el ayuno; calman con la ingesta moderada o con antiácidos.

Es indicación suspender o disminuir alcohol, tabaco, bebidas con cafeína y/o gasificadas, picantes, grasas, cítricos, aspirina e ibuprofeno.

El tratamiento farmacológico esta destinado al alivio sintomático. Se pueden administrar antagonistas del receptor de histamina H2 o inhibidores de la bomba de protones si predomina el dolor o procinéticos (metoclopramida), si hay náuseas, meteorismo, plenitud posprandial y saciedad rápida.

Muchas adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria presentan esta sintomatología.

Luego de dos semanas de tratamiento, si persisten los síntomas o recurren en el lapso de cuatro a ocho semanas, se aconseja realizar estudios (endoscopia).

Los estudios endoscópicos del tracto esofagogastroduodenal permiten identificar enfermedad úlcero-péptica o reflujo. En ocasiones, es necesario investigar litiasis vesicular, enfermedad celíaca, intolerancia a la lactosa, cáncer.

Se justifica investigar la presencia de *Helicobacter pylori* si el adolescente vive en hacinamiento y si hay antecedentes familiares positivos. Sin embargo, el comprobar la existencia de este microorganismo no asegura que éste sea el agente causal.

4.2. Colón irritable

Molestia abdominal o dolor que se asocia a alivio después de la defecación y/o cambios en la frecuencia de eliminación o en la forma de las heces. El dolor es difuso frecuentemente y se localiza en zona periumbilical. Puede acompañarse de diarrea, más de tres deposiciones diarias, o de constipación, menos de tres deposiciones por semana. Las heces varían entre duras, desligadas y acuosas y, a veces, se agrega moco. En ocasiones hay sensación de evacuación incompleta y/o distensión abdominal.

En adolescentes más grandes, especialmente en mujeres, puede aparecer la sintomatología clásica del colón irritable con dolor tipo calambre referido a hipogastrio y cuadrante izquierdo inferior del abdomen y síntomas alternantes de diarrea y constipación.

Como detalle importante, es de recordar que algunos adolescentes comienzan con la sintomatología descrita después de una gastroenteritis bacteriana. La inflamación aguda puede provocar cambios persistentes en la función neuromuscular intestinal y, en las biopsias, suele observarse un aumento de mastocitos próximos a los nervios. Un alto porcentaje presenta síndrome de sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado que se detecta por el test del aire espirado con glucosa. Y algunos se alivian con el tratamiento antibacteriano.

Por último, es necesario investigar la predisposición genética.

Si el adolescente presenta constipación, es importante indicar el consumo adecuado de agua (6 a 8 vasos por día) y fibras. Si presenta diarrea, reducir los azúcares, como sorbitol (caramelos, goma de mascar, gelatina) y fructosa (jugos de fruta y jarabes), y verduras formadoras de gases (repollo, brócoli, porotos y garbanzos). En ambos casos, se aconseja eliminar comida chatarra y gaseosas.

Cuando la constipación no mejora, se pueden indicar laxantes osmóticos y emolientes fecales.

Hacemos mención a los Criterios de Roma III para el Síndrome de Colón Irritable.

Todos los componentes siguientes deben estar presentes al menos una vez por semana durante un mínimo de dos meses antes del diagnóstico:

1. Molestia o dolor abdominal asociado a dos o más de las características siguientes por lo menos el 25% del tiempo:

- Mejora con la defecación.
- El comienzo se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
- El comienzo se asocia a un cambio en la forma, aspecto, consistencia de las deposiciones.

2. No hay indicios de un proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.

4.3. Dolor abdominal funcional

El dolor puede ser continuo o recurrente. No tiene relación con la ingesta alimentaria ni con la defecación ni con las menstruaciones. No se asocia a la actividad física. No despierta al adolescente durante la noche.

Suele ser inespecífico, periumbilical, puede ocurrir tres a cuatro veces en la semana y no dura más de tres horas.

Suele haber otros dolores como cefalea, dolor de miembros y malestares como fatiga o mareos.

Es importante evaluar el sueño, el estado emocional del paciente y las características de su entorno.

Algunos adolescentes presentan síntomas de dispepsia no ulcerosa y colón irritable, predominando uno u otro cuadro.

Para hacer este diagnóstico, los síntomas mencionados deben estar presentes al menos una vez por semana durante un mínimo de dos meses.

4.4. Migraña abdominal

Episodios paroxísticos, intensos, de dolor abdominal ubicados en la línea media, sin evidencia de trastorno metabólico, enfermedad gastrointestinal o del sistema nervioso central, estructural o bioquímica.

El dolor puede ser sordo o cólico, durar una hora o días. Los intervalos libres pueden ser de semanas a meses.

Suelen estar acompañados estos episodios de dos de los siguientes síntomas: cefalea; hemi-cránea; fotofobia; aura visual, sensorial o motora; y antecedentes familiares de migraña. A veces, se acompañan de mareos, palidez, anorexia, náuseas y vómitos.

Se piensa que la migraña abdominal, el síndrome de vómitos cíclicos y la cefalea tipo migraña son manifestaciones sucesivas de un mismo trastorno. De hecho, en estos adolescentes la prevalencia de migraña es más frecuente que en la población general.

Para hacer este diagnóstico los síntomas tienen que presentarse por lo menos dos veces en doce meses.

El diagnóstico diferencial con uropatía obstructiva, obstrucción intestinal intermitente o vólculo, enfermedad de las vías biliares, pancreatitis recurrente, fiebre mediterránea familiar y metabolopatías, entre otras, es difícil.

Como tratamiento inicial, se sugiere evitar la cafeína, los alimentos que contienen nitritos y aminos, el estrés, el ayuno prolongado, alteraciones del sueño, la exposición a luz intermitente.

A **manera de resumen** y una vez completada la anamnesis y el examen físico, el diagnóstico presuntivo del dolor se confirmará a través de estudios complementarios y/o por su evolución.

Es de recordar que el **dolor abdominal recurrente funcional** (*sin enfermedad orgánica*) suele ser:

- Difuso y variable en localización.
- Asociado a alteración del estado emocional o estrés por circunstancias del contexto.
- Cefalea, mareos, náuseas, eructos y flatulencia son frecuentes.
- El crecimiento y el desarrollo no se alteran.
- Los estudios de laboratorio y de imágenes son normales.

Los **factores de riesgo emocionales personales o familiares** que se asocian a **dolor abdominal recurrente funcional** son:

- Ansiedad y/o depresión del adolescente.
- Desórdenes somatoformes.
- Histeria o hipocondría.
- Estrés.
- Fracaso escolar o académico.
- Padres sobreexigentes.
- Enfermedad psiquiátrica de los padres.
- Enfermedad grave de alguien allegado.
- Trastornos en los vínculos afectivos, familiares, con pares o docentes.
- Abuso sexual.

Signos y síntomas de alarma que orientan hacia una **enfermedad orgánica** son:

- Pérdida de peso involuntaria.
- Desaceleración del ritmo de crecimiento correspondiente a su edad y maduración.
- Retraso puberal.
- Sangrado gastrointestinal: hematemesis, enterorragia, melena.
- Vómitos significativos o biliosos.
- Fiebre persistente.
- Diarrea severa de evolución crónica.
- Dolor persistente en el cuadrante superior derecho o inferior derecho.
- Dolor que irradia a la espalda.
- Disfagia.
- Úlceras orales.
- Anemia.
- Artritis.
- Exantemas sin causa aparente.
- Síntomas nocturnos.
- Antecedentes familiares de enfermedad intestinal inflamatoria.

5. Aspectos para contemplar en el tratamiento del adolescente con DAR

El abordaje integral del adolescente con dolor comienza con una escucha empática y el armado de un vínculo de confianza.

En todos los casos es necesario realizar una anamnesis y examen físico exhaustivo –tal como fue mencionado– y tener en cuenta los posibles diagnósticos para un estudio apropiado.

En la descripción del día de vida, se pueden rescatar aspectos referidos a los hábitos de sueño, de alimentación, escolaridad o trabajo, vida recreativa, hobbies, vínculos familiares y con pares, así como aspectos emocionales propios y vinculares.

Es necesario conocer los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas ya que pueden favorecer dolores y molestias abdominales importantes.

Otro dato por buscar es el uso de medicamentos, inhalantes, gotas nasales, u otros posibles tóxicos.

El interrogatorio sobre aspectos referidos a la vida sexual y reproductiva contribuye a descartar o sospechar diferentes diagnósticos.

En la mayoría de los casos, el trastorno suele ser funcional. De ser así, el primer paso es describir al adolescente y a sus padres la naturaleza del dolor, los factores facilitadores de éste, asociarlo con aquellos otros que los desencadenan o agravan y promover un estilo de vida saludable.

Es importante alentar que el adolescente continúe con su vida habitual, asista a la escuela, participe en actividades recreativas, en la medida de lo posible, y no pierda la relación con sus pares.

Se aconsejará tratar de no hablar del dolor excepto cuando éste aparezca. La dieta alimentaria variará de acuerdo con la sintomatología. En el caso de constipación, ésta debe ser rica en fibras y agua. En todas las circunstancias, se aconseja evitar bebidas con gas y no naturales, la ingesta de grandes cantidades de alimento o, en un corto tiempo, el ayuno y el picoteo continuo. Recordar que el fumar y el beber incentivan el dolor.

Las situaciones de estrés y de violencia deberán ser reconocidas a fin de intentar modificarlas.

Si el factor psicológico es evidente, conviene indicar la ayuda necesaria. Algunos adolescentes son renuentes a aceptar un tratamiento psicológico y, de allí, el valor de proponerlo en el momento oportuno y no en la primera consulta. Y en todo caso, si el profesional médico opina que el origen del DAR tiene relación con factores emocionales, deberá trabajar con él hasta que acepte la derivación.

No hay un medicamento de elección para los dolores disfuncionales. La medicación en general está dirigida al síntoma.

El dolor abdominal de causa orgánica tiene tratamiento específico. Por lo cual, ante síntomas de alarma ya mencionados o un examen físico patológico, es nuestra tarea acercar, oportunamente, a este grupo de pacientes al especialista adecuado.

6. Bibliografía

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. «Chronic Abdominal Pain in Children. Technical Report». *Pediatrics*, 2005, 115: 370-381. Disponible en: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/3/e370>>.
- ARMATTA, A. M., N. CALANDRA, P. GONZÁLEZ, S. NEME, S. VÁZQUEZ. «Dolor abdominopelviano recurrente». *Educación a Distancia en Salud del Adolescente*. EDISA. Programa de Actualización para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Fundación W. K. Kellogg. Director: Bianculli, Carlos. Buenos Aires, 1996.
- BARR, R. G. y SIOBHAN M. GORMALLY. «Recurrent Abdominal Pain». En: Friedman, S. B., M. M. Fisher, S. K. Schonberg, E. M. Alderman. *Comprehensive Adolescent Health Care*. 2nd Edition. St. Louis: Mosby, 1998, pp. 814-820.
- BIANCULLI, C. «Dolor disfuncional, psicossomático o somatoforme». *Educación a Distancia en Salud del Adolescente*. EDISA. Programa de Actualización para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Fundación W. K. Kellogg. Director Bianculli, Carlos. Buenos Aires, 1996.

- CHEN, P. «Painful menstrual periods». *Medline Plus*. Disponible en: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003150.htm>>. [Actualización: 11/9/2007].
- COHEN, E., D. C. STEWART y L. S. NEINSTEIN. «Dysmenorrhea and Premenstrual Syndrome». En: Neinstein, L. S. *Adolescent Health Care. A practical guide*. 3rd Edition, Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, pp. 766-775.
- EVANS, B. W., W. K. CLARK, D. J. MOORE y P. J. WHORWELL. «Tegaserod para el tratamiento del síndrome de colon irritable y la constipación crónica». *Revisiones Cochrane*, 2007. Recuperado de: <<http://www.cochrane.org/reviews/es/ab003960.html>>.
- KLAPPROTH, J. M., V. W. YANG, R. B. LOGUE. «Malabsorption». *eMedicine*. Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com/article/180785-overview>>. [Actualización: 28/12/2009].
- LEHRER, J. K. y G. R. LICHTENSTEIN. «Irritable Bowel Syndrome». *eMedicine*. Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com/article/180389-overview>>. [Actualización: 9/8/2009].
- LE, T. H. y G. T. FANTRY. «Peptic Ulcer Disease». *eMedicine*. Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com/article/181753-overview>>. [Actualización: 29/12/2009].
- LIOU, L. S. y D. ZIEVE. «Urinary tract infection». *Medline Plus*. Disponible en: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000521.htm>>. [Actualización: 10/6/2009].
- MAYER, E. A. «Irritable Bowel Syndrome». *N Engl J Med*, 2008, 358: 1692-1699. Disponible en: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/16/1692>>.
- MERTZ, H. R. «Irritable Bowel Syndrome». *N Engl J Med*, 2003, 349: 2136-2146. *NEJM*. «Irritable Bowel Syndrome» (Revisión del tratamiento actual).
- NEINSTEIN, L. S. y K. S. HIMEBAUGH. «Ovarian Cysts and Tumors». En: Neinstein L. S. *Adolescent Health Care. A practical guide*. 3rd Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, pp. 800-803.
- «Pelvic Inflammatory Disease». En: Neinstein L. S. *Adolescent Health Care. A practical guide*. 3rd Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, pp. 909-923.
- OSTER, J. «Recurrent Abdominal Pain, Headache, and Limb Pains in Children and Adolescents». *Pediatrics*, 1972, 50: 429.
- PASQUALINI, D. y C. BIANCULLI. «Características de la población adolescente asistida en dos consultorios privados. Comparación con dos centros oficiales urbanos». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1990, 88: 181-186.
- PASQUALINI, D., M. C. HIEBRA, A. GARBOCCI, C. JACOBZON, P. LOMBARDA y P. SALGADO. «Reflexiones surgidas de la aplicación de una historia de salud del adolescente». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1996, vol. 94, pp. 301-308.
- PASQUALINI, D., M. C. HIEBRA. «Atención del adolescente. Enfoque integral». *Atención integral de adolescentes y jóvenes, criterios de diagnóstico y tratamiento*. Cap 1, vol. II. SAP (Sociedad Argentina de Pediatría), octubre 1996.
- PASQUALINI, D., M. T. SECO y P. A. SALGADO. Trabajo libre, simposio póster: «Comportamientos en sexualidad, consumo de alcohol y tabaco y diagnósticos de 121 mujeres adolescentes: Población atendida en un consultorio de Capital Federal». 5.º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. 2.a Jornada de Adolescencia para Docentes. Organizado por la Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Estudio Permanente del Adolescente. Del 9 al 11 de Setiembre de 2004.
- PROTAGORAS-LIANOS, D. «Somatoform Disorder Pain». *eMedicine*. Disponible en: <<http://www.emedicine.com/ped/topic1706.htm>>. [Actualización: 10/9/2008].
- ROWE, W. A. «Inflammatory Bowel Disease». *eMedicine*. Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com/article/179037-overview>>. [Actualización: 28/4/2009].
- SANTACROCE, L. y M. S. BHUTANI. «Helicobacter Pylori Infection». *eMedicine*. Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com/article/176938-overview>>. [Actualización: 21/12/2009].
- SLOME COLLINS, B. y D. W. THOMAS. «Dolor abdominal crónico». *Pediatrics in Review*, 2007, 28(9): 323-331.

- THOMAS, D. W. y L. S. NEINSTEIN. «Chronic, Recurrent Abdominal Pain». En: Neinstein, L. S. *Adolescent Health Care. A practical guide*. 3rd Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, pp. 594-600.
- VORVICK, L. y D. ZIEVE. «Giardiasis». *Medline Plus*. Disponible en:
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000288.htm>>. [Actualización: 11/2/2008].
- «Pelvic inflammatory disease». *Medline Plus*. Disponible en:
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000888.htm>>. [Actualización: 9/2/2009].
- WENNING, J. B. «Dismenorrea. Síndrome de tensión premenstrual. Quistes y tumores del aparato genital. Dolor pelviano crónico». En : McAnarney, Krepe ,Orr y Comerci. *Medicina del adolescente*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994, pp. 705-711.
- WORTLEY, R. H. «Dolor en la infancia y adolescencia». *Educación a Distancia en Salud del Adolescente*. EDISA. Programa de Actualización para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Fundación W. K. Kellogg. Director: Bianculli, Carlos. Buenos Aires, 1996.
- «Alivio del dolor». *Educación a Distancia en Salud del Adolescente*. EDISA. Programa de Actualización para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Fundación W. K. Kellogg. Director: Bianculli, Carlos. Buenos Aires, 1996.

Capítulo 41

Dolor musculoesquelético de origen no inflamatorio

Dra. Graciela Espada

1. Casos clínicos

Lea cuidadosamente los casos de Mariana y de Nicolás. A lo largo de las presentaciones, aparecen preguntas que son frecuentes en la consulta con adolescentes con dolor muscular. Evalúe las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura del capítulo.

Se presentan los casos de Mariana y de Nicolás para motivar interrogantes y la reflexión sobre diagnósticos y estrategias frecuentes.

Caso clínico 1

Mariana, de 12 años de edad, concurre con su mamá. Es derivada del consultorio de escoliosis por dolor lumbar y de miembros inferiores y superiores.

Sin antecedentes personales para destacar, refiere buen rendimiento durante toda su escolaridad, segundo promedio de su clase, actualmente con dificultades escolares que comienzan con la separación de los padres hace seis meses. No puede realizar actividad física por dolores múltiples, que aumentan con el ejercicio, desde hace más de tres meses.

Los dolores son constantes en cuello, cintura escapular, miembros superiores e inferiores, no tiene tumefacción articular, presenta caída de cabello, aftas orales, cefalea de tipo tensional, fatiga, somnolencia diurna, dificultad en la conciliación del sueño y pesadillas.

Al examen físico no tiene signos de artritis, la fuerza muscular está conservada. El examen neurológico es normal. No presenta fenómeno de Raynaud ni signos sistémicos. Puntos fibrosíticos 12/18.

1. ¿Qué preguntas haría sobre los hábitos y sobre las relaciones familiares de esta paciente?
2. ¿Qué diagnósticos diferenciales plantearía y qué estudios complementarios solicitaría?

Resultados de laboratorio:

HMG: Hb.:14,5 g.

GB: 5900 mm³.

Plaquetas: 265000 mm³.

ERS: 20 mm en la 1.^a hora.

Látex AR negativo.

AAN positivo patrón moteado.

Serologías para Epstein Barr y HIV: negativas.

T3, T4 y TSH normales.

3. ¿Si esta adolescente presentara, además, anemia o síndrome febril, qué patología grave no deberíamos dejar de descartar?

Con diagnóstico de fibromialgia, la adolescente fue tratada con AINES, miorrelejantes, terapia física y natación.

4. ¿Qué otros tratamientos alternativos, según su opinión, ayudarían a esta paciente?

Caso clínico 2

Nicolás es un adolescente de 14 años, derivado de traumatología, que consulta por dolor de tobillo izquierdo, edema y cianosis de tres meses de evolución.

Esta sintomatología comenzó luego de una caída durante una competencia deportiva; en 24 h se produjo tumefacción del miembro inferior izquierdo y cianosis.

Concurrió a la consulta traumatológica donde le realizaron Rx, que no evidenció patología. Se inmovilizó con valva y yeso durante 15 días.

La segunda consulta traumatológica fue por esguince de tobillo; se realizó Rx que reveló signos de osteopenia. Se solicitó laboratorio y centelleograma óseo.

Nicolás trae los siguientes estudios realizados:

HMG: E: 4.800.000/mm³.

Hb: 13,7 g/dl.

L: 6000/mm³.

Plaquetas: 278.000/mm³.

ERS: 21 mm 1.^{ra} hora.

gamaglobulina: 1,26.

Centelleograma óseo: aumento del flujo sanguíneo en la zona afectada.

Laboratorio inmunológico normal.

Al examen físico, Nicolás presenta tumefacción en miembro inferior izquierdo, no apoya la pierna, ésta está más caliente que la derecha y se visualiza livedo reticularis. Refiere intenso dolor a la movilización y presenta alodinia e hiperpatía.

1. ¿Qué diagnósticos diferenciales haría?
2. ¿Qué factores agravantes investigaría?
3. ¿Cómo enfocaría el abordaje terapéutico?

Se agradece la colaboración de la Dra. Nora Poggione (caso clínico)

2. Abordaje del dolor musculoesquelético de origen no inflamatorio

Los pediatras nos vemos enfrentados diariamente ante diferentes situaciones clínicas en las que hay que decidir qué niño o adolescente tiene una enfermedad significativa que requiere más tiempo para su evaluación o padece una enfermedad autolimitada y benigna. Incluidos en este dilema, se hallan los niños **con dolores en los músculos, huesos y articulaciones**.

La mayoría de los pediatras jóvenes, durante su entrenamiento general, tienen poco contacto con ortopedistas y reumatólogos infantiles, razón por la cual, a veces, el reconocimiento temprano de enfermedades reumáticas o de aquellas relacionadas al sistema musculoesquelético les sea dificultoso; básicamente por falta de entrenamiento en la realización de una historia clínica dirigida (con valoración de signos y síntomas articulares y extraarticulares) y en el examen metódico, sistemático y adecuado del aparato locomotor.

El **dolor musculoesquelético (DME) de origen «no inflamatorio»** es una causa común de morbilidad en la infancia y las entidades que lo ocasionan se observan con una frecuencia mayor que aquel de origen reumático propiamente dicho. El identificarlas, diferenciarlas de otras condiciones que también provocan dolor, como enfermedades reumáticas, infecciosas, malignas o degenerativas es esencial a fin de instaurar un tratamiento adecuado y evitar estudios innecesarios. Por ello, es importante familiarizarse con este tipo de dolor, ya sea en niños sanos o en aquellos portadores de una entidad nosológica determinada.

Alrededor del 15 al 20% de niños en edad escolar padecen este tipo de dolor, y un porcentaje similar de pacientes que concurren a los servicios de reumatología infantil consultan por DME idiopático.

Cierta confusión en la terminología empleada y la falta de conocimiento de estas entidades han contribuido a su «no reconocimiento» por el pediatra clínico.

En la mayoría de los casos, éstos son de naturaleza benigna, atribuida a traumatismo (30%), sobreuso (25%), alteraciones esqueléticas normales (15%) y funcional.

El **DME persistente**, aquel que permanece más allá de tres meses, impacta en el área psicocemocional del paciente de diferentes formas, ya sea asociándose a depresión, problemas de conducta y situaciones de ansiedad. Sin duda, esto ocasiona discapacidad funcional en el área social, incluyendo ausentismo escolar y trastornos en las relaciones con sus pares. Múltiples factores se asocian al inicio y persistencia de este dolor, entre los descriptos figuran: factores genéticos, familiares, ambientales, anatómicos, psicológicos y comportamiento del paciente frente al dolor.

Si quisiéramos clasificar estas entidades de una manera práctica, podríamos hacerlo según **tabla 1**, donde citamos, además, algunos ejemplos.

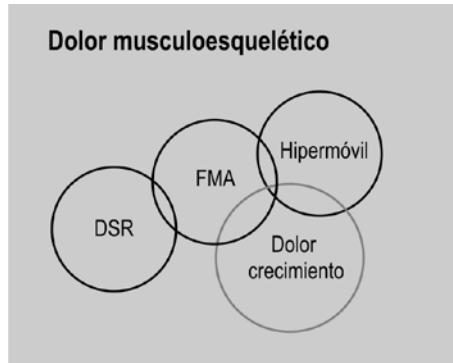
Tabla 1
DME de origen no inflamatorio: etiologías

Asociado a hiperlaxitud articular	Sme. Hiperlaxitud ligamentaria Luxación recurrente de rótula Genu recurvatum
Síndromes asociados a sobreuso	Fracturas de stress Síndromes patelofemorales Tenosinovitis
Osteocondritis . Ej.:	Enf. de Perthes Enf. de Osgood - Schlatter
Asociados a traumatismos	Osteocondritis disecante Artritis traumática
Síndromes de amplificación del dolor	Dolores de crecimiento Distrofia Simpático Refleja Fibromialgia

Los dolores de crecimiento, el síndrome de hipermovilidad y aquellos asociados a sobreuso (por ejemplo: síndrome femoropatelares) constituyen las causas de DME de observación más frecuente en los adolescentes.

Algunos de estos síndromes, sobre todo aquellos considerados como de «amplificación» del dolor, tienen similares características en la expresión de su cuadro clínico, incluso en el manejo terapéutico, lo cual sugiere cierta superposición entre ellos (**figura 1**).

Figura 1: Dolor Musculoesquelético «No Inflamatorio»



FMA: Fibromialgia.

DSR: Distrofia simpático refleja.

2.1. Enfoque diagnóstico

Frente a este síndrome (DME no inflamatorio), es fundamental realizar una minuciosa historia clínica, seguida de un examen físico completo (con hincapié en el aparato locomotor) y, finalmente, orientados hacia una patología, solicitar exámenes complementarios necesarios que permitan corroborar el diagnóstico y/o establecer diagnóstico diferencial con otras entidades.

Al realizar **anamnesis**, es importante analizar algunos puntos específicos, tales como:

1. características del dolor.
2. presencia de síntomas sistémicos asociados.
3. antecedentes familiares de enfermedad musculoesquelética o de dolor crónico recurrente.
4. factores sociales y emocionales que rodean al niño (nivel socioeconómico, nivel de instrucción de los padres, relación padre-hijo).
5. escolaridad.
6. antecedentes personales: enfermedades o cirugías previas, uso de drogas y desarrollo madurativo.

Con respecto a las **características del dolor**, es importante hacer énfasis en su cronología y cualidades: interrogando: forma de comienzo, calidad, intensidad, distribución, duración, curso y factores que lo modifican.

Variaciones diarias del dolor y factores que lo exacerbaban o precipitan: dolor y rigidez matinal que mejoran con el transcurso del día son típicos de patología inflamatoria; dolores nocturnos referidos a miembros inferiores que despiertan al niño sugieren dolores funcionales o de crecimiento.

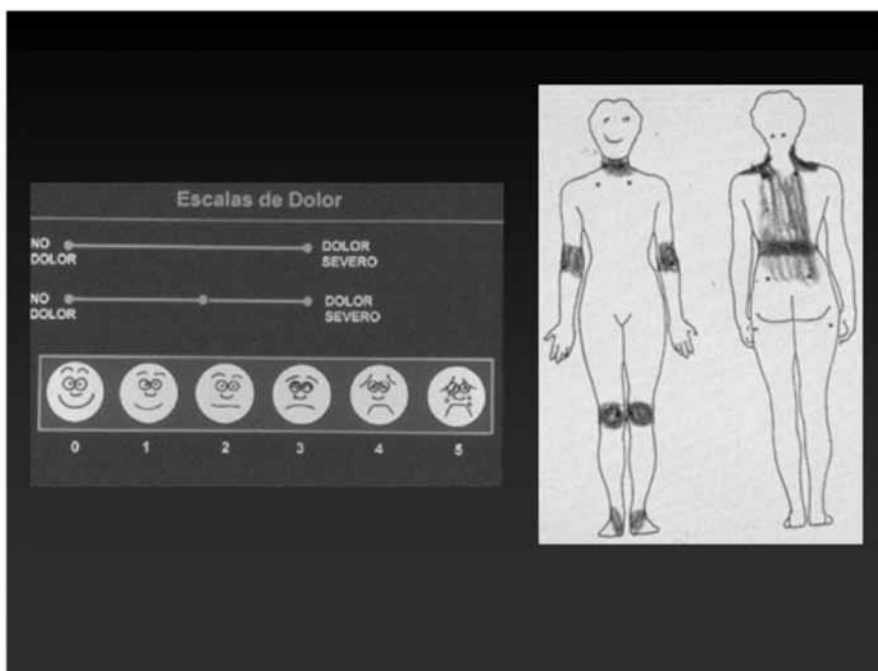
Naturaleza y calidad del dolor: los jóvenes refieren al dolor óseo como punzante o profundo, al dolor muscular como calambres y al neuropático como quemante o urente.

Localización del dolor: el paciente refiere a la articulación (artralgia) o músculo (mialgia) como sitios de dolor. Reconocer los modelos de dolor referido ayudan a puntualizar su origen, por ejemplo: típico es el dolor de cadera que el paciente refiere a la ingle o cara anterior del muslo.

La figura humana (Body Map) facilita al niño o adolescente para reportar la localización del dolor, utilizando diferentes colores para demostrar la intensidad del mismo.

Otro punto importante es **estimar la severidad del dolor**: Su medición es útil tanto para el diagnóstico, como para evaluar la respuesta al tratamiento. Los instrumentos utilizados, básicamente escala visual analógica (EVA), escala numérica con puntuación de 0 a 10 y escalas faciales (Wong-Baker), las cuales reflejan, además de la intensidad, cómo afecta el dolor a ese paciente en particular, ubican cuál de las caras dibujadas representa la intensidad de su dolor. (Ver **figura 2**).

**Figura 2: Escalas de medición de dolor: escala visual analógica y facial
Figura Humana (Body Map)**



Desde el punto de vista de la solicitud de estudios de laboratorio, ésta debe ser **criteriosa y racional**. De acuerdo con lo que se ha sospechado clínicamente, la presencia de anemia, alteraciones en el recuento de leucocitos y su fórmula diferencial, recuento de plaquetas, velocidad de eritrosedimentación y/o dosaje de PCR (Proteína C Reactiva) nos permite sospechar la presencia de una enfermedad inflamatoria, infecciosa o hematológica subyacente. La solicitud de autoanticuerpos como AAN (anticuerpos antinucleares) y Factor Reumatoideo (FR) tiene poco valor práctico (a excepción de que sospechemos el inicio de una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo).

La radiología del área afectada y su contralateral permiten evaluar cambios mínimos en tejidos blandos y trauma óseo en enfermedades inflamatorias o malignas, aún, en estadios tempranos de la enfermedad. El centellograma óseo es una útil herramienta diagnóstica para localizar el proceso patológico y su extensión, sobre todo en niños, con DME persistente, portadores de estudios radiográficos normales.

Describiremos en forma práctica cuatro de las entidades que ocasionan DME en la adolescencia. Los adolescentes que las padecen son referidos al servicio de reumatología y es importante su diagnóstico por el pediatra y hebiatra.

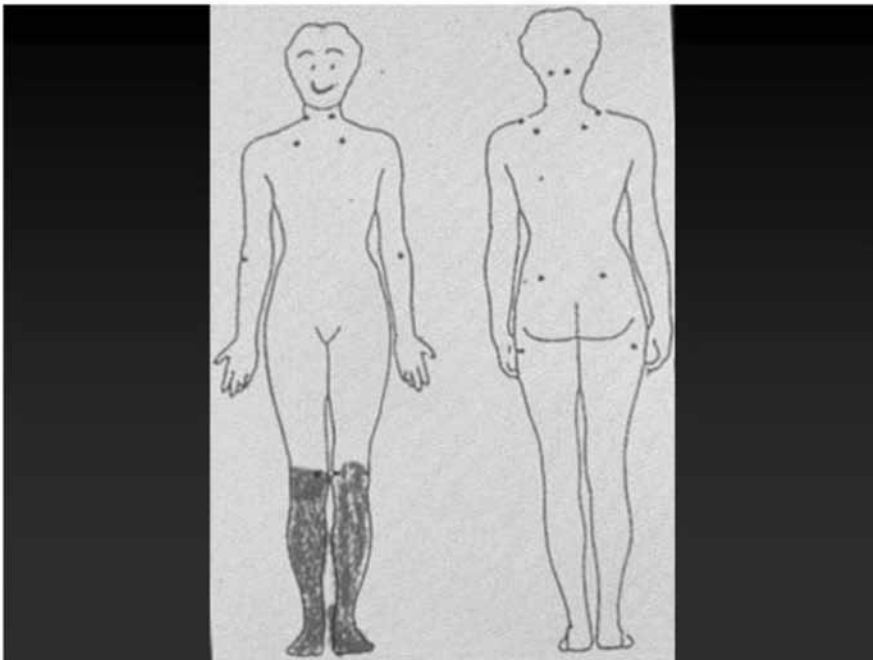
2.2. Dolores de crecimiento

Dolores de localización preferencial en miembros inferiores (aunque pueden comprometer otras áreas, por ejemplo, miembro superior: brazo o antebrazo). Su forma de presentación suele ser aguda y su curso intermitente con intervalos libres de síntomas (días, semanas y, aun, meses). Suelen manifestarse al atardecer o noche, pueden despertar al paciente. Los describen como «profundos» o «calambres». No se asocian a signos objetivos de inflamación, limitación de la movilidad o cojera. La evaluación clínica, examen físico, laboratorio y radiología son normales, de allí que se los conozca como «dolores funcionales». (Ver **Tabla 2**).

Tabla 2:
Dolores de Crecimiento. Criterios de Diagnóstico

1. Historia de dolor de más de tres meses de evolución.
2. Dolor intermitente.
3. Aparición nocturna o al atardecer.
4. Dolor no articular.
5. Interrumpe el sueño.
6. Examen físico, laboratorio y radiología normales.

Figura 3: Body Map (Figura Humana)
Localización del dolor, por el paciente portador de dolores funcionales



El tratamiento consiste en su rápido reconocimiento, dar información al niño y su familia sobre la naturaleza benigna de este proceso. Desde el punto de vista terapéutico, muchos pacientes se sienten aliviados con la realización de masajes en las zonas doloridas, puede indicarse paracetamol o Aines (en dosis analgésicas) y se benefician claramente con la realización de ejercicios de elongación.

Es importante hacer diagnóstico diferencial con el síndrome de hipermovilidad, síndromes patelofemorales y osteoma osteoide. En esta última patología el dolor es usualmente unilateral, suele ser de aparición nocturna y es extremadamente sensible a uso de salicilatos.

2.3. Síndrome de hipermovilidad articular

Este es el término utilizado para describir niños en quienes la hipermovilidad se asocia a DME sin ninguna enfermedad subyacente. Conocido también como síndrome Benigno de Hipermovilidad.

Si bien algunos autores como Gedalia, confirmaron que más del 50% de niños hiper móviles presentaban artralgias y, ocasionalmente, artritis versus el 17% de los controles, siendo estos síntomas de naturaleza benigna y de resolución *ad integrum*, otros autores, como De Cunto, no reportaron dicha asociación en escolares sanos hiper móviles.

La hipermovilidad articular sin enfermedad sistémica ha sido descrita con mayor frecuencia en mujeres. La clave para su diagnóstico es a través de la evaluación del niño en busca de signos de laxitud articular generalizada, debiendo realizarse este examen en forma rutinaria frente a todo niño que consulta por dolor musculoesquelético (**Tabla 3**).

Tabla 3. Síndrome de Hipermovilidad: Criterios de Diagnóstico

- Hiperextensión pasiva de los dedos paralelos al antebrazo.
- Oposición pasiva del pulgar a la superficie del antebrazo.
- Hiperextensión de codos $> 10^\circ$.
- Hiperextensión de rodillas $> 10^\circ$.
- Flexión anterior del tronco y palmas tocando el piso (rodillas en extensión).

Los criterios de diagnóstico desarrollados por Carter y Wilkinson, modificados por Bird y col., son los más utilizados. Tres o más de los enumerados en **Tabla 3** confirman el diagnóstico.

El niño con síntomas presenta, habitualmente, dolor recurrente y, menos frecuentemente, tumefacción articular. El término de «artritis episódica» se ha utilizado para describir la ocurrencia de episodios recurrentes de artritis inespecíficos en niños hiper móviles, en ausencia de enfermedad orgánica específica.

Se trata, en general, de una condición autolimitada que mejora cuando el niño llega a la adolescencia. Es fundamental, frente a todo adolescente que consulta por DME no inflamatorio, la búsqueda sistemática de hipermovilidad a través de las maniobras arriba enumeradas.

Establecido el diagnóstico, es fundamental tranquilizar a los padres y al niño, explicando su naturaleza benigna y ausencia de secuelas.

Es importante:

1. Identificar actividades que precipiten síntomas y, de esta manera, poder modificarlas.
2. Administración de analgésicos previo a estas actividades para que el niño controle los síntomas y participe de ellas (por ejemplo, en actividades deportivas).
3. La natación les ayuda a lograr buen tono muscular general, y los ejercicios de fortalecimiento muscular logran aumentar la masa y soporte muscular.
4. Enseñarle a los niños técnicas de protección articular.

Figura 4: Síndrome de Hipermovilidad articular

Se observa hiperextensión del codo e hiperextensión pasiva de los dedos paralelos al antebrazo



2.4. Distrofia Simpático Refleja (DSR)

Entidad clínica que se caracteriza por la presencia de dolor en una extremidad asociado a la evidencia de disfunción del sistema nervioso autonómico. También es conocida con otras denominaciones, como: algodistrofia, atrofia de Sudeck, distrofia refleja neurovascular. Afecta a niños en edad escolar o adolescencia. Se caracteriza por la presencia de dolor en la región distal de una extremidad asociado a presencia de edema, tumefacción y/o evidencia de inestabilidad vasomotora. El paciente refiere al dolor como quemante, urente o punzante. Éste suele ser agravado por el calor, descarga de peso, actividades mínimas; disminuyendo con la inmovilización. Este dolor le impone al paciente una severa limitación de la extremidad afectada con pérdida de la función y adquisición de posiciones viciosas. El dolor tiene dos características significativas: la presencia de «hiperpatía» (reacción dolorosa retardada y persistente frente al estímulo, a pesar de ser éste removido), y la «alodinia» (respuesta dolorosa exagerada frente a estímulos menores).

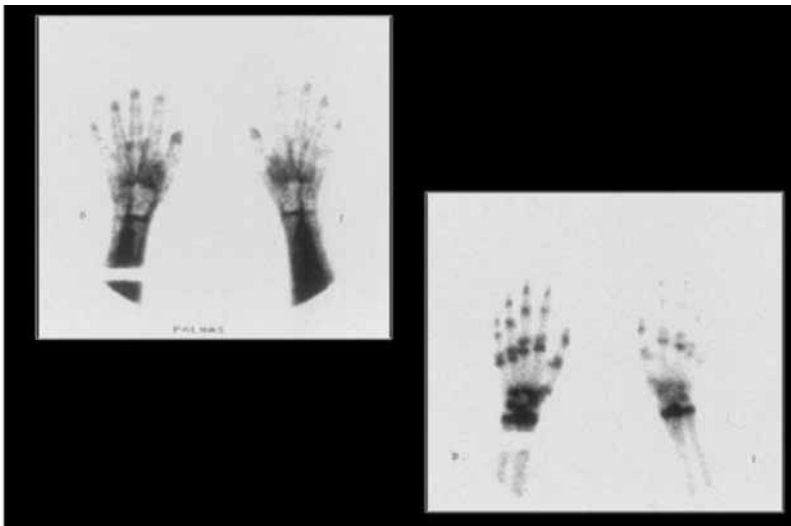
Pueden observarse con el dolor trastornos de la sudoración, tumefacción, cianosis o eritema, trastornos de la temperatura cutánea y, tardíamente, trastornos tróficos.

La etiología de este síndrome es desconocida, si bien ha sido reportado asociado a traumatismos, cirugía, ingestión de drogas; las series de mayor casuística en edad pediátrica rescatan características psicosociales y emocionales particulares en estos niños, otorgándoles una connotación etiopatogénica.

Los estudios para apoyar y sostener el diagnóstico clínico son básicamente:

1. El centellograma óseo con tecnecio, con marcación del tiempo vascular (*pool* vascular): este método refleja hiperactividad autonómica, revelando, ya sea aumento o disminución del flujo sanguíneo en la zona afectada (método de diagnóstico temprano).
2. Radiología de la zona afectada y la contralateral: más allá de semana 6 a 8 de evolución, se observa osteoporosis generalizada (diagnóstico tardío).

**Figura 5: Distrofia simpático refleja.
Centellograma óseo con pool vascular**



Se observa claramente hipoperfusión de mano izquierda

El tratamiento tiene como objetivos:

1. Manejo del dolor.
2. Restaurar función del miembro afectado, tan pronto como sea posible, a través de la rehabilitación (terapia física y ocupacional) contraindicando el uso de valvas o yesos.
3. Abordaje psicológico energético.

2.5. Fibromialgia (FM)

Se trata de un síndrome de amplificación del dolor, donde la reacción del paciente frente al dolor es desproporcionada con respecto a los hallazgos físicos. Entidad poco reconocida por la pediatra, confundida muchas veces con la presencia de contracturas musculares generalizadas.

Se caracteriza por a) la presencia de DME difuso, generalizado y b) sensibilidad a la presión en zonas localizadas llamadas puntos sensibles. Estos puntos están ubicados sobre inserciones tendinosas, ligamentos, músculos y bursas. Conocer su ubicación es fundamental para corroborar el diagnóstico.

Sus criterios diagnósticos permiten reconocer las características que define esta entidad (**Tabla 4**).

Tabla 4: Fibromialgia. Criterios diagnósticos (ACR 1990)

1. Historia de dolor difuso durante por lo menos tres meses. Se define «dolor difuso» cuando los segmentos siguientes son los afectados: dolor en el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. También debe estar presente en el esqueleto axial (columna cervical, torácica anterior, dorsal y lumbar).
2. Presencia de dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la digitopresión, estos son bilaterales y se ubican en: occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, 2.a costilla, epicóndilo, glúteos, trocánter mayor y rodilla.

Se considera que un adolescente tiene FM cuando reúne ambos criterios.

Figura 6: FM primaria: Localización de «Puntos dolorosos».

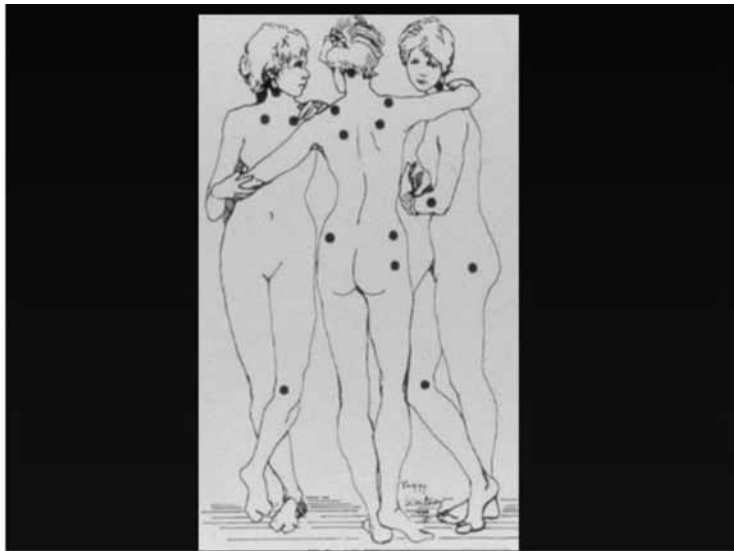
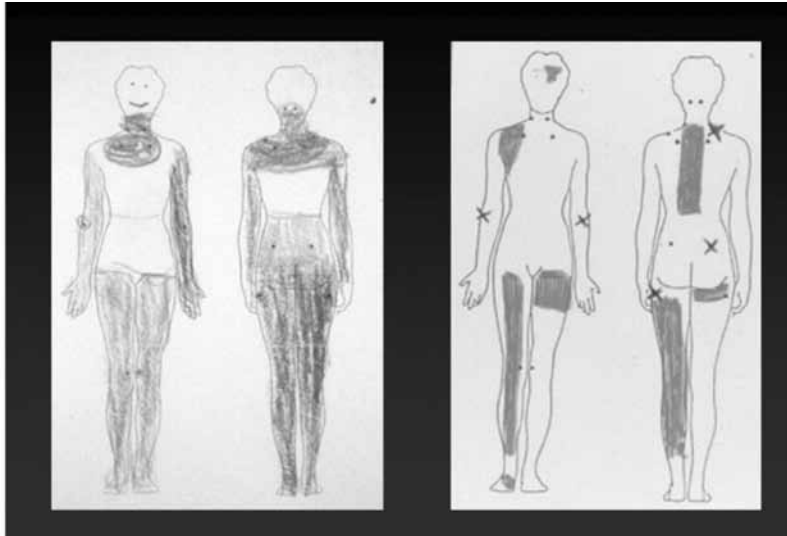


Figura señalizando puntos sensibles. Criterios ACR (American College of Rheumatology), 1990

**Figura 7 Body MAP (Figura Humana) de adolescentes con FMA
Localización del dolor**



Además de lo ya mencionado, los jóvenes presentan rigidez matinal, fatiga durante el día, que se acentúa con la actividad física, y trastornos del sueño, el que suele ser «no restaurador».

En ocasiones, se asocian, además, síntomas de ansiedad y/o depresión, cefaleas recurrentes y síntomas de disfunción gastrointestinal.

El hallazgo de hipermovilidad articular es frecuente en pacientes con FM.

Esta entidad puede presentarse como forma **primaria** (entidad única), asociada a enfermedades musculoesqueléticas, o endocrinas, por ejemplo, hipotiroidismo (forma **secundaria**) o asociada a infecciones como HIV o MNI (FM reactiva), es importante la búsqueda de estas asociaciones en adolescentes.

En menores de 17 años, su prevalencia oscila entre el 2,2 y 6% de niños en edad escolar, 4,7% para nuestra población de escolares.

Una serie de factores han sido descriptos como agravantes del dolor: cambios térmicos, hiperactividad o inactividad física, sueño pobre y situaciones de estrés.

A pesar que la etiología de este síndrome es desconocida, estudios en adultos, y ya algunos en poblaciones pediátricas, implican en él a factores neurohormonales, como la alteración primaria que explicaría los trastornos del sueño y la presencia del dolor.

Es importante tener presente que **factores psicológicos y sociales** podrían amplificarlo y, en ocasiones, precipitar este síndrome. La búsqueda sistemática de estos últimos, a través del interrogatorio de jóvenes con FM, permitirá un mejor abordaje y la intervención terapéutica interdisciplinaria desde el inicio.

El abordaje terapéutico de la FM en la adolescencia es multidisciplinario, radica en una serie de medidas que intentan disminuir o controlar el dolor y mejorar la calidad del sueño. Los analgésicos, como paracetamol o AINES, utilizados frecuentemente, intentan el tratamiento paliativo del dolor, ya que no existe evidencia de un componente inflamatorio claro en esta entidad.

En algunos jóvenes, se han utilizado bajas dosis de antidepresivos a la hora de acostarse y, también, miorelajantes, como la ciclobenzaprina. En pediatría, no existen en la actualidad estudios controlados que evalúen cuál de estos tratamientos es el más efectivo.

Los programas de terapia física: ejercicios de elongación, aeróbicos de bajo impacto, natación, la realización de masajes y técnicas de relajación (Biofeedback) contribuyen a su mejoría. El abordaje y correcto manejo de los disturbios emocionales es otro punto clave e indispensable del tratamiento.

2.6. Enfermedades oncohematológicas que pueden debutar con dolor musculoesquelético

Estas enfermedades deben ser siempre consideradas entre los diagnósticos diferenciales frente a adolescentes con DME inexplicable.

Es de rutina en niños y jóvenes con DME (articular y sobre todo óseo) inexplicable; acompañado o no de anemia y/o síndrome febril, tratar de descartar la posibilidad de leucemia linfoblástica aguda (LLA), tumores óseos y mesenquimáticos (como el rabdomiosarcoma).

2.7. Comentario Final

Para finalizar, es importante destacar que hemos revisado en forma práctica aquellos signos y síntomas del aparato locomotor que permitirán al pediatra sospechar la presencia de una enfermedad reumática de origen no inflamatorio. Sin embargo, es importante hacer hincapié en algunos tópicos:

1. La sospecha y reconocimiento temprano de estas entidades disminuye morbilidad en estos pacientes.
2. Solicitar ayuda al especialista para corroborar o confirmar el diagnóstico inicialmente sospechado por el pediatra, descartando otras enfermedades sistémicas que puedan simularlas.
3. Derivar, sin duda, los niños y jóvenes portadores de aquellos síndromes dolorosos de evolución crónica (DSR y FM), ya que necesitan de un especialista entrenado en estas patologías, que coordine adecuadamente su terapéutica, un equipo multidisciplinario de tratamiento y brinde, además, una adecuada contención al niño y su familia.

3. Bibliografía

- BERNSTEIN, B. H., B. H. SINGSEN y J. T. KENT. «Reflex Neurovascular Dystrophy in Childhood». *J Pediatr*, 1978, 93: 211-215.
- ESPADA, G. «Interpretando Datos: ¿Cuándo sospechar una enfermedad Reumática?». *Manual Práctico de Reumatología Pediátrica*, 1.a edición, Editorial Nobuko, 2006, cap. II, p. 119.
- GEDALIA, A. y J. PRESS. «Articular Symptoms in Hypermobile schoolchildren. A prospective study». *J Pediatr*, 1991, 119: 944-946.
- GOODMAN, J. E. y P. J. McGRATH. «The Epidemiology of Pain in Children and Adolescents: a review». *Pain*, 1991, 46: 247-264.
- MALAGÓN GUTIÉRREZ, C. et ál. «Reumatismo no Articular». *Manual Práctico de Reumatología Pediátrica*, 1.a edición, Editorial Nobuko, 2006, cap. VII, p. 351.
- MALLESON, P. N. y D. D. SHEERY. «Non-inflammatory Musculoskeletal Pain conditions». *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 5th. Edition. Chapter 36, 2005.
- NAISH, J. M. y J. APLEY. «Growing Pains in Childhood. A Clinical Study of Nonarthritic Limbs Pain in Children». *Arch. Dis. Child*, 1951, 126: 134-140.
- TAIMELA, S. M. «The prevalence of low back pain among children and adolescents». *Pain*, 2002, 97: 87-92.
- WATSON, K. D., C. PAPAGEORGIOU, J. T. JONE et ál. «Low back pain in schoolchildren: The role of mechanical and psychosocial factors». *Arch Dis Child*, 2003, 88: 12-17.
- YUNNUS, M. B. y A. T. MASL. «Juvenile Primary Fibromyalgia Syndrome. A clinical Study of thirty-three patients and matched normal controls». *Arthritis Rheum*, 1985, 28: 138-145.

Capítulo 42

Cansancio y síndrome de fatiga crónico

Dr. Alfredo Llorens

Lea cuidadosamente las siguientes viñetas clínicas. Reflexione sobre las posibles causas de fatiga de Nicolás, Sebastián, Romina y Delia. Busque las diferentes opciones en el texto que se brinda a continuación.

- Nicolás tiene 15 años y una historia de 7 meses de fatiga. Los síntomas comenzaron con un síndrome de tipo viral de evolución tórpida. Duerme de 12 a 14 horas al día, a pesar de lo cual se despierta cansado. No soporta un día entero de escuela. Pero recientemente se ha sentido un poco mejor 2 a 3 días a la semana. En los análisis de laboratorio, no se encontraron anormalidades.
- Sebastián de 14 años con historia de 3 meses de fatiga refiere que tiene problemas para conciliar el sueño. La historia médica no aporta datos. La historia social revela que su madre trabaja por la noche y él queda con una hermana mayor. Tiene un televisor, un reproductor de CD, computadora, y teléfono en su habitación. Normalmente, se duerme después de las 2 de la madrugada. Bebe, además, de 6 a 8 Coca-Colas al día.
- Romina de 19 años de edad es retirada de la escuela frecuentemente a causa de la fatiga. Seis semanas antes tuvo fiebre, inflamación ganglionar y faringitis. No ha recuperado su energía. Presenta malestar general sin síntomas específicos. No existen otros datos de interés ni en su historia ni en el examen físico.
- Delia tiene 15 años. Siempre fue obesa, hubo varios fracasos terapéuticos y ella «no quiere hablar del tema». Dice vivir cansada, se niega a hacer actividad física y aumentó 10 kg en pocos meses. No tiene novio y le gustaría tenerlo «porque eso arreglaría muchas cosas». Ronca y su dormir es muy inquieto. Suele dormitar durante el día. Presenta: Talla 1,57 m; peso de 96,7 kg; IMC = 39; TA 130/80; estrías en muslos y glúteos; genu varo. Al acostarse en la camilla, presenta franca disnea.

En la consulta, el cansancio es referido por los adolescentes con mucha frecuencia y hasta el 70% refiere somnolencia diurna. Muchas veces, forma parte de un grupo de síntomas sin causa orgánica, definidos por algunos autores como «síntoma mórbido mal definido», como los dolores, los mareos, las palpitaciones, la sensación de falta de aire.

Es habitual que los padres se quejen del cansancio de sus hijos. En ocasiones, este puede deberse a altas expectativas por parte de los padres o a exceso de actividades del adolescente sin el adecuado descanso. Otras veces, es señal de un conflicto subyacente en los vínculos familiares.

La mayoría de las veces, obedece a un déficit en las horas de sueño. La clave en la evaluación es distinguir aquellos que requieren un reaseguro de normalidad y orientación en modificación de los

hábitos, de otros que, en cambio, necesitan investigaciones más cuidadosas para descartar patología orgánica o psiquiátrica o Síndrome de Fatiga Crónico.

1. Causas de Cansancio

1.1. Adolescencia y sueño

En la mitología griega el Sueño (Hypnos) era hijo de la Noche (Nyx), nacida, a su vez, de Caos, y hermano gemelo de la Muerte (Tánatos). Morfeo, hijo de Hypnos, era quien traía el sueño, el dormir, ya que sus hermanos Icebus y Fantasus eran quienes enviaban, respectivamente, sueños a los animales y a los objetos. El «sueño» fue considerado por la antigua mitología como el paradigma de la tranquilidad y del olvido.

Además, se lo consideraba como poseedor de revelaciones divinas o demoníacas y que podía dejar ver el porvenir del sujeto que soñaba. A partir de Aristóteles, los sueños pasaron a ser una actividad del alma y no de los dioses.

Desde Artemidoro, adivino romano, en la antigüedad, hasta la actualidad, los sueños empezaron a ser interpretados, es decir, transformarse en un lenguaje hablado por descifrar.

Tranquilidad y olvido, nada más lejos de la realidad; ya que durante el sueño el cerebro presenta una gran actividad, se suceden numerosos cambios de todo tipo: hormonales, metabólicos, de temperatura, en el sistema muscular, en la respiración y en el aparato reproductivo, imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo.

El sueño puede ser considerado una función biológica fuertemente interpretada por valores culturales y creencias de los padres. Muchos problemas de sueño están basados en construcciones culturalmente definidas y en las expectativas familiares, no necesariamente están relacionados con la biología.

El sueño puede ser:

- No REM o sueño tranquilo o sueño de ondas lentas.
- REM o sueño activo o de movimientos oculares rápidos.

El tiempo que se pasa en sueño REM y no REM, así como el tiempo total de sueño, varía con la edad.

El sueño de ondas lentas se clasifica en cuatro estadios sobre la base de criterios electroencefalográficos.

- El sueño estadio I, o somnolencia, se caracteriza por una declinación del grado de actividad alfa y desincronización del ritmo occipital, así como leve enlentecimiento central-parietal.
- El sueño estadio II se destaca por las descargas transitorias del vértex y husos de sueño recurrentes.
- El sueño delta o estadio III y IV se diferencian por el grado de actividad de onda lenta presente.

Funciones del sueño:

En el NREM, comandado por el tálamo, el hipotálamo y el prosencéfalo basal, se producen un número de fenómenos relacionados con la reparación física del organismo:

- Síntesis de hormona de crecimiento.
- Regeneración y restauración orgánica.
- Conservación de energía.
- Estímulo del sistema inmunitario (interleukina 1, interferón alfa 2, dos potentes inductores del sueño).
- Aumento de síntesis proteica, absorción de aminoácidos por los tejidos.
- Aumento de RNA.
- Aumento de prolactina.

En el REM, comandado por el tallo cerebral, tiene lugar:

- Regeneración de procesos mentales/facultades mentales superiores como la fijación de la atención, habilidades cognitivas finas y las relacionadas con la relación social.
- Aprendizaje y consolidación de huellas mnémicas (almacenamiento de memoria a largo plazo).
- Proceso de desaprendizaje: limpieza del cerebro para eliminar conexiones espurias entre neuronas para prescindir de material inútil.
- Reprogramación de la información.
- Proporcionar el estímulo endógeno periódico al cerebro para que mantenga cierta actividad durante el sueño.
- Maduración y restauración cerebral.

El sueño, como otros procesos biológicos, tiene ritmos circadianos (ciclos de cerca de 24 h de duración). Es así que la temperatura corporal disminuye en las horas de sueño lo mismo que la tensión arterial. La melatonina presenta una elevación plasmática antes del inicio del sueño.

El sueño del prepúber es altamente eficiente, dura de 9 a 11 h, rara vez presenta dificultad en la conciliación y tiene una alta proporción de sueño lento o profundo.

La duración total del sueño disminuye de 10,1 h a los 9 años, a 8,1 h a los 16 años.

En la adolescencia, el sueño se vuelve más ligero por un aumento del sueño lento superficial y un descenso del umbral del despertar. Hay un cambio en el ciclo circadiano, con un retraso en la hora de ir a dormir. Se modifica el patrón a ciclos ultradianos (menos de 24 h de duración) con somnolencia en las primeras horas de la tarde y estado hiperalerta al anochecer.

La mayoría de los adolescentes duerme más los fines de semana que durante los días de semana. En la semana, tienden a acostarse cada vez más tarde por exigencias escolares o uso inapropiado de la computadora o de la televisión, agravándose por la ingestión de bebidas con cafeína. Como consecuencia del sueño inadecuado, pueden aparecer cambios en el humor, déficit cognitivos y alteraciones en el comportamiento. En el fin de semana, duermen muchas veces largas siestas y, por consiguiente, puede haber dificultad para conciliar el sueño el domingo a la noche.

Y, además, duermen durante el año escolar, en promedio, 2 horas menos los días de semana que durante los días de verano.

La causa más común de cansancio en la adolescencia es un sueño insuficiente. Hasta un 50% de los adolescentes refiere quedarse dormido durante el viaje a la escuela y un 25%, en el camino de regreso. En un trabajo realizado durante un año por alumnos de 8 escuelas de nivel medio de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, se encuestaron a 1184 (n) alumnos, 701 mujeres y 466 varones, edad promedio 15,32 años +/- 1,50 (r=12-19). Se concluyó que 26,8% tarda más de 30 minutos en dormirse, 13,2% refiere fragmentación del sueño, 13,9 % le cuesta dormir por la noche, 42% relata sueño no reparador y 45,7% no está despejado al despertarse. Resultó significativa la asociación con irritabilidad diurna y ansiedad, inquietud o hiperactividad, sensación de confusión o embotamiento, y se relacionó con dificultad para completar tareas (Averbuch MA y col.).

1.2. Trastornos del sueño

Cada vez más diagnosticados como causa de cansancio en la adolescencia, se clasifican en:

1. Disomnias debidas a un sueño inadecuado

El sueño inadecuado es la causa más frecuente de excesiva somnolencia diurna. Y puede estar relacionado con:

- Malos hábitos a la hora de irse a dormir.
- Deprivación crónica de horas de sueño suficiente.
- Dificultad para conciliar el sueño a la noche o despertarse a la mañana, ya sea por estrés, ansiedad o depresión.
- Enfermedad física que se asocia a dolor o molestia.

- Uso de medicamentos (IRS, estimulantes, simpaticomiméticos y corticoides).
- Abuso o abstinencia de sustancias (particularmente: estimulantes, alcohol o sustancias depresoras).

2. Síndrome de fase de sueño demorada

El Síndrome de fase de sueño demorada (DSPS) se caracteriza por la persistencia por más de seis meses de la imposibilidad de conciliar el sueño en un horario socialmente aceptable. Una vez que el adolescente se duerme, es capaz de mantener el sueño normalmente. A diferencia de los que tienen insomnio, que tienen menos horas de sueño por presentar dificultades para iniciarlo y mantenerlo, los adolescentes con DSPS compensan con siestas y durmiendo más los fines de semana. Este trastorno puede ocasionar alteraciones en el rendimiento escolar y trastornos de conducta.

3. Insomnio

El insomnio, presente en un 20% de los adolescentes en forma aguda o crónica, se define como un déficit en la calidad y/o cantidad del sueño debido a una dificultad en la conciliación o el mantenimiento del sueño. Puede deberse a una condición médica subyacente o formar parte de un trastorno psicológico.

La incidencia de insomnio en nuestra población es comparable a los hallazgos de otros autores, de otros países (Ahmed, Liu y col., García-Jiménez y col.).

La mayor vulnerabilidad a sufrirlo se presenta en los mayores de 14 años y no se relaciona con los hábitos e higiene del sueño. Puede atribuirse a los cambios madurativos que afectan el alineamiento entre el proceso homeostático y circadiano del sueño (disminución de la presión de ondas lentas, menor amplitud del ciclo, retardo de fase) (Carskadon). Se ha postulado el término asincronización del sueño para describir el insomnio, caracterizado por alteraciones en varios aspectos de los ritmos biológicos con oscilación circadiana (ciclo, fase, amplitud, etcétera), probablemente, involucrando al sistema serotoninérgico.

En un estudio, se lo evaluó longitudinalmente durante la adolescencia como factor de riesgo para trastornos mentales en la edad adulta joven. Los resultados indican que el insomnio es un problema prevalente para los adolescentes y se discuten estrategias futuras de tratamiento-resultado evaluando la eficacia de las varias intervenciones.

Se lo asocia con el abuso de alcohol, marihuana y otras drogas y, con frecuencia, con depresión, ideas suicidas y tentativa de suicidio en adultos jóvenes. Varios estudios clínicos y epidemiológicos sugieren que la pérdida o los disturbios del sueño son probables indicadores de riesgo suicida futuro (Liu y col.).

La pérdida parcial crónica del sueño puede, además, aumentar el riesgo de obesidad y diabetes de múltiples maneras: produciendo un efecto nocivo sobre la regulación de la glucosa incluyendo resistencia a la insulina y una desregulación del control neuroendocrino del apetito que lleva a la ingesta excesiva de comida y disminución del gasto energético.

4. Apneas obstructivas durante el sueño

Las apneas obstructivas de sueño tienen una frecuencia del 1% al 3% en adolescentes y pueden estar producidas por hipertrofia amigdalina y/o de adenoides (HAVA), obesidad, retrognatia u obstrucción nasal. Los criterios de definición de esta entidad se han ido modificando, en los últimos años, para ajustarlos a la fisiología de la edad pediátrica. Por una parte, no es necesaria una apnea de diez segundos, criterio usado en adultos, para que se produzcan en niños desaturaciones de oxígeno y retención de CO₂ de significación patológica.

Otros trastornos del sueño poco frecuentes incluyen: narcolepsia, hipersomnias idiopáticas, movimiento de piernas durante el sueño y síndrome de las piernas inquietas.

Apneas obstructivas durante el sueño

	Adulto	Niño
Clínica Ronquido Excesiva somnolencia diurna Obesidad Respiración diurna bucal	Alternando con pausas Muy frecuente Muy frecuente Rara	Continuo Poco frecuente en niños. Sí en adolescentes obesos. Poco frecuente en niños. Sí en adolescentes. Muy frecuente
Tratamiento CPAP Cirugía	Muy frecuente Sólo casos seleccionados	Excepcional Muy frecuente y con tasas de curación de más del 90 % en niños. Menos en adolescentes.
Sueño Arousals Estructura del sueño Predominio de Apneas e hipopneas	Casi siempre Alterada NREM	Raro Normal REM

1.3. Causas psicológicas

Luego de las alteraciones del sueño, le siguen en orden de frecuencia como causa de cansancio en la adolescencia.

Sus causas incluyen:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Situaciones de estrés.
- Otras causas psiquiátricas.

Es importante evaluar vínculos familiares, relación con pares, hostigamiento escolar, aprendizaje, nivel de autoestima, etcétera.

1.4. Causas orgánicas

Son menos frecuentes como causa de cansancio durante la adolescencia. Pueden estar relacionadas con:

- Medicamentos (especialmente antihistamínicos, ansiolíticos, antidepressivos y otros medicamentos psicotrópicos).
- Dietas inadecuadas.
- Abuso de alcohol y drogas ilícitas.
- Enfermedades infecciosas: especialmente mononucleosis infecciosa, hepatitis crónica, HIV, TBC, endocarditis bacterianas.
- Enfermedades endocrinas: incluyendo enfermedades tiroideas, suprarrenales y diabetes sacarina.
- Otras enfermedades sistémicas, incluyendo las del tejido conectivo, anemia, neoplasias, cardiopatías, asma y rinitis alérgica, enfermedades inflamatorias intestinales e insuficiencia renal o hepática.

2. Fatiga crónica (FC) y síndrome de fatiga crónica (SFC)

El SFC es una enfermedad discapacitante caracterizada por fatiga persistente y severa que no

mejora con el reposo, y una combinación variable de signos, cuyo diagnóstico, inicialmente, es provisorio después de haberse descartado patologías orgánicas y psiquiátricas.

Criterios (CDC) para el SFC:

1. Fatiga o cansancio de más de 6 meses persistente y recurrente, clínicamente probada e inexplicable que muestra un inicio definido. No es la consecuencia del ejercicio físico ni es aliviada por el descanso. Resulta en una reducción de las actividades ocupacionales, educacionales, sociales o personales. Es un cansancio que afecta físicamente y/o mentalmente.

2. Cuatro o más de los siguientes síntomas que persisten o que recurren durante más de seis meses consecutivos:

- Deterioro de la memoria de corto término o de la capacidad de concentración.
- Dolor de garganta.
- Sensibilidad anormal de ganglios cervicales o axilares.
- Mialgias.
- Poliartralgias sin inflamación.
- Cefalea.
- Sueño no reparador.
- Malestar de más de 24 horas de duración después del ejercicio.

Con respecto a la definición de Fatiga Crónica no hay un consenso generalizado como con el SFC, pero se refiere a la persistencia de cansancio asociado a menor limitación en las actividades cotidianas, menor sintomatología acompañante o con una duración menor a seis meses.

2.1. Epidemiología

La edad media de comienzo del SFC es de 14 a 15 años y el 60% de los pacientes son mujeres. Suelen tener, frecuentemente, síntomas o estados premórbidos por años.

La prevalencia en adultos varía, ampliamente, con rangos que van de 1,8% a 9% para la FC y del 0,075% al 0,42% para el SFC en estudios poblacionales, dependiendo de la metodología y los criterios diagnósticos utilizados.

De acuerdo con datos suministrados por el British Child and Adolescent Mental Health Survey de 1999, se reportó en una muestra poblacional de 5 a 15 años una incidencia de FC del 0,57% y de 0,19% para el SFC utilizando los criterios del CDC.

En un estudio más reciente, en adolescentes británicos de 11 a 15 años de edad (n=842), seguidos durante seis meses, se estimó la prevalencia de fatiga en un 30,3%, de FC en un 1,1% y de SFC en un 0,5% (Rimes y col.).

2.2. Etiología

No se ha identificado la causa del SFC que, probablemente, sea multifactorial incluyendo causas infecciosas que actúan como gatillo, un terreno psicológico de estrés y vulnerabilidad cardiovascular, neurológica, endocrina e inmunológica.

Dentro de las etiologías propuestas se pueden mencionar:

Infecciosas: Especialmente debido al virus Epstein-Barr, influenza y otros agentes infecciosos no virales que podrían actuar como gatillo al producir las citoquinas proinflamatorias interleukina 1 β e interleukina 6. Probablemente, esta respuesta estereotipada e inadecuada tenga relación con la magnitud de la infección aguda.

¿Cuál es la incidencia de SFC postmononucleosis infecciosa en adolescentes?

En un trabajo reciente, prospectivo, donde se siguió la evolución durante dos años de 301 adolescentes de 12 a 18 años que cursaron mononucleosis infecciosa, se pudo establecer: A los 6, 12 y 24

meses después de cursar la infección aguda, 13%, 7% y 4% de los adolescentes reunían los criterios de SFC según el CDC. Además, la mayoría de ellos se recuperaron espontáneamente a lo largo del tiempo. Solo 13 pacientes a los 24 meses persistían con SFC, todos ellos mujeres. Y estos últimos, a los 12 meses, presentaban una intensa fatiga (Katz y col.).

Los adultos que cursan mononucleosis infecciosa presentarán SFC en un 9 a 12% de los casos.

2.3. Diagnóstico diferencial

- Insuficiencia suprarrenal.
- Enfermedad oncológica.
- Sida.
- Enfermedad hepática.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Deficiencia de B12/folato.
- Depresión.
- Embarazo.
- Hipotiroidismo.

2.4. Laboratorio

Los estudios de laboratorio deberán incluir:

1. Hemograma, ESD, PCR, examen de orina, urea, electrolitos en sangre, T4 y TSH, hepatograma, CPK y serología para mononucleosis. En el SFC, la ESD es extremadamente baja aproximándose a 0 (entre 0 y 3 mm). Una ESD elevada sugiere un diagnóstico diferente al de SFC. El hemograma en el SFC es normal y la leucopenia o la leucocitosis, así como un recuento diferencial anormal, deben estudiarse para descartar otra patología.
2. Exámenes adicionales se harán de acuerdo con la clínica y los hallazgos del examen físico y pueden incluir: PPD, ECG, radiografía de tórax, radiografía de senos paranasales, test de HIV, FAN y factor reumatoideo, nivel de Cortisol plasmático basal y urinario de 24hs.
3. Estudios especializados en caso de estar indicados: Polisomnografía, *Tilt-test* en los adolescentes con síntomas ortostáticos (especialmente los que tienen SFC diagnosticado) y RMN o TAC de SNC a los que presentan cefaleas.

2.5. Semiología de la fatiga

La evaluación del adolescente con fatiga debería, en principio, distinguir a aquellos que no duermen la cantidad de horas necesarias, de aquellos que presentan una alteración del sueño u otras causas psicológicas o físicas de cansancio. Es necesario investigar sobre los patrones de sueño-vigilia: horas de sueño durante la noche, siestas durante el día, dificultad para conciliar el sueño, hora en que se despierta por la mañana, interrupción del sueño nocturno, patrón de sueño el fin de semana y durante los días de semana, horarios escolares y obligaciones extracurriculares, consumo de alcohol, cafeína y drogas ilícitas, historia médica, uso actual de medicamentos, ronquidos nocturnos, síntomas sistémicos y movimientos involuntarios de las piernas. Debe realizarse historia psicosocial para descartar depresión, ansiedad o estresores recientes.

Finalmente, en la fatiga de más de 6 meses de evolución, es importante determinar si reúne los criterios de SFC.

3. Tratamiento

Como primer paso es necesario hacer el diagnóstico. Tener en cuenta que hay personalidades o estilos de vida que «aceptan normas sociales que conllevan a estar exhausto».

La relación médico-paciente debe estar basada en la confianza, la cortesía, la esperanza.

Evitar rotular al adolescente, ya que esto puede llevar al nihilismo terapéutico o deslegitimizar su malestar. Nunca culpabilizar o dar a entender que él es el responsable de sus síntomas.

Es conveniente dar la información pertinente e intentar resolver el problema, buscar estrategias de sostén y trabajar en interdisciplina.

Si hay síntomas de depresión y ansiedad, tratarlos.

Recomendar evitar café, alcohol, tabaco, otras drogas y medicamentos que puedan alterar el patrón normal de sueño.

Acordar con el o la adolescente pequeñas y progresivas variaciones en las horas de irse a dormir y de despertarse, en los que presentan el síndrome de fase de sueño demorada.

Promover alimentación y descanso saludable sin dietas, ni vitaminas ni minerales, ni horas de descanso exageradas.

Programar ejercicios graduados en la primera mitad del día, acordada por el paciente y el equipo (Fisioterapeuta).

Aconsejar terapia conductual cognitiva. Las técnicas conductistas están dirigidas a aumentar la actividad, aumentar la adherencia al tratamiento, evitar o mejorar el aislamiento social y aumentar la confianza sobre la posibilidad de controlar la enfermedad. Las técnicas cognitivas promueven la comprensión de la enfermedad, ayudan a combatir la depresión y la ansiedad, permiten revisar creencias o mitos como factores perpetuantes. La finalidad es restaurar la autoestima, la confianza y la inserción social.

Para el SFC, no existe un tratamiento específico. Se puede dar el reaseguro de que el pronóstico es sustancialmente mejor que en adultos a lo largo del tiempo. Se debe sostener a las familias para evitar exámenes innecesarios y tratamientos, cuya eficacia no ha sido demostrada. Si existe la asociación con hipotensión ortostática o con *Tilt-test* (+), pueden beneficiarse con medicación o incrementando la ingesta de agua y sal. Muchos adolescentes con SFC requerirán programas especiales de educación con restricciones horarias escolares, educación domiciliaria o a distancia y tutorías educativas.

4. Bibliografía

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. «Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome». *Pediatrics*, 2002, 109(4): 704-712. Disponible en:

<<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/109/4/704?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&ESULTFORMAT=&fulltext=obstructive+apnea+syndrome&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourceype=HWCIT>>.

AHMED, M. A. «Prevalence of Reported Insomnia and its Consequences in a Survey of 5044 Adolescents in Kuwait». *Sleep*, 2004, 27, N.º 4.

AVERBUCH, M. A., M. C. DARAI, V. MICHELON y M. VELAN. «Sleep Disorders and the Sleep Debt: Its Consequences on 1100 Middle Class Argentine Adolescents». Sleep Institute, Buenos Aires (Argentina). Unidad de Medicina del Sueño, Instituto de Neurociencias, Hospital Universitario, Fundación Favalaro, Buenos Aires (Argentina). *XII Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sueño (FLASS). I Congreso de la Asociación Peruana de Medicina del Sueño (APEMES)*. Octubre 10, 11 y 12 de 2008. Lima, Perú.

CARSKADON, M. «Regulation of Sleepiness in Adolescents: Update, Insights, and Speculation». *Sleep*, 2002, vol. 25, N.º 6.

- GARCÍA JIMÉNEZ, M. A., F. SALCEDO AGUILAR et ál. *Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España*. *Rev Neurol*, 2004, 39:18-24.
- GILL, A. y A. DOSSEN. «Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents». *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158: 225-229. Disponible en:
<<http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/158/3/225?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESU LTFORMAT=&fulltext=fatigue&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>.
- IAN, H. et ál. «Post-infective and chronic fatigue syndromes precipitated by viral and non-viral pathogens: prospective cohort study». *BMJ*, Sep. 2006, 333: 575.
- KATZ, B. y Y. SHIRAIISHI. «Chronic Fatigue Syndrome after Infectious Mononucleosis in Adolescents». *Pediatrics*, 2009, 124: 189-193. Disponible en:
<<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/124/1/189>>.
- KNUTSON, K. y K. SPIEGEL. «The Metabolic Consequences of Sleep Deprivation». *Sleep Medicine Reviews*, June 2007, 11, Issue 3: 163-178. Disponible en:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1991337/>>.
- KUIS, W., J. L. KIMPEN, K. L. KNUTSON y D. S. LAUDERDALE. «Sleep Duration and Overweight in Adolescents: Self-reported Sleep Hours Versus Time Diaries». *Pediatrics*, 2007, 119, N.º 5, pp. e1056-e1062. Disponible en:
<<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/119/5/e1056?ck=nck>>.
- LIU, X et ál. «Prevalence and Correlates of Sleep Problems in Chinese Schoolchildren». *Sleep*, 2000, 23, N.º 8.
- LIU, X. y D. BUYSSE. «Sleep and Youth Suicidal Behavior: A Neglected Field». *Curr Opin Psychiatry*, 2006, 19(3): 288-293. Disponible en:
<<http://www.websciences.org/cftemplate/NAPS/archives/indiv.cfm?ID=20061149>>.
- RIMES, K. A., R. GOODMAN, M. HOTOPE, S. WESSELY. «Incidence, Prognosis, and Risk Factors for Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents: A Prospective Community Study». *Pediatrics*, 2007, 119, N.º 3. Disponible en:
<<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/119/3/e603?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&REU LTFORMAT=&fulltext=Chronic+Fatigue+Syndrome+%28CFS%29.+&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>>.
- THORPY, M. J. (Chairman). *ICSD- International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. Diagnostic Classification Steering Committee. American Sleep. American Sleep Disorders Association. American Academy of Sleep Medicine. 1990. Recuperado de:
<<http://www.aasmnet.org/>>.
- WOLBEEK, M. y L. van DOORNEN. «Severe Fatigue in Adolescents: A Common Phenomenon?». *Pediatrics* 2006, 117(6):e1078-e1086. Disponible en:
<<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/117/6/e1078?ijkey=64124242e9f0f4687c66177717db7a8218647784>>.

Capítulo 43

Síncope vasovagal

Dra. Isabel Torres

Lea cuidadosamente las siguientes viñetas clínicas. A lo largo de las presentaciones, aparecen ejercicios tipo *multiple choice*. Seleccione la respuesta que considere correcta. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura del texto siguiente. Las respuestas correctas se encuentran al final del capítulo.

Viñetas clínicas

1. Alexei, de 18 años, gran promesa del hockey sobre hielo de Rusia, chocó con un compañero de equipo, quien con el codo golpeó su esternón. Sufrió un paro cardíaco tras estar tres minutos inconsciente. Intentaron reanimarlo y consiguieron que volviera a la vida durante un par de minutos, pero el jugador murió.

De la historia familiar no surgen antecedentes de arritmias, muerte súbita ni enfermedad cardiológica estructural. Sus antecedentes personales son irrelevantes, su último ECG al empezar la temporada fue normal. Su talla es de 1,83 m y su peso 85 kg. Fenotipo normal.

¿Cuál es su impresión diagnóstica?

- A) Miocardiopatía hipertrófica.
- B) Infarto de miocardio.
- C) Comotio cordis.
- D) Síndrome de QT prolongado.

2. Una joven de 15 años consulta tras desmayarse en un concierto en un día caluroso. Refiere haber tenido palpitaciones y visión borrosa y luego pérdida de conocimiento. En el último mes tuvo otros dos episodios similares. No hay antecedentes familiares de muerte súbita. El electrocardiograma y la radiografía de tórax son normales. Al realizar la prueba de la camilla basculante, se manifiestan mareos e hipotensión.

¿Cuál es la conducta más adecuada?

- A) Propanolol.
- B) Digoxina.
- C) Líquidos abundantes y alimentación ordenada.
- D) Implantación de un marcapaso.

3. Un adolescente de 12 años perdió el conocimiento mientras nadaba. Cuando se lo rescató estaba apnéico y cianótico. Recobró el conocimiento después de unos minutos de reanimación cardiopulmonar. La evaluación que se realizó durante la internación posterior mostró ritmo sinusal con Q-T corregido de 0,52 segundos.

¿Cuál es el mayor riesgo en este paciente?

- A) Prolapso de válvula mitral.
- B) Infarto de miocardio.
- C) Bloqueo cardíaco de 3.^{er} grado.
- D) Arritmia ventricular.

4. Un niño de 14 años refiere haber presentado palpitaciones, mareos y desvanecimiento mientras corría con su equipo la maratón del colegio secundario. Recobró el conocimiento unos segundos después de desmayarse y pudo interactuar de manera apropiada. Ya había tenido cuatro episodios similares. La frecuencia cardíaca es de 64 latidos/minuto y la presión arterial de 110/70 mmHg. El resto del examen es normal, al igual que la radiografía de tórax.

¿Cuál de los siguientes es el examen complementario más apropiado para determinar la causa de sus síntomas?

- A) Ecocardiograma.
- B) Electroencefalograma.
- C) Prueba de esfuerzo.
- D) Prueba de la camilla basculante (*Tilt test*).

5. Una joven de 16 años refiere que ha presentado palpitaciones en reposo durante los últimos meses. Es por lo demás asintomática y tiene tolerancia normal al ejercicio. El examen físico no evidencia anomalías. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares ocasionales. En la ergometría, a medida que avanza el ejercicio, disminuyen las extrasístoles. Pide certificado para hacer actividad física.

¿Cuál es la conducta más apropiada?

- A) Ecocardiograma.
- B) Estudio electrofisiológico.
- C) Otorgar el certificado.
- D) Electrocardiograma ambulatorio de 24 horas.

6. Valeria, 18 años, refiere que una madrugada, sintió un fuerte dolor en el pecho y el brazo izquierdo, sensación de falta de aire y de nudo en la garganta. Su corazón latía rápido. Llamó a la ambulancia y fue directo a la guardia. La revisaron, hicieron varios estudios entre ellos un ECG y la tranquilizaron. A partir de ese episodio, tuvo otros similares que ocurrieron en distintas circunstancias: en el subte, caminando por la calle, de noche en su cama. Se fueron haciendo más frecuentes por lo cual ya le costaba realizar sus actividades habituales.

¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?

- A) Arritmia cardíaca.
- B) Anomalía coronaria.
- C) Trastorno de ansiedad.
- D) Trastorno conversivo.

1. Introducción

El síncope (S) es la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, de escasos minutos de duración, con restitución espontánea y completa de la conciencia, sin evidencia de secuelas. En la población pediátrica, la incidencia del S es de alrededor del 15%.

Si bien la gran mayoría de los síncope son de etiología benigna, otros se deben a trastornos que requieren una conducta terapéutica inmediata, porque ponen en peligro la vida.

La tarea del médico es determinar, de manera retrospectiva, cuál fue la causa del S y si representa una amenaza para la salud del paciente; un alto número de pacientes permanece sin diagnóstico de certeza. La formación de un equipo multidisciplinario para abordar este problema acelera notoriamente los tiempos hasta arribar al diagnóstico, mejora los resultados finales y baja ostensiblemente los costos.

La expresión de los síntomas varía mucho de un paciente a otro y durante el día. No se ha observado una personalidad característica que pueda indicar una propensión al síncope, aunque algunos de los niños son aprensivos.

Varios cuadros pueden desencadenar un síncope vasovagal (SVV) y forman parte de un espectro de inestabilidad neurocardiogénico. Éste puede dividirse en cinco estadios, que se superponen unos con otros, sin límites precisos:

- Estadio I: Fluctuación de la frecuencia cardíaca (FC) > 20 lat./min. Las fluctuaciones de la FC en posición supina < 20 lat./min. son normales. Las fluctuaciones no se manifiestan en posición supina, pero se tornan evidentes en posición erecta. Cuánto más pequeñas son estas fluctuaciones, más estable es el control circulatorio del niño.
- Estadio II: Suspiro, bostezo, cefalea, sumados al estadio anterior.
- Estadio III: Presíncope incompleto: Hiperventilación, sensación de falta de aire, náuseas, palidez. No todos los pacientes presentan estos síntomas.
- Estadio IV: Presíncope completo: Hipotensión arterial, bradicardia, visión borrosa. El tono postural aún está mantenido.
- Estadio V: Síncope: Pérdida de la conciencia y del tono postural, acompañada de bradicardia e hipotensión.

Algunos pacientes experimentan únicamente los estadios I ó II, otros progresan a los estadios III, IV o V.

2. Clasificación

- a) Cardíaco.
- b) No cardíaco.
- c) De causa desconocida.

a) Cardíaco

Obstrucciones del tracto de salida

- Estenosis aórtica severa.
- Estenosis pulmonar severa.
- Síndrome de Eisenmenger.
- Miocardiopatía hipertrófica.

Arritmias

Taquiarritmias

- Supraventriculares: síndrome de preexcitación (Wolf-Parkinson-White).
- Ventriculares: Síndrome de Brugada.

Síndrome del intervalo QT prolongado.

Taquicardia ventricular catecolaminérgica.

Bradiarritmias

- Bloqueo auriculoventricular completo.
- Enfermedad del nódulo sinusal.

Anomalías coronarias

- Anomalías del origen o del trayecto de las arterias coronarias.

b) No cardíaco

Neurológico

- Convulsiones
- Espasmo de sollozo

Otras causas

- Hipotensión ortostática.
- Metabólicas: hipoglucemia.
- Drogas: amiodarona, quinidina, diuréticos, antidepresivos.
- Embarazo.
- Psiquiátricas: crisis conversivas, histeria, pánico, ansiedad generalizada y depresión profunda.
- Intoxicación con monóxido de carbono.

Neurocardiogénico

Síncope vasovagal (SVV)

c) De causa desconocida

a) Cardíaco

Obstrucciones del tracto de salida

Estenosis aórtica severa: Es una de las cardiopatías que, con más frecuencia, induce a crisis sincopales. Es preciso diferenciar la crisis sincopal que sobreviene después del esfuerzo inmediato (en general, de causa hemodinámica) de otras que ocurren en reposo relativo (de etiología arrítmica). Ante una reducción del flujo de salida ventricular, el volumen minuto es incapaz de aumentar durante el ejercicio, a lo que se suma la vasodilatación arteriolar durante el esfuerzo. Ambas condiciones pueden determinar hipotensión y, en algunos casos, síncope.

Estenosis pulmonar severa: La hipertensión pulmonar y algunas cardiopatías congénitas, como la tetralogía de Fallot, son causas de bajo gasto cardíaco originado en el ventrículo derecho (VD). En estos casos, el bombeo del VD es nulo o dificultoso, lo que desencadena el síncope por la correspondiente falta o dificultad de llenado del ventrículo izquierdo.

Miocardopatía hipertrófica (MH): Su mecanismo no está claro, pero puede precipitar la muerte súbita en ausencia de arritmia. La muerte podría deberse a una obstrucción aguda de la eyección ventricular secundaria a la descarga catecolaminérgica. Se debe recordar que una de las formas clínicas de la MH es asimétrica u obstructiva del tracto de salida ventricular izquierdo, o con menos frecuencia, de la región de la punta o medio ventricular. En el ecocardiograma normal, el grosor de la pared posterior en relación con el tabique interventricular es la misma, en la MH, esta relación es $> 1,3$. La otra forma clínica de la MH, simétrica, habitualmente no causa obstrucción y puede ser confundida con el síndrome de corazón de atleta. En este caso, el límite del espesor de la pared ventricular izquierda es de 16 mm.

No debe permitirse la participación en deportes competitivos a niños y niñas que superen ese límite, aquellos con obstrucción del tracto de salida con un gradiente > 50 mm, quienes presentan arritmias importantes y pacientes con antecedentes familiares de muerte súbita antes de los 40 años.

Arritmias

Los ritmos anormales se pueden detectar solo por electrocardiograma (ECG), monitoreo Holter o prueba de esfuerzo.

Las arritmias pueden causar síncope con el consiguiente riesgo si ocurren mientras una persona está nadando, andando en bicicleta, o conduciendo una motocicleta o un automóvil, en el caso de adolescentes.

Las arritmias pueden ser transitorias o permanentes, congénitas (en un corazón estructuralmente normal o no), secundarias a la reparación quirúrgica de una cardiopatía congénita (tetralogía de Fallot, ventriculotomía en atresia pulmonar, comunicación interventricular). Un desequilibrio electrolítico (hipercalemia, hipocalcemia) y determinadas sustancias (antidepresivos tricíclicos, teofilina y drogas ilegales) también pueden provocar arritmias.

Taquiarritmia supraventricular:

Síndrome Wolf-Parkinson-White, con un intervalo PR corto y una onda delta en la porción proximal del complejo QRS, que puede predisponer a episodios de taquicardia supraventricular de reentrada a través de una vía anómala.

Taquiarritmia ventricular:

Síndrome de Brugada: Obedece a una alteración genética autosómica dominante, que se localiza en el cromosoma 3 y afecta la función del canal de sodio. Es un diagnóstico clínico-electrocardiográfico basado en la aparición de períodos de síncope o muerte súbita, secundaria a taquicardia ventricular multiforme en pacientes con corazones estructuralmente normales y un patrón electrocardiográfico: bloqueo de rama derecha (BCRD) con elevación del segmento ST en derivaciones precordiales V1 a V3.

Síndrome del intervalo QT prolongado: Los niños con intervalo QT prolongado son propensos a padecer episodios de arritmias ventriculares, *torsades de pointes*, síncope y convulsiones generalizadas. El intervalo QT corregido (QTc) [$QTc = QT / \sqrt{RR}$], donde \sqrt{RR} = la raíz cuadrada del intervalo RR, se encuentra prolongado cuando está por encima del límite superior normal para la edad, habitualmente > 440 milisegundos. El trastorno se puede deber a alteraciones electrolíticas o a fármacos, pero, en la mayoría de los casos, es congénito y hereditario. < BR >.

En el **síndrome de Jerwell y Lange-Nielsen**, la hipoacusia neuroseniorial asociada es heredada como un rasgo autosómico recesivo relacionado con la mutación del gen KVLQT1 en el cromosoma 11; el síndrome del intervalo QT prolongado es heredado como un rasgo autosómico dominante y el fenotipo es más grave si ambos alelos son mutantes.

El **síndrome de Romano-Ward** es una forma autosómica dominante de síndrome del intervalo QT prolongado y no se asocia con hipoacusia. El genotipo influye sobre la evolución clínica. El riesgo de arritmias es significativamente mayor entre los pacientes con mutaciones en el locus LQT1 o LQT2, pero la proporción de episodios cardíacos letales es proporcionalmente mayor con mutaciones en el locus LQT3.

Los pacientes con **síndrome del intervalo QT prolongado** pueden desarrollar arritmias ventriculares fatales en cualquier momento, especialmente si reciben fármacos, como cisaprida, antihipertensivos, macrólidos, fenotiazida y antiarrítmicos.

Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica: Es un tipo de taquicardia ventricular que se presenta en corazones estructuralmente sanos y con intervalo QT normal. Se caracteriza por desencadenarse ante episodios de liberación adrenérgica, como la práctica de actividad física o el estrés emocional. Debe investigarse sistemáticamente en niños y adolescentes que sufren convulsiones o desmayos provocados por el ejercicio. Es una entidad que requiere del trabajo interdisciplinario del pediatra quien deriva al paciente, oportunamente, al cardiólogo para que este profesional llegue a un diagnóstico adecuado e indique un tratamiento apropiado; asimismo, el neurólogo debería sospechar esta patología y derivar a un paciente con convulsiones ante situaciones de estrés con electroencefalograma normal.

Bradiarritmias

Siempre se debe sospechar un **bloqueo auriculoventricular completo congénito** en hijos de madres con lupus eritematoso. Los niños mayores pueden carecer de síntomas y el pediatra suele derivarlos al cardiólogo por una baja FC. También se observa en cardiopatías complejas, desarrollo embriogénico anormal del sistema de conducción, tumores cardíacos, reparación quirúrgica de cardiopatías congénitas.

Enfermedad del nódulo sinusal: generada por anomalías en el nódulo sinusal o en las vías de conducción auricular, puede ocurrir sin cardiopatía congénita, pero se la observa con mayor frecuencia después de cirugías, sobre todo, auriculares, como la técnica de Mustard en la transposición completa de grandes vasos. Las taquicardias supraventriculares pueden alternarse con períodos de bradicardia (síndrome de taquicardia/bradicardia) o se pueden manifestar como mareos, palpitaciones o intolerancia al ejercicio.

b) No cardíaco

Causas neurológicas

Las **convulsiones** se manifiestan por movimientos tónico-clónicos, parciales o generalizados con retrodesviación de la mirada, tendencia al sueño posterior. Se deben descartar las convulsiones atónicas o «crisis de caída». El subtipo «atónico puro» consiste en una pérdida repentina y completa del tono de los músculos antigravitatorios que recuerda a una marioneta a la que se le cortan los hilos. Algunos pacientes con epilepsia presentan taquicardia sinusal durante el episodio.

El **espasmo de sollozo** es muy frecuente (incidencia 4,6%) y produce gran angustia a los padres o familiares que presencian el episodio. Comienza durante la lactancia y desaparece en la edad escolar. Alrededor del 80% de estos espasmos corresponde a la forma cianótica y el 20%, a la forma pálida. La crisis siempre comienza con dolor o enojo, seguido por un llanto breve, apnea, cianosis o palidez.

Otras causas

La **hipotensión ortostática** se define como una disminución = 20 mmHg. de la presión arterial (PA) sistólica al pasar de la posición acostada a la erecta. Para diagnosticar este cuadro, es necesario medir varias veces la PA en bipedestación durante un período de, al menos, 2 minutos tras 5 a 10 minutos en posición supina.

Metabólicas: Se destacan la hipoglucemia y los trastornos alimentarios.

Drogas: El antecedente de la ingesta de ciertos fármacos, como vasodilatadores (Nitratos), antidepresivos (tricíclicos, tipo inhibidores de la monoaminooxidasa); sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, alcohol), agentes que prolongan el intervalo QT (quinidina, procainamida, flecainida, amiodarona, diuréticos), orientará hacia la causa secundaria del síncope.

Psiquiátrico: Se estima que el 20% de los pacientes suele sufrir diferentes afecciones psiquiátricas que se asocian a pérdida del conocimiento y comprenden alteraciones como ansiedad generalizada, pánico, somatización, crisis conversiva, depresión profunda.

La **intoxicación con monóxido de carbono (CO)** provoca signos y síntomas inespecíficos (compartidos con una gran variedad de patologías); suele ser un cuadro proteiforme (diferentes presentaciones en cada miembro del grupo afectado, según edad, grado de exposición, enfermedad de base, idiosincrasia, etcétera). El médico que no incorpore la intoxicación con CO como diagnóstico diferencial de variados cuadros clínicos contribuirá, probablemente, a que se incremente la lista de pacientes sin diagnóstico preciso. Los órganos más afectados son los sistemas nervioso y cardiovascular. Las consultas más frecuentes son: cefaleas, náuseas, mareos, pérdida del conocimiento, precordialgia y arritmias. Los síntomas más precoces son cefaleas y mareos. La gravedad del cuadro no se correlaciona solo con los niveles de carboxihemoglobina (COHb), también depende de otros factores, como edad, patología previa y tiempo de recolección de la muestra de sangre para análisis.

Conocer los niveles permite ajustar el manejo terapéutico:

- Cuadro leve (COHb < 30%): Se caracteriza por cefaleas, náuseas, vómitos, palidez.
- Cuadro moderado (COHb 30-40%): Además de los síntomas anteriores, puede haber debilidad, confusión, pensamiento lento, taquicardia, taquipnea, ataxia.
- Cuadro grave (COHb > 40%): Somnolencia severa, desorientación, convulsiones, dolor torácico, palpitaciones, arritmias, signos de isquemia en el ECG, hipotensión, síncope.

Los hallazgos de laboratorio más frecuentes son hiperglucemia o hipoglucemia, hiperleucocitosis, aumento de GOT y GPT, acidosis metabólica, creatininfosfoquinasa (CPK), si está elevada, se

debe medir la fracción MB (fracción correspondiente al músculo cardíaco) para descartar compromiso cardíaco. La fracción MB de la CPK es normal hasta 10 a 20% de la CPK total.

El **test de troponina** es más específico, pues el CO afecta el músculo cardíaco no solo por su unión a metaloproteínas (COHb, mioglobina e hipoxia), sino también por su fijación directa a la fibra miocárdica. Las troponinas son proteínas específicas del músculo cardíaco y están ausentes en el tejido extracardíaco; su presencia en el suero en cualquier concentración detectable, es altamente específica de necrosis miocárdica.

Neurocardiogénico

Síncope Vasovagal (SVV)

Se debe a disfunción autonómica y, generalmente, se presenta luego de estar de pie sin moverse, durante un tiempo prolongado. La presentación clínica típica incluye náuseas, cefaleas, visión borrosa y sudoración antes del síncope. Algunos factores predisponentes son habitaciones calurosas y con muchas personas, posición de pie prolongada, situaciones de estrés o emocionales. Los episodios suelen ser esporádicos. En las adolescentes, se debe descartar embarazo y trastornos alimentarios.

c) De causa desconocida

Representa el mayor porcentaje de pacientes que queda sin diagnóstico de SVV y la búsqueda etiológica genera un aumento en los costos sanitarios. En algunas oportunidades, se llega a un diagnóstico durante el seguimiento.

3. Historia clínica

La anamnesis y el examen físico contribuyen a arribar al diagnóstico en el 55 al 85% de los casos.

Teniendo en cuenta la diversidad de patologías que pueden producir cuadros sincopales, es preciso señalar que, según nuestra experiencia y la de otros autores, fue sumamente útil y provechoso efectuar un minucioso y exhaustivo interrogatorio, además de la información adicional que puedan proporcionar todas las personas que hayan presenciado la crisis, ya que, de acuerdo con los síntomas, el relato y la sintomatología, se puede lograr una orientación clínica hacia el diagnóstico, antes de indicar cualquier estudio complementario.

Inicialmente, se debe interrogar a familiares, maestros u otro observador sobre los episodios que preceden y rodean al cuadro, por ejemplo, palidez, vómitos, pérdida del control de esfínteres, traumatismos por caída; si fue posible registrar la PA y la FC. Si el paciente estaba de pie en la escuela a punto de dar un examen o en la fila del colegio o en lugares cerrados, se puede sospechar un síncope de causa vasovagal.

El síncope asociado con la actividad física sugiere causa cardíaca, es potencialmente fatal, y siempre merece una evaluación y tratamiento cuidadosos.

Un adolescente con síncope cardíaco o SVV puede sufrir convulsiones si la perfusión u oxigenación cerebral disminuyen suficientemente. En estos casos, el electroencefalograma puede ser normal y el interrogatorio ayuda considerablemente a llegar al diagnóstico. Es importante informar a la familia, pues ninguno de los dos tipos se considera epilepsia o un equivalente epiléptico hasta completar los estudios correspondientes.

El ECG es considerado una parte esencial en la evaluación del síncope. Es una práctica accesible y sencilla, por lo que siempre se debe realizar de rutina en un paciente con síncope. Permite detectar trastornos del ritmo cardíaco y agrandamiento cardíaco; medir intervalos y segmentos (QTc, PR). Por otra parte, el monitoreo electrocardiográfico de 24 horas (Holter) debe ser solicitado por el cardiólogo, al igual que la prueba de esfuerzo, si es necesario.

En los casos de síncope, la prueba de esfuerzo evalúa el comportamiento de las arritmias, la FC, la PA, la capacidad funcional y la eventual aparición de síntomas; esta información contribuye a precisar el diagnóstico.

Es conveniente efectuar un ecocardiograma a un paciente con arritmias, a fin de descartar o confirmar una cardiopatía estructural.

Los antecedentes familiares aportan datos sobre sordera, síncope, muerte súbita y tratamiento farmacológico.

El examen neurológico junto con el electroencefalograma suele ser de rutina en aquellos pacientes con presunta etiología neurológica y queda a criterio del especialista la solicitud de estudios de mayor complejidad.

Entre los estudios de baja complejidad y bajo costo, son útiles los análisis de sangre para determinar glucemia, hematocrito, estado ácido-base, calcemia. Según la clínica del paciente, se solicitarán análisis de laboratorio más específicos, como carboxihemoglobina.

El examen físico permite evaluar soplos, cirugías previas, alteraciones psíquicas.

Evaluar:

- Circunstancias que condujeron al episodio: de pie, en movimiento, durmiendo.
- Característica de la pérdida de conocimiento.
- Síntomas inmediatos posteriores a la recuperación: tiende a la somnolencia, se recupera totalmente.

4. Fisiopatología

Se considera que el síncope sobreviene al pasar de posición supina a posición erecta, pues se produce el desplazamiento del *pool* venoso intratorácico hacia miembros inferiores con la consiguiente disminución del retorno venoso y del llenado ventricular. Esto estimula los barorreceptores aórticos que captan la disminución del volumen minuto y desencadenan la liberación de catecolaminas. Esto se traduce clínicamente en el aumento del inotropismo y cronotropismo que tiende a mantener el volumen eyectado en parámetros efectivos, mediante el aumento de la FC y PA diastólica por incremento de la resistencia periférica. La PA sistólica se mantiene normal o ligeramente disminuida.

Paralelamente a este circuito de integración simpático, gatillado por el sistema barorreceptor, existe un circuito de mediación parasimpático conformado por mecanorreceptores ventriculares (ubicados en la pared posterior del ventrículo izquierdo (VI)) capaces de captar modificaciones de contractilidad, llamadas fibras C, no mielinizadas, que se activan produciendo bradicardia o hipotensión. Existe controversia sobre el exacto mecanismo de la estimulación de las fibras C en este cuadro. (Figura 1).

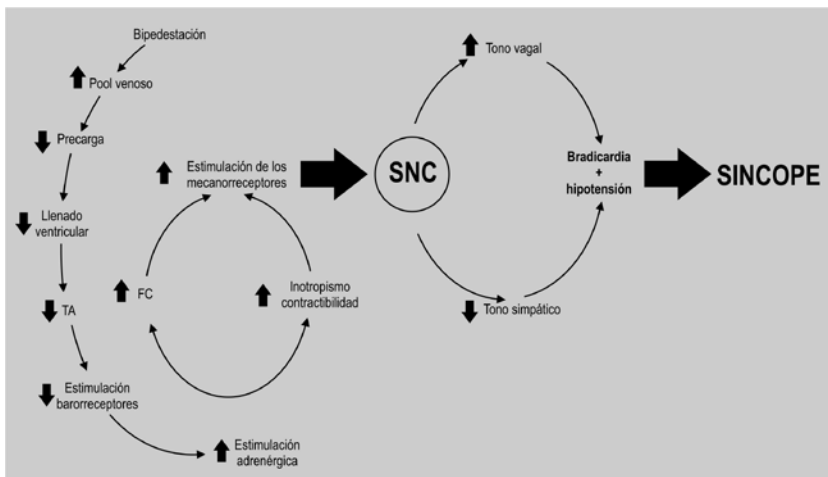


Figura 1

5. Prueba de la camilla basculante (Tilt test)

La prueba de la camilla basculante o *tilt test* es útil para evaluar pacientes con antecedentes de dos o más episodios de SVV, y exámenes cardiológico y neurológico normales. Es un método sencillo, fiable, específico y de bajo costo. Consiste en someter al paciente a un estrés ortostático estandarizado, con el fin de reproducir en el laboratorio los episodios que habitualmente presenta; permite objetivar el mecanismo fisiopatológico y los cambios hemodinámicos que desencadenan la pérdida del conocimiento (hipotensión, bradicardia, asistolia). La sensibilidad del método varía del 60 al 85% en distintas series, de acuerdo con los distintos protocolos. No hay consenso sobre un protocolo único.

En casos de episodios repetidos, donde se han descartado otros cuadros productores de síncope, esta prueba es sumamente útil para reproducir los síntomas en forma controlada.

Método

Se coloca al paciente en una camilla que puede adoptar una posición a 80°. En nuestro protocolo, se coloca al paciente 10 minutos en posición supina, con control de la PA y la FC. Se monitorea la PA con manguitos adecuados, la FC a través de un monitor en forma continua y se realiza un ECG en cada control. Luego, se cambia a posición 80°, donde se efectúan controles cada 3 minutos hasta que aparezcan síntomas o se cumpla el protocolo de 30 minutos. Si surgen síntomas, se regresa a posición supina a 0°. En reposo, se efectúan los mismos controles durante 10 minutos (Figura 2). En la Figuras 3 y 4, se muestra la planilla y el ECG registrado durante esta prueba.

Resultado de la prueba

Normal:

- Modificaciones de la FC del 20% con respecto al valor basal.
- PA no inferior a 80 mmHg del valor sistólico.
- Asintomático.

Anormal:

Respuesta vaso depresora:

La PA sistólica disminuye por debajo del 60% del valor basal o 30 mmHg.

Síntomas: palidez, sudoración, náuseas.

Respuesta cardioinhibitoria:

Disminución de la FC > 20% del valor basal.

Aparición de pausa sinusal de, al menos, 3 segundos, o asistolia.

Respuesta mixta:

Combinación de las dos respuestas.

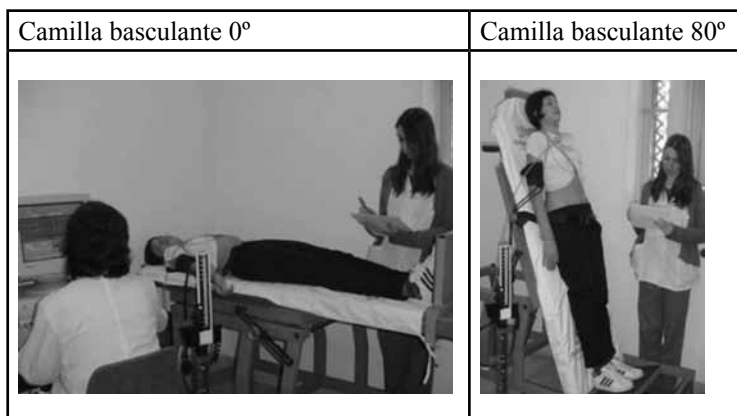


Figura 2

Figura 3. Planilla de datos de la prueba de la camilla basculante

TILT-TEST

NOMBRE: Z C FECHA: 19/10/93

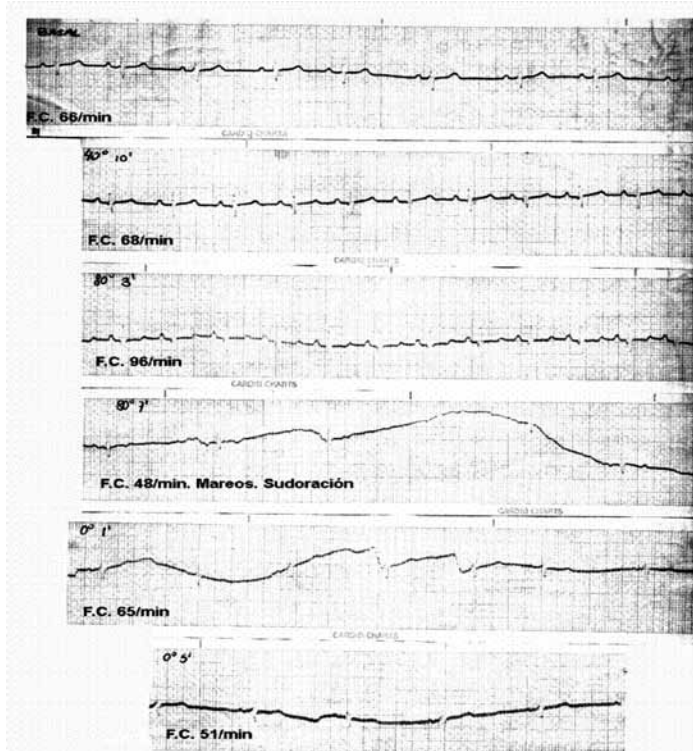
EDAD: 13 años SEXO: [M] [/]

	FC	TA	SINTOMAS
BASAL 10'	66	118/60	-
80º 3'	96	100/60	-
80º 6'	108	95/45	mareo
80º 7'	48	55/0	mareo, sudoración
0º 1'	65	95/45	mareo, sudoración
0º 2'	53	108/50	mareo
0º 3'	54	110/55	-
0º 4'	55	108/50	-
0º 5'	51	106/55	-
0º 6'	53	105/60	-
0º 7'	54	104/60	-
0º 8'	55	105/55	-
0º 10'	60	108/60	-
0º 15'	61	110/60	-

COMENTARIO: Durante el procedimiento presentó caída de la TA, asociada a bradicardia sinusal, a los siete minutos de permanecer a 80º, acompañado de mareos y sudoración profusa. Siendo llevado inmediatamente a 0º, recuperando sus valores tensionales y de FC.

CONCLUSION: TILT-TEST POSITIVO, ANORMAL POR BRADICARDIA E HIPOTENSION

Figura 4. ECG realizado al paciente durante el tilt test



6. Tratamiento

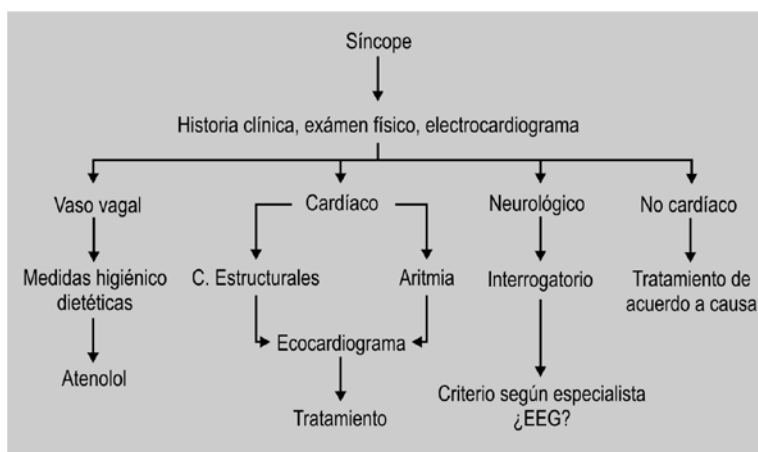
El tratamiento consiste en implementar medidas higiénico-dietéticas (adoptar el decúbito horizontal cuando aparecen los pródromos) para evitar las situaciones o factores desencadenantes. En la mayoría de los casos, estas medidas son suficientes para abolir los episodios o disminuir la frecuencia.

Si se registran uno o dos episodios aislados, con características clínicas de SVV y ECG normal, se indican medidas higiénico-dietéticas y se observa la evolución clínica. La frecuencia del SVV suele disminuir cuando se les explica a los padres la forma de presentación.

Si el paciente ha sufrido tres o más episodios en el último año, compatibles con SVV, se evalúa la posibilidad de realizar la prueba de la camilla basculante. Un paciente con una prueba positiva y que no mejora con las medidas higiénico-dietéticas, debe ser sometido a tratamiento farmacológico.

El fármaco de primera elección es atenolol (1 o 2 mg/kg/día), porque es bien tolerado y provoca escasos efectos colaterales. En nuestra experiencia, después de un año de tratamiento, no se registraron nuevos episodios.

7. Algoritmo



8. Respuestas a las viñetas clínicas

1. Commotio cordis.
2. Líquidos abundantes y alimentación ordenada.
3. Arritmia ventricular.
4. Prueba de esfuerzo.
5. Otorgar el certificado.
6. Trastorno de ansiedad.

9. Bibliografía

ADAM STRICKBERGER, S., D. WOODROW BENSON, I. BIAGGIONI et ál. «AHA/ACCF Scientific Statement on the Evaluation of Syncope». *Circulation*, 2006, 113: 316-327. Disponible en: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/113/2/316?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RES ULTFORMAT=&fulltext=syncope&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=113&issue=2&resourcetype=HWCT>>.

- BECHIR, M., C. BINGGELI, R. CORTI, R. CHENEVAR, L. SPIEKER, F. RUSCHITZKA, T. F. LÜSCHER y G. NOLL. «Dysfunctional Baroreflex Regulation of Sympathetic Nerve Activity in Patients With Vasovagal Syncope». *Circulation. American Heart Association, Inc.*, 2003, 107: 1620. Disponible en: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/107/12/1620?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=vaso+vagal+syncope&searchid=1&FIRSTIND EX=0&resourcetype=HWCIT>>.
- CARDOSO, P. y E. CARGNEL. «Intoxicación aguda por monóxido de carbono». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*, 1999, 41(181): 23-27.
- CHRONISTER, T. E. «Pediatric neurologist as consultant in evaluation of syncope in infants and children: when to refer». *Prog Pediatr Cardiol*, 2001, 13(2): 133-138.
- KAPOOR, W. N., M. KARPF, Y. MAKER, R. MILLER y G. LEVERY. «Syncope of unknown origin: The need for a more cost-effective approach to its diagnostic evaluation». *JAMA*, 1982, 247: 2687-2690.
- KOCHILAS, L. y R. E. TANEL. «Evaluation and treatment of syncope in infants». *Prog Pediatr Cardiol*, 2001; 13(2): 71-82.
- LONG, J. B., R. J. KANTER y A. GARSON, Jr. «Neurocardiogenic syncope: An increasingly recognized entity». *Focus & Opinion*, 1995, 1(3): 186-193.
- NARCHI, H. «El niño que pierde el conocimiento». *Pediatr Rev* (en español), 2000, 21(11): 384-388.
- SAMOIL, D. y B. P. GRUBE. «Head-up tilt table testing for recurrent, unexplained syncope». *Clin Cardiol*, 1993, 16: 763-766.
- SILVESTRE, E. y M. LÓPEZ. «Tilt test en pediatría». *Medicina Infantil*, 1999, 6(2): 162-165.
- SINGH, A. y M. SILBERBACH. «Evaluación cardiovascular anterior a la actividad deportiva». *Pediatrics in Review*, 2007, vol. 28 N.º 5.
- STEINBERG, L. A. y T. K. KNILANS. «Costs and utility of tests in the evaluation of the pediatric patients with syncope». *Prog Pediatr Cardiol*, 2001, 13(2): 139-149.
- THILENIUS, O. G., K. J. RYD y J. HUSANI. «Variations in expression and treatment of transient neurocardiogenic instability». *Am J Cardiol*, 1992, 69: 1193-1195.
- WILLIS, J. «Syncope». *Pediatr Rev*, 2000, 21(6): 201-204.

Motivos de consulta psicológicos y relacionados con el aprendizaje

Índice

● Capítulo 44

Motivos psicológicos de consulta frecuente

1. Conceptos Generales - Introducción
2. Criterios de salud y enfermedad en adolescentes
 - 2.1. Criterios generales
 - 2.2. Desarrollo de autonomía y sentimiento de identidad
3. Motivos de consulta frecuente
 - 3.1. Trastornos de ansiedad
 - 3.1.1. Las diferentes expresiones de los trastornos de ansiedad
 - 3.1.2. Patología que tiene al Cuerpo como escenario: Diagnóstico diferencial
 - 3.2. Trastorno del Ánimo
 - 3.2.1. Trastornos Depresivos
 - 3.2.1.1. Diagnósticos diferenciales
 - 3.2.1.2. El intento de suicidio
 - 3.2.2. Trastorno Bipolar
 - 3.3. Trastornos de conducta
 - 3.3.1. Actuaciones
 - 3.3.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
 - 3.4. Psicosis
 - 3.4.1. Síntomas psicóticos de la esquizofrenia
4. Bibliografía

● Capítulo 45

Cuando el aprendizaje se transforma en una dificultad

1. ¿Cómo entendemos al desarrollo cognitivo?
2. ¿Qué sucede si se produce un desajuste en la organización cognitiva?
3. Algunas reflexiones sobre los jóvenes y el sistema educativo.
4. ¿La cultura de la imagen supone peligros?
5. Algunas otras cuestiones
6. Bibliografía

Capítulo 44

Motivos psicológicos de consulta frecuente

Dra. Valentina Esrubilsky,
Dr. Gabriel Kunst

1. Conceptos Generales - Introducción

Nos proponemos brindar herramientas que faciliten la detección de adolescentes con riesgo de trastornos psicológicos. Es importante utilizar criterios del desarrollo adolescente para la diferenciación entre los cuadros francamente patológicos, situaciones evolutivas y crisis vitales. *Interesa diferenciar entre desarrollo normal vs. desarrollo patológico, y salud vs. enfermedad.*

Criterios Generales para Identificación de Síntomas Psicológicos en la Etapa Adolescente

- Alta Dimensionalidad de la Sintomatología.
- Noción de Crisis Evolutiva.
- Dos Tareas Centrales de la Adolescencia: Identidad y Sexualidad.
- La Cultura de la Población.
- Los Criterios del Profesional.

En psiquiatría, la mayoría de las manifestaciones sintomatológicas tienen alta *dimensionalidad*. Esto significa la existencia de un *espectro* que va de lo normal a lo patológico sin una clara delimitación. Las diferencias son cuantitativas entre la salud y la enfermedad e involucran decisiones clínicas que deberían tomarse en función de tres cuestiones: a) malestar subjetivo (tanto en el joven como en la familia); b) duración y c) deterioro o déficit en actividades de la vida cotidiana.

Diferencias entre salud y enfermedad

- Deterioro o Déficit.
- Malestar subjetivo: en el joven y/o en la familia.
- Prolongación en el tiempo.

La ansiedad y la angustia son ejemplos de *síntomas de gran dimensionalidad*. Lo mismo ocurre con aquellas situaciones, cuya forma de presentación en la adolescencia, no tienen el mismo significado que su manifestación temprana (a los 7 años) o su presentación en adultos. Un adolescente puede estar triste como reacción esperable a acontecimientos de su vida, pero si dicho estado se prolonga cierto tiempo o afecta su rendimiento escolar o provoca excesivo sufrimiento, es posible considerar la presencia de un cuadro depresivo. Por el contrario, hay otros cuadros, que lejos de ser evolutivos o aparecer como reacción a situaciones vitales, representan *verdaderas distorsiones o desviaciones en el desarrollo*. Éstas no se presentan en situaciones normales y significan una alteración cualitativa. Son ejemplos de esto el autismo y la psicosis.

Es imposible no incluir en el proceso diagnóstico la *cultura* de la población, las *teorías* del profesional y la *idiosincrasia* del ambiente que rodea al adolescente.

Las manifestaciones sintomáticas y las crisis son cuadros complejos que requieren de una comprensión abarcativa del psiquismo que, sin descartar lo biológico, incluya a la vida emocional interna del adolescente, el nivel familiar y el social.

Haremos un recorrido por los *motivos de consulta más frecuentes*, tratando de diferenciar entre salud y enfermedad.

2. Criterios de salud y enfermedad en adolescentes

2.1. Criterios generales

La adolescencia está asociada a la noción de *crisis*. Este término no divide entre normal y patológico; es más, admite en el terreno de lo normal conductas que en otro momento merecerían el calificativo de patológicas. Su ambigüedad se podría pensar con valor organizador y, a la vez, con potencial destructivo.

Para evaluar a un paciente, el psiquiatra toma en cuenta el proceso que atraviesa el sujeto, los modos en que está organizado su aparato psíquico, los síntomas que presenta o ha presentado, las tareas específicas de la adolescencia (instauración de la sexualidad genital, desarrollo de la autonomía, sentimiento de identidad) y, finalmente, el modo de articulación de la organización psíquica actual con la organización anterior (infancia).

Consideramos necesario hacer, entonces, un breve comentario acerca de dos puntos importantes en el proceso adolescente: *la sexualidad y la identidad*.

Los cambios corporales rápidos provocan miedo, extrañeza, incomodidad y desconcierto. El cambio en el aspecto corporal y las nuevas funciones de sus órganos, propias de los adultos, resultan difíciles de integrar a la imagen que tienen de sí mismos. Como estos cambios se dan en la pubertad, es interesante rastrear esta etapa en la historia. Resulta importante observar las características con las que se la atravesó, ya que los cambios corporales puberales pueden ser motor de patología en la adolescencia.

Podemos describir ideas neuróticas acerca de las formas corporales o con sobrevaloración de partes del propio cuerpo. Algunas de ellas son vividas como infalibles para la seducción; son las denominadas dismorfofilias, que son en general transitorias. En cambio, en las dismorfofobias, el adolescente cree estar afectado por deformaciones físicas.

Viñeta clínica:

Claudia, de 14 años, se encuentra en pleno desarrollo y usa ropa que le cubre totalmente su pecho; además ha adquirido una postura que acompaña la necesidad de esconderse. Ella manifiesta su incomodidad, ya que se siente fea y deforme pues cree que sus pechos son demasiado exuberantes. Esta idea le provoca inhibiciones importantes en sus conductas, actividades y en las relaciones que establece.

Nos encontramos frente a una obsesión de la mirada de los demás dirigida al propio cuerpo a causa de los profundos cambios que ocurren en la pubertad. Es una forma particular de no aceptar el propio cuerpo. Sabemos que la relación del joven con su cuerpo es un indicio para medir la integridad yoica (relación estrecha entre imagen corporal y funciones del yo).

También podemos encontrar hipocondrías transitorias. Cuando esta sintomatología reviste mayor intensidad, nos encontramos con cuadros francamente patológicos: el delirio somático de rechazo, delirio somático de aceptación o hipocondría duradera.

En relación con la sexualidad, son comunes de encontrar los temores hipocondríacos relacionados con las primeras eyaculaciones, con la menarca, con las primeras masturbaciones y con las primeras relaciones sexuales.

Viñeta clínica:

Pedro, de 17 años, consulta de manera reiterada al médico clínico, manifestando distintas preocupaciones en cada una de las consultas: dificultades respiratorias, intestinales, cardíacas, urinarias, etcétera. En sucesivas entrevistas, el médico descubre que Pedro ha iniciado su actividad sexual y que le preocupa contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

Cuando se llega a la realización del acto sexual, podemos pensarlo como la posibilidad de una salida exogámica, es decir, la capacidad de sustituir los vínculos intrafamiliares por un vínculo extrafamiliar.

También, a las primeras relaciones sexuales, se las puede observar al servicio de distintos significados que, habitualmente, aparecen en la conflictiva adolescente como requisito para sentirse incluido en un grupo de pares, como conducta contrafóbica frente a la sexualidad, búsqueda de madurez, desafío frente a los padres, defensa frente a una fantasmática angustiante (como forma de contrarrestar fantasías de homosexualidad que aparecen frecuentemente en la adolescencia).

2.2. Desarrollo de autonomía y sentimiento de identidad

El adolescente realiza un trabajo de duelo por los padres de la infancia lo cual implica desidealizarlos y producir modificaciones en el ideal del yo (los padres ya no son garantes de su realización futura) y en las identificaciones, con lo cual deben ser suplantados por otro sostén identificatorio: grupo de pares, modelos en el deporte, música, etcétera.

El adolescente normal articula las primeras relaciones objetales, identificaciones precoces y fantasías inconscientes con las experiencias objetales actuales determinadas por las significaciones genitales y con las representaciones culturales que permiten intercambios proyectivos e introyectivos con el mundo exterior y los nuevos objetos, lo que conlleva un sentimiento de sí mismo modificado y aumentado, heredero de la adolescencia normal. Esta tarea solo es posible si el yo mantiene posibilidades de elaboración y de control con mecanismos de defensa adecuados y, si la regresión y la actividad pulsional no suscitan una fantasmática arcaica excesivamente angustiada. De ocurrir tal cosa, surgen las inhibiciones, como consecuencia de la retirada de los investimentos objetales: aparecen ciertas formas pobres de conductas, sentimientos de vacío, irrealidad o futilidad. En muchos casos, como contrainvestimento de las fantasías, aparecen defensas rígidas (clivaje, proyección, negación omnipotente, aislamiento) que implican una gran fragilidad narcisista. Todo este proceso muestra la característica fragilidad narcisista del adolescente y los sentimientos de depresión por la pérdida de los modelos idealizados de la infancia que les otorgaban poder y autonomía.

A lo largo del período de latencia, los padres y todo el grupo familiar cumplen alguna función de apuntalamiento narcisista, de yo auxiliar, de continente, función que cada vez es más difícil de mantener; de ahí la búsqueda de una persona o grupo sustituto. La distancia entre algunas realizaciones de ellos, más o menos megalománicas, y la percepción desengañada alimentan las diversas formas de la depresión por inferioridad y las diversas formas de fracaso en los sentimientos de autonomía y de identidad.

Es decir, la visión de los padres de la infancia, de características omnipotentes y omniscientes, cambia por la de los padres reales con sus dificultades e inhibiciones. Esto produce sentimientos de depresión y la necesidad de buscar nuevos modelos identificatorios (amigos, figuras del deporte, de la música, de la política).

La posibilidad de confrontar con los padres es lo que posibilita la progresión de la civilización. Es importante diferenciar distintos tipos de confrontación: las que posibilitan el crecimiento, las que surgen por necesidad de diferenciarse de padres muy invasivos, como trasgresión a las normas y como ruptura con la realidad.

Es una función de la vida adulta poder contener y enfrentar el desafío que nos plantean los adolescentes tanto a padres, docentes, profesionales de la salud y toda institución que trabaje con ellos.

3. Motivos de consulta frecuente

3.1. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son un fenómeno prevalente. Se ha estimado en diferentes estudios epidemiológicos que entre el 10 y el 20% padece alguna forma de este grupo de trastornos. Suelen acompañarse de un impacto negativo en múltiples dominios, tales como aislamiento o evitación del contacto y la comunicación social, baja autoestima, gran hipersensibilidad y depresión.

Este grupo de cuadros suelen ser mejor reconocidos por el mismo adolescente. Los mejores interlocutores en la comunicación de estos síntomas son los jóvenes en tanto los padres podrían permanecer ignorantes de la situación. El hecho de que cursen sin problemas conductuales hace que los adultos, muchas veces, no reparen en la existencia de estos trastornos.

3.1.1. Las diferentes expresiones de los trastornos de ansiedad

- Ansiedad por separación.
- Fobia social.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad generalizado.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno de pánico.

Es importante destacar que en el contexto de estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia.

La crisis de angustia, también llamada crisis de pánico, se caracteriza por la aparición súbita, brusca, de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados por sensación de muerte inminente. Durante las crisis también aparecen palpitaciones, malestar torácico, sensación de falta de aire, atragantamiento o asfixia y temor a «volverse loco» o a perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad en lugares o situaciones donde escapar o encontrar rápidamente ayuda puede ser difícil (paseos por el campo, supermercados, recitales o eventos multitudinarios).

La ansiedad de separación es común en la infancia y, más rara, en la adolescencia. La característica principal es ansiedad excesiva en relación con el alejamiento del hogar o de las figuras más cercanas y familiares (los sujetos presentan dificultades para quedarse en casa de amigos, ir de campamento o, simplemente, concurrir al colegio).

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa en respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público (lecciones, exámenes orales, conversaciones con pares, etcétera). En cambio, las fobias específicas se presentan en respuesta a la exposición a objetos específicos temidos y dan lugar a conductas de evitación (fobia a los perros, a los insectos, alturas, claustrofobias).

El trastorno de ansiedad generalizada presenta ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes durante al menos seis meses. El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por obsesiones que causan malestar y ansiedad y por compulsiones o rituales cuya razón es neutralizar dicha ansiedad. El trastorno de pánico se caracteriza por crisis recidivantes ya sea con agorafobia o sin ella y, por último, el trastorno por estrés postraumático es la reexperimentación de acontecimientos traumáticos. Estos trastornos suelen ser comórbidos con la depresión.

La ansiedad no aparece frente a un estímulo interno o externo, es autónoma, y su intensidad produce sufrimiento y restricciones en la conducta.

Los signos y síntomas de ansiedad son palpitaciones, taquicardia, incremento leve o moderado de presión arterial y enrojecimiento facial, taquipnea, erupciones cutáneas, variaciones en la temperatura corporal, aumento de la perspiración y parestesias, temblores, tensión muscular y calambres, náuseas, diarrea y dolor abdominal, cefaleas, dolor precordial, estado hiperalerta, insomnio, pesadilla, vértigos, desmayos, aumento de la frecuencia miccional.

Pueden surgir miedos verbalizados, sobresalto, tensión, nerviosismo, inquietud, irritabilidad, sentimiento de muerte inminente, desrealización y despersonalización.

Se acompaña la sintomatología de retraimiento, dependencia, vergüenza, necesidad de protección y acompañamiento, con rechazo a situaciones de riesgo.

Como se observa, hay gran compromiso somático.

3.1.2. Patología que tiene al Cuerpo como escenario: Diagnóstico diferencial

Trastornos de somatización: el joven presenta incapacidad de crear fantasías, imposibilidad de producir conflictos psíquicos y tiene manifestaciones somáticas directas y sin sentido simbólico.

La relación del joven con su cuerpo es uno de los indicios para medir la integridad de su yo; este criterio se basa en la íntima relación que existe entre la imagen corporal y las funciones del yo, en especial, la percepción, el juicio de realidad y la motricidad.

La motricidad siempre está ligada a una experiencia emocional impuesta por una relación con otras personas. Se vive el cuerpo simultáneamente con el otro en virtud de la emoción que éste expresa y suscita en él. Normalmente, la descarga somática tendría, en parte, la función de proteger la estructura mental de una cantidad de carga imposible de contener y que, de otro modo, barrería con ella.

Pero cuando se observa un incremento del acontecimiento somático, tendencia a la actuación y accidentes, entendemos que se trata de distintas expresiones del fracaso del trabajo psíquico de ligadura. A través de ellos, se drena, por caudales somáticos y vías biológicas, el exceso de excitación que no puede ser procesado mentalmente, quedando el sujeto expuesto a los efectos de la cantidad y a la urgencia de su descarga.

El punto central en el acontecimiento somático es la falla en la capacidad de la función simbólica de los sujetos que la padecen. Nos encontramos con actos evacuativos de la tensión, que no son contenidos por el pensamiento y que utilizan las vías somáticas facilitadas, culminando en la aparición del acontecimiento somático. Éste se inserta en el imperio del acto, opuesto al imperio de la fantasía.

Viñeta clínica:

Lucía consulta derivada por su médico clínico por presentar hepatitis autoinmune. La preocupación y dificultades que éste observa surgen en el manejo de esta enfermedad y su evolución. La paciente no manifiesta angustia, su discurso muestra poca capacidad simbólica, es un relato de hechos en el que no puede hacer referencia a fantasías, asociaciones, sentimientos, etcétera. Son los pacientes a quienes uno les pregunta y contestan «nada más», «eso es todo». Es el interlocutor el que siente en relación a sus relatos, pero no la paciente; ella sabe que tiene que venir por las razones dadas por su médico, no porque tenga necesidad o piense algo acerca de la derivación a una terapia psicológica.

Histeria de conversión: los mecanismos de defensa habituales no bastan para contener el conflicto y es el cuerpo el encargado de manifestar, hay contenido simbólico en el síntoma. El diagnóstico diferencial es con cuadros orgánicos y psicóticos.

Viñeta clínica:

Gloria tiene 17 años y consulta por cuenta propia al darse cuenta que está teniendo dificultades alimenticias. Hace un año que comenzó a cuidarse con la comidas y, de tanto cuidado, no come. Luego, al comer empieza a vomitar. Vomita solamente en su casa, generalmente por la noche, cuando su padre se va a dormir. Sus padres están separados. Vive con su padre y está ella a cargo de todo el manejo de la casa: esperar al padre con la comida lista, hacer la limpieza de la casa, ir al supermercado. Con su madre está peleada desde los 13 años cuando ésta la echó de su casa. Su padre trabaja en un kiosco de diarios y revistas. Su dificultad alimenticia cede al poco tiempo de trabajo. En una sesión refiere que se siente mal, que le bajó la presión y que se está por desmayar. Quiere hablar, pero se mareo. Comienza a ponerse pálida debiendo recurrir a la médica para que la examine. Luego de ser revisada, puede continuar con su relato y al finalizar la sesión dice que le hizo bien haber hablado porque ya se siente mejor, que seguramente el malestar tenía que ver con lo que le estaba pasando y no lo podía decir.

Gloria tiene capacidad de simbolizar, asociar y significar aquello que aparece como síntoma. Vemos un aspecto histórico de la adolescente, pues puede significar emocionalmente algo que su cuerpo estaba expresando.

Expresión de aspectos psicóticos: estados corporales extraños con posturas, movimientos y expresiones bizarras. En el adolescente psicótico, el cuerpo, sus zonas y funciones se hallan sorprendentemente desparramadas y el propio espacio corporal, constantemente desgarrado y parcelado por el surgimiento de los afectos.

Se observan alteraciones de la conciencia y vivencias corporales extrañas. Son desórdenes polimorfos y responden a diversos grados de desintegración mental; transformaciones corporales ilusorias, falseamiento de necesidades corporales, fenómenos de despersonalización. La alteración se experimenta como una alteración de todo el sujeto y no solamente de su cuerpo.

Viñeta clínica:

Matías, de 17 años, consulta por mareos, dolor de cabeza y sensación de perder el equilibrio cuando camina. Entra al consultorio totalmente tieso, valiéndose de las paredes para su desplazamiento. Su marcha se asemejaba a un ciego. Como antecedente, se trata de un joven con poco contacto social y con dificultades de relación y de comunicación en su infancia; a tal punto que en el jardín piden una evaluación auditiva para descartar sordera.

Estamos, dinámicamente, frente a un proceso adolescente perturbado, en donde se manifiesta una personalidad esquizoide, siendo el cuerpo depositario de vivencias y fantasías persecutorias y terroríficas. Se observan ciertos mecanismos fóbicos y obsesivos que comenzaron a fallar dando, entonces, lugar a la invasión en el yo, por la parte psicótica de la personalidad.

Resulta importante hacer una referencia a las lesiones provocadas en el cuerpo por el propio adolescente, cortes con elementos, tales como cuchillos, *cutters*, agujas. Los observamos como la búsqueda de límites corporales que responden a un estado de desintegración psíquica, hecho referido en adolescentes *borderline*.

Es importante hacer una diferencia en relación al sentido de los tatuajes, que son parte de la cultura adolescente actual y que tienen un objetivo y una significación clara, con contenidos simbólicos, y realizados, en su mayoría, con cuidado. Aparecen como un intento de dar continuidad his-

tórica a lo que fue y continúa siendo, es él mismo, y que, además, logra que una parte de su cuerpo permanezca idéntica en el transcurrir del tiempo, en oposición a todos los cambios corporales que se suceden.

3.2. Trastorno del Ánimo

Los trastornos del estado de ánimo pueden tener dos formas: los trastornos depresivos y los bipolares.

La depresión más habitual en la adolescencia es la neurótica, reactiva, con sus mitos correspondientes y conflictos, que tienen como planteo común el impacto traumático de los cambios corporales en la pubertad y el estatus de los padres en relación con la desidealización sufrida en el proceso adolescente y de sus efectos desorganizadores y reorganizadores en el funcionamiento mental.

En el adolescente normal se observan conductas que pueden dar lugar a confusión con otros cuadros, por ejemplo: el silencio, cierta necesidad de soledad, de retracción, de encierro en su cuarto. Se trata de la necesidad de mantener áreas de reserva de información entre los padres y su actividad grupal que va a constituirse, en el futuro, en la vida íntima del adulto. Es importante diferenciar con el cuadro que manifiesta el paciente fronterizo que no tiene privacidad o que la ejerce de manera exagerada o persecutoria (secretos).

Viñeta clínica:

Omar consulta por sentirse muy preocupado por ideas que lo atormentan permanentemente, todas referidas al orden y a la limpieza de los objetos, además debe lavarse las manos varias veces por día. Al preguntarle sobre su vida de relación, se manifiesta incómodo, se molesta y, al final de la entrevista, hace un comentario de protesta y muestra mucha molestia en relación a mi interés sobre saber acerca de su intimidad.

Se trata de un paciente que manifiesta síntomas obsesivos y ansiedad paranoide frente al interlocutor, no se trata solamente de un adolescente que resguarda su intimidad, tiene la sensación exagerada de estar siendo mirado o invadido.

El deseo de estar a solas que presenta el adolescente normal, con cierto desgano o abulia, se lo puede confundir con depresión. La capacidad de estar a solas es un testeó de la constitución e integración del aparato psíquico.

3.2.1. Trastornos Depresivos

Se presentan con un trastorno profundo en el estado de ánimo, manifestados por humor irritable, depresivo, con falta de interés o de placer. Generalmente, está asociado con cambios significativos en los patrones de sueño, peso, apetito, actividad, concentración, autoestima y motivación. Estos síntomas se acompañan de cambios con respecto al funcionamiento previo y de déficit en las relaciones sociales o en el desempeño de actividades. La depresión también puede aparecer por lo negativo, es decir, porque no aparece aquello que debiera verse en la adolescencia. Se expresa por una restricción de las áreas de interés, pobreza de expresiones motrices, una calma y un repliegue que abarca los vínculos sociales familiares, el descenso del rendimiento escolar, dificultades de concentración y de conflicto con el aprendizaje.

Es necesario diferenciar los cuadros depresivos de aquellos asociados al abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedad médica.

Los niños tienden a mostrar más síntomas de ansiedad (fobias, angustia de separación) y quejas somáticas; los adolescentes tienden a desplegar más problemas con el sueño y el apetito, delirios, ideación e intentos suicidas junto con disminución del funcionamiento global, con más problemas de conducta.

Viñeta clínica:

Marisú es una joven de 19 años que consulta por un estado de tristeza, sensación de soledad y confusión respecto a sus proyectos futuros, crisis en la relación de pareja que mantenía desde hace un año y peleas continuas con su madre. Este episodio tiene como antecedente la salida de vacaciones con un grupo de amigas que fumaban marihuana a diario y de quienes, la adolescente, entonces, se sintió distinta, excluida e incómoda.

La joven atraviesa un episodio depresivo, que la ubica en crisis con todos sus vínculos, pero que no la complica en todas sus áreas de funcionamiento y que, además, responde al tratamiento psicoterapéutico. Es un cuadro depresivo en una adolescente neurótica, quien no había atravesado anteriormente esta etapa de quiebre, cuestionamiento y confrontación con sus padres, colocándola entonces en la búsqueda de nuevas identificaciones, con las frustraciones, diferencias, e incorporaciones consecuentes.

Los trastornos depresivos son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. El primero cursa con uno o más episodios depresivos mayores (dos semanas de síntomas), en cambio, el segundo consiste en sintomatología leve pero persistente durante dos años.

3.2.1.1. Diagnósticos diferenciales

Hay otras depresiones más atípicas que tienen características psicóticas y que anuncian la disociación esquizofrénica o el trastorno bipolar.

Depresión Psicótica: depresión más grave, presenta resistencia al tratamiento.

Al examen psiquiátrico, se encuentran los síntomas correspondientes a los cuadros psicóticos.

Depresión en el Trastorno Bipolar: presenta retardo psicomotriz, hipomanía inducida por medicación e historia familiar de bipolaridad, resistencia al tratamiento, incluido el farmacológico, y se observan características psicóticas con interpretaciones delirantes de la realidad, como ciertas ideas megalománicas. Éste es un diagnóstico posible, inclusive, en la depresión grave sin componente maniaco.

Viñeta clínica:

Juan es un joven de 17 años que llega a consulta manifestando preocupación y angustia por un malestar que lo viene aquejando desde hace más de un año. El síntoma consiste en la necesidad imperiosa y urgente de defecar acompañado de dolor abdominal, situación por la cual reduce sus actividades por temor a no llegar al baño, ya que en algunas pocas oportunidades no le resultó posible la continencia fecal. Se descarta patología orgánica. Al decir del paciente, esta sintomatología se agrava y, al mismo tiempo, se acompaña de la negativa del joven a usar otro baño que no sea el de la casa; situación que colabora con el deterioro de sus actividades, tanto escolares como sociales. Los síntomas lo llevan a abandonar el colegio y a, prácticamente, reducir todas sus salidas. Sale, solamente, para concurrir al hospital. Juan manifiesta trastornos del sueño, hipersomnia durante el día, motivo por el cual permanece gran parte del tiempo durmiendo; trastornos de la alimentación, pues trata de comer poco para lograr disminuir la necesidad imperiosa de defecar y, consecuentemente, disminución del apetito; trastorno del ánimo, pérdida de interés en todas sus actividades, dificultad para concentrarse, episodios de ideación suicida; se siente triste y desanimado respecto a poder ser ayudado en su sintomatología somática.

Dada la cronicidad de la sintomatología, el compromiso global de sus actividades y vida de relación; el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades; los cambios en el apetito, en el sueño, en la actividad psicomotora; la falta de energía, la dificultad para pensar y para concentrarse; la ideación suicida; la resistencia al tratamiento, incluyendo el farmacológico; y ciertas interpretaciones delirantes de la realidad, los estados hipomaniacos, como ciertas ideas megalomaniacas que presentaba, más los antecedentes familiares de bipolaridad, podemos pensar en una depresión de un trastorno bipolar.

3.2.1.2. El intento de suicidio

Es el paso a la acción del adolescente que cursa una depresión. El cuadro de mayor riesgo suele ser la depresión ansiosa. Es necesario tener en cuenta al indicar medicación, que los antidepresivos mejoran, en un primer momento, la volición y, luego, el ánimo, con lo cual aumenta el riesgo de querer matarse. Por lo cual, la prescripción de los antidepresivos debe estar dentro de un contexto terapéutico que abarque el trabajo y alerta con los padres y la psicoterapia individual.

Hay otros cuadros que pueden tener intentos de suicidio: adolescentes obsesivos graves, con histerias graves o descompensaciones psicóticas agudas.

Se ha encontrado que estos adolescentes están más expuestos a aspectos tensionantes como discordias parentales, abuso sexual y físico y tienen familias más predisuestas al abuso de sustancias y a la depresión.

Los síntomas depresivos y los antisociales están frecuentemente asociados. La depresión y el abuso de sustancias son identificados como factores importantes de riesgo.

Los riesgos de recaídas aumentan en pacientes con antecedentes de intento de suicidio.

3.2.2. Trastorno Bipolar

Los trastornos bipolares implican la presencia de episodios maníacos, episodios mixtos y episodios hipomaniacos normalmente acompañados de episodios o estados depresivos previos o concomitantes.

Los niños y adolescentes con trastorno bipolar experimentan múltiples episodios con ciclado rápido y la sintomatología está coloreada por tareas del desarrollo. A pesar de tener los clásicos síntomas de manía e hipomanía, una gran proporción de jóvenes no cumplen con el criterio de duración de 4 a 7 días requerido por el DSM IV para hipomanía o manía, respectivamente. La mayoría de los adolescentes derivados por episodios maníacos o hipomaniacos se presenta con severa irritabilidad, labilidad anímica, tormentas afectivas, extrema intolerancia, ansiedad, depresión, impulsividad, hiperactividad, desatención, con o sin la clara periodicidad requerida por la descripción clásica de los episodios maníacos del trastorno bipolar. Algunos autores refieren que la característica de grandiosidad, fuga de ideas y necesidades disminuidas de sueño permiten diferenciar con los cuadros de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Otros autores resaltan la extrema irritabilidad como síntoma característico de jóvenes con trastorno bipolar y no TDAH.

Más allá de estos criterios parece haber acuerdo en que los siguientes síntomas no suelen faltar:

- Largos episodios, con cronicidad.
- Predominantemente episodios mixtos o ciclado rápido.
- Irritabilidad prominente.
- Mucha comorbilidad con ansiedad y TDAH.

La presencia de síntomas psicóticos se ha visto entre el 16 y el 60% de jóvenes con trastorno bipolar, dependiendo de los estudios considerados.

3.3. Trastornos de conducta

A diferencia de lo que ocurre con los problemas de depresión y ansiedad, en los trastornos disruptivos de conducta suelen ser los adultos (padres, maestros, profesores, entrenadores, etcétera)

los que solicitan la consulta. Los adolescentes que presentan problemas conductuales suelen no reconocerlos u ocultarlos.

Principales reportadores de:

- Depresión y Ansiedad: El Adolescente.
- Trastornos de Conducta: Padres, maestros, etcétera.

Pueden corresponder a distintos cuadros que van desde las neurosis (el mecanismo de acción es común de los adolescentes) a conductas psicopáticas, cuadros psicóticos y pacientes con cuadros neurológicos que se acompañan de trastornos de conducta.

3.3.1. Actuaciones

Adolescente Normal

La acción es una característica de la adolescencia normal; si está al servicio del pensamiento, habrá de convertirse en experiencia no repetitiva, que hecha recuerdo, pasa a integrar el universo de los conceptos y a enriquecer la capacidad de percepción, evaluación y expresión del joven. La acción también aparece como protección de la estructura mental frente a una carga excesiva.

La posibilidad de historizar provee representaciones que abonan la capacidad de pensar y de transformar en recuerdo aquello que era acción; por lo tanto, cuando la acción se torna excesiva, como mecanismo habitual de la adolescencia, y conforma síntomas que perturban o entorpecen la vida de relación o académica, es la palabra en términos psicoterapéuticos una indicación adecuada.

En los varones, el accionar se manifiesta por la descarga motriz (trastornos de conducta en el colegio con las autoridades, en las salidas con sus amigos, peleas callejeras, alcoholización habitual, etcétera); en las mujeres, la acción suele desarrollarse en la actividad sexual.

La conducta antisocial

Conductas psicopáticas: El crecimiento mental se deteriora cuando está dedicado a satisfacer deseos vengativos, sobre todo a través de la acción (historia con situaciones de vida traumáticas).

Las conductas antisociales son fruto de una privación que el joven repite de manera invertida, por sentimientos de venganza que no lograron una integración y una elaboración.

La adolescencia es vivida por estos jóvenes como una etapa de cambios caóticos llena de miedos incontrolados, ante lo cual, se fortifica la modalidad omnipotente. También se utiliza la acción como respuesta a los cambios.

Síntomas: impulsividad, control y juicio deficientes, falta de previsión, afectividad superficial, ambición de poderío, falta de respeto por los derechos ajenos.

3.3.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Son características del cuadro: edad de comienzo antes de los siete años; síntomas de desatención, impulsividad e hiperactividad. Dependiendo de la forma de presentación del momento madurativo del niño, tiende, con el tiempo, a desaparecer la hiperactividad.

En la adolescencia son descriptos como vagos, con rendimiento académico fluctuante, dificultad para diferenciar lo irrelevante de lo importante, dificultad para sostener vínculos con pares.

Suele haber deterioro en algún área de funcionamiento (casa, escuela, club). En ocasiones, no tienen verdaderos trastornos de aprendizaje, pero puede afectarse el rendimiento por desatención; otras veces el trastorno de aprendizaje se presenta como comorbilidad.

Se diferencia de las conductas antisociales porque no hay intención de no respetar los códigos.

3.4 Psicosis

- Esquizofrenia.
- Psicosis breves.

En todos los adolescentes, se puede observar la presencia transitoria de fenómenos de desequilibrio en su integridad psíquica que se parecen a los descriptos en los trastornos límites o psicóticos. Las nuevas identificaciones producen ansiedad, angustia y dudas. Esa angustia es constitutiva y no se manifiesta como desorganizaciones importantes del aparato psíquico.

Sabemos de la activación de estos mecanismos desorganizadores en la adolescencia, como fenómeno normal. Uno de los grandes problemas de la adolescencia son las evoluciones psicóticas y su límite con las simples crisis de desarrollo. El pensamiento y las conductas psicóticas no son raras en la adolescencia como vivencias pasajeras o circunstanciales; por ejemplo, las ansiedades experimentadas en un joven que sufre temores frente a situaciones específicas (por ejemplo: frente a impulsos sexuales) son, en ocasiones, momentos psicóticos, lo cual no quiere decir que se trate de una estructura psicótica.

Los temores hipocondríacos representan un claro ejemplo de manifestación de intensas angustias evolutivas. Resultan de la necesidad de adjudicar un significado concreto y simbolizable al temor a la desestabilización producida en el proceso adolescente (preocupación por enfermedades, preocupación por partes del cuerpo rechazadas y vividas como extrañas).

Cuadros psicóticos: un cuadro distinto es la manifestación de angustia que desorganiza, es la percepción de su sí mismo que corre el riesgo de desintegrarse y el acento está puesto en el estado precario del *self*. Es la angustia de desintegración o sensación de derrumbe.

Se percibe una amenaza a la estabilidad e integridad del psiquismo.

En un proceso psicótico, esa desintegración psíquica es mayor y, a veces, es ubicada en el exterior, transmitida como vivencia de fin de mundo.

Trastornos psicóticos: esquizofrenia, episodio psicótico agudo, trastorno esquizofreniforme, trastorno del ánimo con síntomas psicóticos, e inducido por sustancias.

Viñeta clínica:

Mario tiene 20 años, se presenta abrigado con campera un día de verano, de especial calor. Explica su incomodidad con su cuerpo para usar remeras, malla, ya que refiere tener estrías en las extremidades que se le notan demasiado. También, van apareciendo otras preocupaciones en relación a su nariz, sus orejas, llegando a programar cirugías, situación que le inhibe para continuar sus estudios, ya que explica de manera delirante una particular forma de ser mirado por sus compañeros y, sobre todo, compañeras.

Mario tiene antecedentes de cuadros de descompensación en la pubertad; relató haber padecido una fobia escolar severa. Se trata de un cuadro psicótico (trastorno delirante).

3.4.1. Síntomas psicóticos de la esquizofrenia

Síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, alteraciones o distorsiones en el pensamiento, la comunicación y las relaciones interpersonales, lenguaje y/o conducta desorganizada o bizarra, conducta catatónica y agitación psicomotriz.

Viñeta clínica:

Jorge, de 13 años, consulta por ideas delirantes y alucinaciones, se acompaña de una postura encorvada y rígida que se mantuvo durante todo el episodio psicótico y, pasado éste, se alivió parcialmente. En ciertos cuadros psicóticos, aparecen posturas extrañas o dificultades en la marcha, etcétera.

Síntomas psicóticos negativos: retraimiento emocional, relaciones interpersonales pobres y escasas, pasividad o hipoabulia, falta de espontaneidad, aplanamiento afectivo y pobreza en las expresiones emocionales. Limitación en la producción del pensamiento y o lenguaje, falta de interés (anhedonia).

Síntomas cognitivos: deterioro atencional y de las facultades cognitivas, disminución del rendimiento intelectual, alteración en el procesamiento de la información, en la asociación de ideas, neologismo. Son frecuentes los fracasos académicos.

Síntomas afectivo-ansiosos: sentimientos de tristeza, baja autoestima, angustia, ansiedad, preocupaciones excesivas, culpabilidad, irritabilidad.

Síntomas agresivos: conducta impulsiva y agresiva, episodios de violencia física y verbal, hetero- y autoagresiones (suicidio), irritabilidad, hostilidad.

Otros motivos de consulta: trastornos de la alimentación, adicciones, alcoholismo serán vistos en módulos aparte.

4. Bibliografía

- ABERASTURI, A. y M. KNOBEL. *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY. «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behaviour» *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, 40: S24-S51.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY. «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Substance Use Disorders». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, June 2005, 44(6): 609-621.
- ARYAN, A. «Aportes a la comprensión de la experiencia puberal». *Prejornadas*. Dept. Niños - Adolescentes, APdeBA, 2003.
- AULAGNIER, P. «Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia». *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Paidós, 1991.
- BERNSTEIN, G. A., C. M. BORCHARDT y A. R. PERWIEN. «Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. 35: 1110-1119.
- BLEICHMAR, S. *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Amorrortu Editores, 2000.
- BERNARD, M. *El cuerpo*. Paidós, 1994.
- BICK, E. «La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas». *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, XLIX, pp. 2-3.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, 1995.
- DE AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson, 1973, cap. XI.
- ESRUBILSKY, BAREMBOIN, PACHECO. *El cuerpo del adolescente*. Hospital de Niños, Servicio de adolescencia, 2002.
- FISCHBEIN, J. E. «La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas». *Revista de Psicoanálisis*, ApdeBA, 2000, vol. XXII, N.º 1.
- FREUD, S. *Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. A. E. Tomo II.
- *¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?* A. E. Tomo XX.

- KANCIPER, L. *El muro narcisista y/o masoquista en un adolescente mellizo*. Dept. Niños - Adolescentes, APdeBA, 2003.
- *Adolescencia y desidentificación*. Dept. Niños - Adolescentes, APdeBA, 2003.
- LAUFER, M. *Adolescence Disturbance and Breakdown*. London: Penguin Books, 1975.
- LEVÍN, R. «Dibujos del rostro como intento de sostén yoico en la iniciación de un episodio agudo hebefrénico». *Revista de Psicoanálisis*, APdeBA, 1991, vol. XIII, N.º 3.
- LEIVI, M. *Historización, actualidad, y acción en la adolescencia*. Dept. Niños - Adolescentes, APdeBA, 2003.
- MARTY, P., M. De M'UZAN. «El pensamiento operatorio». *Revue Francaise de Psychanalyse*, 1963, N.º 27.
- Mc DOUGALL, J. *Alegato por cierta anormalidad*. Petrel, 1982.
- NASIO, J. D. *El dolor de la histeria*. Paidós, 1992.
- PELENTO, M. L. «Duelo y trastornos psicósomáticos» *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Paidós, 1991.
- RÍOS, C. «Identificaciones en la adolescencia». *Revista de psicoanálisis*. APdeBA, 1985, vol. VII, N.º 3.
- TESSONE, J. *El tatuaje y el escudo de Perseo*. Dept. Niños - Adolescentes, APdeBA, 2003.
- WASERMAN, M. *Condenado a explorar*. Dept. Niños - Adolescentes, APdeBA, 2003.

Capítulo 45

Cuando el aprendizaje se transforma en una dificultad

Lic. Marta Caballero

¿Qué pensamos sobre la cognición y el aprendizaje en la adolescencia?

Tengamos en cuenta que varios son los procesos que intervienen en un aprendizaje exitoso.

En forma recurrente, encontrarnos en esta etapa de la vida jóvenes que fracasan en sus estudios, y muchas son las preguntas que nos surgen y muchos los elementos para tener en cuenta.

Cuando un adolescente no aprende, es necesario evaluar procesos de orden cognitivo y emocional. Y, también, tener en cuenta el contexto en que se desarrolla su aprendizaje.

Las características socioculturales y económicas acompañan a nuestros jóvenes dando un sesgo diferencial a su devenir. Y, también, a su forma de aprender. Como adultos, docentes o formadores, es imprescindible que reflexionemos sobre ello para poder potencializar sus recursos y acompañarlos en su desarrollo.

En relación con lo emocional y lo cognitivo, uno de los aspectos por considerar está relacionado con los cambios. Desde la pubertad, comienza a llevarse a cabo una modificación crucial en el proceso intelectual.

El niño, como sabemos, tiene desde pequeño, una actitud de espera muy intensa hacia los adultos. Necesita ser sostenido por ellos y los constituye con el poder de entender y de responder a todas sus dudas y preguntas. Son, en esta etapa, su aporte privilegiado y absoluto de saber.

En la pubertad y, más adelante, en la adolescencia, cambia esta manera de relacionarse con el saber. Esta posición de devoción y respeto hacia los adultos, esta posición de ubicarlos como garantía de saber, se modifica dando lugar a actitudes de descreimiento, cinismo y rebeldía.

Estos cambios relacionados con el proceso de crecimiento posibilitarán, paulatinamente, el desprendimiento del lazo parental. Este proceso en sí mismo es muy doloroso, pero a la vez necesario. Es un hito fundamental que le permitirá posicionarse en el futuro como adulto y, a la vez, será de gran ayuda a la hora de armar un proyecto de vida propio.

En la Adolescencia se produce un cambio crucial, cualitativo y cuantitativo a nivel del pensamiento. Este cambio estará relacionado con:

- *La posición como sujeto.*
- *Los lazos sociales.*
- *La definición del proyecto de futuro.*

La transformación en la capacidad de pensar va a intervenir, en la forma en que ese sujeto accederá a una posición autónoma, en el tipo de relaciones sociales que establecerá y estará, asimismo, presente a la hora de definir su proyecto de futuro.

1. ¿Cómo entendemos al desarrollo cognitivo?

«Constitución de estructuras de pensamiento. Las mismas se posibilitarán a través del interjuego entre la constitución genética, el sustrato neuropsicológico, las interacciones con el entorno y la disponibilidad psíquica».

Sabemos de la gran plasticidad del sistema cognitivo y, también, sabemos que el desarrollo potencial solo se convertirá en real a través de diferentes interacciones y mediaciones.

A nivel biológico, en la adolescencia, el sistema nervioso central sufre un cambio cualitativo, tiene lugar un proceso particular de mielinización entre los once y quince años. Éste operará como sustrato biológico para que sea posible el cambio en la forma de abordar los problemas al pensar.

Recordemos algunas de las características del sistema cognitivo:

- Modificabilidad. Plasticidad.
- Estados transitorios. Procesos dinámicos.
- La adquisición de cada logro cognitivo no es fácil ni se logra de manera homogénea.
- El crecimiento/desarrollo y la interacción con el medio facilitan el acceso a una estructura de pensamiento cada vez más compleja.
- Los contenidos con los que el sujeto opera (lingüísticos, lógico-matemáticos, visuo-espaciales) influyen en la adquisición cognitiva.

El pensamiento, en esta etapa, pasará del nivel de las operaciones concretas al pensamiento formal.

A través de este pasaje, el adolescente va a adquirir la capacidad de anticipar mentalmente todas las combinaciones posibles entre los factores intervinientes en una determinada situación. O sea, que el joven adquiere la capacidad combinatoria.

Podrá, de ahora en más, aislar una de las variables intervinientes y, luego, variar los diferentes factores mentalmente para llegar a una consecuencia. Este tipo de pensamiento se denomina pensamiento deductivo.

También habrá adquirido la capacidad de elaborar hipótesis o presuposiciones, las relacionará entre sí y podrá establecer condiciones para comprobar un enunciado.

Este proceso, denominado esquema de control de variables, es propio del método científico. Ya, no solo, será capaz de razonar sobre lo real y sobre lo presente, sino también, sobre lo posible. Imaginará todo lo que podrá ser y hacer.

Estas características favorecerán la capacidad de proyectarse hacia el futuro. El joven construye sistemas y formula teorías para proyectarse a lo inactual y en la sociedad adulta.

A través de éstas, va generando su idea de cómo quiere ser él en el futuro y cómo se va a ubicar en el mundo adulto, es decir que va armando su propio proyecto de vida. En estos proyectos, factores emocionales y cognitivos, necesariamente, están presentes.



Los jóvenes son discutidores por definición y el discutir es una puesta en acción de su capacidad de ejercitarse en suposiciones y argumentaciones. Tienen y, progresivamente, toman conciencia de sus propios pensamientos, reflexionan sobre ellos para dar una justificación lógica.

El lenguaje es, en este proceso, el vehículo privilegiado y posibilitador de estos procesos.

Pasará por momentos de gran egocentrismo, logrando, con el tiempo, descentrarse progresivamente.

La vida social es fuente de descentración intelectual. Los adolescentes, poco a poco, cotejando su pensamiento con el de otros, podrán tener en cuenta al mundo en su complejidad y, también, llegarán a adquirir posibilidades de producir, las que los llevarán a tener mejores competencias para insertarse en el mundo adulto.

2. ¿Qué sucede si se produce un desajuste en la organización cognitiva?

«Un desajuste en la organización cognitiva lleva a un empobrecimiento de los instrumentos de análisis que limitará al adolescente en el despliegue que le permite ubicarse como tal frente a la sociedad». (Alberto Gatti).

Aprender a pensar no es una adquisición automática que se produce a cierta edad, es un proceso en el que la intervención genera modificaciones fundamentales para organizar y desarrollar sistemas de pensamiento.

Los desajustes frecuentes, que encontramos en la actividad clínica con adolescentes, son:

- Jóvenes con larga historia de dificultades leves de aprendizaje no diagnosticadas y no tratadas. Con las exigencias del secundario, se ponen de manifiesto.
- Desarmonías cognitivas con dificultades predominantes en las áreas de comprensión verbal y escrita; como consecuencia, existe dificultad para planificar y para redactar escritos en general.
- Dificultades en el acceso al pensamiento formal que se asocian a problemas de pensamiento conceptual o abstracto.
- Bajo nivel de comprensión que se expresa en la literalidad, en la comprensión de enunciados verbales y, en consecuencia, escritos.
- Dificultades en metodología de estudio.
- Dificultades para organizarse y monitorear la actividad cognitiva en general.

En cuanto a este último ítem, se detectan, frecuentemente, conflictos en la anticipación y el establecimiento de metas y planes, ausencia o déficit en el monitoreo de tareas, atención a aspectos irrelevantes de ésta, dificultad en la organización en el tiempo y en el espacio.

La ausencia de una *metodología de estudio* propia lleva, muchas veces, a la necesidad, durante el trabajo psicopedagógico, de revisar los diferentes pasos y modalidades del proceso de estudio.

Quizás encontremos dificultad:

- en los pasos de exploración y selección del material;
- en la definición de lo que se debe memorizar;
- en el proceso de memorización o en la forma de comunicación de la respuesta.

En cuanto a la *comprensión de textos*, el déficit de interacción con el material lecto-escrito tradicional genera que esta habilidad deba ser enseñada, no debemos dar por supuesto que esta competencia se adquiere automáticamente.

Las mediaciones que los adultos realicemos permitirán, progresivamente, aprender a extraer la información relevante, sintetizarla, organizarla de manera apropiada y establecer relaciones entre contenidos.

3. Algunas reflexiones sobre los jóvenes y el sistema educativo

Para el joven la escuela es el lugar fundamental de salida al mundo.

- A veces, el colegio y el sistema escolar adquieren alta exigencia. Sabemos que esta situación no es buena para el psiquismo.
- Lo lúdico/expresivo es fundamental para metabolizar todo lo que nos pasa. Si los jóvenes están abrumados por exigencias excesivas, a veces, se rebelan con actuaciones o enfermedades.
- Un buen colegio es aquél en donde cada sujeto puede desarrollarse y, no necesariamente, es el mismo para todos los jóvenes. Es importante respetar intereses y modalidad de cada uno en la elección.

En la actualidad, observamos fenómenos diferentes en cuanto a la inserción de los adolescentes en el sistema educativo.

Cada vez es más frecuente la consulta por estar por fuera del sistema. En un primer momento, los jóvenes en esta situación provenían de un nivel socioeconómico bajo, en la actualidad, este fenómeno se ha extendido a los niveles medios y altos, siendo muchas las familias que consultan porque sus hijos quedan fuera del sistema educativo formal, a veces, cursando su escolaridad por Internet desde su hogar.

Otros consultan por jóvenes en riesgo de perder su escolaridad y es un gran trabajo mantenerlos en el sistema.

Es interesante poder pensar cómo la escuela aborda los *cambios culturales* que se han ido operando, velozmente, en los últimos años. Considero que ellos nos pueden dar algunos indicios para poder pensar los fenómenos enunciados anteriormente.

Desafíos actuales...

- La escuela debe dialogar con los «nuevos» lenguajes. Poder descentrarse de ese lugar exclusivo de la cultura letrada y tener en cuenta las diferentes manifestaciones culturales del contexto: imágenes, Internet. Los docentes no siempre están familiarizados con estos elementos de la cultura actual.
- En consecuencia, sería conveniente modificar la relación con nuevas tecnologías e incluirlas en los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- Los nuevos códigos de comunicación (chateo, mensaje de texto, Facebook, etcétera) son fundamentales para la evolución de los jóvenes y para la socialización: buena parte de ellos relacionados con la lecto-escritura.

Es interesante ver que no siempre se incluyen dentro de la modalidad de enseñar, recursos y estrategias que motivan a los jóvenes.

Internet ha generado la posibilidad de acceso masivo a todo tipo de información y de esta manera achica las diferencias económicas en cuanto a la posibilidad de acceso. Autores clásicos, cuentos, información científica, todo esta accesible a través de la red, y debería incentivarse su uso y aprovecharse dentro de la escuela media.

Sin embargo, he notado que muchos docentes de este nivel no están familiarizados con lo que las conexiones a través de Internet posibilitan.

Por otro lado, es frecuente escuchar que los jóvenes no leen y escriben como antes. Es cierto, no leen y escriben como antes, pero sí leen y escriben espontáneamente, diariamente, y, muchas veces, durante muchas horas.

Podemos discutir sobre la forma de escribir, sobre el contenido, pero, hoy, no podemos desconocer esta práctica cotidiana en muchísimos jóvenes de áreas urbanas.



Como adultos, nos vemos sorprendidos por las nuevas generaciones y deberíamos repensar nuestros prejuicios. Todos estos nuevos soportes estimulan una nueva manera de interacción social e incluyen diferentes modalidades de diálogo escrito, que varían según los diferentes interlocutores o destinatarios.

4. ¿La cultura de la imagen supone peligros?

Repensemos estos conceptos. Sabemos ya que no hay relación negativa entre éxito escolar y juegos o entre el uso de la computadora y el rendimiento escolar. Por ejemplo, muchos de los juegos informáticos son entrenamiento intelectual espontáneo que ponen en juego operaciones lógicas, estrategias, planeamiento. Hoy, potencializan la lecto-escritura en diferentes códigos y también la lectura rápida. Estimulan otras áreas del cerebro más relacionadas con las formas de procesamiento del hemisferio derecho.

5. Algunas otras cuestiones

Leer es más complejo ahora, es leer y escribir en distintos soportes. Debemos valorizar las estrategias de los jóvenes para conectarse con la tecnología. Y ayudarlos a que comprendan, discriminen y utilicen, adecuadamente a cada situación, los códigos aprendidos,

En el uso del sistema informático:

- Prima el pensamiento basado en la percepción que posee una eficacia operatoria y que no requiere de la conciencia. Opera en la velocidad. Hay mayor procesamiento del hemisferio derecho: modalidad holística, intuitiva, analógica, simultánea.
- Es necesario aclarar que el sistema educativo apoya su enseñanza, predominantemente, en formas de procesamiento del hemisferio izquierdo: lingüístico y lógico.
- Estos dos tipos de operatorias, que no se cruzan casi nada, no se transfieren entre ellas. El sistema educativo no logra adecuar y aprovechar estos recursos de los jóvenes.
- Es necesario que el adulto intervenga para mediatizar y enseñar las operaciones necesarias que se deben realizar sobre el monto excesivo de información disponible.

Sintetizando, nuestros desafíos en la actualidad son:

- Ayudar a los jóvenes a posicionarse para la incorporación acelerada de innovaciones tecnológicas.
- Enseñarles a no acumular información (mucha de ésta es descartable). Ayudarlos a posicionarse para lograr una continua actualización. Trabajar con los procesos de selección y análisis frente al exceso.
- Fomentar la selección de la información en relación con los fines para los que la necesita. Valorizar y activar los conocimientos previos como forma de incorporar nuevos aprendizajes.

● Educar en actividades de autorregulación y monitorización. Elaboración de juicios críticos e inferencias. Trabajar con la flexibilidad de recursos de pensamiento y acción.

Es central, en la adolescencia, la adquisición de conocimientos que serán esenciales para incorporarse al mundo laboral. Además, es necesario rescatar que el éxito se vincula con esfuerzo (esfuerzo-logro). Y desafiarlos sin dañarlos.

Como vemos, mucho es el trabajo que los adultos tenemos por delante para que nuestras prácticas y nuestro sistema educativo dé respuestas al mundo actual y a las necesidades y deseos de los adolescentes.

6. Bibliografía

- BARREDO, C. «Cambios en la Pubertad». *Revista, APdeBA*, 1991, vol. XIII.
- CARRETERO, M. «Desarrollo cognitivo y aprendizaje en la adolescencia». En: Palacios, J. *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Editorial Alianza, 1990.
- GARCÍA LONGARES et ál. El fracaso en el aprendizaje escolar. España: El Aljibe, 1998.
- GARCÍA MADRUGA. *Comprensión lectora y memoria operativa*. España: Editorial Paidós, 2001.
- GATTI, A. «Aportes al abordaje psicopedagógico del adolescente y del adulto». En: *Espacios Psicopedagógicos*. Psicoteca Editorial, 1997.
- GÓMEZ POVIÑA, O. *Aprendizaje y Pensamiento*. Buenos Aires: Ed. Docencia, 1993.
- MORDUCHOWICZ, R. *La generación multimedia. Significados, consumos y prácticas culturales de los jóvenes*. Editorial Paidós, 2008.
- PALACIOS, J., C. COLL et ál. «¿Qué es la adolescencia?» En: *Desarrollo Psicológico y Educación*. Madrid: Editorial Alianza, 1990.
- RODRÍGUEZ MONEO. «La construcción del conocimiento y la motivación por aprender». *Psicología Educativa*, Madrid: UAM, 2000, vol. 6, N.º 2.
- SPIEGEL, A. «Nuevas tecnologías, saberes, amores y violencias». *Revista Ensayos y Experiencias*, 2008, N.º 68. Buenos Aires: Ed. NOVEDUC.

▲ Abordaje de la problemática vinculada con el consumo de drogas

Índice

Viñetas clínicas de adolescentes con consumo de alcohol y/o drogas

1. Caso clínico: Catalina
2. Caso clínico: Gabriel
3. Caso clínico: Eduardo

Introducción

● **Capítulo 46**

Acerca de las drogas

1. Algunas consideraciones previas
2. Sobre la denominación «drogas»
3. El uso de drogas, síntoma social contemporáneo
4. Discurso de la referencia social y estereotipos
5. Bibliografía

● **Capítulo 47**

Abordaje clínico y toxicológico del consumo de drogas

1. ¿Cuál es el ámbito de inicio de consumo y cómo se consiguen las drogas?
2. ¿Hay características distintivas de la familia del adolescente vulnerable?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo?
4. Las motivaciones: ¿por qué y para qué se consumen drogas?
5. La personalidad del adicto
6. ¿Cuáles son los signos clínicos de alarma?
7. Cambios en la conducta
8. Hábitos personales que llaman la atención
9. Repercusiones en el rendimiento académico
10. La entrevista enfocada al consumo
11. Recomendaciones para el pediatra
12. Drogas empleadas en el abuso de sustancias
 - 12.1. Drogas legales
 - 12.2. Drogas de abuso
 - 12.3. Combinaciones

12.4. Formas no convencionales de drogadicción

13. Bibliografía

● **Capítulo 48**

Políticas y modelos en el campo del uso de drogas y dispositivos asistenciales

1. Políticas y modelos en el campo del uso de drogas
2. El paradigma de reducción de riesgos y daños
3. Reducción de riesgos y daños sociales
4. Reducción de daños jurídicos
5. Reducción de riesgos y daños sanitarios
6. Estrategias de reducción de riesgos y daños
7. Intervenciones sociales y comunitarias en reducción de riesgos y daños
8. Particularidades de la clínica institucional con usuarios de drogas
9. Dispositivos institucionales
 - 9.1. Centro de Día «Carlos Gardel»
 - 9.2. Centro de Día «La otra base de encuentro»
 - 9.2.1. Caracterización del problema
 - 9.2.2. Dispositivos asistenciales
 - 9.2.3. Dispositivos de neoinserción social
10. Bibliografía

Abordaje de la problemática vinculada con el consumo de drogas

Viñetas Clínicas

Lea cuidadosamente las viñetas clínicas y las preguntas que les siguen. Reflexione sobre las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura de los siguientes capítulos.

1. Caso clínico: Catalina

Catalina tiene 15 años de edad. Es una adolescente sana que consulta al médico para realizar un control clínico acompañada por su madre. No tiene antecedentes para destacar dentro de su historia personal ni familiar. La familia está constituida por su madre de 42 años, psicóloga, su padre de 44 años, médico y su hermana menor, Camila, de 12 años de edad. Catalina concurre a 3.º año de escuela media con buen rendimiento escolar, realiza actividades extracurriculares, gimnasia y canto, y es muy sociable.

En el momento del examen físico, prefiere quedarse a solas con la médica, quien interroga sobre algunos aspectos relacionados con hábitos de vida y comportamientos. Catalina refiere que, si bien ha salido con algunos chicos, no ha tenido relaciones sexuales, ni manifiesta interés en hablar de ese tema. Con respecto al consumo de alcohol, cuenta que suele tomar todos los fines de semana con sus amigas, antes de ir a bailar y, que en tres oportunidades, se sintió muy mal, vomitó en el baño del boliche y que no recordaba bien lo sucedido después. No le da importancia a esos episodios porque dice que «a todas les pasa lo mismo».

¿Cómo abordaría la problemática referida por Catalina? ¿Cuál sería su conducta frente a los padres? ¿Cómo orientaría a Catalina para prevenir consecuencias no deseadas del consumo de alcohol? ¿Qué aconsejaría con respecto a Camila?

2. Caso clínico: Gabriel

Gabriel es un adolescente de 17 años de edad que se atiende en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Proviene de una familia con escasos recursos económicos. Vive con su madre, de 36 años, empleada doméstica, con cuatro hermanos menores y su padrastro. Gabriel vivió toda su infancia con los abuelos en Paraguay y a los 13 años la madre lo trajo a vivir con ella y su familia. El joven no conoce a su padre y tiene muy mala relación con su padrastro, quien se suele alcoholizar y es violento.

Gabriel es derivado para su atención psicológica desde otro centro de salud, porque presentó una crisis de pánico ante un examen escolar para el cual no se sentía preparado. A partir de ese momento, no pudo volver al colegio por varios días, aunque fue muy apoyado por la psicopedagoga, quien insistió para que se reincorporara.

Entre sus antecedentes, surge que a los 15 años consumió marihuana y alcohol por un tiempo prolongado con su grupo de amigos y que, en una oportunidad, a raíz de una crisis de excitación con agresividad, fue internado en un servicio de psiquiatría. Algunos lo agreden diciéndole «loco».

El adolescente se presenta muy deprimido. Realiza terapia psicológica y consulta psiquiátrica en la cual se decide indicar psicofármacos (antidepresivo y ansiolítico), porque su condición así lo amerita. Gabriel viene siempre solo a las consultas y el problema para resolver es cómo administrar dicha medicación a un adolescente que no tiene buena contención familiar, presenta un cuadro depresivo y tiene antecedentes de consumo de drogas.

¿Cómo influye la falta de sostén familiar en el caso de Gabriel? ¿Cuáles serían posibles alternativas para seguir?

3. Caso clínico: Eduardo

Son las 8 de un día viernes. Usted comienza su actividad diaria en el centro de salud. Y llega Eduardo con su mamá. La madre es profesora de Geografía. Relata que ese día descubrió que Eduardo consumía marihuana y cocaína los fines de semana y algunos otros días de la semana, a veces solo, y, otras veces, acompañado por la novia o los amigos. Eduardo refiere que después de hablar con la mamá, ha decidido empezar un tratamiento y por eso está allí. Cuando usted lo orienta indicándole asistir a un centro de atención de adolescentes que consumen, Eduardo se niega a ir, dice que él no es un adicto, que puede dominar la situación y que, solamente, requiere hablar con un psicólogo.

¿Qué reflexiones le motiva el pedido de Eduardo? ¿Cuál es el rol que cumplen los padres frente a esta decisión?

Introducción

Dra. María del Carmen Hiebra

La evolución de los paradigmas de la salud ha dejado en evidencia que ésta es una construcción social. De acuerdo con esta concepción, hoy solo se puede pensar en salud como un fenómeno multidimensional que comprende al individuo en interacción con su contexto sociocultural.

El perfil de las enfermedades que afectaron a las poblaciones a lo largo de cien años, experimentó diferentes cambios. La OMS caracterizó estos períodos en diferentes estadios: el dominado por las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la mala nutrición y la deficiente higiene ambiental; el estadio definido por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y, finalmente, las llamadas enfermedades del tercer estadio. Estas últimas son las que se han presentado con los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades, tales como el desempleo, las migraciones, la disolución familiar y otras condiciones que están asociadas a la violencia, al abuso de alcohol y a la adicción a drogas en proporciones epidémicas.

La sociedad actual, caracterizada por un ritmo de cambio intenso, atravesada por una crisis identitaria que produce inestabilidad y necesidad de reposicionamiento permanente de los adultos, produce altos grados de estrés en los individuos, quienes, en consecuencia, tienen más probabilidades de sufrir desajustes biopsicosociales. Silvia Bleichmar plantea: ¿se puede realmente proponer que

estamos ante un proceso en el cual los adolescentes se ven sometidos, en virtud de las condiciones imperantes para los adultos, a la ausencia de un universo identificatorio posible? Ante la pregunta, su respuesta es: «las instituciones mediadoras de la identificación han variado y de ellas depende la posibilidad de recomposición de procesos identificatorios que den garantía para detener la desintegración que amenaza a nuestra sociedad».

Mientras tanto, la situación de crisis existe y, también, los obstáculos para la elaboración de propuestas que no dejen a los adolescentes y a los jóvenes librados a la anomia. La noción de crisis asociada a la adolescencia traduce, esencialmente, el contraste entre las aspiraciones del joven y las posibilidades de realización que le ofrece la sociedad en la que vive. Aunque la mayoría de los jóvenes se inserta sin problemas en la sociedad, a una parte le cuesta encontrar su lugar en el mundo y, para lograrlo, puede asumir conductas de riesgo.

Si el riesgo se focaliza en el consumo de drogas, el problema es complejo, no solo por el daño que produce por sí mismo, sino por los perjuicios asociados, como son las conductas sexuales de riesgo, las ITS, la violencia y, en algunos casos, la delincuencia. En nuestra sociedad el consumo de sustancias psicoactivas por el adolescente es observado con creciente preocupación por parte de padres, educadores, agentes de salud y autoridades. El consumo de alcohol ha aumentado considerablemente entre los jóvenes y, en muchos casos, se transforma en la puerta de entrada para otras drogas.

En un estudio realizado por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires (SADA), en el año 2003, surgió que: más de la mitad de los 2.000.000 de jóvenes que viven en la provincia de Buenos Aires toman bebidas alcohólicas, el 30% de ellos se excede en el consumo y abusa del alcohol para modificar su estado de ánimo. Se considera que existe abuso cuando se ingiere más de 100 centímetros cúbicos de alcohol absoluto (más de dos litros de cerveza, o más de un litro de vino o más de un cuarto litro de bebida destilada). Además del alto nivel de ingesta, en el estudio, se advierte un cambio en el modo de tomar; en la actualidad, los jóvenes buscan el efecto farmacológico del alcohol. Lo consumen con el objetivo de modificar su estado de ánimo y, así, divertirse más o animarse a hacer determinadas cosas.

Hugo Míguez en: «Cambios de la alcoholización en la Argentina: problemas sociales y sanitarios», refiere: «En materia de ventas de bebidas alcohólicas en la Argentina, el período de 1986 a 2001 mostró una serie de cambios de interés. Así, mientras las de vinos y bebidas destiladas disminuyeron en forma significativa, las diferentes cervezas del mercado argentino duplicaron el volumen de sus ventas. En litros de alcohol absoluto, la cerveza pasó de aportar casi la misma cantidad de alcohol que las bebidas destiladas en 1986, a cuadruplicarlos quince años después».

Disponibilidad de bebidas alcohólicas en Argentina Ventas en litros de alcohol absoluto. Período: 1986-2001

Tipo de Bebidas	Litros de alcohol absoluto	
	1986	2001
Bebidas destiladas	24.933.040	12.887.619
Cerveza	27.229.500	55.800.000
Vino	213.404.476	166.269.432

Fuente: elaboración sobre datos difundidos por INV – CAC – CADL

En investigaciones más recientes, el Instituto Superior de Ciencias de la Salud ha corroborado que, en los últimos diez años, el consumo de alcohol tuvo un crecimiento del 26% entre los alumnos de la escuela secundaria (en la encuesta del 2008, participaron 2752 jóvenes); pasó del 61%, en 1999, al 77% en 2008.

El consumo de drogas entre los estudiantes secundarios creció un 62%; reconocieron usar estupefacientes el 8,98% en 1999 y, el 14,60% en 2008.

Del grupo que utilizó sustancias ilegales, el 96% usó marihuana. Esta droga tiene alta tolerancia social, y un poco más de la mitad de los encuestados detalló que es la única droga que consume.

Según los investigadores, el aumento del consumo podría deberse a dos hechos igualmente preocupantes. Por un lado, una mayor demanda y, por otra parte, la sensación adolescente de que ya no es un tema tabú reconocer el uso de drogas. Esto último llevaría a más jóvenes a relatar sin timidez sus experiencias.

Estudiantes en riesgo, 14,6%
Es el porcentaje de jóvenes que reconocieron haber consumido drogas.
Marihuana, la preferida, 96%
Casi la totalidad de los consumidores eligen fumar cannabis.
Bebidas, otra preocupación, 77%
Son los que consumen alcohol.

Fuente: Instituto Superior de Ciencias de la Salud. Encuesta a 2752 estudiantes secundarios de la Ciudad de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires, 2008

Son múltiples los factores por los cuales los adolescentes pueden tener conductas abusivas con el alcohol y drogas. Existen influencias genéticas, familiares, por parte de compañeros, rasgos individuales, cuestiones sociales. Sin embargo, no todos los niños y los adolescentes que parecen tener riesgo de consumo de drogas se convierten en adictos.

Refiere Xavier Pommereau: «¿Por qué algunos terminan cayendo en conductas adictivas sin poder librarse de ellas? No hay respuestas sencillas o exclusivas para esta pregunta y no es extraño que seamos incapaces de explicar en qué condiciones ciertos sujetos se vuelven esclavos de una sustancia o de un comportamiento, mientras que otros –aparentemente expuestos a una problemática idéntica– no conocen semejante sujeción. Aun en el caso en que la adicción esté relacionada con un producto considerado tóxico, los especialistas concuerdan en que hoy la dependencia es de origen plurifactorial y que en ella se superponen componentes psicodinámicos, comportamentales, neurobiológicos y sociales capaces de ejercer, unos sobre otros, efectos de reforzamiento recíproco».

Cuando pensamos en la palabra «adicción», observamos que se puede descomponer en la partícula a = sin y diceión = expresión. La adicción, entonces, se podría interpretar o traducir como la incapacidad de expresar los sentimientos. Semánticamente, adicción deriva del latín *addictus*, que significa deudor, después de haber tenido el significado fuerte de «esclavo por deuda». La palabra es también utilizada en el sentido de asignación, entrega, adhesión.

Si bien ambos conceptos, el psicológico y el semántico, parecieran ser diferentes, en el fondo, ambas visiones muestran distintos aspectos de un mismo problema. El primero, lo aborda desde el punto de vista de la incapacidad del individuo para poder relacionarse con el medio en forma normal, y el segundo lo hace desde el punto de vista de la consecuencia de esa incapacidad, es decir, quedarse «pegado» al objeto de adicción.

«El uso metafórico aplicado a una dependencia patológica restituye –mucho mejor que la noción restrictiva de toxicomanía– las principales implicaciones de esa sujeción en términos de privación de libertad, de ligadura excluyente, de asignación del cuerpo al lugar de objeto incautado y de insolvencia de una deuda, ya sea afectiva, y expresada bajo la forma de una carencia primaria insondable, o material, y ligada a la búsqueda incesante de lo que podrá colmar esa carencia» (X. Pommereau).

En todos los casos, es la imposibilidad de exteriorizar los sentimientos, los afectos. Por lo que el individuo debe echar mano a mecanismos o sustancias que le permitan compensar esas falencias.

Todos estos aspectos se encuentran en distintos grados en las conductas adictivas. Éstas designan a las dependencias de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, medicamentos, drogas) y, también, a las conductas de riesgo compulsivas que involucran la sexualidad, el juego, compras irracionales o intentos de suicidio reiterados.

En general, los adolescentes que tienen vínculos saludables y comunicación abierta con los padres y que perciben apoyo emocional y positivo por parte de ellos, tienen menor probabilidad de consumir drogas. Se considera también importante la influencia estabilizadora y protectora de rituales familiares, particularmente, en el transcurso de los primeros años del desarrollo del niño. Estos rituales comprenden tiempo de comida, familiar regular, tiempo disponible en fines de semana, vacaciones y días de cumpleaños.

Dice Hugo Míguez en el artículo «Abuso de sustancias psicoactivas: sobre la prevención»: «La capacidad que las personas hayan adquirido para cuestionar la presión social del consumo y para comprender, contener y manejar libremente las emociones que despierta la vida cotidiana es una tarea en la que participan múltiples instituciones del campo público y privado. Pero, en el campo de la niñez y de la juventud, el papel de los padres en este proceso es intransferible. Fortalecer a los niños, niñas y jóvenes en habilidades que le permitan desarrollar una mayor capacidad crítica frente a la comunicación social y una mejor comprensión y aceptación de las emociones que despierta el desarrollo es responsabilidad del vínculo de los padres y las madres con sus hijos. Las instituciones de la comunidad solo pueden apoyarlo, no sustituirlo».

La disminución del riesgo de consumo mediante actividades preventivas y de promoción de la salud ha surgido como una de las directrices de mayor importancia para la atención de la salud durante el decenio de los noventa. Sin embargo, aunque se han realizado muchas acciones en esa dirección, las conductas de riesgo de los adolescentes, incluido el consumo de sustancias, se han incrementado paulatinamente. Las medidas de prevención implementadas no han sido, en todos los casos, satisfactorias; hecho que enfatiza la necesidad de modelos propios adecuados a nuestra idiosincrasia y factibles de instrumentación.

Dina Krauskopf explica que «desde el paradigma de “adolescencia = etapa de riesgo”, se focaliza la atención de adolescentes y jóvenes de acuerdo al problema específico de que son portadores. Desde esta concepción, la causa última de las “patologías” juveniles se identificó en el sujeto juvenil, su propia conducta es considerada un factor de riesgo, de ahí que la intervención priorizó la acción en él y descuidó el contexto. El abordaje sectorial y fragmentado que los programas han desarrollado desde este paradigma ha demostrado su ineficacia (Blum, 1996) y existen iniciativas que procuran construir perspectivas más integrales».

Las propuestas para el enfoque preventivo sobre el uso de sustancias deberían partir de la intención que orienta al consumo, no desde la acción tóxica de la sustancia, dado que el problema de la droga es la obtención por vía química, de efectos que no han podido lograrse mediante la interacción con el medio.

Los agentes de salud, docentes, líderes comunitarios y personas que están en contacto con adolescentes, tienen una oportunidad inmejorable para ayudarlos a motivarse en hacer elecciones en una etapa en la que están formando hábitos de salud que duran de por vida. La habilidad para conservar conductas saludables requiere que los adolescentes tengan conocimientos, actitudes, habilidades, recursos y motivación específicos. Es sabido que el conocimiento solo no cambia la conducta, por lo tanto, adquiere importancia crítica no descuidar la necesidad de recursos y motivación.

«Una prevención adaptada debería apostar a alejarse de la representación dominante para ponerse a la escucha de la percepción del riesgo y su significado que varía según los lugares, las épocas y las personas. Es a este precio también, de capacidad de cuestionamiento, que nuestro compromiso como profesionales puede esperar alcanzar la salud y el desarrollo pleno de la mayoría» (Christian Michel. Confidencias en el consultorio: la escucha del médico).

Bibliografía

- BLEICHAMR, S. *La subjetividad en riesgo*. Topía. 2.^a edición, 2009.
- DI SEGNI DE OBIOLS, S. *Adultos en crisis. Jóvenes a la deriva*. Noveduc, 2004.
- KRAUSKOPF, D. *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), 2000.
- LE BRETON, D. *Adolescencia bajo riesgo: cuerpo a cuerpo con el mundo*. Trilce, 2003.
- MÍGUEZ, H. *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Paidós, 1998.
- «Cambios de la alcoholización en la Argentina: problemas sociales y sanitarios». *Revista de Policía y Criminalística*, 2005, vol. 362. N.º 16.

Capítulo 46

Acerca de las drogas

Lic. Silvia Quevedo

1. Algunas consideraciones previas

La complejidad que presenta el campo del uso de drogas se juega en el cruce entre *la singularidad subjetiva, los efectos neuroquímicos de las sustancias psicoactivas y el discurso de la referencia social sobre las drogas.*

2. Sobre la denominación «drogas»

En la historia de la humanidad, las hoy llamadas drogas han estado presente, desde tiempos inmemoriales, formando parte del conjunto de las medicinas y de los mitos, y acompañando a los individuos en diversos ritos: sociales, religiosos y festivos. En este sentido, las sustancias estaban circunscriptas a usos acotados y aceptados, constituyendo emblemas de renovación del lazo social, como medios de comunicación con las divinidades y/o con el culto a los muertos.

La definición griega de *pharmakon*, predominante hasta finales del siglo XIX, nos revela la estructura de «ambigüedad y reversibilidad» que una misma sustancia psicoactiva puede presentar, ora remedio ora veneno, producir placer y/o displacer. Esta variabilidad que dependería, en principio, de la noción de medida o «dosis», convoca a pensar las complejas y diversas modalidades que sostienen los usuarios con sustancias heterogéneas entre sí. Esta diversidad agrupa a los distintos productos psicotrópicos: drogas ilícitas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos y productos industriales. Por el contrario, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, se sitúa la ruptura progresiva del concepto de *pharmakon*.

Dirá Antonio Escototado: «Del concepto científico de *pharmakon* apenas quedan hoy vestigios. Oímos hablar de drogas buenas y malas, drogas y medicinas, sustancias decentes e indecentes, venenos del alma y curalotodos, fármacos delictivos y fármacos curativos. El específico efecto de un compuesto es ignorado y sobre esa ignorancia recaen consideraciones extrañas a la acción de los fármacos»¹.

Estas consideraciones extrañas son extrafarmacológicas, no obedecen a criterios científicos de dosis, pureza y toxicidad, sino a prejuicios, mitos y creencias culturales acerca de las sustancias psicoactivas que desplazan las consideraciones farmacológicas a un lugar subalterno. Así, esta división maniquea, que sitúa a las drogas ilícitas como venenos, y a las lícitas como aceptadas socialmente, está vinculada a la significación social otorgada a las sustancias en la civilización contemporánea.

Parafraseando a Alain Ehrenberg, se trata del reparto cultural de las sustancias, donde algunas son aceptadas y legalizadas, tales como alcoholes, medicamentos, tabaco y, en cambio, otras son segregadas e ilegalizadas pues portan un imaginario de decadencia y degradación, y son a las que la

¹ Escototado, Antonio. *Aprendiendo de las drogas. Usos, abusos, prejuicios y desafíos*. Ed. Anagrama, 1995, p. 30.

referencia social les otorga la exclusividad de la denominación de «drogas». ²

«Se trata, entonces, más de un tema de institución y de cultura que de producto o de toxicología: el alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las drogas no lo tienen»².

3. El uso de drogas, síntoma social contemporáneo

El «problema de las drogas» localizado discursivamente como *flagelo* configura más un síntoma social que produce perturbación y, no siempre, constituye un síntoma para un sujeto. Sylvie Le Poulichet señala que: «la toxicomanía precipita un saber y causa prisa por concluir»³, indicativo de la alarma social que el fenómeno convoca.

¿Por qué el uso de las drogas configura hoy un síntoma social?

Si las instituciones burguesas de la modernidad —escuela, familia, trabajo, Estado, Nación— configuraron las coordenadas que regulaban los intercambios simbólicos entre los sujetos, hoy, por el contrario, en la época del capitalismo tardío, transitamos escenarios marcados por la disolución del lazo social y el retiro de la metáfora a favor de una metonimia vertiginosa de imágenes, signos y proliferación de objetos ofertados en forma incesante por el Mercado. El desamparo subjetivo se cierne sobre los colectivos sociales.

Eric Hobsbawm⁴ menciona: «la más perturbadora de las transformaciones en el siglo XX es la desintegración de las antiguas pautas por las que se regían las relaciones sociales entre los seres humanos y, con ella la ruptura de los vínculos entre las generaciones, es decir, entre pasado y presente... un mundo en el que el pasado ha perdido su función».

«Así se ha cortado el hilo de la historia»⁵, según Olivier Mongin, se ha producido la desafiliación de la cadena generacional de transmisión de saberes, costumbres, valores e ideales, «una verdadera cirugía de la alteridad»⁶, parafraseando a Jean Baudrillard.

Pero, ya Marx, en 1848, advertía el papel revolucionario del capitalismo «la burguesía ha destruido de manera implacable los numerosos lazos feudales que ligaban al hombre con sus “superiores naturales” y ya no queda otro nexo de unión entre los hombres que el mero interés personal»⁷.

La hegemonía del mercado y el discurso científico técnico, vía el predominio de los dispositivos mediáticos, configuran una civilización cuyo imperativo categórico *es el empuje al consumo* que conmina a gozar ya y sin restricción del consumo de todo tipo de objetos, productos, sustancias e imágenes y estilos de vida.

La caída de la función de transmisión generacional, tributaria de la declinación del Nombre del Padre, función simbólica reguladora del goce, precipita a los individuos en un vacío inenunciable, empuja a un individualismo asocial de nuevo cuño bajo el modo de una apropiación autista de goce (Aleman, J.).

Se clausuran los enigmas en función de la búsqueda de soluciones o respuestas *prêt-à-porter*. Tiempo de vértigo, instantaneidad y actualidad extrema, se instala la ilusión contemporánea de acceder a lo real en tiempo real, sin mediación del intervalo.

Época sin brújulas, de pluralización de los nombres del padre, reveladora de la caída de ideales herederos de la moral victoriana. Los individuos están a la deriva, desesperados o anestesiados en búsqueda de un recurso, respuesta o solución inmediata.

2 Ehrenberg, Alain (compil.). «Un mundo de funámbulos». En: *Individuos bajo Influencia*. Ed. Nueva Visión, 1990, p. 13.

3 Le Poulichet, Sylvie. *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu Editores, 1990, p. 17.

4 Hobsbawm, E. *Historia del siglo XX*. Ed. Crítica, 1995

5 Mongin, O. *El miedo al vacío. Ensayo sobre las pasiones democráticas*. Argentina: Ed. FCE, 1993.

6 Baudrillard, J. *El crimen perfecto*. Barcelona: Ed. Anagrama, 2.a edición, 1997.

7 Citado por Hobsbawm, Eric, op. cit.

La pasión por el ser se cristaliza bajo la égida del Mercado y la identidad se construye por el consumo de productos, objetos, e imágenes conformando un universo de consumidores disciplinados y homogeneizados, entre los cuales, descolla una figura paradigmática encarnada bajo la nominación «*soy adicto*».

Ha cambiado la época, han cambiado las modalidades de gozar en la cultura. Estamos frente a nuevas formas del síntoma que constituyen prácticas de goce al margen del lenguaje.

Jacques Alain Miller, en el seminario: *El Otro que no existe y sus comités de ética*, dirá: «Hay que reconocer en la toxicomanía un elemento sincrónico respecto del desarrollo social contemporáneo. [...] Las drogas configuran una respuesta técnica de la ciencia que anula la división subjetiva, se trata de la soldadura del individuo y el goce con aparente prescindencia del Otro», y agrega: «esto indicaría que en algunos casos se puede ser agente de un síntoma social sin verificar un síntoma para el sujeto»⁸.

Así, el fenómeno colectivo del uso de sustancias psicoactivas configura un *síntoma social* que genera alarma, donde el discurso social sobre las toxicomanías y las denominadas «drogas» las sintomatiza de diferentes maneras, adjudicándoles un poder omnímodo y demoníaco como agentes causales de adicción, desviación social y delito, irresponsabilizando, de esta manera, a los sujetos de sus actos.

4. Discurso de la referencia social y estereotipos

Si algo caracteriza los diversos discursos que circulan en el campo del uso de drogas, es la proliferación de simplificaciones y banalidades uniformizantes acerca de ellas, la noción de toxicomanía y la figura de los usuarios respecto de la función y del lugar que ocupan las sustancias psicoactivas.

Por ello, analizaremos los diversos campos discursivos que intervienen en la construcción social del «problema droga», en la conformación de estereotipos segregativos que inciden y atraviesan los diversos ámbitos en que se trama la vida cotidiana de las sociedades. Los discursos hegemónicos segregativos sobre las drogas reconocen su filiación en la teoría del flagelo social y en la metáfora bélica de la guerra contra las drogas instalada desde la década del ochenta con la «Administración Reagan».

Las drogas configuran un universo mal conocido, el reparto cultural de las sustancias ha determinado que las imágenes de descomposición social y negatividad pura con su brillo demoníaco recaigan en las consideradas drogas ilícitas, que en cada coyuntura histórica será, anteayer, la marihuana, ayer, la cocaína, hoy, la pasta base; mientras que para las sustancias lícitas desplazadas de esa consideración negativa, se distinguen diversos umbrales. Así, el consumo de alcohol se inscribe en el espacio público como renovación del lazo social, por el contrario, cualquier uso de drogas queda desplazado del ámbito público al privado. Desde el discurso social, el acto del consumo de drogas configura una *desviación social*.

La nominación de «adicto», otorgada por el discurso de la referencia social, se sinonimiza en la ecuación *delincuente = desviado = enfermo = pobre = joven*, licuando las diferencias entre un simple uso de sustancias –presente en la historia de la humanidad como quitapenas– de las toxicomanías, adicciones o drogadependencias que configuran, una suerte de remedio, recurso, respuesta o solución mediante una *operatoria de supresión tóxica del dolor*.

Las drogas lícitas e ilícitas constituyen *mercancías que valen por su valor de uso y por su valor de cambio*, constituyendo un pingüe negocio la ilegalización de las mismas y la judicialización que segrega a los usuarios más jóvenes y pobres en ámbitos de reclusión, potenciando el estigma y el círculo vicioso de la delincuencia y marginación. Si bien en esta contemporaneidad, el uso de las drogas emerge como una salida de fácil acceso que intenta suplir la inconsistencia de rituales de pasaje de la pubertad a la adolescencia. *Es imprescindible evitar la equivalencia rápida entre adolescencia y*

⁸ Miller, J.A. y Laurent, E. Seminario *El Otro que no existe y sus comités de ética*. 1997, p. 310

consumo de drogas, para evitar el deslizamiento al estereotipo segregativo. En realidad, las estadísticas dan cuenta de que el fenómeno masivo del uso de sustancias psicoactivas, –sean drogas ilícitas, alcoholes o psicofármacos– se distribuye en los diversos segmentos etarios de la población.

Para el **discurso jurídico**, el uso de sustancias psicoactivas ilícitas para consumo personal configura un delito y promueve mecanismos de control social coercitivos y disciplinadores sobre las prácticas y cuerpos de los individuos, mediante la medida de seguridad curativa que impone tratamiento psicológico obligatorio a los usuarios de drogas que estén inculcados en la figura de *tenencia para consumo personal*, según establece la Ley N.º 23.737/89.

Desde el **discurso médico biológico**, se lo nombra como *enfermedad* ubicando las sustancias psicoactivas como agentes causales de adicción, concebidas a la manera de un virus que infecta al organismo y que es indispensable extirpar, donde la operatoria técnica consistiría en la desintoxicación o extracción de la droga, desresponsabilizando, de este modo, al sujeto de sus actos.

Es así como los discursos basados en la lógica de la abstinencia obligatoria de sustancias, construyen un estereotipo o perfil homogéneo del «drogadicto» donde la homologación excluye las diferencias entre las diversas categorías de usuarios: ocasional, habitual o dependiente; modalidades heterogéneas mediante las cuales los sujetos se vinculan con las diversas sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas.

Los modos de vinculación que las personas sostienen con ellas son diversos. El lugar y significación adjudicada para algunos será aventura, experimentación o un simple momento en la vida, o aumento del rendimiento laboral; para otros, constituirá un recurso, una solución o una respuesta frente a amenazas de devastación psíquica mayor, o dificultades para tolerar el peso de la existencia cotidiana, o un recurso para convocar, a la manera de un llamado desesperado, a un «otro» para que le haga un lugar.

En oposición a estos discursos, desde el **discurso del Psicoanálisis**, se distingue un *simple uso de sustancias de la operación del pharmakon* que configura un verdadero acto de toxicomanía (adicción), en tanto el tóxico prestaría un cuerpo como tentativa para conjurar una amenaza de devastación mayor para el sujeto. Siguiendo a Sylvie Le Poulichet, esta operatoria adictiva constituiría una *forma de autoconservación paradójica*, pues resguardaría al individuo de males psíquicos mayores al precio de su aplastamiento subjetivo. Así en esta lectura, el *pharmakon* adquiere una dimensión de ambigüedad y reversibilidad que no es reductible, meramente, a una sustancia química.

Desde este concepto, es posible retomar en: *El malestar en la cultura*, la referencia freudiana del «quitapenas» homologándola a un simple uso de sustancias que puede configurar un acto recreativo, festivo y que no amerita su ubicación en ninguna clasificación psicopatológica.

La tesis freudiana de *El malestar en la cultura* enunciaba el malestar civilizatorio propio de la época de la moral victoriana, el conflicto emergente de las tensiones entre las exigencias pulsionales y la renuncia a la satisfacción que la civilización interpone.

Hoy, en esta modernidad tardía, los psicoanalistas enfrentamos nuevas encrucijadas: ha cambiado la época y ha cambiado la clínica, ya no se verifica esa tensión entre la exigencia de la satisfacción y la renuncia a ella, por el contrario, como lo planteábamos en párrafos anteriores, el imperativo se expresa en el empuje a gozar en forma inmediata de todo tipo de objetos. Se trata de la emergencia de nuevas formas del síntoma que toman al cuerpo como sede de los acontecimientos.

Entonces, desde la potencia de los conceptos del psicoanálisis se puede realizar una verdadera ruptura epistemológica con la entidad autónoma *toxicomanía o adicción* que pontifica que, la causa son las drogas, y el efecto, la adicción, cuando, en realidad, para el psicoanálisis la causa es un enigma, y, por ende, está indeterminada. Precisamente, se tratará de localizar en la singularidad de cada individuo, a qué otra satisfacción responde este intento de solución o recurso para anestesiar el dolor.

Por último, desde el campo del Psicoanálisis, las llamadas toxicomanías (adicciones) son variadas, no constituyen una entidad psicopatológica autónoma, se presentan como un fenómeno *transestructural* que atraviesa las configuraciones clínicas pertinentes a las neurosis, psicosis, y a la perversión.

5. Bibliografía

- BAUDRILLARD, J. *El crimen perfecto*. Barcelona: Anagrama, 2.a edición, 1997.
- EHRENBERG, A. (comp.) «Un mundo de funámbulos». En: *Individuos bajo Influencia*. Nueva Visión, 1990, p. 13.
- ESCOHOTADO, A. *Aprendiendo de las drogas*. Anagrama, 1995.
- HOBSBAWM, E. *Historia del siglo XX*. Barcelona: Editorial Critica, 1995.
- LE POULICHET, S. *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu Editores, 1990, p. 17.
- MILLER, J. A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- MONGIN, O. *El miedo al vacío. Ensayo sobre las pasiones democráticas*. Argentina: F. C. E., 1993.

Capítulo 47

Abordaje clínico y toxicológico del consumo de drogas

Dra. Marta Braschi

La adolescencia es una etapa evolutiva en la cual los profundos cambios biopsicosociales que se experimentan generan crisis y vulnerabilidad emocional y, es en esta etapa, en la que suele introducirse como hábito el consumo de drogas. Los motivos para el comienzo son diversos, pero el inicio por curiosidad o para pertenecer a un grupo de pares suelen ser los más evocados por quienes consumen.

El inicio en el abuso de sustancias comienza en edades muy tempranas con alcohol, marihuana e inhalantes (pegamentos); en una segunda etapa, se agrega la cocaína y, en la última etapa, la combinación de sustancias y el uso endovenoso.

En este trabajo, se delinear brevemente las características de los consumidores, sus motivaciones, las sustancias empleadas con los cuadros clínicos que producen, la jerga que se emplea, los efectos que se buscan con su empleo y el manejo básico del paciente que consume.

El propósito es aportarle al médico de adolescentes nociones básicas para el diagnóstico, para la atención del niño y el adolescente en contacto con drogas, mostrar las características del paciente vulnerable y su familia, sus motivaciones y los signos que deben hacer sospechar del consumo de sustancias de abuso; las características de las sustancias con los diferentes cuadros clínicos que provocan, y el tratamiento en la intoxicación aguda.

1. ¿Cuál es el ámbito de inicio de consumo y cómo se consiguen las drogas?

El ámbito elegido para el consumo de drogas es, frecuentemente, el familiar, la casa de amigos, el colegio, la plaza o la calle del barrio donde se vive.

Al principio, el mercado más accesible suele ser el de los psicofármacos, la marihuana, el alcohol y el tabaco; aparece dentro del ámbito escolar y colegial en pequeñas cantidades, entre los consumidores y en el barrio, el inicio es entre amigos, hasta tomar contacto con el puntero. El consumo de cocaína es un hito en la vida del adicto quien desplaza el uso de otras sustancias por su uso exclusivo. También, las diferentes formas de usarlas hacen a la selectividad del grupo de pertenencia. Puede presenciar el uso endovenoso solo aquél que también se inyecta, espejo de su realidad.

2. ¿Hay características distintivas de la familia del adolescente vulnerable?

Si bien no es adecuado estigmatizar describiendo tipologías de las familias de adolescentes que consumen drogas, se han descrito algunas características familiares que se asocian a conductas de riesgo en los hijos, entre ellas, el consumo de drogas:

- Madre sobreprotectora.
- Padre desdibujado.
- Falta de límites en la crianza.

- Falla en la comunicación.
- Modelos familiares de adicción.
- Padres que se automedican.
- Familias con conductas ocultatorias.

3. ¿Cuáles son los factores de riesgo?

Se podría decir que, prácticamente, todos los adolescentes están expuestos en alguna medida al consumo de drogas, sin embargo, algunos jóvenes en virtud de la genética, las circunstancias familiares, las relaciones con sus pares, los rasgos de personalidad individuales, tienen mayor peligro de abuso y/o adicción. Estas características se denominan factores de riesgo y, entre ellos, se pueden mencionar:

- Padres alcohólicos.
- Falta de participación de la madre.
- Conducta antisocial.
- Jóvenes hiperactivos.
- Mal rendimiento académico.
- Poca habilidad verbal y resolución de problemas.
- Niveles altos de conflicto familiar.
- Amigos consumidores.
- Angustia interna, enfermedad psiquiátrica, infelicidad, inflexibilidad.
- Alteraciones en la alimentación y en el patrón del sueño.
- Inicio de relaciones sexuales precoces.
- Autoestima inadecuada.
- Abuso físico o sexual durante la primera o segunda infancia.
- Escolaridad incompleta.
- Hijo no deseado.

4. Las motivaciones: ¿Por qué y para qué se consumen drogas?

Para el adolescente, la droga representa un medio de conseguir algo, comunión con los demás, deseo de aislarse o confundirse con los otros: crea un nuevo mundo con sus reglas a partir de la organización que lleva consigo: búsqueda del tóxico, su preparación, erotización de la inyección. Llega a convertirse en un sujeto dependiente a causa de su estado de necesidad, se establecen nuevas relaciones con una ambigüedad equivalente a la que existe entre el dueño y el esclavo. Las primeras relaciones con la droga son diversas: curiosidad, protesta contra el mundo o la familia, trasgresión de lo prohibido, la necesidad de una satisfacción inmediata.

De chico, el lema es «la droga que hay es para compartir entre todos», de grande, el lema es «acostar a (abusarse de) la gente y salir a robar».

La droga para el adicto parece ser una solución o simplificación frente al camino angustiante; para el impulso, la droga es el único momento de paz; para la posesión, para la carencia, para el montón de diálogos no sostenidos, interrumpidos, para lo no dicho, la droga es el relleno del vacío, es la anulación del agujero negro; es la anulación del tiempo y el mantenimiento de la suspensión del reloj ante la ansiedad de un mañana que pudiera repetir la carencia. Es la desaparición de la orfandad y la demostración del poder absoluto de decidir.

5. La personalidad del adicto

- Vive la realidad como la siente.
- Se siente insatisfecho.
- Muestra diferencia entre el desarrollo de la inteligencia y la madurez afectiva.
- No tolera la frustración.
- La droga es el paliativo al dolor en forma absoluta e inmediata.
- No tolera la espera.

6. ¿Cuáles son los signos clínicos de alarma?

Disminución de peso	Cocaína, anfetaminas, anfetaminas alucinógenas
Hipertensión arterial	Cocaína, anfetaminas, anfetaminas alucinógenas, hidrocarburos, atropínicos
Ojo rojo, miosis, midriasis	Ojo rojo: marihuana, cocaína. Miosis: BZD, nuez moscada, barbitúricos, opioídeos Midriasis: cocaína, anfetaminas, anfetaminas alucinógenas, atropínicos, marihuana
Dolor torácico	Cocaína, inhalantes
Sibilancias	Cocaína, inhalantes, pasta base
Hepatomegalia	Pasta base, inhalantes, marihuana
Huellas de punción	
Tatuajes	

7. Cambios en la conducta

- Apatía prolongada.
- Mentiras reiteradas.
- Ausencia de proyectos.
- Intolerancia a la frustración.
- Fracaso escolares.
- Fracaso laborales.
- Cambio de amigos.
- Robo.
- Promiscuidad.
- Problemas legales.

8. Hábitos personales que llaman la atención

Uso de gotas nasales y oculares	Cocaína, marihuana
Patrón de sueño y apetito alterado	Disminuido: inhalantes, anfetaminas y cocaína Aumentado: marihuana
Menos atención a su higiene	
Pérdida de interés por los deportes	
Menos interés por la música	
Cambios en el vestido	

9. Repercusiones en el rendimiento académico

- Alteraciones de conducta.
- Calificaciones reprobatorias.
- Inasistencias a clase.
- Problemas con profesores y maestros.
- Suspensiones, expulsiones, problemas con la autoridad.

10. La entrevista enfocada al consumo

Con el fin de obtener una información confiable acerca de la conducta de abuso de drogas por parte de un adolescente, es fundamental que la entrevista se realice en un ámbito adecuado en el cual se asegure la privacidad y la confidencialidad. Aunque la privacidad, en ciertos aspectos de la atención de adolescentes, está protegida por la ley, hay que establecer límites con respecto al secreto profesional en el caso de que haya probabilidad de daño a la salud o a la vida por el consumo de drogas. Siempre es mejor establecer un criterio, con respecto a compartir la información, adaptado a la edad del paciente y a las circunstancias de la familia.

Para interrogar no solo sobre las drogas usadas, sino también sobre el tipo de consumo (uso, abuso, adicción), los contextos, los riesgos involucrados y el grado de alteración escolar y/o social, si la hubiere, la entrevista debe ser:

- Dirigida.
- No recriminatoria.
- Tomar en cuenta las características particulares de cada paciente.
- No usar términos científicos.

Algunas de las llamadas «puertas de entrada» para un interrogatorio dirigido al uso de drogas, son:

- Vestimenta.
- Música que escucha.
- Boliches que frecuenta.
- Hábitos de consumo de drogas legales.
- Hábitos de consumo de familiares y amigos.
- Viajes de egresados.
- Estado de ánimo.
- Vínculos con sus pares.

11. Recomendaciones para el pediatra

Los médicos debemos estar preparados para incluir el tema de las adicciones como parte de la conversación acerca de la salud de niños y adolescentes.

Lamentablemente, muchos pediatras se sienten incómodos con el tema y sienten que no están capacitados para afrontar los problemas al respecto.

Frente a la expectativa familiar de búsqueda de orientación, evasión de responsabilidad, resolución mágica e inmediata, la conducta del pediatra debe ser escuchar, demostrar interés de ayudar, entablar un vínculo de confianza, no ser ni compinche ni censorador y, fundamentalmente, tener en claro para sí y la familia el enfoque interdisciplinario. No juzgar, criticar, descalificar porque esto pone en riesgo la comunicación.

Se deben tener en cuenta los trastornos de conducta, las enfermedades psicosomáticas y clínicas, como factores predisponentes así como otros factores de riesgo y tomar la drogadicción como un diagnóstico más en el consultorio.

Es prioritario fomentar en los padres un buen vínculo con sus hijos evitando la sobreprotección tanto como el desinterés, orientar en el respeto a sí mismo y en la capacidad de superación, en el trabajo de prevención desde lo familiar.

Como agentes de salud, podemos estimular a la familia y a la comunidad educativa utilizando instrumentos como cuestionarios previos a reuniones sobre temas que preocupan, procurando que los niños y los jóvenes expliciten sus necesidades, demandas y temores.

Droga: Toda sustancia que se utiliza para inducir cambios en la percepción, estado de ánimo, conciencia.

Droga adictiva: Sustancia que promueve un imperioso impulso a consumir (falopa).

Tolerancia: Necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de signos y síntomas frente a la supresión brusca.

Uso: Consumo de una droga a una misma dosis y vía ante un mismo estímulo, sin periodicidad en el tiempo.

Abuso: Consumo progresivo de varias drogas a dosis sucesivamente crecientes, probando distintas vías, promovido por diferentes estímulos.

Dependencia: Consumo compulsivo, de dosis altas, varias veces por semana, con síntomas francos de abstinencia e identificación psicológica con la droga.

12. Drogas empleadas en el abuso de sustancias

12.1. Drogas legales

Alcohol

- Derivado de la descomposición de carbohidratos de vegetales.
- Efecto buscado: Euforia inicial y depresión del sensorio posterior.
- Efecto depresor del SNC.
- Crea tolerancia, dependencia y abstinencia.
- Inductor enzimático: Interacciones con fármacos, testosterona y alteración del metabolismo de la vitamina A.

Clínica de la intoxicación aguda: Tres fases: excitación, embriaguez y coma.

El efecto depende de la graduación alcohólica de la bebida, de la sensibilidad del joven al alcohol y de ciertas características circunstanciales; por ejemplo: el efecto es más rápido con el estómago vacío y con el uso de ciertas drogas. En un primer momento y a dosis baja, produce relajación, euforia, desinhibición. Al aumentar la ingesta puede aparecer incoordinación motora, ataxia, alteraciones del habla (disartria), nistagmus y, además, incapacidad para discernir y labilidad emocional. En la última etapa, coma por hipoglucemia y falla respiratoria.

La gastritis es un síntoma frecuente que puede acompañarse de vómitos, deshidratación, hipotensión, hipokalemia, hipocalcemia, bradicardia.

Pueden, además, presentarse cefalea y mialgias.

Hay una pobre correlación entre el nivel en sangre y la alteración de la conducta.

Las complicaciones más frecuentes en el **alcoholismo crónico** son: Miocardiopatía alcohólica, arritmias, muerte súbita, ACV, HTA, IAM, síndrome de W. Korsakoff, degeneración cerebelosa, ambliopía, pelagra, Marchiafa Bignani, mielinosi central protuberancial, demencia alcohólica, polineuropatía alcohólica, disautonomía alcohólica.

Pueden agregarse *lesiones del aparato digestivo*. Hepatopatía: Esteatosis, hepatitis, cirrosis. Esófago: Lesiones precancerosas. Estómago: Gastritis aguda erosiva o gastritis crónica atrófica. Intestino: Diarrea y déficit de vitaminas A, D, E y K, tiamina y ácido fólico. Pancreatitis.

Miopatía aguda, con aumento de CPK o rabdomiolisis; crónica, secundaria a polineuritis.

Miocardiopatía crónica por disminución de Mg tisular, déficit de tiamina y exceso de cobalto.

Hematopoyesis: Anemia megaloblástica, VCM elevado, linfocitos T y plaquetas disminuidas.

Déficit de factores de coagulación. Hiperplaquetosis reactiva del Síndrome de Abstinencia.

Alteraciones hormonales: Hipotiroidismo, hipogonadismo, hiperestrogenismo por lesión hepática, hiperprolactinemia, pseudocushing, desnutrición.

Detección por criterio enzimático: Aumento de GGTP, CPK, GOAT.

Detección por criterio no enzimático: Aumento de VCM, triglicéridos, ácido úrico.

Síndrome de abstinencia

- Temblores.
- Alucinaciones.
- Convulsiones.
- Delirium Tremens.

Tratamiento: Sintomático de sostén en agudos, interdisciplinario en crónicos.

Tabaco

- Fuente: *Nicotiana tabacum*.
- Formas de uso: Cigarrillo, pipa, tabaco de mascar, cigarro.
- Principios activos: Nicotina, carcinógenos (hidrocarburos, nitrosaminas, arsénico, cromo, formaldehído, etcétera), CO, irritantes (óxido nitroso, ácido cianhídrico, acroleinas, ácido fórmico, fenoles, NH₃, otros).
- Nicotina: Amina terciaria, hidrosoluble.
- Absorción: Vía bucal, digestiva, cutánea.
- Tiempo de efecto: Inhalada llega a SNC en 8 segundos.
- Redistribución: Placenta y leche materna.
- Metabolismo: Hepático, renal y pulmonar. Vida media de 1 a 4 h. Eliminación: Urinaria.
- Mecanismo de acción: Unión a receptores colinérgicos en SNC, ganglios autonómicos, placa mio-neural, médula adrenal y quimiorreceptores carotídeos y aórticos.
- Efectos a dosis habituales: Efectos (+) en el sistema reticular ascendente: aumenta el estado de alerta, facilita la memoria y atención, disminuye la agresión e irritabilidad.
- Mecanismos de adicción: Propiedad reforzadora positiva que genera aumento de la frecuencia de comportamientos que tienden a repetirlo.
- Estimulante de corteza a través de Locus coeruleus (dosis baja).
- Efecto de recompensa en el sistema límbico: dopamina (dosis altas).
- Estimula la liberación de dopamina (acción reforzadora) y serotonina (responsable de la abstinencia).
- Provoca tolerancia, abstinencia, dependencia.
- Factores genéticos: Metabolizadores ultrarrápidos.
- Clínica: Fasciculaciones y temblores, náuseas, vómitos, diarrea, + ADH.
- Laboratorio: Produce aumento de prolactina, hormona de crecimiento, ACTH, cortisol y betaendorfinas y disminución de estrógenos: osteoporosis.
- Aumenta el gasto basal de energía.
- Asociación a enfermedades sistémicas: EPOC, bronquitis crónica, enfisema, cáncer, ACV, IAM, enfermedad vascular periférica.
- Fumador Pasivo: 25% riesgo muerte súbita, bajo peso al nacer, mayor riesgo de morbimortalidad neonatal, BOR, 25% riesgo CA pulmón.

12.2. Drogas de abuso

Heroína

- Jerga: Polvo milagroso, caballo, uña de dragón, azúcar marrón.
- Efecto farmacológico: Droga derivada del opio (*papaver somniferum*) al igual que la morfina, metadona, meperidina, buprenorfina, etcétera, cuyo efecto se produce por la interacción con los receptores opiáceos.
- Efecto buscado: En forma inyectable, lo que se busca es el pico o flash, sensación similar orgasmo, vuelo, euforia, somnolencia, sensación de bienestar.
- Clínica de la intoxicación aguda: Excitabilidad, sedación, depresión del sistema nervioso y respiratorio, cianosis, edema pulmonar, convulsiones, miosis puntiforme, hiporreflexia, constipación, shock, bradicardia, hipotensión, efecto antidiurético, rhabdomiolisis.
- Produce dependencia física, psíquica, tolerancia y síndrome de abstinencia.
- Duración de efecto: El flash dura alrededor de 45' a 1 hora, la eliminación, de 3 a 5 horas.
- Modo de uso: Endovenoso.
- Antídoto: Naloxona.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Sostén clínico y métodos de eliminación.
- En el adicto, se debe realizar la deshabitación con metadona (opioides de vida media larga que evita el síndrome de abstinencia).

M.F.T.P.

- Jerga: China white.
- Opioides de origen sintético, análogo de la meperidina de venta callejera.
- Efecto farmacológico: IMAO que destruye la sustancia negra y el cuerpo estriado por inhibición de la respiración celular.
- Efecto buscado: Por vía endovenosa sensación de quemadura o fuego asociado a disforia.
- Cuadro clínico: Parkinsonismo: dificultad para el habla y el movimiento, postura de flexión, babeo continuo, aumento del tono muscular, signo de rueda dentada, temblor postural de los músculos proximales de las extremidades. El uso durante una semana produce sacudidas bruscas y súbitas de las extremidades con posterior bradicinesia e inmovilidad: adicto congelado.
- Antídoto: Naloxona.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación y sostén. Iguales controles que la heroína, morfina y derivados.

Cocaína

- Jerga: Vitamina, dama blanca, merca, nieve, perico, champagne, polvo dorado, crack, hierba diabólica, blanca, saque, sustancia blanca, frula, tiza, bolsita, papel, raviol.
- Forma inyectable diluida en agua: caldo, sopita.
- Cigarrillo: cacho.
- Se extrae de las hojas del arbusto de *Erythroxylon coca* y se encuentra en el mercado en distintas formas: cocaína base o bazuco, base libre purificada o crack y clorhidrato de cocaína.
- Efectos buscados: Euforia, aumento de la autovaloración y autoconfianza, vivencia de descontrol, mambo y flashes (E.V.), aumento de la resistencia física (estar «pila»), sensación de bienestar, disminuye el apetito. Corta duración por su rápida metabolización. Etapas del consumo endovenoso: preparación, locura, bajón, fisura.
- Efecto farmacológico: Simpático mimético: inhibe la recaptación de noradrenalina, aumenta la liberación de dopamina y aumenta la liberación y disminuye la recaptación de serotonina en la brecha sináptica.
- Clínica de intoxicación aguda: Taquiarritmias (prolonga el QT), aumento de presión arterial, vasoconstricción, midriasis, fofobia, sequedad bucal, infarto agudo de miocardio, precordialgia, polip-

nea, náuseas, vómitos. Euforia, inquietud, locuacidad, ansiedad, reacciones distónicas, aumento de agresividad, delirio persecutorio, convulsiones, pérdida de la conciencia, coma, hemorragias cerebrales, paro respiratorio, priapismo, hepatotoxicidad, disfunción sexual, hipertermia maligna. Según el grado de pureza y los adulterantes utilizados (cal, benceno, ácidos etcétera), se presentan, más frecuentemente, otros síntomas acompañantes y complicaciones.

- Genera dependencia psíquica.
- Vida media: 45 a 60 minutos. Se elimina por orina en forma de metabolitos hasta 22 días en consumidores crónicos.
- Modos de uso: vía oral: Té de coca, coqueo, ingesta, rectal, inhalatoria, endovenosa, vaginal según sus formas de presentación.

PACO: Pasta de cocaína

- Jerga: Pasta, basuco, paco, bajo, pipa, pipazo.
- Residuo de síntesis de sulfato de cocaína. Componentes: Sulfato de cocaína, ácido benzoico, metanol, querosén, carbonato de calcio, benceno, hidróxido de sodio y sustancias adulterantes inertes para aumentar el volumen.
- Neurotóxico y cardiotoxico.
- Cuadro clínico de intoxicación aguda: Estado de angustia o disforia, fenómenos compulsivos, anorexia, insomnio, verbosidad, agresividad, paranoia.
- Uso crónico: Cuatro fases: euforia, disforia, alucinación, psicosis.
- Modo de uso: Se fuma en pipa o cigarrillo.
- Antídoto: No posee.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación según la vía, forzar diuresis y, en casos de hiperkalemia o hipertermia o aumento de CPK, alcalinizar la orina, y sintomático: Benzodiazepinas, fenitoína, labetalol. NO usar Beta bloqueantes porque liberan el efecto alfa adrenérgico aumentando la presión arterial. NO USAR NEUROLÉPTICOS CUANDO HAY HIPERTERMIA.
- Dosis letal: 1 gramo por vía endovenosa da toxicidad directa sobre el miocardio o paro respiratorio en adictos, en no consumidores, mucho menor.

Éxtasis y ICE: Metanfetaminas (mdma, mda)

- Jerga: BICHO, nexus, anfetaminas, velocidad, cristal, cruces blancas, bellezas negras, benzedrina, dexedrina, dexies, sal, adam, doctor, droga del amor, pasta, pastillas, pastillas creativas, speed, crank, droga de la felicidad.
- Efecto farmacológico: Anfetaminas de origen sintético con efecto anoréxico estimulante y alucinógeno. Actúan inhibiendo la recaptación de noradrenalina, agonista serotoninérgico, IMAO.
- Efectos buscados: Alucinógeno, estimulante, aumento del rendimiento físico, aumento de la senso-percepción, insomnio, disminución del apetito. Rush y crash.
- Cuadro clínico: Hipertensión arterial, aumento de frecuencia cardíaca, midriasis, bruxismo (patognomónico), trismus, aumenta reflejos, temblor. Ideas suicidas. Psicosis tóxica. Genera tolerancia y dependencia mixta, flashback. Coagulación intravascular diseminada, neurotoxicidad con pérdida de las neuronas serotoninérgicas lo que lleva a depresión crónica (que no responde a tratamientos convencionales y es independiente del número de dosis), convulsiones, rabiomolisis, hipertermia, hipertermia maligna. Mal viaje (crisis de pánico).
- Duración del efecto: 5 horas, el éxtasis 12 h. En los RAVES se consumen todas sin poder discriminarlas lo que genera intoxicaciones graves por sobredosis. Para evitar las lesiones neuronales, suelen asociar a estas drogas fluoxetina previo a su consumo.
- Modos de uso: Vía oral, inhalatoria por aspiración y fumable (ice), EV.
- Tratamiento: Lavado gástrico, carbón activado, forzar diuresis y, en casos de hipertermia, hiperkalemia o aumento de la CPK, alcalinizar la orina, beta bloqueantes para las arritmias, medios físicos en el tratamiento de la hipertermia, no usar IMAO.
- Dosis letal: 20 mg/kg.

Marihuana

- Jerga: Yerba, caño, churro, chala, pasto, dogo, yuyo, hashis o seda paraguaya, porro, sustancia verde, faso, María, Maríajuana etcétera.
- Efectos buscados: Aumenta el apetito, analgésico, broncodilatador, lactogénico, antiparasitario, antimigrañoso.
- Clínica en intoxicación aguda: Inyección conjuntival, midriasis, sequedad de mucosa, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca, retención urinaria, psicosis tóxicas, crisis de pánico, síndrome amotivacional, hipotensión ortostática, desintegración temporal, depresión, puede desencadenar el primer brote de esquizofrenia en brotes en patologías ya instaladas empeorando su respuesta al tratamiento, personalidades lábiles y flash back.
- En uso crónico: Alteración de memoria, aprendizaje, disminución de LH, FSH, Estrógenos, progesterona, T3, T4, TSH, alteración de la prolactina. Aumento de corticoides. Alteración del sistema inmunitario.
- Vida media: 45 minutos por vía inhalatoria, 3 horas por vía oral. Duración del efecto: 4 a 8 h. Metabolitos en orina durante 8 días.
- Modo de uso: Inhalatoria, vía oral (alimentos), EV.
- Antídoto: No posee.
- El tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación y el sostén clínico.

LSD (Ácido Lisérgico)

- Jerga: Pepa, tripi, ácido, estrellita roja, secante, trip, tripa, Alicia en el país de las maravillas, pepa, centenario, bicicleta, doble gota, Bart Simpson.
 - Efectos farmacológicos: Derivado del ergot, tiene tanto simpaticomiméticos como parasimpaticomiméticos.
 - Efectos buscados: Buen viaje (euforia, ensoñación, libertad del pensamiento) alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, ilusiones, confusión mental. Exploración personal, espiritualidad.
 - Clínica de intoxicación aguda: Midriasis, hiper- o hipotensión, taquicardia, hipertermia, hiperglucemia, sialorrea, lagrimeo, náuseas, vómitos, piloerección, ataxia, hiperreflexia, convulsiones, coma, compromiso renal, rabdomilisis, coagulopatía y depresión respiratoria. Psicosis aguda. Mal viaje: crisis de pánico y síntomas parasimpaticomiméticos, conductas suicidas. Flashback y tolerancia.
 - Vida media: 8 a 12 horas. Eliminación en orina por 5 días.
 - Vía de administración: Sublingual, conjuntival, transcutánea, inhalatoria y endovenosa.
- Antídoto: No tiene.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación y sintomático: Diazepan, haloperidol, para el tratamiento de las convulsiones y psicosis tóxica. **NO USAR FENOTIACINAS POR SU EFECTO ANTICOLINÉRGICO.**
 - Dosis letal: 1 mg/kg.

Fenciclidina

- Jerga: PCP, polvo de ángel, piperilina, hog, cristal.
- Efectos buscados: Delirio, desorientación, anestesia, analgesia.
- Clínica: nistagmus, hipertensión, alteración de conciencia, depresión del sistema nervioso central.
- Intoxicación aguda: Trastornos de conducta, amnesia, pensamiento desorganizado, conducta violenta irracional, sentimiento de invulnerabilidad, rigidez muscular, sialorrea, vómitos, hipertensión, psicosis, catatonía, convulsiones, fiebre, paro respiratorio, colapso cardiovascular.
- Duración de efecto: 3 horas. Eliminación: 7 a 72 horas.
- Modo de uso: Vía oral, nasal, endovenosa.
- Antídoto no posee.
- Tratamiento: Lavado gástrico, carbón activado, purgante salino, forzar diuresis y en casos de rabdomiólisis, alcalinizar la orina.

- Dosis letal: 1mg/kg.

12.3. Combinaciones

Speed-ball: Mezcla de heroína y cocaína intrauretral para mejorar la actividad sexual. Produce euforia, priapismo y Coagulación Intravascular Diseminada.

Fasos Nevados, mixto, free way: Cigarrillos de marihuana mezclados con cocaína, con esta combinación el adicto atraviesa cuatro etapas diferentes: 1.º: Euforia, hipersexualidad, hiperactividad y anorexia; 2.º: Disforia, angustia, agresividad, tristeza y afán de fumar más; 3.º: Alucinaciones, tendencia a la huida, indiferencia sexual; 4.º: Psicosis.

Porro africano: marihuana con cáscara de banana.

Picazzo Colombiano: marihuana + Floripondio.

Combo Fumé: PACO + Faso Bob Marley.

Coca Chorra: Mezcla de pastillas estimulantes.

Cocaína y alcohol: Se utilizan para disminuir el bajón postcocaína, disminuyen los efectos depresores del alcohol y se pierde el control de la embriaguez llevando al coma.

Balde: Mezcla de todo tipo de bebidas alcohólicas.

La jarra loca: Mezcla de bebidas alcohólicas con flunitrazepán.

Melón medicado: Sidra, vino, granadina, con BZP.

Lata: Mezcla de todo tipo de drogas.

Bebida energizante: Cafeína con taurina y con alcohol: Efecto símil éxtasis después del tercer vaso. El policonsumo es el resultado de intentar paliar los síntomas del uso de la droga tomada como eje.

12.4. Formas no convencionales de drogadicción

Medicamentos: Jerga: pasta, pastillas.

Barbitúricos

- Actúan aumentando el tiempo de la apertura de los canales de cloro de los receptores del GABA.
- Efecto buscado: depresor del sistema nervioso central.
- Cuadro clínico: Somnolencia, confusión, nistagmus, ataxia, disartria, hipotermia, depresión del sensorio y del centro respiratorio, convulsiones, coma. Colapso vascular, edema pulmonar, rabdomiólisis.
- Vida Media: variable de acuerdo con el fármaco.
- Modo de uso: Vía oral, intramuscular y endovenoso.
- Antídoto: No posee.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de rescate y eliminación. Forzar diuresis alcalina. Sostén clínico.

Opioides

- Agonistas y antagonistas de los receptores endorfinicos.
- Efectos buscados: Euforizante, analgésica, sedación, ansiolítica, relajante, alucinaciones.
- Cuadro clínico: Miosis, rubefacción en cara, cuello y tercio superior del tronco, sudoración, depresión respiratoria y depresión del sensorio, alucinaciones, delirio, coma, convulsiones, náuseas, disforia, edema pulmonar, constipación, cólico biliar que revierte con atropina, exacerba las infecciones, rigidez muscular, hipotensión, arritmias, retención urinaria y antidiuresis.
- Síndrome de abstinencia, tolerancia, dependencia física y psíquica.
- Duración del efecto: Hasta 6 h según vía de administración. Pasaje barrera placentaria y mamaria con síndrome de abstinencia en el lactante.
- Modo de uso: Vía oral, EV, IM.
- Antídoto: Naloxona. Uso en primera instancia. ¡Ojo!, vida media menor a los fármacos.

- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de rescate y eliminación, sostén clínico. NO USAR FENOTIAZINAS.
- Causa de muerte: Por paro respiratorio.

Antihistamínicos

- Efecto buscado: Sedación, alucinaciones.
- Clínica: Sequedad de piel y mucosas, taquicardia, hipotensión, fiebre, midriasis, euforia somnolencia. Mareos, temblores, tinnitus, convulsiones, nistagmus, lasitud, incoordinación, visión borrosa, diplopía, anorexia, náuseas, retención urinaria, arritmias cardíacas.
- Duración de acción: De 3 a 24 h, según el fármaco.
- Antídoto: No posee.
- Tratamiento de la Intoxicación aguda: Métodos de rescate y eliminación, sostén clínico.

Ketamina

- Jerga: keta, ketado, kitty.
- Anestésico de acción corta, disociativo sin depresión del centro respiratorio ni cardiovascular derivada de al fenciclidina.
- Efecto buscado: hipnoanalgesia con disociación de la propia imagen, sueños, ilusiones, alteraciones del humor.
- Cuadro clínico: HTA, taquicardia, delirios, disnea, movimientos descontrolados musculares, aumento de las secreciones.
- Modo de Uso: IM, EV.
- Duración del efecto: De 7 a 11 minutos. Eliminación: 3 h.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Forzar diuresis, sostén clínico.
- Forma parte de las drogas de violación.

Nitrito de amilo

- Jerga: Poppers.
- Nitrito volátil utilizado como tratamiento en la intoxicación por cianuro y derivados, en el tratamiento de la angina de pecho y medicina homeopática.
- Efecto buscado: Expansor de la creatividad, intensifica las experiencias sexuales, aumenta la sensibilidad en la apreciación por la música, y la sensación de «entrega» a la danza.
- Cuadro Clínico: Taquicardia, cefaleas, flushing, hipotensión, síncope, hipertensión ocular, disquinesias, psicosis aguda, hemiparesia, metahemoglobinemia, anemia hemolítica, coma y, raramente, muerte súbita. Dermatitis por contacto en el uso inhalatorio prolongado.
- Sobredosis: Cianosis, síncope, disnea, temblores musculares.
- Modo de uso: Inhalatoria.
- Duración del efecto: 30 segundos.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Tratamiento sintomático y vitamina C en caso de presentar metahemoglobinemia.

G.H.B. (Gammahidroxibutirato)

- Jerga: Éxtasis líquido, GH.
- Coadyuvante anestésico, análogo del GABA.
- Efecto buscado: Agradable excitación, alucinaciones, delirio, euforia.
- Cuadro clínico: Depresor del SCN., somnolencia, hipotonía, cefalea, confusión, coma, depresión respiratoria y muerte. Aumenta la secreción de hormona de crecimiento, muy adictivo.
- Forma parte de las drogas enteógenas y de las drogas de violación de cita.

Antiparkinsonianos

- Jerga: Pastillas del abuelo.
- Efecto buscado: Desorientación, alucinaciones.
- Efecto farmacológico: Anticolinérgico.
- Modo de uso: Vía oral.
- Duración del efecto: De 20 a 40 h.
- Clínica: Taquicardia, rigidez, rubicundez, HTA, desorientación, alucinaciones, sequedad de mucosas.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación y rescate, sostén clínico.
- Antídoto: Fisostigmina.

Hongos:

Cucumello

- Hongo alucinógeno. Crece en las deposiciones del cebú.
- Principio activo: Psilocibina.
- Efecto buscado: Alucinógeno.
- Cuadro clínico: Psicosis tóxica, dependencia psíquica y tolerancia.
- Modo de uso: Vía oral acompañado con jugo de naranja por su sabor amargo.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de rescate, eliminación y sostén clínico.

Amanita Muscaria Panterina

- Principio activo: Muscimol.
- Efecto Farmacológico: Símil GABA.
- Efecto buscado: Alucinógeno, euforia, excitación, confusión, manía, alteración en la percepción de la forma, el color y tamaño de objetos.
- Cuadro clínico: Cefaleas, hiperkinesia, HTA, taquicardia, convulsiones, coma, muerte.
- Duración del efecto: 6 h.
- Tratamiento de la Intoxicación aguda: Métodos de eliminación y sostén clínico. NO ATROPINA, ¡OJO! BENZODIACEPINAS.

Plantas:

Chamico: Datura estramonio.

- Principio activo: Escopolamina: sustancia que se encuentra en diferentes plantas.
- Efecto farmacológico: Anticolinérgico.
- Efectos buscados: Alucinaciones auditivas y visuales, somnolencia, euforia, antiespasmódico, sueño con amnesia del episodio (delictivo).
- Cuadro clínico: Midriasis, visión borrosa, taquicardia, hipertensión, alucinaciones, irritabilidad, retención urinaria, fiebre, disartria, psicosis, amnesia, agresión, desorientación temporo-espacial, coma, convulsiones.
- Modo de uso: Vía oral, en forma de infusiones, cigarrillos antiasmáticos, enemas.
- Antídoto: En casos graves, fisostigmina.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación y sostén clínico.

Floripón: Brugmansia cándida. Datura arborea. Floripondio.

- Planta ornamental.
- Efecto farmacológico: Anticolinérgico.
- Efecto buscado: Alucinógeno, excitación o depresión del SNC.
- Cuadro clínico: Alucinaciones, delirio, midriasis, sequedad de piel y mucosas, rash, taquicardia,

cefalea, fiebre, coma convulsivo, diarrea sanguinolenta.

- Modo de uso: en infusión.
- Antídoto: En casos severos, fisostigmina.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación y sostén.

Peyote y San Pedro: Cactus.

- Principio activo: Mescalina.
- Efecto farmacológico: Estimula los receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos. Anfetamina, alucinógena, Simpático mimético.
- Efecto buscado: Alucinógeno, estimulante del SNC, alteración temporo-espacial, euforia.
- Cuadro clínico: Midriasis, mareos, visión borrosa, ataxia, psicosis tóxica, sudoración a dosis elevadas bradicardia, hipotensión, vasodilatación y depresión respiratoria. Tolerancia.
- Duración del efecto: 15 h.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación, forzar diuresis y, en casos de hipertermia o aumento de la CPK, alcalinizar la orina, tratamiento sintomático.

Ipomea y Olaliuqui

- Jerga: gloria matinal.
- Principio activo: Amidas del ácido lisérgico.
- Efecto farmacológico: Antagonista serotoninérgico, derivado del ergot, estimulante del SNC.
- Efecto buscado: Alucinógeno, estimulante.
- Cuadro clínico: Alucinaciones, excitación psicomotriz. Dependencia psíquica.
- Modo de uso: Vía oral, ingestión de semillas
- Tratamiento de la Intoxicación aguda: Métodos de rescate y eliminación, sostén clínico.

Nuez moscada

- Principios activos: Myristicina, aceites volátiles.
- Efecto farmacológico: Atropínico.
- Efecto buscado: Estimulante del SNC, alucinógeno (musicales, ópticas) euforia, pérdida del sentido de la realidad con desorientación temporo-espacial.
- Cuadro clínico: Despersonalización, miosis o midriasis, diplopía, fragilidad emotiva, llanto, taquicardia, TA fluctuante, sequedad de mucosas o salivación, irritante digestivo, náuseas, vómitos, rubicundez, somnolencia, coma.
- Duración del cuadro: Hasta 10 días.
- Modo de uso: Inhalaciones y vía oral
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Métodos de eliminación, sostén.

Solventes volátiles:

Hidrocarburos: Naftas, solventes, pegamentos, líquidos refrigerantes.

- Jerga: Jalar poxi.
- Efectos buscados: Euforia, excitación psicomotriz, alucinógeno.
- Clínica de intoxicación aguda: Irritación de mucosas, arritmias secundaria al aumento, a la sensibilidad, a las catecolaminas, dermatitis, aplasia medular, insuficiencia renal y hepática, neuropatía periférica, atrofia cerebelosa (crónica), neumonitis química, trastornos de conducta, hipotensión.
- Modo de uso: Inhalatoria: Huffing, bugging (jalar la bolsita), sniffing.
- Causa de muerte: Arritmias cardíacas, neumonía aspirativa, coma por depresión respiratoria.
- Antídoto: No posee.
- Tratamiento de la intoxicación aguda: Medidas generales de sostén.

13. Bibliografía

- AJURIA GUERRA, J. D. *Manual de Psiquiatría infantil*. Madrid: Masson, 4.a edición, 2000.
- CASARETT & DOULL. *Manual de Toxicología*. México: Mc. Graw-Hill, 5.a edición, 1999.
- CÓRDOBA, D. Toxicología. *Manual Modelo*. Bogotá, 4.a edición, 2001, caps. 57-68.
- GOODMAN AND GILMAN. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10th Edition. Mexico: McGraw-Hill, 2001, section III, chapter 24.
- MARTINDALE. *The complete drug reference*. Pharmaceutical Press. 32 edition, 1999.
- MÍGUEZ, H. A. y W. R. GRIMSON *Los vidrios oscuros de la droga*. Universidad Nacional de Quilmes, 1998.
- Psicoanálisis y el Hospital. *El Cuerpo en la Clínica*. Editorial Verano, 2000.
- ROGERS, P. D. y M. J. WERNER. «Abuso de sustancias tóxicas». *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. Editorial Interamericana, 1995.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Atención integral de adolescentes y jóvenes*, 1996, II: 437-458.
- VALLEJO, N. *Aspectos toxicológicos de la drogodependencia*. 2.a edición. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- VICCELLIO, P. *Emergency Toxicology*. Philadelphia: Lippincott-Raven. 2.a edición, 1998.

Capítulo 48

Políticas y modelos en el campo del uso de drogas y dispositivos asistenciales

Lic. Silvia Quevedo

1. Políticas y modelos en el campo del uso de drogas

En los últimos veinte años han surgido en los países europeos nuevas corrientes de pensamiento que cuestionan los resultados de la política abstencionista y prohibicionista en materia de drogas. Así, el modelo de «reducción de riesgos y daños», categoría pertinente al campo de las políticas sanitarias y sociales, surge como una alternativa al modelo hegemónico situando las razones de su emergencia en dos hechos básicos:

1.1. El fracaso de la *política de tolerancia cero, de guerra contra las drogas*, que se manifiesta en los múltiples daños jurídicos, sociales y sanitarios infligidos a los usuarios: miles de jóvenes pertenecientes a los sectores sociales subalternos sometidos a procesos y reclusión carcelaria, aumento del número de consumidores, incremento de las intoxicaciones debido a las prácticas clandestinas de consumo de sustancias ilícitas.

La legislación punitiva *no ha producido una reducción de la demanda, sino precisamente, el efecto contrario, aumentando las ganancias del circuito del narcotráfico vía los mecanismos de lavado de dinero.*

Por otra parte, la privación de sustancias como condición de inicio de tratamiento ha conllevado, en muchos casos, a desestabilizaciones diversas, como así también, a recaídas frecuentes posteriores al egreso de los usuarios de los tratamientos de internación. Esta situación testimonia la dificultad que implica el abordaje de tratamientos centrados, exclusivamente, en la abstinencia obligatoria de sustancias.

1.2. Los costos sanitarios, económicos y sociales de la emergencia de la epidemia de VIH/sida entre la población de usuarios de drogas intravenosas (UDIS) constituyen daños mayores a los producidos por las sustancias.

2. El paradigma de reducción de riesgos y daños

El paradigma de reducción de riesgos y daños al interpelar críticamente los discursos abstencionistas hegemónicos sobre la construcción social del uso de drogas, propicia la invención de dispositivos, prácticas e intervenciones creativas que se inscriben, precisamente, en el reconocimiento de las complejas relaciones de los sujetos con los nuevos modos de gozar en la cultura y en la línea de evitar daños mayores.

El modelo de reducción de riesgos y daños comprende diversas estrategias tendientes a la «*disminución de las consecuencias negativas del uso de sustancias psicoactivas (SPA), abarcando distintos caminos de acción para reducir daños sanitarios, sociales y jurídicos*»¹.

¹Grup Igia. «*Políticas e Intervenciones de reducción de riesgos*». Barcelona: Ed. Grup Igia, 1998

Este paradigma de *objetivos intermedios*² promueve el diseño de programas, estrategias, intervenciones y dispositivos alternativos que no descartan la abstinencia de sustancias como una opción más, propiciando opciones más flexibles y adecuadas a las características y posibilidades subjetivas de los usuarios.

Los objetivos de estas estrategias se orientan a evitar la disminución de la edad de inicio en el consumo de sustancias, evitar el pasaje del uso a la adicción y contactar a la población de usuarios que no accede al sistema de salud.

Según G. Allan Marlatt, uno de los referentes en el campo de la reducción de daños, «estas estrategias ofrecen una alternativa práctica a los modelos moralistas y de enfermedad que sostienen como único objetivo aceptable la abstinencia total de sustancias, como condición previa a un tratamiento». Dice: «A diferencia de los partidarios del modelo de enfermedad, quienes consideran la adicción como una patología biológica/genética, la reducción de daños ofrece una gama de alternativas más flexibles para reducir, paso a paso, las consecuencias más negativas del uso de drogas. Estas estrategias se basan en el tratamiento a demanda: respetar la decisión de los usuarios de elegir la modalidad de tratamiento más acorde con sus posibilidades»³.

En el mencionado artículo, Marlatt cuestiona la posición extrema de la política norteamericana en materia de drogas, centrada en el principio de tolerancia cero y de guerra contra las drogas, que no distingue umbrales en los diversos modos de vinculación de los usuarios con las sustancias. Señala «la escasa disposición de los terapeutas americanos a aceptar el consumo moderado de alcohol en el tratamiento del alcoholismo». Respecto del éxito de los tratamientos de sustitución de metadona en los EE. UU., comenta que «tuvieron un carácter de estricto control social de la delincuencia», y señala el retraso de casi veinte años en la implementación de otras alternativas de reducción de riesgo de bajo umbral de exigencia: entre ellas, los programas *outreach* (de acercamiento en la calle) de distribución de material estéril de inyección.

Consideramos, que la adopción de estrategias de reducción de riesgos y daños, se inscribe en un *eje transversal* que permite extender el horizonte de las intervenciones, tanto a contextos informales: recitales, plazas, calles, esquinas, bares, como formales: educativos, sanitarios, laborales.

Pensar desde esta *transversalidad*, propicia el desarrollo de programas con diferentes categorías de usuarios –ocasionales, habituales, dependientes–, de diferentes tipos de sustancias psicoactivas y diversas vías de administración, como así también, el diseño de diversos dispositivos de tratamiento, prevención e inclusión social.

Estas estrategias implican, además, cooperación y articulación de los distintos niveles de intervención sociosanitarios formales e informales, a través de redes de inclusión sociosanitaria con la participación de diversos actores sociales involucrados.

«Los ejes conceptuales del modelo de reducción de daños priorizan la anudación del lazo social, la construcción de ciudadanía y la aceptación de las diferencias, soporte de la transmisión cultural que inscribe la pertenencia de los individuos en los colectivos sociales y los instituye como sujetos de derecho»⁴.

3. Reducción de riesgos y daños sociales

Mediante el análisis de los diversos campos discursivos: social, sanitario y jurídico que alojan la «problemática de las drogas» como desviación social, delito o enfermedad, se realiza la deconstrucción de las significaciones cristalizadas segregativas sobre el uso de sustancias psicoactivas, los usuarios y los modos diversos de vinculación que los sujetos sostienen con las sustancias lícitas e ilícitas.

2 Grup Igia. Op. cit.

3 Marlatt, G. Allan «Reducción del daño. Principios y estrategias básicas» en *Reducción del daño: Estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado*. 1998, C.P.D. de Cádiz, pp. 2-5.

4 Quevedo, Silvia y Rossi, Mariela. «Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en reducción de riesgos y daño». En: *1ª Conferencia Latina de Reducción de Riesgos*. Barcelona, 14 de noviembre de 2001.

citas. Así, este proceso de deconstrucción «imprescindible de mitos, prejuicios y creencias»⁵, permite la inserción de estrategias de reducción de riesgos y daños en los diversos ámbitos de intervención, y modifica las prácticas de los diversos actores sociales participantes. Mitos, creencias y estereotipos orientan las prácticas cotidianas de los individuos. El necesario trabajo de demistificación de estas representaciones cristalizadas –verdaderos obstáculos socioculturales– requiere de un tiempo de sensibilización y de comprensión para la apropiación de nuevos recursos y para el cambio de prácticas, por parte de los destinatarios y de las tramas comunitarias y sociales que los rodean.

Estas estrategias implican, además, la cooperación y articulación de los distintos niveles de intervención sociosanitarios formales e informales, a través de redes de inclusión sociosanitaria, con la participación de diversos actores sociales involucrados.

«En otros términos, reducir riesgos y daños sociales es posible solo si se produce la transformación de actitudes y creencias estereotipadas que obstaculizan, tanto la modificación de prácticas de riesgo como la adopción de prácticas de cuidado de la salud menos riesgosas, precisamente, porque el daño social, que conlleva estigmatización y segregación, potencia la vulneración bio-psico-social de los mismos, configurando un daño mayor que el producido por las sustancias»⁶.

4. Reducción de daños jurídicos

Las políticas públicas en materia de drogas, en nuestro país, han estado históricamente marcadas por el paradigma prohibicionista, producto de la alineación geopolítica con los EE. UU., que promueve la estrategia de «guerra contra las drogas» y produce un deslizamiento de sentido que deviene en «guerra contra los usuarios».

Esta orientación predomina en el *ámbito jurídico*, que se expresa en una legislación (Ley N.º 23.737/89) de corte netamente represivo y criminalizador que penaliza la tenencia para consumo personal y tenencia simple, favoreciendo la construcción de estereotipos estigmatizantes cristalizados en la ecuación usuario = delincuente = inseguridad ciudadana.

Los *daños jurídicos* aluden a las legislaciones punitivas que penalizan y judicializan a los usuarios incurso en la figura de tenencia para consumo personal.

Dicha figura jurídica establece las medidas de seguridad curativa y educativa, artículos 14 al 21 de la Ley N.º 23.737/89. La medida de seguridad curativa es una medida coercitiva que impone el tratamiento obligatorio psicológico como alternativa a la pena de prisión. La medida educativa es una medida de seguridad que impone la realización de un curso acerca del llamado «uso indebido de drogas» en dependencias del Ministerio de Educación.

Un prejuicio frecuente por parte de los defensores de la corriente abstencionista consiste en identificar la despenalización de la tenencia para consumo personal de drogas con la legalización de las drogas. Son dos conceptos distintos.

1) **Despenalización de la tenencia para consumo personal:** esta figura jurídica permitiría la descriminalización de la tenencia para consumo personal de drogas ilegales. La adopción de esta medida impediría la detención, el procesamiento y posterior encarcelamiento de las personas que tengan drogas para su consumo personal. Evita el estigma de la criminalización, pero no evita los riesgos que implica la adulteración de las sustancias.

La penalización de la tenencia para consumo personal refuerza más el contacto de los usuarios con la delincuencia, su aislamiento y su estigma como delincuentes y quedan así atrapados en un «círculo vicioso» que dificulta, por años, su acceso al trabajo, a la educación y a la inclusión social.

5 Grupo EPIC. Équipe de Prévénition et d' Intervention Communautaire. «Una experiencia ginebrina de prevención comunitaria de la exclusión». En: *Acción & Información*.

6 Quevedo, Silvia y Rossi, Mariela. Op. cit.

Habitualmente, se confunde la despenalización de la tenencia para consumo personal con la despenalización del tráfico o venta de sustancias. Según este prejuicio, la despenalización implicaría un aumento del consumo de drogas.

Por el contrario, el aumento del consumo y la oferta de drogas se incrementaron a partir de la sanción de la Ley N.º 23.737/89, que penaliza la tenencia para consumo personal y, también, al narcotráfico. Por ello, constituye una cuestión central establecer una política integral del estado, en materia de drogas, que tome en cuenta los derechos de los individuos. Junto con la implementación de políticas sociales, sanitarias y educativas que efectivicen el acceso a la salud, al trabajo y a la educación de los individuos, que de lo contrario, permanecen en el circuito penal enjuiciados o encarcelados. La despenalización del consumo permitiría que se concentren más los esfuerzos en reprimir el tráfico de drogas.

2) Respecto de las corrientes del pensamiento jurídico proclives a la **legalización de las drogas** se destacan dos posiciones:

a) Legalización controlada. Propone control y regulación de las drogas por parte del estado tratando las sustancias ilegales como medicamentos.

b) Legalización abierta: es un concepto distinto, significa que las sustancias se vendan libremente en un circuito comercial legal, como el alcohol o el tabaco, lo que permitiría una reducción de precios y la caída del negocio ilegal que genera tramas de corrupción política, empresarial y financiera. Desde esta posición, se alerta sobre los riesgos de la medicalización como mecanismo de control de los cuerpos de las personas.

El jurista argentino Elías Neuman plantea: legalizar todos los eslabones de la cadena de producción, consumo, tráfico y lavado. Se basa en la legalización controlada por el estado como proveedor, para asegurar la calidad de las sustancias y controlar el expendio en droguerías, farmacias y laboratorios, el pago de impuestos y las políticas de educación. Así, «El ser humano deja de ser la materia prima de la industria».

En nuestro país, el reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia (octubre, 2009) a favor de la *despenalización de la tenencia para consumo personal*, ha permitido promover debates públicos y propiciar futuros cambios en la legislación con el objetivo de situar a los usuarios de drogas como sujetos de derecho en el marco de construcción de ciudadanía.

En conclusión, reducir daños jurídicos implica promover acciones inclusivas que posicionen a los usuarios de drogas como ciudadanos, garantizando su accesibilidad a la salud y a una elevación de la calidad de vida, y evitando el estigma de su segregación.

5. Reducción de riesgos y daños sanitarios

El discurso jurídico ha potenciado los estereotipos segregativos del discurso médico y del discurso psicológico hegemónico, produciendo una marginación creciente de la población usuaria e imponiendo medidas de tratamiento psicológico coercitivo como alternativa a la pena de prisión, *desresponsabilizando* así a los sujetos de sus acciones y obligando a los agentes de salud a ejercer funciones de control social ajenas a su ética profesional.

En el contexto sanitario, las representaciones sociales dominantes estigmatizan el uso de sustancias y la figura de los usuarios, producen una sinonimia entre usuario = adicto = enfermo = delincuente, y entronizan a las sustancias como agente causal de adicción, sin atender a la singularidad de cada consultante.

Las sustancias son heterogéneas entre sí, algunas presentan riesgos a corto plazo, otras a mediano y a largo plazo, como así también, las vías de administración presentan distintos niveles de riesgo. Por ello, las estrategias deben contemplar una gama variada de objetivos por alcanzar según cada caso, entre ellas: promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios de las vías de administración, uso moderado de sustancias a través de la disminución de dosis y frecuencia,

prevención de las sobredosis, reducción del patrón de uso múltiple de sustancias, adopción de medidas de cuidado previas, durante y posteriores al consumo, inclusión de escenarios «amigables» y conocidos, promoción del uso sistemático del preservativo.

El modelo de reducción de riesgos y daños implica un *giro conceptual* en los dispositivos de trabajo asistenciales y preventivos, ya que requiere de la formación específica de los equipos de salud y de la revisión crítica de sus propios prejuicios, mitos, creencias y saberes sobre las prácticas de consumo de drogas y acerca de los diversos modos de vinculación de los individuos con las sustancias, condición necesaria para producir otros dispositivos de atención que alojen a los usuarios.

Para ello, será necesaria la transformación de los servicios específicos e inespecíficos que atienden demandas referidas al tratamiento de drogas para que puedan incluir alternativas más adecuadas que la abstinencia obligatoria.

Este giro conceptual requiere una diversificación de servicios, articulada en diferentes niveles que respondan a intervenciones de menor a mayor exigencia, a generar dispositivos de umbral mínimo de exigencia y que, a su vez, puedan permitir la atención de consumidores de muy distintas características y formas de consumo propiciando su accesibilidad al sistema de salud.

6. Estrategias de reducción de riesgos y daños

«La práctica indica que el diseño, ejecución y sustentabilidad de estas estrategias de intervención en distintos ámbitos: sociales, sanitarios, educativos, requieren del análisis y evaluación de los factores obstaculizadores y facilitadores, macro y microcontextuales, en que se inscriben las acciones: hegemonía de los discursos y representaciones sociales segregativas sobre el uso de drogas, legislación punitiva, políticas públicas erráticas y situación de fragmentación social, para poder formular estrategias focalizadas y localizadas acordes con las características de la población destinataria»⁷.

Argentina presenta un cuadro diferente en el patrón de consumo de drogas respecto de los países europeos y de América del Norte. En la actualidad, el patrón dominante es el policonsumo de sustancias por vía no parenteral, que incluye el consumo de alcohol, psicofármacos, cannabis, cocaína inhalada y pasta base de cocaína fumada e inhalada.

Además, se registra un descenso significativo en la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas que varía según los sectores sociales. El consumo de opioides y opiáceos no es epidemiológicamente significativo.

7. Intervenciones sociales y comunitarias en reducción de riesgos y daños

La intervención comunitaria requiere, hoy, resituar conceptualmente *lo local*, esto implica, desde una perspectiva transversal, ubicar en la ciudad la coexistencia y diversidad de las tramas barriales y las tensiones que las recorren, como condición de posibilidad para construir estrategias específicas de intervención social atentas a la singularidad contextual.

Por ello, la particularidad del contexto implica el diseño de dispositivos e intervenciones acordes con las *particularidades de lo local*.

Concebir la promoción de la salud y la prevención en reducción de daños, como herramientas de construcción participativa, significa localizar los puntos de encuentro comunitario entre las instituciones y los actores sociales representativos que favorezcan un compromiso decidido y solidario para detectar situaciones de vulnerabilidad social, fundamentalmente, en los jóvenes.

La eficacia de estas intervenciones se inscribe precisamente en la línea de promover el anudamiento del lazo social que habilite canales de acceso sanitario y social para esta población y evite la conformación de colectivos segregados de usuarios.

⁷ Quevedo, Silvia y Rossi, Mariela. Op. cit.

A modo de ejemplificación, se comentarán algunos lineamientos del *Programa Al Sur*.

Se trata de un programa de intervención comunitaria de prevención de la transmisión del VIH/sida destinado a usuarios de drogas desde la perspectiva de reducción de riesgos. Este programa, a cargo de la Fundación Habitar, se ha implementado durante el período 2001 a 2006, en Villa 15 y Villa 20, situadas en el Cordón Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para llevar a la práctica estas intervenciones sociales, incorporamos *metodologías combinadas de tipo participativo y de transmisión entre pares*; siguiendo a Lía Cavalcanti, consideramos que «la eficacia de la adscripción a estas metodologías radica en el proceso de transferencia de saberes, prácticas e instrumentos que posibiliten la apropiación simbólica de los recursos, para que los sujetos de la intervención devengan protagonistas responsables de sus cambios»⁸.

La eficacia de esta metodología de tipo horizontal, de transmisión entre pares, radica en el contacto y transmisión a distancia mínima que se realiza con los usuarios en ámbitos confiables y alojadores. En particular, las intervenciones sociales en reducción de riesgos se sustentan en el trabajo de acercamiento (*outreach work*) a los usuarios de drogas que realizan promotores u operadores entrenados específicamente.

La capacitación de usuarios, ex usuarios y allegados como agentes multiplicadores, se implementa mediante talleres participativos de transferencia de conocimientos, intercambio de información y de experiencias, y construcción conjunta de saberes. Los ejes temáticos comprenden: prevención de la transmisión del VIH/sida, construcción de derechos ciudadanos, salud sexual y reproductiva, negociación del uso del preservativo, exploración de la significación social del uso de drogas, prácticas de reducción de riesgos y daños.

El entrenamiento incluye técnicas en consejería itinerante, técnicas de acercamiento en la calle, en escenarios de concentración de usuarios, también comprende prácticas de multiplicación y replicación de acciones de prevención en organizaciones de base local y construcción de redes con los actores sociales involucrados, para facilitar la inserción y factibilidad social de los proyectos de intervención.

En los talleres, los participantes, además, elaboran materiales de difusión preventivos en la temática específica, acordes con los códigos socioculturales propios de la población objetivo.

El diseño y confección de las piezas comunicacionales, constituye, así, un resultado de la producción colectiva de los destinatarios de las intervenciones.

En este sentido, es importante destacar las características que deben reunir los soportes comunicacionales para producir apelaciones eficaces. El diseño de piezas de pequeño formato incluye mensajes que involucran a los receptores; las apelaciones se inscriben en un estilo coloquial, humorístico y metafórico acorde con los códigos socioculturales y etarios de los destinatarios.

Estas estrategias comunicacionales constituyen vías facilitadoras de primer contacto y sensibilización de la población usuaria mediante materiales de difusión, tales como folletos, adhesivos, cartillas, pósters, murales, historietas, banderines y banderas con mensajes preventivos, que tiendan a promover cambios en las actitudes y representaciones sociales segregativas y que faciliten la apropiación de prácticas responsables del cuidado del cuerpo y eviten daños mayores.

Dispositivos asistenciales

8. Particularidades de la clínica institucional con usuarios de drogas

En principio, nos interesa situar algunas consideraciones previas respecto de los obstáculos que presentan la práctica clínica institucional con usuarios de drogas y sus familias, para luego presentar los dispositivos de trabajo de los Centros de Día «Carlos Gardel» y «La otra base de encuentro».

⁸ Cavalcanti, Lía. *Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías*. Ficha.

1) En el módulo correspondiente a «Acerca de las drogas», situamos la complejidad que presenta la clínica en el campo del uso problemático de drogas debido al intercruce entre la singularidad subjetiva, los efectos neuroquímicos de las sustancias y los discursos de la referencia social sobre las drogas y los usuarios.

2) La presencia hegemónica de dispositivos preventivo asistenciales, basados en los modelos de terapias cognitivas comportamentales (TCC) orientados en la lógica de la abstinencia obligatoria de sustancias, han construido un estereotipo segregativo *del personaje social adicto*, donde la homologación excluye las diferencias entre las modalidades heterogéneas mediante las cuales los individuos se vinculan con las diversas sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas.

Estas modalidades de las TCC –donde el modelo aún lo constituye la comunidad terapéutica– son funcionales al discurso científico-técnico pues se basan, exclusivamente, en normativas rígidas de reeducación de los individuos y en la abstinencia obligatoria de sustancias, sin preguntarse sobre el lugar y función que ocupan en la singularidad del caso por caso.

3) Para el *Psicoanálisis*, las toxicomanías son variadas, no configuran una estructura autónoma, sino que se presentan como *un fenómeno transestructural* que atraviesa las configuraciones clínicas pertinentes a las neurosis, psicosis y perversión. Así, la aproximación a un diagnóstico diferencial de estructura nos posibilita pensar la intervención terapéutica, que será diferente de acuerdo con cada configuración y con cada individuo en particular.

Es necesario recordar, siguiendo a Sylvie Le Poulichet, que la operatoria del *pharmakon* se realiza al margen del lenguaje, se trata de *una práctica de goce* (Jacques Alain Miller). Dicha operatoria no es estructural, sino económica, constituye un recurso, una solución –como una suerte de homeostasis– que evita una amenaza de devastación psíquica mayor configurando una suerte de autoconservación paradójica al precio del aplanamiento subjetivo.

4) Las presentaciones de los pacientes indican una prevalencia del acting-out y del pasaje al acto, si bien el discurso tiene amarre y hace lazo con otros, manifiestan «falta de confianza en el significante» (según Alain Didier Weil). En sus actos, el cuerpo es tomado como sede de diversos experimentos, excesos, maltratos, accidentes, indicativos de fallas en la normatización del registro imaginario.

Llegan habitualmente a la consulta sin un síntoma que los aqueje; por lo común, no hay demanda, desimplicados, sin interrogantes; llegan con la *respuesta* que han conseguido; la causa es atribuida a un «otro»: las compañías o también a la sustancia otorgándole poderes omnímodos y demonizantes y, a la vez, requiriendo «la gestión de una solución» o «respuesta» que suprima el malestar que portan, a la manera de una extracción quirúrgica del tóxico. A menudo, se localizan dificultades en el establecimiento de la transferencia, en la medida en que portan un saber acerca de las drogas y no manifiestan querer saber acerca de las determinaciones desconocidas de sus actos. Esta respuesta recubre, en gran parte, su angustia e indica la desresponsabilización de sus actos.

Muchas de las personas que concurren suelen presentarse nominándose como «adictos» marcados por los discursos segregativos de la referencia social a los cuales responden especularmente, por ello, en cada caso, habrá que situar la consistencia de esta nominación como único anclaje subjetivo, pues la deconstrucción de la identificación puede propiciar una descompensación.

Por el contrario, otros pacientes llegan con la evidencia de un fracaso de la respuesta, solicitando ayuda por su sufrimiento; si se opera un fracaso en la operatoria del *pharmakon* es probable que un tratamiento devenga por la vía del síntoma.

5) Entendemos que la *abstinencia no es sinónimo de curación*.

Consideramos que pacientes que comienzan y prosiguen un tratamiento en una institución, a menudo, mejoran y hasta dejan de consumir tóxicos. Sin embargo, esta mejoría fenoménica no garantiza una cura.

La cura, de acuerdo con nuestra concepción, conlleva un cambio o modificación en la posición subjetiva que implica la posibilidad de caída del tóxico del lugar que ocupaba en la economía libidinal, pues las diversas contingencias que presentan los tratamientos con usuarios de drogas confirman la imposibilidad de programar y de domesticar el recorrido de la pulsión.

Por ello, *las modalidades centradas, exclusivamente, en una lógica lineal, rígida y uniformizante*, al no localizar el lugar y la función que ocupa el tóxico, promueven con frecuencia pasajes al acto, desencadenamientos psicóticos o deserción de los tratamientos. Este tipo de intervenciones se orienta en la línea de prohibir, otorgar sentido o interpretar el acto de drogarse, con «respuestas» o «soluciones» prescriptivas, que acallan y cancelan la pregunta por el enigma –lugar que ocupa la sustancia– borrando la singularidad del caso por caso.

La práctica clínica y las referencias bibliográficas, permiten corroborar, que en algunos pacientes psicóticos, el uso de drogas cumple una «función compensatoria» a la manera de una funcionalidad económica: «modifica la economía psíquica para que el sujeto pueda soportar la fenomenología elemental que acompaña al desencadenamiento»⁹. Por ello, la privación de las sustancias, voluntaria o impuesta, puede favorecer el recrudecimiento del delirio. Como así también, la nominación de «adicto» que inscribe su pertenencia a un colectivo social, permitiría una suerte de función compensatoria simbólica e imaginaria.

Desde el campo de la Psiquiatría, Khantzian, ya en las décadas de los ochenta y los noventa, formulaba la hipótesis de la automedicación, postulando que «el consumo que hace el esquizofrénico de las sustancias psicoactivas representa un intento de alivio de su enfermedad».

9. Dispositivos institucionales

A continuación, se presentarán los dispositivos del Centro de Día «Carlos Gardel» y del Centro de Día «La otra base de encuentro», diseñados a partir de las consideraciones ya expuestas.

9.1. Centro de Día «Carlos Gardel»

Este centro, creado en el año 1994, depende, como efector, del Área Programática del Hospital Ramos Mejía y forma parte de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (RMSA) del GCBA.

En el marco de la práctica institucional, en el Centro Carlos Gardel intentamos sostener una clínica que apuesta a la invención, inscripta en las enseñanzas del psicoanálisis y que se orienta en el campo de las políticas públicas hacia el paradigma de reducción de riesgos y daños, mediante la creación de *dispositivos de asistencia de umbral mínimo de exigencia con la modalidad de un sistema ambulatorio ampliado*.

Esta denominación –umbral mínimo de exigencia– desde el paradigma de reducción de daños, alude a un dispositivo de tratamiento que no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition para el inicio y despliegue de un tratamiento, y que no desestima la posibilidad de cierta regulación en el consumo.

Por otra parte, *la modalidad de ambulatorio ampliado* designa tanto la oferta diversa y singular de espacios de tratamiento individual, grupal, entrevistas familiares, interconsulta psiquiátrica, actividades de talleres, como los espacios de participación de allegados y familiares.

Esta oferta está orientada a propiciar las coordenadas de alojamiento en la transferencia según la lógica del caso por caso. O sea, que el ingreso de los consultantes en estos dispositivos no configura un camino lineal y predeterminado para todos por igual, sino que implica una escucha atenta desde el proceso de admisión para localizar –en la singularidad del caso por caso– sus posibilidades de pasaje por los distintos espacios del centro o la derivación a otras instituciones, ya sean efectores de la Red Metropolitana de servicios en adicciones, Cenareso u otros, en situaciones de franco pasaje al acto o psicosis productivas que requieran de un tratamiento de mayor complejidad y contención.

⁹ Sánchez, M. «Entretien avec Jean Claude Maleval: Particularité de l'usage de drogues dans les psychoses». *Ann.Med. Interne*, Paris: Ed. Masson, 2001

Si bien los pacientes concurren a nuestro Centro por un rasgo de identificación que los unifica en un colectivo social «ser adictos», promovemos en el diseño de los diversos dispositivos la singularización y desmasificación de los pacientes respecto de este rasgo, particularmente, en los dispositivos grupales de la Institución. No obstante, es necesario localizar qué lugar ocupa esta identificación consistente de adicto, precisamente en el caso por caso, pues en las psicosis configura una función compensatoria imaginaria, cuya desestimación puede producir desencadenamientos.

Desde una práctica clínica que abrevia en las enseñanzas del psicoanálisis de orientación lacaniana, precisamente, operamos con dispositivos, que como primera intervención, intentan generar las coordenadas de alojamiento en la transferencia. Primera intervención necesaria para la posible cesión del objeto para alejar lo real del objeto, más que para apelar a la vía del significante, que propicien su inclusión en dispositivos de tratamiento acordes con sus posibilidades subjetivas, y con la singularidad de cada caso.

La apuesta radical, entonces, en todos los casos, es situar las coordenadas de alojamiento en la transferencia como primera intervención, para proseguir en la línea de localizar los puntos de fracaso en la operatoria del *pharmakon* y el mapa de la angustia, para posibilitar, en el mejor de los casos, la sintomatización del consumo de drogas y su caída. Por ende, la abstinencia no es un objetivo en sí mismo, sino lo es por añadidura.

El trabajo en los *dispositivos grupales* se despliega en dos niveles:

- 1) generar una estructura de sostén que, de alguna manera, brinde cierto soporte simbólico y lazo social, la apuesta radica en establecer una relación diferente de la que tenían con el tóxico, una relación estable con otros.
- 2) el proceso de deconstrucción de los mitos, prejuicios y creencias segregativas acerca de las drogas, pone en cuestión el poder omnímodo otorgado a las sustancias y favorece la implicación subjetiva en la asunción de sus actos y, por ende, la adopción de prácticas de disminución de riesgos.

La inclusión de dispositivos colectivos constituye una alternativa que toma en cuenta la lógica social de los nuevos síntomas, pues los pacientes concurren a la institución convocados por un rasgo de identificación que los unifica bajo la nominación de «adictos».

En el recorrido histórico de la práctica institucional del Centro, constituye aún un desafío producir «el pasaje de individuos –individuos– a un efecto de sujeto dividido, en el mejor de los casos»¹⁰.

En el último período, se ha implementado en el Centro un proyecto de prevención en la línea de la perspectiva de reducción de daños. Este proyecto ha desarrollado actividades de capacitación destinadas a formar a operadores sociosanitarios multiplicadores en estrategias de reducción de daños y prevención de la transmisión del VIH/sida.

9.2. Centro de Día «La otra base de encuentro»

Este centro, creado en octubre de 2006, depende como efector del Área Programática del Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero y forma parte de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (RMSA) del GCBA.

El centro está destinado a la atención de usuarios/as con uso problemático de sustancias psicoactivas residentes en la zona del Bajo Flores, que incluye Barrio Rivadavia I y II, Villa 1-11-14, Barrio Illia y Barrio Ramón Carrillo.

La creciente demanda de asistencia proveniente de los sectores sociales de la población local de mayor riesgo y vulnerabilidad, como, también, la inexistencia de dispositivos destinados a atender esta demanda, motivaron que la apertura del Centro contara con el apoyo, sostén y acompañamiento de la Red del Bajo Flores, vecinos, organizaciones comunitarias locales y profesionales de los centros de salud del área, que desde diferentes lugares, han reclamado una imperiosa búsqueda de soluciones acorde con la gravedad del problema.

¹⁰ Quevedo, Silvia. «Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía. Un caso ejemplar». En la Jornada *¿Qué programa? El psicoanálisis frente a las adicciones*. Centro Descartes, 28 de agosto de 2006.

9.2.1. Caracterización del problema

En la cobertura geográfica correspondiente al Área Programática del Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero, el diagnóstico de situación realizado revela –entre las poblaciones juveniles y de adultos jóvenes residentes– un cuadro de alta vulnerabilidad social. La ruptura de códigos de convivencia, la pérdida del sentido de la vida propia y ajena conforma un cuadro que *naturaliza* la violencia cotidiana.

Las actuales coordenadas socioeconómicas y los cambios operados en las configuraciones familiares, ponen en cuestión el concepto unívoco de adolescencia, las dificultades para insertarse en un aparato productivo basado en un modelo de exclusión, y la ausencia de políticas para la infancia y juventud, otorgan sus razones a tal cuadro de situación.

Especialmente en los sectores más desprotegidos y vulnerables que configuran la población local, se observa el consumo de tóxicos en edades muy tempranas, aun antes de la pubertad; aquí se trata de chicos y chicas que pasan de la infancia, directamente, a una suerte de vida adulta distorsionada, sin pasar por lo que llamamos adolescencia, época de moratoria social. A menudo, en estos ámbitos sociales, el armado de circuitos de tráfico-consumo representa la única posibilidad de ingreso económico, incrementando la marginalidad y la delincuencia, en un contexto caracterizado por la fragmentación de lazos sociales y familiares, deserción temprana del circuito educativo, enfrentamientos violentos entre tribus urbanas rivales, judicialización de niños, adolescentes y jóvenes. Hoy, el ritual de pasaje para estos niños y jóvenes vulnerados lo configura el acceso temprano a las armas y el uso abusivo de drogas.

En particular, en la zona ya mencionada, se detecta una alta prevalencia de pasta base de cocaína fumada o inhalada, como así también predominio de policonsumo de alcohol asociado con la pasta base y psicofármacos diversos.

El consumo de pasta base de cocaína presenta características alarmantes por la rápida adherencia entre los segmentos más jóvenes, donde se observa un rápido descenso en la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, también, es de destacar que en los últimos tiempos se observa el rápido pasaje de marihuana a inhalación de pegamentos y/o fumado de pasta base como ritual de consumo entre niños, adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

Los daños sanitarios vinculados al consumo de pasta base de cocaína, se deben a la alta toxicidad que presenta esta sustancia, como a la vía de administración vehiculizada a través de pipas y latas, a lo que se agrega la elevada cantidad de dosis diarias para lograr la intensidad del efecto buscado.

Se observa, también, un aumento progresivo en el consumo de drogas por parte de la población de mujeres adolescentes, jóvenes y adultas jóvenes, detectándose esta situación, especialmente, en adolescentes y jóvenes con estado de embarazo, en muchos casos avanzado, o a término.

Por lo tanto, el diagnóstico realizado condujo a la implementación del Centro de Día que cuenta con dispositivos preventivo-asistenciales y de reinserción social de umbral mínimo de exigencia para atender las demandas provenientes de la población objetivo, sus familiares, allegados y de los actores sociales intervinientes en la trama social local.

Los dispositivos ofertados están diseñados para recibir a adolescentes, jóvenes y adultos, a partir de los doce años, con estrategias diferenciadas. Su marco conceptual se orienta en la aplicación de las enseñanzas del psicoanálisis y en la perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Se trata de *una propuesta de abordaje institucional innovadora* que aporta a los usuarios lugares para circular, crear y producir, a través de dispositivos propiciadores del lazo social y construcción de ciudadanía, acordes con los códigos socioculturales locales de los destinatarios y de la trama social circundante.

«Para ello es prioritaria la construcción de un entramado transversal de instituciones que progresivamente pueda ir incorporando socialmente a la población objetivo. En otras palabras, la conformación de redes entendidas como formas de anudamiento social, con un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos complejos»¹¹.

11 Baldelli, Beatriz y Quevedo, Silvia. *Proyecto de creación del Centro de Día «La otra base de encuentro»*. Mimeo

En la primera etapa de implementación del centro, las actividades están dirigidas a la realización de estrategias de intervención sociosanitaria, basadas en la perspectiva de disminución de riesgos y daños y en la metodología de participación comunitaria.

En esta etapa, «las acciones tienden a lograr la visibilización social de la complejidad de la temática en el entramado social local, la necesidad de implementar nuevos abordajes e instalar las bases que permitan la sustentabilidad del Centro de Día»¹².

Las actividades de capacitación y supervisión de los recursos humanos profesionales y comunitarios transversalizan los diferentes dispositivos de atención y de intervención social.

En este sentido, se dicta, desde el año 2006, un seminario anual interdisciplinario de posgrado abierto «El campo del uso de drogas. Dispositivos asistenciales y estrategias de intervención social». Además, se realizan reuniones quincenales destinadas a la capacitación interna del equipo, como así también, supervisiones clínicas de casos y de dispositivos de intervención social.

En la actualidad, las estrategias de prevención en reducción de riesgos y daños se despliegan en tres niveles de intervención simultáneos.

En *el primer nivel de intervención* se ha constituido un equipo itinerante interdisciplinario conformado por una médica generalista, un trabajador social y dos talleristas que, mediante *técnicas de acercamiento en terreno*, contactan a la población de usuarios de drogas en sus escenarios habituales de concentración, «ranchadas», a través de la provisión de preservativos, suministro de insumos de prevención –preservativos, folletería, agua y gel para curación de heridas– tratando de establecer canales de accesibilidad al sistema de salud.

El segundo nivel de intervención implica la capacitación de jóvenes *como promotores de reducción de riesgos y daños*, destinado a los jóvenes que circulan en las instituciones locales (COOPA, Ement) para entrenarlos en técnicas de acercamiento en terreno e incorporarlos a los equipos itinerantes.

El tercer nivel de intervención comprende el desarrollo de *talleres de sensibilización sobre mitos, prejuicios y creencias sobre el consumo de drogas* destinado a la población que concurre a los comedores, y a otras organizaciones de base, propiciando la construcción de lazos y la inclusión social de la población usuaria en el entramado local.

9.2.2. Dispositivos asistenciales

El Centro de Día cuenta con dispositivos asistenciales amplios, flexibles, creativos y múltiples, que articulan en la sincronía espacios individuales, grupales, familiares, sociales, interinstitucionales y redes sociales acordes con los códigos socioculturales y particularidades que presenta la trama local.

Por ello, se han diseñado dispositivos de umbral mínimo de exigencia que contemplan y respeten la singularidad de cada consultante con una modalidad de abordaje ambulatorio. Esta modalidad brinda tratamiento individual, interconsulta psiquiátrica, atención en clínica médica, entrevistas familiares, e inclusión en dispositivos colectivos, tales como grupos, talleres de arcilla, taller de canto y percusión, taller de confección de muñecos.

El Centro recibe la demanda espontánea de asistencia proveniente de los circuitos y canales de acceso generados por los promotores de salud y equipo del Centro mediante el trabajo de acercamiento a la población objetivo, como así también, las derivaciones provenientes de los referentes sociales locales del sistema sanitario, del área social, de educación, de justicia, CDNNyA, manteniendo su autonomía respecto de los criterios de admisión.

El ingreso a dispositivos de tratamiento se realizará a través de un breve proceso de admisión diagnóstica que, en cada caso, contemplará los siguientes criterios: se excluyen los casos de psicosis agudas, las psicosis graves –que requieran internación o dispositivos específicos–, psicopatías severas, intoxicaciones agudas por drogas, efectuándose, en todos los casos, las derivaciones pertinentes a emergencias psiquiátricas y/o toxicológicas.

¹² Baldelli, Beatriz y Quevedo, Silvia. Op. cit.

Esta propuesta novedosa e inaugural propicia la circulación de los pacientes por los diversos circuitos institucionales de acuerdo con la singularidad de cada consultante, o sea, que se ofertan diferentes vías de acceso flexibles a los dispositivos del Centro que no requieran de un recorrido lineal y pautado para todos por igual. Por ello, la inclusión del dispositivo de atención en clínica médica constituye un rasgo diferencial pensado como posible vía de ingreso a los demás dispositivos del centro. «Se trata de una instancia de socialización y producción subjetiva que tiene como finalidad la desmasificación del consultante ofreciéndole una trama que posibilite el desarrollo de su singularidad, un ordenamiento regulado que lo responsabilice de sus actos, cambios y la adquisición de prácticas menos riesgosas para su salud. Su objetivo es producir un giro en su posición subjetiva: la posibilidad de reformular un destino marcado por un estigma»¹³.

9.2.3. Dispositivos de neoinserción social

Entendemos el concepto de neoinserción referido a un cambio de posición del sujeto en sus relaciones sociales y no una mera adaptación a situaciones ya establecidas y alienantes. Estas actividades de neoinserción social representan una instancia fundamental en el Centro. Están destinadas a quienes hayan producido un giro en su posición subjetiva y que continúan en tratamiento individual y/o grupal, al tiempo que realizan actividades con salida laboral y otros proyectos.

Su objetivo es consolidar lo logrado a lo largo del tratamiento, afianzarse en su marco familiar y social, de manera progresiva, y vincularse a la vida productiva. Muchos fracasos terapéuticos y recaídas en el consumo de drogas se deben a no considerar esta fase y no otorgarle su fundamental importancia. La neoinserción social a través de las actividades grupales y el sostén brindado por organizaciones de la trama comunitaria y grupo familiar configuran el andamiaje esencial de esta propuesta.

10. Bibliografía

- BALDELLI, B. y S. QUEVEDO. *Proyecto de creación del Centro de Día: La otra base de encuentro*. Mimeo.
- CAVALCANTI, L. «Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías». En: *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*, Medellín, Colombia, 1996.
- ESCOHOTADO, A. *Aprendiendo de las drogas*. Anagrama, 1995.
- GRUPO EPIC. Équipe de Prévénition et d' Intervention Communautaire. «Una experiencia ginebrina de prevención comunitaria de la exclusión». Publicada en: *Acción & Información*.
- GRUP IGIA. *Políticas e intervenciones en reducción de riesgos*. Barcelona: Grup Igia, 1998.
- LAURENT, É. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches, 2000.
- LEBEAU, B. *La gestión del fracaso*. Mimeo.
- LE POULICHET, S. *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu Editores, 1990.
- MARLATT, G. A. «Reducción del daño: Principios y estrategias básicas». En: *Reducción del daño: Estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado*, 1998.
- MILLER, J. A y LAURENT, É. (col.) *Seminario: El Otro que no existe y sus comités de ética*. Paidós, 2005.
- POTVIN, S., E. STIP y J. Y. ROY. *La Hipótesis de la automedicación en la esquizofrenia*. Université de Montréal, Clinique Cormier-Lafontaine, 110 ouest, rue Prince-Arthur, Montreal.
- QUEVEDO, S. «Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía: un caso ejemplar». En la Jornada *¿Qué programa? El psicoanálisis frente a las adicciones*, realizada en el Centro Descartes, 28 de agosto de 2006. Recuperado de: <www.descartes.org.ar>.
- QUEVEDO, S. y M. KAMENIECKI. «Dispositivos clínicos en toxicomanías». En: Donghi, A., C. Gartland y S. Quevedo (compil.). *Cuerpo y Subjetividad. Variantes e Invariantes Clínicas*. Letra Viva, 2005.

¹³ Baldelli, Beatriz y Quevedo, Silvia. Op. cit.

- QUEVEDO, S. y N. MORALES. «Acerca de las prácticas clínicas en toxicomanías». En: *Clínica institucional en toxicomanías. Una cita con el Centro Carlos Gardel*. Letra Viva, 2006.
- QUEVEDO, S. y M. ROSSI. «Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en reducción de riesgos y daño». Comunicación oral presentada en: *1.ª Conferencia Latina de Reducción de Riesgos*. S. Quevedo (relatora). Barcelona, 14 de noviembre de 2001.
- *Acerca de las prácticas sociales desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños*.
- RILEY, D. y P. O' HARE. «Reducción de Daños: Historia, Definición y Prácticas». En: Inchaurreaga, S. (compil.) *Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños*. CEADS - U.N.R.

Links

Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS
Noticias e Información Pública. *Comunicado de Prensa: Consumo de alcohol en las Américas: 50% más que en el resto del mundo, 2005*. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051207a.htm>

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. SOCIDROGALCOHOL. Lo que necesitas saber sobre el alcohol para tomar tus propias decisiones. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/siempreeligestu.pdf>

Buena Praxis, página digital, Adolescencia.

LA PUBLICIDAD HACE QUE LOS JÓVENES CONSUMAN CADA VEZ MÁS ALCOHOL. EN LA ARGENTINA LOS ADOLESCENTES FUMAN CADA VEZ MÁS. Mayo 2003.

<http://praxis.paginadigital.com.ar/adolesc.asp>

Drogas - ALCOHOL, Mendes Diz, Ana María

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LA ESCUELA MEDIA.

Drogas - Alcohol. Esta Revista electrónica fue dirigida hasta marzo de 2003 por la Lic. Patricia Sorokin. El material reunido se conserva a efectos de su archivo y cita.

<http://www.drogas.bioetica.org/drohol1.htm>

INFOBAE.COM.

El estrés familiar induce a adolescentes a abusar de tabaco y alcohol Salud 1/7/2006.

<http://www.infobae.com/notas/nota.php?IdxSeccion=1&Idx=261711>

NIAAA National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health

NIAAA Clinician's Guide

Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide and Related Professional Support Resources.

<http://www.niaaa.nih.gov/Publications/EducationTrainingMaterials/guide.htm>

<http://www.niaaa.nih.gov/> - <http://www.nih.gov/>

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C. INTERVENCIÓN BREVE Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. WHO/MSD/MSB/01.6b. Original: Inglés. Distribución: General. 2001.

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf



Violencia en la adolescencia en el marco de los derechos humanos

La violencia ejercida por jóvenes y adolescentes víctimas de violencia

Índice

● **Capítulo 49**

Introducción

Algunos conceptos a manera de introducción
Salud Materno Infanto Juvenil en cifras 2009

● **Capítulo 50**

La violencia en nuestra sociedad: violencia juvenil y jóvenes víctimas de violencia

1. La gran mutación: de ciudadano a consumidor
2. La necesidad de juntarse: de bandas y otras formas de grupalidades
3. De violencia/s y víctimas (o victimarios)
4. Bibliografía

● **Capítulo 51**

Violencia familiar: aspectos dinámicos

● **Capítulo 52**

Los adolescentes como blanco de la violencia social e institucional: la violencia escolar

1. Presentación de la disertante
2. Presentación de la escuela
3. Contextualización de la escuela hoy
4. La violencia escolar
5. Qué puede hacer la escuela
 - 5.1. En el ámbito de la prevención inespecífica, la escuela puede y debe...
 - 5.2. En el área de la prevención específica, la escuela puede...
 - 5.2.1. Indicadores de riesgo sobre la posible emergencia de situaciones de violencia en el ámbito escolar
 - 5.2.2. Indicadores de riesgo de los alumnos
 - 5.2.3. Indicadores desde la familia
 - 5.2.4. El concepto de resiliencia
6. Bibliografía

●Capítulo 53

«Bullying»: hostigamiento entre pares en edad escolar

1. ¿Qué es el *bullying*?
2. ¿Cuáles son las características para que una agresión se considere *bullying*?
3. ¿Qué tipo de *bullying* es más frecuente?
4. ¿Cómo se ve el *bullying* a las diferentes edades?
 - 4.1. En Jardín de Infantes y Preescolar
 - 4.2. En la Primaria y Secundaria
5. ¿Quiénes son los protagonistas del *bullying*?
6. ¿Quiénes son las víctimas del *bullying*?
7. ¿Cómo puede detectarse el *bullying*?
8. ¿Qué hacer cuando se sospecha que hay *bullying*?
 - 8.1. Hay algunas claves para prevenir el *bullying* en el colegio
 - 8.2. En caso de que se detecte un caso de *bullying*, qué hay que hacer
 - 8.3. ¿Qué es lo que NO hay que hacer si un padre detecta que están hostigando a su hijo?
9. Bibliografía

●Capítulo 54

«Bullying o Sistema Bullying» (SB): como emergente del desajuste escolar.

Los Factores de Riesgo, de protección y la resiliencia

1. Ajuste y desajuste escolar
 - 1.1. Concepto general
 - 1.2. Volvamos entonces al concepto general de ajuste escolar (AE):
 - 1.2.1. *Background* y factores demográficos
 - 1.2.2. Conducta del niño en la escuela
 - 1.2.3. Relaciones interpersonales
 - 1.2.4. Ajuste escolar
2. Factores de riesgo
3. Psicopatología
4. Factores de protección
5. Resiliencia
6. Conclusión
7. Bibliografía

●Capítulo 55

Abuso sexual: diagnóstico y abordaje

La historia de Marta

Marco teórico y Protocolo Abuso Sexual Infantil (A. S. I.) y Violación.

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)

1. Abordaje de la paciente víctima de abuso sexual y violación
2. Examen físico
 - 2.1. Signos y síntomas emocionales
 - 2.2. Examen físico general
 - 2.3. Examen ginecológico
 - 2.3.1. Clasificación de los hallazgos anogenitales en niñas con sospecha de A. S. I.
 - 2.4. Toma de muestras
 - 2.4.1. Los cultivos se colocan en medios especiales
 - 2.4.2. Búsqueda de espermatozoides
 - 2.4.3. Test de HIV por ELISA

- 2.4.4. Detección de hepatitis B
- 2.4.5. Hepatitis C y D
- 2.4.6. Subunidad b HCG
- 2.4.7. Laboratorio de rutina
- 3. Tratamiento
 - 3.1. Tratamiento de lesiones corporales y/o genitales
 - 3.2. Vacuna antitetánica y plan antibiótico
 - 3.3. Antibioticoterapia preventiva para ITS en adolescentes
 - 3.4. Tratamiento preventivo de HIV en adolescentes
 - 3.5. Tratamiento preventivo de hepatitis B
 - 3.6. Prevención de embarazo
- 4. Protocolo de A. S. I. (Abuso Sexual Infanto Juvenil)

●Capítulo 56

Clínica del abuso sexual en la infancia y en la adolescencia

1. ¿Qué es el abuso sexual? ¿Cuál es la diferencia entre abuso y juegos sexuales?
2. ¿Qué debería garantizar una familia sostenida, a su vez, por el Estado?
3. ¿Por qué cuando hay abuso no hay amor?
4. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que un abuso se produzca?
5. ¿Cuáles podrían ser las razones por las cuales una madre no registre que su hijo o hija está sufriendo un abuso?
6. ¿Cómo puede notarse que un niño está sufriendo una situación de abuso? ¿Qué valor tiene su palabra?
7. ¿Qué sentimientos abundan en las personas traumatizadas por un abuso sexual?
8. ¿Qué valor simbólico tiene la denuncia?
9. ¿El que abusa fue siempre abusado?
10. ¿A qué se llama crisis de divulgación?
11. ¿Quién atiende estos casos en el sistema de salud y cuáles son los obstáculos que surgen para su atención?
12. ¿Qué efectos se observan en la subjetividad a corto y a largo plazo?
13. ¿Qué sucede a lo largo del tiempo con la revinculación de las niñas o adolescentes con el abusador?
14. ¿A qué apuntará el trabajo psicoterapéutico?
15. ¿Cómo realizar un diagnóstico desde el psicoanálisis para detectar la presencia o no de lo traumático y sus efectos?
16. ¿Cómo puede intervenir el analista?
17. ¿Cómo realizar el diagnóstico en casos de niños pequeños?
18. Bibliografía

●Capítulo 57

Adolescentes en riesgo y recursos legales. Legislación vigente

Modelo de intervención ante situaciones de violencia. Servicios y normativas

1. Introducción
2. Las «familias» y las «adolescencias». Necesidad de contextualizar
3. Marco conceptual y legal
 - 3.1. La Convención contra toda forma de discriminación contra la Mujer
 - 3.2. Convención sobre los derechos del Niño
 - 3.2.1. Protección contra toda forma de violencia
 - 3.2.2. Derecho a la convivencia familiar. Violencia intrafamiliar

- 3.2.3. «Protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía» y el «Protocolo facultativo relativo a la participación de niños en los conflictos armados»
- 3.3. En 1999, la Conferencia General de la OIT adoptó el Convenio N.º 182, en el cual quedan determinadas las peores formas de trabajo infantil.
- 4. La normativa legal en la Argentina
 - 4.1. Procedimiento administrativo ante vulneración de derechos de niños y adolescentes
- 5. Servicios locales de protección de derechos. La experiencia de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N.º 114. Ley N.º 26.061. Descripción de los servicios del CDNNyA e información estadística
 - 5.1. Principales demandas y problemáticas de los adolescentes atendidos
 - 5.1.1. Conflictividad familiar. Abandono del hogar
 - 5.1.2. Protección contra la violencia (abuso, incesto, explotación sexual)
 - 5.1.2.1. Abuso, incesto
 - 5.1.2.2. Explotación sexual y comercial infanto juvenil (ESCI)
 - 5.1.3. Violencia en las escuelas
 - 5.1.4. Adolescentes infractores a la ley penal. Análisis del marco legal
- 6. Bibliografía

Capítulo 49

Violencia en la adolescencia en el marco de los derechos humanos La violencia ejercida por jóvenes y adolescentes víctimas de violencia

Dra. Diana Pasqualini

Introducción

La violencia juvenil es tema de discusión cotidiana y es mostrada en todas sus expresiones por los medios de comunicación. Para poder entender su origen, consecuencias y abordaje, se requiere un marco interdisciplinario y, además, la participación de los mismos afectados. La pregunta habitual es si los adolescentes como grupo constituyen un riesgo para la sociedad o, si por lo contrario, son las principales víctimas de la violencia. Por lo cual, se brindan diversos textos redactados por autores reconocidos en el país, pertenecientes a diferentes disciplinas.

Comenzamos con una *introducción* al tema y, luego, se incluyen los siguientes capítulos:

La violencia en nuestra sociedad: violencia juvenil y jóvenes víctimas de violencia, escrito por el Lic. Enrique Valiente, Sociólogo (UBA), especialista en Sociología de la Cultura, miembro del Registro de Expertos de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Ha sido decano del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales en la Universidad Nacional de La Matanza y asesor de la Comisión de Educación de la Cámara de Diputados de la Nación. Actualmente, es director de la carrera de Gestión del Arte y la Cultura en la Universidad Nacional de Tres de Febrero, miembro de la Mesa Ejecutiva del Consejo de Decanos de Ciencias Sociales y Humanas de Universidades Nacionales y profesor titular regular de Cultura Contemporánea.

Violencia familiar: aspectos dinámicos, cuya autora es la Dra. Susana Ragatke, Médica Psiquiatra y Psicoanalista, Médica de Planta del Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

Los adolescentes como blanco de la violencia social e institucional: la violencia escolar, cuya autora es la Lic. Adriana Beatriz Gerpe, Profesora de Historia, Licenciada en Psicología, Magíster en gestión de proyectos educativos, rectora titular del Liceo 9 dependiente del Ministerio de Educación del GCBA y supervisora de educación media dependiente del Ministerio de Educación del GCBA.

«*Bullying*»: *hostigamiento entre pares en edad escolar*, escrito por la Dra. Flavia Sinigagliesi, Médica Pediatra especialista en trastornos del desarrollo y Neuropsicofarmacóloga, coordinadora del Grupo Cidep (Centro de Investigaciones del Desarrollo Psiconeurológico) e integrante del Equipo Bullying Cero Argentina.

«*Bullying o Sistema Bullying*» (SB): *Como emergente del desajuste escolar. Los Factores de Riesgo, de Protección y la Resiliencia*, autor: Dr. Miguel Ángel García Coto, Psiquiatra de Niños, Magíster en Psicología Cognitiva, director de Grupo Cidep e integrante de Equipo Bullying Cero Argentina.

Marco teórico y Protocolo Abuso Sexual Infantil (A. S. I.) y Violación. Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil (SAGIJ), (Publicado con permiso). En el cual participan, entre otros, la Dra. Analía Tablado, Médica Ginecóloga, certificada en Ginecología Infante Juvenil, ex presidente de la Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil, y el Dr. Eduardo Rubinstein, Médico Pediatra y especialista en Enfermedades Infecciosas (UBA), coordinador de Adolescencia del Hospital de

Enfermedades Infecciosas F. J. Muñiz, Magíster en atención de personas con VIH/sida, Sociedad Argentina de SIDA, 2005, miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA) y de la Sociedad Argentina de SIDA (SAS). Ex secretario de la Junta Nacional del Comité para el Estudio Permanente del Adolescente (CEPA) de la SAP y presidente del 5.º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente, SAP, Buenos Aires, septiembre 2004.

Clinica del abuso sexual en la infancia y en la adolescencia, autora: Susana M. Toporosi, Psicoanalista de niños y adolescentes, coordinadora de Psicopatología de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, miembro del consejo de redacción de la Revista Topía, de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Cocompiladora del libro «Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales», editorial Paidós, 2003. Coautora del libro «13 variaciones sobre clínica psicoanalítica», compilado por Ana Berezin, editorial Siglo XXI, 2003. Coautora de «Nuevas variaciones sobre clínica psicoanalítica», compilado por Ana Berezin, editorial Letra Viva, 2006.

Modelo de intervención ante situaciones de violencia y legislación vigente, en el cual participan: la Profesora María Elena Naddeo y el Doctor Gustavo Gallo. La Prof.a María E. Naddeo es egresada de la carrera de Historia de la UBA, realizó el Posgrado Interdisciplinario en Estudios de la Mujer de la Facultad de Psicología, fue legisladora de la Ciudad de Buenos Aires en el período de 1993 a 2000, presidió el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GCBA desde el año 2000 hasta el 2007. Actualmente, integra el Consejo de Presidencia de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) y es legisladora de la Ciudad de Buenos Aires donde preside la Comisión de seguimiento de la Ley de Salud Mental N.º 448.

El Dr. Gustavo Gallo es Abogado; realizó la maestría en Criminología, Módulo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, es miembro de la Asociación de Magistrados y Funcionarios del Departamento Judicial de Lomas de Zamora, se desempeña como Defensor Público ad hoc de la Defensoría General de la Nación, fue Director General Legal y Técnico del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Algunos conceptos a manera de introducción

Dra. Diana Pasqualini

Vale la pena recordar que la Convención de los Derechos del Niño define al *niño* como «... toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad». Y que la definición del concepto violencia, inserta en el Artículo N.º 19 de la Convención, ampliado por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud del año 2002, define el concepto violencia como «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad».

Además, un interrogante frecuente en nuestra sociedad es por qué hay adolescentes violentos y cómo abordar la violencia juvenil. Mientras hay sectores que creen que los adolescentes, como grupo, constituyen un riesgo para la sociedad, otros, por el contrario, sostienen que son los niños y los adolescentes las principales víctimas de la violencia social.

Refiere Winnicott, «la adolescencia es un período de descubrimiento personal, en el que cada individuo participa en forma comprometida en una experiencia de vida, un problema concerniente al hecho de existir y al establecimiento de una identidad». El modo en que el niño o la niña afronta los cambios puberales y las angustias que ellos generan se basa en una pauta organizada en su temprana infancia. Ciertas características individuales derivan de las experiencias vividas, de los éxitos y fra-

casos del manejo de los sentimientos propios en los dos primeros años de vida, del ambiente en que se desarrolló. Los adolescentes que se desarrollaron en un hogar donde existía el interés continuado de los padres y de la organización familiar más amplia, en un «ambiente facilitador», llegan a la adolescencia «equipados con una forma personal para habérselas con nuevos sentimientos, tolerar la desazón y rechazar o apartar de sí las situaciones que les provoquen una angustia insoportable».

En el proceso de maduración, el adolescente necesita confrontar con sus padres, enfrentar el desafío de crecer y de pensar diferente. Pero, a su vez, precisa de la contención familiar que debe ser ejercida sin represalia ni venganza. Cuando los padres abdican, hay mayor probabilidad de que el adolescente pierda toda actividad imaginativa, el pensamiento creador, y la libertad para formular planes para una nueva vida. (Winnicott, *Realidad y juego*, 1971).

Hay algunos que pasan por una «fase de desaliento malhumorado», durante la cual se sienten fútiles. Entonces «corren el riesgo de dejar los estudios, de tirarse en la cama, de tener períodos de animación repentina con abuso de alcohol u otras sustancias, sexo sin cuidado, ideas suicidas, etcétera. Si el muchacho o la chica sale de esta fase de desaliento malhumorado, es capaz de identificarse con sus progenitores y con la sociedad sin temor a desaparecer como individuo».

En cuanto a las pandillas relata: «El adolescente es un ser aislado. Aun cuando se lanza hacia algo que puede llevarlo a una relación personal, lo hace desde una posición de aislamiento. Las relaciones individuales lo van llevando, con el tiempo, hacia la sociabilización». «Los grupos de adolescentes de menor edad son aglomeraciones de individuos aislados que intentan formar un conjunto mediante la adopción de ideas, ideales, modos de vestir y estilos de vida mutuos, como si pudieran agruparse a causa de sus preocupaciones e intereses recíprocos. Constituyen un grupo si son atacados como tal, pero cuando cesa la persecución, la agrupación reactiva desaparece. No es satisfactoria porque carece de dinámica interna». «El robo, la tentativa de suicidio, la depresión de un adolescente modifica la dinámica de todo un grupo. El grupo le prestará ayuda aunque no apruebe su conducta». (Winnicott, *Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado*, 1963).

¿Cuál es la solución a la violencia? «No hay solución alguna, salvo que cada adolescente de uno u otro sexo crezca y madure, con el tiempo, hasta hacerse adulto». Hay, sin embargo, factores favorables: «El que infunde más esperanzas es la capacidad de la mayoría de los adolescentes para tolerar su propia posición de “no saber hacia donde ir”». Ellos adquirirán el sentido de existir mientras realizan distintas actividades. «Para que esto suceda, es preciso que el proceso de socialización se haya desarrollado suficientemente bien durante la niñez». «La tarea permanente de la sociedad, con respecto a los jóvenes, es sostenerlos y contenerlos», sin «esa indignación moral nacida de la envidia del vigor y la frescura juvenil».

«La curación de la adolescencia es el paso del tiempo y la maduración que éste puede traer. Es tolerar no saber donde ir, adquirir el sentido de vivir y sociabilización adecuada y autonomía» (Winnicott, *La juventud no dormirá*, 1964).

La violencia innecesaria, tanto física como psíquica, es un factor que incide en forma significativa en la salud de niños y adolescentes. Las distintas formas que adquiere – negligencia, abandono, maltrato físico o emocional, violencia sexual, chicos en situación de calle, mendicidad, explotación en el trabajo, alcohol, drogas, enfermedades de transmisión sexual– responden a los diferentes ámbitos donde transcurre la vida del niño y del adolescente.

Daniel Míguez da una gran importancia a la falta de expectativas. Muchos de los padres de los jóvenes actuales «no han logrado una trayectoria laboral que conduzca a algún tipo de progreso económico. Y sus hijos no pueden reconocer en sus padres el modelo de dignidad personal y progreso social que conocieron sus abuelos». «Y, como en su mayoría, las familias de sectores de bajos ingresos adhieren culturalmente al modelo patriarcal, la pérdida de la figura del varón como protector ocasiona frecuentes crisis en su estructura». «La falta de empleo significa la ausencia de pertenencia, la muerte social». Se disuelven los lazos familiares y aumentan los hogares encabezados por madres solas. «En tanto, se instala en el país un mayor consumismo y, entre los jóvenes, especialmente, como una forma de posicionarse en relación con la sociedad. Es durante el transcurrir de este proceso de desequilibrio

cuando surgen los pibes chorros. La imposibilidad de insertarse en el mercado de trabajo, la falta de expectativas hace que los jóvenes tengan cierta tendencia a incurrir en la ilegalidad o a alternar entre la ilegalidad y el empleo legal».

La violencia interpersonal y la conducta violenta de carácter reiterativo, de generación en generación, están sumamente influidas por determinantes macrosociales, como el desempleo, la inequidad en los ingresos, la falta de accesibilidad a la educación, los grandes cambios socioculturales y de valores.

La complejidad de la violencia y sus consecuencias físicas y psicológicas; sus correlatos sociales, políticos y económicos requieren la comprensión y compromiso de mucha gente. Ninguna disciplina tiene la solución para las causas o para las consecuencias de la violencia, sin embargo, cada disciplina contribuye a su comprensión.

Además, refiere Míguez, «las políticas del gobierno contra el desempleo son importantes para combatir el delito, pero las políticas específicas del sector seguridad, que tanto reclama la opinión pública, solo pueden tener un efecto relativo». (Daniel Míguez, 2004).

Le Breton asocia los comportamientos de riesgo de los jóvenes de hoy en día a una crisis prolongada. Son posibles causas: la dificultad propia del niño o del adolescente al ingreso en la edad adulta, la distancia cultural entre generaciones en aumento, la confusión en los referentes de sentido y de valores de nuestra sociedad y un futuro que es fuente de dudas y de preocupación para jóvenes y padres. «A la dificultad propia del niño o del adolescente al ingreso en la edad adulta, se suma la confusión en los referentes de sentido y de valores de nuestra sociedad y las incertidumbres futuras».

Sin embargo, refiere Le Breton, que desde su punto de vista, las conductas de riesgo tienen una valoración positiva, ya que, muchas veces, son intentos dolorosos de insertarse en el mundo. Lo esencial es prevenirlas, y esto se dificulta si no existe diálogo, un diálogo que permita construir el sentido de la vida, de pertenencia que dignifica. Los jóvenes aspiran a insertarse en el mundo. El sentimiento de inutilidad lleva a lo que los psicoanalistas denominan pasaje a la acción (David Le Breton, 2003).

La Sociedad Argentina de Pediatría, en el 2004, publicó su posición con respecto a los Derechos de Niños y Adolescentes. Sostiene que, al momento de defender a un menor, todo niño y adolescente necesita de una defensa que se ocupe específicamente de sus intereses, tal como lo refiere «La Convención sobre los Derechos del Niño», que reconoce a niñas y niños como sujetos titulares de derechos propios, que tienen derecho a ser oídos y defendidos, técnicamente, en forma obligatoria, pronta y adecuada. (*Los Derechos de Niños y Adolescentes en la Argentina: posición de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 2004).

Prevención de la violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una serie de publicaciones que muestran evidencias de intervenciones para prevenir la violencia interpersonal y hacia uno mismo. Las estrategias para la prevención de la violencia están dirigidas a promover:

1. El desarrollo de un sostén afectivo, seguro y estable en el hogar entre los niños y sus padres u otros cuidadores. Se ha observado que los programas dirigidos a reforzar los vínculos, a ayudar a los padres en la crianza de los hijos, especialmente en situaciones socioculturales adversas, a apoyar el acceso a mejor educación para padres y niños y a ofrecer soporte social, contribuyen a reducir el maltrato infantil y a promover el desarrollo adolescente.
2. El desarrollo de habilidades para la vida en niños y adolescentes. El objetivo es facilitar una mejor inserción social y desarrollo emocional, desde la época preescolar y durante toda la escolaridad, que ayuden a evitar la deserción de aquellas instituciones que los albergan, cuidan y fortalecen.
- 3 y 4. La reducción del acceso al alcohol y la reducción del acceso a armas de fuego, cuchillos y pesticidas. Las disposiciones legales que retrasan el acceso al alcohol y limitan su venta, así como

las que impiden el acceso a armas de cualquier tipo y pesticidas, contribuyen a disminuir los riesgos de acciones violentas contra otros y contra uno mismo.

5. La equidad de género para la prevención de la violencia contra la mujer. Abordar, desde temprana edad y a lo largo de toda la escolaridad, el tema de la equidad de género a través de programas escolares y comunitarios puede cooperar para cambiar estereotipos y factores culturales que sostienen a la violencia contra la mujer.

6. Cambios de normas sociales y culturales que toleran la violencia. La participación de la comunidad y el apoyo político facilitan el cambio de normas sociales y culturales que promueven la violencia, la educación juega un rol importante.

7. La identificación de la víctima y su inserción en programas de cuidados y sostén. El apoyo psicosocial, alejarlas del agresor y disminuir los efectos de la violencia reducen las consecuencias, como enfermedades mentales, estrés postraumático, aislamiento social, que contribuyen a mantener el círculo de la violencia y a su transmisión intergeneracional.

El empleo digno y una mayor equidad en los ingresos deben ser apoyados por políticas reales y efectivas. (World Health Organization, *Violence prevention: the evidence*).

Bibliografía

COSACOV, E. y CROCCIA, L. «El perfil de los menores en conflicto con la ley». Clarín, Universidad de Córdoba, 12 de abril de 2007.

La Nación, 23 de abril de 2007. «Cómo son hoy los delincuentes jóvenes». Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=902774>.

LE BRETON, D. *Adolescencia bajo riesgo*. Uruguay, Montevideo: Ediciones Trilce, 2003.

MÍGUEZ, M. *Los pibes chorros. Estigma y marginación*. Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual, 2004.

Nómada, 18 octubre de 2009, N.º 18. «Informe: Jóvenes en las cárceles». Recuperado de: <<http://www.unsam.edu.ar/publicaciones/nomada/material/Jovenes.pdf>>.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Los Derechos de Niños y Adolescentes en la Argentina: posición de la Sociedad Argentina de Pediatría* [en línea], 2004. Recuperado de: <<http://www.sap.org.ar/prof-c-2005-04.php>>.

WINNICOTT, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós, 1991.

— *Realidad y juego*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Violence and Injury Prevention and Disability. *Violence prevention: The evidence*. Overview. 2009. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598507_eng.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violence prevention The evidence*. [Series of briefings on violence prevention: the evidence. 1. Violence - prevention and control. 2. Domestic violence - prevention and control. 3. Aggression. 4. Interpersonal relations. 5. Social behaviour]. World Health Organization. ISBN 978 92 4 159850 7. Disponible en: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html>.

Salud Materno Infanto Juvenil en cifras 2009 **SAP, UNICEF, INDEC y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación**

Salud Materno Infanto Juvenil en cifras 2009

- Población total estimada para el 2010: 40.518.951.
- Población de 10 a 19 años estimada para el 2010: 6.864.205 (16,9% de la población).
- Porcentaje de menores de 18 años, pobres: 40,6%; indigentes: 14,3% (segundo semestre de 2006).
- Esperanza de vida: 75 años.
- Tasa de natalidad (por mil): 17,8‰ (2007).
- Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos: 13,3 (2007).
- Tasa de mortalidad materna (por diez mil) RNV: 4,4 - 1.era causa: el aborto (2007).
- Proporción de nacidos vivos de madres menores de 20 años: 15,6% (2007).
- Un 2,6% del total de nacidos de menores de 19 años fueron hijos de madres precoces, menores de 15 años (2007).
- Tasa de fecundidad adolescente (10 a 19 años): 28,7‰; (15 a 19 años): 59,7‰ (2003).
- Tasa de mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años: 20,1 por mil nacidos vivos (2003).

Causas de muerte en jóvenes de 15 a 24 años ordenadas según frecuencia (2007)

- Accidentes.
- Suicidios.
- Otras violencias.
- Otras agresiones.
- Tumores malignos.
- Enfermedades del corazón.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades congénitas.

Mortalidad adolescente (2003)

- Tasa de mortalidad de 5 a 14 años: 27 (por cien mil).
- Tasa de mortalidad de 15 a 24 años: 84 (por cien mil).
- Un 64,86% de los adolescentes de 15 a 24 años mueren por causas externas.
- Tasa de suicidio de 15 a 24 años: 6,24 (por cien mil).

Estudio y trabajo (2005-2006)

Un 9,8% de adolescentes (aproximadamente 200.000, solo en los grandes centros urbanos) entre 13 y 17 años no están insertos en el sistema educativo (2006). La tasa de egreso del EGB y del Polimodal, en el 2005, fue 74,8%; de repitencia 12,3% y 8,1%, respectivamente, y de sobreedad al finalizar el EGB, 33,6% y el Polimodal, 35,5%.

VER:

Salud Materno-Infanto-Juvenil en cifras 2009 SAP/UNICEF

<http://www.sap.org.ar/prof-salud-maternoinf.php>

<http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/smij2009.pdf>

Capítulo 50

La violencia en nuestra sociedad: Violencia juvenil y jóvenes víctimas de violencia

Lic. Enrique Valiente

Los jóvenes han concitado la atención de la investigación social, se han constituido en objeto de investigación no hace mucho tiempo, aunque arrastrando, durante largos períodos, la miope y simplificada visión de asociarlos a amenaza social y a violencia. Esa mirada sesgada ha consistido en «mirar el fenómeno jóvenes solo desde el punto de vista de los violentos, de los delincuentes, de los rebeldes, o, mejor, de los desviados sociales, esto es, a criminalizar la figura social de la juventud» (Barbero, 1998:23).

La estructuración de los miedos que la sociedad experimenta ante los jóvenes, pero, particularmente, jóvenes procedentes de ámbitos populares (precisamente, el análisis estará predominantemente centrado en ellos, dada la tendencia a la criminalización de la pobreza), reconoce su vigencia en la intervención de diferentes sectores de intereses que han logrado posicionar el «ser joven» en el rol del enemigo interno al cual hay que combatir.

Sin embargo, la focalización de la violencia, solo ligada a grupos juveniles, tiende a minimizar la dimensión histórica de fenómenos que tienen un carácter estructural. Según Cerbino, «el tratamiento de la conflictividad o de las violencias pensadas como emergencias sociales, muestra su profunda limitación, porque simplifica los hechos descuidando la problematización que es necesario establecer en torno a las razones complejas, no lineales ni mecánicas, que han producido estos hechos» (2006: 9).

La banalización de los análisis mediáticos y de otros grupos de interés refuerzan, en la opinión pública, el apoyo de medidas represivas para terminar con la «delincuencia juvenil», considerándola como algo fáctico o natural y no como consecuencia de factores generales problemáticos. En ese sentido, es necesario reflexionar, críticamente, sobre los modelos estereotipados que enfocan la violencia como resultado de lo «anormal» o de la desviación social, para poder, entonces, centrar el abordaje en las raíces de la conflictividad.

En primer lugar, un modo de deconstruir ciertos estereotipos es aclarar que no se puede hablar de juventud, sino de jóvenes con variadas formas de adscripción atravesadas por dimensiones de edad, corporales, género, nacionalidad, clase.

Un grosero esquema bipolar sirve para ilustrar lo mencionado: en un extremo de la pirámide social podemos situar a jóvenes de clase alta o media alta, que son quienes mejor exteriorizan las profundas transformaciones de un orden globalizado. Jóvenes que comparten imaginarios mundializados, lo que Ortiz (1996) llama «memoria internacional popular», un archivo de datos comunes entre sectores sociales planetarizados, en el contexto de la sociedad de consumo. Esa memoria es un conjunto de referencias culturales que traspasan las fronteras, que aproximan a los jóvenes más allá del territorio donde se encuentran: zapatillas Nike, rock, ídolos deportivos o de la música pop, afiches de artistas, modelizan las identidades y los imaginarios, hacen que un joven urbano de las clases más favorecidas, probablemente, tenga más afinidades con un joven europeo de la misma extracción social que con un compatriota que viva en una zona rural (a los sectores sociales privilegiados los podemos llamar los infoconectados).

En el otro extremo de la escala social, están los jóvenes de las clases más desfavorecidas, aquellos a quienes Merklen (2000) llama los «cazadores urbanos», pues han desarrollado las destrezas de vivir en y de los márgenes de la sociedad, aquellos que no pueden planificar su destino, pues la vulnerabilidad y la inestabilidad son las marcas de su existencia y, la caza de oportunidades en los intersticios de las instituciones sociales, las únicas oportunidades de sobrevivencia. El imaginario de la violencia urbana juvenil está firmemente adosado a dichos sectores.

Asimismo, ni la llamada moratoria social ni la moratoria vital son similares entre los sectores sociales mencionados (Margulis, 1996). La moratoria social, esa especie de período de latencia que demora el ingreso del joven a las responsabilidades socialmente establecidas como pertenecientes al mundo adulto (período, por ejemplo, destinado a estudiar, a perfeccionarse), necesita un marco de contención familiar, económica y cultural de los que no disponen los sectores populares. Por otra parte, la llamada moratoria vital, que es como un excedente de tiempo, un crédito del que disponen los jóvenes y que se puede gastar (de allí la vivencia de inmortalidad que caracteriza la condición juvenil), la percepción del mundo como algo novedoso y la sensación de lejanía con la muerte, también tiene un clivaje de clase. Esta experiencia es totalmente diferente entre un joven de clase media y un joven de sectores excluidos, cuya cotidianidad limita con los peligros de la droga, el HIV o la violencia policial, es decir, jóvenes cuya moratoria vital tiene las limitaciones de un presente asfixiante que ahoga las posibilidades de imaginar un futuro.

En segundo lugar, es preciso señalar que una modalidad común para explicar la conducta «violenta» juvenil es ligarla a la desarticulación familiar. Habitualmente, se destaca que las conductas violentas o rebeldes se deben a un ambiente familiar disfuncional o caracterizado por una violencia interior. Sin embargo, se soslaya que la crisis de la familia puede considerarse, antes que como la causa, como uno de los efectos de la modernidad, ya sea que «se piense, por ejemplo, en la redefinición de los tradicionales roles de género o en las profundas modificaciones que padece la metáfora paterna hoy en día como elemento vertebrador del orden simbólico de la ley» (Cerbino, 2006:10). En relación con lo mencionado, no se puede dejar de destacar que el desempleo alteró los roles clásicos dentro de la estructura familiar. La figura del macho proveedor se modificó como consecuencia de los procesos de precarización e informalidad laboral, lo cual, en el contexto de familias que adherían al modelo cultural, de fuerte componente patriarcal, produjo frecuentes crisis en las estructuras familiares.

Otra variante explicativa es el discurso frecuente que atribuye la conflictividad juvenil a la pérdida de valores o a su deterioro (discurso que, habitualmente, se emplea para explicar ciertas conductas disruptivas en sectores medios o altos). Al respecto, Barbero señala que a la sociedad le preocupa el desajuste de los jóvenes con las instituciones educativas y familiares, lo cual se resume en la obsesión de que estaríamos ante una generación sin valores, una preocupación de signo moralista incapaz de comprender «las transformaciones que los valores están atravesando: por qué hay valores que se pierden y cuáles son los que se ganan, los que se han gastado y los que se recrean. Porque en todo caso, donde se están acabando los valores no es entre los jóvenes, ellos están haciendo visible lo que desde hace tiempo se ha venido pudriendo en la familia, en la escuela y en la política. De tal manera, que identificar a la juventud con la ausencia de valores es otro gesto más de hipocresía de la sociedad...» (1998: 23).

Pero uno de los estereotipos más frecuentemente utilizados para la comprensión del fenómeno que abordamos es lo que puede llamarse la criminalización de la pobreza. A pesar de la larga tradición de estudios sociológicos existentes (cuya referencia excedería el marco de este trabajo), es posible decir que la complejidad de la relación entre pobreza, desempleo, desigualdad y violencia no permite llegar a conclusiones definitivas. Por ello, Míguez observa con lucidez, que el determinismo en el orden social es difícil de sostener, de manera que la existencia de una causa hace solo probable que un efecto ocurra. En estos términos, los factores antes mencionados hacen, entonces, solo probable que la inseguridad se torne un problema social. Y esto sería así en tanto que la relación entre desempleo o desigualdad y violencia no esté solo regida por la necesidad económica (con lo cual la correlación desempleo y violencia sí sería explicativa) sino, principalmente, que dependiera de la pérdida de cier-

tos valores o la relativización de marcos tradicionales de valoración. En esa dirección, la existencia de un clima anómico posibilitaría a ciertos jóvenes recurrir a un sistema de valores alternativos a los vigentes, valores vinculados a la transgresión y la violencia. Precisamente, algunas claves de comprensión de nuestro objeto de estudio se desplegarán en ese sentido.

En el marco de lo señalado, es necesario pensar el fenómeno de la violencia (o las violencias) desvinculado de causas intrínsecas a la condición de ser joven, centrando el análisis en relación con ciertas problemáticas de la cultura contemporánea. Es decir, es necesario comprender las transformaciones socioculturales que han provocado el desdibujamiento de los marcos de sentido de la vida, tanto individual como colectiva, como también los cambios en el lazo social predominante en nuestra sociedad.

1. La gran mutación: de ciudadano a consumidor

Creo necesario destacar, a pesar de su obviedad, que vivimos en un mundo en constante transformación y donde muchas de nuestras viejas certezas se han esfumado. Tiempos de notables mutaciones en todos los planos, cambios económicos, sociales, políticos, culturales que obligan al desafío de intentar nuevas definiciones y abordajes frente a nudos problemáticos que desnudan la incapacidad de los viejos saberes para ofrecer cierto grado de inteligibilidad sobre un mundo en cambio.

Un primer esfuerzo de comprensión sobre la realidad que nos toca vivir consiste en describir de qué sociedad hablamos cuando nos referimos a la sociedad actual.

Garretón (2000) discrimina dos tipos societales que confluyen y se superponen de manera diferente y compleja, según qué sociedad analizamos: uno de ellos es lo que podría llamarse la sociedad industrial de Estado nacional, y el otro, sociedad postindustrial globalizada.

De manera muy esquemática, el primer modelo societal ha sido dominante en Occidente en los dos últimos siglos. Su rasgo principal es la correspondencia en un mismo territorio de la organización de la producción y el trabajo, es decir, la economía, y de una determinada organización del Estado, la política. En torno a dicha correspondencia, se constituyen los actores sociales principales, como las clases sociales (trabajadores, obreros, burguesía), los partidos políticos, sindicatos, etcétera. En este modelo societal, hay un centro de toma de decisiones (sociedad polis) y la relación entre el Estado y la sociedad es la política.

Uno de los rasgos principales que subraya Garretón, como distintivo de la sociedad de Estado nacional, es que se trata de una sociedad de instituciones. Y, por lo tanto, existe la correspondencia en un espacio territorial de ciertos principios constitutivos y ciertas instituciones: si uno se refiere al principio de ciudadanía, dice votos, partidos políticos, parlamento. Si uno dice educación, habla de determinadas instituciones culturales (escuelas, colegios, liceos), donde se prepara para el trabajo y la ciudadanía. Precisamente, el ciudadano «es el sujeto instituido por las prácticas propias de los Estados nacionales: escolares, electorales, de comunicación... El ciudadano, entonces, se establece como el soporte subjetivo de los Estados nacionales» (Lewkowicz, 2004: 30).

El otro modelo societal del que habla Garretón está caracterizado (siempre teniendo en cuenta que se habla de modelos de referencia) en que la organización se hace en torno al consumo y a la comunicación, lo social y lo cultural, a diferencia de la sociedad de Estado nacional cuya organización giraba en torno a la economía y a la política.

Los actores principales de este tipo societal son los públicos o audiencias, los poderes fácticos (desde las corporaciones transnacionales a la mafia internacional, etcétera) y las redes reales o virtuales, muchas de ellas desterritorializadas, es decir, cuyos alcances traspasan los límites de las naciones.

Las instituciones paradigmáticas de la sociedad de Estado nacional han perdido legitimidad social o no pueden adecuarse a los nuevos tiempos (escuela, familia, fábrica, etcétera). En el segundo tipo societal, ya no hay correspondencia entre determinados principios y ciertas instituciones. Por ejemplo, la familia deja de ser el único lugar donde se expresa y referencia el amor o la reproducción.

Y la educación formal deja de ser la única modalidad de transmisión de la herencia cultural o donde se forma la gente para el trabajo y la ciudadanía. En ese sentido, Barbero lo destaca con claridad cuando expresa «lo que hay de nuevo en la juventud de hoy y que se hace presente en la sensibilidad del adolescente, es la percepción aún oscura y desconcertada de una reorganización profunda en los modelos de socialización: ni los padres constituyen el patrón eje de las conductas, ni la escuela es el único lugar legitimado del saber, ni el libro es el centro que articula la cultura» (1998:29).

Entonces, para decirlo de forma condensada: la debilidad hoy de la figura del Estado Nación y de las instituciones que la caracterizaron, han originado profundas transformaciones en la relación del Estado con la sociedad, en el tipo de lazo social dominante y en las formas de subjetivación que son producto de las condiciones sociales y culturales contemporáneas.

Para Lewkowicz (2004), el Estado actual no se define ya como nacional (modelo hegemónico durante ciento cincuenta años), sino como tecno-burocrático. Si la nación es la coexistencia de una identidad cultural en el marco del desarrollo del capitalismo dentro de cierto territorio, en el contexto actual, cuando el mercado atraviesa las fronteras nacionales y los bloques supranacionales instituyen, progresivamente, un nuevo orden internacional, el Estado Nación es un obstáculo para la reproducción ampliada del capital.

En estos términos, la hegemonía del Estado es sustituida, paulatinamente, por el dominio del mercado. Y, por lo tanto, en la actualidad, el ciudadano empieza a difuminarse como soporte subjetivo del Estado: la eficacia de un Estado tecno-burocrático o tecno-administrativo se apoya en la consolidación de otra figura subjetiva, la figura del consumidor.

Veamos entonces el desplazamiento: la figura del ciudadano fue forjada en el marco de lo que Foucault llamó sociedades disciplinarias, sociedades de normalización. Allí las instituciones panópticas (instituciones de vigilancia, control y corrección: fábrica, escuela, hospitales, cárcel, entre otras) forjaron conductas ceñidas a la norma (con la finalidad de la incorporación del individuo al modo de producción vigente, esto es, el capitalismo) y establecieron la sanción para los que observaban conductas anómicas (ya sea un escolar, un obrero o un paciente).

Ahora bien, a diferencia del Estado, el mercado ya no puede (ni debe, no le corresponde) imponer un orden simbólico articulador, es decir, un orden normativo que involucre a todos. La figura del consumidor no se construye detrás de la norma, pues si algo se necesita para instituir dicha figura es la libertad de elección, la capacidad de poder decidir, la voluntad de dejarse seducir por las más variadas oportunidades del mercado. Las conductas monótonas, repetitivas, disciplinadas (el orden pedagógico o el orden fabril), que cimentaron la fuerza de trabajo del capitalismo de producción (en el contexto de la llamada sociedad del trabajo y en el marco de la organización de los Estados nacionales, o sea en términos cronológicos, siglo XIX y gran parte del Siglo XX), son altamente disfuncionales para la sociedad de consumo.

Para el mercado, solo existen los derechos del consumidor, la ley (como orden normativo) y los Otros (el semejante) pierden significación, pues en el consumo hay relación con objetos no con otros sujetos. Los sitios que hoy convocan y atrapan el sentido en el espacio público urbano, los grandes centros de compras (los *malls*), son sitios públicos, pero no civiles (no se ejercita el rol del ciudadano, no hay interacción con los otros), son los templos de la posmodernidad donde se desarrolla una liturgia compartida por muchos, pero que es un acto esencialmente individual: consumir.

En los tiempos que corren, el imaginario social se constituye, en gran medida, con la figura del Otro como prescindible (en el mejor de los casos, pues en general el Otro es cada vez más una figura amenazante en el espacio urbano). El lazo social se debilita en el marco de una gran atomización social que encierra al sujeto dentro de sus propios límites, sin marcos de referencia. Duschatzky y Corea (2002) hipotetizan que la violencia asoma cuando se manifiesta la destitución simbólica de algunas instituciones tradicionales. El Estado Nación ha dejado de ser, como consecuencia de la debilidad de las instituciones paradigmáticas de la modernidad (escuela, familia), el dispositivo fundante de la moralidad del sujeto. La violencia hacia el Otro, entonces, es la exteriorización de la incapacidad de los dispositivos actuales para instituir una subjetividad regulada por la ley simbólica. Por lo tanto:

«Cuando la ley simbólica no opera, el semejante no se configura. El semejante no es una construcción espontánea que nace del vínculo entre dos sujetos. El semejante es siempre igual a otro ante y mediante un tercero. Es la ley la que, a partir de instituir un principio de legalidad basado en la formulación de la igualdad, habilita la construcción de un semejante. De aquí se deriva que si la ley no opera como principio de interpelación, tampoco opera la percepción de su transgresión. Desde esta perspectiva, la violencia no es percibida como tal, en tanto no hay registro de un límite violado» (Duschatzky y Corea, 2002:25).

En estos términos, el mandato de «no hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti», requiere para su comprensión percibir al Otro como semejante. Pero esa operación se efectuó con eficacia y durante largo tiempo en las instituciones modernas de la Nación: los dispositivos escolarizados sostenían la tesis de que el Otro era una figura pasible de educabilidad, pues los niños eran los «hombres del mañana», es decir, cuando fueran hombres serían semejantes. En definitiva, la educación moral, subrayan Duschatzky y Corea, creaba la categoría del semejante como utopía universalizadora.

Algunas manifestaciones de violencia juvenil pueden ser leídas, entonces, no como actos disruptivos propios de la condición juvenil, sino como la caducidad creciente de las instituciones propias de la modernidad.

Al mismo tiempo, cabe señalar, que cualquier institución en la modernidad formaba parte de un sistema de instituciones, la coordinación estatal operaba de modo que los sujetos producidos en una institución eran demandados por otra (por ejemplo, el paso de la institución escolar a la institución laboral). Por el contrario, en el contexto actual, cada institución se comporta como productora de los sujetos que necesita en cada situación, su opacidad es extrema, cada institución vive para sí, casi de manera autista. Entonces, el efecto de este parcelamiento es parte de la caducidad mencionada y exterioriza una forma de violencia institucional.

Recapitulando: la destitución simbólica de las instituciones tradicionales, en el contexto de la hegemonía del mercado, diluye el suelo de constitución subjetiva del Estado Nación, es decir, es el desplazamiento de la figura del ciudadano por la del consumidor.

Pero en ese contexto, hay también una notable transformación del lazo social dominante. Si el lazo social es la ficción eficaz de discurso que hace que los individuos constituyan una sociedad, esta situación se ha resquebrajado. La violencia tal como aparece en el discurso mediático parece ser una guerra de todos contra todos, una violencia que no puede ser categorizada en términos tradicionales (por ejemplo, no es una resistencia política), pareciera que a estas formas de violencia les falta algo que estuvo presente en otros contextos históricos. Elaine Scurry dice que en toda guerra hay un cuerpo y una voz, el cuerpo es la materialidad, lo que se ofrece y puede ser expropiado con la muerte. La voz, en tanto, es lo que confiere sentido, dirección a la violencia. Entonces, desde un punto de vista tradicional, pareciera que la violencia actual, dentro de la que se inscribe la violencia juvenil, carece de estatuto, no hay proclamas ni consignas claras, no hay justificación ostensible ni sentido discursivo. Justamente Lewkowicz señala «sin dispositivo capaz de inscribir la condición de semejante, pareciera que cierta violencia aparece como sin más sentido que la ley del más fuerte» (2004:46).

Pero Imbert (1992) sostiene que aun las conductas más anómicas dicen algo, son una forma de lenguaje, aunque inarticulado o difícil de entender. La violencia, entonces, adquiere otro estatuto, es la voz de los que ya no tienen voz, es una forma de discurso que dice lo que ya no puede ser dicho de otro modo. Si se tiene en cuenta que toda violencia tiene dos rostros, el plano instrumental (lo fáctico, objetivo) y lo simbólico (aquello que puede ser leído, que no asoma a la superficie, por ejemplo, en un acto terrorista, no la bomba, sino el mensaje), entonces ciertas manifestaciones de violencia juvenil «sin sentido» merecen otra lectura. La violencia es una nueva forma de relación que asoma en una época donde se han deslegitimado los discursos de autoridad y las instituciones educativa y familiar que forjaron las conductas en tiempos modernos. Y en un contexto donde los derechos de ciudadanía fueron reemplazados por la violencia del mercado. Violencia en el sentido del espejismo de un orden que convoca el deseo de todos, pero que se encarga de demostrar por las vías más crueles y directas

que el mercado no es para todos (no es un orden inclusivo), que la igualdad de oportunidades es una ficción que día a día pierde vigencia, que llegan unos pocos, que como nunca hay pocos ganadores y muchos perdedores.

2. La necesidad de juntarse: de bandas y otras formas de grupalidades

Resulta difícil simplificar la extrema complejidad que presentan las diferentes formas de agregación y adscripción identitarias de los jóvenes, pues se trata de pertenencias móviles, cambiantes, efímeras (Reguillo, 2000:103).

Sin embargo, como también destaca Reguillo, podría decirse que a partir de los ochenta (momento que más o menos corresponde al inicio de la crisis estructural de la llamada modernidad tardía), los jóvenes fueron encontrando formas organizativas, que rechazando parcialmente la vigencia de las formas tradicionales de convocatoria (sindicatos, partidos, organizaciones religiosas), se separan de ellas en un común denominador: la responsabilidad se deposita en el grupo sin la intermediación de adultos o instituciones formales (bandas, la barra de la esquina, tribus).

En tanto, la sociedad moderna extendió a límites insospechados los valores del individualismo y del éxito del individuo, favoreció el aislamiento progresivo del mismo individuo. Este individualismo aislante –en el contexto de relaciones sociales enmarcadas en la sociedad de mercado, cuando el lazo social se ha debilitado profundamente, con instituciones tradicionales que se han desdibujado como marco de referencia y autoridad– ha posibilitado la incertidumbre, la angustia, el vacío de sentido que son las claves constitutivas de la tribalización de las culturas juveniles.

En correspondencia con lo señalado, R. Castel (1995) distingue entre un individualismo positivo y uno negativo. El primero se refiere a la creciente autonomía del sujeto en las sociedades modernas. El segundo es el individualismo coercitivo, aquel que sufren los sectores más vulnerables, obligados a bastarse a sí mismos en un marco de desprotección material y simbólica.

La influencia del grupo de pares en la expresión de diversas formas de violencia reconoce una larga tradición en la sociología del delito. Kessler y Golbert señalan que el lugar del grupo de pares como orientadores de novedosas formas de violencia juvenil se conforma por tres dinámicas que se refuerzan: 1) el déficit de los marcos integradores que proponían la escuela, familia y comunidad local; 2) frente a esto adquieren más relevancia la influencia de los grupos de pares como orientadores de la acción; 3) creciente segregación inter- e intraclase. Esto último significa que se incrementan las fronteras desde las instituciones socializadoras (escuela, familia) hacia los propios jóvenes; y además, se han acrecentado las distancias hacia otros sectores sociales, lo cual hace que se pierdan oportunidades de interacción con otros grupos que pueden cuestionar la legitimidad de las prácticas disruptivas.

La fraternidad entre pares asoma como la salida cuando no hay otros marcos de referencia y, entonces, se afirman nuevas formas de sociabilidad juvenil en las que la violencia juega un papel importante como condición cotidiana, como nueva forma de socialización, como forma de «estar» en el mundo y de tener algún grado de visibilidad.

En una sociedad regida por el valor del mercado, no es extraña la constatación de Kessler y Golbert en el sentido de que las demandas de consumo de jóvenes de sectores populares es similar a las de las clases superiores. La jaula de hierro del deseo es una prisión que asfixia a todos por igual, nadie queda a la intemperie. Los medios masivos de comunicación han universalizado el espejismo de un mundo de maravillas, pero como todo espejismo es lógicamente inaccesible (sobre todo para las mayorías). Se puede hablar, entonces, de una notable desproporción entre consumo simbólico (una red que se despliega sobre todos) y consumo material (para unos pocos).

Muchas formas de violencia (por ejemplo, delitos contra la propiedad) muestran en jóvenes de sectores populares una falta de planificación, inmediatez, acciones no guiadas por un cálculo costo-beneficios. La calle es el escenario principal de este tipo de violencia y, en ella, se ponen en práctica ciertas lógicas de acción que Kessler y Golbert han tipificado: la de la necesidad, del ventajero y del

aguante. En estos casos, si bien el ventajeo y el aguante son modalidades para satisfacer el consumo adolescente, implican, probablemente, «búsquedas vinculadas a la conquista de un lugar en el grupo y de un sistema referencial que organice de algún modo el caos de la experiencia: adónde pertenezco, en qué sistema de valoraciones me incluyo, cuáles son las ventajas de pertenecer al grupo» (Duschatzky y Corea, 2002:44). En ese sentido, el robo, el ventajeo son el suelo de socialización de niños y jóvenes asentados sobre la grupalidad, cuando en la matriz societal otras ofertas asociativas desaparecieron. Niños y jóvenes de sectores populares, que viven en condiciones de marginalidad, construyen su subjetividad en situación y, particularmente, en situaciones donde la violencia es un modo de socialización y donde el semejante ya no cuenta.

Duschatzky y Corea encuentran en la lógica del ventajeo y del aguante otra significación no desgajada del sentido de los tiempos que corren: «La lógica del aguante y del ventajeo se nos presenta como la contracara de la competitividad y la sociedad del riesgo. Ser competitivo es superar la media, aventajar al otro, y serlo en la sociedad del riesgo es hacerlo por sí mismo, es decir, aguantar la fatiga de hacerse cada vez, siendo uno mismo la fuente legítima de decisión. Lejos de las oportunidades socialmente autorizadas de la competitividad y excluidos de las estrategias exitosas que promete la globalización, estos jóvenes se refugian en las fuentes alternativas de autoestima que encuentran a su disposición» (2002: 48).

3. De violencia/s y víctimas (o victimarios)

En los últimos años, se ha gestado un notable proceso de equivalencia de significados, en el imaginario social, entre violencia e inseguridad... Al mismo tiempo, hay una extrema simplificación de la complejidad social en términos de la dicotomía seguridad/inseguridad urbana. En este sentido, Lyvszyc apunta críticamente a la siguiente operación discursiva: «el significante inseguridad fija hoy, fuertemente, el sentido de toda cadena discursiva al territorio de la criminalidad. Esta significación dominante, amarrada por la ecuación inseguridad = criminalidad, clausura así otras lecturas posibles. Se hace necesario, por lo tanto, para analizar el problema, efectuar una ruptura con estas representaciones de sentido común» (2004: 20).

Pensar en estos términos significa resituar la violencia en otro orden que el que liga la seguridad a cuestiones del patrimonio, la honra o la vida, pero esta última entendida solo en términos de homicidios o lesiones. Significa extender los límites de la inseguridad más allá de lo fijado en términos mediáticos o de los sistemas represivos, para considerar la inseguridad alimentaria, laboral, en salud, habitacional, solo para mencionar algunas dimensiones.

Como se ha destacado en la introducción de este artículo, en los últimos años, se ha desarrollado un sentido miope en la comprensión de los fenómenos de violencia social, afirmándose visiones estereotipadas o empobrecidas en las cuales la violencia juvenil asoma como algo «natural». Estos estereotipos, frecuentes en los medios masivos de comunicación, tienden a estigmatizar, en general, a jóvenes de sectores populares, marcando divisorias entre lo normal y lo anormal, entre lo aceptable y lo inaceptable, pero ocultando o soslayando, al mismo tiempo, los escenarios de conflictos sociales, políticos, económicos, culturales, en cuyo marco la interpretación de esa violencia adquiere otro significado.

Al mismo tiempo, no se puede dejar de señalar el carácter sociohistórico de la visibilidad que adquieren ciertos miedos en una sociedad. El miedo, como alguna vez escribió Rosana Reguillo, es una experiencia individualmente experimentada, pero socialmente construida y culturalmente compartida. La sociedad construye nociones de riesgo, de peligro, y dichas nociones y sus respuestas se modelizan en el campo de la cultura.

De lo recientemente apuntado, se desprende que no puede ser ingenua la lectura de cierta correlación entre una sensibilidad social extrema sobre la llamada inseguridad urbana y la creciente industria del miedo, cuya expansión en las últimas décadas ha sido extraordinaria.

En el mismo sentido, debe destacarse como un factor nada despreciable para la interpretación del marco general dentro del cual se inscribe la llamada violencia juvenil, que los procesos objetivos de transformación social no tienen una extrapolación directa en el humor social o en el modo de percibir la realidad: para el nexo se necesita de la intervención de grupos de interés que lo posibiliten. Por ejemplo, Islas y Míguez (2003) describen los años del Thatcherismo en Gran Bretaña, período caracterizado por el repliegue del Estado de Bienestar, expansión del desempleo y aumento de las tasas de delincuencia (recordemos, una vez más, que las correlaciones no son necesariamente explicativas). Estas tendencias provocaron un estado de agitación pública consistente en miedo y estigmatización hacia ciertos sectores sociales y la consecuente demanda de políticas represivas.

Pues bien, Stuart Hall (1978) fue quien tipificó la noción de «pánico moral», la cual permite la interpretación de situaciones en las que la reacción social hacia determinados sectores o grupos es desproporcionada a la amenaza representada. Pero para que esto ocurra, es necesaria la intervención de «expertos» que pertenecen al sistema judicial, a los aparatos represivos, a los medios de comunicación y que son los grupos de interés que ayudan a construir la agenda del miedo, a dotar de significados a la realidad.

Ahora, en la lectura de Islas y Míguez, la diferencia en la recepción de los discursos que ayudaron a construir la situación de «pánico moral» entre la Gran Bretaña de los ochenta y nuestra situación en las últimas décadas radica en lo siguiente: en la Argentina, algunos de los expertos y las instituciones que participan en la construcción de la ansiedad social y que deberían ser los responsables de la solución, son percibidos como involucrados en los fenómenos de violencia que ellos mismos denuncian. De allí que el Estado, en nuestro caso, puede ser reconocido como parte estructural (involucrado, históricamente, al igual que en toda América latina) de la violencia social.

Como se podrá advertir, los «problemas sociales» son construcciones sociales y no necesariamente o estrictamente datos objetivos de la realidad. Los problemas sociales, para constituirse como tales, para llegar a transformarse en un tema de agenda social, deben rotularse como importantes en el marco de definiciones simbólicas y culturales que se llevan a cabo por grupos de interés y que son los que «empujan» dichas cuestiones para darle visibilidad social. Precisamente, en los últimos años, innumerables «empresarios morales», categoría acuñada por Becker, que actúan desde el discurso político, los medios de comunicación, los enfoques institucionales, han construido el problema de ubicar a la violencia social como equivalente, en gran medida, de la condición de ser joven (y, en especial, proveniente de sectores populares).

Entonces, llega el momento de plantear, una vez más, dónde poner el acento del reconocimiento en términos de causalidad de la violencia.

Los jóvenes de hoy, en general (pero, en especial, los jóvenes en situación de vulnerabilidad social), son hijos de las crisis económicas recurrentes de las últimas décadas, de la devastación y desguace del estado protector y del quiebre estructural de un modelo de país (más inclusivo) que fue referente en América latina.

Las condiciones educativas, sociales, económicas y culturales asignadas a niños y jóvenes en nuestro país –desde el último infierno dictatorial y que continuaron con los tsunamis de las políticas privatizadoras neoliberales de los ochenta y los noventa– constituyen el rostro más perverso de una crisis histórica sin parangón.

Miles de jóvenes, hoy, son ya las primeras generaciones descendientes de padres que no tuvieron acceso a la educación formal ni a un empleo estable, razón por la cual no hay memoria acumulada de pertenencia a ningún circuito de institucionalidad formal. El descrédito de las instituciones y los actores tradicionales, la fuerza incontenible de los procesos globalizadores, la inmigración de países limítrofes y las migraciones internas, el narcotráfico y el crimen organizado, la corrupción generalizada, el delito de guantes blancos (el gran delito), constituyen el entramado sobre cuyo trasfondo los jóvenes intentan conformarse como actores sociales. A ello, hay que agregarle el vacío de lo colectivo y la hegemonía del mercado como la malla que entreteje la expropiación de la condición de ciudadanía a millones de niños y jóvenes.

Con ese telón de fondo, es en el escenario de la calle y del barrio donde las últimas generaciones de jóvenes de sectores populares efectúan su socialización al desamparo de las instituciones tradicionales y en el marco de contención del grupo de pares. Los procesos de privación material y simbólica hacen que la crueldad sea considerada como un matiz más de la realidad en dichos sectores. Si en los sectores medios «las rutinas y formas de relación social hacen de la violencia física un hecho inusual, esporádico y grave, la rutina de los chicos que sufren privaciones la convierte en una experiencia cercana y recurrente». (Míguez, 2004: 53).

En una etapa de conformación de la personalidad, frente a la incertidumbre de futuro y la dificultad de acceder a la madurez, según los órdenes tradicionales (inserción laboral, por ejemplo) muchos jóvenes encuentran su anclaje en un mundo cercano, de prácticas rutinizadas (no estudiar, no trabajar, consumo de alcohol y/o drogas, reunión en la esquina) que confieren cierta seguridad al YO. Pero un rasgo para tener en cuenta en cualquier intento de respuestas serias al fenómeno que abordamos, es que dichos jóvenes suelen ver una dimensión autoafirmativa en sus prácticas disruptivas y contrastantes con el orden existente. Rossini afirma que el desarrollo de cierta autoestima puede ser considerado como el contrapeso de la propia biografía que no puede ser entendida como aceptable. Es decir, para jóvenes en condiciones de exclusión, ciertas estrategias implican «la reconstitución de un mundo moral común, de hábitos y valores compartidos que se distancian de las expectativas sociales generales, reemplazándolas por otras con las que se puede cumplir» (2003: 103). En estos mismos términos, Reguillo ha señalado, de manera aguda, que si hay algo que caracteriza «a los colectivos juveniles insertos en procesos de exclusión es su capacidad para transformar el estigma en emblema, es decir, para hacer operar con signo contrario las calificaciones negativas que le son imputadas» (2000: 80). Ejemplo de ello son la dramatización de ciertos elementos identitarios como el lenguaje corporal, el uso de la música o diferentes jergas como transgresión, la transformación a valencia positiva del consumo de drogas o las distintas modalidades de violencia, a la cual, a veces, es difícil encontrarle un sentido (como se ha subrayado previamente); elementos todos, como destaca la autora mencionada, que contribuyen a una inversión, simultáneamente lúdica y dramática de los valores socialmente dominantes.

Finalmente y retomando algunas nociones vertidas en la introducción de este trabajo, hay que señalar que muchos discursos que circulan hoy en día sobre la condición juvenil hacen pie en la caracterización de atributos que parecen asumir la identidad juvenil solo como amenazante, angustiante o peligrosa. En el caso de sectores juveniles más favorecidos, se los suele posicionar como sujetos del desconcierto, pues desorientan y desubican con su apatía política, su distancia cultural, su desconfianza hacia los poderes instituidos, su vivencia de un presente absoluto, su indiferencia a proyectos de largo plazo (como si esto último no fuera el signo de los nuevos tiempos). En el caso de los otros, a quienes situamos en el centro del análisis de este artículo, por ubicarse fuera de toda regulación social, son posicionados en una asociación inescindible con la peligrosidad, por «su falta de futuro» y «porque están jugados, no tienen nada que perder».

Entonces, en ambos casos, la incompreensión y el miedo permean las miradas que esencializan lo social y simplifican la radical complejidad de un presente en el que la violencia reconoce una multifactorialidad causal.

Saintout destaca que «si la única respuesta hacia la ausencia de inclusión en un futuro y un presente entusiasmante de los jóvenes se restringe a buscar la forma de calmar lo salvaje, de controlar las imágenes del malestar del cual además se los supone culpables, sin buscar las causas profundas y sin abordar las posibles salidas, entonces podemos estar seguros de que la condición de ser joven será crecientemente más y más penosa para la sociedad toda». (2006: 64).

Alguna vez, Margaret Mead trazó una analogía interesante sobre las nuevas generaciones juveniles (esto lo escribía hace algunas décadas) pensándolos como los colonos o pioneros en la formación del nuevo mundo. Es decir, los jóvenes del último tercio del siglo XX, serían como los viejos aventureros que llegaban a una nueva comarca, tenían que ensayar e improvisar nuevas adaptaciones para un mundo donde las recetas conocidas ya no servían.

Si esto es así, más que nunca es necesaria y urgente una mirada atenta, lúcida y desprejuiciada sobre nuestros jóvenes más castigados, pues quizás en sus vivencias, en sus representaciones, en el modo de procesar las condiciones de indignidad de un mundo crecientemente injusto, radiquen algunas claves para imaginar respuestas que apunten a una sociedad más inclusiva.

4. Bibliografía

- CERBINO, M. *Jóvenes en la calle. Cultura y conflicto*. Barcelona: Anthropos Editorial, 2006.
- CASTEL, R. *Les metamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.
- DUSCHATZKY, S. y C. COREA. *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- GARRETÓN, M. A. *La sociedad en que vivi (re) mos*. Santiago de Chile: Lom Ediciones, 2000.
- HALL, S. *Policing the crisis*. Londres: Routledge, 1978.
- IMBERT, G. *Los escenarios de la violencia*. Madrid: Icaria, 1992.
- ISLAS, A. y D. MÍGUEZ. *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias, 2003.
- KAPLAN, C. et ál. *Violencias en plural. Sociología de las violencias en las escuelas*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores, 2006.
- KESSLER, G. *Sociología del delito amateur*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- KESSLER, G y L. GOLBERT. *Cohesión social y violencia urbana. Un estudio exploratorio sobre la Argentina a fines de los 90*. Mimeo.
- LEWKOWICZ, I. *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- LIVSZYC, P. «Los medios de comunicación y la ola de inseguridad». En: *Rev. de la Facultad de Ciencias Sociales*, UBA, 2004, N.º 56.
- MARGULIS, M. *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 1996.
- MÍGUEZ, D. *Los pibes chorros. Estigma y marginación*. Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual, 2004.
- REGUILLO CRUZ, R. *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Buenos Aires: Norma Editorial, 2000.
- ROSSINI, G. «Vagos, pibes chorros y transformaciones de la sociabilidad». En: *Islas, A. y D. Míguez. Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias, 2003.
- SAINTOUT, F. *Jóvenes: el futuro llegó hace rato*. La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación, Universidad Nacional de La Plata, 2006.

Capítulo 51

Violencia familiar: aspectos dinámicos

Dra. Susana Ragatke

Entendemos por **violencia vincular**: El no reconocimiento de quién es y cuáles son las necesidades, deseos, opiniones del otro humano. Este otro puede ser tanto niño, adolescente, adulto o anciano.

Hay una distorsión del grado de responsabilidad que le cabe al adulto en relación con el menor sobre quien ejerce la violencia, que suele ir asociado a una posición autoritaria y cruel.

También, encontramos la responsabilidad de otro adulto que debiera tratar de impedirlo y, sin embargo, queda en una posición encubridora o cómplice, por ejemplo, un padre golpeador y una madre que no defiende a los hijos. Ella puede estar, también, en una situación de víctima y, en ese caso, podemos preguntarnos si no le cabe a algún tercero denunciar la trágica situación que involucra a madre e hijos. Alicia Ganduglia conceptualiza como «víctimas primarias y directas» más que secundarias, tanto a adultos, como puede ser la madre de un niño abusado por su padre (o padrastro) que no impidió el hecho, como a otros niños que quedan ubicados como testigos obligados de la situación de violencia.

La violencia puede tener la forma de ataques físicos, sometimiento al desamparo o ataques verbales denigratorios, intimidatorios.

Es interesante reconocer distintas formas del discurso violento o generador de violencia. El discurso autoritario o sagrado es el de la certeza absoluta que relega a los otros a una situación de sometimiento. Su poder aniquilante está en lo dicho como en lo no dicho y en el clima emocional en el que se expresa. Otras formas que interesa detectar son las modalidades paradójicas del discurso que paralizan o enloquecen, en una suerte de atrapamiento sin alternativas. A título de ejemplo: Padre autoritario que le plantea a su hijo «estudiar es la única salida que tenés; pero para eso hay que tener buena cabeza, no la tuya» y, a continuación, se ofusca por la falta de una buena respuesta de su hijo.

En cuanto a los niños y adolescentes con conductas violentas que producen daños, sin dejar de considerar que subjetivamente están implicados, los consideramos más bien violentados que violentos. Esta posición es fundamental para intervenir sin victimizar, sino apuntando a tratar de reconocer el verdadero cuadro familiar y ambiental que subyace a esta violencia. Es frecuente ver a uno de los hijos ubicado en el lugar del agresivo y dañino, acusándolo padres y hermanos de ser el causante de todos los sufrimientos familiares, contribuyendo así a un posible agravamiento de las conductas violentas. Solo tratando de acercarse a esclarecer el funcionamiento de la familia y de este chico en los espacios extrafamiliares, social y escolar, se pueden encontrar mejores alternativas para el estigmatizado. Este enfoque no excluye la atención minuciosa de la patología individual existente, que puede facilitar estos funcionamientos potenciadores de la violencia.

A modo de ejemplo: Gabriel, un chico de 15 años, con una debilidad mental moderada, es compulsivamente ubicado por su padre en una escolaridad común, pasándolo de escuela en escuela, con fracasos repetidos y reacciones violentas por las burlas recibidas de sus pares, que se expresan en la escuela y en la familia. Pero sus padres no aceptan la realidad de posibilidades y limitaciones del hijo. Sería incorrecto considerar la impulsividad de Gabriel antes de corregir la violencia que recibe

por ser exigido por encima de sus posibilidades cognitivas.

También, alerta respecto a mujeres y a menores catalogados de masoquistas, atribuyéndoles gozar al ser castigados o violados sexualmente. Si bien existen cuadros psicopatológicos de perversión, es lo menos frecuente de diagnosticar. Por el contrario, son víctimas del sadismo del agresor y lo que aparece como conductas de sometimiento no son más que recursos para sobrevivir físicamente y psicológicamente. Cuando una joven puede llegar a referir, que al sufrir abuso sexual por su padre durante la niñez, hubo sensaciones placenteras, además de miedo, angustia, dolor, no la transforma en responsable del abuso, sigue siendo víctima. La enorme culpa que le produce ese aspecto de la experiencia traumática requiere ser trabajada, asignando toda la responsabilidad al abusador, verdadero y único responsable del abuso.

Toda familia tiene una historia que la precede y se constituye y crece inmersa en una sociedad y cultura, formando un entramado dinámico de alta eficacia. En este sentido, la sociedad con el modo de ejercicio de las funciones protectoras y de la aplicación de las leyes marca modelos de alta pregnancia para cada familia y para cada individuo.

Recordando que la familia opera, fundamentalmente, a través de las funciones de **sostén y corte**, en las familias violentas hay déficit de ambas funciones en proporciones variables. El sostén implica reconocimiento y provisión de lo que necesita el otro, y el corte hace al reconocimiento de límites, diferencias y de las normas que marca cada cultura. Por lo tanto, es fácil registrar las fallas en ambas funciones en las familias con problemáticas de violencia.

Una familia implica la existencia de uno o dos adultos que críen y eduquen un hijo, para abarcar así todas las variantes, desde la familia tradicional hasta todas las otras nuevas o no tan nuevas formas de familia. Recordando las no tradicionales: monoparentales, homosexuales, por adopción, por fecundación in vitro, alquiler de vientre y no es difícil imaginar el surgimiento de más variantes.

La condición de adultez de las figuras materna y paterna, o por lo menos, el ejercicio de la función materna o de sostén y paterna o de corte, depende de haber podido hacer la salida exogámica de su familia de origen, que conlleva definiciones sobre la identidad, autonomía, responsabilidad económica.

Cuando este paso no fue dado, por tratarse de padres adolescentes o por entorpecimiento en la maduración de esas personas, es muy difícil que puedan tomar posiciones parentales adecuadas y pueden quedar en manos de abuelos u otros adultos, o no satisfechas. Y, aquí, ya podemos puntualizar una forma de violencia común cuando la joven madre o el inexperto padre en vez de ser ayudados y estimulados a poder madurar sus potencialidades paternas son desautorizados, dejando al hijo en medio de un cuadro familiar confundente, tratados como hijo de sus abuelos, caldo de cultivo para un mal vínculo paterno filial, que puede tomar formas violentas o de abandono. Esta dinámica familiar se puede dar también en padres de mayor edad, pero que no han llegado a un funcionamiento adulto.

Cuando se da el desprendimiento exogámico y se constituye una pareja con proyecto propio y deseos de transformarse en familia, sea ésta con estabilidad y permanencia, o, por elección, constituir una familia monoparental, se da el primer paso hacia la filiación, que parte de una fantasía que va generando un lugar emocional imprescindible.

Aquí, podemos recorrer el camino que comienza con el deseo de hijo, cuando éste precede al acto del embarazo estamos en condiciones óptimas, pero también puede generarse la aceptación de este hijo en el camino de la gestación, y así, como sorteando obstáculos, puede ir surgiendo un genuino deseo. En cambio, el hijo que en el ámbito emocional de los padres quedó inscripto como «hijo no deseado» es fuente de malestar y, fácilmente, resulta blanco de alguna forma de violencia de no elaborarse este conflicto.

Conflictivas violentas en el vínculo con los hijos pueden reflejar conflictiva de la pareja conyugal, encubierta o no reconocida, «enfermando» al hijo.

Otra fuente de vínculo violento puede ser la transmisión transgeneracional. Se trata de problemáticas graves que ocurrieron en la segunda o en la tercera generación, que no fueron resueltas adecuadamente y reaparecen en la joven generación. El problema no había sido abordado, ni atendi-

do, ni sancionado legalmente y, muchas veces, transita por la familia a modo de secreto «a voces», pero la problemática se repite aunque sea con algunas variaciones. La transmisión ocurre a través de lo dicho y de lo no dicho, actitudes, gestos sutiles, distintas formas de circulación de algo traumático que quedó enquistado y nunca fue procesado. La identificación con el abuelo o con el padre violento o abusador es de los cuadros familiares frecuentes de hallar, repitiendo el hijo similar forma de vínculo con su cónyuge o con los propios hijos.

La concepción de individuo, familia, sociedad, funcionando como un entramado en red, explica que las formas de funcionamiento de la sociedad inciden en la familia ineludiblemente. Los lazos sociales dan sostén a la familia. Las sociedades en que se respetan las leyes y normas vigentes facilitan formas de funcionamiento familiar más saludables por reconocimiento de derechos y deberes. Todo lo contrario ocurre con las tiranías, perversión de los poderes, estados de miseria, injusticia, desocupación y profundización de las diferencias entre pobres y ricos, nativos y extranjeros, las xenofobias y las distintas formas de discriminación.

Bibliografía

- CASTORIADIS-AULAGNIER, P. *La violencia de la interpretación: El estado de encuentro y el concepto de violencia*. Amorrortu Editores, 1991, p. 30.
- GANDUGLIA, A. «Niñas y niños. Padres y madres. De víctimas primarias y secundarias». Trabajo presentado en: *Curso Anual del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*, 2006.
- GOMEL, S. *Transmisión generacional, familia y subjetividad*. Lugar Editorial, 1997.
- KANCYPER, L. *La confrontación generacional*. Lumen, 2003.
- RAGATKE, S. y S. TOPOROSI. «El NO de los adolescentes: su valor y sus peligros». *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*. Marzo 2002, vol. 44, 196: 31.
- ROJAS, M. C. et ál. *La violencia en la familia: discurso de vida, discurso de muerte*. *Rev. de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 1990; Tomo XIII, p. 71.

▲ Capítulo 52

Los adolescentes como blanco de la violencia social e institucional: la violencia escolar

Lic. Adriana Beatriz Gerpe

Conferencia dictada en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez el 15 de octubre de 2003 como parte del curso «Pensando juntos la adolescencia de hoy», organizado por el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

1. Presentación de la disertante

He elegido comenzar por presentarme, no por mera manía autorreferencial sino, simplemente, para que al entrar en el tema que nos convoca se sepa desde donde les hablo y puedan ustedes rescatar las coincidencias, reparar en las diferencias y, porque no, también descubrir alguna contradicción.

Si bien mi presencia aquí tiene que ver con mi actividad en la conducción de una escuela media, soy profesora de Historia y Licenciada en Psicología; hice el Posgrado en Psicoanálisis con especialidad en adolescencia y hace dos años culminé la Maestría en Gestión de Proyectos Educativos. En lo que se refiere al psicoanálisis, soy freudiana no lacaniana y continúo en la práctica clínica privada.

No milito en ningún partido porque soy libre pensadora y no acepto los verticalismos, pero soy de ideario socialista; no practico religión alguna y en lo que hace a la educación, soy defensora de la escuela pública, al punto de predicar que el Estado no debería subvencionar la enseñanza privada confesional o no. Hace años que sostengo la idea de que, debido a la grave crisis socioeconómica y al corrimiento del Estado, la escuela y el hospital públicos son la última trinchera que no podemos permitir que se pierdan porque corremos el riesgo de perdernos a nosotros mismos como ciudadanos.

2. Presentación de la escuela

La escuela en la que trabajo es una escuela secundaria de la Ciudad de Buenos Aires; un bachillerato sin orientación especial en el ciclo superior; escuela diurna de dos turnos, mañana y tarde. Tradicionalmente, fue un Liceo de Señoritas hasta que, en 1985, se transformó en mixta. Concurren jóvenes de entre 12 y 18 años provenientes, en su origen y hasta hace unos años, de clase media y media alta y, pauperización generalizada mediante, hoy provienen de clase media y media baja. Cuenta con una matrícula de 900 alumnos que, en su gran mayoría, son hijos de profesionales, hoy muchos de ellos desocupados o subocupados.

Siempre contó con gran cantidad de alumnado de la comunidad judía de características liberales; hoy abundan tanto los alumnos de familia judía como los no practicantes y ateos.

Estas características se encuentran también, en menor medida, en el cuerpo docente y no docente que suman en total 100 adultos.

El 97% de la dotación docente tiene título docente de nivel terciario y/o universitario; la mayoría concentra sus horas cátedra en nuestra escuela (no llega al 25% los docentes que reparten su tarea

con otra u otras escuelas públicas o privadas).

El Liceo cuenta con el índice más bajo de repitencia de la ciudad; con un alto porcentaje de aprobación en el ingreso universitario o C. B. C., al que acude el 92% de nuestros egresados. Es decir, que preparamos para estudios superiores y no para el ámbito laboral, cumpliendo con la finalidad para la que fue creado, en su momento, el bachillerato.

Nuestra escuela cuenta con un proyecto educativo amplio, gracias al Proyecto 13 y al C. B. G. o Ciclo Básico General.

Por el Proyecto 13, los alumnos cuentan con tutores rentados por curso, clases de apoyo y talleres optativos en contraturno, todos a cargo de los docentes de la casa.

Por el C. B. G., los alumnos tienen de 1.º a 3.º año una currícula más amplia y mayor carga horaria; metodología de taller que apunta a la investigación y a la resolución de problemas, y los docentes tienen un Taller de Educadores semanal y un Taller de Planeamiento por nivel y área, también semanal. El trabajo docente se basa en el trabajo en equipo, como así, también, la propia conducción del establecimiento que se maneja a través del Equipo de Conducción, conformado por las dos Vicerrectoras, una por turno, y la Rectora, se suma a ellas la Asesora Pedagógica y cuentan con el apoyo de un Consejo Consultivo compuesto por los jefes de las siete áreas o departamentos en que se dividen las materias o disciplinas curriculares (Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Lengua, Idiomas, Plástica y Música, Tecnología y Educación Física).

La presentación de la institución es extensa, pero a la vez es necesaria, ya que si bien voy a intentar abordar el tema de la «violencia escolar» en forma global, la escuela que conozco es ésta y en ella llevo 34 años, desde que ingresé como alumna de primer año en 1970. Si bien conozco otras instituciones y he trabajado temporariamente en algunas de ellas, los ejemplos que daré tienen que ver con lo que en esta escuela sucede; esto no quiere decir que no suceda en otras instituciones, pero es de lo que me siento autorizada a hablar sin caer en generalizaciones que no nos sirvan.

3. Contextualización de la escuela hoy

La escuela secundaria de hoy es distinta de la que transitó mi generación.

La escuela estaba antes escindida del contexto, hoy, por el contrario, mantiene una comunicación fluida con éste y, muchas veces, se ve invadida por él, lo que debemos evitar para no perder de vista el objetivo fundamental de la institución escolar: lo pedagógico.

Esto no implica que se deba volver a cerrar, sino que debe resistirse a la invasión so pena de perder el sentido de su propia existencia, pero mantener la comunicación con el contexto y atender, incluso, otras demandas de la sociedad que no sean la tradicional, la de preparar a nuestros jóvenes para estudios posteriores o para el trabajo, pues la sociedad hoy no encuentra respuesta a muchas de sus necesidades en otras instituciones y viene a plantearlas a la escuela y canalizarlas por medio de ella.

Esto mismo pasa, también, en los hospitales.

Es así que al trabajo estrictamente pedagógico se le suma el trabajo asistencial y para vehicular esas demandas, la escuela no puede estar cerrada sobre sí misma, sino que debe trabajar en red con otras instituciones, entre ellas: el hospital de su zona de residencia; el CGP; la Defensoría del Pueblo; la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes; el CENARESO; el centro de salud mental de su zona; las ONG; etcétera.

También es diferente la conducción de la escuela, antes se la podía «administrar», hoy, hay que «liderarla» y ejercer una conducción eficaz que apunte al mejoramiento de la calidad del servicio que brinda.

Y al hablar de calidad, me peleo con aquellos que hablan de calidad educativa y la miden con pruebas de resultados al final de 5.º año, como si la escuela fuera una fábrica o una empresa privada productora de bienes de consumo tangibles.

Tanto en educación como en salud, debemos hablar de la calidad del servicio que se brinda,

pero nunca lo podemos medir solo por los resultados finales, porque en ambas áreas contamos con la voluntad del sujeto, y tanto el sujeto que aprende como el sujeto que padece pueden no tener voluntad de aprender o de curarse y por mucho que hagamos los agentes de la educación o de la salud, si el sujeto no nos acompaña, el resultado no va a ser el deseado. Y, muchas veces, tampoco nos acompaña la familia.

Esto no quiere decir que no se pueda evaluar la calidad, pero deberemos redefinir este concepto para el ámbito específico de aplicación y encontrar los métodos evaluativos apropiados para el proceso educativo, para su seguimiento, control, modificación y revisión.

La educación como valor se ha depreciado porque la crisis ha demostrado que no siempre es motor de la movilidad social, y la cultura *light* de la posmodernidad ha planteado contravalores facilistas y exististas que no se condicen con los valores modernos.

En esa encrucijada, se encuentra la escuela, requerida y demandada, pero, a la vez, desvalorizada por el discurso oficial que apunta, muchas veces, a que los chicos no aprenden porque los docentes no enseñan o no están capacitados.

Pero no se dice la verdad, no se dice que el chico no aprende porque vive situaciones de violencia social como el desempleo, la desocupación de sus padres; porque ha perdido calidad de vida; porque es sometido a situaciones de violencia familiar; manipulado por los medios de comunicación; encandilado por la cultura de la imagen o conectado a la cultura virtual que le entrega todo servido y no le impone el esfuerzo y la disciplina intelectual como medios de superación de las propias limitaciones; o está sumergido en el consumo de alcohol y drogas como medio de escape de la propia realidad y con el engaño de lograr, así, una liberación que se convierte en una de las peores esclavitudes modernas. No dice que muchas veces ese chico no aprende porque no estudia y no estudia porque le han desdibujado el futuro y... ¿para qué va a estudiar? si total da igual, nada va a cambiar.

Y en ese contexto, la escuela tiene que remar contra la corriente, tiene que apelar a la creatividad, la innovación y a la solidaridad como caminos para poder rescatar al adolescente de la calle, de la desesperanza y de la depresión que, muchas veces, está encubierta y que lleva al sujeto a recurrir a la violencia como defensa.

4. La violencia escolar

Y así entramos de lleno en nuestro tema: la violencia escolar.

Llamamos «situaciones de violencia» a las que Sánchez Vázquez define como «situaciones en las que un individuo o grupo actúa respecto de otro, individuo o grupo, utilizando el poder que detenta, con el fin de vencer o alienar su voluntad, borrar la legalidad propia en que se funda la autonomía del otro».

En muchos casos, resulta difícil negar que estamos en medio de una situación así definida por la fuerza con que se expresa la violencia, los efectos que produce en quienes la sufren y las actitudes que impone a quienes la ejercen. Pero, otras veces, es más difícil advertirlo porque sus gestores tienen, también, en su poder los medios para disfrazarla con racionalizaciones y lograr, así, que sus destinatarios la naturalicen y justifiquen.

Pero más allá del modo como aparezca la violencia, su génesis es siempre compleja y confusa y, ese aspecto, debe ser tenido en cuenta para lograr entenderla, para poder prevenir situaciones violentas y no tener que actuar en estado de emergencia, pues no estamos siempre en condiciones de obtener éxito.

Ahora bien, ¿es posible la prevención en este tema dentro el ámbito escolar?

Creemos que sí porque la escuela tiene la obligación ética de anticiparse y, por ende, prevenir; y prevenir, en el ámbito escolar, es desarrollar las prácticas que tiendan a un mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad educativa y de los objetivos institucionales.

5. ¿Qué puede hacer la escuela?

5.1. En el ámbito de la **prevención inespecífica**, la escuela puede y debe:

- Contar con un sistema normativo claro, preciso y conocido por toda la comunidad educativa. Esas normas deben ser consideradas justas, apropiadas y aplicables, y estar en relación estrecha con la convivencia y con la tarea. Deben estar basadas en el respeto de los valores que, consensuadamente, padres, alumnos y docentes estemos dispuestos a defender por considerarlos necesarios para la vida.

- Generar espacios y tiempos donde poder discutir esas normas, consensuarlas y lograr interpretaciones comunes de las mismas.

SISTEMA DE CONVIVENCIA

- Crear condiciones para reuniones sistemáticas de los equipos de conducción, los equipos docentes por área, materia, curso y proyecto.

TALLER EDUCATIVO - TALLER DE PLANEAMIENTO - CONSEJO DE CLASE - REUNIONES DE CONDUCCIÓN

- Promover la participación de todos los sectores de la institución, padres, docentes, alumnos, en los Consejos de Convivencia por medio de sistemas de representación.

ELECCION DE REPRESENTANTES

- Buscar modos de vinculación entre la escuela y las familias de los alumnos.

CUADERNO DE COMUNICACIÓN - REUNIONES - ENTREGA DE BOLETINES - COOPERADORA, entre otros.

- Promover la participación de los alumnos en proyectos escolares y comunitarios.

PROYECTOS SOLIDARIOS - CENTRO DE ESTUDIANTES

- Extremar las medidas de seguridad en los lugares de riesgo: baños, laboratorios, patios, recreos, entrada y salida, etcétera.

5.2. En el área de la **prevención específica**, la escuela puede:

- Incluir en la curricula el abordaje de la temática de la violencia y abordarla desde los distintos enfoques y materias.
- Propiciar las estrategias de resolución de conflictos por medios pacíficos.
- Ejercitar, cada vez más, el otorgamiento de la palabra para la expresión de sentimientos, pensamientos y desarrollo de propuestas.
- Abordar las situaciones de conflicto en su inicio y no esperar a que se transformen en situaciones que invadan y paralicen la tarea.

Debemos estar atentos a la emergencia de indicadores que nos señalen la posible aparición de situaciones de violencia. Para poder trabajar preventivamente, consideramos necesario tener presente el enfoque de indicadores de riesgo, que toma a los indicadores como una señal que evidencia una posible necesidad de atención y que, además, se propone priorizar sus acciones comenzando por aquellos que más lo necesitan.

Según la Organización Panamericana de la Salud, «Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, la comunidad o a el ambiente».

Nuestra propuesta es realizar un enfoque de riesgo no solo poniendo la mirada en los alumnos y las familias, como habitualmente se hace, sino ampliarla a las prácticas y a la cultura de las instituciones escolares.

5.2.1. En este sentido, son **indicadores de riesgo sobre la posible emergencia de situaciones de violencia en el ámbito escolar** los siguientes:

- El anonimato: o sea la falta de conocimiento por parte de algunos docentes, tanto del nombre y apellido de un alumno, como de sus características personales.
- El alumno rotulado: el rótulo funciona como un documento de identidad y puede ser producto, incluso, de pertenecer a una familia ya conocida por la institución e impide que se pueda descubrir a la persona que está detrás de él.
- La profecía autocumplida: si los docentes tienen la certeza de que no se puede esperar nada de los alumnos, nunca lograrán nada y los condenarán al fracaso logrando solo aquello que predijeron.
- Arbitrariedad e impunidad: la carencia de normas claras, su falta de explicitación, las arbitrariedades respecto de su cumplimiento y el no cumplimiento de las sanciones previstas, favorece la aparición de hechos de violencia.
- Pasar por alto las dificultades que pueden aparecer en el sector docente para trabajar en equipo: la tensión entre directivos y docentes y entre docentes provoca desgaste; se pierden de vista los objetivos institucionales y se los reemplaza por los personales y la institución se ve, así, debilitada para enfrentar, coherentemente, las dificultades, y esto va en desmedro del logro de los objetivos pedagógicos.
- Dificultad para producir los cambios necesarios para resolver las crisis.
- La simetría en las relaciones alumno-docente: nos referimos aquí a las situaciones en las que no se establece una clara diferencia de roles y funciones de unos y otros. Cuando no hay uno que enseña y otro que aprende, o no hay un adulto que guíe y que contenga, se está favoreciendo la creación de un clima de confusión y de no reconocimiento de la autoridad.
- El bajo nivel de implicancia del personal docente y no docente.
- Sospecha de la existencia de drogas en la escuela y no hacer nada en consecuencia por desconocimiento, temor o por falta de compromiso. Esto provoca un clima de descreimiento hacia quienes ejercen la autoridad en la escuela, de impunidad y de confusión.

A estos indicadores de riesgo, desde la óptica de la escuela, se les deben sumar los indicadores de riesgo de los alumnos y los propios de las familias vulnerables, con lo que puede apreciarse la complejidad de la tarea por emprender y desarrollar.

5.2.2. Los **indicadores de riesgo de los alumnos** que vamos a mencionar no son por sí mismos significativos, deben estar acompañados por signos de malestar, por conductas repetitivas y/o disruptivas. Ellos son: =

- Falta de interés en el colegio, ausentismo, deserción.
- Ausencia de autocontrol en conflictos propios de la edad.
- Un temperamento difícil evidenciado por irritabilidad, impulsividad e hiperactividad.
- Considerarse siempre la víctima.
- Permanente desprecio por las normas y rechazo a seguirlas.
- Crueldad con mascotas y animales en general.

- Expresiones artísticas o escritos que denotan angustia o violencia o representan aislamiento o ira.
- Hablar constantemente de armas o de violencia.
- Obsesión por juegos de violencia y programas de televisión.
- Depresión y melancolía.
- Portar cualquier tipo de armas al colegio.
- Hablar de llevar armas al colegio.
- Antecedentes de patoterismo o barras bravas.
- Celos injustificados o equívocos.
- Aislarse de familiares y amigos.
- Antecedentes penales.
- Pertenecer a cultos religiosos o esotéricos, políticos, raciales, musicales o de otra índole que se manifiesten segregacionistas, discriminatorios, excluyentes, fanáticos y violentos.
- Comerciar con drogas.
- Adicciones al alcohol, medicamentos o drogas.

5.2.3. Por último, los **indicadores desde la familia** que pueden desembocar en situaciones de riesgo son:

- Dificultades para el desempeño de la función paterna o materna, especialmente, relacionadas con el desarrollo del rol y con la imposibilidad de manifestaciones de afecto o puesta de límites.
- Actitud permanente de crítica a la escuela.
- Poca permeabilidad para reconocer dificultades en sus hijos.
- Distanciamiento o desinterés de los padres.
- Familias delictivas.
- Familias violentas.
- Acontecimientos familiares angustiosos con motivo de falta de vivienda o de trabajo.
- Inmigración, migraciones internas, desarraigos.
- Padres adictos a sustancias tóxicas.

Cuanto más atentos estemos a percibir estas señales, tendremos mayores probabilidades de tomar iniciativas para el apoyo y para la orientación del joven y su familia.

Pero, no basta con todo lo dicho, los docentes también tenemos que tener en cuenta, junto a los posibles factores de riesgo, las posibilidades de recuperación y los puntos fuertes en los que nos podemos apoyar y en los que debemos apoyar al adolescente, marcándole sus potencialidades y dándole oportunidades de desarrollarlas en el ámbito escolar.

5.2.4. Para ello es importante tener en cuenta **el concepto de resiliencia**.

Se emplea el concepto de resiliencia para definir tres clases de fenómenos:

- 1) Los resultados positivos que se observan en el desarrollo de niños que viven en contextos de alto riesgo.
- 2) El mantenimiento de las capacidades personales en condiciones de estrés prolongado.
- 3) La recuperación de un trauma.

La mayoría de los estudios longitudinales de niños resilientes indica que a estos les gusta la escuela, ya sea en el nivel preescolar, primario o secundario, y la convierten en su «hogar fuera del hogar», en un refugio de su ámbito familiar disfuncional. Las escuelas urbanas más exitosas tienden a mantener estándares académicos elevados, a suministrar retroalimentación eficaz encomiando a los jóvenes y a ofrecer posiciones de confianza y responsabilidad a sus alumnos. Este apoyo estructural parece ser un factor protector muy potente para los niños provenientes de hogares o de situaciones sociales conflictivos.

En resumen, no debemos detenernos solo en lo negativo, sino que debemos apuntar a una perspectiva más positiva y, no por ello, ingenua; debemos centrarnos en los puntos fuertes y así podremos,

no solo ver lo que esta bien en la vida de las personas que comparten el ámbito escolar, sino que, lo que es más importante, podremos tener más claro qué debe ocurrir en las instituciones educativas para que crezca la resiliencia, tanto en los alumnos como en los docentes.

El modelo de la resiliencia ofrece dos mensajes importantes: que la adversidad no conduce automáticamente a la disfunción, sino que puede tener diversos resultados para el individuo que la sufre, y que hasta una reacción inicial disfuncional puede mejorar con el tiempo y, para esto, el ambiente en el que se desarrolla es muy importante y la escuela debe proporcionarle un ambiente protector, en ese sentido.

6. Bibliografía

- ANDER-EGG, E. *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata, 1999.
- CARNOY, M. «No podemos dejarle la educación al mercado». En: *Clarín*, 21 de abril de 1996.
- CARRERAS, L. L., P. ELIJO et ál. *Cómo educar en valores*. Madrid: Nancea Ediciones, 1999.
- DELORS, J. *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XX. Madrid: Santillana - Ediciones UNESCO, 1996.
- HENDERSON, N. y M. MILSTEIN. *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- HERLEP, R. D. *La educación en democracia. La función moral de la Educación en el Estado democrático*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1993.
- JAIM ETCHEVERRY, G. *La Tragedia Educativa*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica, 1999.
- KAPLAN, C. V. *Buenos y malos alumnos, descripciones que predicen*. Buenos Aires: Aique, 1998.
- OBIOLS, G y S. DI SEGNI DE OBIOLS. *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires: Kapelusz, 1999.
- OBSERVATORIO URBANO. *¿Qué piensan los docentes, los padres y los alumnos sobre la educación?* Buenos Aires: Nueva Dirigencia 1999.
- OPS. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil*. Organización Panamericana de la Salud, 1999.
- POGGI, M. y G. FRIGERIO. *Las instituciones educativas. Cara y Ceca*. Buenos Aires: Troquel, 1996.
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN. *Programa para la no violencia en las escuelas de la Ciudad. Aprendiendo a vivir juntos*. Secretaría de Educación, Buenos Aires.
- TENTI FANFANI, E. (comp.). *Una escuela para los adolescentes. Reflexiones y valoraciones*. Buenos Aires: UNICEF - Losada, 2000.
- ZALDÚA, G. y K. PÉREZ CHÁVES. *Violencia y psicología. Contextos Violentos, vulnerabilidad y resiliencia*. Buenos Aires: Eudeba, 1999.

Links de interés: Violencia escolar

Clarín [en línea]

Publicado por Aurora Kochi en Diciembre 7, 2006, 9:20 a.m. «Madre, padre, tutor o encargado. El lugar de los padres en la escuela de hoy». «La escuela es una de las pocas instituciones con consideración social». Opina el Dr. Gak.

http://weblogs.clarin.com/educacion/archives/2006/12/la_escuela_es_una_de_las_pocas_instituciones_con_consideracion_social_opina_el_dr_gak_entrega_iii.html

Buscar otros artículos relacionados en <http://weblogs.clarin.com/educacion/>

Opinión. TRIBUNA.

«La juventud excluida es una bomba de tiempo».

«Indicadores de América latina denuncian grave vulnerabilidad de los jóvenes. Hay que articular sólidas políticas de Estado, ya no para prevenir riesgos, sino para incluir definitivamente...». Miércoles, 11 de julio de 2007.

<http://www.clarin.com/diario/2007/07/11/opinion/o-03101.htm>

LA NACION [en línea]

Enfoques. «El Mirador» Santiago Kovadloff. «Empujados a abandonar la infancia». Domingo, 7 de enero de 2007.

http://www.lanacion.com.ar/Archivo/nota.asp?nota_id=873173

Ministerio de Educación [en línea]

«El Monitor N.º 2», Gabriel Kessler. «Escuela, delito y violencia».

<http://www.me.gov.ar/monitor/nro2/dossier4.htm>

Página de Fernando Osorio. «Estudios para la infancia». «La educación: Un valor violentado». Publicado en la *Revista Contexto Psicológico*, octubre de 2004.

<http://www.fosorio.com.ar/documentos/articulos/art0019.html>

▲ Capítulo 53

«*Bullying*»: Hostigamiento entre pares en edad escolar

Dra. Flavia Sinigagliaesi

1. ¿Qué es el *bullying*?

El *bullying* es una conducta de hostigamiento o persecución física o psicológica que realiza un alumno contra otro, a quien elige como blanco de repetidos **ataques**.

Este término lo introdujo un noruego, Dan Olweus, hace más de veinte años luego de observar esta conducta en la escuela entre niños y adolescentes. Pero el hostigamiento entre pares, también puede darse en cualquier lugar donde haya un grupo que comparte varias horas: clubes, iglesias, actividades deportivas y recreativas, etcétera.

El término *bullying* deriva de la palabra en inglés *bull* que significa ‘toro’, es decir, que se podría traducir como ‘torear’.

2. ¿Cuáles son las características para que una agresión se considere *bullying*?

- Debe existir un hostigador y un hostigado.
- El *bullying* es contra una persona concreta y no contra un grupo; si fuera así, sería considerado una pelea entre pandillas.
- Generalmente, es un grupo el que ejerce el hostigamiento, dirigido por un líder quien idea las acciones, aunque no siempre sea él el que las ejecute.
- Tiene que haber desbalance de poder o de fuerza.
- El hostigamiento tiene que ser repetido y sostenido en el tiempo.

Una pelea ocasional o por un tema puntual no es considerada *bullying*.

3. ¿Qué tipo de *bullying* es más frecuente?

El hostigamiento puede ser diferente según las edades, el género, el entorno, la reacción de los demás, la condición socioeconómica, etcétera.

El *bullying* puede ser:

- Físico: pegarle las cosas, hacerle zancadillas, robarle tareas o útiles, tirarle objetos, ensuciarlo, atarlo, etcétera.
- Verbal: ponerle sobrenombres, insultarlo, poner en evidencia defectos físicos, menospreciarlo, etcétera.
- Exclusión social: ignorarlo, hacerle el vacío, inventar historias falsas, contar intimidades, no invitarlo a reuniones, no sentarse con él, etcétera.

El *bullying* físico es mucho más frecuente entre los varones y la exclusión social, entre las mujeres.

- No ser amigo de alguien NO es bullying.
- No querer pasar tiempo con alguien NO es bullying.
- Armar una estrategia para que nadie se acerque a alguien SI es bullying.

4. ¿Cómo se ve el *bullying* a las diferentes edades?

Las estadísticas indican que la edad más frecuente en la que aparece dicha conducta es entre los 7 y los 14 años. Sin embargo, hay conductas que aparecen en niños más pequeños, pero son difíciles de medir por falta de métodos específicos.

4.1. En jardín de infantes y preescolar

Generalmente, en niños más pequeños (sala de 3 a 4 años) la agresión es física y por motivos concretos. Hay menos estrategia, y si la hay, no siempre se puede sostener en el tiempo.

Un niño a esa edad puede tener una conducta de hostigamiento por un motivo un día y, al siguiente, olvidarse que eso ocurrió si no aparece el mismo estímulo.

Sin embargo, podría considerarse a estas conductas «probullying», que cuando son reforzadas por el entorno o no son interrumpidas por la maestra, se consolidan como modelo de éxito. Esto es lo que aplicará más adelante, cuando pueda organizar su conducta hasta llegar a una situación real de *bullying*.

En edades tempranas, el *bullying* más frecuente es el físico directo (pegar, empujar) y el social directo (no dejarlo jugar).

Las formas indirectas (hacer que los demás no jueguen con él) necesitan más planeamiento y ya empiezan a observarse en Preescolar.

4.2. En la primaria y secundaria

Entre los varones el desarrollo físico tiene un rol fundamental y, entre las mujeres, las habilidades comunicativas.

En los primeros grados, se forman los subgrupos: el líder, los seguidores, los que no se meten, los que intentan defender, los que sufren el hostigamiento.

A medida que los niños son más grandes y entran en la adolescencia, la sexualidad juega un rol importante entre los pares.

El peor hostigamiento para una mujer adolescente es que la traten como una chica «rápida y fácil» y, para los hombres, como que no saben «levantarse a una chica».

5. ¿Quiénes son los protagonistas del *bullying*?

- El hostigador: el «bulero». El que idea el hostigamiento y no siempre es el que lo ejecuta. Es el que decide cuáles son las reglas y quiénes quedan fuera de éstas. Es el líder del grupo (el «capito»), el «top», el «popular») y tiene necesidad de demostrar fuerza y poder.
- El hostigado: el «buleado». Si no puede defenderse, ya sea física o verbalmente, seguirá siéndolo hasta que otro tome su lugar o hasta que pueda haber una intervención de un adulto.
- Los seguidores: los que apoyan al líder. Son los que soportan el hostigamiento, los que, muchas veces, lo ejecutan y los que festejan todas las acciones del líder. Sin ellos, el *bullying* no tendría sentido para el líder (para ser popular tiene que haber otros que lo idolatren).

- Los espectadores: pueden tomar distintas actitudes: los que miran sin decir nada (la mayoría silenciosa), los que se ríen de lo que pasa, y los que intentan detener el hostigamiento, ya sea directamente o reportándolo. Los integrantes de este último grupo son los de mayor riesgo de ser los próximos hostigados, siendo éste el motivo por el cual son muy pocos los que se atreven a delatar lo que pasa (de hacerlo, serían catalogados de «buchones»).
- El personal de la escuela: los maestros, los preceptores, los directores, el conductor del micro, etcétera. Son los que deben detectar el bullying e intervenir inmediatamente.
- Los padres: son los responsables de detectar cambios en sus hijos y conversarlo con las autoridades del colegio.

6. ¿Quiénes son las víctimas del *bullying*?

Algunos autores consideran víctima al hostigado y victimario, al hostigador.

Todos los que participan en el *bullying*, en alguna medida, son afectados por él; es decir, que las víctimas son todos los que están involucrados.

El niño hostigado tiene más riesgo de padecer enfermedades psíquicas y físicas, tales como depresión, fobia escolar, ansiedad, trastornos de aprendizaje, cefalea, dolor abdominal, etcétera.

Pero se observó que el hostigador también puede padecer cuadros de ansiedad, trastornos de conducta y baja autoestima.

Un niño hostigado puede transformarse en hostigador, y éste es el que tiene peor pronóstico. Hay niños que son «buleados» en un medio; y en forma reactiva «buleadores» en otro ambiente. Esto se da con niños maltratados por sus padres o hermanos y que, en la escuela, son hostigadores.

Por otro lado, los espectadores también pueden padecer cuadros psiquiátricos si lo que ven es muy grave y no tienen posibilidad de frenarlo.

7. ¿Cómo puede detectarse el *bullying*?

El hostigador, en la mayoría de los casos, actúa cuando los adultos no están presentes: en el recreo, en el pasillo, en el baño, por Internet, por teléfono, enviándole mensajes, etcétera.

El hostigamiento es rápido y oculto, y el que reacciona inadecuadamente es el hostigado a quien, finalmente, terminan retando.

Un niño que empieza a gritar luego de que le sacaron las hojas, le tiraron los útiles, lo pincharon, lo insultaron, todo en forma oculta. La maestra escucha sus gritos (reacción que aparece como desmesurada por parte del acosado) y termina amonestándolo.

Y ésta es la segunda etapa de triunfo por parte del «bulero»: ser tan hábil como para provocar en los adultos la sanción a su víctima, mientras él disfruta de su propia sagacidad al tiempo que es festejado por sus seguidores.

Algunos signos que podrían hacernos sospechar de que un niño está siendo hostigado:

Para ser detectado por:

Los padres:

- No quiere asistir a clase.
- Síndrome del domingo a la tarde: síntomas físicos.
- Golpes y moretones injustificados.
- Irritabilidad, nerviosismo, cambio de carácter.
- Tristeza.
- Insomnio.
- No tiene más ganas de ver a sus amigos, ni de salir de su casa.
- Pérdida de objetos.

- Pérdida del dinero que le dieron para el recreo.
- Cefalea, dolores abdominales.

El colegio:

- Se ausenta frecuentemente.
- Falta de integración con pares.
- Descenso del rendimiento académico.
- No entrega la tarea cuando siempre lo hizo (quizás se la robaron).

El *bullying* es causa de cuadros psiquiátricos, tales como depresión y trastornos de ansiedad.

El peor final de un *bullying* sostenido y sistematizado puede ser la muerte.

El hostigado puede morir, ya sea por suicidio o por recibir fuertes palizas de los hostigadores hasta el punto que le ocasionan la muerte.

Hubo casos en que el hostigado se sintió tan atrapado en esta situación, que la resolvió matando a sus hostigadores (Por ejemplo: Columbine, Carmen de Patagones).

8. ¿Qué hacer cuando se sospecha que hay *bullying*?

Las intervenciones no son iguales para todos los casos y hay que evaluar cada situación. Intervenir en *bullying* exige asistir tanto al agredido como al agresor.

Ante todo, hay que tomar medidas de urgencia: si se detectan conductas de acoso hay que detenerlas en el momento en que se producen.

8.1. Hay algunas claves para prevenir el *bullying* en el colegio:

- Identificar conductas de hostigamiento en la escuela (formar a todo el personal de la escuela para que sepan que es el *bullying*).
- Armar reglamento de convivencia entre los alumnos.
- Fomentar la ayuda entre pares.
- Diseñar métodos de resolución de conflictos entre pares.
- Corregir al alumno ante cualquier conducta de exclusión de un par.
- Amonestar ante cualquier conducta agresiva, ya sea física o verbal.
- Fomentar actividades de convivencia.
- Poner supervisión en el recreo.
- Armar un sistema para que los alumnos puedan reportar casos de hostigamiento.
- Armar reuniones entre padres y profesores.
- Enseñar a los alumnos que el que ayuda a un compañero nunca es un «buchón».

8.2. En caso de que se detecte un caso de *bullying* hay que:

Detener la agresión:

- Citar a los padres del agresor y del agredido para informar la situación (por separado).
- Intentar que el agresor se identifique empáticamente con el acosado.
- Elaborar con el hostigador un compromiso por escrito de no agresión.
- Enseñar técnicas de afrontamiento al hostigado para que pueda afrontar futuras situaciones conflictivas (mejorar habilidades sociales y de comunicación).

8.3. ¿Qué NO hay que hacer si un padre detecta que están hostigando a su hijo?

- Ir a hablar con los padres del agresor: personal o telefónicamente.

- Ir a protestar agresivamente al colegio: perderá veracidad el hecho.
- Incitar a que el niño se defienda: si no lo hace es porque no puede.

*Un niño que es hostigado es un niño en riesgo grave.
Un niño que es hostigador es un niño en riesgo grave.
Una sociedad que acepta en silencio una relación hostigador-hostigado es una
sociedad en riesgo muy grave.*

Dr. Miguel Ángel García Coto

9. Bibliografía

LAZARUS, R. *Estrés y Emoción*. Ed. Descleé, 2000.

OLWEUS, D. *Conductas de acoso y amenazas entre escolares*. Ed. Morata, 1998.

SRABSTEIN, J. et ál. «Morbidities associated with bullying behaviors in adolescents». *Int. Journal Adolesc. Med. Health*, 2006, (18) 4: 587-596.

UK WORKPLACE BULLYING ADVICE LINE. Bully online: website of UK Workplace Bullying Advice Line. *Stress: Injury to health trauma and PTSD*.

VOORS, W. *Bullying: el acoso escolar*. Editorial Oniro, 2006.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry: Bullying.

<http://www.aacap.org/page.ww?section=system&name=Search+Results&indexId=default&hitsStart=1&query=bullying&x=11&y=9>

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry: Información para la Familia.

<http://www.aacap.org/page.ww?section=Informacion+para+la+Familia&name=Informacion+para+la+Familia>

Capítulo 54

«*Bullying o Sistema Bullying*» (SB): como emergente del desajuste escolar. Los factores de riesgo, de protección y la resiliencia

Dr. Miguel Ángel García Coto

1. Ajuste y desajuste Escolar

1.1. Concepto general

Antes de entrar en el tema del título, convengamos en que hablamos de Sistema *Bullying* (SB) como denominación operacional del *bullying* a los fines del presente desarrollo y en la medida en que se trata de un fenómeno que ocurre en un contexto (el social) e impacta en los individuos (victimizando, finalmente, a todos: al «buleador», al «buleado», a los testigos, a la institución, a la familia, a la sociedad, etcétera) produciendo daños tanto individuales como colectivos e institucionales.

Decimos sistema en la medida en que:

- cualquier cambio en alguna de sus partes impacta en las demás;
- parece tener una dinámica propia, que trasciende al individuo;
- sigue un modelo social predominante (podría ser visto como una lamentable réplica caricaturesca del sistema social);
- se alimenta a sí mismo;
- es difícil cambiar su curso evolutivo sin la intervención de todas las partes implicadas; ya que
- cualquier intervención en solo alguna de ellas produce movimientos vicarios en el resto, con el único fin de asegurar siempre el mismo resultado (permanencia del SB).

1.2. Volvamos entonces al concepto general de ajuste escolar (AE): (Ladd, Buhs y Troop)

El AE implica un equilibrio global del niño y la escuela: el niño puede afrontar exitosamente las normas explícitas e implícitas de la institución así como los desafíos correspondientes.

El concepto de Ajuste Escolar (AE) se ha modificado a lo largo del tiempo. En una época, se consideraba suficiente que el niño tuviera un buen nivel cognitivo, buena capacidad de comprensión del lenguaje verbal y una familia colaboradora con las exigencias y normas institucionales, para asegurar una buena adaptación, ajuste y progreso escolar individual.

Se consideraba el progreso académico como la unidad de medida de ajuste escolar, por supuesto, en una relación simple y directa: a mejor desempeño académico, mejor ajuste escolar.

En ningún momento se descuidaba lo social, sin embargo, siempre se tendió a analizarlo poniendo el foco en lo académico.

Mayormente, trascendió en los casos en los que el desajuste devino violencia extra- o intradi- rigida.

Hoy suponemos que los procesos y mecanismos que aseguran el apego del niño a la escuela, deben considerar también factores interpersonales, tales como:

1) El significado adaptativo de las habilidades interpersonales: esto es la capacidad del niño para generar relaciones dialécticas con sus pares, de tal modo que en sus interacciones se consideren la flexibilidad y cambio mutuos a partir de la evolución de los intercambios mismos.

2) Las relaciones no conflictivas con sus pares y la capacidad de resolución de las diferencias comunes y corrientes en la convivencia escolar.

3) Las relaciones no conflictivas con sus maestros y profesores, desde la adaptación mutua; tanto del niño hacia el docente como de éste último hacia las modalidades cognitivas particulares y a su perfil emocional.

Con estas consideraciones, entonces, reformulamos el concepto de AE, como constructo multidimensional (Ladd, Buhs y Troop), que incluye:

- Actitudes de los niños hacia la escuela.
- Sus afectos en la clase.
- Su compromiso o participación en el espacio de aprendizaje.
- Sus progresos académicos.

Pero esto nos plantea preguntas tales como:

¿Cómo construyen los niños?

- Sus afectos.
- Sus actitudes.
- Sus compromisos.
- Su motivación.

Y no vamos a encontrar homogeneidad en ellas, pues vamos a tener que indagar en variables individuales, algunas de las cuales serían (García Coto, 1998) las siguientes:

- Históricas: propias del niño basadas en sus propias experiencias vividas en la escuela, como también las vicarias (esto es las vividas por otros significativos para el niño y, a partir de las cuales, va haciendo suyas actitudes ajenas).
- Sociales: concordancia o discordancia entre el modelo social del niño y el propuesto por la institución: valor/disvalor.
- Familiares: actitudes familiares actuales hacia la escuela. Pueden estar basadas en comentarios verbales explícitos o bien en actitudes implícitas.
- Étnicas: como veremos más adelante la recepción que el tipo étnico del niño tiene en el resto de la comunidad escolar va a determinar la actitud hacia la escuela.
- Religiosas: ídem anterior.
- Ontogenéticas: el tipo de experiencias individuales del niño va modelando su propio sistema cognitivo, emocional y de afrontamiento.

Estas son algunas de las variables individuales que sostienen la construcción de:

- Creencias.
- Relaciones interpersonales.
- Relaciones afectivas.
- Relaciones sociales.
- Aprendizajes y preferencias.

Si agrupamos entonces las variables de influencia en el desempeño escolar global del niño (modelo interpersonal de ajuste escolar), tendremos:

- 1.2.1. *Background* y factores demográficos.
- 1.2.2. Conducta del niño en la escuela.
- 1.2.3. Relaciones interpersonales.
- 1.2.4. Ajuste escolar.

1.2.1. *Background* y factores demográficos

- Género.
- Madurez y modalidad cognitiva.

- Familia.
- Nivel económico social.
- Etnia.
- Religión.
- Otras variables.

Género

La diferencia de desempeño social varón/mujer es un factor de importancia en la adaptación al grupo.

Los varones tienen un perfil más externalizador y valoran los atributos semejantes en ese sentido, por lo tanto, podríamos establecer una relación tentativa entre capacidad externalizadora del niño y adaptación escolar.

Hay menor tolerancia hacia los perfiles internalizadores, tímidos e inhibidos socialmente.

Las mujeres tienen mayor capacidad empática, negociadora y autoreflexiva, por lo tanto, las relaciones tienden a establecerse con perfiles similares. Tradicionalmente, se las ha considerado menos externalizadoras, confundiendo esa característica con inhibición o timidez.

De todos modos, debemos considerar que en nuestros días hay, en las niñas, un perfil cada vez más externalizador (*varón-like*), u «onda masculina» (esto, en realidad, tendría que aclararse: «onda masculina» según la concepción tradicional de lo que se espera del varón y de la mujer).

Estos cambios están relacionados con los modelos, supuestamente, exitosos (o hipervalorados) derivados de la necesidad de mayor control sobre los demás como base para la propia seguridad y conservación de algún tipo de hegemonía (económica, mediática, política, etcétera).

Pero nosotros podríamos decir que los cambios, en el perfil femenino/masculino, estarían relacionados con la memética.

Aclaremos que el «meme» (término de origen reciente acuñado por Dawkins, quien lo tomó del griego *Mimeme* = mimetizar), es una unidad de información «no genética» que se propaga y crece en forma similar a como lo hace un virus informático.

Los memes pueden ayudarnos a dar explicaciones acerca de la adopción de los cambios en la moda, en las creencias, en los mitos, en la educación, en general en la construcción de la representación social de valores fundamentales, como el ser y el parecer femenino y/o masculino (entre otros el currículum oculto o reglas implícitas propias de grupos de elite: tanto los centrales como los marginales).

La memética se propaga a través de la interacción personal y de los múltiples medios de difusión y comunicación, potenciados por Internet y por video cable.

Genéticamente, lo esperable es que la mujer puntúe alto en la medición del Cociente de Empatía (sensibilidad social, sensibilidad comunicativa e imaginación de sentimientos y pensamientos de los demás) y bajo, en el Cociente de Sistemática (islotos de habilidades, actividades repetitivas y obsesiones con sistemas), esto es a la inversa de los varones.

El Cociente de Empatía (CE) tendría que ver con la astucia o la inteligencia emocional, es decir, la capacidad de ser psicólogos naturales que tenemos los seres humanos y que necesitamos para interactuar entre nosotros en condiciones comunes y corrientes.

Está mucho más desarrollada en la mujer, habituada a reconocer señales no verbales (conductuales, corporales, fonéticas, etcétera) en los niños que tiene, tuvo o que, probablemente, va a tener. La puntuación se toma sobre la base de una escala diseñada por Simon Baron-Cohen.

Es interesante observar que los médicos, sobre todo los que trabajamos con niños, necesitamos desarrollar todo lo relacionado con la empatía en el momento en que tenemos que descifrar lo que le pasa a alguien que habla a través de su conducta y de su cuerpo en forma mucho más expresiva que con las palabras que los adultos manejamos.

La empatía es una de las fuentes de información más poderosa con la que contamos los médicos.

En cuanto al Cociente de Sistemática, lo que explora es la capacidad del individuo para resolver problemas con sistemas no necesariamente sociales. Se supone que el hombre puntúa más alto que la mujer en términos generales.

Madurez y modalidad cognitiva

La madurez cognitiva incluye tanto:

- los procesos fríos (puramente racionales) que permiten al niño el desarrollo progresivo del pensamiento estratégico,

como:

- los procesos cálidos (emocionales y motivacionales), incluyendo la regulación de las emociones en función de la calidad y magnitud de los estímulos en relación al propio individuo.

La modalidad cognitiva del niño va a ser importante en la medida de su discordancia o concordancia con el currículo educativo de la escuela, con las características propias del docente y con las de sus propios compañeros.

Niños capaces de resolución, pero con modalidades cognitivas, predominantemente, analógicas y/o algorítmicas se encontrarán en desventaja dentro de un sistema centrado en la palabra y la lógica formal. Cuando podemos encontrar los referentes de la toma de decisiones en una persona, estamos avistando algunas de las más importantes claves de la individualidad y, tal vez, encontrando las razones por las cuales unos cuantos niños sufren diagnósticos psicopatológicos y/o son víctimas de la incompreensión y rigidez de los sistemas psiquiátrico, educativo y social, en lugar de ser reconocidos como sujetos con diferentes modos de procesar la realidad, de aprender y de relacionarse.

A la perpetuación de este sistema, contribuyen tanto niños como adultos, a partir de su desempeño diario y de la reproducción de modelos sociales hegemónicos en forma rígida y sin contemplaciones con las diferencias (no solo las externas).

Familia

En algún momento del desarrollo social, se pensó a la familia totalmente integrada como el baluarte más importante para la neutralización de la agresión externa y el reaseguro de una inclusión social adecuada a las características individuales.

Actualmente, la estructura familiar se reformula, a veces con frecuencia, en el curso evolutivo del niño.

En realidad, el baluarte que permanece irreductible como base segura del proceso de construcción del individuo integrado es la experiencia continua de vínculos seguros con las figuras adultas de crianza (en general uno o ambos padres).

Sea cual sea la estructura de la familia, en tanto los vínculos sean afectuosos, firmes (y flexibles) y contenedores, confieren al niño una base segura desde la cual puede ensayar el afrontamiento de las situaciones adversas en forma proactiva y enriquecedora.

NES, etnia y religión

El Nivel Económico Social es una construcción que integra las variables:

- Nivel de estudios alcanzados.

- Tipo de trabajo que desempeña el individuo y jerarquías alcanzadas.

En principio, fue desarrollado en nuestro país por Gino Germani. Se le asigna a cada categoría un puntaje, se cruzan ambos y el resultado se compara con una escala prediseñada. Esto se refiere a los padres del niño, en este caso. El impacto social sobre los demás dependerá de la atribución valor/disvalor acordada en el medio en donde se desenvuelve el niño. Estas valoraciones no necesariamente son explícitas y, no pocas veces, son una variable más del currículo oculto del grupo.

Algo semejante pasaría con la etnia, dependerá si la etnia a la cual pertenece el niño representa un modelo valorado por el grupo o, en su defecto, descalificado por él.

Respecto de la religión, en general, va a depender del currículo, tanto explícito como oculto, de la institución escolar y del grado de tolerancia inculcado en niños y adultos.

1.2.2. Conducta del niño en la escuela

Si tenemos en cuenta los tipos temperamentales propuestos, entre otros, por Jerome Kagan: Inhibido y Desinhibido e incorporamos uno de los subtipos de Stella Chess: el *On/Off*, suponemos que encontraremos niños con diferentes actitudes frente al desafío social:

- **Inhibidos:** van a tener tendencia a aislarse del grupo, a no establecer relaciones amistosas con pares, y se van a privar de las ventajas de la pertenencia a un grupo de referencia y/o contención. Estos niños van a integrar la categoría de los **Asociales**. Es interesante observar, no obstante, que entre los inhibidos vamos a encontrar niños, que si bien no tienen iniciativas ni aperturas sociales espontáneas, responden amistosamente a los acercamientos, aún con cierta pasividad, pero pudiendo establecer alianzas sociales, se socializan a partir del estímulo de otros, entre ellos encontramos a los «famosos tímidos». (*On/Off* de Chess).

- Los que se encuentran en el otro extremo del espectro temperamental de Kagan: los **Desinhibidos**, son los que, con frecuencia, van a tener conflictos sociales por presentar patrones agresivos de interacción, con rechazo a las actividades cooperativas que no sean conducidas o propuestas por ellos mismos y con mayor preferencia por las competitivas, sin que necesariamente tengan las habilidades específicas que pueda requerir la competencia en cuestión. Estos son los **Antisociales**.

- Aquellos que, en general, tienen la capacidad de regular estratégicamente, tanto la inhibición de conductas como la externalización o desinhibición, son los que, con mayor frecuencia, van a ser convocados, tanto por pares como por adultos, para la formación de grupos y actividades cooperativas. Entonces, estos niños con mayor capacidad para la regulación de afectos, son los que integrarán en su mayoría los grupos **Prosociales**.

1.2.3. Relaciones Interpersonales

Este factor, indudablemente vinculado y consecuencia de los anteriores, debería ser analizado desde sus aspectos favorecedores del bienestar, como por ejemplo:

- Un niño permanece en la escuela la mayor parte de su tiempo de vigilia y vive con pares y adultos la experiencia de aprender y explorar una serie de mundos desconocidos: Matemáticas, Ciencias Naturales, Sociales, Lenguas, etcétera. Todo esto, que le va dando claves para comprender y construir su propia realidad, necesita compartirlo, confrontarlo y convalidarlo; ya que es el producto de sus aprendizajes, crecimiento, dudas, conflictos, vivencias, etcétera. Para poder compartirlo, necesitará consensuar tanto códigos y lenguajes comunes como afectos, preferencias e intereses. En tanto esto va ocurriendo, se van formando ciertas redes unidas por los factores comunes arriba mencionados (entre otros). Son los grupos de amigos, que se caracterizan por estar cementados por patrones de conducta caracterizados por la solidaridad, el afecto, la continencia mutua, la referencia y las reglas que enmarcan su desempeño.

- La aceptación de sus pares y por parte de sus pares sería una condición inicial para la conformación de grupos (de referencia y/o de pertenencia), sin ella no se podría pertenecer a un grupo de amigos.

- La relación con los adultos, específicamente con los maestros, viene fuertemente modelada desde el grupo familiar y se sostiene, tanto en los aspectos individuales (y grupales) como actitudinales mutuos.

Consideramos que situaciones, como las arriba mencionadas, constituyen **andamios** (es decir, soportes proactivos) que aseguran, no solo el crecimiento individual, sino una adaptación dinámica a los desafíos permanentes de la microsociedad escolar.

De todos modos, con frecuencia, nos encontramos con situaciones negativas consolidadas que operan como agentes estresógenos muy potentes y que interfieren en el proceso de adaptación dinámica, móvil y flexible a la escuela.

Algunos de estos factores vinculados con las relaciones interpersonales, son:

- **Los sistemas Hostigador/Hostigado (buleador/buleado) o Sistema *Bullying***, consolidados. Los niños protagonistas de estos sistemas, particularmente, tienen serias dificultades para lograr ajustes adecuados a una institución que no los ampara y que, de alguna manera, está prohijando prácticas para las cuales las respuestas del niño buleado son ineficaces.

- **El rechazo de los pares**, muchas veces, se relaciona con la torpeza en el desempeño social de los niños, con su pertenencia a grupos sociales, religiosos, étnicos o deportivos, rechazados por el grupo o por el sujeto dominante en el modelado de las reglas implícitas de interacción y socialización.
- **El rechazo de los maestros**, se produce por factores en parte semejantes a los que juegan en el rechazo de los pares, más los que tienen que ver con un desempeño académico y disciplinario contrario al modelo valorado por el docente.

1.2.4. Ajuste escolar

El término compuesto AE, es un concepto construido para intentar comprender las variables que inciden en el bienestar o malestar del niño en su desempeño diario en la escuela. No hay duda de que se relaciona con factores externos que le proveen de situaciones con las cuales tiene que lidiar, tanto positivas como negativas (en parte visto más arriba). Pero, también, con factores internos individuales y construidos por el niño mismo, solo o a partir de su interacción, tanto en el seno de su familia como con su o sus grupos de referencia.

Así, entonces, consideramos que el ajuste del niño, finalmente, va a depender de:

- **La percepción que él mismo tiene** (propia o inducida) de la institución escuela así como de sus figuras de autoridad. Esto deviene **actitud** que se mostrará en su desempeño cotidiano ajustado o no a normas, exigencias y oportunidades.
- En relación con lo anterior, entonces, será importante ver si el niño está **cómodo o estresado** en el lugar, sin necesidad de que la incomodidad se manifieste a través de conductas externalizadoras (generalmente, indisciplina y violación de normas), sino que, con frecuencia, será a través de conductas internalizadoras (más precisamente inhibición conductual). **El afecto** puesto por el niño en la escuela se verá reflejado en su desempeño, tanto social como académico más allá de resultados.
- **La participación del niño en las actividades escolares de su clase** u otras, también, son una medida de los factores mencionados; un niño desinteresado y desmotivado (desafectivizado en relación con la escuela) difícilmente logre ajustes adecuados a las exigencias, desafíos y oportunidades.
- Finalmente, el **desempeño académico en consonancia con una actitud social solidaria y cooperativa** favorecerán el ajuste del niño al sistema escolar.

Así entonces, sintetizando, tomamos el Modelo Interpersonal de Ajuste Escolar de Ladd, Buhs y Troop, lo reformulamos según la exposición de arriba, y nos queda la síntesis siguiente: en donde aparece graficada una posible secuencia de ajuste con las variables intervinientes en el proceso mencionado.

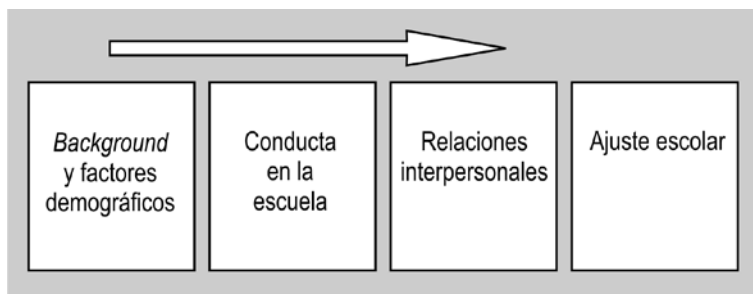


Gráfico: Modelo Interpersonal de Ajuste Escolar (de Ladd, Buhs y Troop reformulado por García Coto, 2007)

2. Factores de Riesgo

Vamos a incluir los conceptos desarrollados anteriormente desde otra perspectiva.

Comenzaremos por definir Factor de Riesgo (FR), como exposición a circunstancias que aumentan la posibilidad de que se produzca un desenlace patológico a partir de ciertas experiencias de

vida. En este momento, nos vamos a referir, solamente, a FR vinculados con el tema que tratamos y no nos ocuparemos de FR genéticos, neurológicos u otros FR psicológicos.

Veamos, entonces, cómo podríamos graficar, desde esta perspectiva, las variables del Ajuste Escolar (AE):

Background y factores demográficos

Factores de Riesgo	Variables	Factores Protección
Violencia en los varones y Manipulación en las mujeres	Género	Capacidad de negociación y empatía Percepción de perspectivas diferentes
Hipodesarrollo Expresión discordante con las expectativas escolares y sociales	Madurez y Modalidad cognitiva	Desarrollo adecuado Expresión concordante con la del grupo y escuela
No disponible Vínculos no confiables	Familia	Contenedora Base segura
Modelos infravalorados	NES	Modelos valorados de referencia
Modelos infravalorados	Etnia	Modelos valorados de referencia

Gráfico: Background y Factores demográficos (García Coto, 2007)

Modalidad conductual de interacción en la escuela

Factores de Riesgo	Variables	Factores Protección
Bajo	Prosocial	Alto nivel
Alto	Antisocial	Bajo
Alto	Asocial	Nulo

Gráfico: Modalidad conductual de interacción (García Coto, 2007)

Relaciones interpersonales

Factores de Riesgo	Variables	Factores Protección (andamios para el ajuste)
Relación Buleador/Buleado consolidada.	Patrón de interacción	Pertenencia a por lo menos un grupo de amigos o de pertenencia
Rechazo de los pares	Imagen en el grupo	Aceptación empática por parte de los pares
Mala relación con el maestro	Patrón de relación con el maestro	Buena relación con el maestro, confianza mutua
Solledad	tendencia en torno al grupo	Facilidad y tendencia a actividades cooperativas y de grupo

Gráfico: Relaciones interpersonales (García Coto, 2007)

Ajuste escolar

Factores de Riesgo	Variables	Factores Protección
Negativa	Actitud/Percepción	Positiva
Ausentes	Comodidad/Afectos	Presentes
Pasiva	Modalidad participativa en actividades de clase	Activa
Bajo/Discordante	Desempeño académico	Adecuado/destacado

Gráfico: Ajuste Escolar (García Coto, 2007)

Es importante que incluyamos el concepto de:

Naturaleza de los FR (Lemos, Serafín et ál.).

Las variables o factores de riesgo (FR) se agrupan en categorías que van desde las más próximas a las más distales al niño.

- Las *próximas* actúan directamente con el niño, como son el calor afectivo materno y las prácticas educativas parentales, cuya influencia es directa, no transcurre por medio de cualesquiera otras variables próximas.

- Las *intermedias* incluyen las creencias y valores parentales, como puede ser la valoración que los padres hagan de la independencia del niño.

- Las *distales* incluyen las características del microgrupo social escolar y las experiencias del niño en éste y que pueden operar a través de las variables familiares más próximas.

Los términos «distal» y «próximo» deberían ser considerados como extremos de un continuo. La cadena causal podría comenzar con FR distal que actuaría a través de FR mediadores que, finalmente, inciden sobre el niño a través de FR próximas.

Esto no significa que la relación entre un FR distal y su consecuencia sea siempre inevitable, dado que las variables mediadoras podrían no estar presentes.

3. Psicopatología

El Sistema *Bullying*, en presencia de factores de riesgo (FR) como los mencionados arriba, deviene en trastorno psicopatológico, así, entonces, podemos representar visualmente trayectorias posibles frente a situaciones de riesgo.

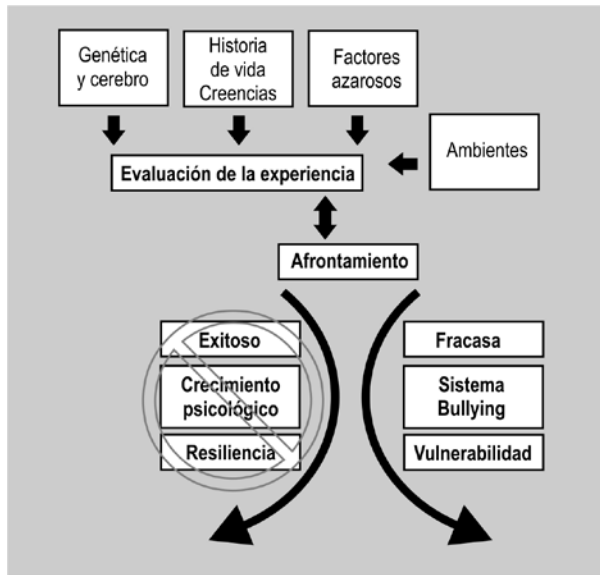


Gráfico: trayectoria de fracaso del set de afrontamiento frente al buleo (García Coto, 2007)

Si consideramos que en la evaluación de la experiencia convergen tanto factores relacionados con procesos biológicos y con la construcción histórica de la experiencia, así como factores azarosos no previstos (que no son parte necesaria del estilo resolutivo del individuo), más circunstancias ambientales que determinan el estímulo y crean el escenario (contexto) tanto físico como social, entonces el fracaso en el afrontamiento va a llevar al sistema *bullying*. Podríamos verlo en otro gráfico como el que sigue:

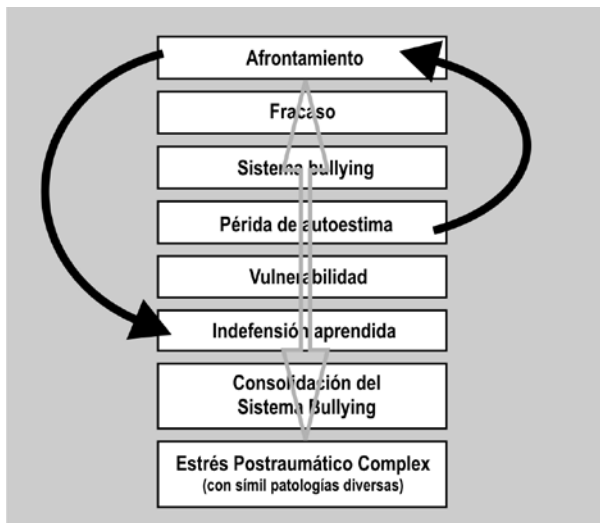


Gráfico: trayectoria de fracaso del set de afrontamiento frente al buleo (García Coto, 2007)

El fracaso del set de afrontamiento del niño desencadena situaciones que tienen que ver con el Sistema *Bullying*, esto lo lleva a perder su autoestima, sentirse más vulnerable, justificar de algún modo al buleador y a disminuir aún más la sensación de autoeficacia con el consiguiente debilitamiento progresivo del set cognitivo de afrontamiento.

La cronificación del SB lleva al niño a una situación de Indefensión o Impotencia Aprendida

(Seligman) o Síndrome de las Velas Quemadas (estar a la deriva), «hagas lo que hagas todo te saldrá mal».

El niño, en este momento, está sometido a un bombardeo de estímulos estresógenos, repetidos y sin pausa. Atrapado en una situación de la que siente que no puede escapar, presenta ya signos y síntomas psicopatológicos de los que se conocen como Estrés Postraumático Complex uno de los grandes camaleones de la psicopatología ya que simula patologías muy diversas que confunden al psicopatólogo, a los padres, a los maestros y al mismo niño. De esta situación, solo podrá salirse con asistencia específica tras un adecuado diagnóstico multidimensional.

Entonces hay FR que vulneran los recursos del niño para afrontar situaciones desafiantes sociales adversas y sentidas como agresivas por el niño, llevándolo a SB.

Pero, como acabamos de ver, el SB es también un factor de fuerte riesgo (al que aún no hemos podido establecerle otras relaciones de causalidad), para la aparición de trastornos psicopatológicos en el niño.

Resumen: el SB se produce a partir de la vivencia de situaciones estresógenas en el marco de convergencia de una serie de FR (proximales, intermedios y distales).

Ahora bien, la cronificación del SB es un poderoso FR para la aparición de trastornos psicopatológicos y sociales en el niño.

4. Factores de protección

Los Factores de Protección son los recursos individuales o individuales y ambientales que permiten neutralizar los efectos deletéreos de una situación estresógena.

Veamos entonces, desde esta perspectiva, otra trayectoria posible:

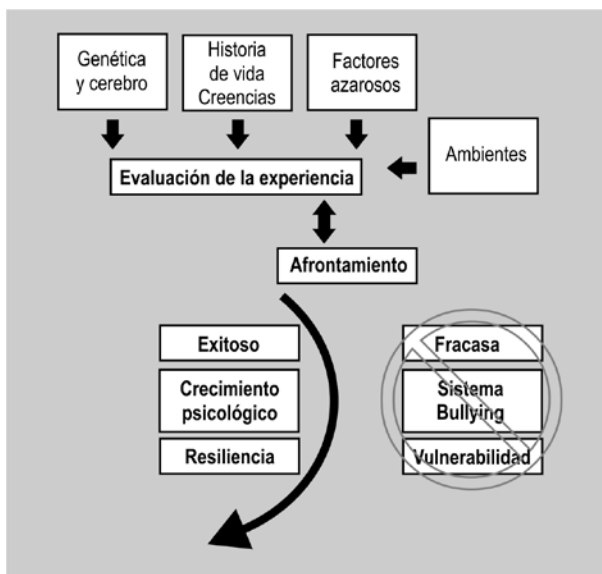


Gráfico: trayectoria de éxito del set de afrontamiento frente al buleo (García Coto, 2007)

A esta trayectoria de afrontamiento exitoso, la vamos a representar mejor en el siguiente gráfico:

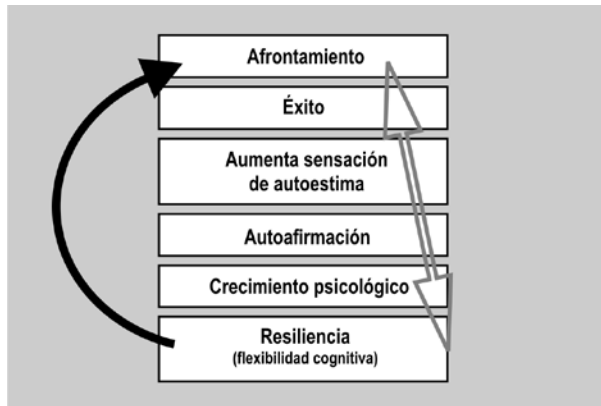


Gráfico: trayectoria de éxito del set de afrontamiento frente al buleo (García Coto, 2007)

Fíjense, que en esta situación, lo que vemos es una potenciación progresiva del sistema de afrontamiento sin que llegue a consolidarse un SB. El éxito del set cognitivo de afrontamiento lleva a una sensación de mejoramiento de la autoeficacia, esto se traduce en conductas autoafirmativas que desestimulan, por sí mismas, cualquier intento de buleo. A su vez, se va produciendo en el niño un crecimiento psicológico con capacidad progresiva para resolver situaciones adversas.

La protección no reside en las características psicológicas presentes en un momento dado, sino en la manera en que el niño maneja o negocia los cambios vitales o las experiencias estresantes.

Mecanismos mediadores en los procesos de protección (Lemos, Serafín et ál.)

Estudios longitudinales sobre cohortes de sujetos han permitido derivar algunas conclusiones respecto de los posibles mecanismos que podrían actuar como:

Predictores de los Procesos de Protección:

- Los que reducen el impacto del FR.
- Los que reducen la probabilidad de que se produzca la cadena de reacciones negativas que surgen de la exposición al riesgo.
- Los que promueven la autoestima y la autoeficacia.
- Los que dan paso a nuevas oportunidades.

La protección radica más claramente en las propiedades de maestría y de «curtido» que se derivan de afrontar con éxito las circunstancias estresantes, cuando la exposición a éstas se adecua en sus características e intensidad a las capacidades del niño y a su situación social y escolar.

El concepto de Neutralización aplicable a este proceso (el de protección) hace pensar que «si un acontecimiento vital amenazador (en este caso el *bullying*) va acompañado o seguido de algún otro suceso que contrarresta este daño a la autoestima y autoeficacia, el riesgo debería reducirse».

Así, entonces, se produciría una modificación de la exposición al riesgo o reducción de la implicación en los aspectos del riesgo.

Por ejemplo, en el caso del buleador, una eficaz supervisión parental de las actividades o costumbres y desempeño del niño fuera de su casa tendría, supuestamente, el efecto de apartarlo del riesgo y orientarlo hacia actividades prosociales, así como suministrarle retroinformación sobre qué conductas son deseables o inaceptables, tanto desde el punto de vista familiar como social.

5. Resiliencia

Sería el proceso o capacidad para lograr una adaptación óptima a pesar de circunstancias ambientales adversas.

Si bien se considera que hay resiliencia a nivel genético, biológico, neurológico, etcétera, en este lugar, vamos a considerar, solamente, la psicossocial.

Es una característica que se pone en evidencia por la superación de obstáculos de alto potencial estresógeno. En condiciones comunes y corrientes, no se plantea la necesidad de reclutar funciones que apunten al sistema de resiliencia.

El término, tomado de la física, es un anglicismo, ya que la traducción correcta sería ‘flexibilidad’, o sea, la propiedad que tiene una tira de goma de estirarse cuando tiramos de sus extremos y recuperar su tamaño inicial una vez que cesa la presión sobre los extremos.

Si hablamos de flexibilidad, veremos, entonces, que el ser resiliente o flexible implica variadas funciones neuropsicológicas que tienen que ver con:

- La capacidad de evaluación.
- La búsqueda estratégica de recursos de afrontamiento.
- Capacidad de planificación.
- Control inhibitorio y capacidad de cambio frente a circunstancias móviles.
- Persistencia y capacidad de detección de signos corporales y conductuales en los demás.
- Capacidad empática y operatoria en respuesta a signos sociales no formales.

El niño resiliente estaría en condiciones de:

- Encontrar mayor cantidad de opciones frente a un obstáculo.
- Procesar simultáneamente varios estímulos competidores.
- Mantener un funcionamiento integrado frente al estrés.

Y por otro lado:

- Lleva bien los estudios correspondientes a su edad.
- Tiene un autoconcepto positivo.
- Se relaciona bien con sus compañeros y con las figuras adultas de autoridad.
- Raramente va a recibir un diagnóstico psiquiátrico.

Así, entonces, la disminución de atribuciones o diagnósticos psicopatológicos se podría relacionar en términos generales con:

- Autoestima y autoconfianza.
- Convencimiento de la propia eficacia.
- Capacidad para manejar el estrés.
- Un buen repertorio de recursos sociales.
- Un buen set de resolución de problemas.
- Una buena capacidad para generar hipótesis acerca del estado mental de los demás (ToM: Teoría de la Mente como función mental o capacidad para ponerse en la perspectiva de la otra persona).

El concepto de Resiliencia, entonces, se acomoda al enfoque general de sistemas de desarrollo infantil como proceso dialéctico niño-ambiente: esto implica afrontar y resolver problemas. Y una vez resueltos, continuar la búsqueda permanente de soluciones novedosas para viejos problemas.

Finalmente, la resiliencia designa la capacidad del niño para afrontar un problema y usarlo como factor de crecimiento psicológico y social, sea cual sea la adversidad psicossocial para enfrentar.

6. Conclusión

El SB es una circunstancia ambiental desfavorable que se produce al amparo de vulnerabilidades individuales, institucionales, familiares y sociales.

En sí mismo es, también, un factor de riesgo y abre las puertas para la aparición de posibles trastornos psicopatológicos en el niño.

La intervención debería ser múltiple y en todos los niveles simultáneamente, esto es en forma horizontal: Conductual, Cognitiva, Representacional, Familiar e Institucional.

La resiliencia sería lo que vamos a buscar que desarrolle el niño como recurso fundamental de su crecimiento y que trasciende los límites del SB. Los factores de protección son fundamentales como posibles neutralizadores o mitigadores del alto impacto estresógeno del SB.

7. Bibliografía

- CAMPBELL, S. B. En: Ollendick, T. y M. Hersen. *Psicopatología Infantil*. Madrid: Martinez Roca, 1986, cap. 2, pp. 29-67.
- DIETRICH, A., H. RIESE, F. SONDEIJKER, M. GREAVES-LORD y A. VAN ROOM. «Externalizing and Internalizing Problems in Relation to Autonomic Function: A Population-Based Study in Preadolescents». *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, March 2007, 46(3), pp. 378-386.
- LADD, G., BUHS, E. & TROOP, W. «Children's Interpersonal Skills and Relationships in School Settings: Adaptive Significance and Implications for School-Based Prevention and Intervention Programs». En: Smith, P. K. y C. H. Hart, *Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. UK: Blackwell Publishing, 2004.
- LEMOS, S. «Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes». En: Buendía, J. *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Pirámide, 1996.
- PENNINGTON, B. «Fundamental Issues». En: Pennington, B. *The Development of Psychopathology: Nature and Nurture*. New York: The Guilford Press, 2003.

Equipo Bullying Cero Argentina
info@grupocidep.org – www.grupocidep.org

Profesora Gabriela Mures, Directora de escuela
Dra. Flavia Sinigagliesi, Pediatra
Profesora Mariana Kelly, Maestra de grado
Dr. Jorge Srabstein, Psiquiatra
Dr. Miguel Ángel García Coto, Psiquiatra de niños

Capítulo 55

Abuso sexual: diagnóstico y abordaje

La historia de Marta

Lea cuidadosamente el caso de Marta. Al final de la presentación, se enuncia una pregunta para motivar la reflexión sobre cómo abordar en la consulta un presunto caso de violación. Evalúe las posibles respuestas. Trate de justificar sus opciones a través de la lectura de los capítulos siguientes.

Marta, de 15 años de edad, el *18 de agosto* acude, sola, a la guardia por presunta violación. Refiere que el día anterior fue secuestrada por unas horas y quiere saber si fue violada o no.

La psicóloga de guardia relata que Marta está muy angustiada, pero ubicada en tiempo y espacio. Cuenta que caminando hacia su clase de inglés el día 17, es atacada por dos individuos que la suben a un coche, le acercan algo a la cara que no sabe qué fue y pierde el conocimiento. Cuando se despierta, se encuentra en un terreno baldío y siente dolores generalizados.

La peditra de guardia informa que presenta excoriaciones en ambos miembros superiores e inferiores en zonas distales, tipo raspón de 2cm con imágenes lineales paralelas. En zona genital, se observan dos lesiones que impresionan hematomas de 0,5cm, paralelos, en hora 16, separados entre sí por 1 cm, cubiertas por vello y labios menores; zona congestiva entre labios mayores y menores; congestión de zona clitoridiana, introito de vagina edematoso. No se visualiza el himen por el edema y se observa secreción blanco lechosa que emerge de introito.

Dada la hora, no se pueden efectuar trámites judiciales correspondientes. Se plantea la necesidad de lograr la rápida intervención del médico forense para completar la toma de muestras del presunto semen intravaginal.

Al día siguiente, 19 de agosto, se presenta el caso ante el Comité de Niños en Riesgo del Hospital y se hace la denuncia a la Defensoría.

A las 48 h de su internación es vista por la ginecóloga.

Presenta talla 1,62m; peso 47,8kg; FC 100 x minuto; Tanner IV; pequeñas excoriaciones en antebrazo derecho y muslos derecho e izquierdo. El examen de mamas es normal; en zona genital se observa pequeña área de irritación de mucosa en introito, vecina a horquilla posterior. Zona himeneal sin lesiones actuales, bordes irregulares. Leucorrea fisiológica.

La madre relata historia de violencia familiar. Los padres están separados desde hace 4 años. Marta tiene un hermano de 25 años que amenaza suicidarse y trabaja todo el día; una hermana de 19 años que convive con su novio y estudia secretariado.

La adolescente en los últimos tres meses acompañaba a la madre al trabajo para no quedarse sola. La madre es empleada doméstica con cama.

¿Cómo abordaría y qué estrategia terapéutica aconsejaría en el caso de Marta? Contemple aspectos clínico-ginecológicos, psicosociales individuales y familiares, y aspectos legales.

Marco teórico y Protocolo Abuso Sexual Infantil (A. S. I.) y Violación. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)

La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) agradece la colaboración de la Dra. Analía Tablado por la confección de este material, basado en los protocolos de la Sección de Adolescencia del Hospital B. Rivadavia, del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín y en el Manual de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, capítulo de Maltrato Infantil y Abuso Sexual, Dres. A. Tablado, D. Daldevich, A. Giurgiovich, N. Bosio, P. Paggi, de la Lic. P. Visir y, además, la inestimable ayuda del Dr. Eduardo Rubinstein.

El abuso sexual infantil (A. S. I.) es una forma de abuso físico y psicológico y consiste en la utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales de un adulto. Incluye distintas formas de acercamientos sexuales inadecuados: manoseos, caricias inapropiadas, exhibiciones obscenas, manipulación de los genitales del niño, inducción a que el niño manipule los genitales del agresor, contacto urogenital, sexo oral, corrupción, inducción a la prostitución, participación de niños en videos o fotografías pornográficas.

Abuso sexual no es sinónimo de violación.

El **abuso sexual** es un proceso crónico. Muchas veces, cuando se lo denuncia o relata, ya tiene larga data. El agresor, por lo general, no utiliza la fuerza física ya que en 90% de los casos es un conocido del niño que abusa de su relación de confianza. En el 50 al 75% de los casos, no deja signos físicos e incluye distintos tipos de acercamientos sexuales inadecuados. Siempre involucra un secreto, es un acto de poder sobre otro y puede ser llevado a cabo por un hombre o por una mujer. Puede llegar a la penetración vaginal.

La **violación** es un evento inesperado, en general único, violento e impredecible.

El agresor suele ser un desconocido. Se define como la penetración carnal (vaginal, anal o bucofaringea) por medio de la fuerza o de amenazas sin consentimiento de la otra persona. La violación suele producir lesiones físicas y puede, a veces, poner en peligro la vida del agredido. También se considera violación a la penetración de una persona discapacitada (ya sea por enfermedad o intoxicación) o menor de 12 años, la cual por su condición o grado de madurez no es capaz de dar consentimiento válido para el acto.

Ambas situaciones desestructuran al equipo de salud o al médico que asiste a la víctima. Es fundamental tener claro y protocolizado el manejo médico-legal del caso y abordar en forma interdisciplinaria a la víctima y a su familia.

1. Registrar en forma clara y completa los datos de filiación del niño, del familiar o de la persona que lo acompaña y del o los profesionales intervinientes.
2. Consignar los datos del supuesto agresor, en el caso de que haya algún aporte sobre él por parte del niño o de su acompañante, y la forma por la cual el niño llegó a la consulta.
3. Cuando la derivación haya sido desde una instancia judicial o policial, conservar el oficio donde se solicita la intervención del equipo de salud.
4. Indicar cuál ha sido el motivo por el cual se sospecha A. S. I.:
 - Relato de la niña: situación de abuso/violación de antigua/reciente data.
 - Sospecha de un tercero de situación de A. S. I.
 - Niña con sintomatología no específica y/o indicadores psicológicos de A. S. I.

1. Abordaje de la paciente víctima de abuso sexual y violación

Cada caso de abuso sexual es diferente, también, su abordaje y las estrategias para el diagnóstico y tratamiento.

En general, la mayoría de los niños que revelan A. S. dicen la verdad y es poco probable que inventen detalles concretos.

El número de entrevistas y de entrevistadores deberá ser el mínimo a fin de reducir la tensión de la paciente y, al mismo tiempo, evitar su revictimización. Los entrevistadores deben tener aptitudes y entrenamiento para preguntar.

Lo ideal sería contar con un equipo interdisciplinario integrado por un trabajador social, un profesional de psicopatología y un médico.

Factores para tener presentes en la **entrevista**:

- Es más importante escuchar que hablar.
- Se debe evitar el estilo interrogativo o confrontativo, tratando de tener una actitud receptiva respecto del relato de lo sucedido.
- El impacto personal, que el hecho produce en el profesional que atiende a la niña, no debe influir en las preguntas o en el vínculo con la paciente, evitando comentarios que coarten la libre expresión de la paciente y tratando de no influir en forma inductora o reprobatoria.
- La entrevista debe ser tranquila y sin prisas, tratando de establecer un vínculo de confianza entre la paciente y el profesional.
- Es necesaria la presencia de un adulto de la confianza de la niña en caso de prepúberes (preferentemente la madre), y en el caso de adolescentes, darle a elegir a la paciente si quiere realizar la entrevista sola o con un adulto de su confianza.
- Se debe hacer un registro textual, amplio y minucioso de los dichos de la niña, con su vocabulario y sin interpretaciones, recordando que el primer relato de los hechos es de vital importancia.
- Todos los datos se deben recopilar y registrar en forma detallada, a fin de documentar lo sucedido y obtener la evidencia médico legal adecuada, pero recordar que no es el médico quien debe dictaminar si ocurrió o no el abuso.
- Se debe realizar una evaluación del riesgo para la salud y/o la vida de la paciente y, en el caso de que se sospeche que la niña está en riesgo, decidir su internación como medida de protección.

2. Examen físico

Presentamos algunas orientaciones para la realización del examen físico:

- En un ambiente relajado.
- Con la presencia de la madre o de algún adulto de la confianza de la paciente.
- Tratando de tranquilizar a fin de lograr su cooperación.
- Nunca debe ser realizado «por la fuerza».
- Es conveniente contar con un ayudante para la recolección de las muestras.
- Registrar los datos obtenidos en forma prolija y minuciosa (son evidencias médico-legales).
- De existir signos físicos compatibles con A. S. I., es posible graficarlos en un dibujo de los genitales u obtener un registro fotográfico de los mismos (las lesiones recientes pueden cicatrizar, o desaparecer con el tiempo). El buen registro evita la reexaminación de la niña.
- *La ausencia de signos físicos no invalida el relato de la víctima.*

● En las adolescentes, es más frecuente el episodio agudo, la violación perpetrada por un desconocido. En estas situaciones, las lesiones físicas suelen ser más severas y su registro, tanto de las lesiones genitales como extragenitales, deben ser minuciosas.

El examen físico comprende varios pasos.

2.1. Signos y síntomas emocionales

Descripción del aspecto general y emocional de la paciente.

2.2. Examen físico general

Descripción de lesiones corporales, tales como eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etcétera, en todo el cuerpo del paciente. Revisar al niño en ropa interior, examinando la cara, la cabeza, el cuello, el torso y las extremidades en forma completa y minuciosa y registrar en el protocolo si existen signos físicos.

2.3. Examen ginecológico

Realizarlo en presencia del familiar acompañante o de la persona de confianza de la niña, o en su defecto, en presencia de otro profesional de la salud. Consiste en la visualización del perineo en busca de lesiones traumáticas con la visualización directa o «a ojo desnudo» o con colposcopio, con la paciente en posición ginecológica.

De haber iniciado relaciones sexuales, se completa con especuloscopia.

Se buscarán lesiones traumáticas (hematomas, laceraciones, equimosis, eritema vulvar), condilomas, secreciones vulvares y vaginales, húmedas o secas. Se realizará un examen minucioso de todas las estructuras perineales y del himen, detallando sus características (anular, falciforme o semilunar, velamentoso, etcétera), si hay desgarros, escotaduras, engrosamientos o irregularidades, ubicándolos en sentido horario, y el diámetro de la hendidura himeneal (medida en mm.).

Inspección de la zona perianal con la paciente en posición genupectoral. Valorar el tono del esfínter anal, ver si está dilatado, la presencia de lesiones traumáticas o condilomas perianales, la congestión o infundibilización de la zona perianal. En esta posición, se pueden corroborar, además, las características del himen ya visualizadas en la posición ginecológica.

Al finalizar el examen físico, es importante hablar con la niña o la adolescente y con sus padres, explicando los hallazgos y su significación futura. Cuando existen lesiones, se debe explicar el tratamiento y el seguimiento y, cuando el traumatismo es mínimo, explicar que cicatriza sin secuelas visibles.

2.3.1. Clasificación de los hallazgos anogenitales en niñas con sospecha de A. S. I.

(Tomado de la clasificación realizada por Muram, en 1988, con algunas modificaciones, de acuerdo con la clasificación de Adams, en 1997).

● Categoría o Clase 1: Sin datos de A. S. Examen genital normal. (*Recordar que la ausencia de signos físicos no invalida la posibilidad de A. S. I.*)

● Categoría o Clase 2: Hallazgos inespecíficos de A. S. (Abuso posible). Signos físicos que podrían estar causados por A. S. o por otra causa: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal, presencia de condilomas en niña menor de dos años. En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, congestión venosa, fisuras anales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.

● Categoría o Clase 3: Hallazgos específicos de A. S. (Abuso probable). Presencia de uno o más sig-

nos sugestivos de A. S.: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarramiento de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos como laceraciones o equimosis en la vulva, presencia de gérmenes de transmisión sexual, condilomas en niñas mayores de dos años. En la zona anal: desgarramientos superficiales o profundos, cicatrices o tunelización, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor a 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

● Categoría o Clase 4: Hallazgos de certeza de A. S. (Evidencia definitiva de A. S.). Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo (por coito no consensuado). Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o «hendidura completa». Cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, serología positiva para sífilis o para HIV (descartada la transmisión vertical). Abuso con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el A. S. I. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

2.4 Toma de muestras

Se tomará cultivo del material para su observación en fresco de todas las áreas que han sido agredidas y siempre que el hecho abusivo lo justifique: boca y/o faringe, ano, vagina, uretra, dentro de las 48 h de haber ocurrido el hecho, o en su defecto, si la paciente consulta con sintomatología genitourinaria (disuria, tenesmo vesical, flujo, úlceras, dolor) varias semanas o meses después del hecho.

Objetivo:

- Detectar infecciones.
- Recoger material que pertenezca al agresor (semen o presencia de espermatozoides).

2.4.1. Los cultivos se colocan en medios especiales

Los cultivos se colocan en medios especiales para la detección de *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas*, y *Mycoplasma*.

Neisseria gonorrhoeae: se toma muestra de endocérnix (en las pacientes activas sexualmente), uretra, ano, con hisopos uretrales pretratados y transportados en medio de Stuart.

Chlamydias: Se toma de uretra, endocérnix, vagina y orina, con hisopos uretrales pretratados.

Treponema pallidum: Se toman muestras de uretra, vagina, ano y/o úlceras: examen con el microscopio de fondo oscuro en el material obtenido de las úlceras y en sangre: las pruebas de FTA-abs, HTP y VDRL.

Trichomonas: Se toma hisopado de uretra, vagina y ano. Se conserva en medio de Stuart.

HPV y HSV: se realiza un seguimiento evolutivo. Si hay lesiones pueden biopsiarse.

2.4.2. Búsqueda de espermatozoides

Búsqueda de espermatozoides en las muestras de orina, de flujo vaginal o en el examen en fresco del flujo.

2.4.3. Test de HIV por ELISA

Test de HIV por ELISA con consentimiento informado de la adolescente y con autorización del adulto responsable o autoridad competente, si correspondiera. La carga viral solo se solicita en las pacientes HIV positivas, al igual que el recuento de CD4.

2.4.4. Detección de hepatitis B

En sangre, se buscan antígenos de superficie (Ag HBs), y en pacientes vacunadas, se les solicita el antígeno anticore.

2.4.5. Hepatitis C y D

Se solicita IgM e IgG.

2.4.6. Subunidad b HCG

En las pacientes pre- o posmenárquicas (para descartar embarazo anterior al momento de la agresión y, de esta forma, realizar una correcta elección del tratamiento para implementar).

2.4.7. Laboratorio de rutina

Hemograma, hepatograma (en caso de dar antiretrovirales), cultivo de orina (para búsqueda de gérmenes y/o espermatozoides).

«Seguimiento serológico y detección secundaria de infecciones»

Agente infeccioso	Primera detección Momento de la 1ª consulta	Repetir
Virus del HIV	X	6 semanas, 3 y 6 meses*
Virus de Hepatitis B, C	X	3 y 6 meses
Virus de herpes y HPV	Si hay lesiones	3 meses**
Grupo Gamm	X	3 meses
Gonococo	X	1 mes
Mycoplasma	X	3 meses
Ureoplasma	X	3 meses

Nota: Grupo Gamm: Gardenella, Anaerobios, mycoplasma y mobilincus.

*Recomendar desde el primer test de HIV, en toda paciente sexualmente activa, la utilización de preservativo para poder definir si el contacto en el momento del abuso y la violación fue el infectante.

**Antes de los tres meses y si hubiera síntoma.

Es importante recordar que, además de coleccionar material para estudiar agentes infecciosos, debemos recolectar y examinar toda secreción que se pueda observar en las zonas agredidas.

El material aspirado con pipeta debe ser colocado en frascos debidamente tratados con anti ADNasa y pueden ser congelados a temperaturas entre -20 y -70 °C, en esta forma se los puede conservar por años, bien rotulados. La conservación de estas muestras es importante para estudiar, si fuera necesario, el ADN con el fin de identificar al agresor o para determinar paternidad con la muestra de semen. También, puede tomarse la muestra con hisopo estéril seco o humedecido con solución fisiológica, secado por aire frío y colocado en tubo estéril, rotulado, conservándose luego a temperaturas entre -20 y -70 °C.

Parte de este material aspirado puede ser observado en forma directa buscando espermatozoides. El semen que se encuentre, tanto en vagina como en región genital o paragenital, se puede visualizar con la luz de Wood.

A las secreciones obtenidas de la región vaginal o anal, se les puede realizar la detección del Ag P30, presente en las secreciones prostáticas, pudiéndose realizar este estudio hasta 48 h después de ocurrido el hecho. La fosfatasa ácida es otra prueba para determinar presencia de semen en el material y tiene 50% de positividad dentro de las primeras 12 horas de ocurrido el hecho.

El tipo de toma a realizar y quien la realizará (médico forense, médico que recibe la/el paciente), se fijará de acuerdo con las normas vigentes a cada jurisdicción.

La ropa que se conservará, es aquella que pueda haber estado en contacto con posibles fluidos. Debe conservarse en una bolsa de papel para que la humedad no la perjudique.

3. Tratamiento

El tratamiento se realizará, únicamente, en las situaciones en que el caso lo justifique, es decir, ante una violación o cuando haya sospecha o posibilidad de contacto de riesgo con las secreciones del agresor.

3.1. Tratamiento de lesiones corporales y/o genitales

3.2. Vacuna antitetánica y plan antibiótico

3.3. Antibioticoterapia preventiva para ITS en adolescentes

- <i>Sífilis</i>	Penicilina Benzatínica 2.400.000 U o 50.000 U/kg en dosis única o Ceftriaxone 250mg.
- <i>Gono/Clamidia</i>	Azitromicina 1gr (comp. 500mg) o 20mg/kg, dosis única.
o	
- <i>Gonococo</i>	Ciprofloxacina 500mg o Cefixima 400mg o 8mg/kg, dosis única.
+	
- <i>Clamydias</i>	Doxicilina 100mg o 2mg/kg, cada 12hs. por 7 días.
- <i>Trichomonas</i>	Metronidazol 2gr (comp. 500mg) o 30mg/kg, dosis única.

3.4 Tratamiento preventivo de HIV en adolescentes

Tratamiento preventivo de HIV en adolescentes (ideal antes de las 2hs., pudiéndose extenderse hasta las 72hs.). Se realiza solo cuando el riesgo del contacto lo justifica.

Si sexo oral u otros riesgos menores:

Régimen Básico

Zidovurina (AZT) y Lamivudina (3TC): Antiretrovirales Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI).

AZT 300mg + 3TC 150mg 1 cada 12hs. durante cuatro semanas.

*Kess Complex ó *3TC Complex o *Ultraviral Duo.

En niños:

AZT 180 mg/m² cada 12hs.

3TC Lamivudina: 4mg/kg/dosis cada 12hs.

30 días.

Si sexo vaginal o anal receptivo:

Régimen ampliado:

Régimen Básico e Inhibidores de Proteasa (IP) o No Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INNTR):

● Inhibidores de Proteasa (IP).

Lopinavir 800mg/día + ritonavir 200mg/día. Presentación *Kaletra comp. 200/100 mg. Indicar 2 comp. cada 12hs.

● Inhibidores No Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INNTR):

Ante intolerancia a IP o en embarazadas, Efavirentz (EFV).

EFV 200mg y 600mg: 600mg en una sola toma por la noche, antes de acostarse.

Dosis pediátricas, según peso:

kg	mg
10-15	200
15-20	250
20-25	300
25-32,5	400

3.5. Tratamiento preventivo de hepatitis B

Gamaglobulina hiperinmune 0,06ml/kg (frasco ampolla de 3 y 5ml) y con tres dosis de vacuna (la 2.^a dosis a los 30 días y la 3.^a a los seis meses) y un refuerzo al año. En el caso que la paciente haya sido inmunizada previamente contra la hepatitis B, se deben solicitar anticuerpos contra el antígeno de superficie.

3.6. Prevención de embarazo

Prevención de embarazo con anticoncepción de emergencia dentro de las 72 hs. (algunos recomiendan hasta 5 días después) de ocurrida la agresión, con 1,50 mg de Levonorgestrel, repartido en dos dosis (Norgestrel Max®, Segurité®) o en dosis única.

- Devolución a la niña y a su familia de la significación de los hallazgos y su implicancia futura.
- Apoyo psicológico de la víctima y su familia.
- Manejo interdisciplinario del caso.
- En el caso de tener que comunicar a la justicia, elaborar el informe correspondiente, firmado por el profesional actuante y por el responsable del área (o por el director de la institución) y enviar en sobre cerrado. (No entregar en mano a la paciente ni al familiar).

4. PROTOCOLO DE A. S. I. (Abuso Sexual Infanto Juvenil)

FECHA _____ HORA _____	
NOMBRE Y APELLIDO _____	Edad _____
Domicilio _____	Tel. _____
Escolaridad _____	
Grupo Familiar conviviente _____	
NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE _____	
Edad _____	Vínculo _____ Doc. Ident. _____
Domicilio _____	Tel. _____
PROFESIONAL INTERVINIENTE _____	
Título _____	Nº de Matrícula _____
RELATO DEL ACOMPAÑANTE _____	

RELATO DE LA NIÑA _____	

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR _____	
Edad _____	Vínculo con la niña _____ ¿Convive? _____
FORMA DE LLEGADA A LA CONSULTA:	
Demanda espontánea de la familia _____	
Justicia: Tribunal _____	Causa Nº _____
Derivación de la Escuela _____	Otro profesional _____
Otras _____	
MOTIVO DE LA SOSPECHA DE A.S.I.:	
Relato de la niña de situación de abuso/ violación de antigua/ reciente data _____	
Sospecha de un tercero de situación de A.S.I. _____	
Niña con sintomatología no específica y/o indic. psicológicos de A.S.I. _____	
TIEMPO TRANSCURRIDO del último episodio _____	
¿Fue un episodio único? _____ ¿o reiterado? _____	
¿Desde cuándo ocurren situaciones de A.S.I.? _____	
EN CASO DE EPISODIO RECIENTE: ¿Se conservan ropa interior u otros elementos de prueba? _____	
¿Cuáles? _____ (Conservarlos en bolsas de papel rotuladas)	

ANTECEDENTES:
Clínicos _____
Quirúrgicos _____ Ginecológicos: Menarca _____ RM _____
FUM _____ IRS _____ MAC _____ Otros _____

SIGNO Y SINTOMAS EMOCIONALES (¿Cómo se presenta la niña?) _____

EXAMEN FISICO GENERAL (En presencia de familiar o de otro profesional)
Descripción de lesiones corporales (eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, marcas de dientes, quemaduras fracturas, etc.) _____

EXAMEN GINECOLOGICO (En presencia de familiar o de otro profesional)
Realizado: con visualización directa / con colposcopio (Consiguar con precisión la presencia de lesiones y de ser posible dibujar en un gráfico u obtener imágenes fotográficas)

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIPCION
PERINE	_____	_____	_____
LABIOS MAYORES	_____	_____	_____
LABIOS MENORES	_____	_____	_____
CLITORIS	_____	_____	_____
URETRA	_____	_____	_____
HIMEN	_____	_____	_____
Características del himen _____			
Diámetro del orificio himeneal _____			
HORQUILLA	_____	_____	_____
VAGINA	_____	_____	_____
Secreción vaginal _____			
ZONA PERIANAL	_____	_____	_____
ESFINTER ANAL	_____	_____	_____
Presencia de materia fecal en recto _____			
Otras lesiones _____			

TOMA DE MUESTRAS
(Sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con secreciones del agresor)

SANGRE
Solicitar:
* Serología para H.I.V.(ELISA), sífilis (VDRL o FTA-abs), Hepatitis B (AG HBs o Ag anticore en niñas vacunadas), hepatitis C y D (Ig M e Ig G)
* Hemograma y hepatograma (en caso de tener que indicar trat. antiretroviral)
* Cultivo de orina
* Subunidad β HCG en niñas postmenárgicas

FLUJO VAGINAL
1.- Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto
2.- Hisopado uretral pretratado, en medio de Stuart, para cultivo de flujo vaginal
3.- Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para *Chlamydia*
4.- Hisopado vaginal con hisopo estéril, secado del mismo, colocación en frasco estéril rotulado y conservación entre -20 y -70° C para búsqueda de espermatozoides y det. de A.D.N.
5.- Hisopado endocervical en pacientes con actividad sexual para búsqueda de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia*

MUESTRAS DE SECRECIONES ANALES
URETRALES
DE CAVIDAD ORAL
(Realizarlas ante la posibilidad o sospecha de contacto de esas zonas con secreciones del agresor)

MUESTRAS DE MANCHAS ORGANICAS
Recolección de superficies manchadas por raspado o hisopado con hisopo estéril embebido en sol. fisiológica, secado y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70° C)

RESULTADO DE LAS MUESTRAS _____

CATEGORIZACION DE LOS HALLAZGOS

- * Clase 1: Examen normal. Sin signos físicos de A.S.
- * Clase 2: Hallazgos inespecíficos de A.S. (abuso posible o baja sospecha)
- * Clase 3: Hallazgos específicos de A.S. (abuso probable o alta sospecha)
- * Clase 4: Hallazgos de certeza de A.S. (evidencias definitivas de A.S.)

TRATAMIENTO

(Se realizará únicamente en las situaciones que el caso lo justifique: violación o sospecha de contacto de riesgo con las secreciones del agresor)

Tratamiento de las lesiones corporales y/o genitales

Vacuna antitetánica y plan antibiótico

Antibioticoterapia preventiva para E.T.S.

Tratamiento preventivo para H.I.V. (ideal antes de las 4 hs. y eventual hasta las 72 hs. y sólo cuando el riesgo lo justifique)

Tratamiento preventivo de hepatitis B (antes de los 15 días)

Prevención del embarazo con anticoncepción de emergencia (antes de las 72 hs.)

Devolución a la niña y/o a su familia la significación de los hallazgos y su implicancia futura

Apoyo psicológico de la niña y de su familia

Manejo interdisciplinario del caso

TRATAMIENTO INDICADO _____

SEGUIMIENTO _____

VER: FICHA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS/OS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE ABUSO SEXUAL INFANTIL (A. S. I.) y/o VIOLACIÓN, publicada en la página de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. <http://www.sagij.org.ar/newsite/doc/protocolo.doc>

Links de interés:

Cuerpo Médico Forense. Corte Suprema de Justicia de la Nación.
ABUSO SEXUAL INFANTIL. *Reconocimiento y denuncia*. Por: Jorge Pantin.
Cuadernos de Medicina Forense. Año 2, N.º 1, pp. 13-18. Mayo 2003.
http://www.csjn.gov.ar/cmef/cuadernos/1_2_59.html

<http://www.csjn.gov.ar/cmfcuadernos.htm>

Maglio, F. M. *Abuso sexual de menores: Una realidad que no debe ser obviada.*

FMM Educación, 2010. <http://www.fmmeduccion.com.ar/Recursos/abusosexual.htm>

Maglio, I. *El derecho de los menores a participar del proceso de Consentimiento Informado.* Infosida 2001. Correo de la SAP. Sociedad Argentina de Pediatría.

http://www.sap.org.ar/staticfiles/publicaciones/correo/cor2_02/999.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. *Anticoncepción de emergencia. La píldora del día después.* Temas recientes: Comunidad. <http://www.sap.org.ar/docs/acoe.pdf>

PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE JUJUY.

Autoras: Dra. Gladys Maurín. Perito Bioquímica inscripta en el Poder Judicial.

Dra. Dora Silva. Psiquiatra Forense del Juzgado de Menores N.º 1.

<http://www.justiciajuju.gov.ar/p35.htm> Leído el 13 de febrero de 2008.

De este artículo queremos rescatar lo siguiente:

«¿POR QUÉ el abuso sexual es uno de los PROBLEMAS de mayor importancia en nuestra sociedad actual?

Por la *frecuencia* con que se instruyen, actualmente, expedientes policiales y judiciales de abuso sexual, esto condicionado, a su vez, por dos factores: su aumento real y, por otro lado, la toma de conciencia de la víctima o de sus familiares, que en gran parte perdieron el miedo y la vergüenza que era, en muchos casos, la causa de ausencia de denuncia.

Por las *graves consecuencias físicas* (esterilidad, muerte) y *psíquicas en las víctimas* (mata su infancia para siempre).

Porque la atención de las víctimas tiene lugar en su mayoría en Servicios o Instituciones: Puestos de Salud, Hospitales donde no se dispone de personal preparado para el *diagnóstico y toma de indicios biológicos iniciales importantes para la prueba pericial*».

«Entre VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL INFANTIL, existen diferencias que es necesario resaltar: éste último es progresivo, crónico, mayoritariamente intrafamiliar, se desarrolla a lo largo de una serie de episodios con una escala gradual de severidad, de la cual la penetración es la última etapa. En el ABUSO SEXUAL, menos del 50% de los niños víctima tiene signos físicos positivos: NO vamos a encontrar semen; es fundamental el RELATO DEL NIÑO o del familiar no abusivo. En general, no contamos con padres preparados y con deseos de colaborar, sino todo lo contrario, lo que prevalece es el SECRETO para que el hecho no sea revelado. Las madres no suelen creer lo que sus hijos cuentan, atribuyéndolo a “fantasías” o “mentiras”. Otras creen, pero no asumen la posición de defensa del menor, sumado al miedo de éste por las consecuencias de su revelación.

El ABUSO SEXUAL no está reconocido por los chicos como tal y, allí, comienza la difícil tarea de lograr que tomen conciencia y que puedan relatarlo, venciendo el miedo, la culpa y la vergüenza.

En los casos de VIOLACIÓN (abuso con penetración), lo primordial es detectar la presencia de LESIONES genitales y extragenitales, como así también, presencia de SEMEN como evidencia positiva de que ocurrió el hecho, además de ser un material de excelencia para obtener cantidades importantes de ADN y, así, lograr la IDENTIFICACIÓN del agresor. Es importante, además, el Estudio de ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, identificando el Agente Infeccioso o las secuelas que éste ha dejado al tener contacto con...».

«Oficializar el funcionamiento del Laboratorio de Investigación Forense...

ACTIVIDADES:

1. *Promover la Normatización de la investigación forense sobre evidencias e indicios hallados no solo en la víctima del abuso sexual, sino también en el lugar de los hechos.*

- Coordinar la METODOLOGÍA con el Laboratorio de la Policía y Laboratorios Hospitalarios dependientes del Ministerio de Bienestar Social a través de la Dirección Provincial de Bioquímica y Consejos de Bioquímicos de nuestra provincia.
- Proveer de PROTOCOLOS para la manipulación, transporte y conservación de EVIDENCIAS para estudios de ADN. (Víctima viva y muerta).
- Planificar la cadena de custodia.

2. *El Laboratorio de Investigación Forense (L. I. F.) determinará presencia de SEMEN en los casos de abuso sexual infantil que el juez crea conveniente, especialmente, si el posible agresor es miembro de Instituciones que realizan estos estudios: policía, hospitales, etcétera, realizando:*

- Investigación de espermatozoides.
- Determinación cualitativa y cuantitativa de Fosfatasa Ácida.
- Toma y Conservación de Indicios Biológicos para estudios de ADN y Enfermedades de Transmisión Sexual hasta su posterior derivación al Laboratorio que disponga y, hasta tanto, se pueda procesar en laboratorio propio.

La obtención de Evidencias e Indicios Biológicos constituye el punto crítico para la resolución de una causa judicial.

Por lo tanto, es imprescindible rescatar en condiciones adecuadas las muestras para ser analizadas y conservarlas en forma apropiada, para evitar la pérdida de información por descomposición o contaminación que puedan enmascarar los datos de valor en la investigación.

La certificación de la AUTENTICIDAD de las muestras por analizar, resulta esencial para asegurar su valor probatorio, para lo cual, garantizar la inviolabilidad de las muestras es imprescindible».

▲ Capítulo 56

Clínica del abuso sexual en la infancia y en la adolescencia

Lic. Susana Toporosi

El abuso sexual se inscribe en una larga serie de abusos de poder del adulto sobre el niño, en una sociedad en la cual las enormes desigualdades sociales constituyen un modelo del abuso de poder de unos sujetos sobre otros.

Existen mitos que expresan ideas del imaginario social con respecto a los hechos de violencia ejercidos contra mujeres. Este imaginario social actúa sobre el imaginario personal a través de creencias que se reproducen con una gran eficacia simbólica. Es así como se naturalizan y perpetúan hechos de violencia, considerándolos normales, y se montan mecanismos de silenciamiento y de negación. El silencio es ejercido, tanto por la sociedad como por las mismas víctimas. El hecho violento en sí, del abuso sexual, deja marcas físicas y un profundo dolor psíquico, es decir, tiene un efecto arrasador sobre la subjetividad.

1. ¿Qué es el abuso sexual?

¿Cuál es la diferencia entre abuso y juegos sexuales?

Abuso sexual es una categoría que proviene del ámbito jurídico, aunque la complejidad de la problemática hace que se entrecrucen sobre ella múltiples discursos.

El abuso sexual es la convocatoria de un adulto a un niño o adolescente a participar en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución, y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto. El adulto, o sea el agresor, usa al niño o al adolescente para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona.

Las actividades sexuales pueden consistir en cualquier tipo de relación orogenital, genital o anal con el niño, o un abuso, sin contacto, como el del exhibicionismo, voyeurismo o la utilización del niño en la pornografía, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes para la prostitución; e incluye una amplia gama que oscila entre la violación forzada hasta la sutil seducción. Para poner un parámetro desde el punto de vista de las edades, se considera víctima a un niño o a un adolescente hasta los 18 años, y agresor, a aquella persona que aún teniendo menos de 18 años, tiene 5 años más que la víctima.

La experiencia clínica nos muestra que el abuso sexual en la infancia y adolescencia tiene siempre efectos traumáticos, que se traduce, a veces, en multiplicidad de síntomas y, a veces, en un encapsulamiento, quedando la vivencia traumática aislada del resto de la estructura psíquica, con una eficacia que permanece aún mucho tiempo después del acontecimiento. Esto se ve muy claro en mujeres adultas que nunca hablaron del abuso que sufrieron en la infancia; y para mantener en silencio frente a sí mismas, ese acontecimiento infantil como si nunca hubiera sucedido, desmienten, no registran el abuso que sufren sus hijas y no pueden, entonces, protegerlas.

Desde el psicoanálisis, la condición para un abuso es que haya sometimiento de un sujeto a

otro, y esto puede ocurrir aún entre niños de edad similar. Esto marcaría la diferencia entre abuso sexual y juegos sexuales. Para que haya juego, debe existir el consentimiento de ambos sujetos. Cuando la diferencia de edad es de varios años, no podemos hablar de juego, ya que el niño puede asentir, pero desde un lugar de sometimiento. Para hablar de *juegos sexuales*, ambos niños deben estar de acuerdo en el juego. Los juegos sexuales se dan esporádicamente y, habitualmente, ambos niños sienten culpa por su juego que responde al deseo de exploración del propio cuerpo y del cuerpo del otro en busca de placer y por curiosidad experiencial. En el abuso, en cambio, la satisfacción está en tener el poder de ejercer el dominio y el sometimiento del otro.

Recibimos numerosas consultas acerca de niños o adolescentes que tuvieron un episodio sexual, con intentos de penetración por parte de un niño o adolescente mayor.

Generalmente, sucede que esto es detectado por la familia del menor de los dos, que presiona con la denuncia y surge, recién entonces, la consulta por el lado de quien ejerció una función más activa. En estos casos, es muy importante realizar una evaluación diagnóstica de ambos. En el caso de quien ejerció la violencia, para entender qué lo llevó a realizar esta acción y no pudo frenarla y qué lo llevó a hacerle a otros aquello que no le gusta que le hagan; y en el caso de quien fue víctima de esa violencia, para entender qué lo llevó a dejarse violentar sin defenderse, previniendo en ambos casos la repetición en el terreno sexual u otros. Se trata de dos menores en riesgo.

2. ¿Qué debería garantizar una familia sostenida, a su vez, por el Estado?

La familia debería garantizar, además de los cuidados materiales y afectivos, la *no confusión entre sexos y generaciones*. Son los anclajes imprescindibles para su inserción simbólica en la cultura.

Nos centraremos en la desmentida de la diferencia de generaciones, que lleva a que se produzcan relaciones sexuales entre padres e hijos. Aquí, tenemos que diferenciar *abuso e incesto*, éste último, cuando se da por parte del padre de la niña o del adolescente.

Eva Giberti define al incesto paterno-filial como un delito con entidad propia, que se caracteriza porque el padre que viola a su hija instala un vínculo sexual con ella que persiste en el tiempo. E. Giberti sostiene que, si en el abuso se produce una desinvestidura del Yo de la niña o del adolescente, en el incesto deviene desobjetivación, algo así como «dar de baja al Yo», producido por el daño psíquico a la niña lo que constituye una modalidad de maltrato más grave.

Es frecuente escuchar de padres abusadores decir: «mis hijas me pertenecen, y yo hago con ellas lo que quiero». Lo que lleva al abuso es la idea de que los hijos son un objeto de propiedad del padre para su uso, y no sujetos con derechos. En este sentido, durante muchos años la legislación consideró *privados* los episodios que ocurren dentro de una familia, incluido el abuso sexual infantil. Esto brindó un marco de complicidad para que estos delitos se perpetuaran. Las leyes vigentes hoy consideran todo abuso sexual o maltrato un asunto *público* en el que el Estado debe intervenir para frenarlo.

3. ¿Por qué cuando hay abuso no hay amor?

Muchas veces podemos escuchar que los padres abusadores dicen a sus hijas que lo que ellos les hacen es una manifestación del amor entre padre e hija. Los testimonios de niñas abusadas hacen pensar que esto no es visto así por las niñas, quienes, generalmente, sienten un enorme rechazo por esta intromisión en su cuerpo y en su cabeza. Esta involucración del propio cuerpo es diferenciado del amor por parte de la niña.

Una niña de 12 años abusada por su padre decía, llorando, que había mirado una foto familiar de cuando era chica, y que lo que más le dolía era pensar que ya no tendría más una familia, porque nunca más tendría un padre. La sensación de extrañeza frente a alguien muy familiar, que, de repente, se transforma en otro sujeto, puede generar el efecto de lo siniestro.

La ternura, forma que toma el amor por los hijos, posibilita otras formas de contacto que no son el ejercicio directo de la sexualidad ni el goce con el cuerpo del hijo. El goce con el cuerpo de los niños, ya sea en la violencia como en el abuso sexual, constituye una forma del ejercicio del *sadismo*, que es el apoderarse del niño para su propia descarga y placer, sin interesarse por él como sujeto, sino tomándolo como objeto de su propia satisfacción.

Por eso, los padres que no pueden rehusarse a ese ejercicio directo de la sexualidad no aman a sus hijos de ese modo, sino que gozan con su sufrimiento. *Está totalmente ausente la ternura*. Por lo cual, también, dentro del psiquismo infantil o adolescente, esto es vivido como traumático, por más que el niño haya registrado excitación y placer en su cuerpo en alguno de los episodios del abuso.

4. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que un abuso se produzca?

La asimetría niño-adulto es el fundamento de la vulnerabilidad de niños y adolescentes. La excesiva importancia de respetar a alguien por el solo hecho de ser adulto puede hacer vulnerables a niños que intentan ser obedientes.

El abuso sexual sucede, siempre, en una relación excluyente de dos, el niño y el abusador; en secreto, sin testigos, y es ese secreto el que condiciona a que continúe. Solemos escuchar frases, tales como: «Me dijo que si se lo contaba a mi mamá la iba a hacer sufrir», «Es un hermoso secreto entre nosotros dos», «Es una verdadera demostración del amor entre padre e hija; si se lo contás a mamá se va a poner celosa», que son la evidencia de que el mantenerlo en secreto es la condición para que se perpetúe. Pero el mantenimiento del secreto por parte del niño o adolescente suele ser el efecto de:

- Una sensación de que no hay en quien confiar para que pueda escuchar y contener.
- La sensación de que no hay un adulto que pueda registrar, espontáneamente, los cambios que se producen en el niño ante semejante situación en su vida. El contacto con pacientes abusadas muestra que, siempre, hay trastornos significativos y visibles.
- Es habitual el temor a que no le crean. Esto, muchas veces, proviene de la propia disociación y desmentida con la cual el psiquismo del niño se ha defendido para poder sostener durante tanto tiempo semejante peso. La propia experiencia que las adolescentes relatan es que sintieron, al principio, que no podían creer que su papá estuviera haciendo tal cosa y que sobrevénia la confusión para no tener que reconocer lo sucedido.
- Cuando hay algún adulto con capacidad de conexión afectiva con el niño, el abuso, generalmente, se interrumpe por el registro de ese adulto o porque el niño se anima a contarlo. Los abusos que se perpetúan en el tiempo conllevan la falla ambiental de, por lo menos, dos adultos: el abusador y el que no registra.

Por eso, en la cuestión de que el niño pueda contarle a un tercero confiable y que éste sea capaz de escucharlo y hacer algo para protegerlo, se juega el destino principal y la posibilidad de que el abuso cese con las menores consecuencias traumáticas para ese niño. La cuestión de que el niño se sienta escuchado pasa, entonces, a primer plano.

5. ¿Cuáles podrían ser las razones por las cuales una madre no registre que su hijo o hija está sufriendo un abuso?

Las razones por las cuales una madre podría permitir que el abuso suceda reiteradamente son diversas. Hay *madres perversas* que gozan con estas situaciones, repudian a la hija y compiten con ella, y las someten a reiterados abusos, repitiendo parejas con hombres abusadores, por ejemplo.

También es posible ver *madres deprimidas o muy narcisistas*, que solo miran hacia ellas mismas y no registran nada de lo que ocurre alrededor.

Hay madres muy infantiles e *indiscriminadas*, que no se diferencian, para nada, de sus hijas;

suelen dormir todos juntos en la cama y sostienen que el padre puede equivocarse y tocar a la hija creyendo que es la madre.

También, hay *madres que han sufrido ellas mismas el abuso* por parte de un adulto en su propia infancia, nunca lo han hablado con nadie, y para mantener silenciados frente a sí mismas esos recuerdos reniegan, se arman de una especie de antifaz que no les permite ver, en ese punto, lo que está pasando con su hija para no tener que recordar lo propio. Tal vez son madres que en otros sufrimientos de sus hijos tienen más registro, pero no ven esta problemática.

6. ¿Cómo puede notarse que un niño está sufriendo una situación de abuso? ¿Qué valor tiene su palabra?

Un niño o adolescente que ha empezado a vivir una situación de abuso, siempre manifiesta algún cambio. Lo que puede aparecer, más habitualmente, son cambios bruscos en la conducta: retraimiento, llanto reiterado, cambios en el rendimiento escolar, en el sueño, pesadillas, hiperactividad que tiene que ver con un exceso de excitación imposible de metabolizar, aparecen preguntas o preocupaciones que antes no estaban. Cuanto más pequeño es el niño, más evidente es la situación, porque hay un aparato psíquico con menos capacidad de deformación de lo percibido. Esto aparece muy directamente en el juego, cuando el juego se interrumpe y lo que sigue es la repetición de algo que resultó traumático para ese niño o niña.

Una niña de 4 años, en una hora de juego psicodiagnóstica, sin sospecha de abuso por parte de la madre, le pidió a la terapeuta que ahora cerrara los ojos. La terapeuta espío y vio cómo le sacaba la ropa al muñeco y le chupaba los genitales. Luego, le puso la ropa al muñeco y dijo: ya está, ya podés abrir los ojos. Es evidente que no estamos frente a un juego, sino que estamos frente a un traumatismo grave que busca un modo de ligazón y elaboración y que se manifiesta bajo la forma de una compulsión. No logra ninguna transformación de lo vivido, por eso no hay juego. Allí, pudo detectarse una situación de abuso sexual, a pesar de que consultaban por otro motivo.

Hay por lo menos dos razones fundamentales para prestar atención cuando un niño dice que sufrió un abuso: por el riesgo al que estaría expuesto si fuera cierto; y porque los niños que no ven el ejercicio directo de la sexualidad, no pueden relatarlo, ni jugarlo, ni imaginarlo. Por lo tanto, o lo vieron o lo vivieron como protagonistas. Las experiencias de los analistas de niños nos muestran que el efecto de la sexualidad vista por televisión, aunque provoca un exceso de excitación, de ningún modo alcanza para producir los efectos traumáticos que genera la visión directa, intrafamiliar, de la sexualidad. La exhibición de la sexualidad de los adultos a los niños produce terror. Por supuesto, combinado con el deseo de ver. Porque, aquí, lo interesante es que la excitación que producen en el niño los cuerpos genitalizados de los adultos transforman al niño, no solamente en una víctima, sino también en un sujeto en el cual se produce precozmente una genitalización. Por un lado, queda capturado compulsivamente, y por otra parte, no puede tolerar la excitación que le produce. No tolera la excitación que le produce algo que no tiene resolución a nivel somático. El gran problema de la excitación de infancia es que no tiene buena resolución somática. La masturbación infantil no tiene posibilidad de resolución salvo en situaciones muy acotadas. Con lo cual, la sobreexcitación infantil es mayormente del orden del displacer.

Una adolescente recordaba que su padre le compraba a los siete años revistas pornográficas y se las daba para mirar diciéndole que no le contara nada a su madre. Allí, lo traumático era que el padre la invitaba a excitarse frente a su mirada para su propia satisfacción, y no solo la visión de las imágenes de la revista.

Una niña humilde, de seis años, era llevada a su casa por una pareja de vecinos sin hijos, y era expuesta a mirar relaciones sexuales de la pareja y videos, formas también de abuso. Al contárselo a la madre, ésta desestimó el relato ya que consideró que una pareja de profesionales no podía hacer semejante cosa y el abuso continuó.

Una clave para la veracidad del relato de un niño o adolescente está en la concordancia afectiva entre lo que dice y el modo en que lo dice. Las contradicciones lógicas del relato no tienen tanto valor. La negación de lo relatado por parte del niño o adolescente, posterior a haberlo contado, que resulta de lo más frecuente, no hace más que confirmar el hecho de que el niño quisiera que no hubiera ocurrido, pero que, por la negación, está relatando.

Las preguntas a un niño o adolescente nunca deben culpabilizarlo. El adulto que pregunta deberá preocuparse por cómo recibe el niño las preguntas más que por lo que él quiere averiguar.

En los casos en que hay intervención judicial, un problema con los niños es exponerlos a reiterados interrogatorios. Convendría filmar o grabar una entrevista y guardar el testimonio.

Los psicoanalistas de niños tienen la posibilidad de realizar un diagnóstico con alto grado de confiabilidad acerca de si un niño o adolescente fue abusado. Hay algunas situaciones de sospecha que no se confirman, y por eso hay que tomarse el tiempo suficiente para un buen diagnóstico y no obrar apresuradamente.

7. ¿Qué sentimientos abundan en las personas traumatizadas por un abuso sexual?

Velásquez (2003) señala que en el trabajo clínico con personas abusadas se observan los siguientes sentimientos:

- Sentimiento de desamparo.
- La sensación de estar en peligro permanente; resulta muy difícil integrar a la vida un hecho para el cual no estaba preparada y que supera la capacidad de tolerancia.
- Sentirse diferente de los demás: las niñas y mujeres abusadas suelen creer que son las únicas víctimas, lo cual lleva al aislamiento y a la desesperanza.

8. ¿Qué valor simbólico tiene la denuncia?

La denuncia, primer pasaje de lo privado a lo público, implica el primer acto de resistencia frente al abusador. De la recepción que tenga la denuncia, del lugar y la ayuda que se le brinde a la niña, dependerá mucho el tipo de inscripción que quede en el psiquismo. Si es reconocido como un delito en el discurso social, si el abusador es castigado por la ley, el procesamiento en el psiquismo de la víctima tendrá mejores posibilidades.

No alcanza con el trabajo psicoterapéutico. El marco social de impunidad para los delitos de abuso entorpece el proceso individual de elaboración psíquica de cada adolescente abusada. En este momento, en la Argentina, de acuerdo con recientes estadísticas, solo en un 10% de los casos el abusador es condenado por la justicia y castigado. Existen abogados que defienden a los abusadores persiguiendo a los psicólogos que declaran y amenazándolos con juicios, por lo cual, muchos profesionales especialistas en el tema se retiran de la tarea de trabajar con casos de abuso sexual.

9. ¿El que abusa fue siempre abusado?

No siempre. En los asesinos seriales, por ejemplo, se sabe que no siempre hubo un hombre que los maltrató, sino en cambio, a veces, una mujer que los controlaba excesivamente. Hay violadores que no fueron violados, pero tienen una gran angustia de pasivización homosexual, o de castración y, en la violación, intentan una restitución de la masculinidad.

Alguien puede ser también un violador porque tiene una patología de la incontinencia psíquica: ante el estímulo excitante de la adolescencia, busca un agujero en el cual evacuar, y lo encuentra en una mujer que se le cruza, sin que necesariamente haya sido violado. Esto ocurre en patologías en las que no está instalada la alteridad con reconocimiento del otro como un sujeto.

En el caso de los abusadores, hay muchos de ellos que fueron abusados en la infancia por parte de otro adulto, pero no siempre es así. Suele verse sujetos muy infantiles, indiscriminados con sus hijos y con una gran confusión en el terreno de las diferencias de lugares y funciones simbólicas en la familia. Un padre abusador al que entrevistamos planteaba, que si no le creíamos lo que nos contaba, le podíamos preguntar a la abuela, ya que él todo lo importante que pasaba se lo transmitía a la abuela. En esa familia, los padres y la hija adolescente compartían la cama desde que la niña había nacido.

10. ¿A qué se llama crisis de divulgación?

Es el momento en que la niña se anima a contarle a la madre o a algún otro adulto, o a una amiga, lo que le está sucediendo, lo cual lleva, a veces, mucho tiempo.

Una niña de doce años, abusada desde un año atrás por el padre, se lo contó a una amiga del colegio pidiendo que ésta guardara el secreto. La amiguita lo guardó unos meses, pero ante la insistencia de los relatos le dijo: «Si no se lo contás a una psicóloga o a tu mamá, yo se lo cuento a la mía porque no aguanto más». Así fue, la amiguita le contó a su madre y, enseguida, la madre se acercó a la madre de la niña abusada y, así, se enteró, trayéndola al día siguiente al hospital.

Habitualmente, hay una amenaza del padre o un temor de la niña a que no le crean. En este caso en que ella no se animaba a contarle, efectivamente, la madre y la hermana pensaron que ella inventaba esta historia para no dar los exámenes, ya que venía estudiando poco. El padre, al principio, negó el abuso diciendo que la hija era muy mentirosa, pero luego tuvo que aceptarlo. Pudo verse que la niña había bajado su rendimiento en la escuela porque vivía luchando en su interior contra la aparición compulsiva de imágenes del abuso y no podía estudiar.

En otro caso de otra niña de doce años abusada por el padre, ella lo guardó por un año hasta que se lo contó a la madre. Al preguntarle porque lo guardó tanto tiempo dijo: «Una vez viendo por la tele un caso similar, mi mamá dijo que si le pasara a ella algo así con su hija, se moriría» La niña, por miedo a que su madre se muriera, no se lo contó. En este caso, el padre también lo negó al principio, pero, luego, tuvo que aceptarlo.

11. ¿Quién atiende estos casos en el sistema de salud y cuáles son los obstáculos que surgen para su atención?

La atención del abuso sexual debe ser realizada por un equipo interdisciplinario. Los profesionales que mayor participación tienen en estos casos son: la asistente social, el pediatra y/o ginecólogo y el psicólogo. El *pediatra*, habitualmente, tiene un rol fundamental ya que es quien suele recibir la consulta y tiene que detectar el abuso. La mayoría de las veces no hay un relato y pedido de ayuda, sino que tiene que ser un hallazgo por parte del pediatra. El mayor trabajo por realizar será el del *psicólogo*, tendiente a determinar la presencia o no de lo traumático. El método psicoanalítico, a partir del análisis del discurso, el juego o los dibujos, permiten hacer un diagnóstico de alto nivel de confiabilidad acerca de la presencia o no de un trauma psíquico en el niño o en el adolescente. Es muy importante la participación del *asistente social* en la evaluación del riesgo actual de persistencia del abuso y para detectar si el abuso afecta a otros niños. El *ginecólogo* dentro del equipo tendrá a su cargo el reconocimiento físico del niño en el momento oportuno, sin forzar el examen genital, que puede ser postergado, excepto en los casos de violación.

El *efecto de horror* que se produce en el profesional, el docente o en otros adultos que reciben estos relatos, la conmoción y toma de postura acerca de qué está bien y qué está mal, se deriva de la necesidad de dicho profesional de mantener la represión de sus propios aspectos sexuales infantiles, los recuerdos de sus propios juegos sexuales infantiles, que son siempre convocados al tomar contacto con el relato del abuso. Esto mismo produce, muchas veces, la negación de los indicios que conducen

a la presunción de abuso sexual, que es uno de los mayores riesgos que exponen al niño a no ser escuchado; o la facilidad para deslizarse a realizar un interrogatorio detectivesco que cierre, en lugar de un acercamiento paulatino y confortable para el niño que abra posibilidades para que él confíe y cuente.

Otro riesgo al que estamos expuestos es el del sobrediagnóstico, o sea, a ver abusos allí donde no los hay, por lo cual, el tiempo para un diagnóstico cuidadoso se hace imprescindible. Conviene tomarse recaudos como la internación clínica en el caso de alta sospecha y de que el abusador esté conviviendo con el niño, para garantizar que cese el abuso y poder realizar, así, la evaluación diagnóstica necesaria. Hay algunas pocas situaciones de sospecha de abuso que no se confirman; en la gran mayoría de los casos se confirma, motivo suficiente como para tomarse el tiempo para un buen diagnóstico y no obrar apresuradamente.

Podríamos decir que hay, por lo menos, tres actitudes posibles para el profesional, docente o adulto interviniente:

- 1) Negar.
- 2) Identificarse con el abusador, colocando al niño bajo una nueva experiencia de sometimiento preguntando abusivamente y denunciando compulsivamente.
- 3) Detenerse a pensar y realizar las evaluaciones e interconsultas necesarias para garantizar que el niño se sienta escuchado por un equipo, que cuando resulta posible, es el mejor modo de sostener la atención de esta problemática tan compleja.

12. ¿Qué efectos se observan en la subjetividad a corto y a largo plazo?

Una investigación realizada en el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños nos muestra que las niñas abusadas durante la infancia se inician sexualmente a una edad más temprana que el resto de las adolescentes. Siendo el promedio actual de nuestra población hospitalaria los quince años, ellas comienzan a los trece o a los catorce. Podríamos pensar que *hay una menor posibilidad de reconocimiento de sus propios deseos* y una mayor propensión a la aceptación pasiva de la demanda del otro.

Otras veces, puede tomar la forma de una compulsión sexual. Silvia Bleichmar, en *Clinica psicoanalítica y neogénesis*, dice: «La diferencia entre deseo conciente y compulsión está dada por la posibilidad de elección por parte del sujeto. A veces, los déficits de narcisización primaria con una *carencia primaria de la piel* impulsa a la adolescente a una genitalización precoz en busca de un cuerpo que la contenga. No se trata entonces de un deseo de tener relaciones sexuales, sino de que no puede evitarlo. Se ve compulsada a algo que la arrastra más allá de sí misma dejándola inermes. En el análisis, no hay que confundir los deseos que aparecen con la emergencia de aspectos desligados, más vinculados a la pulsión de muerte».

Podríamos decir que el abuso sexual en la infancia afecta los procesos de personalización que describe Winnicott en el sentido de la unión firme del yo con el cuerpo. En la adolescencia, parece notarse una gran dificultad para sentir placer en el cuerpo. La descripción de las relaciones sexuales es de estar «como mirando desde afuera» lo que pasa allí, sin posibilidades de que el yo se apropie de la experiencia y registre las sensaciones corporales.

En un caso de una niña abusada durante nueve años (desde los 6 hasta los 15) por el padre, un hombre violento que pertenecía a las fuerzas armadas, y cuya madre rivalizaba con ella como si fueran dos iguales, el destino de esta joven fue dedicarse a seducir muchachos para que se sometieran a ella y a sus mandatos. Para proveerla de lo que ella quería, tenían que salir a realizar todo tipo de transgresiones, como robar tarjetas de crédito y, con el dinero obtenido, satisfacerla en sus extravagantes pedidos. Ella se había identificado con su padre que usaba la violencia para someter a otros a su voluntad. Esta joven venía al hospital a contar lo que hacía cada tanto a modo de exhibición y sin angustia, pero no era posible que iniciara ni sostuviera un tratamiento. Había organizado una *estructura psíquica perversa*.

En algunos casos, aparecen *fantasías o actos suicidas*, dado que se hace insoportable para el psiquismo mantener todo el tiempo la presencia traumática, que no puede transformarse en recuerdo y olvido, y el psiquismo estalla. Es muy importante la contención de un tratamiento con la niña y con la familia. En esos «actos suicidas» lo que se observa no es un deseo de muerte, sino de dejar de sufrir por la presencia permanente de las imágenes traumáticas.

En varias niñas abusadas durante la infancia, se observa que en la entrada a la adolescencia hacen una anorexia como modo de contrainvestir el deseo sexual desplazado a la oralidad, y, luego, durante la adolescencia aparecen actos autodestructivos. *Abuso sexual, anorexia o bulimia e intentos de suicidio* es un camino bastante frecuente.

13. ¿Qué sucede a lo largo del tiempo con la revinculación de las niñas o adolescentes con el abusador?

Cuando el abusador es el padre, el criterio debería ser que no haya contacto entre ellos hasta tanto él cumpla y termine un tratamiento y, en los casos en que va a la cárcel, hasta que cumpla la condena y un tratamiento psicológico.

Luego, dependerá de cuánto la niña o adolescente tolere o no ese encuentro. Hay que respetarle totalmente sus posibilidades. En general, hay una preferencia por no volver a ver al padre. Una adolescente decía: «Yo ya no tengo más padre, no lo puedo ver como tal».

La insistencia por la revinculación de los padres abusadores con los niños parece constituir más una estrategia de la defensa de los padres abusadores que una necesidad de los niños o adolescentes. Cuando un padre ha violentado y transgredido, puede ser más importante para los hijos tener la libertad de elegir no verlo, más que esgrimir la teoría de la «reunificación familiar» o la «doctrina de la preservación del vínculo familiar», que sostienen que hay que hacer todos los esfuerzos para mantener al niño o al adolescente dentro de su núcleo biológico para disminuir riesgos. Esto constituye hoy una polémica fuertemente vigente.

14. ¿A qué apuntará el trabajo psicoterapéutico?

El trabajo con las adolescentes o con mujeres adultas que sufrieron un abuso deberá tender a que se realice una labor psíquica que vaya desligando energías puestas en el hecho traumático para ir ligándolas a hechos vitales que le permitan construirse un porvenir, y que no la dejen congelada en el lugar de víctima. *Trabajar en el análisis para la desvictimización* es una tarea clave.

15. ¿Cómo realizar un diagnóstico desde el psicoanálisis para detectar la presencia o no de lo traumático y sus efectos?

Un problema en psicoanálisis es pensar que, siempre, toda conducta o expresión de un sujeto es un mensaje y está representando algo que hay que entender. Pero no es así.

Muchas veces, estamos frente a conductas que no son una recomposición fantasmática y que funcionan como pedazos excitatorios; son tan solo trozos o marcas de una situación traumática vivida, y el sujeto no lo puede sustituir o simbolizar o poner en palabras. Desde esa perspectiva, que desarrolla Silvia Bleichmar, uno, como analista, podría decir qué indicio es para uno mismo, como diría Pierce, un *representamen que hace signo*; un elemento de la realidad del otro y de su historia que se desplaza de una escena a otra. Es un elemento que corresponde a la percepción de un objeto real que quedó recortado, no ha sido reprimido, y permanece siempre presente debido a la falta de simbolización. Es manifiesto, pero no conciente ni inconsciente, ya que no fue reprimido. Esto no

implica que ese niño carezca de simbolización; pero, en ese momento, no estamos frente a un niño que está fantaseando, sino que está adherido a una escena traumática vivida, en el sentido de un exceso de excitación imposible de metabolizar por parte del Yo, y toma el carácter de una compulsión a través de la cual la situación permanece siempre presente para él.

Nuestro trabajo consistirá en poder discriminar si en los *dibujos, juegos o relatos encontramos elementos simbólicos* o la presencia de *signos de percepción* que contienen siempre restos de lo visto y oído en una escena que resultó traumática y, que por efectos del traumatismo, no han sido metabolizados, es decir que no se han retranscripto simbólicamente.

16. ¿Cómo puede intervenir el analista?

Lo indiciario es la forma con la cual se organizan las abducciones, las correlaciones. Y esto es lo que hace cualquier paciente en análisis. El problema es que en lo traumático, precisamente, no aparece el indicio. Lo que aparece es el signo de percepción: pedazos de lo visto y oído de una situación traumática. Uno, como analista, tiene que transformar el signo de percepción en indicio. En el dibujo de una adolescente que era abusada por su padre en la cocina de la casa, aparecía el dibujo de la cortina que el padre corría para que no se viera de afuera. Ella dibujaba la casa y lo único detallado era la cortina. Es el analista que, al modo de un detective, va correlacionando esos elementos en una cadena de significaciones y comienza a organizar una hipótesis. Al señalarle a la adolescente que había dibujado una cortina muy detallada y preguntarle que relacionaba con ella, pudo contar cómo eran las conductas del padre cuando corría la cortina.

Ya que no hay simbolización en ese momento, y que el analista, por lo tanto, no puede interpretar, es posible ofrecerle al niño o adolescente una *construcción a modo de una simbolización transitoria*, propuesta como hipótesis. Si fuera correcta, permitiría el comienzo de asociaciones. En el caso descrito, la aparición del dibujo de la cortina que le llamó la atención al analista permitió realizar una construcción por parte del analista: «Posiblemente estabas tan asustada cuando tu papá corría la cortina que hubieras querido que mamá llegara en ese momento y se diera cuenta de lo que pasaba y poder pedirle ayuda como me pediste a mí».

Una cuestión muy importante para tener en cuenta es el grado de estructuración del psiquismo en el cual se produce la vivencia del abuso; si hay un yo lo suficientemente constituido para otorgarle significación y que quede inscripta como una experiencia con la participación subjetiva del niño. Esto es fundamental para la ubicación del analista respecto del modo de intervenir.

17. ¿Cómo realizar el diagnóstico en casos de niños pequeños?

¿Cómo diferenciar cuándo se trata de una experiencia de abuso de cuándo se trata de algo repetido del discurso de los adultos?

Esto se hace especialmente importante dado los juicios de madres a ex maridos que cursan con una denuncia de abuso para obtener un beneficio económico u otros.

Tomemos el ejemplo de un niño de cuatro años que dice: «mi papá me metió el dedo en la cola». Esto no es un resto indiciario para el analista. Es una frase recortada del discurso del adulto. En sí la frase no remite a nada que dé la posibilidad de vivencia de un abuso.

Para que algo tenga la forma de lo indiciario debe de reunir por lo menos dos requisitos:

- Que tenga signos en el cuerpo.
- Que se repita.

Si el niño dice eso no le quita realidad, pero no podemos considerarlo comprobado. Si en cambio, la mamá viene diciendo que el niño está todo el tiempo metiéndose el dedo en el ano, tiene otro valor. A un niño de dos años con esta conducta la mamá le preguntó:

M.: «¿Qué hacés?».

Niño: «Papá».

Allí, hay un intento del niño de apropiarse, activamente, de lo que sufrió, pasivamente, bajo la forma de introducirse el dedo en el ano. En la palabra «papá» hay mensaje, hay un pedido a la madre para que organice esto. Esa palabra no es repetición. La repetición está en meterse el dedo. La palabra «papá» es un intento de ligazón y de transformarlo en mensaje para la madre. El gran riesgo para un niño es que lo quieran diagnosticar a partir de lo que traen los adultos. Solo hay que hacerlo a partir de lo que trae el niño. Los niños no nacen con deseos de meterse cosas en el ano. Si esto ocurre, es porque un adulto cercano, que tiene contacto con su cuerpo, se lo introdujo: padre, madre, o alguien que lo cuida; no puede ser un extraño. Así, el método de abducción de Pierce va llevando al analista, término a término, a construir un diagnóstico acerca de lo que le sucedió al niño.

A pesar del modo en que el abuso sexual o el incesto arrasan la subjetividad, los niños, niñas y adolescentes que fueron abusados sexualmente, siempre y cuando hayan sido sostenidos y acompañados por algún adulto que los separe y condene al abusador, y un tratamiento psicológico que los haya quitado de un destino de victimización, podrán recuperar su condición de sujetos.

18. Bibliografía

- BLEICHMAR, S. Seminario: *La sexualidad infantil: de Hans a John/Joan*, dictado en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, 1999.
- CALVI, B. *Abuso sexual en la infancia: efectos psíquicos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.
- GUINZBURG, C. *Mitos, emblemas, indicios*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, 1999.
- TOPOROSI, S. «Diagnóstico de abuso sexual: lo indiciario como marca del traumatismo». *Revista Topía - Topía en la Clínica. Psicoanálisis sin diván*, marzo de 2000.
- VOLNOVICH, J. R. (compil). *Abuso Sexual en la infancia*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen Humanitas, 2002.

▲ Capítulo 57

Adolescentes en riesgo y recursos legales

Legislación vigente

Modelo de intervención ante situaciones de violencia

Servicios y normativas

Prof. María Elena Naddeo

Dr. Gustavo Gallo

1. Introducción

El objeto del presente capítulo es identificar las violencias y los conflictos que suelen atravesar la vida de los y las adolescentes brindando la información teórica y normativa adecuada para interpretarlos y asistirlos. Asimismo, y como herramienta indispensable para el quehacer de los profesionales que atienden o están en relación con los adolescentes y jóvenes, nos proponemos brindar información útil y adecuada para desarrollar las estrategias de atención, así como los circuitos de protección de derechos que establece la actual legislación.

2. Las «familias» y las «adolescencias». Necesidad de contextualizar

La profunda aceleración de los procesos tecnológicos e informáticos de modernización y de renovación en la década del setenta generaron un impacto transformador en la vida social y familiar de nuestras actuales generaciones.

- Un mundo afirmado en la unipolaridad, en la hegemonía de grupos de acumulación financiera y de concentración económica de alcances globales inimaginables.
- La dilución de las fronteras nacionales, la presencia de un poder no visible que determina las condiciones de vida de la población al margen de las voluntades mayoritarias.
- Una sociedad envuelta o invadida por técnicas de marketing sofisticadas, destinadas a incentivar en la población el consumo permanente de mercancías como estrategia de realización personal.

El «tener» como impulso entusiasta de la sociedad de consumo, objetivo sustitutivo del «ser» y del «hacer». Las décadas de los ochenta y de los noventa presenciaron la profundización de la economía liberal de mercado y las secuelas consiguientes de destrucción de los sistemas de bienestar social organizados por los Estados a mediados de siglo XX, el crecimiento del desempleo y la precarización del trabajo por la invasión de manufacturas e insumos importados. Paradojalmente, se ponían en vigencia, también a nivel internacional, los principales Tratados de Derechos Humanos, entre ellos, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989), constituyendo un plexo jurídico igualitario y garantista distante, cada vez más, de la realidad social imperante.

El contexto en que transcurre la vida de nuestros adolescentes es absolutamente contradictorio y confuso. Las familias de nuestros pacientes, de nuestros alumnos, de nuestros consultantes, han sido atravesadas por estos fenómenos históricos. En gran mayoría, son resultantes y emergentes de procesos de desintegración familiar, de migraciones recientes, de pérdidas coyunturales reiteradas a lo largo de tres décadas expresadas por la caída en el desempleo de sus padres y aún de sus jóvenes abuelos, casi tres generaciones afectadas por el lento y gradual derrumbe de la crisis estructural de la Argentina.

En ese contexto, la defensa de los derechos de los chicos, la protección contra las distintas

formas de violencia, su prevención, resultan objetivos de ardua especialización con intervenciones profesionales cada vez más complejas.

3. Marco conceptual y legal

Partimos de la adhesión y comprensión de la doctrina de los derechos humanos, plasmada en un conjunto de normas internacionales sancionadas por las Naciones Unidas y, luego, ratificadas por nuestra Constitución Nacional en la reforma de 1994, Art. N.º 75 inc. 22.

Desde la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, texto destinado a regular la convivencia democrática mundial, numerosas son las Convenciones, Tratados, Conferencias Mundiales y Protocolos Adicionales o Facultativos que articulan todo el plexo jurídico vigente.

En lo que hace al tema de nuestro estudio, es necesario incluir dos textos fundamentales para entender la nueva conceptualización vinculada a las relaciones interpersonales, el derecho de familia y las relaciones vinculares entre padres e hijos.

3.1. La Convención contra toda forma de discriminación contra la Mujer

Conocida por las siglas de su largo nombre en inglés –CEDAW– y aprobada en 1979, estableció el acceso de las mujeres a los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, comprometiendo a los Estados integrantes del orden mundial a modificar las legislaciones nacionales para eliminar cualquier obstáculo o discriminación en su ejercicio. De la lucha por implementar esta Convención, surgieron las normas legales, que después de la recuperación de la vida democrática en Argentina, se sancionaron con amplios consensos, como la Ley de Patria Potestad compartida y la Ley de Divorcio Vincular.

VER: CEDAW

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Biblioteca Legal RIMAweb.

http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/convenciones/cedaw.html

La igualdad de oportunidades y de trato entre varones y mujeres se ha convertido en uno de los ejes legislativos y de articulación social más importantes de las últimas décadas.

En ese sentido, la CEDAW incorporó otro capítulo fundamental en la eliminación de la opresión contra la mujer: el reconocimiento del derecho al ejercicio de una salud sexual y reproductiva libre y responsable, el derecho a decidir acerca de la sexualidad y de la maternidad, y la protección contra toda forma de violencia, incluyendo la conyugal y la doméstica. El movimiento de mujeres, apoyado activamente por determinados ámbitos académicos y sociales, desarrolló una activa difusión de estos derechos que convertían temáticas reservadas por la cultura patriarcal –conservadora– al ámbito estrictamente privado, en temas de interés público y político.

La denuncia permanente de la violencia doméstica o intrafamiliar a lo largo de todos los países, la creación de servicios especializados para la atención de las víctimas, la necesidad de establecer límites y condenas para quienes ejercen su supuesta superioridad física como herramienta de opresión y control de sus esposas, novias o parejas, generó el consenso necesario para modificar la antigua legislación.

La Ley Nacional de Prevención de la Violencia Familiar, Ley N.º 24.417, con vigencia en la Ciudad de Buenos Aires y luego replicada y, muchas veces, superada por las legislaciones de las provincias del interior argentino, establece la protección de mujeres y niños frente a la violencia doméstica, con medidas de resguardo en sede judicial y la atención en programas sociales especializados a cargo de los gobiernos locales o nacionales.

Ley N.º 24.417 - Protección contra la violencia familiar.
Biblioteca Legal RIMAweb.
http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/24417.html

En marzo de 2009, se sancionó la Ley N.º 26.485 de «Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales». Las disposiciones que contiene son de «orden público y de aplicación en todo el territorio de la República», pero la Ley anterior, N.º 24.417, no fue derogada, considerándose supletoria para aquellas situaciones no previstas en la última legislación. La Ley N.º 26.485 incluye las modernas conceptualizaciones sobre violencia de género, pero a la fecha de la publicación del presente –marzo 2010–, se encuentra pendiente de reglamentación.

Ley N.º 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
<http://www.el-observatorio.org/wp-content/uploads/2009/04/ley-26485.pdf>

Código Penal. También, se hizo necesario reformar el Código Penal, cuya tipificación de los delitos sexuales (corrupción, violación y explotación sexual, entre otros) se incluía en un capítulo denominado anacrónicamente «Delitos contra el honor». En los años siguientes, se sustituyó tal capítulo por el actualmente vigente «Delitos contra la integridad sexual», precisando algunas de las tipificaciones penales, siempre agravadas cuando las víctimas tienen un vínculo familiar con el victimario o están bajo su cuidado o responsabilidad.

En estas reformas legislativas y en las acciones y programas de prevención y asistencia a la violencia multiplicados en estos últimos veinte años, se incorporó en el debate una lectura novedosa, vinculada a derribar aquellos prejuicios culturales que habían coadyuvado a la subordinación y opresión de la mujer. Esa nueva mirada, denominada «Perspectiva de género», ilumina los análisis desde un perfil diferenciado de los ya tradicionales de la sociología clásica referidos a las clases o grupos sociales.

En 1995, la «Conferencia Internacional de Derechos de la Mujer» realizada en Beijing, China, aprobó una Plataforma Mundial de grandes avances y objetivos igualitarios. En este texto, además, se señala, especialmente, la necesidad de incluir a las niñas y a las adolescentes en las propuestas y medidas de acción positiva para igualar sus derechos en las sociedades actuales. La visibilización del género femenino –la mitad del Cielo en el lenguaje oriental– empezó a incluir a niñas y adolescentes denunciando su condición de víctimas de violencia sexual con tanta fuerza como sus congéneres adultas.

VER: Plataforma de Acción, Beijing, 1995, Anexos.
Biblioteca Legal RIMAweb.
http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/plataforma_beijing_95_anex.html

3.2. Convención sobre los Derechos del Niño

En estos mismos años, aunque con menos movilización social, se aprueba en Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos del Niño, 1989. Este texto jurídico consagra el conjunto de los derechos de la infancia y la adolescencia hasta los 18 años de edad y compromete a los Estados par-

tes, las familias y a la sociedad toda en su garantía de ejercicio e inclusión. La Convención sobre los Derechos del Niño cierra una etapa jurídica institucional que recorrió los siglos XIX y XX signada por el sistema de la tutela del Estado a aquellos a quienes –por ser menores de edad– se los definía como «incapaces jurídicos» y, por lo tanto, privados de opinión, cuando no, de su libertad.

El viejo sistema tutelar, también denominado de la «situación irregular» por estar dirigido al sector más vulnerable de la sociedad, o en los términos de la época, a quienes no respondían a la normalidad vigente, se expresó legalmente a través de la Ley N.º 10.903 «Patronato de Menores» o «Ley Agote», y otros dispositivos tutelares como el Art. N.º 234 del Código de Procedimientos en lo Civil, conocido hasta la actualidad como la figura de «protección de persona».

Estas herramientas permitían a la Justicia Civil y/o de Menores disponer hasta la mayoría de edad de niños y adolescentes en supuesto «riesgo moral o material» (sic), sin establecer plazos ni garantías que pudieran cuestionar la potestad del fuero interviniente. Las denuncias sistemáticas realizadas por las organizaciones de infancia y de derechos humanos acerca de la privación de libertad en Institutos de Menores, las reiteradas violencias vividas por los niños allí albergados, la endogamia de las instituciones de encierro, fueron denunciadas desde 1989 como situaciones de abierta inconstitucionalidad. Intentos legislativos en las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires empezaron a horadar el sistema de Patronato: la Provincia de Mendoza parcialmente primero, luego Chubut, Ciudad de Buenos Aires, Neuquén, La Pampa y otras sancionaron leyes locales basadas en el texto de la Convención sobre los derechos del niño.

Convención sobre los derechos del Niño y Ley N.º 23.849.
<http://www.uba.ar/unicef/pdf/convencion.pdf>

En la Ciudad de Buenos Aires la Ley N.º 114 de «Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes», sancionada el 3/12/1998, genera en el ámbito local un circuito de protección de derechos alternativo al sistema de Patronato, aunque en conflicto, todavía, con la legislación nacional. Recién en septiembre de 2005, se deroga a nivel Nacional la Ley N.º 10.903 y el Art. N.º 234 del Código de Procedimientos en lo civil.

Ley N.º 114: Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.
<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley114.html>

Es la Ley Nacional N.º 26.061 la que establece el nuevo sistema de Protección Integral de Derechos de la Infancia y Adolescencia, norma que regula, en la actualidad, los derechos de la franja poblacional menor a 18 años de edad, reconociendo la legislación y organismos locales de protección de derechos como las autoridades de aplicación del sistema (en la Ciudad de Buenos Aires, Ley N.º 114 ya mencionada).

Ley Nacional N.º 26.061: Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

La Ley N.º 26.061 define el rol de los organismos administrativos (Consejo de los Derechos, Áreas de Protección de la Infancia de las distintas provincias, etcétera) como primer lugar de intervención para realizar denuncias y comunicaciones referidas a la vulneración de derechos de los niños y adolescentes, pudiendo y debiendo adoptar el organismo administrativo las medidas de protección

necesarias para resguardar los derechos de los chicos. La ley establece, para el caso de adoptarse medidas excepcionales de protección, por ejemplo, ante situaciones de violencia intrafamiliar, negligencia u otras formas de violencia, el plazo no mayor de 24 horas para hacer la presentación judicial destinada a realizar el control de legalidad de la medida.

Se incluye, más adelante, el circuito de protección de derechos y de comunicación de denuncias que ha quedado establecido en la jurisdicción porteña, basado en la legislación vigente.

3.2.1. Protección contra toda forma de violencia

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño plantea, en dos artículos, la prohibición de toda forma de violencia y maltrato contra ellos.

Art. N.º 19:

«Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo».

Art. N.º 34:

«Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales. Con este fin, los Estados partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal.

La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales.

La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos».

Vale la pena recordar que la Convención define al niño como «... toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad».

Y que la definición del concepto de violencia, inserto en el Artículo N.º 19, fue ampliado por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, de la Organización Mundial de la Salud del año 2002, donde se define el concepto violencia como:

«El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad».

A partir de entonces, se han analizado y elaborado diversas clasificaciones y nuevas conceptualizaciones con el objetivo de precisar las distintas formas de violencia que son ejercidas contra los niños, las cuales constituyen variantes de un concepto central que reconocemos inserto en la definición de la Convención y el Informe de la OMS ya citados. En la bibliografía referenciada, pueden consultarse las distintas expresiones de violencia así como sus consecuencias y formas de detección, en particular: «*El maltrato hacia los niños*» Cora Bertini y otros, CDNNYA, E. Giberti (compil.), 2005.

3.2.2. Derecho a la convivencia familiar. Violencia intrafamiliar

La Convención ratificó, enfáticamente, el derecho de los niños a la convivencia familiar, aún más, estableció que las condiciones sociales y económicas de pobreza no podían consistir en fundamentos para la separación de los niños de su grupo familiar de pertenencia, siendo obligación de los Estados y del conjunto de la sociedad procurar el apoyo y ayuda necesarias para preservar el vínculo. Este tema ha sido complementado y desarrollado en las legislaciones de los últimos años destinadas a lograr la efectivización de los derechos sociales y económicos a través de acciones de exigibilidad, tanto administrativas como en sede judicial.

Al mismo tiempo, las investigaciones y acciones destinadas a detectar y prevenir la violencia física y emocional contra los niños coincidieron en advertir que un número importante de violencias contra los niños era ejercido por familiares directos de su propia familia de pertenencia. Este tema de profundas implicancias legales y sociales ha sido objeto de particular atención en el Informe elaborado por el Relator Especial designado por las Naciones Unidas en 2004 para realizar un Estudio de la Violencia contra los niños. El informe final presentado en la Asamblea Especial de Naciones Unidas, en septiembre de 2006 señala con respecto a este tema:

«38. La privacidad y la autonomía de la familia son valoradas en todas las sociedades, y el derecho a una vida privada y familiar, a tener hogar y correspondencia está garantizado en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Eliminar y dar respuesta a la violencia contra los niños es quizá más difícil en el contexto de la familia que en ningún otro, dado que ésta es considerada por lo general la más privada de todas las esferas privadas. Sin embargo, los derechos de los niños a la vida, la supervivencia, el desarrollo, la dignidad y la integridad física no terminan en la puerta del hogar familiar, ni tampoco acaban ahí las obligaciones que tienen los Estados de garantizar tales derechos a los niños.

39. En las últimas décadas, se ha reconocido y documentado que la violencia contra los niños ejercida por los padres y otros miembros cercanos de la familia –física, sexual y psicológica, así como la desatención deliberada– es un fenómeno corriente. Desde la infancia temprana hasta los 18 años de edad, los niños son vulnerables a variadas formas de violencia en sus hogares. Los agresores son diferentes de acuerdo con la edad y madurez de la víctima, y pueden ser los padres, padrastros, padres de acogida, hermanos y otros miembros de la familia y cuidadores. [...].

44. Cada vez se reconoce más la existencia de la violencia sexual en el hogar. De acuerdo con varios estudios realizados en 21 países (en su mayoría desarrollados) entre el 7% y el 36% de las mujeres y entre el 3% y el 29% de los hombres dijo haber sido víctima de agresiones sexuales durante su infancia, y según la mayoría de estos estudios, la tasa de abusos sufridos por las niñas es de 1,5 a 3 veces la de los varones. La mayoría de los abusos suceden dentro del círculo familiar. De modo similar, un estudio multipaís realizado por la OMS, en el que se recogieron datos tanto de países desarrollados como de países en vías de desarrollo, mostró que entre el 1% y el 21% de las mujeres manifestaba haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años, en la mayoría de los casos por parte de varones miembros de la familia que no eran ni su padre ni su padrastro. [...].

El Informe del Relator Especial 2006 es un instrumento valioso por su actualización, y fue elaborado de manera rigurosa a partir de consultas nacionales y regionales.

La enorme mayoría de los países del mundo han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. Curiosamente, el único país todavía reticente es Estados Unidos, entre otras cuestiones, porque la Convención prohíbe la pena de muerte para las personas menores de 18 años de edad y hay varios estados federales norteamericanos que la siguen aplicando.

En debates posteriores y Sesiones Especiales de las Naciones Unidas, han sido aprobados y ratificados otros textos adicionales a la Convención como el:

3.2.3. «Protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía» y el «Protocolo facultativo relativo a la participación de niños en los conflictos armados»

Desde la entrada en vigor de la Convención, se han adoptado otros instrumentos internacionales importantes.

3.3. En 1999, la Conferencia General de la OIT adoptó el Convenio N.º 182, en el cual quedan determinadas las peores formas de trabajo infantil

La ratificación (sin reserva) se instrumentó el 6 de febrero de 2001 y entró en vigor el 6 de febrero de 2002.

Este Convenio considera como peores formas de trabajo infantil a:

- a) Todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados.
- b) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas.
- c) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular, la producción y el tráfico de estupefacientes.
- d) El trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, daña la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

Convenio N.º 182 de la OIT referente a las peores formas de trabajo infantil, UNICEF.
<http://www.unicef.org.co/Ley/LI/09.pdf>

Más allá de valorar positivamente el marco general y objetivos de este Convenio, desde numerosos sectores académicos y sociales, se ha cuestionado la inclusión de delitos aberrantes, como la utilización de niños en prostitución, pornografía o tráfico de estupefacientes en la categoría «trabajo» aun cuando se lo defina dentro de sus peores formas, cuando, en realidad, se trata de delitos en los cuales los niños y adolescentes se encuentran involucrados y de los cuales resultan víctimas.

En el año 2000, Naciones Unidas aprueba el «Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños», que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. En función de este protocolo, se han llevado adelante investigaciones destinadas a identificar las rutas delictivas de trata, y se encuentra en discusión en el Congreso Nacional la incorporación del delito «Trata de personas» en el ámbito federal de la Justicia, así como el proyecto de organizar un Programa Federal de asistencia a las víctimas. En particular, es muy interesante el trabajo de investigación realizado por la Oficina Internacional de Migraciones en el 2006.

Estos avances normativos están obligando, actualmente, a los Gobiernos a implementar programas nacionales y locales de prevención, detección y asistencia a las víctimas de violencia, así como a modificar las legislaciones de fondo a fin de condenar a los victimarios. También, hay una conciencia social mayor en la necesidad de aumentar los niveles de protección a la infancia y a la adolescencia, y en generar mayores niveles de capacitación al personal que está en contacto con los niños y adolescentes.

El avance legislativo y jurídico es una herramienta de inestimable valor, plantea el marco jurídico, el horizonte hacia el cual se encaminan los ideales de una sociedad. A su vez, requiere el desarrollo y respaldo de políticas públicas suficientes y universales para brindar la asistencia y contención integral que requiere la restitución de los derechos vulnerados.

4. La normativa legal en Argentina

La puesta en vigencia de la Ley Nacional N.º 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece la creación de un Sistema de Protección Integral de Derechos compuesto por los *Servicios locales de protección de derechos y programas de fortalecimiento familiar, de acogimiento familiar, de prevención y asistencia al maltrato y abuso infantil y adolescente*, entre otros, tanto municipales como provinciales.

El *Sistema Nacional de Protección de Derechos* consiste en la creación y articulación de servicios y programas destinados a restituir derechos vulnerados de toda la población infantil y adolescente, a través de la adopción de medidas de protección integral de derechos y las medidas de protec-

ción especiales –excepcionales– a cargo de los organismos administrativos de infancia, en todos los niveles del estado.

La nueva ley deroga la Ley N.º 10.903 y el Art. N.º 234 del Código de Procedimientos en lo Civil –protección de personas– para las personas menores de 18 años de edad. A su vez, la ley deroga el decreto constitutivo del Consejo Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, el cual se extinguirá a partir de las siguientes acciones en curso de concreción:

- a) La transferencia de los programas de atención directa de la infancia a las provincias y a la Ciudad autónoma de Buenos Aires.
- b) La creación de una Secretaría Nacional de Niñez, y la creación de un Consejo Federal integrado por representantes de los organismos de protección de derechos de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- c) La creación de un Defensor/a de los niños, autárquico y nacional.

En términos generales, la Ley Nacional consagra el rol de los organismos administrativos de infancia en la restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, siendo la autoridad local de aplicación del sistema de protección de derechos quien adopta las medidas de protección necesarias para ello. Se destina, expresamente, a la autoridad judicial de cada jurisdicción el control de la legalidad de las medidas excepcionales adoptadas.

4.1. Procedimiento administrativo ante vulneración de derechos de niños y adolescentes

En situaciones de violencia, el organismo administrativo local de protección de derechos –reconocido por leyes locales o por decretos reglamentarios locales– tiene las siguientes funciones:

- Recibe las comunicaciones y denuncias de situaciones de violencia.
 - Solicita los estudios necesarios para el diagnóstico de riesgo a los servicios especializados de salud u otros.
 - Adopta las primeras medidas de protección a fin de resguardar la integridad física y psíquica de los niños afectados. Las medidas pueden ser:
 - de protección integral: becas, atención terapéutica, otras.
 - de protección excepcional: cuando es preciso separar al niño/a o adolescente de su grupo familiar por el involucramiento o complicidad en la situación de violencia.
 - Designa a un abogado/a o a un equipo especializado para que realice las presentaciones judiciales de rigor destinadas a la exclusión del hogar del victimario.
 - Brinda resguardo –en el marco de la familia ampliada, comunitario, o en su defecto, en un hogar convivencial– a la víctima, manteniendo su vinculación con la escuela, amigos y demás familiares no implicados en la agresión.
 - Efectúa, en un plazo no mayor de 48 h, la presentación de la medida de protección excepcional adoptada ante la autoridad judicial competente en materia de familia, a fin de que ésta realice el control de legalidad.
 - En todos los casos, los equipos están obligados a escuchar la voz del niño/a o adolescente. Cuando hubiere controversia con éste, en la medida adoptada, se deberá solicitar la intervención de un abogado/a a fin de que resguarde ese interés en el expediente judicial o administrativo.
- Cada provincia del territorio argentino, debe identificar o crear los servicios locales de protección de derechos a fin de poner en vigencia la legislación. Mientras tanto, siguen vigentes las leyes provinciales existentes, incluyendo, especialmente, las leyes de prevención contra la violencia, siempre y cuando no contradigan, en lo esencial, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y el articulado programático de la Ley N.º 26.061.

5. Servicios locales de protección de derechos. La experiencia de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N.º 114. Ley N.º 26.061. Descripción de los servicios del CDNNyA e información estadística

En la actualidad, del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes dependen cinco servicios de intervención directa con niños, niñas y adolescentes.

La Red de Defensorías Zonales, la línea telefónica gratuita 102, la Guardia Permanente de Abogados, el Registro de Chicos Perdidos y el Centro de Atención Transitoria, además de programas, como el de Fortalecimiento de los circuitos de protección de derechos para la erradicación del trabajo infantil y, también, el de explotación sexual comercial y otros.

Servicios del CDNNyA	Descripción	Tipo de Acceso
Red de Defensorías Zonales	Asesoramiento, seguimiento y patrocinio jurídico Atención telefónica las 24 hs.	Servicio de acceso voluntario
Línea 102	Recepción de denuncias de la población en general, asesoramiento y derivación	Servicio de acceso voluntario
Guardia Permanente de Abogados	Atención las 24 hs. Recepción de denuncias institucionales, asesoramiento y derivación	Servicio de acceso por derivación
Centro de Atención Transitoria	Centro de alojamiento para niños de 6 a 21 años en situaciones de emergencia	Servicio de acceso por derivación

La **Red de Defensorías** (Servicios de Protección y Promoción de Derechos) está compuesta por catorce Defensorías Zonales de promoción y protección de derechos, atendidas por equipos profesionales integrados por psicólogos, trabajadores sociales y abogados. Hay, también, varios servicios de organizaciones no gubernamentales con convenio que brindan algunas de estas funciones.

Entre los objetivos de las Defensorías Zonales, se encuentra el de ejercer, descentralizadamente, las funciones del Consejo, brindando los servicios de promoción y protección de derechos de las niñas, niños y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires en los distintos barrios. Además, fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la instalación de una Política de Protección Integral, descentralizada, intersectorial y participativa. Sus destinatarios son niños/as y adolescentes y sus familias.

Sus tareas, entre otras, son: brindar orientación, asesoramiento y patrocinio jurídico gratuito, realizar el seguimiento de casos y su eventual derivación a partir del trabajo en red con instituciones de áreas gubernamentales y con organizaciones no gubernamentales.

La línea **102** es un servicio de atención telefónica de 24 horas durante todo el año. Recibe consultas de la población en general con relación a cualquier situación que involucre a niños/as y adolescentes. Su tarea principal consiste en el asesoramiento y derivación de la demanda telefónica a los diferentes servicios del Consejo o a las áreas de gobierno que correspondan.

La **Guardia Permanente** está integrada por abogados que atienden las 24 horas, durante todo el año. Tiene a su cargo la recepción de consultas y denuncias institucionales vinculadas con situaciones de amenaza o de violación de derechos, así como la atención de niñas, niños y adolescentes involucrados en situaciones contravencionales.

Interviene realizando asesoramiento, patrocinio y derivación. Es el equipo especializado que atiende las denuncias de hospitales, escuelas y demás efectores institucionales, que no pueden esperar la atención regular en la Red de Defensorías.

El **Centro de Atención Transitoria (C. A. T.)**, es un centro para el alojamiento de chicos que,

por distintas razones, se encuentran alejados de sus familias y/o en conflicto con ellas. La derivación a este centro es realizada por la Guardia Permanente de Abogados ante situaciones de emergencia.

El C. A. T. es de régimen abierto para chicos de 3 a 18 años de edad. El equipo de profesionales está formado por trabajadores sociales, psicólogos, abogados y operadores sociales.

Del mismo modo que la Red de Defensorías, la Línea 102 y la Guardia Permanente, el C. A. T. es una experiencia que propone intervenciones en consonancia con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN). El abordaje, de carácter interdisciplinario, articula acciones descentralizadas que tienen como meta intervenciones mínimas, garantistas y desjudicializadoras de situaciones sociales.

En los datos estadísticos del año 2006, elaborados para cada uno de los servicios del Consejo de los Derechos de la Ciudad de Buenos Aires, las consultas referidas a protección frente a la violencia ocupa el segundo o tercer lugar en cantidad, según sea el servicio. Por «Nivel de vida adecuada» se incluyen educación, salud, desarrollo social, mientras que «Convivencia familiar» abarca los asesoramiento y patrocinios en lo que hace al derecho de familia. Los cuadros y series estadísticas de estos servicios pueden ser consultados en la Página web del Consejo:

<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/chicos/>

En la experiencia de atención directa de los servicios del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, organismo creado por la Ley N.º 114 de la Ciudad de Buenos Aires, hay algunas situaciones, que por su reiteración y permanencia a lo largo de estos cinco años de vida del organismo, podemos comparar y sistematizar.

5.1. Principales demandas y problemáticas de los adolescentes atendidos

- Conflictividad familiar (abandono del hogar).
- Protección frente a situaciones de violencia (abuso y explotación sexual).
- Defensa penal de adolescentes infractores.

5.1.1. Conflictividad familiar. Abandono del hogar

Teniendo en cuenta que las problemáticas de mayor frecuencia atendidas en nuestros servicios, para la franja etaria de los y las adolescentes, está referida a los conflictos interfamiliares por falta de diálogo y comprensión, por debilidad de los vínculos padres-hijos y, que en numerosos casos, llevan al abandono del hogar de los chicos y chicas.

Para graficar el tema, hemos seleccionado los datos proporcionados por el Registro de Chicos perdidos del Consejo, área organizada específicamente por la Ley N.º 741 del año 2002 de la Legislatura porteña y que incorporó tal servicio entre las atribuciones de la Ley N.º 114. Los siguientes gráficos dan cuenta del motivo de ausencias de los chicos, sus edades, sexo, así como las acciones para seguir en cada caso. Los porcentajes se han mantenido más o menos constantes en el período 2002-2007, permitiendo formular algunas generalizaciones sobre las características de esta problemática.

Motivos de ausencia - sexo			
Motivos de ausencia	Sexo		Total
	Fem	Masc	
Relaciones familiares conflictivas	41%	27%	68%
Niño adolescente extraviado	3%	3%	6%
Se escapa de un instituto	4%	2%	6%
Raptor pregenitor	3%	1%	4%
Otros	3%	1%	4%
Sin información	7%	5%	12%
Total (471)	61%	39%	100%

Motivos de ausencia - edad						50%
Motivos de ausencia	Rangos de edad					Total
	1-5	6-10	11-13	14-15	16-18	
Relaciones familiares conflictivas	-	6%	12%	27%	23%	68%
Niño adolescente extraviado	1%	2%	2%	1%	*	6%
Se escapa de un instituto	-	*	2%	1%	3%	6%
Raptor pregenitor	2%	2%	-	-	-	4%
Otros	-	1%	-	2%	1%	4%
Sin información	1%	1%	3%	3%	4%	12%
Total (471)	4%	12%	19%	34%	31%	100%

En este cuadro, desagregado por motivo de «abandono del hogar» o «fuga» en la jerga policial y edad, se observa la predominancia de la franja adolescente desde los 14 a 18 años que implica el 68% del total de casos registrados en los archivos.

¿Cuáles son los conflictos familiares más frecuentes? Esta información está sistematizada sobre la base del relato de los padres y del análisis efectuado en la intervención del Equipo del Registro de Chicos Perdidos. Son los motivos que aducen los familiares y los motivos que, después, también contrastan o complementan los propios chicos cuando aparecen y son entrevistados.

Conflictos familiares más frecuentes:

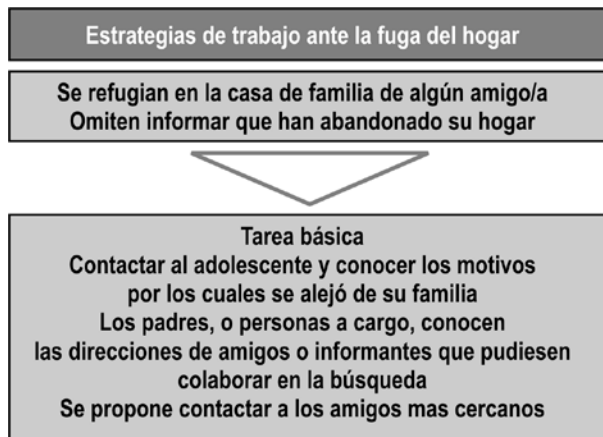
- Los padres rechazan las amistades o la novia o el novio del hijo y de la hija. El tema del noviazgo incomprendido, no aceptado, de la jovencita por parte de sus padres, es uno de los motivos más permanentes.
- Bajo desempeño escolar del chico, todavía hay chicos que se van de la casa porque no pueden afrontar el supuesto castigo por el boletín con una cantidad de aplazos importantes.
- Malas relaciones entre los miembros de la familia, discusiones.
- Prefiere estar fuera de su casa, se va con amigos de viaje, se va a casa de amigos, se queda dormido en otra casa y no avisa. Se «olvida» de decir donde va a pasar el día. En realidad, podríamos encontrar en estos olvidos muchos elementos del vínculo familiar en crisis, o un signo de la época.

Relaciones familiares conflictivas
Representan el 68% del total de los casos de los chicos que fueron localizados
¿Cuáles son los conflictos familiares más frecuentes?
Los padres rechazan las amistades o novia/o del/a hijo/a Bajo desempeño escolar del chico Malas relaciones entre los miembros de la familia/discusiones Prefiere estar fuera de su casa: Se va con amigos de viaje Se va a casa de amigos Se queda dormido en otra casa y no avisa Se olvida de comentar las salidas/ dónde dormirá/pasará el día Prolongación de festejos (fin de año/de curso//cumpleaños)

- Uno de los motivos de abandono del hogar que resulta sorprendente es el referido a la prolongación de festejos. Los chicos manifiestan que fueron a una fiesta, se quedaron dormidos, después siguieron en la casa de otro amigo. Esto, que puede pasar las 24 horas de duración, implica la búsqueda desesperada de los padres, la denuncia en la Comisaría por la búsqueda de paradero y el ingreso al Registro de Chicos Perdidos.

● Es conveniente aclarar que, *en todos los casos, hay que hacer la denuncia en Comisarías*, porque se pone en marcha el circuito de búsqueda de paradero, un dispositivo que articula todas las comisarías de la Ciudad de Buenos Aires, ahora también conectada con la Red Policial de la Provincia de Buenos Aires y está proyectado organizarla a nivel nacional.

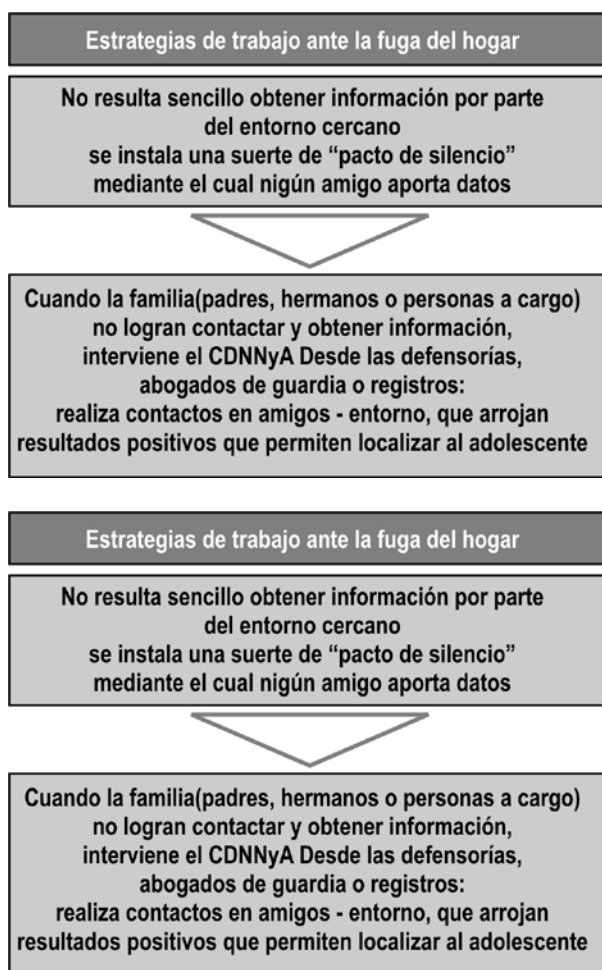
En casi todos estos casos, los padres o los familiares deben rastrear, rápidamente, los motivos que llevaron al chico o a esta jovencita a irse de la casa y detectar, inmediatamente, algún dato acerca de su posible localización. La tarea básica del equipo profesional y la tarea básica que se le pide a los padres es concentrarse en la red de amigos y compañeros de escuela para conocer los motivos por los cuales pudo haberse alejado de la familia. Ponerse en contacto con el grupo de amistades para lograr ubicar, exactamente, el paradero o el lugar donde están los chicos. Por ello, es tan importante tener el registro de teléfonos y direcciones de los amigos de la escuela. Aún cuando los adolescentes no quieran proporcionarlos, hay que insistirles y explicarles el motivo, la necesidad de que –en caso de riesgo o de accidente– podamos saber su última ubicación.



A veces no resulta clara esta información. Cuando el motivo es mucho más profundo y más serio, cuando hay una postura deliberada de ese joven o de esa joven de no dar información y cortar los lazos con la familia, se instala una suerte de pacto de silencio, mediante el cual ningún amigo aporta datos. Cuando la familia, padres, hermanos o personas, no logran contactar y obtener información, empieza el mecanismo para publicar las fotos en las carteleras públicas del Gobierno de la Ciudad.

Cuando se han agotado todas las estrategias, tanto nuestras como del Ministerio Público de la Nación, como de la propia Justicia para lograr ubicar el paradero de estos chicos, se apela a una movilización más global y al aporte de datos del conjunto de la comunidad. En estos casos el mensaje público es que el regreso del o la adolescente –o del niño– no será a su familia en forma directa, a fin de establecer las causas de fondo de esta decisión, indagar acerca de situaciones de posible violencia intrafamiliar y otros abusos.

Ante el relato de los y las adolescentes que permitan presumir la existencia de tales delitos, la intervención profesional del organismo administrativo está dirigida a resguardar al adolescente en un hogar alternativo, brindar atención terapéutica adecuada y restablecer los lazos con la escuela y con la comunidad. Asimismo, la Defensoría Zonal iniciará, según la situación específica, las denuncias penales contra los posibles victimarios.



5.1.2. Protección contra la violencia (abuso, incesto, explotación sexual)

5.1.2.1. Abuso, incesto

Las distintas formas de violencia y abuso que sufren los chicos expresan una de las perversiones características de la cultura dominante. Desde la perspectiva de género, podemos señalar que la dominación de un adulto –que generalmente es varón– sobre otra persona utilizada como objeto de placer psíquico, físico y/o sexual constituye una perversión y un acto de sometimiento y subordinación basado en el género y en la edad. Constituye un abuso de poder, un delito que impacta, gravemente, en la subjetividad y en el cuerpo de las víctimas, y cuya tipificación penal se agrava de acuerdo con el parentesco o relación que mantiene el agresor con la víctima.

La persistencia de los episodios de violencia y explotación sufridos por los chicos a lo largo de estas décadas de vida democrática y a pesar de los avances legislativos señalados, demuestran que estas formas de violencia requieren un tratamiento de mayor rigurosidad y especialización, que permitan avanzar y modificar la cultura del patriarcado.

Uno de los obstáculos ha sido la resistencia corporativa, de las viejas instituciones conservadoras, a incorporar la enseñanza de la educación sexual y de las conductas de género en el sistema educativo, o a universalizar los programas de salud sexual y reproductiva en los servicios de salud, ambos temas ya consagrados por legislaciones nacionales y locales y para los cuales se han establecido programas específicos que deben ser universalizados. Todavía hay sectores académicos y con-

fesionales que idealizan el rol de la familia tradicional, negándose a reconocer que la mayoría de las situaciones de violencia y abuso sexual infantil se generan en los hogares, siendo los victimarios, en su mayoría, familiares directos de las pequeñas víctimas.

Un relevamiento realizado por el área de Investigación del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, acerca de la relación vincular entre víctimas y victimarios, en aproximadamente trescientos legajos de abuso sexual infantil asistidos por sus Defensorías Barriales de Derechos, arrojó que el 79% de los agresores eran familiares directos de los chicos y chicas (padres, padrastros, tíos, abuelos, hermanos, etcétera).

Frente a las denuncias y comunicaciones ante situaciones de violencia, se siguen los pasos previstos en el procedimiento administrativo, descrito anteriormente en forma sucinta, y los protocolos acordados con las áreas de salud y educación.

5.1.2.2. Explotación sexual y comercial infante juvenil (ESCI)

También, observamos una fuerte persistencia de las situaciones de prostitución infantil y juvenil, de la explotación sexual y de la trata de mujeres, adolescentes y niñas. Circuitos, que en algún momento imaginamos pertenecientes al pasado, vuelven a delinarse, claramente, en el mapa de la corrupción y de la pobreza: reclutadores en las provincias más humildes, en el NEA y el NOA del país, como representantes de pequeñas empresas o agencias individuales, con cómplices locales que actúan de intermediarios.

Son prácticas delictivas que incluyen el ejercicio del abuso sexual y la explotación, el reclutamiento de chicas muy jóvenes en poblaciones humildes del interior del país ofreciéndoles, mediante engaños, trabajos domésticos o de otro tipo en las grandes ciudades (trata de personas). Al llegar a destino, las chicas se ven reducidas a servidumbre, privadas de sus documentos, convertidos sus cuerpos en meras mercancías, y tal como señalan los tratados internacionales de derechos humanos, sujetas a «una forma contemporánea de esclavitud» (Declaración de Estocolmo, 1996).

La explotación sexual de adolescentes y jóvenes puede ser prevenida, para ello es necesario detectar a tiempo el ingreso de las niñas y adolescentes a estos circuitos de promiscuidad y explotación, implica incorporar en la mirada atenta de docentes y profesionales de la salud las situaciones de vulnerabilidad que pueden constituir sus causas, entre ellas:

- Disfuncionalidad familiar.
- Autoritarismo y/o maltrato intrafamiliar.
- Pobreza e indigencia.

Desde el año 2002, se desarrolla, en el Consejo de los Derechos, un Programa de Prevención y Acompañamiento a víctimas de explotación sexual, cuyos objetivos centrales se centraron en:

- a) Efectuar un relevamiento de los ámbitos de concentración de la prostitución (Palermo, Constitución, Flores, Pompeya).
- b) Tomar contacto en la calle con las niñas, niños y adolescentes detectados a fin de darles asistencia y orientación.
- c) Articular acciones con otras áreas del Gobierno: Dirección de Prevención del Delito, Dirección de la Mujer, entre otras.
- d) Efectuar las denuncias de proxenetas y clientes en sede penal.
- e) Realizar campañas de concientización y brindar un canal de denuncias confiable a la población.

En el año 2005, se realizó en la Ciudad de Buenos Aires una campaña pública en medios gráficos y televisivos con la consigna:

«Sin clientes no hay prostitución infantil. Si conoce alguna situación de explotación sexual infante juvenil llame a la línea 102».

Otro de los mensajes, en este caso dirigido a la población infantil y adolescente, se difundió en folletería y afiches para escuelas, hogares y otros medios:

«Si te proponen tener sexo a cambio de plata o cualquier otra cosa, llámanos al 102, las 24 horas. Podemos ayudarte. Podemos cuidarte».

A partir de estas acciones, las denuncias se triplicaron. Desde el lanzamiento de la campaña (setiembre 2005) hasta agosto 2006, se recibieron 148 solicitudes de intervención que, una vez constatadas, dieron como resultado 78 denuncias judiciales.

El equipo de acompañamiento a víctimas de ESCI ha trabajado en el último período con 55 adolescentes y jóvenes, que discriminados por género y edad, involucran a 30 mujeres, 9 varones, 16 travestis, siendo la mayoría adolescentes entre 14 y 22 años de edad.

Las campañas de comunicación destinadas a concientizar, prevenir y detectar situaciones de explotación sexual no tuvieron continuidad.

En el año 2006, se creó en el ámbito nacional –hoy Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación– el Programa «Las víctimas contra las violencias», el cual ha desarrollado un sistema de Brigadas de la Policía Federal especializadas en violencia que pueden intervenir en las situaciones de emergencia a través de la línea telefónica 137. Articulan legalmente sus acciones con los servicios de protección de derechos de la ciudad y de las demás provincias.

5.1.3. Violencia en las escuelas

Una preocupación, frecuente en los últimos años, está relacionada con los reiterados incidentes y conflictos que tienen lugar en las escuelas en todos los niveles de la enseñanza. En el diagnóstico tradicional, se incluía el autoritarismo escolar y los viejos modelos de disciplina como herramientas de violencia o maltrato institucional puestos a ser revisados y modernizados. Si bien el avanzado proceso de democratización de la vida escolar es todavía un tema pendiente de balance y concreción, la preocupación central en el debate de la comunidad educativa, particularmente de los docentes, y en menor medida de los padres, está referida a las conductas agresivas e incluso violentas que expresan grupos de alumnos hacia el resto de la comunidad, tanto hacia sus maestros como hacia sus propios pares, otros alumnos. En los países europeos, hace bastante tiempo empezó a estudiarse el acoso entre estudiantes –denominado *bullying* en lengua inglesa–, término que en nuestro país no tuvo traducción inmediata. Posiblemente, la tipificación local identificó la conducta agresiva del alumno hacia otro, insultante en función del aspecto físico o social, como «discriminación», término que, sin embargo, no permite definir totalmente o no contiene los elementos de hostilidad más general.

Precisamente, el Informe Mundial de Violencia contra los niños del Relator Especial de Naciones Unidas, 2006, ya citado, dedica un párrafo importante a esta problemática:

«51. La violencia en las escuelas también se produce en forma de peleas y acoso entre estudiantes. En algunas sociedades, el comportamiento agresivo, incluidas las peleas, se percibe como un problema menor de disciplina. El acoso entre compañeros a menudo está ligado a la discriminación contra los estudiantes de familias pobres o de grupos marginados por su etnia, o que tienen características personales especiales (por ejemplo su aspecto, o alguna discapacidad física o mental). El acoso entre compañeros suele ser verbal, pero, a veces, también se produce violencia física. Las escuelas se ven afectadas también por los sucesos que tienen lugar en la comunidad en general, por ejemplo por la presencia acusada de bandas y de actividades delictivas relacionadas con ellas, especialmente las que tienen que ver con las drogas».

Las políticas de inclusión educativa de la última década han permitido la incorporación de la gran mayoría de la población infantil y adolescente al sistema educativo, sin embargo, los avances logrados no han sido acompañados por dispositivos y herramientas adecuadas para dar respuesta a estas nuevas problemáticas escolares. La incorporación de psicólogos y trabajadores sociales en la escuela secundaria, la designación de docentes «consejeros» o «tutores», los clubes de jóvenes, la modernización de la currícula escolar, todas estas medidas, con parcial grado de implementación en las distintas jurisdicciones educativas, pueden constituir la estrategia adecuada para brindar espacios de motivación, mediación y asistencia necesarios.

En la ciudad de Buenos Aires, el Programa «Nuestros derechos, nuestras vidas» articulado entre el Ministerio de Educación y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes ha

desarrollado desde el año 2002 talleres de reflexión y orientación en la mayoría de las escuelas secundarias, vinculados a la difusión de derechos, a la igualdad de oportunidades y de trato entre varones y mujeres, a sexualidad y conductas de género, a prevención de la violencia y del consumo de sustancias. Este programa, de carácter opcional para las escuelas, debería convertirse, debidamente evaluado, en una herramienta incorporada a la currícula escolar en forma universal y sistemática. En los años 2008 y 2009, el programa redujo sensiblemente la propuesta de talleres, particularmente, los referidos a sexualidad y a género, con el argumento de que, según la legislación local, la autoridad encargada de llevarlos adelante es el Ministerio de Educación de la Ciudad. A la fecha, marzo de 2010, los talleres de educación sexual en las escuelas siguen suspendidos o se realizan en un universo mínimo de adolescentes.

5.1.4. Adolescentes infractores a la ley penal

Análisis del marco legal

El Fuero Penal de Menores se rige por la Ley N.º 22.278 del Régimen Penal de la Minoridad, que tiene en su contenido cuestiones del tratamiento tutelar, inspirado en la ya derogada Ley de Patronato de Menores N.º 10.903 del año 1919. Hay una primera instancia, ante los Juzgados Nacionales de Menores y, luego, un proceso oral ante los Tribunales Orales de Menores, que juzgarán a los adolescentes entre 16 y 18 años que cometen hechos delictivos.

VER: Ley N.º 22.278 Régimen Penal de la Minoridad.
<http://www.portaldeabogados.com.ar/codigos/22278.htm>
<http://www.puntoprofesional.com/P/0650/LEY22278.HTM>

El proceso de los niños, niñas y adolescentes infractores a la ley penal, se dividirá en dos partes, una de actuación, que investigará la comisión del delito, y otra tutelar, en la cual se realizará un seguimiento por profesionales designados por el juzgado interviniente.

Los Juzgados de Menores tienen secretarías actuarias y secretaría tutelar. En las secretarías actuarias, se sustancia el proceso principal, en el cual se va a investigar la autoría del delito. Cuando el niño, niña o adolescente comete un delito, esta secretaría de actuación, además, lo dispone tutelarmente.

La disposición tutelar es la medida que toma el juez, en la cual se convierte en una especie de juzgador, defensor, buen padre de familia, tutor, etcétera. Esta disposición tutelar es, netamente, discrecional y está regida, salvo algunas excepciones, por concepciones de la vieja normativa del Patronato de Menores, tomando a los niños, niñas y adolescentes como objetos de protección y no como sujetos de derecho, como lo marca la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), incorporada a la Constitución Nacional, en el Art. N.º 75, inc. 22.

Cabe agregar que los Juzgados de Menores, en cuanto a las disposiciones tutelares, se rigen por el Reglamento para la Jurisdicción Nacional, el cual nos dirá, por ejemplo, que los expedientes tutelares son secretos, que no están abiertos a las partes, siendo esto abiertamente contradictorio con lo que tipifica la Convención. Entonces, vamos a tener que un Reglamento contradice a la Carta Magna. Una verdadera «esquizofrenia» jurídica.

Es importante tener en cuenta que los niños y niñas menores de 16 años que cometan un delito no son punibles, pudiendo, sí, quedar dispuestos tutelarmente. Siempre que alguien entre 16 y 18 años cometa un delito se le llevará adelante un proceso en el que se lo podrá responsabilizar por su conducta ilícita, imponerle pena y será dispuesto tutelarmente.

En ambos casos, de acuerdo con la discrecionalidad del juez, y en virtud de la disposición tutelar, el infractor podrá quedar alojado en un instituto de menores, o sea, privado de libertad.

Cuando los niños, niñas y adolescentes cometen un delito junto a un mayor de edad, el juzgado que interviene es el de menores, porque este es fuero de atracción de los mayores, en razón de su especialidad.

A los chicos y chicas que cometen un delito se les recibe declaración indagatoria en la secretaría de actuación, esto está tipificado en el Código Procesal Penal de la Nación y, aquí, el infractor siempre tiene derecho a una defensa técnica, ya sea por un abogado de su confianza o por el defensor público.

Esta declaración indagatoria rige, tanto para los chicos/as como para los adultos, pero la diferencia empieza a surgir cuando, en este proceso, son autores de un delito un mayor y un menor. El mayor tendrá, después de la declaración indagatoria, la posibilidad, a través de su abogado, de la interposición del beneficio de la excarcelación.

Con respecto al menor, este beneficio de la excarcelación no existe porque, acá, es cuando se divide el proceso, y el chico/a pasa a la secretaría tutelar, por la mencionada disposición tutelar, donde su suerte quedará librada a la discrecionalidad del juez, quien no solo tendrá en cuenta el hecho ilícito, sino como vive, por ejemplo, debiendo decir que el derecho penal es enormemente selectivo de las clases sociales más vulnerables, ocasionando, en la mayoría de los casos, desigualdades entre chicos y chicas pertenecientes a distintas clases sociales.

En este dispositivo tutelar, el niño, niña o adolescente no es tratado, justamente, como un sujeto de derecho, donde, casi siempre, no se toma en cuenta su opinión, no tiene la posibilidad de designar un abogado defensor, el juez le designa de oficio a un Defensor Público de Menores e Incapaces. Estos defensores no son una defensa técnica en el proceso tutelar, sino que muchas veces son, en realidad, asesores de los jueces.

Así, podemos encontrar que los propios Defensores Públicos de Menores e Incapaces plantean que los menores permanezcan alojados en institutos de menores. En esta disposición tutelar, los jueces toman la medida de institucionalización como una medida de «protección», pero en realidad, se priva de libertad a los pibes y pibas, donde se está castigando o penando, justamente, con esta medida, y esto ocurre, no solamente, con los que son punibles, o sea, los mayores de 16 años, sino también con los que son inimputables.

Es decir, un pibe que comete un delito a los 14 años puede quedar alojado en un instituto de menores, con las características que tienen los institutos de menores, donde los niños, niñas y adolescentes pierden su individualidad, donde no se toma en cuenta al sujeto como tal y donde la mayoría de las veces, salvo raras excepciones, están en situaciones de hacinamiento, es decir, con mucha vulneración de derechos.

Convengamos que, cuando hablamos de estos mecanismos de internación, la Convención la plantea como medida de última ratio y, en muchos casos, los jueces la aplican como la primera y única medida.

Es importante en cuanto a los niños, niñas y adolescentes infractores a la ley penal, tener en cuenta lo normado en los artículos N.º 37 y N.º 40 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, a saber:

La Convención en su Art. N.º 37 nos dice que los Estados partes velarán porque:

a) Ningún niño sea sometido a torturas o a otros tratos o penas, crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de dieciocho años de edad.

b) Ningún niño sea privado de su libertad, ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda.

c) Todo niño privado de libertad será 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. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo circunstancias excepcionales.

d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y a otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un Tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

Art. N.º 40:

1) Los Estados partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido dichas leyes, a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y del valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros, y en la que se tenga en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y que este asuma una función constructiva en la sociedad.

2) Con ese fin y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados partes, garantizarán, en particular:

a) que no se alegue que ningún niño ha infringido las leyes penales, ni se acuse o declare culpable a ningún niño de haber infringido esas leyes, por actos u omisiones que no estaban prohibidos por las leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron;

b) que todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse de haber infringido esas leyes se le garantice, por lo menos, lo siguiente:

- que se lo presuma inocente mientras no se pruebe su culpabilidad;
- que será informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o representantes legales, de los cargos que pesan contra él, que dispondrá de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa;
- que la causa sea dirimida sin demora por autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial, en una audiencia equitativa conforme a la ley, en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado y, al menos que se considere que ello fuere contrario al interés superior del niño, teniendo en cuenta su edad o situación y a sus padres o representantes legales;
- que no será obligado a prestar testimonio o declararse culpable, que podrá interrogar o hacer que se interroge a testigos de cargo y obtener la participación y el interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad;

- si se considerare que ha infringido, en defecto, las leyes penales, que esta decisión y toda medida impuesta a consecuencia de ellas serán sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial conforme a ley;
- que el niño contará con la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado;
- que se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.

3. Los Estados partes tomarán todas las medidas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes, en particular:

- a) el establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;
- b) siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales.

4. Se dispondrá de diversas medidas, tales como el cuidado, las ordenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación en hogares de guarda, los programas de enseñanza y supervisión profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarde proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción.

Párrafo aparte merece el funcionamiento del proceso que se sigue a los chicos y chicas por infracción a la Ley N.º 23.737, la Ley de Drogas, donde impera el sistema de la tutela, y reciben un tratamiento similar al que se le da en el fuero penal ordinario.

VER: Ley N.º 23.737 Tenencia y Tráfico de Estupefacientes.

<http://legales.com/Tratados/d/destupefa.htm>

<http://www.mseg.gba.gov.ar/Investigaciones/DrogasIllicitas/ley%2023737.htm>

En cuanto a los Juzgados Federales, no echan mano tan asiduamente a la internación de menores en institutos, pero, sí, a la institucionalización de menores con el tema de los tratamientos socio-educativos. Aquí, entra a jugar otra cuestión bastante delicada, que es la terciarización de los recursos. Los juzgados derivan a los chicos y chicas al Patronato de Menores de la Cámara Federal, donde son entrevistados por un profesional psicólogo o asistente social y, la primera vez que al menor, por ejemplo, se lo encuentra con un «porrito», por lo general, se termina la disposición. Cuando el pibe/a es reincidente, ya empezamos a ver esta cuestión de la terciarización, la posibilidad de derivarlo a algún tipo de tratamiento.

Los jueces, en líneas generales, cuando no saben que hacer, mandan al menor a tratamiento con la esperanza de que, mediante el tratamiento psicológico, se pueda solucionar su problemática y, así, dar por concluidas las actuaciones.

En realidad, desde el Estado, no hay una política criminal seria para terminar con el gran tráfico de drogas, donde el sistema judicial ejerza el control social sobre los traficantes y no solo mire al pibe/a que se fuma un cigarrillo de marihuana.

Actualmente, hay proyectos de ley que se están discutiendo, donde *se plantea el cambio de normativa, por un Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil*. Este sistema tendrá que basarse en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing) y las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad. Así, los centros de detención deben satisfacer todas las exigencias de higiene y de la dignidad humana. Deberán responder a su finalidad, es decir, la rehabilitación de los menores en tratamiento de internado, teniéndose debidamente en cuenta la necesidad de intimidad, de estímulos sensoriales, de respeto por su religión, de fomentar su educación y las posibilidades de asociación con sus compañeros y de participación en actividades deportivas y actividades de esparcimiento, etcétera. Deben organizarse diversos centros de detención de niños y niñas, con la menor población posible y teniendo en cuenta, plenamente, las necesidades y situaciones concretas y los requisitos especiales que exijan su edad, personalidad, sexo y tipo de delito, así como su salud física y mental, y que garanticen su protección contra influencias nocivas y situaciones de riesgo (por ejemplo, vigilancia regular y discreta en los dormitorios para evitar autoagresiones, violaciones, etcétera). En estos centros, se deben garantizar a los niños/as todos los derechos consagrados en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Asimismo, deben tenerse también en cuenta las Directrices de Riad para la prevención de la delincuencia juvenil y el importante rol que debe cumplir el Estado, a fin de garantizar políticas de inclusión social, para que los niños, niñas y adolescentes no se vean tentados a incursionar en el mundo delictivo.

En esta discusión, es importante el tema presupuestario, no se puede discutir una reforma penal si no tenemos los recursos suficientes para hacer que el sistema de garantías funcione adecuadamente.

El Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil deberá contener las garantías del debido proceso, donde el adolescente infractor realice un reproche jurídico por su conducta ilícita, con penas alternativas a las medidas privativas de libertad, las que solo deberán tenerse en cuenta para hechos graves, por el más breve tiempo posible y tendiente a la reintegración social.

6. Bibliografía

- BRINGIOTTI, M. I. *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES - GCBA. Giberti, E. (compil.). *Los malos tratos y abusos sexuales contra niños, niñas y adolescentes*. Buenos Aires: Espacios, 2005.
- CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES y UNICEF. *Una Ley joven para los más jóvenes de la Ciudad*. Edición comentada de la ley 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2002.
- CHEJTER, S. La niñez prostituida. *Estudio sobre la explotación sexual comercial infantil en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF, 2001.
- GALLO, G. «Los adolescentes en el fuero civil y penal. El ámbito Federal cuando se trata de drogas». Conferencia dictada en el marco del Seminario sobre *Adolescencia* organizado por el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, abril de 2003.
- GIBERTI, E. et ál. *Incesto paterno filial, una visión multidisciplinaria*. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1998.
- GOMES DA COSTA, A. C. *Pedagogía de la presencia*. Buenos Aires: Losada - UNICEF, 1995.
- MINYERSKY, N. et ál. *Explotación sexual comercial en Argentina*. Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer, 2002.
- NADDEO, M. E. *Situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Aportes para la discusión de las políticas públicas en la Ciudad de Buenos Aires*. J. Colombo (compil.). Buenos Aires: Paidós - Tramas Sociales, 2007.

PINHEIRO, P. S. *Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños*. Naciones Unidas, Asamblea general, 29 de agosto, 2006.

UNICEF. *Derechos: Reglas de Naciones Unidas para la protección de Menores Privados de Libertad y otros*, 1997.

UNICEF (Argentina). *Convención Internacional de los Derechos del Niño y otros tratados*, 2003.

Este color significa ALERTA	EDUCACION ESTUDIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		GRADO CURSO [][]		AÑOS APROBADOS [][]		PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		AÑOS REPETIDOS Causa _____ _____		DESERCIÓN <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____ _____		EDUCACION NO FORMAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____					
	Observaciones																			
	TRABAJO <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1 ^{ra} vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado		ACTIVIDAD EDAD INICIO TRABAJO [][] años horas por semana [][]		TRABAJO horas por semana [][]		HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c		RAZON DE TRABAJO <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c		TRABAJO LEGALIZADO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		TRABAJO INSALUBRE <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c		TIPO DE TRABAJO _____ _____					
	Observaciones																			
	VIDA SOCIAL aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		ACEPTACION aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		NOVIORA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> AMIGOS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD GRUPAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DEPORTE <input type="checkbox"/> horas por semana [][] TV <input type="checkbox"/> horas por día [][]		OTRAS ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____ _____									
	Observaciones																			
	HABITOS SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALIMENTACION ADECUADA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		COMIDAS POR DIA <input type="checkbox"/>		COMIDAS POR DIA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>		TABACO <input type="checkbox"/> digarillos por día [][]		EDAD INICIO TABACO [][] años		ALCOHOL <input type="checkbox"/> equivalente a litros de cerveza por semana [][]		EDAD INICIO ALCOHOL [][] años		OTRO TOXICO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo _____		CONDUCE VEHICULO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	
	Observaciones																			
	GINECO-UROLOGICO MENARCA/ESPERMARCA [][] años [][] meses		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresp. día [][] mes [][] año [][]		CICLOS REGULARES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		DISMENORREA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c		FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Cuál? _____		EMBARAZOS <input type="checkbox"/>		HIJOS <input type="checkbox"/>		ABORTOS <input type="checkbox"/>			
	Observaciones																			
	SEXUALIDAD NECESITA INFORMACION <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas		PAREJA <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c		EDAD INICIO REL SEX. años [][]		PROBLEMAS EN REL SEX. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c		ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c		CONDON <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c		ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si					
	Observaciones																			
	SITUACION PSICOEMOCIONAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás				IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás				AUTO PERCEPCION <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro				REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno				PROYECTO DE VIDA <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> ausente			
	Observaciones																			
	EXAMEN FISICO ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		PESO (Kg) [][][][] Centil peso/altura [][]		TALLA (mm) [][][][] Centil talla/edad [][]		PIEL Y FANERAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		CABEZA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		AGUDEZA VISUAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		AGUDEZA AUDITIVA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		BOCA Y DIENTES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		CUELLO Y TIROIDES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal			
TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		PRESION ARTERIAL [][][][] / [][][][] FRECUENCIA CARDIACA [][][][] latidos/min		ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		TANNER <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales		VOLUMEN TESTICULAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal Der. _____ cm ³ Izo. _____		COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		
Observaciones																				
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL																				
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																				
Responsable _____ Fecha próxima visita _____ da _____ mes _____ año _____																				

Anexo 2

HdA – Formulario complementario de salud reproductiva

CLAP-OPS/OMS HdA - FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD REPRODUCTIVA		ESTABLECIMIENTO		H.C. N°	
APELLIDO Y NOMBRE _____ SEXO masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>					
N° Consulta de Salud Reproductiva <input type="text"/>		EDAD años <input type="text"/> meses <input type="text"/>		Fecha de última consulta principal día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	
FECHA día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		Referido por: _____		ACTIVIDAD trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no, y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> horas por semana <input type="text"/>	
				TRABAJO horas por semana <input type="text"/>	
				ESTADO CIVIL soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>	
				Fecha última menstruación <input type="checkbox"/> no conoce <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	
Motivos de consulta:					
1 _____					
2 _____					
3 _____					
DESARROLLO PUBERAL MUJER			HOMBRE		
TELARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>		PUBARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>		PUBARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>	
VELLO AXILAR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>		MENARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>		VELLO AXILAR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>	
RITMO MENSTRUAL <input type="text"/> / <input type="text"/> días		CANTIDAD escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		COAGULOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones: _____					
DOLOR MENSTRUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> premenstrual <input type="checkbox"/> menstrual <input type="checkbox"/> postmenstrual <input type="checkbox"/>					
MASTODINIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Otras molestias: _____					
SEXUALIDAD Fuente de información: _____ Calidad de la información: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Ninguna					
PAREJA ACTUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE RELACION años <input type="text"/> meses <input type="text"/>		EDAD PAREJA años <input type="text"/>	
				ACTIVIDAD DE LA PAREJA trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no, y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/>	
				TRABAJO DE LA PAREJA horas por semana <input type="text"/>	
				ESTADO CIVIL DE LA PAREJA soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>	
				NIVEL DE EDUCACION DE LA PAREJA no escolariz. <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> universitario <input type="checkbox"/>	
EDAD INICIO Pareja no sexual <input type="checkbox"/> años <input type="text"/> Pareja sexual <input type="checkbox"/> años <input type="text"/>		TIPO EXPERIENCIA SEXUAL no <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/>		NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (pareja actual) no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
				FRECUENCIA COITAL (pareja actual) <input type="text"/> veces / <input type="text"/> día <input type="text"/> semana <input type="text"/> mes	
				NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (parejas pasadas) no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
				NUMERO DE PAREJAS SEXUALES (petting IV) <input type="text"/>	
MASTURBACION no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> años (inicio) <input type="text"/> veces / día <input type="text"/> semana <input type="text"/> mes <input type="text"/>					
Observaciones: _____					
ABUSO SEXUAL					
Abuso sexual no <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/> reiterado <input type="checkbox"/>		Tipo de abuso _____		Edad agresor años <input type="text"/>	
		¿Quién? _____		Cantidad de agresores <input type="text"/>	
		Denuncia n/c <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿Dónde? _____		Edad inicio del abuso años <input type="text"/>	
				Tiempo años <input type="text"/>	
				TRATAMIENTO meses <input type="text"/> semanas <input type="text"/>	
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cumplido	
Observaciones: _____					
METODOS ANTICONCEPTIVOS					
EMBARAZO CON USO de METODOS ANTICONCEPTIVOS		CONOCE M.A.C. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HA USADO ANTES no siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si (siempre) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
¿CUAL? _____		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Coito interrumpido Ogino-Knauss (Calendario) Temperatura basal Billings Condón Diafragma Espemicidas Horm. Oral (píldora) Horm. Iny. depósito Horm. Iny. mensuales Horm. subcutáneos Píldora día siguiente D.I.U. Esterilización fem. Esterilización masc. Lavado vaginal		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
OTROS: _____		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Razón de su NO uso en adolescentes con experiencia sexual: _____					

Este color significa ALERTA

SIA esp / Form. Compl. Salud Rep. (anex)

Este color significa ALERTA	E.T.S.	¿Tiene alguna? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿tiene alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	¿Ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> _____ Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> _____								
	¿Conoce alguna? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____ _____											
Observaciones:												
FECUNDIDAD												
EMBARAZOS <input type="text"/> = <input type="text"/> abortos + <input type="text"/> esp. + <input type="text"/> provocados + <input type="text"/> emb. ectópico EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c nacimientos = <input type="text"/> nac. vivos + <input type="text"/> nac. muertos Lactancia actual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c Lactancia pasada <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Máxima lactancia <input type="text"/> meses Mínima lactancia <input type="text"/> meses Regulación menstrual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no n/c no corresponde		Patología en embarazo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Edad 1er. embarazo <input type="text"/> años Hospitalizaciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Infecciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Edad 1er. parto <input type="text"/> años		PESO 1er R.N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g 2do R.N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g 3er R.N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g 4to R.N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g								
Observaciones:												
EXAMEN FISICO												
PATRON DE VELLO CORPORAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> Completar el examen físico en el formulario H6A - Consulta Principal												
GENITO-URINARIO												
FLUJO VAGINAL antes no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Olor no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> COLOR _____ DURACION <input type="text"/> días		Actual no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> MOLESTIAS no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> DURACION <input type="text"/> días		SECRECION URETRAL antes no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Olor no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> COLOR _____ DURACION <input type="text"/> días								
Observaciones:												
EXAMEN GINECOLOGICO												
TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello <input type="checkbox"/>	VULVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CLITORIS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	HIMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	VAGINA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO UTERINO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUERPO UTERINO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TACTO VAGINAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	TACTO RECTAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	ANEXO IZQ. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ANEXO DER. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Toma de muestras
Observaciones												
EXAMEN GENITAL MASCULINO												
TANNER genitales <input type="checkbox"/> vello <input type="checkbox"/>	PENE CUERPO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GLANDE normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PREPUCIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	SECRECION no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ESCROTO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTICULO DERECHO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTICULO IZQUIERDO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Observaciones:			
Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores:												
EXAMENES COMPLEMENTARIOS												
Hemograma	Urocult. y antibiogr.	Nitrogeno ureico	HIV	Examen fujp vaginal	Radiografía							
Sedimento urinario	Uremia	Perfil lipídico	Papanicolaou	Cultivo fujp vaginal	Ecografía							
Químico de orina	Glicemia	VDRL u otro	Test de Schiller	Perfil hormonal	Colposcopia							
Diagnósticos												
1						Tratamiento:			1			
2						2			2			
3						3			3			
Observaciones, indicaciones e interconsultas												
Responsable _____ Fecha próxima visita _____												



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires

