

Principales problemas de los adolescentes

Dr. G. Galdó Muñoz
Catedrático de Pediatría
F. de Medicina de la Universidad de Granada

PROBLEMAS SANITARIOS DE LOS ADOLESCENTES

A continuación voy a hacer una exposición breve de los problemas sanitarios más importantes que preocupan a los adolescentes y que el médico que trate a los mismos debe conocer para abordarlos adecuadamente y poder resolverlos.

A todos los adolescentes lo primero que les preocupa es su normalidad, si su crecimiento es el adecuado o, por el contrario, presenta problemas que pueden repercutir en su propia imagen y en sus relaciones con los demás adolescentes y en su futuro.

Es bien conocido que el estirón puberal tiene unas variaciones de unos adolescentes a otros, lo cual plantea muchas veces la sensación de anormalidad, en cuanto a crecimiento retardado o acelerado, con esa desproporción temporal que en todos se produce, y a ello se suma la variabilidad en el inicio del desarrollo puberal (generalmente más precoz en las chicas que en los chicos) y condiciona el primer problema respecto a estas características propias de su edad.

La imagen ideal ha evolucionado a lo largo de la humanidad, estando condicionada por numerosos factores. En la antigüedad la imagen a imitar podía ser el Discóbolo o la Venus de Milo. A lo largo de muchos siglos predominó la imagen con numerosas curvas y redondeces, de lo que son ejemplos las numerosas obras de arte (p. ej. Las Tres Gracias, de Rubens), pero que con el paso del tiempo han dado lugar a otra imagen en las chicas, más delgadas y, como anticipábamos, influidas por factores extrínsecos como los cambios culturales, las modas, la publi-

cidad, la insatisfacción familiar, el entorno etc. Uno de los ejemplos de ello han sido la evolución de los concursos de belleza idealizando una imagen delgada, con reducción progresiva de las medidas, como ejemplo de belleza, si bien en los últimos han vuelto a aumentar algunas medidas. Los tipos a imitar están presididos por los modelos y los actores famosos.

El aspecto físico. La satisfacción de la propia imagen es fruto de numerosas frustraciones en los adolescentes. En unos casos está relacionada con el tamaño o las proporciones en relación con el crecimiento y la maduración, pero en otras muchas se relaciona con problemas del tamaño o aspecto de determinada parte de su cuerpo (nariz, orejas, implantación y cantidad de pelo y vello, aspecto del pecho y tamaño del mismo en la chica y en el varón la presencia de ginecomastia, forma de las piernas, de las nalgas, etc.), junto a problemas dermatológicos muy variados (acné, cicatrices, dermatitis atópica, vitíligo, alopecia, hirsutismo, pitiriasis, dermatomycosis, etc.).

Un problema muy importante en el momento actual y que debemos conocer con todas sus implicaciones es el del llamado *body art*, la tendencia a un uso amplio de los *piercings* y tatuajes, en muchas ocasiones sin valorar sus contraindicaciones o con la aparición de efectos indeseados por la práctica mediante técnicas no correctas, y la aparición de alergias, sobreinfecciones, etc.

Hábitos y trastornos nutricionales. En directa relación con la autoimagen hay que considerar los hábitos nutricionales y dietéticos de los adolescentes. En la actualidad los adolescentes, en general por su tendencia a la irregularidad en las comidas, el uso y, en

ocasiones, el abuso del consumo de los alimentos rápidos, al consumo de *fast-foods* y sin una dieta equilibrada, muchas veces por considerar que el éxito radica en una imagen de delgadez, ante lo cual se someten además en muchas ocasiones a dietas muy variadas, desde edades muy precoces, sin información suficiente, se pueden producir numerosos y variados trastornos nutricionales tanto por exceso como por defecto y en relación con macronutrientes o micronutrientes, siendo el origen de cuadros de obesidad, hiperlipemia, malnutrición, déficit minerales, vitamínicos, y los trastornos emergentes en este período de edad como son la anorexia nerviosa, la bulimia, el síndrome de temor a la obesidad y los más modernos de la ortorrexia y vigorrexia.

Únicamente se suele observar carencia en calorías o proteínas en los casos de restricción voluntaria de alimentos para perder peso, en dietas desequilibradas o enfermedades que cursan con malabsorción o pérdidas excesivas de proteínas. Cuando existe un déficit de aporte calórico, aunque el aporte proteico sea normal, la manifestación clínica fundamental es la ganancia insuficiente o pérdida de peso asociada con frecuencia a carencias específicas y alteraciones del metabolismo intermediario, desaparición del panículo adiposo y atrofia muscular, con detención del crecimiento.

Los adolescentes que hacen dietas vegetarianas están más expuestos a la carencia de cinc y deben ser controlados más estrechamente. En los varones, la deficiencia grave es responsable de un síndrome de *hipocrecimiento con hipogonadismo*, acompañado de anemia generalmente intensa y hepatoesplenomegalia. Déficit más leves pueden provocar retraso del crecimiento sobre todo y de la maduración sexual, por lo que debe ser investigado este oligoelemento en todos los cuadros de hipocrecimiento o retraso de la pubertad.

El aumento del volumen circulatorio y eritrocitos requiere un aporte adecuado de nutrientes, especialmente hierro, proteínas, folatos, vitamina B₁₂ y cobre. Si éstos no se cubren, bien porque la alimentación sea deficiente o por un aumento de las necesidades, como sucede en el embarazo, se producen cuadros de anemia que, sobre todo en su forma leve o subclínica, son muy frecuentes. La más importante de todas es la ferropénica. El balance negativo de hierro es habitual, ya que la mayoría de los jóvenes no ingieren los 18 mg recomendados y, sobre todo,

los elevados requerimientos de la gestante, menarquía y primeras menstruaciones no pueden ser cubiertos por la dieta y es imprescindible administrar un suplemento diario de 30 a 60 mg. Las anemias megaloblásticas se originan por deficiencia de folato o vitamina B₁₂. Son poco frecuentes en el adolescente sano y solamente se observan cuando existe un factor etiológico específico o circunstancias especiales que favorecen el déficit. La carencia de folatos es frecuente durante la gestación, en situaciones de hemólisis crónica, en los síndromes de malabsorción o secundaria al uso de anticonceptivos, difenilhidantoinas, primidona y fenobarbital, que interfieren en la biodisponibilidad y absorción del ácido fólico. La carencia dietética pura de vitamina B₁₂ solamente se observa en los que siguen un régimen vegetariano estricto. Excepcionalmente pueden producirse anemias por carencias de otros nutrientes: proteínas, cobre, algunas vitaminas (vitamina B₆, riboflavina, ácido pantoténico, ácido ascórbico).

La obesidad es otro de los problemas más importantes de los adolescentes. Entre el 5 y el 20% de este grupo de edad tienen un exceso de peso y el 80% aproximadamente de éstos seguirán siendo obesos en la edad adulta. La mayoría de los casos obedecen a la denominada obesidad exógena, ligada etiopatogénicamente a un balance energético positivo, a la ingesta de dietas hipercalóricas o hábitos alimentarios desordenados, en menor proporción a la escasa actividad física y quizás a una predisposición genética para conservar y almacenar la energía. En este grupo de edad puede tener una repercusión muy desfavorable sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social. El frecuente rechazo o discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena sentimientos de rechazo, aislamiento, depresión e inactividad, que frecuentemente producen aumento de la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava, o al menos perpetúa, el cuadro de obesidad.

La anorexia nerviosa va a ser tratada ampliamente a continuación.

El síndrome de temor a la obesidad.

La ortorrexia es un problema reciente motivado fundamentalmente por la obsesión en hacer una ingesta de alimentos ecológicos, llevada a su máximo extremo, con lo cual las dietas a las que se someten algunos adolescentes pueden causar graves trastornos nutricionales.

La vigorrexia o deseo de desarrollar musculatura, aparte de implicar una actividad física especial con ejercicios destinados a aumentar la musculatura, implica también, en la mayoría de las ocasiones, modificaciones en la dieta con exceso de ingesta de alimentos proteicos y la no menos preocupante ingesta hormonal.

Patología del aparato locomotor. Citaremos las más frecuentes: la escoliosis idiopática, la epifisitis vertebral (enfermedad de Scheuerman), la enfermedad de Osgood-Schlatter y la epifisiólisis de la cabeza femoral. Actualmente y como secundario al abuso de deporte (marcha, *footing*), el llamado síndrome de mal alineamiento rotuliano o condromalacia rotuliana (dolor retrorrotuliano con crepitación, mayor al subir escaleras o mantener durante mucho tiempo la rodilla en flexión y desviación de la rótula en general de tipo medial). También puede iniciarse a esta edad la artritis reumatoide juvenil, las teno-sinovitis y algunos tumores óseos benignos como el osteoma osteoide, el quiste óseo solitario y el quiste aneurismático junto al osteosarcoma y sarcoma de Ewing. También son frecuentes algias en los miembros inferiores, catalogadas de "*dolores de crecimiento*", de etiología desconocida y predominio por la tarde y noche. Ante la presencia de estos dolores deben descartarse las múltiples causas que pueden motivarlos.

Enfermedades incapacitantes y minusvalías. De gran repercusión en la adaptación familiar, social y laboral.

El asma se presenta a veces en forma solapada, otras en forma rebelde, o bien como la llamada enfermedad de las pequeñas vías aéreas caracterizada por alteraciones de tipo anatomofuncional, diagnosticable por las pruebas de función pulmonar, responsable del asma de sobreesfuerzo, crisis de broncoespasmos estacionales o por irritantes ambientales. Tiene implicaciones psicosociales, repercutiendo sobre la maduración psicológica, comportamiento y relaciones sociales del adolescente, con gran influencia sobre la personalidad familiar; limita en la mayoría de las ocasiones la actividad física; es frecuente la repercusión sobre la talla y maduración ósea, sobre todo en los temidos casos de corticodependencia, así como incluso en la maduración sexual, trastorno más llamativo en los varones.

Otras enfermedades crónicas como fibrosis quística, la epilepsia, así como las minusvalías físicas y psí-

quicas, etc., condicionan problemas importantes en el normal crecimiento, desarrollo y adaptación de los adolescentes.

Las neoplasias constituyen la segunda o tercera causa de muerte, a pesar de que ocupan un lugar modesto en las tasas de morbilidad. El tipo de tumores que se ven a esta edad son distintos de los del niño pequeño. Las leucemias y linfomas se siguen viendo con mucha frecuencia; el rhabdomyosarcoma tiene un nuevo pico en su incidencia de los 15 a los 20 años y son muy frecuentes a esta edad los tumores óseos, especialmente el sarcoma osteógeno y el tumor de Ewing.

Enfermedades infecciosas. Además de las infecciones de transmisión sexual adquieren especial relieve las infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, la mononucleosis infecciosa y la hepatitis vírica.

Patología cardiovascular. En la adolescencia es importante la detección precoz de los factores de riesgo de enfermedad coronaria antes de que se establezca el cuadro de aterosclerosis. Para ello es aconsejable hacer lipidograma, colesterol y triglicéridos especialmente ante la existencia de hipertensión, obesidad, historia familiar de infartos o crisis anginosas, o antecedentes de hipercolesterolemia. Aunque las cifras son muy variables, se establece a esta edad como riesgo un valor superior a 200 mg/dL con LDL superior a 130 mg/dL. Igualmente es útil el control de la tensión arterial en un intento de prevenir la hipertensión del adulto. Sobre todo en las niñas, con cierta frecuencia se inician los síntomas clínicos de prolapso de la mitral con palpitaciones, dolor retroesternal, mareos, etc., diagnosticable mediante la ecocardiografía.

Patología gastrointestinal. Hay que tener en cuenta la anorexia, los vómitos, el intestino irritable, el dolor abdominal funcional, la úlcera péptica y las enfermedades inflamatorias del intestino. La úlcera gastroduodenal se presenta habitualmente en forma de dolor abdominal de evolución subaguda o crónica, pero en ocasiones lo hace como un cuadro agudo y excepcionalmente con las características de dolor tardío en brotes estacionales. Las enfermedades inflamatorias del intestino son fundamentalmente la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Ambas pueden comenzar con diarrea sanguinolenta, dolor y tenesmo, pero no es excepcional que evolucionen durante algún tiempo con un cuadro inespecífico de

anorexia, laxitud, pérdida de peso o simplemente disminución de la velocidad de crecimiento y molestias abdominales vagas.

Alteraciones endocrinológicas. Además de los cuadros de pubertad precoz y retrasos de la pubertad, durante estos años son frecuentes los hipotiroidismos por dishormonogénesis y tiroiditis y también crean problemas los enfermos diabéticos que, frecuentemente, con el comienzo de la pubertad, tienen tendencia a descompensarse y necesitan un control muy riguroso.

Problemas relacionados con el deporte. En relación con el ejercicio físico es muy importante conocer el tipo de dicha actividad física practicada por cada adolescente (deporte esporádico, de mantenimiento, escolar, programado y federado de élite) y en función al mismo poder hacer la valoración previa de salud y las recomendaciones oportunas para prevenir tanto las lesiones específicas como los problemas derivados de una práctica inadecuada del mismo

Problemas escolares. Inadaptación o disfunción escolar. Las dificultades y el bajo rendimiento escolar son muy importantes por su frecuencia y porque se asocian en muchas ocasiones a otros trastornos y pueden favorecer la presentación de alteraciones de conducta más graves. Recientemente, se han separado del grupo de causas orgánicas, o causas más sutiles de procesos mal definidos como dislexia, hiperactividad, disfunción cerebral mínima y otras. Clínicamente se expresan por alteraciones de la atención, disminución de la capacidad cognoscitiva, desajuste emocional, agnosia digital, disgrafestesia, ligera incoordinación motora y otras alteraciones neurológicas leves. Todas ellas muestran como síntoma o signo guía un retraso escolar de dos a cuatro años en relación con los jóvenes de su edad. El fracaso escolar determina una baja autoestima y favorece el contacto con grupos marginales y de conducta antisocial.

Problemas relacionados con el sexo. Otro grupo de problemas frecuentes en los adolescentes son los que se refieren a la esfera sexual, tanto en lo que toca a la identidad sexual como a las relaciones sexuales homosexuales o heterosexuales, las enfermedades de transmisión sexual, la contracepción, el embarazo precoz y su prevención o el aborto, así como la maternidad o paternidad y problemas relacionados con ello.

Patología ginecológica en las chicas (alteraciones menstruales, dismenorrea, displasia cervical, etc.) y la patología urológica en los varones.

Problemas sociales. La inadaptación social, los problemas de huida del hogar, la violencia, especialmente la violencia entre iguales, la delincuencia juvenil, el síndrome de estrés traumático, la prostitución, el abuso sexual, las conductas de riesgo, el tiempo libre, su relación con la música, la integración en pandillas o tribus urbanas, y el problema de *la movida* y *el botellón* o *los botellones*. El uso de drogas y los accidentes.

Conducta antisocial. Se incluyen en este apartado una serie de alteraciones del comportamiento que van desde la vida irregular, con huidas frecuentes del domicilio familiar, descuido personal y olvido de las normas de convivencia habitualmente aceptadas, hasta la realización de actos delictivos: robos, violaciones, homicidios, etc. Con frecuencia la conducta delictiva va asociada al consumo de drogas, personalidad psicopática y factores ambientales desfavorables (medio familiar hostil, pobreza, educación deficiente, contacto con minorías marginadas). La combinación de varios factores permite identificar dos tipos de poblaciones de riesgo. El primer grupo formado por jóvenes sociables, alegres, contestatarios y dotados de una gran fantasía que están expuestos sobre todo al consumo de drogas blandas, al abuso del alcohol, a frecuentar medios marginales y, finalmente, a hacerse delincuentes. El otro grupo está representado por adolescentes con dificultades para relacionarse, que toman regularmente medicamentos psicotropos y presentan síntomas de depresión enmascarada. El mayor riesgo para éstos es la alteración mental de distinto tipo, el suicidio y la realización de actos violentos de una forma compulsiva. El reconocimiento de estos signos de alarma puede servir para despistar en una etapa precoz la tendencia a desviaciones del comportamiento y la posibilidad de llevar a cabo programas preventivos o ejercer sobre estos adolescentes una vigilancia y un tratamiento psicopedagógico adecuado.

Consumo de drogas.

Parece demostrado que, así como en los Estados Unidos y en algunos países del norte de Europa el consumo se ha estabilizado o tiende a disminuir, en España existe un incremento en el uso de las mismas, al tiempo que disminuye la edad de iniciación.

El número de fumadores de 12 a 18 años, en los países que han llevado a cabo campañas contra el uso del tabaco, ha disminuido en los últimos años, sobre todo en los varones, pero aumenta en las chicas y cada vez a edades más precoces. Siendo el período de enseñanza secundaria el de máximo riesgo, se considera que este grupo debe ser objetivo prioritario en los programas de prevención. El abuso del alcohol tiende a aumentar entre los adolescentes de todos los países. Además de los conocidos efectos nocivos sobre cerebro, hígado, tracto digestivo, aparato respiratorio, etc., las consecuencias más importantes de la ingestión de alcohol en los jóvenes son los accidentes de tráfico, el riesgo de crear dependencia y facilitación de conductas delictivas. A esto hay que añadir la posibilidad de crear en las jóvenes embarazadas el "síndrome del alcoholismo fetal". La profilaxis tiene que basarse en una política educativa, dirigida a señalar los peligros y evitar la propaganda de las bebidas alcohólicas y disminuir los factores que aumentan el riesgo, como son los hábitos familiares de beber y la relación de los jóvenes con otros chicos alcohólicos o que beben frecuentemente.

Las drogas que le siguen en importancia son el *cannabis* (hachís y marihuana) y las drogas de diseño, los estimulantes (cafeína, anfetaminas, efedrina, metilfenidato y cocaína), los *alucinógenos* (la dietilamida del ácido lisérgico [LSD], mescalina, psilocibina, dimetiltriptamina [DMT] y fenidina), los *solventes volátiles* (tolueno, nafta y gasolina), los *sedantes* (barbitúricos, glutatimida, metacualona y metiprilo-na), los *tranquilizantes* (derivados de la benzodiazepina y fenotiacina), los narcóticos y, en menor grado, los opiáceos. Debemos hacer una mención a las drogas utilizadas como *doping*.

Accidentes. Se considera que hasta el 75 % de los accidentes de circulación (sobre todo nocturnos) van acompañados de alcoholemia elevada o consumo de drogas; contribuyen a ellos la propaganda incorrecta de tipo competitivo, el automóvil o la moto como signo de éxito social y la necesidad de nuevas experiencias a esa edad. De ahí que el adolescente esté en alto riesgo de cualquier accidente. Puede ser de diverso tipo: deportivo, atropello, intoxicación, homicidio, violación y, por supuesto, de circulación, ya como conductor u ocupante. Lógicamente son los más frecuentes y con un gran índice de mortalidad y morbilidad; en nuestra sociedad la mayoría de las lesiones medulares en la edad juvenil son secundarias a accidentes de tráfico. Las lesiones de motos y

automóviles son responsables de más del 50 % de las muertes entre 16 y 19 años, con un máximo a los 17 años. Se calcula que a nivel mundial cada 20 minutos muere un adolescente por accidente.

Problemas psico-sociales. Los cambios de estado de ánimo, la depresión en sus diferentes grados, los problemas derivados de las separaciones matrimoniales y el divorcio de los progenitores, los miedos y fobias, la depresión, la tendencia suicida de los jóvenes o la aparición en esta edad de otros problemas puramente psiquiátricos.

Depresión y suicidio. Es importante distinguir las manifestaciones depresivas fisiológicas de los cuadros psicopatológicos, que pueden ir acompañados por conducta o actitudes autodestructivas y, en último extremo, conducir al suicidio.

La depresión puede adoptar distintas variantes clínicas:

- 1) *Cambios fisiológicos del estado de ánimo*, que deben considerarse fenómenos adaptativos normales y no necesitan tratamiento.
- 2) *Depresiones reactivas agudas*. Son respuestas fisiológicas transitorias, que duran días o semanas, a experiencias desagradables, que tienen para ellos una gran carga afectiva, como la muerte de un familiar o de un amigo.
- 3) *Depresiones neuróticas*. Suelen comenzar como las anteriores y la diferencia fundamental es que en éstas fracasan los mecanismos adaptativos y la depresión cada día se hace más intensa. Los síntomas y signos que sirven para identificarlas son la tristeza persistente asociada a sentimientos de desesperanza y desamparo, sentimientos de autoculpabilidad, pérdida de iniciativa y motivación, descenso del rendimiento escolar, disminución del apetito, insomnio, pérdida de interés por cualquier actividad, e ideas de suicidio.
- 4) *Depresiones psicóticas*. Son las más graves, pero las menos frecuentes. Además de los síntomas comunes a los otros tipos de depresión no se descubre una causa desencadenante y es frecuente la existencia de historia familiar de cuadros depresivos. A veces alternan o van precedidas de períodos de hiperactividad o verdadera conducta maníaca y acompañadas precozmente de alteraciones más o

menos graves del pensamiento: ideas o percepciones delirantes y pensamiento incoherente.

- 5) *Depresiones enmascaradas*. Son relativamente frecuentes y difíciles de diagnosticar. Se trata en realidad de un subgrupo de depresiones neuróticas, en las cuales los síntomas habituales son sustituidos por síntomas de enfermedad orgánica o alteraciones de conducta que constituyen verdaderos "equivalentes depresivos": cefaleas, dolor abdominal, fatiga, anorexia, náuseas, vómitos e insomnio. Entre los trastornos de conducta que se observan con más frecuencia están la agresividad, robos, otros actos delictivos, promiscuidad y abuso del alcohol u otras drogas.
- 6) *Suicidio*. El suicidio ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte durante la adolescencia en algunos países. Las tasas son bajas en los menores de 14 años, pero aumentan de una forma importante en el grupo de 15 a 19 años. En muchas ocasiones es el final de un cuadro de depresión grave, pero otras veces es el resultado de alteraciones conductuales más complejas. Se refieren los llamados "signos de alarma" que pueden aparecer en las semanas que preceden al suicidio y que permiten sospecharlo: los equivalentes depresivos y la tendencia a hablar de la muerte como solución de sus problemas. Los datos que tienen mayor valor diagnóstico son:
 - a) Presencia de fracasos afectivos, desajustes familiares o problemas de otro tipo, que hayan podido

desencadenar un cuadro depresivo. b) Enfermedades del sistema nervioso o cuadros psicóticos depresivos o esquizofrénicos. c) Historia de consumo de drogas con incremento progresivo de su utilización, sobre todo si se trata de productos que crean dependencia física grande. d) Aparición de síntomas depresivos, especialmente si van acompañados por los signos de alarma señalados anteriormente.

Educación para la salud. Por último, hemos de hacer mención del importante papel que el pediatra desempeña en relación con la educación para la salud mediante la enseñanza de normas de higiene general, de normas y hábitos nutritivos, higiene bucal, de estilo de vida, actividad física y deporte, sobre vacunaciones, sexualidad, detección y corrección de los factores de riesgo, prevención de accidentes, prevención de la drogadicción, etc.

Y la actuación médica se completará con la emisión de informes técnicos a autoridades, así como cubrir, al igual que en otros campos de la pediatría, los no menos importantes referentes a la docencia y la investigación.

Tras este breve análisis de algunos de los problemas que afectan a los adolescentes quiero terminar con la siguiente pregunta: ¿estamos en condiciones de poder prestar, desde el ámbito de la pediatría actual, con los medios de los que disponemos, una asistencia integral a los adolescentes?