



## Adolescentes

Alfredo Espinosa Morett,\* Beatríz Anzures López\*

### RESUMEN

Esta sección de *Educación Médica Continua* revisa temas relacionados con la adolescencia, etapa crucial en la vida del ser humano. El primer artículo se refiere a los valores de referencia de hormonas tiroideas y tirotrópina en niños y adolescentes sanos mediante dos métodos. Este estudio recuerda el inconveniente del empleo de radioisótopos en el procedimiento de radioinmunoanálisis (RIA) y la ventaja de poder obtener los mismos resultados con el empleo de sustancias carentes de radioactividad que utilizan reactivos más sensibles basados en la generación de anticuerpos mono y policlonales que reconocen a la hormona respectiva.

El segundo tema se refiere al abuso físico (excluyendo el abuso sexual) en adolescentes. Tema que recientemente ha sido analizado cada vez con mayor frecuencia por diferentes autores con perspectivas diversas, coincidiendo en que se debe poner atención a las alteraciones emocionales que conlleva y a la necesidad de abrir servicios de salud mental confiables para estos pacientes. El siguiente trabajo analiza los riesgos y las consecuencias de la actividad sexual indiscriminada de los adolescentes, las preocupaciones de sus familias y de las autoridades sanitarias. Otro artículo trata sobre pubertad a edades tempranas; el resumen y el comentario del doctor Espinosa Morett puede servirnos de guía ante este problema.

La violencia juvenil se analiza como otro tema, tratando de aclarar algunos aspectos como la violencia entre los jóvenes, problema social en todo el mundo.

"La familia y el adolescente" es otro de los artículos que aquí se analiza y comenta y en el que se enfatiza la importancia de la "interacción entre el adolescente y su familia". En el artículo "embarazo en adolescentes" los autores comentan que, en los años 50 y 60, antes de la legalización del aborto en Norteamérica, se registraron los índices más altos de embarazo en adolescentes. En comparación con mujeres adultas, en las adolescentes el embarazo implica grandes riesgos tanto para la madre como para su producto; en más del doble de los casos se tienen productos prematuros, se presentan más del triple de muertes perinatales y más del doble de mortalidad materna.

Como corolario a esta sección sobre adolescentes se resume y transcriben algunos párrafos de un artículo sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en esta etapa del ciclo vital del ser humano en la que "deja de ser niño para llegar a ser adulto".

### Valores de referencia de hormonas tiroideas y tirotrópina en niños y adolescentes sanos mediante dos métodos

*Bol Med Hosp Infant Mex* 1999; 56: 386-90

En este trabajo de los doctores Fernando Mendoza Morfin, Patricia Montero González y colaboradores, del Centro Médico "La Raza" del IMSS se determinaron los valores de referencia de la triyodotironina (T3), tiroxina (T4) y la tirotrópina (TSH) mediante dos procedimientos de laboratorio diferentes: por inmunofluorimetría (IFMA) y por Radio inmunoanálisis (RIA).

Para tal efecto fueron estudiados, mediante muestras pareadas, 216 niños sanos, a los cuales se les descartó la posibilidad de cualquier trastorno endocrino, con edades comprendidas entre los seis y 16 años, a quienes se les practicaron simultáneamente perfil hormonal tiroideo a través de inmunofluorimetría y radioinmunoanálisis. Los resultados numéricos pueden consultarse en el trabajo de referencia. Lo importante, para fines de este comentario, es que se encontró una "concordancia completa estadísticamente significativa, por lo que la IFMA puede sustituir al RIA en la valoración de T3, T4 y TSH en cualquier laboratorio clínico".

**Comentario.** Para los médicos clínicos, dedicados directamente a la atención de los pacientes, que en ocasiones no tenemos ni la menor idea de toda la

\* Unidad de Pediatría. Hospital General de México, OD.

parafernalia que existe detrás de los estudios de laboratorio y gabinete, que le damos al paciente la orden de que se realice tal o cual procedimiento y nos conformamos con revisar los resultados comparándolos con los valores de referencia, el estudio de los doctores, Mendoza, Montero y colaboradores resulta de la mayor importancia. Primero porque nos informa de múltiples detalles técnicos, como el inconveniente del empleo de radioisótopos en el procedimiento de radioinmunoanálisis (RIA), que obviamente requieren autorización y regulación por parte de las autoridades que tienen que ver con el manejo de sustancias radioactivas, contra la ventaja de poder tener estos mismos resultados, pero empleando sustancias carentes de radioactividad y en los que se utilizan reactivos más sensibles, basados en la generación de anticuerpos mono y policlonales, que reconocen a la hormona respectiva que permitió la generación del anticuerpo (IFMA).

Por otro lado, la comprobación de valores normales de T3, T4, y TSH permite al clínico aseverar la normalidad de la función tiroidea, lo que reviste una gran importancia en cualquier etapa de la vida, pero prácticamente durante las fases críticas del desarrollo y en especial en aquellos casos, limítrofes, en los que las determinaciones seriadas del perfil tiroideo pueden ser cruciales en el establecimiento de un diagnóstico acertado, tanto de hipo como de hipertiroidismo y, por ende, de un tratamiento oportuno en los niños pequeños, por lo que hace específicamente a la detección precoz del cretinismo y en las adolescentes, en particular en los casos de tiroiditis autoinmune o enfermedad de Hashimoto.

**Physically abused adolescents:  
behavior problems, functional impairment,  
and comparison of informants reports**

*Pediatrics* 1999; 104: 43-49

El abuso físico en adolescentes (excluyendo las diferentes formas de abuso sexual) es un aspecto poco conocido de este capítulo infamante de la patología social de la humanidad. Un reporte previo del Servicio de Protección a la Infancia de los EUA, publicado en 1996, encontró que de un gran total de 258,588 niños víctimas de maltrato, el 22.7% se ubicaban entre los 12 y 18 años de edad. Esta cifra (cercana a los 65,000) no es nada despreciable; sin embargo, los estudios y los esfuerzos se han dedicado a los niños pequeños, dejando de lado a este numeroso conjunto de víctimas de la sociedad.

El presente trabajo de los doctores Kaplan S y Labruna D de la División de Adolescentes del Hospital Universitario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, incluye un grupo en estudio de 99 pacientes maltratados físicamente en forma severa, comparado con un control de 99 adolescentes muy semejantes en edad, género y nivel socioeconómico. A todos ellos se les aplicó una batería de pruebas psicológicas, psicométricas y proyectivas, de manera de tener una idea del grado de su deterioro emocional y de la necesidad de atención en servicios de salud mental. Sus respuestas fueron comparadas contra la opinión —valorada igualmente por pruebas psicológicas— de sus padres y maestros, y estratificadas estadísticamente.

Como era de esperarse, los adolescentes que sufrieron abuso mostraron un índice de problemas psicológicos mucho mayor que sus congéneres “sanos” en todas las pruebas a que fueron sometidos, destacando aquellas subescalas de las pruebas relacionadas con trastornos de conductas de “externalización” y exhibieron un grado mucho mayor de dificultades funcionales. Esta apreciación coincidió en gran medida con las observaciones llevadas a cabo por sus padres y maestros. Cabe hacer la aclaración que se entiende por trastornos de “externalización” aquellos problemas en relación con dificultades en la expresión de la conducta que afectan negativamente a quienes les rodean, tanto acciones agresivas como francamente antisociales. Por lo contrario, los trastornos de “internalización” hacen referencia a problemas que afectan primariamente al individuo “por dentro”, como son la depresión, la ansiedad y diversos padecimientos psicosomáticos.

**Comentario.** El abuso físico es un problema que ha venido acompañando a la humanidad desde sus meros principios, no es nada nuevo. Recuérdese si no a Caín, a Herodes o más cerca a Hitler o Stalin. Pero no hay que recurrir a la Historia. La cruda realidad de todos los días nos permite contemplar —al parecer— cada vez más insensibles, la página “roja” de los periódicos como fuente de referencia bibliográfica extraordinaria para quien se interese en el tema, o la sala de terapia de los hospitales de sangre o, para no ir más lejos, la propia sala de consulta de la oficina del médico, no necesariamente traumatólogo o psiquiatra.

El maltrato, lo hemos señalado en diversas oportunidades, existe —la más de las veces enmascarado— a todas las edades y en todos los estratos socioeconómicos. De aquí la importancia de tenerle siempre presente, aun en esta etapa de la adoles-

cencia sobre la que uno podría tal vez suponer, erróneamente, que no se presenta porque el paciente "no se deja".

### **Contraception and adolescents**

*Pediatrics* 1999; 104: 1161-1166

Los riesgos y las consecuencias negativas de la actividad sexual indiscriminada de los adolescentes están fuera de duda, además de constituir un serio motivo de preocupación, tanto para las familias de los muchachos, a nivel individual, como para las autoridades sanitarias.

Desde luego que lo ideal es y será la promoción de la abstinencia, pero la realidad nos enfrenta a hechos consumados. Nos topamos con problemas tales como la maternidad indeseada, los abortos o las enfermedades de transmisión sexual, frente a los que, de una manera u otra, el pediatra tiene que intervenir. Por demás está insistir en que lo ideal sería evitarlos, todos ellos, mediante la prevención.

Las razones más importantes que inducen a una actividad sexual precoz, de acuerdo con esta revisión monográfica del Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría, podrían resumirse en: inicio temprano de la pubertad, abuso sexual, carencia de soporte o afecto paterno, bajo desempeño escolar, pobreza, participación en actividades de alto riesgo o enfermedad mental.

Lo contrario, la iniciación tardía de las relaciones sexuales puede atribuirse a factores como el énfasis en la abstinencia, la constancia y firmeza en la disciplina paterna, el alto desempeño académico, la asistencia regular a sitios de creencia religiosa y la posesión de metas superiores en la vida.

Existen evidencias en el sentido de que tener relaciones sexuales puede servir a diversos propósitos, como puede ser la rebelión propia de la edad, la identificación con su grupo de iguales o la posibilidad de "huir", de esta forma, de la frustración o fracaso.

En los EUA se registra, en la actualidad, un promedio de edad de inicio de relación sexual coital entre 15 a 17 años.

El rehusar proveer medios anticonceptivos a los adolescentes no resulta en abstinencia o posposición de la actividad sexual, según ha quedado plenamente confirmado por diversos estudios prospectivos realizados a todo lo largo de la Unión Americana en las últimas décadas. De hecho, cuando los adolescentes perciben obstáculos para proveerse de ellos son, de todos modos, más propensos a incurrir

en conductas sexuales por lo demás mayormente riesgosas. En otras palabras, el tener fácil acceso a los métodos anticonceptivos tampoco puede considerarse como causa de experimentación sexual.

La decisión de usar o no anticonceptivos por los adolescentes obedece a razones complejas. Algunas cifras resultan reveladoras y por demás alarmantes: a pesar de todos los esfuerzos de difusión, cerca de 35% de las adolescentes no emplea ningún método anticonceptivo; la mitad de todos los embarazos en adolescentes ocurren dentro de los primeros seis meses de que inician sus relaciones sexuales y el tiempo promedio aproximado que tardan en buscar ayuda o consejo médico, desde que inician vida sexual activa, es de un año.

**Comentario.** Esta comunicación pone, una vez más, "el dedo en la llaga". Nos hace ver a todos lo grave del problema de la conducta sexual indiscriminada de los adolescentes y lo falaz que resulta enfrentarla con una actitud hipócrita, moralista o recriminatoria.

Debemos empezar por aceptar que el problema existe: embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, etcétera, que tiene raíces múltiples y complejas, y que la solución a largo plazo está basada más en un modelo educacional y propositivo que en una acción represora.

Los médicos jugamos aquí un papel de primer orden en nuestra faceta como educadores de la comunidad. La idea es hablar con los muchachos y buscar "convencerlos" (no simplemente "vencerlos"), exponiéndoles los beneficios de una vida sana en todos los órdenes. Por lo demás, negarles el acceso a los métodos anticonceptivos: condón, pastillas, etcétera, no va a volverles más virtuosos y sí, ciertamente, más vulnerables.

### **Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States, implications for evaluation and treatment**

*Pediatrics* 1999; 104: 936-942

Los textos clásicos de endocrinología, como el Wilkins: "*The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence*" (Charles C Thomas, 1994), asientan literalmente: "... por definición, la precocidad sexual consiste en el desarrollo de características sexuales secundarias en niñas menores de ocho años y en varones menores de nueve." Esta afirmación ha sido conside-

rada, por muchos, como verdad irrefutable; por lo menos hasta 1997, cuando un estudio multicéntrico llevado a cabo en toda la Unión Americana, basado en la observación de más de 17,000 niñas entre los tres y 12 años de edad, mostró que tanto la pubarca como la telarca están ocurriendo en épocas más tempranas, especialmente en niñas de ascendencia afroamericana. En consonancia, con esta evaluación se presenta este trabajo cuyas conclusiones principales son:

1. La telarca puede presentarse en forma normal en niñas menores de ocho años de edad.

2. La etapa 2 de Tanner del desarrollo mamario se está presentando, en promedio, un año antes en niñas de raza blanca y hasta dos años antes en niñas de origen afroamericano.

3. La preocupación de que las niñas con pubertad moderadamente precoz no alcancen una estatura adecuada no tiene fundamento; la gran mayoría alcanzan su talla esperada.

4. No tiene caso emplear tratamientos a base de agonistas de hormonas liberadoras de gonadotropinas en niñas cuya pubertad se inicia entre los seis y ocho años de edad.

5. Los nuevos parámetros a considerar incluyen el que debe evaluarse a las niñas que presenten pubarca o telarca antes de los siete años de edad, si son de raza blanca y antes de los seis en aquellas de ascendencia afroamericana.

6. Siguen vigentes los criterios respecto a los varones, en quienes el inicio de la pubertad debe situarse alrededor de los nueve años.

**Comentario.** En esta misma sección de *Educación Médica Continua*, en el apartado correspondiente a la Medicina Interna Pediátrica, se comentó un trabajo de nuestro medio, llevado a cabo por los doctores Ajuria y Dorantes, respecto a la pubertad normal y maduración sexual precoz en niñas. Este trabajo apareció publicado en el *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, por las mismas fechas que la publicación que ahora se comenta, por lo que nos pareció importante comparar ambos resultados.

De acuerdo con nuestros parámetros, la fecha de aparición de los caracteres sexuales secundarios permanece inamovible, a los ocho años de edad, mientras que, según vemos, para nuestros vecinos del Norte ésta se ha acortado en uno a dos años, lo que seguramente depende de factores hereditarios, además de diferencias nutricionales.

Estas divergencias de criterio deben manejarse con cautela, ya que tanto la precocidad como el retardo en la aparición de los caracteres sexuales secundarios tiene una gran importancia en el desarrollo, tanto neuroendocrino como psicosexual del individuo, particularmente durante la adolescencia.

Una última consideración, en especial en el desarrollo anormalmente temprano de los caracteres sexuales secundarios: no debe perderse de vista — hasta no demostrar lo contrario— la posibilidad de la existencia de un tumor neurosecretor, tanto hipofisario como adrenal o gonadal. Esto desde la óptica física. Desde el aspecto psicológico, está el hecho de la mayor vulnerabilidad hacia el inicio precoz de la actividad sexual, con todas las implicaciones negativas que ello acarrea.

Persiste la incógnita ¿Cuándo es que de verdad se inicia la adolescencia? ¿Con la pubertad?; ¿A los ocho años o menos?

#### **Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date fighting**

*Pediatrics* 1999; 104: 1286-1292

La violencia entre los jóvenes se ha convertido en un trastorno social con dimensiones cada vez mayores, hasta el grado de ser señalada como un verdadero problema de salud pública. Esta afirmación puede considerarse válida en todo el mundo. Existen mil y un formas de expresión de este mal; una de ellas es la que se manifiesta particularmente cuando los jóvenes se encuentran entre sí, cuando salen juntos, cuando se "citan" ("*date*", en lengua inglesa).

¿Qué causas contribuyen a que se susciten actos violentos, en particular cuando se concertan citas entre los jóvenes? y ¿cuáles pueden ser los factores de riesgo previsible en estas circunstancias?

Este estudio, patrocinado por la Escuela de Medicina de la Universidad Winston Salem en Carolina del Norte, realizado por Kreiter S y colaboradores, contribuye a aclarar algunos aspectos de este problema, además de relacionarlo con otros trastornos de conducta, haciendo la diferenciación por patrones de género (masculino y femenino). Para ello se obtuvieron datos de un universo de 21,297 estudiantes entre octavo y duodécimo grado (equivalentes segundo de secundaria a tercero de bachillerato).

Se destacan los datos más significativos: La distribución por sexos fue equitativa (hombres 49.9%; mujeres 50.1%); de ellos, el 1.8% de los varones y el 4.2% de las mujeres reportó que su

última pelea fue con el novio o la novia en ocasión de salir juntos.

En las mujeres, además de ser el género considerado de mayor riesgo, fue entre las que se detectaron los indicadores de violencia más peligrosos, como manejar automóvil con el conductor ebrio, uso de sustancias ilegales o portación de armas.

Entre los hombres se encontró mayor propensión a pleitos (peleas a golpes), tratar de obtener sexo por medios violentos, falta de uso de condón y dificultades con los elementos del orden.

Las mujeres que tuvieron dificultades en sus citas mostraron también una mayor propensión al suicidio y a engancharse en conductas de riesgo relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana, como uso de drogas inyectadas y relaciones sexuales sin protección.

Entre los hombres se asociaron conductas violentas de tipo homosexual, además de obtención de sexo por medios forzados. Se calcula que entre el 7 al 26% de los embarazos en adolescentes conlleva una actitud agresiva.

Factores que incrementan el riesgo potencial de violencia en estas circunstancias incluyen: bajo rendimiento escolar, un número mayor de parejas, pertenecer a la raza negra y estar expuesto a otras formas de violencia intrafamiliar; todo ello aumentado exponencialmente por el alcohol y las drogas.

**Comentario.** Los hallazgos de este estudio sorprenden por diferentes causas: en primer lugar, uno esperaría que al hallarse juntos por haberse citado a salir (no por efecto fortuito), los adolescentes se comportarían de manera más discreta. Por lo visto no es así; de hecho, esto parece constituir un factor más de riesgo. Sorprende además que las mujeres se encuentren involucradas en acciones de mayor compromiso; aunque aquí cabría reflexionar si no es que su conducta violenta es debida más a autodefensa que a una agresión intencional; sobre todo si se toma en consideración la cifra tan alta de embarazos "por la fuerza" o si su aceptación pasiva en hechos peligrosos o delictivos se asume como parte del juego para ser "aceptada" dentro de su grupo. Otro hallazgo interesante es la involucración en peleas de las parejas de muchachos con orientación homosexual, conflicto de identidad de género especialmente gravoso en esta etapa vital.

En fin, podría especularse sobre muchos otros aspectos de este problema que, a nosotros como médicos, nos puede resultar interesante; pero que, como padres, nos debe parecer terrorífico (por decir lo menos).

## La familia y el adolescente

*Rev Med Hosp Gral Mex* 1999; 62: 191-197

La adolescencia —etapa vital extraordinariamente mutante— requiere múltiples enfoques para intentar abarcarla en su totalidad. Uno de los aspectos menos conocido en nuestro medio, a pesar de su enorme relevancia, lo constituye la interacción entre el adolescente y su familia, capítulo que es revisado de manera por demás precisa e integrada en esta valiosa síntesis de los doctores Mendizábal y Anzures.

Intentar describir al adolescente "normal" y a su familia "normal" parece ser empresa desorbitada, según se desprende de su lectura. Existen tantos adolescentes y familias como la imaginación alcance. Es posible fijar ciertos parámetros que nos permitan conocer cuál adolescente está definitivamente fuera de lo que podría considerarse "normal" dentro del campo de la psicopatología contemporánea; lo que los AA cifran en cerca de uno de cada cinco. El resto se conduce dentro de tres cauces fundamentales: 1) Los que muestran un "crecimiento continuo" sobre bases más o menos estables; 2) Los que llevan "crecimiento agitado", que al parecer son la mayoría y 3) Los que crecen de una manera "tumultuosa", cuyas oscilaciones son mayores. Ninguno es superior a otro ni la culminación de su proceso es mejor o peor, según nos lo señalan.

Los signos y síntomas preocupantes lo constituyen: datos de psicopatología grave; falta de dominio de las tareas propias del desarrollo; ausencia de flexibilidad en el dominio de los conflictos y afectos inevitables, así como la carencia de aceptación de valores y normas sociales.

La familia es en sí un ente complejo en el que se manejan jerarquías; alianzas (entre padres *versus* hijos, entre hijos *versus* padres, etcétera); se deben precisar límites y definir roles, con base principalmente en la flexibilidad que todos se dispensen entre sí.

La vida armoniosa familiar es un factor que impulsa y favorece el desarrollo entre sus miembros y, por el contrario, la conflictiva familiar se proyecta de manera por demás negativa en los adolescentes; lo que empeora la condición ya deteriorada de sus relaciones y la catapulta contra la sociedad en su conjunto.

Una última reflexión (no por ello menos importante) que se deduce del trabajo de Mendizábal y Anzures, radica en los factores familiares considerados como riesgosos para la salud mental de los jóvenes: familias extremadamente rígidas (o blandas); enfermedad crónica en algún miembro; divorcio o discor-

dia entre los cónyuges; padres psicópatas o hermanos con actividades antisociales.

**Comentario.** Es muy difícil no dejar fuera —dentro de esta síntesis apretada— muchos de los valiosos conceptos vertidos en este trabajo. Para el observador avezado en la conducta humana resulta comprensible el que resultaría imposible compendiar en una monografía todas las infinitas posibilidades que podrían suponerse en las familias y sus miembros. Variables como los grupos étnicos, la religión, los estratos sociales, las diferentes culturas, etcétera, hacen inviable el propósito, por mejor voluntad que se empeñe.

Concentrándonos en nuestro medio y en la época histórica que nos ha tocado vivir terminamos por reconocer que no se pueden fijar reglas inmutables, ni se pueden dar “recetas” (algo así como tres cucharadas de cariño, tres veces al día). Tal vez, dentro de la falta de dogmatismo que esta posición implique, se podría afirmar que lo único que vale es el interés (el auténtico y genuino interés) por lo demás, paradójicamente, desinteresado de los padres por los hijos; el respeto (que sería impensable si no hubiera interés) y, por último, una buena dosis de paciencia, de flexibilidad y, por qué no, de optimismo y buen humor. Todo lo cual, dicho sea de paso, vale igual en sentido contrario: de los hijos a los padres.

### **Adolescent pregnancy - current trends and issues**

*Pediatrics* 1999; 103: 516-520

La Academia Americana de Pediatría, a través de su Comité de Adolescencia, presenta en esta comunicación sus puntos de vista respecto a este complejo y debatido problema del embarazo en la adolescencia. La última vez que la Academia se pronunció a este respecto fue el año de 1989 (*American Academic of Pediatrics, Committee on Adolescence, Adolescent Pregnancy Pediatrics* 1989; 83: 132-134), por lo que esta actualización, una década después, reviste gran importancia.

La prevención del embarazo durante esta etapa vital parece ser un objetivo ciertamente lejano aun en países de gran desarrollo tecnológico como los EUA. Para tener una idea de lo que este problema representa, baste citar unas cuantas cifras: se calcula en cerca de un millón el número de adolescentes que se embarazan por año en los EU. La mayor parte de las embarazadas se ubica en la adolescencia tardía: 18 a 19 años. Cerca del 51% de estos embarazos cul-

mina con el nacimiento de un bebé. El 35% se interrumpe por aborto inducido y el 14% restante termina ya sea por aborto espontáneo o por parto prematuro y, por ende, en muerte del producto.

Históricamente, los índices máximos de embarazo en la adolescencia ocurrieron en la década de los 50 y 60, antes de la legalización del aborto y del desarrollo de métodos anticonceptivos confiables. La pobreza y la ignorancia van de la mano en este sentido ya que el 83% de las jóvenes que se embarazan y el 61% de las que abortan provienen de familias consideradas pobres.

A manera de comparación, en el año de 1992 por cada mil jóvenes entre 15 a 19 años de edad, cuatro resultaron embarazados en el Japón, ocho en los Países Bajos, 33 en el Reino Unido, 41 en Canadá y 61 en los EUA. Las razones para este contraste no son bien conocidas, pero sí es claro que las adolescentes europeas y más las orientales seguramente tienen un mayor acceso y una mejor aceptación de los métodos anticonceptivos.

Los riesgos desde el punto de vista médico, en que incurren tanto la madre adolescente como su producto son bien conocidos: prematuridad (más del doble que en mujeres adultas), muertes perinatales (más del triple), mortalidad materna (más del doble), anemia, enfermedades de transmisión sexual, etcétera.

Los responsables (varones) de estos embarazos son en su mayoría adolescentes en etapa tardía que comparten muchas de las características psicosociales negativas de sus compañeras: bajo rendimiento académico, alta tendencia de abandono escolar, pobreza, tendencia a conductas delictivas o de riesgo, etcétera.

**Comentario:** No puede evitarse una sensación de desánimo después de leer esta comunicación. Pareciera que uno podría cuestionarse legítimamente, que si así es como está la situación en los EUA, país por el que sentimos (ambivalencia muy antigua) admiración y desprecio, ¿cómo estaremos nosotros? La verdad es que —como en tantas otras materias— no tenemos cifras confiables; pero si aventuramos un cálculo muy general y consideramos que cada año nuestra población crece en cerca de dos millones de habitantes y que el 25% de las mujeres que dan a luz se encuentra en etapa adolescente, resulta una cifra por demás horrorizante: casi 500,000 binomios madre-hijo que no tienen por delante un panorama ciertamente favorable: ignorancia, pobreza, hacinamiento, desnutrición, carencia de oportunidades, etcétera, etcétera. Desolador por decir lo menos.

La buena noticia, para no concluir de manera tan patética, es que parece ser un hecho que las autoridades sanitarias de nuestro país han detectado el problema en toda su magnitud y le consideran como un aspecto prioritario de salud pública. Falta aterrizar las estrategias preventivas indispensables.

### **Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia**

*Práctica Pediátrica* 2000; 9(4): 13-15.

Tomar decisiones sexuales responsables es una tarea de toda la vida, que inicia durante la adolescencia. En la actualidad, los adolescentes inician la actividad sexual a una edad más temprana que las generaciones pasadas y varía de acuerdo con el país de que se trate y con las características de la sociedad de la que forman parte.

El comportamiento sexual, en la mayoría de los jóvenes, implica riesgo como resultado de su tipo de relación y exposición a infinidad de patógenos; las enfermedades de transmisión sexual (ETS), como se define en este artículo de las doctoras Gorab Ramírez A, Suman Avendaño E, Lozano Treviño LT y Ruano Font C, miembros de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia AC, constituyen un grupo de síndromes agudos cuyas manifestaciones frecuentes pueden ser ulceración o secreción genital ocasionados por agentes bacterianos y virales transmisibles por contacto directo. En general, los agentes causales de las ETS tienen como reservorio y vía de entrada el aparato genital; por ello, la transmisión ocurre durante el contacto coital, la gestación o el nacimiento. Las ETS clásicas son: sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma venéreo y conforman hoy en día el grupo más frecuente de declaración obligatoria en el mundo.

Las adolescentes son más susceptibles a contraer la infección y desarrollan más complicaciones en comparación con los varones.

A continuación transcribimos algunos de los párrafos de este artículo, pues creemos que los conceptos que aquí se vierten pueden ser útiles a todo médico que atienda adolescentes.

**I. Se han postulado numerosas razones para la iniciación de las conductas sexuales adolescentes:** a) definir un nivel "adulto", b) establecer independencia, c) experimentar impulsos sexuales, d) reforzar la autoestima, e) satisfacer la necesidad de amor e intimidad o, una combinación de uno o más de estos factores.

**II. Los adolescentes, en especial las niñas, son monógamos dentro de sus relaciones.** Sin embargo, no significa que tenga una sola pareja para toda la vida, elegida durante la adolescencia (monogamia secuencial), sino que el número real de parejas varía.

**III. Factores de riesgo para contraer ETS:** 1) Tener múltiples compañeros sexuales sin protección, 2) antecedentes de alguna ETS, 3) antecedente de uso de drogas por vía endovenosa, 4) trabajar en la atención médica, 5) inicio temprano de la vida sexual activa (incrementa la posibilidad de tener más compañeros sexuales), 6) presión o coerción de los medios masivo de comunicación, 7) presión o coerción de parte de sus compañeros, 8) contacto doméstico con algún portador del virus de hepatitis B, 9) trabajar o recibir tratamiento en una unidad de hemodiálisis, 10) ser receptor de factores de coagulación o padecer trastornos hemorrágicos, 11) transmisión maternofetal vertical al nacimiento.

**IV. ¿Por qué tiene mayor riesgo el grupo etáreo de adolescentes?** 1) Con frecuencia tiene relaciones coitales no protegidas, b) son biológicamente más susceptibles a la infección, sobre todo en la adolescencia temprana y media, 3) se enfrentan a múltiples obstáculos para la utilización de servicios de salud.

### **V. Guía para el diálogo con adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS).**

La detección de los factores de riesgo, factores protectores, estilo de vida, interrelación con sus padres, maestros o familia, así como su desempeño personal, son aspectos que el equipo de salud encargado de los adolescentes no debe dejar de pasar por alto en la atención integral; por tanto, es de vital importancia contar con historia sexual dentro de la historia clínica para adolescentes y jóvenes.

El perfil del equipo de salud que atiende a los adolescentes debe estar capacitado no sólo en el aspecto biomédico, sino también de comunicación e interrelación personal, donde no se ponga en evidencia prejuicios o juicios personales, ya sea de manera directa o mediante lenguaje no verbal, para ello se ha elaborado una guía que facilita la entrevista médica en este tema:

#### Guía para la entrevista médica

1) Motivar a que el adolescente se relaje antes de iniciar el diálogo sobre su conducta sexual. 2) Confirmar al adolescente que la información que otorgue es confidencial. 3) Informar al adolescente sobre cómo sus conductas sexuales específicas se relacio-

nan con el riesgo de contraer alguna ETS o embarazo sin hacerlo sentir culpable. 4) No leer o escribir mientras dialoga. 5) Ser directo y positivo. 6) Asumir que el adolescente es inteligente, reflexivo y responsable. 7) Preguntar si el adolescente tiene dudas. Puede ser que responda que sí comprendió todo, de tal manera que sin que sea considerado un examen el médico realice algunas preguntas claves orientadas a la prevención. 8) No se debe considerar la posibilidad de entendimiento si no hacen preguntas. 9) Evitar la actitud de desafío o confrontación. 10) No utilizar lenguaje médico o el lenguaje que ellos emplean. 11) Explicar las ETS, cuadro clínico, forma de transmisión y, sobre todo, su prevención. 12) Enfatizar la importancia de prevenir, incluyendo la vacunación contra hepatitis B, única ETS que puede ser previsible con esta estrategia. 13) Proporcionar información por escrito para que el adolescente la pueda

leer ya sea después o en el momento de la consulta u orientación.

**Comentario:** Nos parece que lo explícito y completo del artículo permite comprender lo complejo del problema y de los riesgos a los que se enfrentan los adolescentes al inicio de su sexualidad.

*Dirección para correspondencia:*

**Dra. Beatriz Anzures López**

Hospital General de México

Unidad de Pediatría

Dr. Balmis 148

Col. Doctores

México, 06726, D. F.

Tel. 5578-4540