

# ENFERMERÍA

---

## CUIDADOS EN LA ADOLESCENCIA.

**Ángeles Rojo Ferrer.**

Coordinadora: **Ana Parro Moreno**



## **1 Adolescencia.**

- 1.1** Pubertad.
- 1.2** Valoración del desarrollo puberal. Estadios de TANNER.
  - 1.2.1** TANNER en niños.
  - 1.2.2** TANNER en niñas.
  - 1.2.3** Desarrollo del vello pubiano en niñas.
- 1.3** Sexualidad.
- 1.4** Salud mental en el adolescente.
- 1.5** Acoso.
  - 1.5.1** Tecnologías.
- 1.6** Trastornos de la conducta alimentaria.
  - 1.6.1** Tipos de trastornos de la conducta alimentaria.
  - 1.6.2** Causas.
  - 1.6.3** Diagnóstico.
- 1.7** Sueño durante la adolescencia.
- 1.8** Alimentación durante la adolescencia.
- 1.9** Prevención de accidentes de tráfico.
- 1.10** Vacunación en el adolescente sano.
- 1.11** Patología frecuente en el adolescente.
- 1.12** Aspectos bioéticos en la atención al adolescente.

## **2 Bibliografía.**

Este tema está basado en estudios realizados en España, tanto los datos iniciales como su seguimiento y resultados obtenidos.

## 1. Adolescencia

---

El término adolescencia fue definido como una fase específica en el ciclo de la vida a mediados del siglo XIX influyendo por los cambios económicos y culturales, el papel de la mujer, el desarrollo industrial y educacional.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años.

Dentro de la adolescencia encontramos dos fases:

**Adolescencia temprana** de 10 a 14 años.

**Adolescencia tardía** de 15 a 19 años.

### RECUERDA



La pubertad es el periodo de transición dinámico y progresivo entre la infancia y la edad adulta. Pubertad precoz: <8 años. Pubertad tardía >13 años.

*La etapa de los grandes cambios físicos, que junto con los emocionales hacen que esta etapa sea de gran intensidad para los jóvenes y para sus padres.*

## 1.1. Pubertad

---

La **pubertad** es el periodo comprendido entre los **8 y los 13 años** ya hace referencia a los cambios biológicos que conducen a la capacidad reproductora de los individuos; unos cambios que actúan como desencadenantes de la adolescencia. El inicio es definido por el desarrollo mamario y el final por la menarquía como hecho principal.

El promedio de duración es de 5 a 6 años. Suele establecerse alrededor de los 10-14 años. Incluye: **crecimiento somático, desarrollo de caracteres sexuales secundarios y cambios psicológicos**.

El factor determinante principal del desarrollo cronológico de la pubertad es genético. Otros factores influyentes como la localización geográfica, exposición a la luz, salud general, nutrición, actividad corporal y factores psicológicos. Los cambios que se producen en la pubertad son el resultado de la reactivación del eje hipotálamo-hipofisario tras un tiempo de inactivación durante la infancia.

## 1.2. Valoración del desarrollo puberal. Estadios de TANNER

---

### Estadio I:

Mama preadolescente o infantil, pezón sin masa glandular mamaria subyacente.

Ausencia de pilosidad pubiana y pilosidad axilar.

Aspecto no estipulado de la vulva.

**Estadio II:**

Elevación de la mama y del pezón, aumento de tejido celular subcutáneo, agrandamiento del diámetro areolar con ligera pigmentación, botón glandular mamario.

Inicio de la pilosidad en los labios mayores, poco pigmentada.

Inicio de la pilosidad axilar.

Aspecto estimulado de la vulva.

**Estadio III:**

Agrandamiento de la mama y de la areola.

Pilosidad más espesa como rizada y pigmentada, que alcanza el pubis.

Desarrollo de los labios vulvares.

**Estadio IV:**

Mama de mayor volumen, prominencia de la areola y del pezón.

Aparición de las glándulas de Montgomery.

Pilosidad más abundante.

**Estadio V:**

Mama a adulta, globulosa y esférica, pezón prominente eréctil, glándulas accesorias mamarias (sebáceas, sudoríparas, pilosas).

Pilosidad pubiana completa, distribución femenina (triángulo invertido), extensión a cara interna de los muslos.

Pilosidad axilar completa.

Menarquía.

## 1.2.1. TANNER en niños

**Estadio I:** sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.

**Estadio II:** aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.

**Estadio III:** alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado grueso y oscuro.

**Estadio IV:** ensanchamiento del pene del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

**Estadio V:** Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

## 1.2.2. TANNER en niñas

**Estadio I:** mamas infantiles. Sólo el pezón está ligeramente sobreelevado.

**Estadio II:** brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola. **Estadio III:** Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.

**Estadio IV:** la areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.

**Estadio V:** desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel y solo sobresale el pezón.

## 1.2.3. Desarrollo del vello pubiano en niñas

**Estadio I:** ligera vellosidad infantil.

**Estadio II:** vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios.

**Estadio III:** vello rizado, aun escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.

**Estadio IV:** vello pubiano hacia pliegues inguinales.

**Estadio V:** desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, llamado femenino.

## 1.3. Sexualidad

---

El adolescente explora y experimenta con su cuerpo. A través de los cambios físicos que se producen en la pubertad se hace consciente de su propia sexualidad y de los demás. Estos cambios se producen cada vez más temprano y se refleja en el inicio de las relaciones sexuales, que se ha adelantado casi seis años en las últimas cinco décadas. La edad media de la primera relación sexual ronda los 16 años, siendo el límite bajo de 12-13 años.

A pesar de que el adolescente casi ha alcanzado la madurez física, aún no tiene suficiente madurez psicossocial, por lo cual sigue necesitando límites y una guía por parte de los padres en este tema, tan nuevo e inquietante para él.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública con una tendencia a aumentar. Aproximadamente, cada año el 2% de las adolescentes en España tienen un embarazo no deseado y casi la mitad de ellas opta por la interrupción voluntaria del mismo. La implicación de los padres en la salud sexual de sus hijos y en su educación afectivo-sexual es imprescindible para evitar comportamientos de riesgo.

El embarazo no es el único riesgo de la sexualidad, existen muchas enfermedades de transmisión sexual, algunas de ellas graves, de las que los adolescentes no tienen suficiente información.

## 1.4. Salud mental en el adolescente

---

A lo largo de los últimos años y en especial desde que se inició la pandemia por COVID, la salud mental de los niños y los adolescentes se está deteriorando. De modo especial, los adolescentes están presentando más síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas. La situación resulta alarmante y los medios de comunicación están haciendo participe a la sociedad de ello. Antes de la pandemia, se estimaba que el 30% de los menores habían presentado ideación suicida en algún momento, el 10% lo habían intentado y un 2% de forma seria, requiriendo atención médica. Se calcula que 18% de los menores se infligen autolesiones antes de los 18 años. Los estudios que indican tras la pandemia por COVID aumentos en todos estos indicadores son numerosos. La Fundación ANAR ha atendido en este período un 145% más llamadas de menores con ideas o intentos de suicidio, y un 180% más de autolesiones con respecto a los dos años previos. En el año 2020, se suicidaron en España 14 niños menores de 15 años, el doble que el año anterior. Entre el grupo de jóvenes de 15 a 29 años el suicidio es ya la segunda causa de fallecimiento, solo superada por los tumores malignos. El sexo femenino, la presencia de síntomas depresivos, una mayor exposición a casos COVID, y un mayor consumo de redes sociales son factores de riesgo para la conducta suicida en la actualidad.

## 1.5. Acoso

---

**Acoso escolar:** Moving escolar.

**Dan Olweu:** Fue el primero en abordar el acoso escolar. El bullying hace referencia a la intimidación, el hostigamiento y la victimización.

**Tipos de acoso escolar:**

**Acoso psicológico:** insultos, amenazas, motes.

**Acoso físico:** golpes, empujones, peleas, robo, palizas.

**Ciber acoso:** insultos a través de las redes, grabaciones.

**Acoso escolar:** aislar, no dejar participar en actividades a la víctima, ignorar, hacer vacío.

**Acoso sexual:** acoso o intimidación, insultos, abusos sexuales

### 1.5.1. Tecnologías

Las nuevas tecnologías tienen muchas ventajas, pero pueden llegar a suponer un serio problema en determinados casos:

- ▮ Jóvenes que hacen un mal uso en lugares o momentos inadecuados: mientras comen o en la cama antes de dormir.
- ▮ Niños y adolescentes que sufren una verdadera adicción a las mismas.

El mal uso y abuso de las tecnologías se han relacionado con los trastornos de sueño, y consecuentemente con problemas de rendimiento académico y falta de atención.

Asimismo, existe una relación directa y paralela entre el abuso de las tecnologías y el aumento de la obesidad y el sobrepeso en la población infantil, pues va en detrimento del tiempo dedicado a jugar al aire libre, hacer deporte o ejercicio físico. Los niños son cada vez más sedentarios.

Otro riesgo que puede existir es el acceso a contenidos indeseables para su edad, así como el riesgo de sufrir cyberbullying, que sería incluso más grave que cualquier otro tipo de bullying por la expansión inmediata y sin control que supone la red.

## 1.6 Trastornos de la conducta alimentaria

---

Los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos de origen mental que se caracterizan por una actitud de preocupación excesiva con la comida. Esto hace que las personas cambien sus hábitos relacionados con la alimentación y su comportamiento, con el objetivo de perder peso, llevándolos en ocasiones a situaciones graves de desnutrición.

### 1.6.1. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

La **anorexia nerviosa** supone en la actualidad la primera causa de desnutrición en países desarrollados y la tercera enfermedad crónica más frecuente en la adolescencia. Se caracteriza porque las personas quieren tener un peso lo más bajo posible. Para ello dejan de comer o solo ingieren alimentos bajos en calorías. Este comportamiento los lleva a una pérdida de peso importante y, en muchos casos, a la desnutrición. Otra característica fundamental, en el caso de las mujeres, es la presencia de alteraciones en la regla o incluso la ausencia de ésta. En algunos casos también realizan ejercicio físico excesivo o conductas compensatorias, como vómitos autoprovocados o toma de medicamentos laxantes o diuréticos.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por la presencia de "atracones" de comer seguidos de conductas compensatorias. Los atracones consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos en periodos breves de tiempo.

Los **trastornos de conducta alimentaria no especificados** son variantes de los dos trastornos descritos anteriormente. En la mayoría de los casos son formas incompletas o precoces de anorexia o bulimia, y su detección precoz puede evitar el desarrollo de complicaciones.

Estos trastornos afectan principalmente a mujeres, aunque los casos en varones están aumentando. La anorexia nerviosa afecta aproximadamente al 1% de las mujeres de entre 15 y 24 años, y la bulimia en torno al 2-4%. Aunque la bulimia es más frecuente que la anorexia, muchas veces se tarda más en hacer el diagnóstico y poner el tratamiento, ya que los síntomas son más difíciles de identificar.

### 1.6.2. Causas

Las causas implicadas en el desarrollo de estos trastornos pueden ser de tipo biológico, como los genes y el temperamento, o ambientales.

Hay algunos factores que se asocian con el riesgo de tener anorexia o bulimia:

- ▮ Tener antecedentes familiares de anorexia o bulimia.
- ▮ Rasgos de personalidad, como baja autoestima, perfeccionismo e impulsividad.
- ▮ Factores ambientales: residencia en un país desarrollado, edad adolescente y algunas profesiones o aficiones como gimnastas, bailarinas o modelos.

Pero el desencadenante principal del trastorno es la influencia cultural del modelo actual de belleza, de extrema delgadez, difundida a través de los medios de comunicación, que incita a comenzar con las dietas adelgazantes. Con menos frecuencia el trastorno se desencadena a raíz de una ruptura amorosa, por conflictos en las relaciones familiares por la existencia de abuso psicológico o abuso sexual o por situaciones estresantes en la escuela, universidad o en el trabajo.

Cuando las personas comienzan con la enfermedad pueden tener aislamiento social, negación de la enfermedad y distorsiones de la percepción de la imagen propia que dificultan que la enfermedad se resuelva y hacen que el trastorno se crucifique.

### 1.6.3. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, es decir, se realiza mediante una entrevista al adolescente y a la familia. Es habitual que las pacientes se resistan a acudir a consulta, ya que no suelen reconocer sus dificultades como síntomas y su deseo de perder peso es muy intenso. Con frecuencia recurren a engaños y ocultan comportamientos.

Existen unos criterios diagnósticos establecidos para cada uno de los trastornos, según las guías de clasificación de enfermedades (CIE-10 y DSM-IV).

## 1.7. Sueño durante la adolescencia

---

El sueño es fundamental para la salud y el desarrollo adecuado de la población infantojuvenil. Un sueño saludable requiere una duración y momento adecuado, buena calidad, regularidad y la ausencia de trastornos del sueño. Las alteraciones y trastornos durante esta etapa son frecuentes, distintos a los de los adultos y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo, también diferentes. Muchos adultos refieren que sus problemas con el sueño se iniciaron en la infancia.

El sueño es un estado fisiológico, reversible y cíclico, que aparece en oposición al estado de vigilia y que presenta unas manifestaciones conductuales características, tales como una relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa. A nivel orgánico, se producen modificaciones funcionales y cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañadas de una modificación de la actividad intelectual que constituyen las ensoñaciones. Sigue una periodicidad circadiana (20-28 h) y en el adulto es de aproximadamente 24 h.

El ciclo vigilia-sueño está generado y organizado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo (marcapasos o reloj circadiano) y precisa sincronizadores externos (luz-oscuridad y hábitos sociales, principalmente) e internos (secreción de melatonina, excreción de cortisol y temperatura corporal). Intervienen, también, mecanismos homeostáticos para mantener el equilibrio interno, como: la cantidad de sueño (cuanto más duerme un individuo, menor es su necesidad de dormir). La edad también influye en la regulación del sueño.

El ser humano invierte aproximadamente, un tercio de su vida en dormir y esta es una actividad absolutamente necesaria para las funciones fisiológicas del organismo, tanto física como psicológica, restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablecer los almacenes de energía celular, y consolidar la memoria.

La duración del sueño nocturno varía en función de la edad, el estado de salud, el estado emocional y otros factores genéticos y ambientales; su duración ideal es la que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad. Un 30% de niños y adolescentes experimentan algún tipo de trastorno del sueño, desde: dificultad para iniciar o mantener el sueño (insomnio, síndrome de piernas inquietas o síndrome de retraso de fase); aparición de eventos anómalos durante la noche (parasomnias, síndrome de apnea hipopnea del sueño); o, incluso, dormir excesivamente (hipersomnias primarias -narcolepsia- o hipersomnias secundarias a privación crónica de sueño de origen multifactorial). Así pues, se puede tener problemas y trastornos del sueño por dormir poco tiempo o demasiado.

La Academia Americana de Medicina del Sueño (AAMS) ha publicado un consenso con recomendaciones sobre la cantidad de horas que debe dormir la población de 0-18 años, necesarias para promover en estos una salud óptima. Las recomendaciones se exponen a continuación:

- ┐ De 4 a 12 meses: 12 a 16 horas.
- ┐ De 1 a 2 años de edad: 11 a 14 horas.
- ┐ Niños de 3 a 5 años de edad: 10 a 13 horas.
- ┐ Niños de 6 a 12 años de edad: 9 a 12 horas.
- ┐ **Los adolescentes de 13 a 18 años de edad: 8 a 10 horas.**

La enfermera de Atención Primaria tiene un papel importante en la prevención de los problemas y trastornos del sueño, así como en su detección precoz, diagnóstico, tratamiento, saber cuándo derivar a la unidad del sueño y seguimiento de los pacientes y sus familias.

La mayoría de los problemas pueden prevenirse con una educación a los padres y cuidadores desde el nacimiento, aprovechando los controles periódicos de salud y también de forma oportunista, dando consejos de forma oral y escrita, explicando las características del sueño según la edad, la necesidad de un nº de horas de sueño adecuadas, medidas de higiene, detectar factores estresantes, enfermedad de base, prevención de muerte súbita, rutinas, etc. Si no se actúa de forma precoz, muchos problemas pueden persistir y evolucionar a la edad adulta cronificándose. Para la detección, se hará una buena historia clínica, valorando la presencia de síntomas clínicos diurnos y nocturnos, exploración física, utilización de cuestionarios.

## 1.8. Alimentación durante la adolescencia

La adolescencia es un periodo de crecimiento acelerado con un aumento muy importante tanto de la talla como de la masa corporal. Además, en relación con el sexo, tiene lugar un cambio en la composición del organismo variando las proporciones de los tejidos libres de grasa, hueso y músculo fundamentalmente, y el compartimiento grasa. De este modo se adquiere el 40-50% del peso definitivo, el 20% de la talla adulta y hasta el 50% de la masa esquelética. Los varones experimentan un mayor aumento de la masa magra tanto en forma absoluta como relativa, y en las mujeres se incrementa, sobre todo, la masa grasa. Estos cambios tienen un ritmo de desarrollo variable según el individuo, lo que origina un aumento de las necesidades nutricionales más en relación con la edad biológica que con la cronológica, y en mayor grado en los chicos que en las chicas. Estos hechos condicionan un aumento de las necesidades de macro y micronutrientes y la posibilidad de que puedan producirse deficiencias nutricionales en esta edad si la ingesta no es adecuada. La conducta y los hábitos alimentarios del niño se adquieren de forma gradual desde la primera infancia, en un proceso en el que el chico aumenta el control e independencia frente a sus padres hasta llegar a la adolescencia. En este momento, en el que se concluye, también, la maduración psicológica, se establecen patrones de conducta individualizados marcados por el aprendizaje previo, aunque muy influidos por el ambiente, sobre todo por el grupo de amigos y los mensajes de la sociedad en general. Es frecuente que los adolescentes omitan comidas, sobre todo el desayuno, que consuman gran cantidad de tentempiés, que muestren preocupación por una alimentación sana y natural, y sin embargo exhiban hábitos absurdos o erráticos, que tengan un ideal de delgadez excesivo, que manifiesten total despreocupación por hábitos saludables, consumiendo alcohol, tabaco u otras drogas, y no realizando ejercicio físico.

Las recomendaciones se indican en función de la edad cronológica, y ésta no coincide en muchos casos con la edad biológica, muchos autores prefieren expresarlas en función de la talla o el peso.

EDAD (años)	Peso diario (kg)	Talla media (m)	Energía (kcal/kg)	Energía (kcal/día)	Proteínas (g/kg)	Proteínas (g/día)
11-14 niños	45	157	55	2.500	1,0	45
11-14 niñas	46	157	47	2.200	1,0	46
15-18 niños	66	176	45	3.000	0,9	59
15-18 niñas	55	163	40	2.200	0,8	44

**Tabla 2.** Recomendaciones de energía y proteína. Elaboración propia.

## 1.9. Prevención de accidentes de tráfico

Los jóvenes conductores de 16 a 24 años conforman un importante grupo de riesgo para las lesiones causadas por accidentes de tráfico.

En España, uno de cada cuatro muertos en accidente de tráfico es menor de 25 años. Diferentes guías aconsejan preguntar a padres/madres y adolescentes por: el uso del casco en moto y bicicleta, el empleo del cinturón de seguridad y la conducción bajo los efectos del alcohol.

## 1.10. Vacunación en el adolescente sano

### RECUERDA



- El objetivo de la Asociación Española de Pediatría es lograr un calendario común de vacunación para todo el país. Aunque todavía hay pequeñas diferencias entre las CC.AA.; en los últimos 2 años, el calendario oficial (basado en el Consejo Interterritorial del SNS) es más completo.
- Las vacunas no financiadas deben ser prescritas en función de su eficacia y seguridad.
- Debe resaltarse la importancia de la vacunación frente al meningococo B en niños y adolescentes, así como frente al virus del papiloma humano en los varones.
- Se debe aceptar la negativa de unos padres a la vacunación de su hijo, salvo en el caso de que la vida de este se ponga en peligro, o haya riesgo de salud pública, en cuyo caso será preciso la actuación de un juez. Aunque los padres rechacen la vacunación, el profesional siempre debe perseverar.
- El menor empleo de recursos sanitarios por los adolescentes dificulta su cobertura vacunal, por lo que cada una de sus visitas (tanto en controles periódicos de salud como de forma oportunista) debe entenderse como una oportunidad para la vacunación.
- La enfermera de pediatría debe ceñirse a las contraindicaciones reales de la vacunación, ya que demorar la misma puede terminar suponiendo una oportunidad perdida.
- El tratamiento antibiótico -salvo para la antitifoidea oral-, la alergia al huevo o las infecciones leves no suponen contraindicaciones para la vacunación.
- Tras la vacunación, es recomendable la permanencia durante 30 minutos en la sala de espera para la vigilancia de posibles reacciones adversas inmediatas.
- El empleo de antitérmicos ha demostrado una disminución en la respuesta inmunitaria de las vacunas -salvo en la del meningococo B-, por lo que no deben emplearse de forma sistemática tras la vacunación para la prevención de posibles efectos adverso.

Vacuna antimeningocócica tetravalente ACWY a los **12 años**.

Vacuna frente al virus varicela-zóster, con dos dosis, en quienes refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados con anterioridad con dos dosis.

Vacuna frente al VPH a los **12 años**.

Vacuna Td a los **14 años**

Vacunación de rescate a los **15-18 años**: Td, poliomielitis, triple vírica, hepatitis B, antimeningocócica ACWY, varicela y VPH.

Vacuna frente al SARS-CoV-2 (vacuna ARNm) desde los 5 años y repesca durante toda la adolescencia.

**Imagen 1.** Vacunación en el adolescente sano. Elaboración propia

## 1.11. Patología frecuente en el adolescente

Aparato Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Dolor abdominal recurrente</li> <li>•Síndrome de colon irritable</li> </ul>
Aparato Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Asma</li> <li>•Neumonía</li> </ul>
Patología Infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mononucleosis infecciosa</li> <li>•Infecciones transmisión sexual</li> </ul>
Aparato Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Muerte súbita</li> <li>•Hipertensión</li> <li>•Factores riesgo cardiovascular</li> </ul>
Patología endocrinológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Diabetes Mellitus</li> <li>•Disfunción tiroidea</li> <li>•Pubertad precoz y retrasada</li> <li>•Talla baja y alta</li> </ul>
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Obesidad</li> <li>•Deficiencias nutricionales (Fe, vit.D..)</li> </ul>
Trastorno del comportamiento alimentario	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Bulimia nerviosa</li> <li>•Anorexia nerviosa</li> </ul>
Sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cefalea</li> <li>•Sincope</li> <li>•Epilepsia</li> </ul>
Piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Acné</li> <li>•Hirsutismo</li> </ul>
Dientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Caries</li> <li>•Enfermedad periodontal</li> <li>•Gingivitis</li> <li>•Maloclusiones</li> <li>•Hipoacusia</li> <li>•Menarquia</li> </ul>
Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Dismenorrea</li> <li>•Embarazo no deseado</li> <li>•Enfermedad inflamatoria pélvica</li> <li>•Neoplasia intraepitelial cervical</li> </ul>
Mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ginecomastia</li> <li>•Botón mamario</li> </ul>
Aparato locomotor	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Escoliosis</li> <li>•Dolor por crecimiento</li> <li>•Epifiolisis femoral</li> <li>•Condromalacia rotuliana</li> <li>•Lesiones tendinosas, musculares</li> </ul>
Patología oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Leucemia</li> <li>•enfermedad de Hodgkin</li> <li>•Tumores óseos</li> <li>•Tumores encefálicos</li> <li>•Tumores de células germinales</li> </ul>
Problemas escolares	<ul style="list-style-type: none"> <li>•TDAH</li> <li>•Acoso escolar</li> <li>•Fracaso escolar</li> </ul>
Problemas psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Abuso alcohol y drogas</li> <li>•Depresión</li> <li>•Conducta antisocial</li> <li>•Depresión y ansiedad</li> <li>•Adicciones a pantallas y ciberacoso</li> </ul>

## 1.12. Aspectos bioéticos en la atención al adolescente

La adolescencia no es un fenómeno nuevo. Lo novedoso es la tendencia a prolongar este periodo, la denominada "adulescencia" o adolescentes eternos, que se instalan en esa etapa vital, sin tomar la propia vida en las manos de forma activa, para gobernarla acorde a la razón, pues eso es para Kant alcanzar la madurez. En este sentido, la adolescencia tiene mucho que ver con la ética, pues esta trata de construir valores y es en esta etapa cuando se interiorizan los valores y madura la propia personalidad. El adolescente vive un periodo de incertidumbre, ya no es un niño, pero tampoco un adulto. Su creciente madurez le lleva a distanciarse de los criterios de su entorno (familia, profesores, usos y costumbres sociales), sin tener aún otros valores interiorizados y asumidos como propios. Desea libertad y autonomía, rebelándose de toda forma de autoridad y queriendo romper con los esquemas recibidos. En casos extremos, situaciones como el inicio del uso de sustancias psicoactivas, pueden ser expresión de esa rebelión y protesta.

Los principales problemas éticos en la atención al adolescente se plantean en relación con el ejercicio de la autonomía. El derecho a la confidencialidad y a la protección de datos personales de los que los menores son titulares es una manifestación más del principio de autonomía.

La ley 41/2002, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, que requieren del consentimiento por representación, y que, en el ámbito de la asistencia sanitaria, la "mayoría de edad" viene regulada a partir de los 16 años.

Podría plantearse el caso de que un adolescente mayor de 14 años prohibiese el acceso a su historia clínica de sus progenitores. En estos casos y sin perjuicio del derecho de los menores, también se reconoce a los padres o tutores, como titulares de la patria potestad, para poder ejercer adecuadamente los deberes inherentes a la misma, ese derecho de acceso a la historia clínica de sus hijos, que estos no podrían evitar.

El tratamiento de los datos de los menores de 14 años tiene que estar autorizado por los titulares de la patria potestad o tutela, pero debemos tener siempre en cuenta, el principio del interés superior del menor que prevalecerá sobre la decisión de los padres, si esta les perjudicase.

## 2. Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report- Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128:182-200.
2. American Academy of Pediatrics, 2008. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents (Third Edition). URL: [http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines\\_PDF/1-BF-Introduction.pdf](http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/1-BF-Introduction.pdf)
3. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Manual de vacunas en línea de la AEP (Internet). Madrid: AEP; 2018. [consultado el 06/05/2018]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>.
4. Dimeglio G. Nutrition and the adolescence. *Pediatric in Review* 2000; 21(1):32-34.
5. Martínez González C. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo. *Adolescencia*. 2013; 1:22-6.
6. Martínez González C, Ortega González C. Entrevista con el adolescente. *Problemas de comunicación*. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2016; 7:23-6.
7. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016; 12:785-6.
8. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, 2012. Programa de la infancia y la adolescencia. URL: [http://www.papps.org/upload/file/Grupos\\_Expertos\\_PAPPS\\_8\\_1.pdf](http://www.papps.org/upload/file/Grupos_Expertos_PAPPS_8_1.pdf)

9. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.