

## ÍNDICE

<b>SYMPOSIUM..... OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR</b>	
<b>RESULTADOS DEL ESTUDIO OBESCAT.....</b>	<b>2</b>
<b>FRUTOS SECOS EN LA ALIMENTACIÓN SANA DEL ADOLESCENTE.....</b>	<b>4</b>
<b>ACEITE DE OLIVA Y SÍNDROME METABÓLICO EN LA ADOLESCENCIA.....</b>	<b>8</b>
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES.....</b>	<b>11</b>
<b>UNIDAD DE OBESIDAD PARA ADOLESCENTES. SU PROYECCIÓN COMUNITARIA.....</b>	<b>12</b>
<b>MESA REDONDA ..... ADOLESCENTE QUE DELINQUE: UN PROBLEMA EMERGENTE EN NUESTRA SOCIEDAD</b>	
<b>RESPONSABILIDAD PENAL DEL MENOR ANTE HECHOS DELICTIVOS EN EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN GENERAL.....</b>	<b>16</b>
<b>PSICOPATOLOGÍA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL MENOR QUE DELINQUE.....</b>	<b>37</b>
<b>INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS MENORES DELINCUENTES ¿REALIDAD O FICCIÓN?.....</b>	<b>39</b>
<b>MESA REDONDA ..... PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA EN EL ADOLESCENTE</b>	
<b>PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA EN EL ADOLESCENTE.....</b>	<b>44</b>
<b>ANOMALÍAS CARDIOLÓGICAS SILENTES EN LA ADOLESCENCIA.....</b>	<b>45</b>
<b>CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS INTERVENIDAS Y SEGUIMIENTO EN LA ADOLESCENCIA.....</b>	<b>48</b>
<b>MUERTE SÚBITA EN EL ATLETA ADOLESCENTE.....</b>	<b>52</b>
<b>SESIÓN DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y COMUNICACIONES</b>	
<b>EXPERIENCIAS CLÍNICAS: ENCUENTROS CON ADOLESCENTES EUROPEOS HIV+ DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN BARCELONA (2006-2009).....</b>	<b>53</b>
<b>EXPERIENCIA EN FORMACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD EN UN INSTITUTO DE ESO DE LAS ISLAS BALEARES (MALLORCA).....</b>	<b>56</b>
<b>TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE OBESO: EVALUACIÓN DE UNA METODOLOGÍA BASADA EN OBJETIVOS Y APLICABLE EN PRIMARIA.....</b>	<b>58</b>
<b>ADOLESCENCIA Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF): UNA INTERVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....</b>	<b>59</b>
<b>TALLERES SIMULTANEOS</b>	
<b>TALLER 1 CONSUMO DE TABACO, CANNABIS O LOS DOS: ¿QUÉ MARCA LA DIFERENCIA? .....</b>	<b>60</b>
<b>TALLER 2 DEPRESIÓN ENMASCARADA.....</b>	<b>61</b>
<b>TALLER 3 LOS NUEVOS ADOLESCENTES: LOS REBELDES DEL BIENESTAR.....</b>	<b>66</b>
<b>TALLER 4 EL PRESERVATIVO ENTRE LOS MÁS JOVENES .....</b>	<b>68</b>
<b>VIII CONFERENCIA "BLAS TARACENA DEL PIÑAL"</b>	
<b>PROCESOS DE VINCULACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....</b>	<b>70</b>
<b>COMUNICACIONES PÓSTER.....</b>	<b>74</b>

## OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR (I).

Moderadora: Dra. Elisa De Frutos Gallego  
Viernes, 23 de abril de 2010 9,30 – 11,30 h.

### RESULTADOS DEL ESTUDIO OBESCAT.

**Dra. Lefa S. Eddy Ives.**

*Pediatra. STA. COLOMA DE GRAMENET.*

#### INTRODUCCIÓN

El Estudio Obescat (Premio Nutriben 2007) es un ensayo clínico multicéntrico, prospectivo, aleatorio, con un grupo control paralelo, en adolescentes de 10-14 años con obesidad (OB) o sobrepeso (SP) atendidos en consultas de atención primaria de salud de Cataluña entre junio de 2006 y diciembre de 2007.

El objetivo principal fue evaluar la eficacia de una intervención educativa con consejos alimentarios y de actividad física para reducir el índice de masa corporal (IMC). Los objetivos secundarios fueron: conocer los hábitos alimentarios y de actividad física de nuestros adolescentes con OB y SP, evaluar los cambios en sus hábitos tras la intervención, y evaluar su autoconcepto antes y después de la intervención a través del cuestionario "Autoconcepto Forma 5" (AF-5)<sup>1</sup> que consta de 5 dimensiones: académico/laboral, social, emocional, familiar, y físico.

En el grupo de intervención (GI) se realizaron 6 visitas (meses 0, 1, 3, 6, 9 y 12) y en el grupo control (GC) dos (meses 0 y 12), durante las cuales se anotaba los datos antropométricos y se hacía hincapié en los consejos educativos.

#### RESULTADOS

Se reclutan 174 adolescentes siendo aleatorizados 87 en cada grupo, 50 % de ambos sexos, y con una edad media de 11'81 años.

#### DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Al inicio del estudio el percentil del IMC (Pc-IMC) de ambos grupos (GI y GC) carecían de diferencias significativas (DS), y por tanto eran homogéneos. Según sexo los varones tenían un Pc-IMC mayor (97,67) que las mujeres (96,04) con SE ( $p=0,004$ ). Al finalizar estudio ambos grupos presentaban un descenso Pc-IMC entre inicio y final con SE ( $p=0,000$ ). El análisis del Zscore-IMC reflejó los mismos resultados.

En cuanto a la comparación de las cifras del índice perímetro cintura-cadera (ICC) entre inicio y final, en el GI hubo un descenso con SE de adolescentes con ICC patológico ( $> 0,9$  en niñas y  $> 1$  en varones) ( $p = 0,031$ ). En el grupo control no hubo DS.

<sup>1</sup> García F, Musitu G. AF5 Autoconcepto Forma 5. Madrid: TEA Ediciones, 2001.

## ENCUESTA ALIMENTARIA

---

Al inicio del estudio no se constató ninguna DS entre ambos grupos. Cabe destacar: 15% adolescentes desayunan bollería y un 3,7 % no desayunan. Según sexo había dos ítems a destacar: ítem “desayuna otros”, niñas 14,4% y niños 4,4 % ( $p= 0,023$ ); ítem “número veces verdura a la semana”, chicas una media de 5 y chicos 3,87 ( $p= 0,007$ ).

La valoración de las encuestas obtenidas al finalizar el estudio no mostró ninguna DS entre ambos grupos. Según sexo, cabe destacar: ítem “come cuando está aburrido”, niñas 40,3 % y niños 20,3 % ( $p=0,015$ ); ítem “número de veces que toma huevo a la semana”, las niñas respondían una media de 2,02 mientras los chicos 1,63 ( $p = 0,044$ ).

Al comparar todas las encuestas del inicio con las del final, sin tener en cuenta los dos grupos (intervención y control), se obtuvieron los siguientes datos con SE: ítem “¿Cuántas piezas de fruta al día?”: al inicio la media era 1,55 y al final 1,80 ( $p = 0,006$ ); ítem “¿Número de veces/semana que toma pescado?”: al inicio la media era 1,78 y al final 2,01 ( $p = 0,026$ ); ítem “¿Crees que comes más deprisa que otros?”: en inicio 51,1% sí, 25,9 % no, y 23% a veces; y al final 38,5 %, 31,9 % y 29,6%, respectivamente ( $p = 0,018$ ); ítem “¿Comes cuándo estás aburrido?”: en inicio responden afirmativamente un 48,9% y al final 29,6% ( $p = 0,000$ ).

## ENCUESTA DE EJERCICIO FÍSICO

---

Al inicio del estudio no se obtuvo diferencias con SE entre ambos grupos. La comparación según sexo mostró datos cercanos a la SE ( $p = 0,052$ ): chicos practicaban una media de 234,8 minutos/semana (33 min./día) y chicas 182,82 (26 min./día), incrementándose esta diferencia al finalizar estudio ( $p = 0,017$ ). Los resultados entre el inicio y el final en el GI proporcionó unas medias contrarias a lo deseado, ya que al final del estudio los adolescentes miraban más la TV (dato sin DS) y practican menos deporte ( $p = 0,002$ ). La comparación de resultados inicio-final GC no proporcionó ninguna DS.

## CUESTIONARIO AF5

---

Completaron el cuestionario 151 adolescentes. No hubo ninguna dimensión con DS entre ambos grupos. Las dos dimensiones con puntuaciones más bajas eran la emocional (media 5,68) y la física (5,04), en contraposición con la dimensión académica/laboral (7,12), la social (7,36) y la familiar (8,51). Al final del estudio, al comparar los resultados entre el GI y el GC, se obtuvo DS únicamente para la dimensión emocional: puntuación media GI 5,82 y GC 5,00 ( $p = 0,043$ ). Al valorar los resultados de cada grupo por separado, cabe destacar en el GI una diferencia en la dimensión física entre inicio (4,88) y final (5,47) con SE ( $p = 0,053$ ). En el GC entre inicio y final no hubo ninguna dimensión con DS.

## CONCLUSIONES

---

El hecho de participar en el ensayo clínico por sí solo mejoró el IMC de los adolescentes. Pero la mejoría del ICC únicamente en el GI apoya la necesidad de realizar seguimientos más continuados. Los resultados del cuestionario AF-5 evidenciaron un bajo autoconcepto físico y emocional, solo obteniéndose una mejoría en el GI, otro dato que apoya la necesidad de no distanciar las visitas.

En cuanto a los hábitos, las chicas comían más verduras pero tenían el hábito de comer cuando estaban aburridas. Los chicos practicaban más horas de actividades físicas. La intervención mejoró los hábitos alimentarios en ambos sexos incrementando el consumo de pescado y fruta, y que comieran más lentos y menos al estar aburridos, pero disminuyó el consumo de lácteos. No incrementó la media diaria de deporte, sino todo lo contrario, lo que evidencia la necesidad de trabajar desde atención primaria los hábitos, sobre todo los de ejercicio físico, y más aun en las mujeres.

## APÉNDICE. LISTADO DE INVESTIGADORES

---

**Investigadores colaboradores:** Bofarull Bosch, JM; Brotons Cuixart, C; Calvo Piñero, N; Cercós Hawkins, I; De Frutos Gallego, E; Diéguez Henríquez, MA; Folch Pablo, MD; López Lorite, AM; Moral Pelaéz, I; Olmos Sánchez, E; Peix Sambola, MA; Plaja Roman, P; Sabate i Casellas, F.

**Investigadores asociados:** Aloy Pallarès, G; Calvo Rojas, MC; Calvo Terrades, M; Campillo Bernués, Carme; Canadell Villaret, D; Cortés Marina, R; Cortés Viana, MP; Curell Aguilà, N; Domingo Fuster, M; Elettrico Persico, A; Fajó Berdún, G; Fernández Fernández, O; Fortea Gimeno, E; Gámez González, M; García Lop, J; García López, AC; García Pellegri, PE; García Serradell, A; Gatell Carbó, A; Gay Gascon, L; Giribet Folch, M; González García, M; Gotzens Busquets, M; Harb Viran, A; Jove Naval, J; López Lorite, AM; Molina González, J; Morales Hidalgo, V; Moreno Aguado, A; Orsola De Los Santos, L; Orsola Lecha, E; Palasí Bargallo, C; Panadés Mas, D; Payola Riera, M; Pérez Vidal, MT; Perkal Rug, Graciela; Ramírez Álvarez, P; Reverter García, E; Ristol Perxés, AM; Rodríguez Avilés, MT; Ruiz-Cuevas García, P; Sánchez Bonet, M; Sanz Borrell, L; Sau Giral, I; Serrano Aguiar, A; Soler Ros, JM; Teixidó Armengol, C; Valeri Soler, A; Vicente Rodríguez, M; Villena Collado, H; Viñallonga i Sardà, X; Young, CR.

## FRUTOS SECOS EN LA ALIMENTACIÓN SANA DEL ADOLESCENTE.

---

### **Dra. Rosa Solà Alberich**

*Unitat de Recerca en Lípids i Arteriosclerosi, CIBERDEM, Hospital Universitari Sant Joan, IISPV, Universitat Rovira i Virgili, REUS.*

### RESUMEN

---

En el momento actual, se dispone de pocos datos sobre los efectos de los frutos secos en el peso corporal de adolescentes y de niños, hecho que contrasta con la abundancia de datos que existen sobre este fenómeno en adultos.

Los frutos secos se consideran un alimento protector frente a las enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de morbilidad y mortalidad del mundo occidental. Para la comunidad científica ha sido una sorpresa constatar que, en adultos, el consumo de frutos secos mantiene el peso corporal a pesar de su elevado contenido en grasa (aproximadamente entre 5,6 y 6,4 Kcal/g de fruto seco, según el tipo de fruto), y su correspondiente aporte de energía.

En esta ponencia, se describen los frutos secos y su composición y se proporcionan datos sobre consumo y adolescencia. También se describe, en adultos, el prometedor efecto de los frutos secos sobre el mantenimiento del peso corporal, y la adición de frutos secos, en especial almendras, a dietas hipocalóricas en obesos dan lugar a una pérdida de peso mayor, y que perdura más en el tiempo, que las dietas bajas en grasa que no los incorporan. Además, en adultos, el consumo de frutos secos protege de la aparición de diabetes mellitas tipo 2 y de síndrome metabólico.

Se deberá tener en cuenta la frecuente aparición en la infancia de casos de alergia a los frutos secos.

En la actualidad, se aconseja el consumo frecuente de frutos secos en el contexto de una dieta saludable, en particular para prevenir las enfermedades cardiovasculares.

### OBJETIVO

---

1. Exponer la composición de los frutos secos.
2. Describir el consumo de frutos secos en algunas poblaciones y su relación con la obesidad en adolescentes.

---

## LOS FRUTOS SECOS Y SU COMPOSICIÓN

---

En su composición, los frutos secos tienen una característica común: tienen menos de un 50% de agua (Código alimentario español).

En el concepto de frutos secos se incluyen los frutos de los siguientes árboles: almendro, anacardo, avellano, macadamia, nogal, nogal del Brasil, pacana, pino piñonero y pistachero (Tabla 1). Por su similitud en composición, se suele incluir al cacahuete, también denominado maní en algunos países, que en realidad es el fruto de una legumbre que se desarrolla subterráneamente. Otros autores proponen incluir entre ellos a la castaña, pero su composición difiere, pues apenas contiene grasa. En el grupo de frutos secos, también se suele considerar a las pipas o semillas de girasol, por su composición rica en ácidos grasos poliinsaturados, en particular ácido linoleico, pero no son un fruto. En los frutos secos, el contenido energético oscila entre 5.6 y 6.4 Kcal/g de alimento. Todos los frutos secos tienen una composición similar en proteínas (13-26%), en azúcares (15-25%) y en lípidos (48-63%) mientras que difieren en el tipo de ácidos grasos (13,14). En la tabla 2 se puede observar el contenido en energía y macronutrientes de algunos frutos secos.

Los frutos secos se caracterizan por su elevado contenido en ácidos grasos de tipo cardiosaludable. En la mayoría de estos frutos predomina el ácido oleico, presente también en el aceite de oliva. El ácido oleico representa el 70% del total de los ácidos grasos en las almendras y las avellanas, el 60% en los pistachos, y el 15-45% en las nueces y los piñones. Es preciso destacar que las nueces tienen un alto contenido en ácido alfa-linolénico, el ácido graso n-3 (o omega-3) vegetal.

Además de tener un perfil cardiovascular favorable en los distintos tipos de ácidos grasos, los frutos secos también aportan otros macronutrientes bioactivos como fibra, especialmente de tipo insoluble, y proteínas y micronutrientes como potasio, calcio, magnesio, ácido fólico y fitosteroles, compuestos fenólicos resveratrol y arginina (Kris-Etherton PM et al. 2008).

---

## 2. ESTUDIOS SOBRE FRUTOS SECOS Y PESO CORPORAL

---

El problema de la obesidad infantil también, al igual que en los adultos, se asocia con una mayor aparición de síndrome metabólico, definido por la presencia simultánea de varios criterios clínicos y de diabetes mellitas tipo 2.

---

### - EVIDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

---

Recientes datos de Granollers (Catalunya) obtenidos en 566 escolares de 6 años (nacidos en 2000 y evaluados en 2006) han confirmado los niveles de sobrepeso y obesidad en niños y han observado que algunas familias consumen una escasa cantidad de frutas (22%), verduras y hortalizas (37%), pasta, pan, cereales y arroz (14%), pescado (32%), legumbres (13%) y frutos secos (Llargues E et al. 2009). Sólo un 9% tomaba frutos secos más de tres veces a la semana (Llargues E et al. 2009). El escaso consumo de frutos secos entre los niños de estas edades, también se ha constatado en el entorno de Reus y del Camp de Tarragona en ocasión de la implantación del Programa de Educación en Alimentación, Proyecto EdAI (Albaladejo R et al, en elaboración). Por ello, para reducir la creciente obesidad infantil detectada durante los últimos años, que parece ir adquiriendo las características de una pandemia, se están impulsando actividades en el ámbito de la escuela para fomentar hábitos saludables, como la inclusión de frutos secos en la alimentación y el incremento de la actividad física, (Albaladejo R et al, en elaboración).

En la presente comunicación se comentan los resultados de varios estudios epidemiológicos en adultos que ponen en evidencia que el consumo frecuente de frutos secos se relaciona con un bajo peso corporal, y con un bajo riesgo de obesidad y de aumento de peso (Sabaté J et al. 2009). El

consumo de frutos secos también puede proteger de la aparición de diabetes mellitas tipo 2 ( Jenkins DJ et al. 2008).

La inclusión de frutos secos en un conjunto de alimentos suele configurar modelos o patrones alimentarios que se relacionan con efectos saludables (Sabaté J et al. 2009). En este sentido, se ha estimado en un 11,2% la reducción de la mortalidad total debido a un elevado consumo de frutas y frutos secos en el contexto de un modelo de dieta mediterránea (Trichopoulou A et al. 2009).

Por otra parte, siendo que en los estudios epidemiológicos se observan datos indirectos sobre los efectos de los frutos secos sobre la salud, dichas observaciones se complementan con los estudios de intervención para verificarlos más directamente.

---

#### ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LOS FRUTOS SECOS EN EL PESO CORPORAL. ALGUNOS DATOS SOBRE NIÑOS Y ADULTOS.

---

En uno de los escasos estudios de intervención realizados en adolescentes se incluyó un suplemento de avellanas a la dieta habitual. En este estudio, realizado sobre 70 niños sanos, de  $12 \pm 0.1$  años (media  $\pm$ ES) de los cuales 37 eran niños y 33, niñas, se demostró que con la adición de 25g de avellanas cada día - unas 150 Kcal/d)- a la dieta habitual durante 4 meses, los participantes mantuvieron constante el peso corporal (Solà R et al. 2004).

En la actualidad, se estudia el efecto del consumo de frutos secos en el marco de una dieta de tipo mediterráneo, en el estudio de Prevención con Dieta Mediterránea [PREDIMED], en la prevención primaria cardiovascular en personas adultas que no han presentado episodios cardiovasculares. El PREDIMED incluye más de 7.000 hombres y mujeres que presentan alto riesgo cardiovascular de España, distribuidos en 2 grupos de intervención. Uno de los grupos tiene un aporte de 30 g/d de frutos secos, el otro grupo consume aceite de oliva (1 L a la semana) y el grupo control sigue las recomendaciones de una dieta baja en grasa. Los resultados preliminares de 1224 participantes del PREDIMED sugieren que el consumo de frutos secos mantiene el peso corporal y protege de la aparición de síndrome metabólico (Estruch R et al.2006; Salas-Salvadó J et al. 2008).

En un subgrupo de 776 participantes del estudio PREDIMED se ha podido profundizar en las bases genéticas de la obesidad, y la presencia del alelo A del *fat mass and obesity-associated gene* (FTO) se asocia con un mayor peso corporal en situación basal. La intervención con los dos tipos de dieta mediterránea durante 3 años se asocia con un aumento de peso menor que el que experimentan los individuos portadores de la forma no variante del gen FTO, aunque no se identifica un efecto específico del consumo de aceite de oliva o de frutos secos (Razquin C et al. 2010).

El consumo de frutos secos en estudios de intervención en pacientes diabéticos han mostrado una mejora del perfil lipídico plasmático, pero no se han descrito sus efectos sobre los indicadores de control de la diabetes mellitas (Jenkins DJ et al. 2008).

---

#### SUPLEMENTOS DE FRUTOS SECOS EN DIETAS PARA PERDER PESO EN ADULTOS

---

Las dietas bajas en energía para el tratamiento de individuos obesos que contienen frutos secos, en particular almendras, dan lugar a una pérdida de peso mayor, y que perdura más en el tiempo, que las dietas bajas en grasa que no los incorporan (Wien MA et al. 2003). No obstante, será necesario llevar a cabo estudios específicos para clarificar el efecto de este método durante más de un año (Rajaram S et al.2006).

---

## ALERGIAS

---

A pesar de sus efectos beneficiosos sobre la salud, los frutos secos pueden causar reacciones alérgicas graves e incluso mortales. La mayoría de alérgenos de los frutos secos son las proteínas de almacenamiento de las semillas, como vicilinas, leguminas y albúminas. Otros alérgenos de los frutos secos con función biológica comprenden las profilinas y homólogos de las proteínas, considerados panalérgenos debido a su amplia distribución en el reino vegetal. En algunos casos se pueden detectar anticuerpos de tipo IgE específicos para algunos frutos secos. El diagnóstico de las reacciones alérgicas a alimentos se basa en la identificación del mecanismo inmunológico (pruebas alérgicas) y en establecer una asociación causal fiable entre la ingesta del alimento y las manifestaciones clínicas referidas por el paciente, y se pueden utilizar las pruebas de tolerancia oral. En varios estudios realizados en niños con antecedentes de alergia al cacahuete se ha observado la resolución de la alergia en un 20% de los casos. El tratamiento incluye la educación del paciente y de sus familiares para evitar todas las formas de presentación del alérgeno alimentario (tarea no siempre sencilla debido a las presentaciones alimentarias novedosas y poco perceptibles, como salsas o bases de platos que contienen frutos secos en su composición y que se ingieren de forma inadvertida), para reconocer los síntomas tempranos de una reacción alérgica y para tratar, de forma precoz, una reacción anafiláctica (Fernández-Crespo J et al. 2005).

---

## COMENTARIOS

---

Los datos disponibles demuestran que añadir frutos secos a la dieta habitual no provoca aumento de peso, ni en adultos ni en adolescentes. Por una parte, como era de esperar, la ingesta de frutos secos en sustitución de otros alimentos, manteniendo la energía total, no causa cambios en el peso corporal. Por otra parte, y de forma más sorprendente, la presencia de frutos secos en dietas con bajo contenido en energía en individuos obesos favorece la pérdida de peso.

En España, entre las medidas que se han tomado para reducir la obesidad y para propiciar una alimentación saludable, destaca el decálogo del proyecto GUSTINO, impulsado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria para identificar a los restaurantes que cumplen con diez criterios de alimentos saludables, entre los que se incluye la posible elección de frutos secos.

<https://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>

Siendo la adolescencia una etapa de cambio para la persona que puede coincidir con la adopción de hábitos alimentarios poco saludables, el aporte de los frutos secos resulta de gran interés para compensar una eventual alimentación desequilibrada. La incorporación de frutos secos en la alimentación de los adolescentes les supone un aporte de energía y nutrientes idóneo para afrontar el crecimiento y desarrollo propios de esta etapa de la vida.

---

## CONCLUSIONES

---

Actualmente, en nuestro entorno, los escasos datos sobre la cantidad y la frecuencia del consumo de frutos secos sobre el peso corporal indican que un bajo consumo de frutos secos se acompaña de un porcentaje elevado de sobrepeso y obesidad de los jóvenes (Llargues E et al. 2009). Asimismo, un consumo de unos 25 g/d de avellanas no incrementa el peso corporal en adolescentes (Solà R et al, 2004).

A partir de los datos actuales obtenidos en adultos, según los cuales el consumo de unos 30 g de frutos secos al día, aportados por 15 g de nueces, 7,5 g de almendras y 7,5 g de avellanas, no induce cambios en el peso corporal, parece aconsejable explorar los efectos de los frutos secos en adolescentes.

Se deberá tener en cuenta la frecuente aparición en la infancia de casos de alergia a los frutos secos.

En relación con los adolescentes se debe impulsar el consumo de alimentos saludable y la actividad física de forma adecuada para frenar el incremento del sobrepeso y de la obesidad que se ha advertido actualmente en esta franja de población.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Albaladejo R, Giralt M. Projecte d'Educació en alimentació ( EdAl), tesi doctoral en elaboració, 2010.
2. Código Alimentario Español. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.
3. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, Fiol M, Gómez-Gracia E, López-Sabater MC, Vinyoles E, Arós F, Conde M, Lahoz C, Lapetra J, Sáez G, Ros E; PREDIMED Study Investigators. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006; 145(1):1-11.
4. Fernández Crespo J, Fernández Rodríguez C, Rodríguez J. Frutos secos y alergia alimentaria. Salas –Salvadó J, Sabaté J, Ros E, ed. en *Frutos secos, salud y culturas mediterráneas*, Barcelona, Glosa, S.L. 2005, pp:317.  
<https://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>  
[http://www.nal.usda.gov/fnic/cgi-bin/nut\\_search\\_new.pl](http://www.nal.usda.gov/fnic/cgi-bin/nut_search_new.pl)
5. Llargués E, Franco R, Recasens A, Nadal A, Vila M, José Pérez M, Martínez-Mateo F, Recasens I, Salvador G, Serra J, Castells C. Weight, dietary patterns and exercise habits in first-year primary school children: the AVall study. *Endocrinol Nutr.* 2009 ;56(6):287-92.
6. Kris-Etherton PM, Hu FB, Ros E, Sabaté J. The role of tree nuts and peanuts in the prevention of coronary heart disease: multiple potential mechanisms. *J Nutr.* 2008;138(9):1746S-1751S.
7. Rajaram S, Sabaté J. Nuts, body weight and insulin resistance. *Br J Nutr.* 2006 Nov;96 Suppl 2:S79-86. Erratum in: *Br J Nutr.* 2008 Feb;99(2):447-8.
8. Razquin C, Martínez JA, Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Fernández-Crehuet J, Martí A. A 3-year intervention with a Mediterranean diet modified the association between the rs9939609 gene variant in FTO and body weight changes. *Int J Obes (Lond).* 2010; 34(2):266-72.
9. Sabaté J, Ang Y. Nuts and health outcomes: new epidemiologic evidence. *Am J Clin Nutr.* 2009; 89(5):1643S-1648S.
10. Jenkins DJ, Hu FB, Tapsell LC, Josse AR, Kendall CW. Possible benefit of nuts in type 2 diabetes. *J Nutr.* 2008 Sep;138(9):1752S-1756S.
11. Salas-Salvadó J, Fernández-Ballart J, Ros E, Martínez-González MA, Fitó M, Estruch R, Corella D, Fiol M, Gómez-Gracia E, Arós F, Flores G, Lapetra J, Lamuela-Raventós R, Ruiz-Gutiérrez V, Bulló M, Basora J, Covas MI; PREDIMED Study Investigators. Effect of a Mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status: one-year results of the PREDIMED randomized trial. *Arch Intern Med.* 2008; 168(22):2449-58.
12. Solà-Alberich R, Godàs-Bonfill G, Salas-Salvadó J, Masana-Marín LI. Efectos de los frutos secos sobre las enfermedades cardiovasculares. *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad* 2002; 5: 194-202.
13. Trichopoulos A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 2009; 338:b2337. doi: 10.1136/bmj.b2337.
14. Wien MA, Sabaté JM, Iklé DN, Cole SE, Kandeel FR. Almonds vs complex carbohydrates in a weight reduction program. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003 (11):1365-72.

## AGRADECIMIENTOS

---

Por su colaboración en la realización de nuestros trabajos de investigación:

Dra. Montse Giralt-Batista, Dra Rosa M<sup>a</sup> Valls-Zamora, Rosa Albaladejo-Perales, Sara Fernández-Castillejo, Úrsula Catalán –Santos, Dra. Marta Romeu-Ferrán, Vanessa Sanchez-Martos, M<sup>a</sup> Rosa Nogués-Llort.

## ACEITE DE OLIVA Y SÍNDROME METABÓLICO EN LA ADOLESCENCIA.

---

**Patricio José Ruiz Lázaro.**

*Pediatra. Máster en Nutrición Clínica. Consulta Joven "Espacio 12-20".*

*Centro Salud Manuel Merino. ALCALÁ DE HENARES.*

[patricioj040965@gmail.com](mailto:patricioj040965@gmail.com)

<http://adolescentes.blogia.com>

El síndrome metabólico fue descrito en el adulto como la asociación de varios factores de riesgo precursores de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica y de diabetes tipo 2. Son cada vez más numerosas las publicaciones que hablan de la presencia del síndrome metabólico durante la infancia.



Aunque su prevalencia (3-4 %) es relativamente baja comparada con la población adulta, en distintos estudios se ha visto que está presente en 20-30 % de niños y adolescentes obesos.

No hay una definición consensuada para el síndrome metabólico en adolescentes. Unos lo definen por la presencia de tres o más de los siguientes criterios: índice de masa corporal > percentil 95 para la edad y sexo, hipertrigliceridemia (> 110 mg/dL), nivel bajo (< 40 mg/dL) de la fracción de colesterol transportada por la lipoproteína de alta densidad (c-HDL), hipertensión arterial (> percentil 90 para la edad y sexo), glucemia basal > 100 mg/dL o glucemia dos horas post sobrecarga oral a la glucosa de 140 a 200 mg/dL. Para otros, se deben cumplir tres de estos criterios: perímetro cintura > ó = p90, glucemia en ayunas > ó = 110 mg/dl, triglicéridos > ó = 110 mg/dl, c-HDL < 40 mg/dl, presión arterial > ó = P90.

La hipótesis más aceptada y una de las más fuertemente apoyadas por estudios prospectivos, entre los que destacan The Cardiovascular Risk in Young Finns Study y The Bogalusa Heart Study, es la que sitúa a la obesidad y a la insulinoresistencia como factores principales en su etiología.

En un estudio en jóvenes hispanos con obesidad, se encontró que la sensibilidad a la insulina estaba relacionada de forma independiente y negativa con las concentraciones de triglicéridos y de presión arterial y de forma positiva con los de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), sugiriendo que los efectos de la adiposidad sobre la dislipemia y la presión arterial están mediados por la resistencia a la insulina.

En niños, un incremento de circunferencia de la cintura ha mostrado estar relacionado con un aumento de la presión arterial sistólica y diastólica, del colesterol total, de la fracción de colesterol transportada por la lipoproteína de baja densidad (c-LDL), triglicéridos e insulina así como con unas concentraciones bajas de c-HDL.

En mi tesis doctoral, hace una década, estudié 152 niños y adolescentes, 80 sanos y 72 hipercolesterolémicos, les realicé mediciones corporales mediante antropometría y análisis de la impedancia bioeléctrica, les determiné la presión arterial y les cuantifiqué la masa libre de grasa por hidrodensitometría. Los valores de masa libre de grasa, cuantificada por hidrodensitometría, de los niños y adolescentes sanos no difirieron de los hallados en hipercolesterolémicos, sin embargo éstos parecían tender a acumular grasa en abdomen (mayor perímetro abdominal e índice cintura/cadera) y región del bíceps (mayor pliegue del bíceps y masa grasa del brazo), a pesar de no ser mayor su adiposidad total y ser menor su ponderosidad; presentaban, además, una presión arterial diastólica más alta que el grupo de niños y adolescentes sanos.

El diagnóstico de síndrome metabólico implica aumentar en 5 veces el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y en 2 ó 3 veces el de enfermedad cardiovascular, por ello se está convirtiendo en un problema de salud pública. En la infancia y en la adolescencia, lo mejor es prevenir la aparición de los diferentes componentes del síndrome metabólico. Se recomienda: cambio a hábitos de vida saludables, aumento en la actividad física y una dieta hipocalórica pobre en grasas saturadas como la mediterránea, dentro de la cual el consumo regular de dosis moderadas de aceite de oliva virgen jugaría un papel relevante.

El interés científico por el aceite de oliva virgen se generalizó cuando se observó en la isla de Creta una mortalidad coronaria singularmente baja y se relacionó con que el aceite de oliva era la principal grasa comestible consumida.

Distintos estudios, han mostrado una asociación negativa entre el consumo de aceite de oliva y los niveles de colesterol del plasma, así como los efectos favorables sobre la presión arterial y los niveles de glucosa en sangre.

Se ha comprobado como una dieta hipocalórica en que las grasas animales se sustituyen por aceite de oliva virgen logra la normalización del peso, la presión arterial y el colesterol en sangre en obesidad exógena ligada a hipertensión arterial e hiperlipidemia.

Las grasas monoenoicas en general, y el aceite de oliva en particular, son capaces de disminuir los niveles de colesterol total igual que cantidades isocalóricas de grasas poliinsaturadas, con la ventaja de no reducir, o elevar, c-HDL. También son capaces de producir niveles de colesterol total semejantes a los obtenidos con las dietas ricas en hidratos de carbono (inferiores a los de dietas habituales), pero elevando c-HDL y no rebajando el nivel de triglicéridos.

El aceite de oliva virgen contiene compuestos antioxidantes como el escualeno, los fenoles simples (hidroxitirosol, tirosol), secoiridoides (oleuropeína), lignanos (acetoxipinoresinol, pinoresinol), flavonas, pigmentos (clorofilas, feofitinas), beta-caroteno o vitamina A, alfa-tocoferol o vitamina E. Varios estudios epidemiológicos y experimentales han relacionado la ingestión de antioxidantes con una baja incidencia de enfermedad cardiovascular. Uno de los posibles mecanismos de dicha acción es la protección frente a la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). Se ha comprobado que compuestos fenólicos presentes en el aceite de oliva virgen como el tirosol, el ácido cafeico y la oleuropeína a muy bajas concentraciones son potentes antioxidantes de las LDL. Tras la administración de una sola dosis de 50 ml de aceite de oliva virgen a voluntarios sanos se observa una mayor resistencia de las LDL a la oxidación 24 horas después de su ingesta.

En un ensayo clínico aleatorio, se compararon tres grupos: uno consumió una dieta mediterránea más el suplemento de aceite de oliva virgen, otro la misma dieta más el suplemento de frutos secos y un tercero tomaba una dieta baja en grasas. La evolución de todos ellos se siguió durante tres meses. Los niveles de oxidación de las LDL bajaron tanto en los individuos del grupo del aceite como en el de los frutos secos, aunque el descenso, comparado con el grupo de la dieta baja en grasas, fue más significativo entre aquellos que tomaban aceite de oliva virgen.

En un estudio prospectivo de tres años de seguimiento, se comprobó que un patrón de dieta mediterránea, consistente en una alta ingesta de frutas y verduras, así como de cereales no refinados y pescado, y en el uso del aceite de oliva virgen como principal fuente de grasas, conducía a una mayor **capacidad antioxidante del organismo** y a una **disminución del peso corporal**. Además, el estudio pudo demostrar como el **efecto protector de la dieta mediterránea** frente al aumento de peso es mayor en sujetos con tendencia genética a tener sobrepeso.

Se ha demostrado en ratas que el ácido oleico de la dieta, muy abundante en el aceite de oliva, activa en el intestino delgado la movilización de la oleiletanolamida, una hormona producida en los enterocitos, la cual actúa como un mensajero que informa al cerebro de la cuantía del alimento ingerido y evita la saciedad, reduciendo el apetito. Cuando el ácido oleico llega a la luz intestinal, penetra en sus células merced a la asistencia de una proteína (la CD36), presente en la membrana que rodea a las células intestinales, que actúa como un "transportador". A partir del ácido oleico se sintetiza la oleiletanolamida (OEA), la cual activa unos receptores (PPAR-alfa); el resultado de este acoplamiento con los receptores es la prolongación del periodo de saciedad entre las comidas.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *N Engl J Med* 1998; 338:1650-1656.
2. Bueno G. Síndrome metabólico en la infancia. *BOL PEDIATR* 2006; 46: 292-9.
3. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz W. 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: 821-7.
4. Cruz M, Weigensberg M, Huang T, Ball G, Shaibi G, Goran M. The metabolic syndrome in overweight Hispanic youth and the role on the role on insulin sensitivity. *Clin Endocrinol Metab.* 2004;89: 108-13.
5. Fitó M. Efectos antioxidantes del aceite de oliva y de sus compuestos fenólicos. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
6. Fitó M, Guxens M, Corella D, Sáez G, Estruch R, de la Torre R et al. Effect of a traditional Mediterranean diet on lipoprotein oxidation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2007; 167(11): 1195-203.

7. Gómez P, Pérez F, Benkhalti F, El Boustani E, López-Miranda J, Moreno JA. Efecto de los compuestos fenólicos del aceite de oliva virgen sobre la resistencia de las lipoproteínas de baja densidad a la oxidación. *Medicina clínica* 2003; 120 (4): 128-31
8. Grande F. El aceite de oliva y la salud humana. En: Bonilla A, Grande F, Murillo JJ, Sanz B. El aceite del Bajo Aragón. Cartillas turolenses 1993; 16.
9. Maffei C, Pietrobelli A, Grezzani A, Provera S, Tato L. Waist circumference and cardiovascular risk factors in prepuberal children. *Obes Res.* 2001;9:179-87.
10. Mills GW, Avery P, McCarthy M, Hattersley AT, Levy JC, Hitman GA, et al. Heritability estimates for beta cell function and features of the insulin resistance syndrome in UK families with an increased susceptibility to type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2004;47:732-8.
11. Moreno LA, Pineda I, Rodríguez G, Fleta J, Sarría A, Bueno M. Waist circumference for the screening of the metabolic syndrome in children. *Acta Paediatr.* 2002;91:1307-12.
12. Razquin C, Martínez JA, Martínez-González MA, Mitjavila MT, Estruch R, Martí A. A 3 years follow-up of a Mediterranean diet rich in virgin olive oil is associated with high plasma antioxidant capacity and reduced body weight gain. *Eur J Clin Nutr.* 2009; 63(12):1387-93.
13. Ruiz-Lázaro PJ. Estudio de la composición corporal en niños sanos e hipercolesterolémicos: validación de modelos basados en el análisis de la impedancia bioeléctrica y la antropometría. Tesis doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2001.
14. Savva S, Tornaritis M, Savva M, Kourides Y, Panagi A, Silikiotou N, et al. Waist circumference and waist-to-height ratio are better predictors of cardiovascular disease risk factors in children than body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000;24:1453-8.
15. Schwartz GJ, Fu J, Astarita G, Li X, Gaetani S, Campolongo P et al. The lipid messenger OEA links dietary fat intake to satiety. *Cell Metab.* 2008 Oct;8(4):281-8.
16. Srinivasan S, Myers L, Berenson G. Predictability of childhood adiposity and insulin for developing insulin resistance syndrome (syndrome X) in young adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Diabetes.* 2002;51:204-9.
17. Tapia L. Síndrome metabólico en la infancia. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66(2):159-66
18. Weiss R, Dzuria J, Burget T, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med* 2004; 350:2362-74.

## OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR (II).

**Moderadora: Dra. Elisa De Frutos Gallego**  
**Viernes, 23 de abril de 2010 12 – 14 h.**

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES.

**Dr. Abel López Bermejo**

*Endocrinología Infantil. Hospital Dr. Josep Trueta. GIRONA.*

La ingesta calórica y el gasto energético están sujetos a una estricta regulación biológica, pues ambas son funciones vitales para la supervivencia del individuo. La existencia de múltiples mecanismos compensatorios de la ingesta calórica ha complicado el diseño de fármacos antiobesidad con eficacia a largo plazo. Dos productos que actúan en el hipotálamo y aumentan la saciedad han sido retirados recientemente del mercado: el **rimonabant (Acomplia®)** y la **sibutramina (Reductil®)**. La eficacia limitada de ambos fármacos no superó los posibles efectos adversos graves (depresión y suicidio, y aumento del riesgo cardiovascular, respectivamente). Con eficacia similar, se comercializa el **orlistat (Xenical®)** como complemento terapéutico al régimen de cambios del estilo de vida. La **metformina (Dianben®)** no es un fármaco antiobesidad, pero puede prevenir el desarrollo de complicaciones metabólicas. Entre los fármacos comercializados para el tratamiento del síndrome metabólico, cuya indicación antiobesidad está en estudio, se encuentran el péptido similar a la amilina: **pramlintide (Symlin®)**, el análogo del péptido similar al glucagón: **exenatide (Byetta®)**, los inhibidores de la degradación de dicho péptido y los inhibidores del receptor de la angiotensina. En fase avanzada de ensayo clínico se encuentran las combinaciones de medicamentos **Qnexa®** y **Contrave®** (antidepresivo + simpaticomimético, y antidepresivo + naltrexona, respectivamente) y el nuevo agonista serotoninérgico central **Lorcaserin®**.

Las recomendaciones actuales para la prescripción de fármacos antiobesidad en adolescentes limitan su uso a mayores de 12 años de edad como tratamiento adyuvante a los cambios del estilo de vida en pacientes con obesidad y comorbilidades, mientras que se desaconseja su uso en pacientes con obesidad simple.

## UNIDAD DE OBESIDAD PARA ADOLESCENTES. SU PROYECCIÓN COMUNITARIA.

**M. García Fuentes<sup>1,3,4,5,6</sup>, R. Lanza Saiz<sup>5,6</sup>, M. J. Cabero<sup>1,3,4,5,6</sup>, M. J. Noriega<sup>2</sup>, C. Redondo<sup>1,4,5,6</sup>, C. Luzuriaga<sup>3,6</sup>, F. Lopez<sup>7</sup>, J. L. Alvarez Granda<sup>1,2,3,4,5,6</sup> y L. Moreno Aznar<sup>6</sup>**

(1) Area de Pediatría de la U. de Cantabria.

(2) Departamento de Fisiología y Farmacología. U. de Cantabria.

(3) Servicio de Pediatría del Hospital Valdecilla.

(4) Servicio Cántabro de Salud.

(5) Grupo de Investigación de Metabolismo, Genética y Nutrición. IFIMAV. H. Valdecilla.

(6) Red Temática "Salud Materno-Infantil y Desarrollo" Instituto de Salud Carlos III.

(7) UNICEF. CANTABRIA.

La prevalencia de la obesidad infantil ha experimentado un gran incremento durante los últimos años en todos los países desarrollados y en vías de desarrollo. España junto a otros países del área mediterránea (Italia, Grecia, Malta), presenta las mayores tasas europeas de obesidad. El estudio enKid demostró que la prevalencia de exceso de peso en la población infantojuvenil española de 2-24 años es del 26% (1). Por lo que respecta a los adolescentes, el estudio AVENA (2) ha evidenciado que en España existe una prevalencia de obesidad en este grupo poblacional de aproximadamente el 5% lo que significa que aproximadamente un cuarto de millón de estos jóvenes sufren obesidad, que se asocia a complicaciones en muchos de ellos. El 40 % de dichos adolescentes seguirán siendo obesos en la edad adulta.

Estos datos anteriores resumen la gravedad de la situación sanitaria derivada de la obesidad infantojuvenil y justifican la organización de **unidades de referencias hospitalarias multidisciplinares** que optimicen el tratamiento de esta enfermedad en su vertiente conductual así como las frecuentes complicaciones asociadas en el adolescente obeso. Adicionalmente dichas unidades deberían desempeñar un papel en el tratamiento comunitario de la obesidad infantojuvenil que, teniendo en cuenta las elevadas tasas de prevalencia y su tendencia ascendente, resulta absolutamente necesario propiciar. El objetivo de esta ponencia es plantear una reflexión sobre posibilidades de actuación para paliar este grave problema de salud pública desde la experiencia adquirida en la Unidad de Obesidad del Servicio de Pediatría del H. Valdecilla.

### NECESIDAD DE UN ENFOQUE COMUNITARIO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTOJUVENIL

La obesidad infanto-juvenil, representa el principal problema pediátrico de salud pública que existe actualmente en los países desarrollados con una clara tendencia a agravarse. Paralelamente al incremento de las tasas de obesidad infantil, se está produciendo un incremento de las comorbilidades asociadas, lo cual repercutirá sustancialmente en el coste sanitario. Actualmente en España, la atención a pacientes afectados de patologías derivadas de la obesidad representa aproximadamente el 7 % del total de gastos del Sistema Nacional de Salud.

Ante esta grave situación, las actuaciones prioritarias han sido de carácter preventivos cuya eficacia, hasta la fecha se está demostrando limitada. En la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Estambul en el año 2007 (3) los expertos vaticinaron que en la próxima década, a pesar

de las medidas e intervenciones preventivas, se va a producir en Europa un incremento anual de aproximadamente 100.000 niños obesos. En este contexto parece necesario que, junto a las medidas preventivas, se desarrollen estrategias eficaces de tratamiento de la obesidad infantil que pueda implementarse a nivel comunitario con el fin de ofrecer una amplia cobertura poblacional.

En esta línea, durante los últimos años venimos defendiendo la necesidad de propiciar el tratamiento de la obesidad infantojuvenil desde las unidades de atención primaria (4). Una encuesta realizada recientemente en la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla-León, ha constatado que existe una baja motivación por parte de los Pediatras en el tratamiento del paciente obeso. Sin embargo experiencias aisladas, demuestran que los equipo de atención primaria en circunstancias adecuadas (formación, motivación, etc.) pueden dar una buena cobertura asistencial a los niños con exceso de peso de sus respectivos cupos.

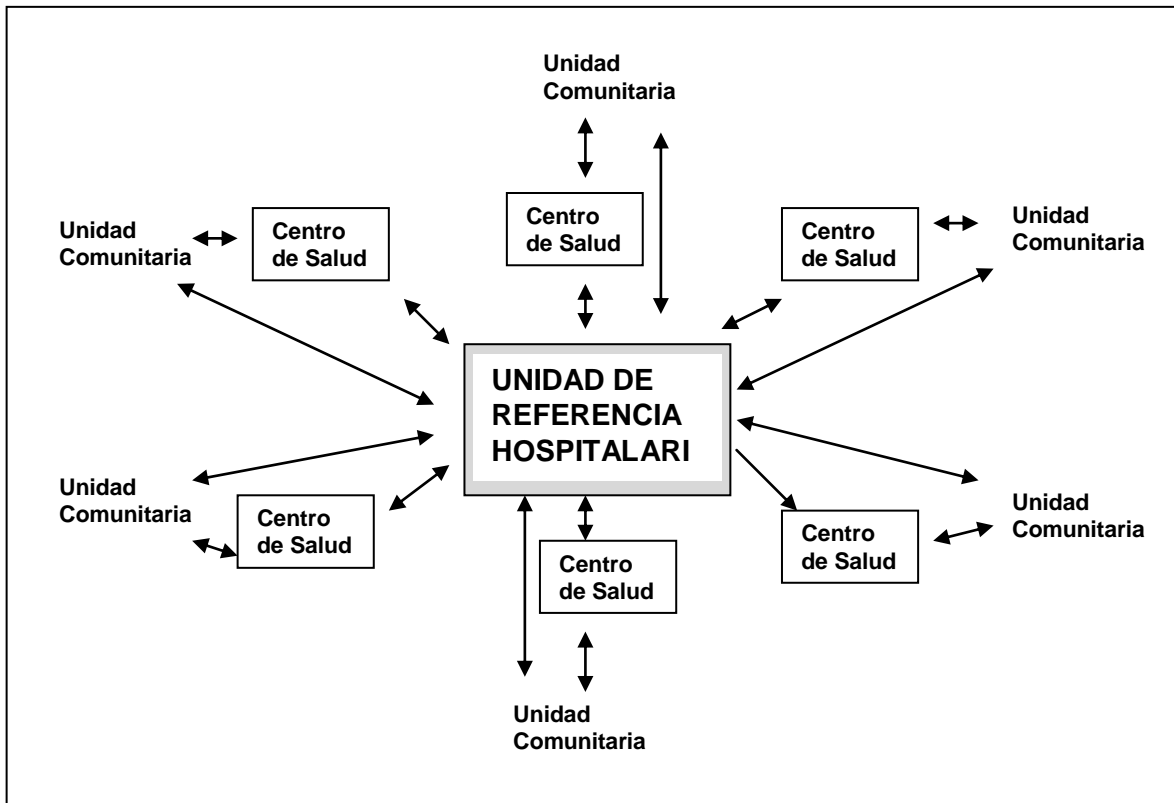


Fig 1.- Coordinación entre las unidades asistenciales (hospital y primaria) y las unidades comunitarias

La actividad asistencial realizada desde Asistencia Primaria, debe ser complementada desde los Servicios Hospitalarios. Las frecuentes complicaciones asociadas a la obesidad, hace necesaria la organización de unidades multidisciplinarias que apoyen asistencialmente a los pediatras de primaria en el tratamiento de estos pacientes. Por otra parte siendo la obesidad, sobre todo la obesidad establecida y severa del adolescente, una enfermedad crónica con tendencia a recidivar, se requiere un apoyo de unidades comunitarias que colaboren en el mantenimiento de hábitos saludables en el medio en el que reside el joven. Una coordinación estrecha de dichas unidades comunitarias con la Unidad de Referencia Hospitalaria y/o Atención Primaria reforzaría el tratamiento y permitiría regular en cada caso la frecuencia de las revisiones médicas.

#### EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

En la Comunidad de Cantabria confluyen circunstancias favorables para desarrollar una experiencia de atención comunitaria de la obesidad como la que se plantea en esta ponencia. Entre ellas podríamos destacar la tradicional coordinación docente entre el Servicio/Cátedra de Pediatría y Pediatras de Atención Primaria. La presencia de destacados miembros de la SEMA en la Comunidad

también ha sido un factor favorable, así como la actividad desarrollada durante los últimos años por parte del Grupo de Investigación “Metabolismo, Genética y Nutrición” del Hospital Valdecilla en el campo de la investigación epidemiológica de la obesidad infantojuvenil realizada en el marco de programas nacionales y europeos.

En este contexto, a principios de 2009 se organizó en el H. Valdecilla, una **Unidad Funcional para la Atención a los Pacientes obesos**, coordinada desde la Jefatura de Servicio de Pediatría con la participación de las consultas de especialidades que atienden a estos pacientes (especialmente Endocrinología y Nutrición-Dietética). A dicha unidad se ha adscrito una consulta atendida por un psicólogo y un pediatra, donde se aplica terapia conductual para inducir hábitos saludables (actividad física y hábitos alimentarios), a pacientes con obesidades severas remitidos desde otras consultas hospitalarias. Especial énfasis se realiza en dicha consulta en la terapia conductual al fomento de la actividad física, realizándose de forma periódica una valoración de la condición física.

Desde la nueva consulta de terapia conductual, además de la actividad asistencial que le es propia, se está propiciando una colaboración con Unidades de Asistencia Primaria que se pretende enmarcar en áreas poblacionales (especialmente municipios) en los que Unidades Comunitarias participarían en el seguimiento de estos pacientes, coordinados desde los centros asistenciales (tabla I).

Tabla I.- Coordinación entre la Unidad de Referencia Hospitalaria, Asistencia Primaria y Unidades comunitarias

<b>APOYO ASISTENCIAL EN LOS ASPECTOS DE TERAPIA CONDUCTUAL Y EN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA OBESIDAD</b>
<b>DOCENCIA DIRIGIDA A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES DE ASISTENCIA PEDIÁTRICA SEGÚN NECESIDADES Y A LOS AGENTES QUE INTERVENGAN EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN COMUNITARIA</b>
<b>INFORMACIÓN PERIÓDICA DESDE LAS UNIDADES COMUNITARIAS A LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS.</b>
<b>EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LA ACTIVIDAD DESDE LA UNIDAD DE REFERENCIA</b>

Las **Unidades Comunitarias** son elementos fundamentales para el desarrollo de la estrategia terapéutica que se pretende. La obesidad es una enfermedad crónica con tendencia a recidivar siendo frecuentes el abandono del tratamiento por parte de los pacientes. La terapia conductual requiere en muchos casos una frecuentación de las consultas que pueden interferir la escolarización de los niños y plantear dificultades a los familiares que les acompañan. A este respecto, en este modelo que planteamos se prevé que junto a las revisiones que se realicen en la Unidad de Referencia y en los Centros de Salud, se intercales talleres de actividad física en las denominadas **Unidades Comunitarias**, que son centros deportivos estratégicamente elegidos por su cercanía a la población atendida. A este respecto varios ayuntamientos han mostrado su interés por el programa asistencial y próximamente se firmará un convenio de colaboración con el Ayuntamiento de Camargo, ciudad de 33.000 habitantes cercana a Santander, que prestará un apoyo expreso en la utilización de sus instalaciones deportivas.

La actividad a realizar en los talleres de Actividad Física, ha sido diseñada desde el Área de Educación Física y del Deporte de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de Huesca (U. de Zaragoza) y en la fase inicial será monitorizada directamente por miembros del equipo asistencial de la Unidad de Referencia hospitalaria. Sin embargo se ha previsto para un futuro la formación de personal asignado por los ayuntamientos y voluntarios que recibirán una formación específica para realizar esta tarea. Según la OMS, la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud, incidiendo en que se debe

motivar a la población a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud y de sus conciudadanos, siempre bajo la supervisión y siguiendo las indicaciones del profesional médico de referencia. Hasta la fecha, la participación comunitaria se ha centrado fundamentalmente en los aspectos preventivos y educativos y la intervención de apoyo al tratamiento de la obesidad infantil ha sido un aspecto poco desarrollado. De ahí lo novedoso de este proyecto que concibe la figura del Agente Comunitario de salud como facilitador en los procesos de participación comunitaria, miembros de la comunidad, voluntarios, comprometidos y capacitados para desarrollar las funciones asignadas y cuya presencia, puede contribuir a aumentar la autoestima y la responsabilidad de los niños obesos (5,6,7).

---

## COMENTARIOS FINALES

---

Mediante la intervención conductual que hemos aplicado desde la Unidad de Referencia Hospitalario hemos obtenido unos magníficos resultados en el tratamiento de adolescentes con obesidad severa. En un intento de proyectar estos resultados hacia la comunidad hemos diseñado el modelo asistencial que se presenta estableciendo una estrecha colaboración de tres niveles asistenciales (Unidad Hospitalaria, Consultas Pediátricas de Atención Primaria y Unidades Comunitaria de apoyo a la actividad física), coordinadas desde la Unidad de Referencia.

Como valoración inicial de la etapa organizativa, debemos decir que ha existido un apoyo absoluto por parte de la dirección-gerencia hospitalaria y de Atención Primaria, que ha sido determinante en la generación de la idea de coordinar y proyectar la actividad y los recursos para el tratamiento de la obesidad del Servicio de Pediatría hacia la comunidad. Así mismo, los especialistas también han asumido una estrategia de coordinación en sus actividades para facilitar la atención de los niños incluidos en el programa y hemos obtenido un máximo apoyo por parte de los Pediatras de los Centros de Salud así como de los ayuntamientos contactados.

En los próximos meses esperamos tener datos, que aunque preliminares serán indicativos de la posible eficacia del método empleado.

---

## AGRADECIMIENTOS

---

J. Ardura (Universidad de Valladolid); S. Málaga (Universidad de Oviedo); M. Gonzalez-Gross (Universidad Complutense de Madrid); M. Castillo (Universidad de Granada); J. A. Casajús (Universidad de Zaragoza); G. Castellano (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia) y L. Moreno (Universidad de Zaragoza).

---

## REFERENCIAS

---

1. Aranceta-Bartrina J., Serra-Majem L., Foz-Sala M., Moreno-Esteban B., y Grupo Colaborativo SEEDO\*. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(12):460-6.
2. Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross MM, Sarría A, Marcos A, Bueno M and the AVENA Study Group. Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA Study. *Ann Nutr Metab* 2005; 49: 71-76
3. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Organización Mundial de la Salud, 2007.
4. Obesidad Infantil en España. Epidemiología, comorbilidades y prevención con especial referencia a la población adolescente. M García-Fuentes, C Redondo Figuero, D González-Lamuño, MJ Noriega-Borge, P De Rufino-Rivas, M González-Gross, G Bueno, L Moreno-Aznar. Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad SIAS 6. Sociedad de Pediatría Social. Madrid, 2007. Págs. 211-226
5. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. Fernández Segura ME. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. VII, Suplemento 1, 2005
6. OMS, (1990), Estrategias de acción para la promoción de la salud, OMS, Copenhagen
7. La participación comunitaria en Salud: ¿mito o realidad? En "Evaluación de experiencias en atención primaria" , María José Aguilar Idáñez; Ed Díaz de Santo, 2001

## ADOLESCENTE QUE DELINQUE: UN PROBLEMA EMERGENTE EN NUESTRA SOCIEDAD.

Moderador: Dr. Josep Cornellà i Canals  
Viernes, 23 de abril de 2010 15,30 – 17,30 h.

### RESPONSABILIDAD PENAL DEL MENOR ANTE HECHOS DELICTIVOS EN EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN GENERAL<sup>2</sup>

**Excmo. Sr. Dr. D. Manuel-Jesús Dolz Lago**

*Fiscal del Tribunal Supremo, especialista en menores. MADRID.*

#### SUMARIO

**A) Antecedentes.**

**B) El modelo de responsabilidad penal del menor.**

**C) Especialmente referencia a los SUJETOS del sistema: el menor-adolescente.**

**D) Breve indicación sobre las fases del procedimiento.**

#### A) ANTECEDENTES

El Derecho penal de menores en España, tiene como norma básica la Ley Orgánica reguladora de la responsabilidad penal del menor, aprobada por Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero (en lo sucesivo, LORPM). Esta norma legal entró en vigor el 13 de enero del año 2001 y ha sido desarrollada por el Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprobó su Reglamento.

La Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre (BOE nº 290 de 5-12-06) es la última ley que ha modificado ampliamente la LORPM, culminando una escalada de sucesivas reformas, que se iniciaron incluso antes de su vigencia.

Es importante destacar que la atención a las garantías penales de los menores no fue una prioridad del legislador postconstitucional ya que tuvieron que transcurrir 21 años desde la aprobación de la Constitución española de 1978, para que los menores infractores penales, de 14 años y menores de 18, dispusieran de una ley específica que regule su responsabilidad penal, adaptada a los parámetros del Estado de Derecho, si bien la ratificación en 30 de noviembre de 1990 por España de la Convención de Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de la O.N.U. el 20 de noviembre de 1989, especialmente en cuanto se refiere a su art. 40, permitía desde 1990 defender la aplicación de esas garantías penales sin legislación específica. En este sentido, el Excmo. Sr. Fiscal General del Estado ya en su Instrucción nº 2/1992, de 13 de febrero sobre la intervención de los

<sup>2</sup> La presente ponencia se basa en mi libro *Comentarios a la legislación penal de menores*, editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2006, 454 págs. y bibliografía allí citada, a la que me remito.



Fiscales ante la Jurisdicción de menores abordó esta materia sin una norma específica, como luego fueron las que se dictaron en 5 junio 1992 y en 13 enero 2000.

Por otra parte, hay que recordar que en 1991 el Pleno del Tribunal Constitucional en su importante Sentencia nº 36/1991, de 14 de febrero, al declarar la inconstitucionalidad del art. 15 de la antigua Ley de Tribunales Tutelares de Menores de 11 de junio de 1948, abrió el camino de adaptación de la vieja legislación de menores a la Constitución de 1978, desembocando en la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, la cual logró adaptar el procedimiento regulado en el art. 15 a las garantías del proceso penal moderno. Pero esta circunstancia no evitó que desde el año 1992 hasta la vigencia de la LORPM se viviera una situación de provisionalidad que a partir de 1995 cuando el nuevo Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, situaba la mayoría de edad penal a los 18 años, resultaba cada día más intolerable.

Como se dice en la Exposición de motivos de la propia LORPM, los antecedentes más inmediatos de la misma son la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, la moción del Congreso de los Diputados de 10.5.1994, de mejora del marco jurídico de protección al menor y el art. 19 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, aprobatoria del nuevo Código Penal, que declaraba exentos de responsabilidad penal con arreglo a ese Código a los menores de 18 años, estableciendo que a estos les será exigida responsabilidad penal conforme a una ley específica.

Desde la vigencia de la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, la doctrina del Tribunal Constitucional (sentencias nº 36/1991, 211/1993, 233/1993, 60/1995 y 61/1998), las Instrucciones de la Fiscalía General del Estado (principalmente, la nº 1/1993, de 16 marzo), la normativa internacional (sobre todo, el art. 40 de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, por Resolución 1.386 (XIV) de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en 30 noviembre 1990), la práctica judicial y la doctrina de los autores y los trabajos prelegislativos de varios anteproyectos de ley de autoría coral, fue formando un cuerpo de doctrina sobre la responsabilidad penal de los menores sobre el que se construyó la nueva legislación penal del menor.

En España, el antecedente histórico más lejano se remonta a la figura del «*Pare d'Orfens*» (Padre de huérfanos), instituido en Valencia en 1337 por Pedro IV de Aragón.

La finalidad de esta figura histórica se indica en su Decreto de creación, el cual dice: «(...) *hemos resuelto que a los dichos huérfanos y a los afligidos por la indigencia, se les asignen por vos el Justicia en lo civil curadores idóneos que tengan especial cuidado de ellos para que no rehúyan las faenas que les sean propias fiados en el hábito de mendigar, y no los consuma miserablemente la infamia y la desidia. Y al efecto, sean unos destinados a trabajo mecánicos, otros a las artes provechosas y decorosas, algunos al servicio de señores, según la voluntad y aptitud de cada uno; y si un criado se insolentara con ligereza u obstinación contra un señor no queriendo someterse al castigo se hace digno de imponerle mayor pena, a fin de que sufran el látigo (la vara de corrección) los que no se han dejado ablandar con la suavidad*».

Esto no obstante, con CEA D'ANCONA, hay que decir que «*Su intervención no se limitaba, sin embargo, a los niños necesitados de protección y educación que no hubieran infringido la Ley, sino que también hacía las veces de tribunal, en el caso de menores de cometer actos delictivos*».

La ley que implantó en España el primer Tribunal Tutelar de Menores fue la Ley de 25 de noviembre de 1919 a la que precedió la Ley de Bases de 2 de agosto de 1918, cuyo autor fue el Fiscal del Tribunal Supremo, D. Avelino Montero-Ríos y Villegas. Esta ley se inspiró en la ley belga de 15 de mayo de 1912. A continuación, se dictó el Real Decreto de 10 de julio de 1919, que aprobó el Reglamento para la aplicación de la Ley de Bases, comenzando a actuar en 1920 el primer Tribunal Tutelar en Bilbao y después en 1923, en otras ciudades como Valencia y Almería, para extenderse paulatinamente por toda España.

Con posterioridad, se producen diversas modificaciones del texto de 1918 en 1929, 1931, 1941 y 1944, hasta llegar al texto refundido aprobado por Decreto de 2 de julio de 1948 y su Reglamento, aprobado por Decreto de 11 de junio de 1948, que ha sido la legislación vigente hasta las modificaciones introducidas por la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, que dio nueva denominación a la Ley de Tribunales Tutelares de Menores, al llamarla Ley Orgánica reguladora de la competencia y procedimiento de los Juzgados de Menores (en adelante, LORCPJM). Esta Ley quedó derogada al entrar en vigor la LORPM el 13 de enero de 2001, según disposición final quinta de ésta.

## B) EL MODELO DE RESPONSABILIDAD PENAL DEL MENOR

---

*La LORPM, al igual que lo hacía el art. 19 del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, no elude utilizar el término «responsabilidad penal», para referirse a la responsabilidad que contraen los menores que infringen las leyes penales. Esta es una posición más adecuada a la realidad de las cosas. El Derecho Penal es un derecho protector del libre ejercicio de los derechos y libertades y, sobre todo, una garantía frente al poder punitivo o sancionador del Estado. De este modo, la pretendida inimputabilidad del menor no puede quedar en impunidad de sus acciones delictivas ni en trato inquisitorial, siendo el tratamiento penal específico a sus necesidades el que mejor protege tanto al menor como a sus víctimas. Esto no obstante, algún sector doctrinal, como el representado por **VIVES ANTON**, sigue opinando en base a la incapacidad para infringir la ley penal de los menores de 16 años, que sólo es posible plantearse la conveniencia de un Derecho Penal Juvenil para mayores de 16 años, sin perjuicio de las garantías del art. 24 de la Constitución para las medidas aplicables a los menores de dicha edad infractores penales.*

---

Así las cosas, la Ley en su redacción original, si bien asumía los planteamientos jurídico-penales, parecía reflejar cierto complejo de culpa por ello, al indicar de forma incoherente que no se tienen en cuenta principios propios del Derecho Penal como el de proporcionalidad o el de prevención general, cuando la proporcionalidad es inherente a la concepción más moderna del Derecho Penal, al adecuar la responsabilidad tanto a la gravedad del hecho como a la culpabilidad, y la prevención general está implícita en cualquier dispositivo sancionador, al aunar la sanción con la acción infractora, no sólo en su calidad de respuesta represiva sino también como mecanismo preventivo, inhibitorio de futuras conductas negativas. La Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, enmienda este extremo, al señalar en su Exposición de Motivos (párrafo 5º) que *“El interés superior del menor, que va a seguir primando en la Ley, es perfectamente compatible con el objetivo de pretender una mayor proporcionalidad entre la respuesta sancionadora y la gravedad del hecho cometido, pues el sistema sigue dejando en manos del juez, en último caso, la valoración y ponderación de ambos principios de modo flexible y a favor de la óptima individualización de la respuesta. De otro modo, nos llevaría a entender de un modo trivial que el interés superior del menor es no sólo superior, sino único y excluyente frente a otros bienes constitucionales a cuyo aseguramiento obedece toda norma punitiva o correccional”*

Sin perjuicio de las contradicciones del legislador, sí que habrá que destacar que las consecuencias de la asunción del modelo de responsabilidad penal frente a otros supone la vigencia de principios básicos del Estado de Derecho, como el principio de legalidad en su triple proyección sustantiva de tipicidad de las infracciones y sanciones así como procesal, con vigencia de derechos fundamentales como los de presunción de inocencia, derecho de defensa así como el de tutela judicial efectiva.

Con esta Ley, se regulan los aspectos sustantivos y procesales en la depuración de la responsabilidad penal de los menores. Cabe indicar, a modo de síntesis, que se inspira en la protección del superior interés del menor, más que en la defensa social, e introduce principios novedosos en nuestro ordenamiento jurídico, como son, fundamentalmente, el principio de oportunidad en el ejercicio de la acción penal, inicialmente en el monopolio de la acción penal en manos del Ministerio Fiscal, la conciliación, mediación y reparación con la víctima, la instrucción penal por parte del Ministerio Fiscal, un catálogo de medidas educativas-sancionadoras diferente a las penas del Código Penal y la introducción de criterios multidisciplinarios y no estrictamente jurídicos en la valoración de la

conducta del menor para la adopción de las medidas así como, finalmente, la flexibilización de su ejecución, cuya competencia corresponde a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio del control judicial y del Ministerio Fiscal.

### C) ESPECIAL REFERENCIA A LOS SUJETOS DEL SISTEMA: EL MENOR-ADOLESCENTE.

---

1. Menor. 1.1. Menores. 1.2. Representantes legales. 1.3. Letrado de la Defensa.

2. Instituciones. 2.1. Juzgado de Menores y Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional. 2.1.1. Juez (o Magistrado). 2.1.2. Secretario. 2.2. Juzgado de Instrucción. 2.3. Audiencia Provincial y Audiencia Nacional. 2.4. Sala Segunda del Tribunal Supremo. 2.5. Sección de Menores de la Fiscalía (o Fiscalía de Menores). 2.6. Equipo Técnico. 2.7. Grupos de Menores de la Policía. 2.8. Entidad Pública de la Comunidad Autónoma.

3. Otros. 3.1. Acusación particular. 3.2. Otros.

---

### A) SUJETOS

---

#### **1. Menor**

##### **1.1. Menores-Adolescentes**

---

El art. 1 de la Convención de Derechos del Niño de la O.N.U. de 20.11.1989 entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años, salvo que por la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad.

En España, según el art. 12 de la Constitución de 1978 y art. 322 del Código Civil, la mayoría de edad se alcanza a los 18 años. El art. 19 del Código Penal también sitúa la mayoría de edad penal, con arreglo a ese Código, en los 18 años. Pero la LORPM, a la que se remite el art. 19 del CP para la exigencia de la responsabilidad penal de los menores de 18 años, permite la intervención penal sobre los menores a partir de los 14 años (cfr. art. 1.1), de donde puede deducirse que la mayoría de edad penal en España no está en los 18 sino en los 14 años.

En efecto, la mayoría de edad penal establecida en el CP no lo es a efectos de absoluta exención de responsabilidad penal de los menores de 18 años, ya que en la regulación de las eximentes del Código Penal no se recoge el de ser menor de 18 años y el art. 19 del mismo texto legal, tan sólo dice que los menores de 18 años no serán responsables penalmente con arreglo a ese Código, pudiendo serlo conforme a la ley de la responsabilidad penal del menor.

En realidad, a los menores de 18 años no les es de aplicación el Código Penal de los adultos, en cuanto a las consecuencias penales de su acción, pero sí les resulta de aplicación en el presupuesto normativo de esa consecuencia, cual es la tipicidad de las conductas infractoras, ya que el art. 1 de la LORPM, en su declaración general sobre la aplicación de la ley, realiza una remisión al Código Penal o leyes especiales para la valoración jurídica de las conductas de los menores susceptibles de generar responsabilidad penal, las cuales deberán estar integradas en los tipos penales descritos en ese Código Penal y leyes especiales.

Tanto la Convención de Derechos del Niño de la ONU de 1989 en su art. 40.3.a), como las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores de 1985 (art. 4), permiten el establecimiento de edades mínimas inferiores a la mayoría de edad civil, a partir de las cuales es posible exigir responsabilidad penal a los menores, o lo que es lo mismo, debajo de las cuales no es posible exigir esta responsabilidad.

En nuestro Derecho, desde el Real Decreto-Ley de 14 de noviembre de 1925, después incorporado en el Código Penal de 1928, se fijó la edad de 16 años como edad mínima para exigir responsabilidad

penal conforme al Código, constituyendo una eximente de responsabilidad penal el ser menor de 16 años. En la legislación histórica, el límite de edad penal estaba en los 7 años en el CP de 1822, aplicándose el criterio del discernimiento entre los 7 y 17 años. Los Códigos Penales de 1848 y 1870 elevaron el límite a los 9 años, extendiendo el criterio del discernimiento entre los 9 y 15 años e introduciendo una atenuante de responsabilidad penal entre los 15 y 18 años. Fue el Código Penal de 1928 el que estableció el sistema que ha pervivido hasta la vigencia de la LORPM y del art. 19 del CP 1995, estableciendo la eximente de responsabilidad penal a los 16 años y la atenuante entre los 16 y 18 años. Los menores de edades comprendidas entre los 12 y 16 años eran confiados a los Tribunales tutelares de menores que más tarde, en un lento proceso que culmina con la LORPM, fueron sustituidos por los Juzgados y Fiscalías de Menores.

Además de lo anterior, se debe añadir que el art. 69 del Código Penal permite la aplicación de la legislación de menores a los mayores de 18 y menores de 21 años, en los términos establecidos por aquella legislación, por lo que el legislador se vio obligado a distinguir dos clases de personas comprendidas en el ámbito de aplicación de la ley, ya que una de ellas, la de edades comprendidas entre los 18 y 21 años, ni constitucional ni civilmente son menores de edad.

De esta forma, se consideraba «menores» a las personas de edades comprendidas entre los 14 y 18 años (art. 1.1 de la Ley) y «jóvenes», las de edades comprendidas entre los 18 y 21 años (art. 1.2 de la Ley, antes de su reforma por L.O. 8/2006)<sup>2</sup>.

La L.O. 8/2006 deroga expresamente este supuesto competencial de los jóvenes al dar contenido nuevo al art. 4 de la LORPM, refiriéndolo a los derechos de las víctimas y los perjudicados y suprimir los apartados 2 y 4 del art. 1.

Tratando otra cuestión, en cuanto a la edad mínima de los menores a partir de la cual se entienden responsables penalmente, en el proyecto ley de la inicial LORPM remitido por el Gobierno (publicado en el BOCG de 8.11.98), se fijaba en los 13 años, elevando en un año la entonces vigente, que estaba en los 12 años, según el art. 9.1 de la LORCPJM. La elevación a los 14 años fue debida a una enmienda del Grupo Parlamentario Vasco.

El régimen jurídico de los menores de 14 años lo establece el art. 3 de la Ley, en los siguientes términos:

---

*«Cuando el autor de los hechos mencionados en los artículos anteriores sea menor de catorce años, no se le exigirá responsabilidad con arreglo a la presente Ley, sino que le aplicará lo dispuesto en las normas sobre protección de menores previstas en el Código Civil y demás disposiciones vigentes. El Ministerio Fiscal deberá remitir a la entidad pública de protección de menores testimonio de los particulares que considere precisos respecto al menor, a fin de valorar su situación, y dicha entidad habrá de promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero.»*

---

Es criticable que el legislador no haya especificado a qué normas o medidas de protección del Código civil y de la Ley Orgánica 1/1996, se refiere y, sobre todo, no haya previsto expresamente la posibilidad de un internamiento psiquiátrico de menores de 14 años que cometan crímenes graves, dado que no sería lógico que se mantuviera en libertad a un menor de esa edad que asesinara o realizara actos de terrorismo, puesto que dichos actos serían exponente de su desequilibrio mental.

En todo caso, habrá que acudir al art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aprobada por Ley 1/2000, de 7 de enero, que entró en vigor el día 8 enero 2001, para proceder a ese internamiento forzoso, el cual en su segundo párrafo, recogiendo literalmente la redacción dada al art. 211 del Código Civil por la disposición final duodécima de la Ley Orgánica 1/1996, determina que «el internamiento de menores, se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor».

No creemos que los ingresos en Residencias de protección de menores se puedan calificar de internamientos o privaciones de libertad, ya que la Constitución no admite privaciones de libertad por causa civil, salvo los internamientos psiquiátricos o motivos graves de salud pública (cfr. arts. 17.1 de la Constitución y Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril) y estos ingresos responden más a las características de una guarda residencial que a una privación de libertad.

Por otra parte, abordando otra materia, como recuerda la Circular de la FGE nº 1/2000, *“A tenor de lo dispuesto en el art. 5.3 (de la LORPM) el momento de comisión del ilícito penal será el que determine la edad del sujeto infractor en relación con la aplicación del régimen de la LORPM”*.

Dicha Circular de la FGE también interpreta que sobre el cómputo de edad no será aplicable el criterio establecido en el art. 315 del CC según el cual para el cómputo de la mayor edad *“se incluirá completo el día del nacimiento”*, sino de momento a momento, conforme a los criterios que inspiran el Derecho Penal, inclinándose en caso de duda por el *favor minoris*.

En relación con las infracciones penales continuadas, la FGE señala que habrá de atenderse a la edad del sujeto en el momento de la comisión de cada una de las infracciones. Sobre el delito permanente dice que no podrá ser enjuiciado por la jurisdicción de menores cuando el sujeto activo hubiera rebasado la edad máxima antes de eliminarse la situación ilícita. Por último, en los casos en que la acción y el resultado el sujeto rebase la edad, la FGE interpreta que habrá de atenderse al momento de la acción u omisión y no al del resultado.

Por último, la mayoría de edad del condenado tiene tratamiento legal específico en el nuevo art. 14 de la LORPM, según redacción dada por el artículo único, apartado diez, de la L.O. 8/2006, que viene a mantener la competencia de la jurisdicción de menores hasta el cumplimiento de la medida, si bien con el límite de los veintiún años (antes de la reforma estaba en los veintitrés) si se encuentra internado en un Centro. En este caso, se estipula que pasará a seguir cumpliendo la medida en Centro penitenciario. También la reforma ha establecido que una vez cumplidos 18 años, el menor internado en Centro de menores podrá pasar facultativamente a cumplir en Centro penitenciario si así se determina por el juez competente, una vez oídos el MF, el letrado del menor, el equipo técnico y la entidad pública, si no cumple los objetivos educativos propuestos.

## **1.2. Representantes legales**

---

La ley hace continua referencia a los representantes legales del menor. Para determinar quiénes ostentan la representación legal del menor, hay que acudir a las figuras civiles de los padres, naturales o adoptivos, titulares de la patria potestad (art. 154 del CC), los tutores (tutela civil o administrativa —arts. 215 y 172, respectivamente, del CC—), los acogedores (en sus diversas modalidades de acogimiento simple, permanente y preadoptivo —art. 173 bis del CC—) y los guardadores (de derecho —art. 172 del CC— o de hecho —art. 303 del CC—).

Ante el problema de la ausencia de representantes legales del menor detenido, en el momento de su exploración, el art. 17.2 de la LORPM, en lugar de cualificar como tal a su letrado (véase art. 768 de la LECrim, aplicable conforme a la disposición final primera de la ley) o a un representante de la entidad pública de protección a la que, en caso de desamparo, le corresponde la tutela ex art. 172 del Código Civil, sin tener en cuenta que el Ministerio Fiscal es el encargado de la instrucción del procedimiento, ha señalado que un representante del Ministerio Fiscal diferente al instructor asistirá al menor, seguramente fundándose en el art. 3.7 del Estatuto orgánico del MF, aprobado por Ley 50/1981, de 30 de diciembre, no pensado para un supuesto semejante.

## **1.3. Letrado de la defensa**

---

La ley ha dado al letrado de la defensa un reconocimiento expreso. Sobre su sistema de designación, la L.O. 8/2006, en su artículo único apartado diecisiete modifica el art. 22.2 de la LORPM, estableciendo que la designación del letrado se hará en sede de Fiscalía.

Persiste sin resolución legal expresa la problemática de la obligatoriedad o no de designación de letrado en las fases previas a la incoación del Expediente, bien la policial bien la de Diligencias Preliminares. La Fiscalía General del Estado, en contestación a consulta entendió que sólo es preceptiva la asistencia letrada en estas fases previas a la incoación del Expediente cuando el menor ha sido detenido o en supuestos de actuaciones por delito, siendo facultativa a instancias del propio menor o sus representantes legales en caso de faltas (cfr. la Consulta nº 4/2005, de 7 de diciembre, sobre determinadas cuestiones en torno al derecho a la asistencia letrada en el proceso de menores).

De otra parte, el letrado del menor aparece citado por la ley en todas las fases del procedimiento, desde su iniciación hasta su ejecución, estando legitimado para formular escritos, peticiones y recursos en defensa de los derechos del menor, según se desprende de la lectura de los siguientes artículos: 7 (de las medidas); 9.4 (reglas para la aplicación de las medidas); 13 (imposición de varias medidas); 14 (modificación de la medida); 17 (detención de menores); 22 (designación por secretario del Juzgado); 23 (vista del Expediente en la instrucción); 24 (Secreto del Expediente); 26 (Diligencias propuestas por el letrado); 28 (Medidas cautelares); 30 (Conclusión de la instrucción); 31 (Apertura de la fase de audiencia); 32 (Sentencia de conformidad); 33 (Solicitud de práctica de diligencias al juez de menores); 34 (Pertinencia de las pruebas y señalamiento de audiencia); 35 (Asistentes y no publicidad de la audiencia); 36 (Conformidad del menor); 37 (Celebración de audiencia); 39 (Contenido y registro de la sentencia); 40 (Suspensión de la ejecución del fallo); 44 (Competencia judicial en ejecución de medidas); 46 (Notificación de la liquidación de la medida); 48 (Acceso al Expediente de ejecución); 49 (Informes sobre la ejecución); 50 (Quebrantamiento de la ejecución); 51 (Sustitución de medidas); 52 (Presentación de recursos en la ejecución ante el Juez o Director del Centro de internamiento); 53 (Notificación del Auto de cumplimiento de la medida); 56 (derechos de los menores internados); 60 (recursos contra sanciones disciplinarias); 64 (nombramiento potestativo de Letrado) y Disposición Final Cuarta (especialización de abogados). En concordancia con lo anterior, el Reglamento de la LORPM aprobado por RD 1774/2004, de 30 de julio, se refiere al letrado de la defensa en art. 3 (detención), 5 (soluciones extrajudiciales), 13 (informes de ejecución), 41 (comunicaciones con menores internados) 57 (peticiones, quejas y tramitación de recursos), 72 (asesoramiento en régimen disciplinario), 76 (notificación de la resolución disciplinaria), 78 y 79 (recursos contra resoluciones disciplinarias).

## **2. Instituciones**

### **2.1. Juzgado de Menores y Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional**

---

A partir de la LORPM se acabó con la provisionalidad de la planta de los Juzgados de Menores, que se constituyeron como órganos integrantes del Poder Judicial con la Ley Orgánica del Poder Judicial de 1985 (arts. 96 y 97).

La creación de estos Juzgados supuso la desaparición de los antiguos Tribunales Tutelares de Menores, salvo en aquellos territorios donde no se crearon en los que siguieron ejerciendo sus funciones los TTM, conforme se indicaba en la Disposición transitoria 4ª de la LOPJ y única de la Ley Orgánica 4/1992, de 25 de junio.

#### **2.1.1. Juez (o Magistrado)**

Según la Disposición final tercera, 2º párrafo, de la ley:

---

*«Las plazas de Jueces de Menores deberán ser servidas necesariamente por Magistrados pertenecientes a la Carrera Judicial. A la entrada en vigor de esta Ley los titulares de un Juzgado de Menores que ostenten la categoría de Juez deberán cesar en dicho cargo, quedando, en su caso, en la situación que prevé el artículo 118.2 y concordantes de la Ley Orgánica del Poder Judicial, procediéndose a cubrir tales plazas por concurso ordinario entre Magistrados».*

---

Por otra parte, la Disposición final cuarta aboga por la especialización de los jueces de menores, otorgándoles preferencia para desempeñar los correspondientes cargos en las Salas de Menores de las Audiencias Provinciales y Juzgados de Menores.

El Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional en virtud del art. 2 de la Ley Orgánica 7/2000, de 22 de diciembre, fue introducido a través de la Disposición adicional cuarta de la LORPM (punto 2 a) con competencia para conocer en primera instancia sobre delitos de terrorismo previstos en los arts. 571 a 580 del CP.

### **2.1.2. Secretario**

La anterior LORCPJM no mencionaba al secretario del Juzgado de Menores en ninguno de sus preceptos. Sin embargo, la LORPM en su redacción original lo citaba expresamente en los artículos 22.2, para la designación del letrado del menor, una vez recibido el parte de incoación del expediente emitido por el Ministerio Fiscal, y en el art. 46, relativo a la práctica de la liquidación de la medida impuesta al menor.

La L.O.8/2006 de reforma de la LORPM en su Exposición de Motivos dice expresamente que *“Un segundo objetivo de la Ley es recoger en el proceso de menores las nuevas misiones del secretario judicial previstas en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, tras la reforma operada por la Ley Orgánica 19/2003.”*. Se refiere el legislador a los deberes de información y comunicación con las víctimas y perjudicados (cfr. v.gr. nuevo art. 4 *in fine* de la LORPM, según redacción dada por el art. único , apartado tercero de la L.O. 8/2006).

Al secretario del Juzgado le corresponden sus importantes funciones genéricas, propias de los secretarios judiciales previstas en la Ley Orgánica nº 6/1985, de 1 Julio, del Poder Judicial<sup>22</sup> (arts. 440 a 469, Título II del Libro VI «Del personal al servicio de la Administración de Justicia») y Reglamento Orgánico del Cuerpo de Secretarios Judiciales, aprobado por Real Decreto 429/1988, de 29 de abril.

Especialmente, dada la supletoriedad de la LECRIM (disposición final primera LORPM) y la naturaleza penal del proceso, se deberá tener en cuenta los preceptos de ésta, en particular los arts. 757 a 794 (Título III del Libro IV. Procedimiento Abreviado), en cuanto se refieren a las funciones del secretario.

Por último, el art. único, apartado treinta y cuatro de la L.O. 8/2006, añade un apartado al art. 41 de la LORPM relativo a los recursos contra las resoluciones de los secretarios, el nº 5, el cual dispone que *“Contra las resoluciones dictadas por los secretarios judiciales caben los mismos recursos que los expresados en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que se sustanciarán en la forma que en ella se determina”*. La LECrim regula los recursos contra las resoluciones de los Tribunales y Jueces de Instrucción en su Libro I, Título X, arts. 216 a 238.

## **2.2. Juzgado de Instrucción**

---

La LORPM, tras la reforma de 2006, sólo hace referencias al Juzgado de Instrucción en la tramitación del *habeas corpus* (cfr. art. 17.2).

## **2.3. Audiencia Provincial y Audiencia Nacional.**

---

En la redacción original de la LORPM en calidad de órgano de apelación se constituían las Salas de Menores de los Tribunales Superiores de Justicia. Estas Salas eran órganos de nueva creación, cuya puesta en funcionamiento se demoraba hasta la vigencia de la ley (13.1.2001) pero que implicaba antes del transcurso de un año, en el plazo de seis meses desde la publicación de la Ley (BOE 13.1.2000), las necesarias reformas de la Ley Orgánica del Poder Judicial para su constitución, según la disposición adicional segunda de la misma Ley. Estas Salas se compondrían, preferentemente, de Magistrados especialistas en menores (disposición adicional 4ª, 1ª de la Ley).

Antes de la entrada en vigor de la LORPM, la Ley Orgánica 9/2000, de 22 de diciembre, sobre medidas urgentes para la agilización de la Administración de Justicia, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, publicada en el BOE núm. 307 de fecha 23 de diciembre de 2000, suprimió las *non natas* Salas de Menores de los TSJ atribuyendo sus competencias a las Audiencias Provinciales, al modificar el art. 41, apartados 1 y 3 de la Ley, mediante su artículo 6 y señalar en su Disposición adicional segunda que «*Todas las referencias a las Salas de Menores de los Tribunales Superiores de Justicia, contenidas en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, deben entenderse realizadas a las Audiencias Provinciales*». También, el art. 2 de la Ley Orgánica 7/2000, de 22 de diciembre, introdujo a la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional en la disposición adicional cuarta de la LORPM (punto 2 a) para conocer de las apelaciones contra las decisiones del Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional en las materias propias de la competencia de aquél, esto es, delitos de terrorismo previstos en los arts. 571 a 580 del CP.

La competencia de la Audiencia Provincial se atribuye para conocer en segunda instancia de los recursos de apelación contra los autos de los Jueces de Instrucción, en los que se inhiban a favor de la jurisdicción de menores para jóvenes (antiguo art. 4.3 de la Ley) y de los recursos de apelación contra autos y sentencias de los Juzgados de Menores (art. 41 de la Ley), salvo los procedentes del Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional para cuyo conocimiento se atribuye la competencia a la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, según el art. 41.4 de la LORPM, según nueva redacción dada por el art. único, apartado treinta y cuatro, de la L.O. 8/2006.

---

Así, se puede decir que la Audiencia Provincial conocerá siempre de los recursos de apelación contra sentencias de los Juzgados de Menores, cuyo régimen se ajustará a los trámites del mismo art. 41.1 de la LORPM, y contra determinados autos, que se sustanciarán conforme a los trámites que regula la LECrim para el procedimiento abreviado (cfr. art. 41.3 LORPM en concordancia con el art. 766 de la LECrim<sup>35</sup><sup>36</sup>).

En relación con los autos, conocerá de los resolutorios de los recursos de reforma contra providencias de los Juzgados de Menores y los que pongan fin al procedimiento o resuelvan el incidente de los arts. 13 (modificación de la medida impuesta), 28 (medidas cautelares), 29 (medidas cautelares en los casos de exención de responsabilidad), 40 (suspensión de la ejecución del fallo), desprendiéndose, *a sensu contrario*, que no cabe recurso de apelación contra los demás autos no comprendidos en esta relación. Al suprimirse la queja en el art. 766 de la LECrim, según redacción dada por Ley 38/2002, se entiende que tampoco cabe este recurso.

En los mismos términos se puede predicar la competencia de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional en relación con el Juzgado Central de Menores de la Audiencia Nacional.

El artículo único, apartado treinta y cinco de la L.O.8/2006, ha dado nueva redacción al art. 42 de la LORPM, que regula el recurso de casación para unificación de doctrina, permitiendo éste ante la Sala Segunda del Tribunal Supremo, contra las sentencias dictadas en apelación por la Audiencia Nacional y por las Audiencias Provinciales cuando se hubiere impuesto una de las medidas a las que se refiere el art. 10, el cual también ha sido modificado por el art. único, apartado seis, circunscribiéndolas sólo a las derivadas de hechos previstos en el apartado 2 del art. 9, que según la modificación realizada por el art. único, apartado cinco de la L.O. 8/2006, se ciñen a medidas en régimen cerrado en los siguientes tres supuestos: a) Cuando los hechos estén tipificados como delito grave el Código Penal o las leyes penales especiales, es decir, con penas superiores a 5 años de prisión, inhabilitación absoluta, inhabilitaciones especiales por tiempo superior a cinco años, suspensión de empleo o cargo público por tiempo superior a cinco años, privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a ocho años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas por tiempo superior a ocho años, la privación del derecho a residir en determinados lugares o acudir



a ellos, por tiempo superior a cinco años, la prohibición de aproximarse a la víctima o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, por tiempo superior a cinco años, la prohibición de comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, por tiempo superior a cinco años (cfr. art. 13.1 en relación con el art. 33.2 del CP 1995); b) Tratándose de hechos tipificados como delito menos grave (cfr. art. 13.2 en relación con el art. 33.3 del CP), en su ejecución se haya empleado violencia o intimidación en las personas o se haya generado grave riesgo para la vida o la integridad física de las mismas y c) Los hechos tipificados como delito se cometan en grupo o el menor perteneciere o actuare al servicio de una banda, organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedicare a la realización de tales actividades.

De esta forma, en principio, quedan fuera del control casacional del Tribunal Supremo, el resto de las infracciones penales cometidas por menores, e incluso los delitos graves cuando no exista contradicción con otras sentencias de otra Audiencia Provincial, de la misma Audiencia Nacional o del propio Tribunal Supremo.

Esta situación implica que la jurisprudencia penal de menores, necesariamente, deriva de las Audiencias Provinciales, las cuales tendrán que atenerse a la Jurisprudencia emanada del Tribunal Supremo cuando la hubiere, ya que éste órgano judicial sigue siendo el único legitimado para dictar Jurisprudencia en calidad de complemento del ordenamiento jurídico, según el art. 1.6 del Código civil.

#### **2.4. Sala de Segunda del Tribunal Supremo**

---

Como se ha indicado en el apartado anterior, el art. único, apartado treinta y cinco de la L.O.8/2006, ha dado nueva redacción al art. 42 de la LORPM, que regula el recurso de casación para unificación de doctrina, permitiendo éste ante la Sala Segunda del Tribunal Supremo, contra las sentencias dictadas en apelación por la Audiencia Nacional y por las Audiencias Provinciales cuando se hubiere impuesto una de las medidas a las que se refiere el art. 10, el cual también ha sido modificado por el art. único, apartado seis, circunscribiéndolas sólo a las derivadas de hechos previstos en el apartado 2 del art. 9, que según la modificación realizada por el art. único, apartado cinco de la L.O. 8/2006, se ciñen a medidas en régimen cerrado en los siguientes tres supuestos: a) Cuando los hechos estén tipificados como delito grave el Código Penal o las leyes penales especiales, es decir, con penas superiores a 5 años de prisión, inhabilitación absoluta, inhabilitaciones especiales por tiempo superior a cinco años, suspensión de empleo o cargo público por tiempo superior a cinco años, privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a ocho años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas por tiempo superior a ocho años, la privación del derecho a residir en determinados lugares o acudir a ellos, por tiempo superior a cinco años, la prohibición de aproximarse a la víctima o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, por tiempo superior a cinco años, la prohibición de comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, por tiempo superior a cinco años (cfr. art. 13.1 en relación con el art. 33.2 del CP 1995); b) Tratándose de hechos tipificados como delito menos grave (cfr. art. 13.2 en relación con el art. 33.3 del CP), en su ejecución se haya empleado violencia o intimidación en las personas o se haya generado grave riesgo para la vida o la integridad física de las mismas y c) Los hechos tipificados como delito se cometan en grupo o el menor perteneciere o actuare al servicio de una banda, organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedicare a la realización de tales actividades.

#### **2.5. Sección de Menores de la Fiscalía o Fiscalías de Menores**

---

Siguiendo el modelo instaurado por la Ley Orgánica 4/1992, de 25 de junio, la LORPM mantiene la instrucción de estos procedimientos en manos del Ministerio Fiscal (regla 1ª del art. 15 de la LORCPJM).

Así, el art. 6 de la LORPM sobre la intervención del Ministerio Fiscal, señala que:

---

*«Corresponde al Ministerio Fiscal la defensa de los derechos que a los menores reconocen las leyes, así como la vigilancia de las actuaciones que deban efectuarse en su interés y la observancia de las garantías del procedimiento, para lo cual dirigirá personalmente la investigación de los hechos y ordenará que la policía judicial practique las actuaciones necesarias para la comprobación de aquéllos y de la participación del menor en los mismos, impulsando el procedimiento».*

---

La Fiscalía se consolida legalmente en la Institución que está facultada para ejercer el principio de oportunidad reglada en la persecución de la delincuencia de menores, no incoando el Expediente (art. 18.1 LORPM) o desistiendo de su continuación, instando su sobreseimiento (art. 19 LORPM), dentro de los límites legales, incluso cuando exista delito menos grave o falta, conforme se manifiestan las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores de 1985 en su artículo 11.2.

Queda fuera de toda duda que en estos supuestos decide la Fiscalía, sin que el hecho de que estemos en presencia de infracciones penales (delitos menos graves o faltas) obligue necesariamente a la intervención del juez.

Por otra parte, la Ley establece en su Disposición final cuarta, párrafo 2º, que: *«En todas las Fiscalías existirá una Sección de Menores compuesta por miembros de la Carrera Fiscal, especialistas, con las dotaciones de funcionarios administrativos que sean necesarios, según se determine reglamentariamente».*

Las referencias al Ministerio Fiscal a lo largo del articulado son continuas debido al papel relevante que conserva. Por ello, expondremos un listado de los artículos donde se le menciona. Así, el MF es citado en los siguientes artículos:

Art. 3 (régimen menores de 14 años), 4 (régimen mayores de 18 años), 6 (de la intervención del MF), 7 (medidas), 8 (principio acusatorio), 9 (reglas para la aplicación de las medidas), 13 (imposición de varias medidas), 14 (modificación de la medida impuesta), 15 (mayoría de edad del condenado), 16 (incoación del Expediente), 17 (detención de menores), 18 (desistimiento de la incoación), 19 (sobreseimiento), 20 (unidad del expediente), 21 (remisión al órgano competente), 22 (de la incoación del Expediente), 23 (actuación instructora del MF), 24 (secreto del expediente), 25 (participación del perjudicado e inexistencia de acción particular y popular), 26 (diligencias propuestas por el Letrado del menor), 27 (Informe del Equipo Técnico), 28 (medidas cautelares), 29 (medidas en caso de exención de responsabilidad), 30 (conclusión instrucción y remisión del Expediente al Juez de Menores), 31 (apertura de la fase de audiencia), 32 (sentencia de conformidad), 33 (otras decisiones del Juez de Menores), 35 (asistentes y no publicidad de la audiencia), 36 (conformidad del menor), 37 (celebración de audiencia), 39 (contenido y registro de sentencia), 40 (suspensión del fallo), 42 (recurso de casación para unificación de doctrina), 44 (competencia jurisdiccional en ejecución de medidas), 46 (liquidación de medida), 48 (expediente personal de la persona sometida a ejecución de una medida), 49 (informes sobre la ejecución), 50 (quebrantamiento de la ejecución), 51 (sustitución de las medidas), 52 (presentación de recursos en la ejecución), 53 (cumplimiento de la medida), 56 (derechos de los menores internados), disposición transitoria única, disposiciones finales segunda (modificación del Estatuto orgánico del Ministerio Fiscal), tercera (reformas en materia de personal), cuarta (especialización de Fiscales).

En el Reglamento de la LORPM, aprobado por Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, también son numerosas las referencias al MF prácticamente en todo su articulado.

## **2.6. Equipo Técnico**

---

El equipo técnico, formado por psicólogos, educadores y trabajadores sociales especialistas en menores, mantiene en la Ley su importante función, que determinó en la anterior que fuera calificado por la doctrina como elemento vertebrador de la ley.

---

El art. 27.1 de la LORPM sitúa al equipo técnico bajo la dependencia funcional de la Fiscalía a efectos de elaborar el informe en la instrucción del expediente, al margen de su dependencia orgánica que lo será de las Comunidades Autónomas.

Ahora bien, aunque la Ley se ha pronunciado en relación con el equipo técnico por su dependencia funcional de la Fiscalía a efectos de los informes en la instrucción, sin embargo es confusa esa dependencia cuando estos informes no son requeridos directamente por la Fiscalía en la instrucción sino por los Juzgados de Instrucción (antiguo art. 4 de la LORPM y art. 69 del Código Penal) o los Juzgados de Menores, en los supuestos contemplados en los arts. 13 (imposición de varias medidas), 14 (modificación de medidas), 28 (medidas cautelares), 35 (asistentes y no publicidad de la audiencia), 37 (celebración de audiencia), 40 (suspensión de la ejecución del fallo), 41 (recursos de apelación y reforma), 47 (ejecución de varias medidas), 50 (quebrantamiento de ejecución), 51 (sustitución de las medidas), disposición final 3ª, 5º párrafo (reformas en materia de personal).

La literalidad del art. 22.1.f) de la Ley, que establece como derecho del menor *«la asistencia de los servicios del Equipo Técnico adscrito al Juzgado de Menores»*, permite deducir que este equipo técnico también debe estimarse adscrito, orgánica y funcionalmente, al Juzgado de Menores. En el mismo sentido, el art. 4.2 del RLORPM señala que: *«Los profesionales integrantes de los equipos técnicos dependerán orgánicamente del Ministerio de Justicia o de las comunidades autónomas con competencias asumidas y estarán adscritos a los juzgados de menores. Durante la instrucción del expediente desempeñarán las funciones establecidas en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, bajo la dependencia funcional del Ministerio Fiscal y del juez de menores cuando lo ordene. No obstante lo anterior, en el ejercicio de su actividad técnica actuarán con independencia y con sujeción a criterios estrictamente profesionales»*.

El RLORPM dedica al E.T. el art. 4 reiterando algunos aspectos ya recogidos en el art. 27 de la LORPM y precisando otros con mayor concreción. Así en el apartado 1 del citado art. 4 se establece que:

---

*«Los equipos técnicos estarán formados por psicólogos, educadores y trabajadores sociales cuya función es asistir técnicamente en las materias propias de sus disciplinas profesionales a los jueces de menores y al Ministerio Fiscal, elaborando los informes, efectuando las propuestas, siendo oídos en los supuestos y en la forma establecidos en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, y, en general, desempeñando las funciones que tengan legalmente atribuidas.*

*Del mismo modo, prestarán asistencia profesional al menor desde el momento de su detención y realizarán funciones de mediación entre el menor y la víctima o perjudicado.*

*Podrán también incorporarse de modo temporal o permanente a los equipos técnicos otros profesionales relacionados con las funciones que tienen atribuidas, cuando las necesidades planteadas lo requieran y así lo acuerde el órgano competente»*.

---

Del contenido de este apartado reglamentario además de precisarse qué profesionales componen el ET (psicólogos, educadores y trabajadores sociales) no indicado expresamente en la Disposición final tercera apartado 3º de la LORPM, que se limitaba a decir que *«... se determinará el número de los equipos técnicos adscritos a los Juzgados y Fiscalías de Menores, su composición y plantilla de los mismos»*, se concreta que asistirán al menor detenido ya que la letra f) del apartado 1º del art. 22 de la Ley indicaba genéricamente que el menor tendrá derecho a *«la asistencia de los servicios del equipo técnico adscrito al Juzgado de Menores»*. Igualmente, la previsión legal contenida en el apartado 6º del art. 27 de la Ley que permite que *«el informe (...) podrá ser elaborado o complementado por aquellas entidades públicas o privadas que trabajen en el ámbito de la educación*

*de menores y conozcan la situación del menor expedientado» se complementa en el Reglamento al decir que «Podrán también incorporarse de modo temporal o permanente a los equipos técnicos otros profesionales relacionados con las funciones que tienen atribuidas, cuando las necesidades planteadas lo requieran y así lo acuerde el órgano competente».*

Por otra parte, el Reglamento ahonda en la necesidad de que los equipos técnicos estén suficientemente dotados para realizar adecuadamente su función al indicarse en el apartado 3º del art. 4 que: *«En todo caso, la Administración competente garantizará que el equipo técnico realice sus funciones en los términos que exijan las necesidades del servicio, adoptando las medidas oportunas al efecto»*, añadiéndose en el apartado 4º que *«El Ministerio de Justicia y las comunidades autónomas con competencias asumidas en sus respectivos ámbitos determinarán el número de equipos técnicos necesarios, su composición y plantilla de conformidad con las necesidades que presenten los juzgados de menores y fiscalías garantizando que cada fiscal instructor cuente con los medios personales adecuados y suficientes para la emisión de los informes determinados por la ley y en los plazos establecidos».*

En cuanto a la firma y representación del ET, que en la práctica había suscitado dudas en cuanto si bastaba la firma de uno de sus miembros en representación de todos o era necesaria la de todos, el apartado 5º del art. 4 reglamentario ha indicado expresamente despejando cualquier duda que *«Los informes serán firmados por los profesionales del equipo técnico que intervengan en cada caso. La representación del equipo la ostentará aquel que sea designado por el Ministerio Fiscal o el juez de menores en la actuación concreta de que se trate».*

## **2.7. Grupos de menores de la Policía.**

La ley se refiere a la Policía, tanto en su calidad de Policía judicial como ordinaria. Esto no obstante, la necesaria especialización de los agentes de policía, a que se refiere la regla 12 de las Reglas mínimas de las Naciones Unidas de Administración de Justicia de Menores de 1985, motiva que en esta jurisdicción actúen los grupos de menores de Policía, los cuales deberán tener el carácter de Policía judicial.

El art. 6 de la ley, al referirse a la intervención del Ministerio Fiscal, señala que éste *«ordenará que la policía judicial practique las actuaciones necesarias para la comprobación de aquéllos y de la participación del menor en los mismos».* Este precepto legal ha sido ampliamente desarrollado por el art. 2 del Reglamento.

La Disposición adicional tercera, párrafo cuarto, señala que:

---

*«Asimismo, el Gobierno, a través del Ministerio del Interior, y sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas, adecuará las plantillas de los Grupos de Menores de las Brigadas de Policía Judicial, con objeto de establecer la adscripción a las Secciones de Menores de las Fiscalías de los funcionarios necesarios a los fines propuestos por esta Ley».*

---

La Policía es citada en el art. 17 de la ley, al regularse la detención del menor, sobre la forma de ésta, refiriéndose expresamente a los funcionarios de policía en su párrafo 4º, al indicar que:

---

*«La detención de un menor por funcionarios de policía no podrá durar más tiempo del estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, del plazo máximo de 24 horas, el menor detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición del Ministerio Fiscal.»*

---

El Reglamento de la Ley desarrolla el modo de llevar a cabo la detención del menor en su art. 3, el cual trataremos en el epígrafe sobre la detención en el capítulo sobre Actuaciones procesales, fases del procedimiento, instrucción, actuaciones previas, al que nos remitimos.

También se cita a la fuerza pública responsable de la detención, al señalarse en el último párrafo del art. 17.6, que:

---

«Cuando el procedimiento de habeas corpus sea instado por el propio menor, la fuerza pública responsable de la detención lo notificará inmediatamente al Ministerio Fiscal, además de dar curso al procedimiento conforme a la ley orgánica reguladora».

---

El Reglamento de la Ley dedica a la actuación de la Policía la disposición adicional única sobre actuaciones policiales de vigilancia, custodia y traslado y, específicamente, para la Policía Judicial el extenso art. 2, que contiene hasta 10 apartados, estableciendo los criterios de actuación bajo la dirección del Ministerio Fiscal y abordando las siguientes cuestiones:

– DEPENDENCIA DEL MINISTERIO FISCAL:

---

«1. La Policía Judicial actúa en la investigación de los hechos cometidos por menores que pudieran ser constitutivos de delitos o faltas, bajo la dirección del Ministerio Fiscal.

2. La actuación de la Policía Judicial se atenderá a las órdenes del Ministerio Fiscal y se sujetará a lo establecido en la *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero*, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Salvo la detención, toda diligencia policial restrictiva de derechos fundamentales será interesada al Ministerio Fiscal para que, por su conducto, se realice la oportuna solicitud al juez de menores competente».

---

– REGISTROS POLICIALES:

---

«3. Los registros policiales donde consten la identidad y otros datos que afecten a la intimidad de los menores serán de carácter estrictamente confidencial y no podrán ser consultados por terceros. Solo tendrán acceso a dichos archivos las personas que participen directamente en la investigación de un caso en trámite o aquellas personas que, en el ejercicio de sus respectivas competencias, autoricen expresamente el juez de menores o el Ministerio Fiscal, todo ello sin perjuicio de las disposiciones que, en materia de regulación de ficheros y registros automatizados, dicten las comunidades autónomas de acuerdo con sus respectivas competencias.

4. A tal efecto, cuando, de conformidad con el artículo 17 de la *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero*, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, se proceda a la detención de un menor, se podrá proceder a tomar reseña de sus impresiones dactilares, así como fotografías de su rostro, que se remitirán, como parte del atestado policial, al Ministerio Fiscal para la instrucción del expediente, y constarán en la base de datos de identificación personal».

(...)

6. Además de lo anterior, existirá un registro o archivo central donde, de modo específico para menores, se incorporará la información relativa a los datos de estos resultantes de la investigación. Tal registro o archivo solo podrá facilitar información a requerimiento del Ministerio Fiscal o del juez de menores. Tanto los registros policiales como el registro central al que se refiere este apartado estarán sometidos a lo dispuesto en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre*, de Protección de Datos de Carácter Personal.

7. Cuando el Ministerio Fiscal o el juez de menores, en el ejercicio de sus competencias atribuidas por la *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero*, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, deseen consultar datos relativos a la identidad o edad de un menor, requerirán del mencionado registro o archivo central que se comparen los datos que obran en su poder con los que existan en dicho registro, a fin de acreditar la identidad u otros datos del menor expedientado. A tal fin, dirigirán comunicación, directamente o a través del Grupo de Menores u otras unidades similares, al mencionado registro, que facilitará los datos y emitirá un informe sobre los extremos requeridos.

---

---

8. Los registros de menores a que se refiere este artículo no podrán ser utilizados en procesos de adultos relativos a casos subsiguientes en los que esté implicada la misma persona.

---

– Cacheo y aseguramiento físico:

5. El cacheo y aseguramiento físico de los menores detenidos se llevará a cabo en los casos en que sea estrictamente necesario y como medida proporcional de seguridad para el propio menor detenido y los funcionarios actuantes, cuando no sea posible otro medio de contención física del menor.

---

– MINORÍA DE EDAD DUBITADA: DETERMINACIÓN:

9. Cuando la policía judicial investigue a una persona como presunto autor de una infracción penal de cuya minoría de edad se dude y no consten datos que permitan su determinación, se pondrá a disposición de la autoridad judicial de la jurisdicción ordinaria para que proceda a determinar la identidad y edad del presunto delincuente por las reglas de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Una vez acreditada la edad, si esta fuese inferior a los 18 años, se procederá conforme a lo previsto en la *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero*, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

---

– RECONOCIMIENTOS EN RUEDA:

10. Cuando para la identificación de un menor haya de acudirse a la diligencia de reconocimiento prevista en el artículo 369 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, dicha diligencia solo podrá llevarse a cabo con orden o autorización del Ministerio Fiscal o del juez de menores según sus propias competencias. Para la práctica de la diligencia de reconocimiento, se utilizarán los medios que resulten menos dañinos a la integridad del menor, debiendo llevarse a cabo en las dependencias de los Grupos de Menores o en las sedes del Ministerio Fiscal o autoridad judicial competente. La rueda deberá estar compuesta por otras personas, menores o no, conforme a los requisitos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Cuando la rueda esté compuesta por otros menores de edad, se deberá contar con su autorización y con la de sus representantes legales o guardadores de hecho o de derecho, a salvo el supuesto de los mayores de 16 años no emancipados y de los menores emancipados en que sea de aplicación lo dispuesto para las limitaciones a la declaración de voluntad de los menores en el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor.

---

– ACTUACIONES POLICIALES DE VIGILANCIA, CUSTODIA Y TRASLADO. SEGÚN LA DISPOSICIÓN ADICIONAL ÚNICA:

1. Las actuaciones policiales de vigilancia, custodia y traslado de menores previstas en este reglamento serán realizadas por los cuerpos de policía autonómica o, en su caso, por las unidades adscritas del Cuerpo Nacional de Policía, en sus ámbitos territoriales de actuación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero.

En caso de ausencia o insuficiencia de las anteriores, o cuando sean varias las comunidades autónomas afectadas, se realizarán por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

2. A los efectos de lo dispuesto en el apartado anterior, el director del centro solicitará la intervención al órgano competente de la comunidad autónoma o, en su caso, al Delegado o al Subdelegado del Gobierno, con suficiente antelación para permitir su planificación.

En situaciones de urgencia, cuando no sea posible actuar conforme a lo previsto en el párrafo anterior, el director del centro podrá solicitar directamente la intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad competentes, dando cuenta de ello inmediatamente a las autoridades antes mencionadas, con expresión de las causas de urgencia.

---

## 2.8. Entidad Pública de la Comunidad Autónoma

---

La entidad pública de la Comunidad Autónoma, de protección o de reforma, que suele estar integrada en un Departamento con competencias en Justicia o en Bienestar Social, con la LORPM adquiere mayor relevancia, al tener que ser oída en numerosos trámites, al contrario de lo que ocurría con la anterior legislación, donde sólo se la citaba, a efectos bien de remitirle actuaciones sobreseídas penalmente para protección o bien para que llevar a cabo la ejecución de la medida impuesta judicialmente.

---

El art. 2.1, que determina la competencia a los Juzgados de Menores, lo hace *«sin perjuicio de las facultades atribuidas por esta Ley a las Comunidades Autónomas respecto de la protección y reforma de menores»*.

Así, la entidad pública es citada en numerosos artículos de la ley y del reglamento, que relacionamos a continuación:

– Art. 3 (régimen de los menores de 14 años). *«El Ministerio Fiscal deberá remitir a la entidad pública de protección de menores testimonio de los particulares que considere precisos respecto al menor, a fin de valorar su situación, y dicha entidad habrá de promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero»*.

– Art. 9.4 (reglas para la aplicación de las medidas), cuando se refiere a la medida de internamiento de régimen cerrado para supuestos de extrema gravedad de menores que hayan cumplido 16 años, se indica que se completará con otra medida de libertad vigilada con asistencia educativa hasta un máximo de otros cinco años. Para establecer esa medida, se indica: *«La medida de libertad vigilada deberá ser ratificada mediante auto motivado, previa audiencia del Ministerio Fiscal, del Letrado del menor y del representante de la entidad pública de protección o reforma de menores, al finalizar el internamiento, y se llevará a cabo por las instituciones públicas encargadas del cumplimiento de las penas, conforme a lo establecido en el artículo 105.1 del vigente Código Penal.»*.

– Art. 13, relativo a la modificación de medidas<sup>59</sup>, el juez debe oír a la representación de la entidad pública de protección o reforma de menores, *«podrá en cualquier momento dejar sin efecto la medida impuesta, reducir su duración o sustituirla por otra, siempre que la modificación redunde en interés del menor y se exprese suficientemente a éste el reproche merecido por su conducta»*. Al preverse en el párrafo 2º la posibilidad de interponer recurso contra el Auto que decida esta cuestión, estando legitimada la entidad pública para instar, cabe entender que también lo estará para recurrir una decisión contraria a su petición.

– Art. 18, (Desistimiento de la incoación del expediente por corrección en el ámbito educativo y familiar). En este caso, cuando el Ministerio Fiscal decida el desistimiento, *«dará traslado de lo actuado a la entidad pública de protección de menores, para la aplicación de lo establecido en el artículo 3 de la presente Ley»*.

– Art. 27 (Informe del equipo técnico). En su párrafo 4, se prevé que si el equipo técnico propone *«en su informe la conveniencia de no continuar la tramitación del expediente en interés del menor, por haber sido expresado suficientemente el reproche al mismo a través de los trámites ya practicados, o por considerar inadecuada para el interés del menor cualquier intervención, dado el tiempo transcurrido desde la comisión de los hechos (...), si se reunieran los requisitos previstos en el art. 19.1 de esta Ley, el Ministerio Fiscal podrá remitir el expediente al Juez con propuesta de sobreseimiento, remitiendo además, en su caso, testimonio de lo actuado a la entidad pública de protección de menores que corresponda, a los efectos de que actúe en protección del menor»*.

– Art. 28 (De las medidas cautelares. Reglas generales). Ante la petición del Ministerio Fiscal *«de medidas cautelares para custodia y defensa del menor expedientado»*, *«cuando existan indicios racionales de la comisión de un delito o el riesgo de eludir u obstruir la acción de la justicia por parte del menor»*, el Juez deberá oír a la representación de la entidad pública de protección o reforma de

**menores**, «que informará especialmente sobre la naturaleza de la medida cautelar», la cual puede consistir en «internamiento en centro en el régimen adecuado, libertad vigilada, prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez, o convivencia con otra persona, familia o grupo educativo», según redacción dada por art. único, apartado veintiuno de la L.O. 8/2006.

– Art. 30.4 (De la conclusión de la instrucción. Remisión del expediente al juez de menores). Se establece que «El Ministerio Fiscal podrá también solicitar del Juez de Menores el sobreseimiento de las actuaciones por alguno de los motivos previstos en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, así como la remisión de los particulares necesarios a **la entidad pública de protección de menores en su caso**».

– Art. 33.c) (Otras decisiones del juez de menores). En el apartado c) se recoge «El archivo por sobreseimiento de las actuaciones con remisión de particulares a **la entidad pública de protección de menores** correspondiente cuando así se haya solicitado por el Ministerio Fiscal».

– Art. 35 (Asistentes y no publicidad de la audiencia). A la audiencia, «También podrá asistir **el representante de la entidad pública de protección o reforma de menores** que haya intervenido en las actuaciones de instrucción, cuando el Juez así lo acuerde.»

– Art. 40 (Suspensión de la ejecución del fallo). El juez, «de oficio o a instancias del Ministerio Fiscal o del Letrado del menor (...), podrá acordar motivadamente la suspensión de la ejecución del fallo contenido en la sentencia, cuando la medida impuesta no sea superior a dos años de duración, durante un tiempo determinado y hasta un máximo de dos años», para ello deberá oír al representante **de la entidad pública de protección y reforma de menores**.

– Art. 44 (De la ejecución de medidas. Competencia judicial), al atribuir la competencia y control de la ejecución de las medidas al juez de menores, se indica que éste resolverá las incidencias que se presenten mediante auto motivado, oída, entre otros, «la representación de **la entidad pública que ejecute aquella**».

– Art. 45 (Competencia administrativa). Este precepto está íntegramente dedicado a la **entidad pública** (Comunidad Autónoma), a la que ya la Disposición adicional 3ª de la Ley Orgánica 4/1992, atribuía la competencia en la ejecución de las medidas adoptadas por los Juzgados de Menores. Su contenido es el siguiente:

---

«1. La ejecución de las medidas adoptadas por los Jueces de Menores en sus sentencias firmes **es competencia de las Comunidades Autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla**, con arreglo a la disposición final 22ª de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Dichas entidades públicas llevarán a cabo, de acuerdo con sus respectivas normas de organización, la creación, dirección, organización y gestión de los servicios, instituciones y programas adecuados para garantizar la correcta ejecución de las medidas previstas en esta Ley.

2. La ejecución de las medidas corresponderá a las **Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, donde se ubique el Juzgado de Menores** que haya dictado la sentencia, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 3 del artículo siguiente.

3. **Las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla podrán establecer los convenios** o acuerdos de colaboración necesarios con otras entidades, bien sean públicas, de la Administración del Estado, Local o de otras Comunidades Autónomas, o privadas sin ánimo de lucro, para la ejecución de las medidas de su competencia, bajo su directa supervisión, sin que ello suponga en ningún caso la cesión de la titularidad y responsabilidad derivada de dicha ejecución».

---

– Art. 46 (Liquidación de la medida<sup>61</sup> y traslado del menor a un centro<sup>62</sup>). En su párrafo 2º se establece que «De la liquidación mencionada en el apartado anterior y del testimonio de particulares que el Juez considere necesario y que deberá incluir los informes técnicos que obren en la causa, el secretario dará traslado **a la entidad pública de protección o reforma de menores** competente para



el cumplimiento de las medidas acordadas en la sentencia firme (...) 3. Recibidos por **la entidad pública** el testimonio y la liquidación de la medida indicados en el apartado anterior, aquélla designará de forma inmediata un profesional que se responsabilizará de la ejecución de la medida impuesta, y, si ésta fuera de internamiento, designará el centro más adecuado para su ejecución de entre los más cercanos al domicilio del menor en los que existan plazas disponibles para la ejecución por la entidad pública competente en cada caso. El traslado a otro centro distinto de los anteriores sólo se podrá fundamentar en el interés del menor de ser alejado de su entorno familiar y social y requerirá en todo caso la aprobación del Juzgado de Menores competente para la ejecución de la medida. En todo caso los menores pertenecientes a una banda, organización o asociación no podrán cumplir la medida impuesta en el mismo centro, debiendo designárseles uno distinto aunque la elección del mismo suponga alejamiento del entorno familiar o social». Precepto redactado según el art. único, apartado treinta y siete de la L.O. 8/2006.

– Art. 48 (Expediente personal de la persona sometida a la ejecución de una medida). En el citado precepto se dice que:

---

«1. **La entidad pública** abrirá un expediente personal único a cada menor respecto del cual tenga encomendada la ejecución de una medida, en el que se recogerán los informes relativos a aquél, las resoluciones judiciales que le afecten y el resto de la documentación generada durante la ejecución.

2. Dicho expediente tendrá carácter reservado y solamente tendrán acceso al mismo el Defensor del Pueblo o institución análoga de la correspondiente Comunidad Autónoma, los Jueces de Menores competentes, el Ministerio Fiscal y las personas que intervengan en la ejecución y estén autorizadas por **la entidad pública** de acuerdo con sus normas de organización. El menor, su Letrado y, en su caso, su representante legal, también tendrán acceso al expediente.

3. La recogida, cesión y tratamiento automatizado de datos de carácter personal de las personas a las que se aplique la presente Ley, sólo podrá realizarse en ficheros informáticos de titularidad pública dependientes de **las entidades públicas de protección de menores**, Administraciones y Juzgados de Menores competentes o del Ministerio Fiscal, y se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación automatizado de los datos de carácter personal, y sus normas de desarrollo<sup>64</sup>».

---

– Art. 49 (Informes sobre ejecución). Establece la obligatoriedad de estos informes por parte de la entidad pública ante el juez de menores y Ministerio Fiscal, en los siguientes términos:

---

«1. **La entidad pública** remitirá al Juez de Menores y al Ministerio Fiscal, con la periodicidad que se establezca reglamentariamente en cada caso y siempre que fuese requerida para ello o la misma entidad lo considere necesario, informes sobre la ejecución de la medida y sus incidencias, y sobre la evolución personal de los menores sometidos a las mismas. Dichos informes se remitirán también al Letrado del menor si así lo solicitare a **la entidad pública** competente.

2. En los indicados informes **la entidad pública** podrá solicitar del Ministerio Fiscal, cuando así lo estime procedente, la revisión judicial de las medidas en el sentido propugnado por el artículo 13.1 de la presente Ley». Redacción según art. único, apdo. treinta y nueve L.O. 8/2006.

---

– Art. 51 (Sustitución de las medidas). La entidad pública es oída por el Juez, para dejar sin efecto o sustituir las medidas «por otras que se estimen más adecuadas de entre las previstas por la Ley, por tiempo igual o inferior al que reste para su cumplimiento». También tendrá que ser oída la entidad pública para dejar sin efecto la medida, en caso de conciliación del menor con la víctima, en los términos establecidos en el artículo 19 de la Ley.

– Art. 53 (Cumplimiento de la medida):

---

«1. Una vez cumplida la medida, **la entidad pública** remitirá a los destinatarios designados en

el artículo 49.1 un informe final, y el Juez de Menores dictará auto acordando lo que proceda respecto al archivo de la causa. Dicho auto será notificado por el secretario judicial al Ministerio Fiscal y al letrado del menor, a la entidad pública y a la víctima. (redacción dada por art. único, apdo. cuarenta y tres de la L.O. 8/2006).

2. El Juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal o del Letrado del menor, podrá instar de la correspondiente **entidad pública de protección y reforma de menores**, una vez cumplida la medida impuesta, que se arbitren los mecanismos de protección del menor conforme a las normas del Código Civil, cuando el interés de aquél así lo requiera».

---

– Art. 56 (Derechos de los menores internados). En este precepto se cita a la entidad pública como organismo que está obligada a los derechos de los menores reconocidos en el mismo, v.gr. derecho a la vida, integridad física, salud, interdicción de malos tratos, etc....

Por último, las entidades públicas eran citadas en las anteriores Disposiciones finales tercera (reformas en materia de personal) y séptima (*vacatio legis*), «Durante el plazo mencionado en el apartado anterior (un año desde la publicación de la Ley en el BOE), las Comunidades Autónomas con competencia respecto a la protección y reforma de menores adaptarán su normativa para la adecuada ejecución de las funciones que les otorga la presente Ley»<sup>68</sup>.

La Disposición Adicional Única de la L.O. 8/2006 señala que “Para dar cumplimiento al principio de lealtad institucional previsto en la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, el Consejo de Política Fiscal y Financiera procederá a evaluar las obligaciones de gasto que, para las Comunidades Autónomas, pudieran derivarse de la aplicación de las disposiciones de la presente Ley Orgánica”.

El Reglamento se refiere a la entidad pública en varios preceptos relativos a las siguientes materias:

- Mediación: arts. 5 y 8.7
- Ejecución de medidas: arts. 6 a 58
- Régimen disciplinario en Centros de internamiento: arts. 59 a 85

### **3. Otros**

#### **3.1. Perjudicado y su Letrado**

---

En la jurisdicción de menores, básicamente, se persigue proteger el interés del menor, adoptando una medida educativa-sancionadora ante un comportamiento delictivo del mismo.

Con anterioridad a la reforma operada en la LORPM mediante la Disposición final segunda de la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, de modificación del CP de 1995, que introduce la acusación particular con iguales facultades que en la LECRIM, decíamos que la finalidad de la LORPM protegiendo prioritariamente el interés superior del menor colocaba a las víctimas y perjudicados en una situación peculiar en el procedimiento de reforma del menor, en cuanto a la satisfacción de sus intereses, ya que si bien se excluía el ejercicio de acciones por particulares, conforme a la anterior redacción del art. 25, que se titulaba expresamente «Participación del perjudicado e inexistencia de acción particular y popular», admitiéndose en determinados supuestos su personación (anterior redacción del art. 25) y siendo su opinión relevante para el sobreseimiento del expediente por conciliación con la víctima (art. 19, la víctima tiene que aceptar las disculpas del menor).

El art. único, apartado tres, de la L.O. 8/2006 da nueva redacción al art. 4 reservándolo a los derechos de las víctimas y de los perjudicados, indicando lo siguiente:

*“El Ministerio Fiscal y el Juez de Menores velarán en todo momento por la protección de los derechos de las víctimas y de los perjudicados por las infracciones cometidas por los menores.*

*De manera inmediata se les instruirá de las medidas de asistencia a las víctimas que prevé la legislación vigente.*

*Las víctimas y los perjudicados tendrán derecho a personarse y ser parte en el expediente que se incoe al efecto, para lo cual el secretario judicial les informará en los términos previstos en los artículos 109 y 110 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, instruyéndoles de su derecho a nombrar abogado o instar el nombramiento de abogado de oficio en caso de ser titulares del derecho a la asistencia jurídica gratuita. Asimismo, les informará de que, de no personarse en el expediente y no hacer renuncia ni reserva de acciones civiles, el Ministerio Fiscal las ejercerá si correspondiere. Los que se personaren podrán desde entonces tomar conocimiento de lo actuado e instar la práctica de diligencias y cuanto a su derecho convenga.*

*Sin perjuicio de lo anterior, el secretario judicial deberá comunicar a las víctimas y perjudicados, se hayan o no personado, todas aquellas resoluciones que se adopten tanto por el Ministerio Fiscal como por el Juez de Menores, que puedan afectar a sus intereses.*

*En especial, cuando el Ministerio Fiscal, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 18 de esta Ley, desista de la incoación del expediente deberá inmediatamente ponerlo en conocimiento de las víctimas y perjudicados haciéndoles saber su derecho a ejercitar las acciones civiles que les asisten ante la jurisdicción civil.*

*Del mismo modo, el secretario judicial notificará por escrito la sentencia que se dicte a las víctimas y perjudicados por la infracción penal, aunque no se hayan mostrado parte en el expediente.»*

Los artículos de la ley donde se cita al perjudicado y su letrado, son los siguientes:

– Art. 8 (Nueva redacción en virtud de la disposición final quinta de L.O. 15/2003, de 25 noviembre) (Principio acusatorio):

---

«El Juez de Menores no podrá imponer una medida que suponga una mayor restricción de derechos ni por un tiempo superior a la medida solicitada por el Ministerio Fiscal o por el acusador particular...».

---

– Art. 22.3 (De la incoación del expediente):

---

«(...), el Ministerio Fiscal notificará a quien aparezca como **perjudicado**, desde el momento en que así conste en la instrucción del expediente, la posibilidad de ejercer las acciones civiles que le puedan corresponder, personándose ante el Juez de Menores en la pieza de responsabilidad civil que se tramitará por el mismo».

---

– Art. 25 (Nueva redacción en virtud de la disposición final quinta de L.O. 15/2003, de 25 noviembre) (De la acusación particular):

---

«Podrán personarse en el procedimiento como acusadores particulares, a salvo de las acciones previstas en el artículo 61 de esta ley, las personas directamente ofendidas por el delito, sus padres, sus herederos o sus representantes legales si fueran menores de edad o incapaces, con las facultades y derechos que derivan de ser parte en el procedimiento, entre los que están, entre otros los siguientes:

- a) Ejercitar la acusación particular durante el procedimiento.
- b) Instar la imposición de medidas a las que se refiere la ley.
- c) Tener vista de lo actuado, siendo notificado de las diligencias que se soliciten y acuerde.
- d) Proponer las pruebas que versen sobre el hecho delictivo y las circunstancias de su comisión, salvo en lo referente a la situación psicológica, educativa, familiar y social del menor.
- e) Participar en la práctica de las pruebas, ya sea en la fase de instrucción ya sea en la fase de audiencia; a estos efectos, el órgano actuante podrá denegar la práctica de la prueba de careo, si esta fuera solicitada, cuando no resulte fundamental para la averiguación de los hechos o la

participación del menor en los mismos.

f) Ser oído en todos los incidentes que se tramiten durante el procedimiento.

g) Ser oído en caso de modificación o sustitución de medidas impuestas al menor.

h) Participar en las vistas o audiencias que se celebren.

i) Formular los recursos procedentes con arreglo a esta ley.

Una vez admitida por el Juez de Menores la personación de la acusación particular, se le dará traslado de todas las actuaciones sustanciadas de conformidad con esta ley y se le permitirá intervenir en todos los trámites en defensa de sus intereses.»

---

– Art. 35 (Asistentes y no publicidad de la audiencia). Se establece que la audiencia se celebrará «*con asistencia de (...) las partes personadas...*», redacción según art. único, apartado veintisiete de la L.O. 8/2006.

– Art. 61 a 64 (De la responsabilidad civil), según redacción dada por el art. único, apartado cuarenta y cinco de la L.O. 8/2006. En estos preceptos se regula la tramitación de la Pieza Separada de Responsabilidad Civil, donde se prepara el ejercicio de la acción civil por el perjudicado, que se sustancia tras la reforma de 2006 en el procedimiento penal, salvo que renuncie a ella o se la reserve.

### 3.2. Otros

---

La ley y el reglamento contienen también referencia a otros sujetos o instituciones, tales como:

- Entidades públicas o privadas que trabajen en el ámbito de la educación de menores (art. 27.6 Ley —informe—; art. 4.1 «in fine» del reglamento)
- Personas o representantes de instituciones públicas y privadas que puedan aportar al proceso elementos valorativos del interés del menor y de la convivencia o no de las medidas solicitadas (art. 30.3 —propuestas por MF para audiencia—)
- Defensor del Pueblo o Institución análoga de la Comunidad Autónoma, y personas que intervengan en la ejecución y estén autorizadas por la entidad pública con arreglo a sus normas de organización (art. 48.2, sobre el acceso al expediente personal de la persona sometida a la ejecución de la medida; comunicaciones con menores internados: art. 41.7 reglamento; peticiones y quejas de menores: art. 57 reglamento; inspecciones de Centros de internamiento: art. 58.1 reglamento)
- Administración competente (art. 51, sustitución de medidas)
- Director del Centro de internamiento (art. 52. Presentación de recursos)
- Defensor del Pueblo, Director del centro (art. 56. Derechos de los menores)
- Director del centro (art. 58. Información y reclamaciones; arts. 32.6 y 56 reglamento)
- Director del establecimiento (art. 60.7 régimen disciplinario; arts. 59 a 85 reglamento)
- Gobierno, Ministerio de Justicia, Consejo General del Poder Judicial, Fiscalía General del Estado, Comunidades Autónomas (disposiciones finales segunda, tercera y cuarta de la LORPM en su redacción original y disposición adicional única de la L.O. 8/2006).
- Administración penitenciaria: art. 8.5 reglamento.
- Familiares del menor: Preceptos reglamentarios: comunicaciones y visitas, art. 40 comunicaciones telefónicas, art. 42; comunicaciones escritas, art. 43; domicilio durante las salidas y permisos, art. 51; informaciones,

---

### C) BREVE INDICACIÓN A LAS FASES DEL PROCEDIMIENTO.

---

En el procedimiento penal español de menores, la fase de instrucción está encomendada al Ministerio Fiscal, el enjuiciamiento al Juzgado de Menores y la ejecución a la Administración Autonómica, la cual en calidad de entidad pública se encarga de esta ejecución bajo la supervisión del juez y del fiscal.

## PSICOPATOLOGÍA DE LA DELINCUENCIA JUVENIL. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL MENOR QUE DELINQUE.

---

**Josep Ramón Juárez.**

*Doctor en Psicología. Profesor Asociado de Psicología y Criminología. Psicólogo forense del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya. GIRONA.*

---

### RESUMEN

---

Tal y como nos refiere Musitu<sup>3</sup> los últimos estudios sobre menores infractores nos indican que se ha producido un cambio cualitativo y cuantitativo en la tipología de su conducta delictiva. Un incremento de los actos que han infringido daños a bienes materiales (tanto públicos como privados) además de un significativo incremento de las conductas dirigidas contra las personas. Es cierto, que además debemos considerar con mucha relatividad las cifras y estadísticas sobre los delitos realizados por adolescentes, puesto que éstos últimos suelen ser mucho más frecuentes y dispares. Algunos autores señalan que estas cifras oficiales tan sólo reflejan el 2% de los delitos que los adolescentes informan.

En Cataluña<sup>4</sup>, sin ir más lejos, 7.400 menores delincuentes, es decir, casi un 3% de la población juvenil de edades comprendidas entre 14 y 17 años, son atendidos por el sistema de Justicia Juvenil. Un adolescente con un promedio de edad de 17 años, varón (84%), donde el 85% no tienen expedientes previos (la media de edad es de 16 años en varones y 15,5 años en las mujeres, en su primer expediente judicial), español (73%) –aunque de los internados en centros, la población inmigrante es equivalente a la de nuestro país-. En cuanto a los delitos, el 50% es contra la propiedad y en un 23%, son lesiones.

A partir de la entrada en vigor de la Ley 5/2000, se observa un incremento de la dispersión de la edad (en centros de internamiento: 15-23 años), aparecen adolescentes con una carrera delictiva estable (con lo cual se convierten refractarios a las diferentes intervenciones educativas, con historiales anteriores en instituciones de protección y que continuaran su carrera delictiva como adultos), se incrementa –especialmente- el número de menores inmigrantes y sobretodo, surgen problemas relacionados con la salud mental y el consumo de drogas (patología dual). Se observa una aparición de conductas más violentas sin una explicación funcional, y en muchos casos, de familias normalizadas.

Uno de los pocos estudios realizados con adolescentes agresores sexuales realizado por Casals y Juárez<sup>5</sup> basado en una muestra de menores acusados de delitos contra la libertad sexual, analizó un conjunto de 19 variables definiendo un perfil más actualizado de las características de estos jóvenes, profundizando especialmente en dos aspectos: el autoconcepto del adolescente y la visión y

---

<sup>3</sup> Musitu, G. 'Adolescentes infractores: la perspectiva psicosocial' en Rodríguez Díaz, F. J., Becedóniz Vázquez, C. (coords). 2007. *El menor infractor. Posicionamientos y realidades*. Oviedo. Gobierno del Principado de Asturias.

<sup>4</sup> <http://www.socialistes.cat/Sectorials/Justicia-i-Dret/Actualitat/Noticies/La-Justicia-Juvenil-a-Catalunya-es-un-model-capdavanter-a-Europa>

<sup>5</sup> Casals Sagner, I., Juárez López, J.R. "Els menors agressors sexuals: com es veuen a sí mateixos i com són vistos pels seus pares", en *Congrés de Justícia Juvenil: nous reptes, noves propostes*. Barcelona: CEJFE. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya, 2002.

concepto que sus padres tenían de él. Los resultados mostraron que había creencias anteriores que debían ser revisadas y que confirmaban las últimas investigaciones realizadas: núcleos familiares normalizados, adecuadas habilidades sociales y falta de antecedentes traumáticos familiares y judiciales, eran, entre otras, las características que describían a estos menores infractores. También se observó la característica común de haber tenido experiencias sexuales previas junto con el consumo de tóxicos anterior a los incidentes. Estos menores tenían un autoconcepto y autoimagen muy positiva. Destacó, no obstante, una total falta de empatía hacia la víctima, expresada junto con una reacción emocional de insensibilidad y frialdad. Se relacionó esta característica de personalidad con la escala P (dureza) del modelo de personalidad de Eysenck, que define un sujeto duro, insensible, despreocupado con las personas, inhumano y que puede presentar falta de sentimientos y empatía.

Belda Grindley y Molinero Roldán<sup>6</sup> encuentran el siguiente perfil del menor infractor, encontrado en los recursos específicos de tratamiento ambulatorio en salud mental:

- *La edad media con la que suelen cometer el delito es de 16,4 años.*
- *En cuanto al sexo, las cifras varían dependiendo de que exista un centro de internamiento femenino o no en la zona. Los datos oscilan entre un 22%-35% de chicas y un 65%-77% de chicos.*
- *El 97% de los menores no han llegado al último curso de la ESO y entorno a un 80% presenta absentismo escolar.*
- *Los delitos que han cometido los menores que nos llegan suelen ser en su mayoría maltrato familiar (49%), la otra mitad se reparte entre delitos de robo con violencia, agresión sexual o robo con fuerza.*
- *En cuanto a la duración de las medidas de tratamiento ambulatorio: un 42% duran entre 6 y 12 meses un 27% duran entre 12 y 18 meses y un 19 % duran entre 3 y 6 meses.*
- *Las familias suelen ser en su mayoría formadas por 2 o 3 hijos, la mitad de ellas monoparentales y la mayoría no viven en entornos sociales deprimidos o con economía precaria, suelen presentar sucesos traumáticos en un 73% de los casos, con presencia de violencia familiar en un 57% de los casos. Un 55% de las familias presentan pautas educativas contrarias y aproximadamente la mitad presentan falta de supervisión sobre los hijos. Un 54% de las familias reconocen el delito y colaboran en el tratamiento.*
- *En cuanto a las características de los menores un 77% presenta baja empatía, un 77% carencias afectivas en su desarrollo y un 94% problemas con el cumplimiento de normas. Un 97% tienen baja tolerancia a la frustración y un 84% presenta en su historia conductas disruptivas básicas (rabietas, no seguimiento de instrucciones y comportamientos destructivos). El 48% de los casos reconocen el delito y colaboran en el tratamiento.*
- ***En cuanto a los trastornos encontrados, el más frecuente es el trastorno disocial (aprox. 20%), en segundo lugar el consumo de sustancias (en torno a un 14%), luego sigue un grupo de trastornos iguales en prevalencia (trastornos de ansiedad, trastornos negativista desafiante, trastornos del estado de ánimo, el trastorno límite de personalidad y en el grupo menos prevalente (inferior al 5%) se recogen casos de trastornos adaptativos, del control de impulsos, trastornos obsesivo compulsivos, trastornos paranoides, esquizoides y trastornos psicóticos.***

El estudio realizado en el Principado de Asturias desde la entrada en vigor de la Ley 5/2000, por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia, dirigido por Jorge Fernández de Valle<sup>7</sup> mediante la aplicación de YSR (Youth Self-Report) de Achenbach (2007) ofrecen sus resultados divididos en conductas internalizadas, externalizadas e ítems problema. Así, en conductas internalizadas, destacan la presencia de problemas de relación (aislamiento), depresión, nerviosismo, miedos o ansiedad y agotamiento. En conductas externalizadas, destacan la presencia de agresividad verbal y carácter fuerte.

<sup>6</sup> Belda Grindley, C.; Molinero Roldán, J.M. "Menores infractores y salud mental" Actas del II Symposium Internacional sobre Justicia Juvenil y del I Congreso Europeo sobre Programas de Cumplimiento de Medidas Judiciales para Menores. Diego Vargas Vargas (coords) Vol. 2, 2008. Págs. 329-336.

<sup>7</sup> Bravo, A., Sierra, M.J., Fernández del Valle, J. 2007. *Evaluación de resultados de las medidas de responsabilidad penal juvenil en Asturias*. Colección Ley y Ciencias Sociales. Dirección General de Justicia. Gobierno del Principado de Asturias.

Finalmente, como ítems problema destacan la dificultad para estar sentado, tacañería, temor ante los propios impulsos, culpabilidad, impulsividad, cambios de humor, retraimiento, pensamientos reiterativos, lenguaje sucio, obsesión por la limpieza, tendencia a la preocupación, consumo de alcohol y drogas.

Benavente Rodríguez<sup>8</sup> del Centro Terapéutico *Montefiz* de Galicia, recogiendo la experiencia de cuatro años (2001-05) afirma que es cada vez mayor la presencia de trastornos de la personalidad (25% en 2001 hasta el 45% en el 2005), decreciendo la presencia de los trastornos de comportamiento como diagnóstico principal (50% en el 2003, 39% en 2005). Aumenta también el porcentaje de trastornos psicóticos. Así, el perfil tipo del menor usuario del citado centro durante sus cinco años de existencia sería el de un varón, de 16 años, ingresado por un delito de violencia familiar, con diagnóstico de trastorno mixto de la personalidad grave, comorbilidad con consumo de tóxicos, que evoluciona lentamente, y con un pronóstico muy ligado a la red de apoyo existente en su entorno social y familiar tanto durante como posteriormente al desinternamiento. El propio autor afirma que la evolución de este perfil se caracteriza por un agravamiento de las patologías tratadas con una mayor presencia de la personalidad patológica y trastornos psicóticos, un leve descenso en la edad de ingreso y un aumento significativo en el número de menores procedentes de familias estructuradas (35%) o reconstituidas (29%).

En resumen, el perfil psicológico del adolescente infractor, a partir de los estudios presentados, se caracteriza por la presencia de trastornos psicopatológicos cada vez más graves e instaurados en su esquema mental. El consumo de tóxicos junto con la presencia de al menos, un trastorno mental (patología dual) es el gran reto de la intervención psicoeducativa que la ley 5/2000 incorpora en su catálogo de medidas de responsabilidad penal del menor. Observamos adolescentes con una carrera delictiva estable, expresando conductas más violentas, muchas veces sin una explicación funcional, y en muchos casos, de familias normalizadas y sin expedientes previos en el ámbito de Justicia Juvenil.

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS MENORES DELINCUENTES ¿REALIDAD O FICCIÓN?

**Dr. Carlos Imaz Roncero.**

*Psiquiatra. Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro Regional Menores Zambrana. VALLADOLID.*

### RESUMEN

En el artículo 7 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, se establecen las medidas susceptibles de ser impuestas a los menores y las reglas generales para la determinación de las mismas. Así se establecen las medidas de:

- Internamiento:
  - En régimen cerrado, semiabierto y abierto para realización de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.
  - Terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto.
- Permanencia de fin de semana.
- Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo.
- Tratamiento ambulatorio.
- Asistencia a un centro de día.
- Libertad vigilada.

<sup>8</sup> Benavente Rodríguez, M. "La intervención terapéutica con menores infractores. Características y evolución de las medidas de internamiento en el C. A. E. Montefiz". Fundación Internacional O'Belén – Xunta de Galicia. 2008. <http://www.obelen.es/upload/353G.pdf>

- Amonestación.
- Prestaciones en beneficio de la comunidad o de Realización de tareas socio-educativas.
- Otras: Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima, inhabilitación absoluta o privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas

Todas las medidas pueden tener un claro efecto educativo-terapéutico cuando se realizan **en tiempo y forma** como respuesta a la conducta transgresora.

Hay estudios que evalúan la variable **análisis de demora**, que permite valorar los retrasos producidos entre el hecho delictivo, la sentencia, la entrada del expediente, el inicio de la medida y la finalización de la misma. En el estudio de Evaluación de la intervención educativa y análisis de la reincidencia en la Justicia de Menores en Comunidad Autónoma del País Vasco (San Juan Guillén C. y Ocáriz Passevant E, Victoria-Gasteiz 2009) se aportan los siguientes datos:

Días transcurridos entre:	Medidas en medio abierto		Medidas en medio cerrado
	Media	Rango	Rango
Hecho delictivo- Sentencia	466	1463	1-1179
Sentencia- Entrada expediente	60	0-375	0-184
Entrada expediente- Inicio Medida	78	0-857	1-589
Inicio Medida- Finalización Medida	130	0-567	5-752

La amplitud de los tiempos son más que evidentes en toda la secuencia del proceso, siendo el intervalo de mayor importancia pedagógica el de conducta-consecuencia, pero con los datos expuestos hay mucho camino por recorrer.

Por otra parte la normativa establece que: “Para la elección de la medida o medidas adecuadas se deberá atender de modo flexible, no sólo a la prueba y valoración jurídica de los hechos, sino especialmente a la edad, las circunstancias familiares y sociales, la personalidad y el interés del menor”. Donde tienen un papel determinante, tanto los Equipos técnicos de los Juzgados, como las Entidades Públicas de Protección y Reforma.

Pero, ¿qué evaluación y valoración de los casos realizan dichos equipos? En nuestro medio hay modelos estandarizados pero poco desarrollados. La realidad demuestra que en Centros de Internamiento se están promoviendo minusvalías sin que haya constancia de una evaluación de Capacidad Intelectual sólida que permita evaluar la existencia de un retraso mental. ¿Es posible evaluar sin tener en cuenta esta variable determinante? o ¿Tiene la misma consideración una conducta violenta y delictiva, en el contexto de un retraso mental que, en un menor con capacidades normales?

El discurso descalificador justificado en el mal funcionamiento del sistema: retrasos, poca/mala evaluación,...falta de medios,... **limita las exigencias y/o posibilidad de cambio** que dichas medidas pueden provocar tanto para el individuo como para el sistema/entorno familiar y/o social tan necesarios en estos casos.

Centrándonos en la medidas con mayor contenido educativo-terapéutico se destaca de forma especial la medida de **Internamiento Terapéutico**, “que se prevé para aquellos casos en los que los menores, bien por razón de su adicción al alcohol u a otras drogas, bien por disfunciones significativas en su psiquismo, precisan de un contexto estructurado en el que poder realizar una programación terapéutica, no dándose, ni, de una parte, las condiciones idóneas en el menor o en su entorno para el tratamiento ambulatorio, ni, de otra parte, las condiciones de riesgo que exigirían la aplicación a aquél de un internamiento en régimen cerrado.”



Primera contradicción ¿El internamiento terapéutico es, o no es, un internamiento en régimen cerrado? ¿La adicción al cannabis estaría incluido, o el abuso de alcohol de fin de semana? O, ¿a qué llamamos una disfunción significativa del psiquismo?

Por ello, es necesario aclarar primero, el motivo de ese internamiento terapéutico; si el sujeto que comete un delito tiene alguna patología que haga preciso dicha intervención terapéutica y, por tanto, establecer unos criterios comunes de diagnóstico y de intervención. Criterios, que no podrían ser otros que, criterios clínicos; y abordajes terapéuticos, que no podrían ser otros que, los recomendados por las guías clínicas.

Pero no todo menor con diagnóstico, según criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-IV, sería susceptible de medida terapéutica. Habría que establecer, en primer lugar, si el diagnóstico y el delito tienen algún tipo de relación, tanto en el momento de evaluación o como factor de reincidencia posterior. En segundo lugar, si es adecuado y oportuno establecer una medida terapéutica específica frente a un abordaje global más generalista, en el que debieran incluirse de forma genérica los aspectos conductuales (como pérdida de derechos como consecuencia de las transgresiones) y los abordajes cognitivos (como toma de conciencia y análisis de factores causales y consecuencias). Discernimiento con pocas evidencias científicas por lo que las decisiones, en muchos casos, se limitan al ámbito de las creencias de los responsables directamente implicados en su abordaje.

En esta presentación se aporta una propuesta de Criterios que pueden Indicar una Medida de Internamiento Terapéutico, así como otros Criterios de exclusión (ilustraciones 1 y 2).

<b>INDICACIONES Unidad Terapéutica</b>	
<b>A. Menores sin DIAGNÓSTICO</b>	<b>B. Menores con DIAGNÓSTICO actual</b>
1. Para estudio y valoración	1. Por el tipo de diagnóstico recibido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno generalizado del desarrollo</li> <li>• Trastorno negativista desafiante</li> <li>• Trastorno mental orgánico</li> <li>• Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</li> <li>• Trastorno facticio, disociativo, parafilia</li> <li>• Trastorno de personalidad</li> </ul>
<b>C. Por la intervención TERAPÉUTICA que precisa</b>	2. Por la presencia de patología dual <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso mental con comorbilidad</li> <li>• TADH con comorbilidad</li> <li>• Trastorno conducta con comorbilidad</li> </ul>
1. Fracaso del control conductual 2. Necesidad de intervención familiar 3. Aumento intensidad terapia	
<b>D. Por los problemas de manejo</b>	3. Por la intensidad del cuadro: moderado/grave <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de la ingesta o conducta alimentaria</li> <li>• Trastorno de la eliminación con problemas de ajuste</li> <li>• Trastornos relacionado con sustancias</li> <li>• Trastornos del estado anímico</li> <li>• Trastorno. de ansiedad</li> <li>• Trastorno somatomorfo</li> <li>• Trastornos del sueño</li> <li>• Trastorno control de impulsos</li> <li>• Trastornos adaptativos</li> </ul>
1. Gestos autolíticos repetidos 2. Poca o nula colaboración (salvo que se relacione exclusivamente con rasgos disociales) 3. Reiteración de traumas psíquicos: problemática familiar u otras 4. Demandas reiteradas de atención	

ILUSTRACIÓN 1. CRITERIOS PARA INDICAR MEDIDA JUDICIAL EN UNIDAD TERAPÉUTICA

Pero, para ello también es preciso aclarar ¿quién es el responsable de un internamiento terapéutico? Según el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, en su artículo 27 establece que serán **los especialistas o facultativos**. En nuestro medio, son los trabajadores sociales, pedagogos y

psicólogos no clínicos los responsables técnicos de estos internamientos, y cabe preguntarse ¿se pueden considerar estos profesionales, especialistas o facultativos?

La ley (Artículo 54) establece que las medidas privativas de libertad se ejecutarán en **centros específicos** para menores infractores aunque podrán ejecutarse en centros socio-sanitarios “cuando la medida impuesta así lo requiera”. ¿Qué es un Centro sociosanitario adecuado: Una Unidad de Agudos de Psiquiatría Infanto-Juvenil o de Adolescentes, una Comunidad Terapéutica de drogas, un Centro de Menores,... un Internado?

<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Unidad terapéutica</b>	
<b>A. Menores sin DIAGNÓSTICO</b>	1. Una vez realizada valoración
<b>B. Menores con DIAGNÓSTICO</b>	1. Sea cual sea el diagnóstico cuando está estabilizado y no presenta dificultades de adaptación al entorno 2. Con diagnóstico único de: a. Retraso mental b. Trastorno conducta/disocial c. Trastorno específico de aprendizaje
<b>C. Cuando la intervención TERAPÉUTICA existe</b>	1. Negativa persistente a colaborar 2. Fracaso de intervención 3. Tiempo de estancia prevista que imposibilite el trabajo terapéutico (referencia menor de un mes)
<b>D. Persistencia de los problemas de manejo</b>	1. Ganancias secundarias inaceptables 2. Imposibilidad de continuidad en su medio habitual 3. Rechazo familiar/tutorial 4. Incumplimiento de normas básicas reiteradas

ILUSTRACIÓN 2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA INDICAR MEDIDA EN UNIDAD TERAPÉUTICA

La necesidad de establecer unos **criterios mínimos de estructura, personal y de funcionamiento** es imprescindible y más teniendo en cuenta los análisis que el Defensor del Pueblo realiza en el Informe sobre el primer año de vigencia de la Ley Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores de Septiembre – 2002 o el informe sobre Centros de Protección de Menores con Trastornos de Conducta y en situación de Dificultad Social, del 2009.

ILUSTRACIÓN 3: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA INDICAR MEDIDA EN UNIDAD TERAPÉUTICA

Los Centros de Internamiento según la ley “estarán divididos en módulos adecuados a la edad, madurez, necesidades y habilidades sociales de los menores internados y se regirán por una normativa de funcionamiento interno cuyo cumplimiento tendrá como finalidad la consecución de una convivencia ordenada, que permita la ejecución de los diferentes programas de intervención educativa y las funciones de custodia de los menores internados”.

También ocurre que aunque **la red Sanitaria no está preparada** para este tipo de intervenciones, en muchas ocasiones, se establece un uso de los recursos asistenciales, tanto ambulatorios como hospitalarios, como justificación de dichas medidas. Pero ¿con alguna eficacia? E incluso, en la necesidad de dar un acomodo a las demandas de los juzgados y de los propios Centros de cumplimiento de medidas, resurgen planteamientos superados con la reforma psiquiátrica, con concertación de camas en hospitales psiquiátricos aparcaderos de pacientes problema.

Pero ¿cuánta psicopatología se ha detectado en población cumplidora de medidas en medio cerrado? Gracias a un proyecto subvencionado por I+D+I de Junta de Castilla y León en el ámbito sociosanitario y que se enmarca en la **intervención Sanitaria por Paidopsiquiatría en Servicios Sociales**, se dio respuesta a este interrogante. Dicho estudio tuvo por objeto evaluar los problemas de salud mental de los menores susceptibles de intervención social y/o judicial; además de valorar el

interés de la realización de las pruebas de despistaje en el funcionamiento habitual del Centro Menores Zambrana. Dicho centro es el único para el cumplimiento de medidas judiciales en medio cerrado de la Comunidad de Castilla y León.

En dicho estudio se incluyeron todos los menores que ingresaron, tanto en socialización como en reforma, con al menos un mes de estancia en el centro, mayores de 10 años y menores de 18, que entendieran el castellano y se excluyeron a los sujetos con capacidad intelectual baja por pruebas de despistaje. El tiempo de evaluación fue de 6 meses, de abril a octubre del 2008.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios autoinformados: Golberg 28, SCL-90R, YSR y el SDQ. Además se recogieron datos de Educadores del Centro TRF/6-18 y SDQ y aunque la implicación de padres/tutores era dificultosa también se recogió de los mismos CBCL y SDQ. Los menores fueron entrevistados por paidopsiquiatra con entrevista semiestructurada K-SADS.

N=128 (23 Mujeres, 18%; 105 Varones, 82%) de los cuales se excluyeron por edad ó estancia menor de un mes (N=38) y por retraso mental (N=6), Se tuvieron pérdidas por fugas (N=6) y otras motivadas por altas del centro antes de lo previsto u otros factores (N=11). La negativa a participar fue mínima (N=2), y solo en un caso fue total, por lo que los datos finales se refieren a N=66 (15 Mujeres, 23%; 51 Varones, 77%). La participación fue muy alta para colaborar en la entrevista hasta 97% (N=65), sin embargo la participación en los cuestionarios fue mucho menor, siendo mucho más alta la participación de los menores (oscila entre 37-40%) que la de los demás participantes: padres (18-20%) y educadores (11-13%).

La **prevalencia de punto de trastornos mentales es de 77%** (N=51), siendo la prevalencia de vida 92% (N=61). Los trastornos más prevalentes como “diagnóstico principal” son los Trastornos de conducta (N=17, 26%; de inicio adolescente N=11 y de inicio infantil N=6), Trastornos adaptativos (N=13; 20%), Trastornos relacionados con abuso y dependencia sustancias (N=10; 15%) aunque si hablamos de “presencia de algún trastorno” el porcentaje se eleva a un 65% (N=43) siendo el cánnabis la sustancia más prevalente (N=41; 62%). Le siguen en frecuencia los diagnósticos de: TDAH (N=9; 14%), cuadros ansiedad (N=5; 8%), cuadros depresivos (N=5; 8%), y Trastornos psicóticos (N=1; 2%). Solo N=5, el 8% no han presentado ningún diagnóstico. Y de las 51 personas que tiene un diagnóstico en el momento de realizar el estudio el **20% se consideran cuadros graves** (EEAG<51), 25% moderado (EEAG entre 51 a 60) y los cuadros leves son el 55% (EEAG>60); de los cuales tienen **tratamiento previo el 40%**, 31% y 43 % respectivamente.

Se llegaron a las siguientes conclusiones: es preciso mejorar la implicación de los educadores en la intervención y evaluación de los menores, los cuestionarios aplicados de forma tradicional no sirven como forma de detección si no hay una participación significativa del personal en su desarrollo y, por último, la alta prevalencia de diagnósticos junto con una falta de detección y tratamiento previo, independientemente de la gravedad de los mismos, evidencian la dificultad de detección de los problemas en ámbito social, por lo que es necesaria una mayor intervención de los paidopsiquiatras en estas poblaciones de alto riesgo.

Por tanto, los análisis recogen la **importancia de la atención a la Salud Mental en menores infractores** como ya viene recogida en informes del Observatorio de Justicia Juvenil (IJJO) del Consejo Social y Económico de la Naciones Unidas (*Annual Ministerial Review. Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health. High Level Segment 2009*). Y como conclusión, derivada de las discusiones y reflexiones provenientes de la literatura especializada en el ámbito de la Justicia Juvenil, se apunta a que **los programas con mejores tasas de eficacia en la reducción de la reincidencia son aquellos que ofrecen a los menores nuevas formas de pensar la realidad y de actuar sobre ella** (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Department of Justice en <http://ojjdp.ncjrs.org/index.html>).

# PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA EN EL ADOLESCENTE.

Moderador: Dr. Santiago García-Tornel  
Sábado, 24 de abril de 2010 9,30 – 11,30 h.

## PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA EN EL ADOLESCENTE

### **Santiago García-Tornel Florensa**

*Jefe de Sección. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues (BARCELONA).*

En la adolescencia, la enfermedad cardíaca muestra características clínicas diferentes y sus consecuencias psicosociales son diametralmente opuestas a las del niño. La mayoría de los pacientes con defectos congénitos cardíacos, después de la cirugía definitiva o paliativa, sobreviven periodos de tiempo muy largos superando la adolescencia y llegan a adultos o ancianos. Otros adolescentes pueden verse afectados por los trastornos cardíacos de una forma brusca e inesperada que cambiará el curso de su vida. El médico de adolescentes no sólo debe tener conocimiento de estas patologías, sino también de los temores del joven y sus conceptos erróneos de las enfermedades cardíacas que pueden extenderse a los padres, maestros, entrenadores, y compañías de seguros. La capacidad de evaluar de manera competente síntomas comunes pero potencialmente graves que pueden tener un origen cardíaco contribuirá, en gran medida, a una relación de confianza entre médico – paciente, al bienestar del adolescente y a su capacidad para superar los obstáculos físicos y sociales.

El propósito de esta mesa redonda es profundizar en temas prácticos e importantes relativos a las enfermedades del corazón, silentes o confirmadas en la adolescencia, para ayudar al médico a tratar, educar, aconsejar al paciente y su entorno, El impacto emocional de “tener un problema en el corazón”, ya sea agudo o crónico, benigno o potencialmente mortal, puede ser devastador y duradero. La naturaleza congénita y el origen genético de algunos trastornos cardíacos pueden crear sentimientos de culpabilidad a los padres y es obligación de médico y cardiólogo mitigarla en lo posible. El consejo genético puede ser de gran apoyo para actuaciones futuras de los padres y familiares próximos. La sobreprotección por parte de la familia y las restricciones en actividades deportivas injustificadas son muy frecuentes. Como en otras enfermedades crónicas en este periodo de la vida, el joven debe estar perfectamente informado de su dolencia, tener su propia capacidad de decidir y de asumir la responsabilidad de su propio cuidado médico, incluidos los sexuales, ginecológicos, obstétricos y de su vida privada.

Deseo expresar mi agradecimiento a los autores por su experiencia y cooperación en la participación de esta mesa redonda. Su experiencia personal es un hecho destacable porque hay escasa bibliografía centrada solamente en los adolescentes con problemas cardíacos. En los últimos años la cooperación y colaboración entre cardiólogos y cirujanos cardiovasculares pediátricos y de adultos ha sido cada vez más estrecha y fructífera, con unos éxitos en la supervivencia y calidad de vida extraordinarias.

El reto, a partir de ahora, será lograr que los adolescentes aprendan a vivir y a convivir sin temor, con una atención de buena calidad, una vida plena e independiente.

**Dr. Federico Gutiérrez-Laraya.**

*Jefe de Servicio. Cardiología pediátrica. Hospital Infantil La Paz. MADRID.*

El término “silente” es equívoco ya que no queda claro si se refiere a situaciones que no tienen síntomas, pero sí signos –aunque no sean llamativos-, y estos han pasado desapercibidos o son de reciente aparición, o si engloba también diagnósticos a personas derivadas por motivos varios, como una historia familiar positiva para alguna enfermedad o por indicación de un colegio o escuela deportiva dentro de un programa de screening general. Tampoco especifica si se refiere a diagnósticos de novo o a diagnósticos previos pero que se mantienen asintomáticos en su seguimiento.

Por otra parte, en el ámbito de la disciplina de la cardiología pediátrica ha existido siempre el término silente aplicado a ciertas entidades, como ciertos ductus arteriosos permeables, en los que no existe ningún síntoma ni ningún signo y cuyo diagnóstico ha sido casual y que ha causado gran cantidad de discusiones y literatura acerca del mejor proceder para su manejo.

Dentro del grupo de las cardiopatías estructurales la mayoría de las cardiopatías congénitas graves han tenido su debut en la época neonatal y en la lactancia. Sin embargo existe un grupo de ellas que, junto a las miocardiopatías, van a ser diagnosticadas alrededor de la adolescencia.

En esta presentación haremos un repaso y presentaremos nuestra experiencia en situaciones cardiológicas que pueden ser diagnosticadas por primera vez alrededor de la adolescencia.

Los cortocircuitos congénitos como consecuencia de una **comunicación a nivel interauricular tipo ostium secundum** no es excepcional que sean diagnosticados a esta edad ya que pueden ser muy poco o nada sintomáticos y acompañarse de una exploración cuya semiología puede pasar desapercibida al especialista. La evaluación ecocardiográfica transtorácica suele ser bastante sensible pero en muchos casos es precisa una exploración transesofágica para aumentar su especificidad. Los casos en los que exista una sobrecarga volumétrica significativa ventricular derecha junto a un cortocircuito significativo ( $QP/QS > 1.3/1$ ) requieren una intervención que debe realizarse a esta edad de forma electiva. Hoy en día la mayoría de los casos (aproximadamente 2/3) son susceptibles a que dicha intervención se realice percutáneamente mediante el implante de un dispositivo, siempre y cuando el orificio se encuentre bien centrado y con unos bordes de suficiente calidad (tamaño, alejamiento de venas cavas y venas pulmonares) para su anclaje. En el resto de situaciones se debe proceder al cierre quirúrgico mediante circulación extracorpórea, habitualmente a través de una estereotomía.

Algunos casos de **comunicación interventricular** se diagnostican de novo a esta edad, aunque la mayoría de ellos proceden de la edad neonatal y preescolar y han sido seguidos no invasivamente ya que no han presentado repercusión clínica ni hemodinámica. Aunque no suele ser la regla también se han descrito cierres espontáneos de comunicaciones musculares o perimembranasas en la edad adulta. Cualquier comunicación con clínica o sin ella pero con significado hemodinámico (cortocircuito significativo, dilatación ventricular izquierda) definido hemodinámica o ecocardiográficamente debe ser intervenida y esta intervención, en función de su anatomía y del centro, puede realizarse percutánea o quirúrgicamente. Algunas comunicaciones tienen indicación de cierre en función de su localización anatómica (“supracristal”) independientemente de que tengan o no repercusión. Las indicaciones basadas en el riesgo de endocarditis bacteriana o prevención de regurgitación aórtica son más controvertidas.

El **ductus arterioso** diagnosticado más allá de la edad escolar no se va a cerrar espontáneamente. No existe consenso aunque si una opinión mayoritaria a no indicar el cierre basados únicamente en el criterio de evitar una endocarditis bacteriana. Ante el menor criterio de repercusión hemodinámica

se debe realizar el cierre, que habitualmente es percutáneo con implante de algún dispositivo que logra su oclusión inmediata y a medio plazo (un año) en más del 98% de los casos.

La **estenosis subaórtica** requiere tratamiento quirúrgico en los casos en los que exista un gradiente importante ecocardiográfico que origine una hipertrofia ventricular izquierda o una regurgitación aórtica. En esta edad no parece que exista una tendencia a la progresión.

La **válvula aórtica bicúspide** se trata de la anomalía congénita más frecuente, ya que está presente en el 1-2% de la población. Suele ser diagnosticada a esta edad, bien por la presencia de un soplo o bien dentro de un programa de despistaje tras un diagnóstico en algún otro miembro de la familia. El problema de esta anatomía es la posible degeneración precoz con cambios similares a los ateroscleróticos, incluso con calcificación, muy precozmente, conduciendo a estenosis muy frecuentemente y a insuficiencia o desarrollo de endocarditis bacteriana con menor frecuencia. No es una entidad tan sencilla como hasta ahora se pensaba ya que estos pacientes, al igual que aquellos con coartación aórtica, presentan una afectación difusa de la capa media de la aorta ascendente con pérdida de músculo liso y de fibras elásticas que conducen a una dilatación que no guarda proporción con la situación hemodinámica subyacente ni evoluciona linealmente con la edad. Requiere un seguimiento cuidadoso y una reparación quirúrgica valvular y de la aorta ascendente.

Como se ha dicho en el párrafo previo, la **coartación aórtica** comparte con la válvula aórtica bicúspide el mismo sustrato histológico en la pared aórtica. Además, por sí sola, la propia coartación asocia una válvula bicúspide en el 50% de los casos. La dilatación de la aorta ascendente no guarda relación con el grado de hipertensión. Aunque la mayoría de los pacientes han sido diagnosticados previamente no es sorprendente que algunos lo sean a esta edad al ser referidos por soplo, por fatigabilidad con el ejercicio, por hipertensión arterial o por descubrimiento tardío de ausencia de pulsos femorales; también hay pacientes oligosintomáticos con diagnóstico anterior que no han sido sometidos a ningún tratamiento. Es más frecuente en varones (4/1) y es especialmente prevalente en el S. Turner y en el de Noonan lo que hace sospechar que el cromosoma X tenga algún papel. Debe ser tratada siempre porque está aumentado el riesgo de disección y rotura aórtica (hasta 9 veces), de rotura de un aneurisma intracraneal (presentes en el 10% de los casos), por la presencia de hipertensión arterial asociada aunque no está claro que el tratamiento la evite o cure, y porque desarrollan enfermedad aterosclerótica precoz que es su primera causa de muerte en la edad adulta precoz. Existe controversia respecto a cuál es la mejor alternativa terapéutica, respecto al tratamiento quirúrgico que suele ser la primera opción en la mayoría de los centros o al tratamiento percutáneo con implante directo de stents (recubiertos en caso de enfermedad de pared).

El grupo de las miocardiopatías es cada vez más numeroso y es muy frecuente el diagnóstico en la adolescencia, nuevamente como consecuencia de algún signo exploratorio en el paciente, como consecuencia de síntomas de nueva aparición o en el contexto de “despistaje” por algún diagnóstico familiar. La **miocardiopatía hipertrófica** presenta una hipertrofia ventricular izquierda en ausencia de una causa que haya modificado las condiciones de carga; se trata de una condición heterogénea tanto clínica como morfológicamente. Es debida a mutaciones en genes sarcoméricos (se han descrito más de 600 variantes en más de 12 genes) pero también puede ser secundaria a numerosas alteraciones metabólicas y síndromes. Los estudios genéticos están entrando a formar parte de la rutina en el manejo pero existe mucha controversia acerca de las indicaciones y de la correlación genotipo-fenotipo. Estos pacientes pueden estar asintomáticos, pueden desarrollar arritmias que pueden ser letales (se describen en otra de las charlas) o pueden desarrollar síntomas derivados de obstrucción a la salida del ventrículo izquierdo.

La **miocardiopatía no compactada** no hace mucho que se ha incluido como una entidad independiente en el grupo de las miocardiopatías. También de origen genético presenta una gran heterogeneidad, con formas aisladas y familiares. Se caracteriza por la presencia de un miocardio espongiiforme que afecta fundamentalmente al ápex del ventrículo izquierdo y a la zona medio

ventricular; a veces se asocia a otros defectos estructurales cardíacos. Su diagnóstico es ecocardiográfico. Evolutivamente desarrollan insuficiencia cardíaca y fenómenos embólicos.

Las **miocardiopatías dilatadas** se caracterizan por dilatación ventricular izquierda con disfunción sistólica, que inicialmente puede pasar desapercibida o mostrar síntomas con el ejercicio o tener arritmias de elevado riesgo (ventriculares, bloqueo atrioventricular). También tienen una base genética que puede establecerse en el 30-48% de los pacientes y el resto son consecuencias de procesos inflamatorios como miocarditis o de efectos tóxicos de medicaciones, alcohol, drogas... Los genes involucrados suelen ser los que codifican proteínas citoesqueléticas y sarcoméricas, aunque también es muy importante la afectación de la homeostasis del calcio y el papel de la función mitocondrial. El tratamiento no solo va a ir enfocado a mejorar la función cardíaca sino a prevenir la muerte súbita.

La **displasia arritmogénica del ventrículo derecho** se trata también de una miocardiopatía genéticamente determinada (habitualmente autonómica dominante, pero también existen formas recesivas asociadas a trastornos cutáneos, como la Enfermedad de Naxos y el Síndrome de Carvajal) que produce una disfunción desmosómica y conduce a un reemplazamiento del miocardio por tejido fibrograso. En su fase inicial es muy sutil y tiene una afectación localizada, habitualmente (pero no exclusivamente) en el tracto de entrada, en el tracto de salida y en el ápex del ventrículo derecho (triángulo de la displasia) lo que conduce a una variable expresividad clínica, en su comienzo con cambios electrocardiográficos y arritmias que preceden a la posibilidad de hallazgo histológicos pero que ya condicionan la posibilidad de muerte súbita y de arritmias con ejercicio y que a medida que el sustrato anatómico se va haciendo más difuso va conduciendo a una insuficiencia biventricular. Recientemente se han revisado los criterios diagnósticos (que expondremos en la presentación) buscando una mayor sensibilidad para identificar a personas asintomáticas con historia familiar.

El **síndrome de Marfan** está presente en 1 de cada 5000 personas, tiene una herencia autonómica dominante con penetrancia completa y afecta por igual a varones y hembras. Se demuestra una historia familiar en el 75% de los casos y existe una presentación de novo hasta en el 25%, siendo llamativos en este grupo los diagnósticos neonatales. El sustrato genético conduce a un déficit cuantitativo y cualitativo de fibrilina 1 (una de las proteínas presentes en la matriz extracelular, responsable de conectar la lámina elástica a la íntima y a las fibras musculares lisas) que ocasiona una hiperproducción por parte de las fibras musculares lisas de mediadores de la elastólisis (metaloproteinasas 2 y 9) que llevan a una degeneración de la capa media. Estos pacientes presentan una afectación cardiovascular, ocular, esquelética, pulmonar y de la dura y por ello los criterios diagnósticos (de Ghent, que se expondrán en la presentación) se basan en hallazgos en esos órganos y sistemas. Existen también otras enfermedades que conducen a aneurismas y disección de la aorta torácica. A estos pacientes se les debe aconsejar una reducción del nivel y del tipo de ejercicio además de un tratamiento betabloqueante y se debe realizar una estrecha vigilancia de la evolución de los diámetros aórticos para indicar una cirugía precoz y electiva sobre la aorta ascendente.

Se expondrán también las actuales recomendaciones de la Academia American de Pediatría para la **prevención del riesgo cardiovascular** y las actuales modificaciones de la American Heart Association respecto a la **profilaxis de endocarditis bacteriana**.

## BIBLIOGRAFÍA

- AHA Clinical Series. Adult congenital Heart Disease. C Warnes ed. Wiley-Blackwell. 2009
- New insights into the pathology of inherited cardiomyopathy. Hughes SE, McKenna WJ. Heart 2005; 91:257-264
- Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G et al. Circulation 2006;113:1807-1816
- Dilated cardiomyopathy. Jefferies JL, Towbin JA. Lancet 2010, 375:752-763
- Reflections of inflections in hypertrophic cardiomyopathy. Sherrid MV, Wever-Pinzon O, Shah A et al. J Am Coll Cardiol 2009;54: 212-9
- Diagnostic, prognostic and therapeutic implications of genetic testing for hypertrophic cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 2009; 54: 201-11.

- The 50y history, controversy and clinical implications of left ventricular outflow tract obstruction in hypertrophic cardiomyopathy. Maron BJ, Maron MS, Wigle ED et al. J Am Coll Cardiol 2009; 54:191-200
- Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. Circulation 2008;118:e523-e661
- Cardiovascular monitoring of children and adolescents with heart disease receiving medications for attention deficit/hyperactivity disorder. Vetter VL, Elia J, Erickson C et al. Circulation 2008;117:2407-2423
- Marfan syndrome: an update on genetics, medical and surgical management. Kodolitsch Y, Robinson, PN. Heart 2007;93:755-760
- Management of Marfan Syndrome. Dean JCS. Heart 2002; 88:97-103
- Asymptomatic ventricular pre-excitation in children and adolescents\_ a 15 year follow up study. Sarubbi B, Scognamiglio G, Limongelli G et al. Heart 2003;89:215-217
- Clinical and pathophysiological implications of a bicuspid aortic valve. Fedak PWM, Verma S, David TE et al. Circulation 2002;106:900-912
- Warnes CA. Bicuspid aortic valve and coarctation: two villains of a diffuse problem. Heart 2003; 89:965-966
- Kodolitsch Y, Robinson PN. Marfan syndrome: an update of genetics, medical and surgical management. Heart 2007; 93: 755-760
- Lam YY. Left ventricular long axis dysfunction in adults with "corrected" aortic coarctation is related to an older age at intervention and increased aortic stiffness Heart 2009;95:733-9
- Chen SSM. Impact of aortic stenting on peripheral vascular function and daytime systolic blood pressure in adult coarctation. Heart 2008;94:919-24
- Diviitis M. Vascular dysfunction after repair of coarctation of the aorta. Impact of early surgery. Circulation 2001;104 (suppl I):I-165-170
- Oechslin EN. Does a stent cure hypertension?. Heart 2008;94:828-9

## CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS INTERVENIDAS Y SEGUIMIENTO EN LA ADOLESCENCIA.

### **Dr. J. Casaldàliga Ferrer**

*Jefe de la Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adolescente y el Adulto. Hospital Vall d'Hebron. BARCELONA.*

Por tratarse de un Congreso que abarca de manera general la diversa problemática de un periodo importante de la vida y suponiendo una importante heterogeneidad entre los profesionales que asisten, he creído más provechoso el evitar entrar en la complejidad de una patología probablemente bastante especializada a cambio de poner a su consideración la existencia de una nueva problemática todavía no resuelta.

La malformación cardiaca congénita es la más frecuente de todas las patologías congénitas. Se calcula que cada año en España nacen alrededor de 3.100 - 3.200 niños con una Cardiopatía Congénita (CC) moderada o grave.

Los progresos en la medicina y la cirugía en la edad pediátrica han hecho posible disminuir la mortalidad desde un 20% en la década de los setenta del siglo pasado a menos de un 5% en la época actual, con lo que en España ya se cifran en más de 50.000 los pacientes en edad pediátrica con una CC. Se considera que sin intervención terapéutica más de la mitad de los afectados no alcanzaría la edad adulta, pero en la actualidad, fruto del buen trabajo hecho por la cardiología, la cirugía y la pediatría, un 85% de los nacidos con una cardiopatía congénita está llegando a la edad adulta. Por ello, y también por la traslación a nuestra población de los estudios estadísticos realizados en otros países y el estudio realizado por la Sociedad Europea de Cardiología, podemos estimar para España la existencia de aproximadamente 100.000 - 120.000 adultos con una CC. Dichas cifras se incrementarán anualmente en un número de pacientes equivalente al 85% de los nacidos cada año con una CC, lo que significa un incremento de más de 2.500 pacientes/año y, en la mayoría de las series estudiadas, ya se estima un cambio de la prevalencia de la enfermedad a favor de la edad adulta.

Marelli et al (*Circulation*.2007; 115:163-172), basándose en un estudio realizado sobre toda la población de Quebec (en donde a cada habitante al nacer se le asigna un registro de atención médica en el que constan las fechas de nacimiento y muerte, los diagnósticos de todas sus patologías y todos los servicios de atención sanitaria recibidos a lo largo de su vida), estudia la prevalencia y distribución por edades de las CC en esta población entre los años 1985 - 2000. Según estos datos,



asumiendo que la demografía, la distribución por edades (niños frente a adultos), la prevalencia de CC al nacer y la tasa de supervivencia son equivalentes a las de Quebec entre los años 1885-2000 y considerando en el año 2000 en España una población de 40.499.791 hab. (Instituto Nacional de Estadística; <http://www.ine.es/>) se puede estimar que en España hay 115.570 niños (de 0 a 18 años) y 125.889 adultos (> 18 años) con CC (incluyendo CC simples, moderadas y graves). Basados en estos datos, podemos afirmar que existen más enfermos con CC que enfermos con enfermedades tan mediáticas como pueden ser el SIDA o la enfermedad de Parkinson.

No conozco datos sobre la prevalencia de CC en la adolescencia, considerándola como la etapa comprendida entre los 11 y 19 años. El estudio de Marelli sobre la población de Quebec citado con anterioridad demuestra la máxima prevalencia de CC en el periodo de edad comprendido entre los 13-17 años, estimándose una prevalencia en el año 2000 para este grupo de edad de 1,82 por 1000 habitantes, lo que aplicado a las cifras poblacionales de España reportadas por el instituto nacional de estadística para el año 2000, resultaría una cifra de 73.709 adolescentes con edades de 13 a 17 años afectados de CC

La mayoría de los pacientes con CC llegan a la adolescencia ya diagnosticados e intervenidos, y lo hacen con buena calidad de vida, pero en muchos la intervención no puede considerarse definitiva, siendo más idóneo hablar de reparación quirúrgica que de corrección quirúrgica, por lo que parece razonable afirmar que la mayoría de los enfermos con CC reparada necesitarán atención médica y/o quirúrgica durante toda su vida. Se considera que entre un 40-55% de estos pacientes necesitarán especial seguimiento de por vida y un 25% especial atención en Unidades de referencia, altamente especializadas en el seguimiento médico y quirúrgico de las CC en la edad adulta.

Constituyen así una nueva patología, existente gracias al trabajo médico y quirúrgico hecho hasta ahora, a la vez que fruto de una planificación sanitaria coherente con una sociedad que ha buscado la justicia y la equidad. Estos pacientes están ahí, con una aceptable calidad de vida, y muchos de ellos en edad de desarrollar importantes anhelos vitales, pero con una enfermedad de por vida, e implicados en una sociedad también altamente competitiva. Su atención constituye un nuevo reto para el abordaje de una nueva fisiología, inherente a su enfermedad congénita, ligada a las estrategias aplicadas para su reparación e imbricada evolutivamente con la patología y biología propia de su ciclo vital. Se trata de una fisiopatología de la que cada día conocemos e intuimos nuevas manifestaciones, para la que diseñamos nuevas y atrevidas estrategias terapéuticas, sin que todavía, por su novedad, tengamos la certeza de la eficacia de las mismas. Estrategias que necesariamente deben ser multidisciplinarias, tanto en el contexto de la Cardiología, como del resto de especialidades, abarcando diferentes ramas del saber médico y quirúrgico, muchas veces de alta sofisticación, tanto diagnóstica, como terapéutica

Por tratarse de una patología nueva, el sistema de asistencia sanitaria no está todavía preparado para suministrar los recursos humanos y la infraestructura necesaria para que la asistencia sea de la misma calidad de la que ya gozan los pacientes pediátricos.

Pero la problemática no es solamente administrativa y de infraestructuras, es también una problemática conceptual: Es un hecho real que la exploración del niño no es confortable para la mayoría de cardiólogos, por lo que si han podido, la han evitado. Así, la atención cardíaca del niño quedo relegada a pediatras o a algunos cardiólogos que trabajamos en lo que se llamó "Cardiología Pediátrica", fuimos denominados "Cardiólogos Pediatras" y nos localizamos en los hospitales pediátricos (no cardiológicos), por lo que ahora la nueva patología que constituye el adolescente y el adulto con CC es desconocida por la mayoría de cardiólogos, dificultando la transición guiada que debe hacerse de estos pacientes durante la adolescencia, desde la asistencia pediátrica a hacia la de adultos. De alguna manera debemos empezar a contemplar esta problemática ya no desde la "Cardiología Pediátrica", debemos ampliar nuestro pensamiento hacia la aparición de una nueva patología y de un nuevo concepto, que yo denomino como "Cardiología de las Cardiopatías Congénitas" Este nuevo concepto refleja mejor la realidad actual y se adapta mejor a la comprensión

de esta nueva patología que se desarrolla en tres escenarios distintos: el fetal, el pediátrico y el del adolescente y adulto. Está lejos de mi intención el menospreciar el trabajo hecho hasta ahora por la Cardiología Pediátrica, de hecho podemos pensar en esta nueva patología gracias a la enorme inversión (económica y científica) hecha hasta ahora por la Cardiología Pediátrica y toda la sociedad. Este nuevo concepto no excluye los anteriores, simplemente lo amplía hacia una visión más global que repercutirá en las nuevas actitudes y protocolos a adoptar a partir de ahora y que, sin duda, beneficiaran a todos: al niño, al adolescente y al adulto.

Los problemas principales radican en:

- Ausencia de un plan de asistencia regional o nacional para los pacientes adolescentes y adultos con CC.
- Falta un número suficiente de centros especializados de referencia.
- Insuficiente educación de los pacientes y cuidadores profesionales respecto a la naturaleza de la enfermedad y su seguimiento.
- Ausencia de una transición guiada desde la asistencia pediátrica a la de adultos.
- Infraestructuras inadecuadas para el manejo de casos.
- Escasa concienciación pública acerca de necesidades crecientes.
- Apoyo inadecuado de los organismos políticos y los encargados de la toma de decisiones en universidades y los centros de asistencia secundaria/terciaria.

En mi experiencia no existe una patología cardíaca congénita propia de la adolescencia; el mayor número de enfermos atendidos actualmente lo son por padecer una tetralogía de Fallot operada, una transposición de grandes arterias con switch auricular o un síndrome de hipoxia crónico resultante de diversas malformaciones estructurales o diferentes situaciones fisiopatológicas. Pero la adolescencia implica más. Si entendemos la adolescencia como un fenómeno de transición biológico, cultural y social, dependiente de sí mismo y conjugada con el entorno, consistente en la transición de cuerpo y mente desde la niñez a la edad adulta, debemos cambiar conceptos: ahora más importante que la atención de *aquel que nace con una CC* es la atención de *aquel que debe vivir con una CC*. Así de atención de esta patología durante la adolescencia incluirá:

- Preparar a los pacientes para que adquieran las destrezas necesarias para gestionar su salud de forma idónea que les permita convivir de adultos con una enfermedad cardíaca congénita.
- Proporcionar educación a los pacientes (centrada tanto en temas médicos como en estilo de vida) que permita un mejor cumplimiento (sin altibajos) de las pautas, el seguimiento y la terapéutica.
- Estudio, acompañamiento y solución de todos los problemas que comporta vivir con una CC durante la transición biológica, cultural y social que conlleva la adolescencia.

Así debemos aprender a lidiar con problemas que, aunque están claramente marcados por la cardiopatía, no son estrictamente cardiológicos, siendo necesario un trabajo y enfoque pruridisciplinar.

En el paciente adolescente y en su transición hacia la edad adulta, la problemática de su CC se imbrica con otros problemas:

- ocio, trabajo,...
- planificación de vida sexual, familiar y descendencia: embarazo, contracepción (riesgos de ambos en relación a su CC y estado funcional) (riesgo de transmitir la malformación a la descendencia)...
- Psicológicos: sentimiento de dependencia, sentimiento de diferencia, (dependencia/independencia familiar), relaciones...
- sociales: aislamiento social, prestamos, hipotecas,...

Para llevar a cabo este proceso de aprendizaje y transición, ya existe algún material específico (p.e., «Good 2 Go Transition Program»; disponible en: [www. sickkids.ca/good2go](http://www.sickkids.ca/good2go) o [www.achd-transition.com](http://www.achd-transition.com)). Este material se diseñó para hacer hincapié en que el niño con una enfermedad crónica puede avanzar por un camino de desarrollo adecuado que lo conduzca a una mayor autogestión como adulto. Creo que es un programa envidiable, absolutamente útil y recomendable para todos los que tratamos con patologías que empiezan en la edad pediátrica y se continúan a lo largo de la vida.

Es una realidad actual que durante la adolescencia el número de pacientes con CC «perdidos» en el seguimiento es elevado, y los seguidos, lo son sin infraestructura adecuada y sin un plan protocolizado de transición hacia la edad adulta. Muchos adolescentes o incluso adultos son todavía atendidos exclusivamente en hospitales pediátricos, donde no pueden, ni podrán, atender a sus necesidades, ni actuales, ni futuras. Hasta ahora el único trabajo aportado para el abordaje de esta patología en esta edad ha sido la labor de unos pocos profesionales que se han organizado por cuenta propia y con un trabajo de “freelance” han intentado organizar la solución de unas necesidades que son claramente multidisciplinarias, por lo que ya va siendo hora que los responsables de administrar la asistencia sanitaria se comprometan en organizar la atención para una necesidad que es ya una realidad.

Afortunadamente en Catalunya, dentro del “Pla director de la malaltia cardiovascular” se contempla e intenta organizar la atención a la CC de una manera integral, que abarque los diferentes escenarios, desde el feto al adulto. Ya parece asumido el modelo en el que se diseña una organización coherente, bien ubicada demográficamente, agrupada según grados de complejidad, que aglutine distintas ramas del saber médico y que facilite el aprovechamiento de los recursos y conocimientos existentes, en coherencia con un modelo social que garantice una correcta asistencia sanitaria, eficiente, sostenible y al alcance de todos. El siguiente paso ha de ser materializarlo y hacerlo funcionar. Hasta ahora lo único hecho en Catalunya y creo también, todavía de manera más acusada en España, ha sido lo alcanzado por el trabajo “freelance” de los profesionales que, con los recursos ya existentes para la pediatría, cardiología, cirugía cardíaca, obstetricia y otras especialidades médicas y quirúrgicas, han logrado aglutinar la atención a las CC en el escenario del adolescente y el adulto en dos Unidades de referencia para Catalunya situadas en los hospitales Vall d’Hebron y Sant Pau de Barcelona.

A fin de definir bien la situación, puedo aportar el trabajo del último año realizado en la Unidad en la que trabajo:

La Unidad de CC del Adolescente y el Adulto (UCCAA) del Àrea del Cor (ACOR) del Hospital universitario Vall d’Hebron está constituida por tres cardiólogos clínicos, con formación específica en CC, que trabajan a dedicación completa y constituyen el núcleo de la Unidad. Pero también, la UCCAA ha comprometido a a tiempo parcial el trabajo de otros profesionales de la cardiología y cirugía cardíaca (3 cirujanos cardíacos, 2 cardiólogos de la Unidad de hemodinámica, 3 de la Unidad de arritmias, 2 profesionales médicos de la Unidad de postoperados cardíacos, profesionales de ergometría, anesthesiólogos, obstetras, ginecólogos, especialistas en medicina fetal, neumólogos, radiólogos especialistas en MRI cardíaca y angioTAC, etc, ) implicando a más de 25 profesionales médicos de referencia, con diferentes grados de dedicación a la UCCA. Con el trabajo de todos la UCCAA se ha ido convirtiendo en una Unidad transversal y multidisciplinar en la que cabe destacar el papel fundamental de una profesional de enfermería que en su labor como “gestora de casos” se ha convertido en el referente para el enfermo en la coordinación de su asistencia multidisciplinar. Gracias al trabajo de todos se constituyó una Unidad de asesoramiento preconcepcional a cargo de un ginecólogo y un cardiólogo donde se informa a las pacientes de los riesgos que para ella y su descendencia puede representar una futura gestación en relación a su CC, su tratamiento y su estado funcional. Con conocimiento de causa la paciente decide y planifica su vida y si precisa y lo desea se le confecciona una anticoncepción “a medida” de su cardiopatía y situación clínica. La carga

asistencial de esta Unidad de asesoramiento ha ido aumentando progresivamente y actualmente realiza unos 300 actos médicos anuales, recibiendo cada año unas 60 peticiones de nuevas pacientes adolescentes o adultas. También, con el trabajo de obstetras, cardiólogos, anestesistas, genetistas y especialistas en medicina fetal, se puso en funcionamiento una Unidad de alto riesgo obstétrico para mujeres con CC. Esta unidad controla y trata, durante el embarazo, parto y puerperio, los problemas cardiológicos y obstétricos de la madre y el bienestar y posibles patologías del feto, atendiendo durante el último año a 40 mujeres embarazadas con CC. En colaboración con la Unidad de hipertensión pulmonar ya existente en nuestro hospital, estamos constituyendo una Unidad de hipertensión pulmonar en pacientes adolescentes y adultos con CC. También, trabajamos en colaboración con la Unidad de Marfan ya existente en nuestro hospital. Bajo el punto de vista estrictamente cardiológico, la UCCAA realiza cada año unas 1800-2000 visitas, 1700-1800 estudios ecocardiográficos, unos 200 estudios de MRI, 80 cateterismos (más del 50% intervencionistas), 35-40 estudios e intervencionismo electrofisiológico y unas 40 cirugías (80% redo cirugías o intervenciones de alta complejidad)

El 5 de Febrero de este año el Hospital Universitario Vall d'Hebron y el Hospital de Sant Pau firmaron un convenio de colaboración para la atención de las cardiopatías congénitas con en objetivo de sumar esfuerzos para la creación de una única Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adolescente y el Adulto (UCCAA), nacional de nivel III, y ubicada funcionalmente en ACOR de Vall d'Hebron, a fin de unir recursos y enriquecer experiencia. A través de esta Unidad ambos hospitales se proponen establecer líneas conjuntas de investigación, un programa docente abierto a cardiólogos, pediatras i cirujanos cardíacos que garantice la formación especializada en cardiopatías congénitas e impulsar una red organizada para la atención de esta patología.

---

#### CONCLUSIONES

---

- 1.- La mayoría de los adolescentes con CC no están curados, su corazón sólo se reparó
- 2.- La patología cardíaca congénita en la adolescencia no es una patología infrecuente.
- 3.- La mayoría de adolescente con CC requieren asistencia especializada e integral de un equipo multidisciplinario con experiencia en CC para facilitarles seguir con una vida de calidad y coherente con su CC.
- 4.- Debemos validar la inversión realizada en estos pacientes durante su niñez, que les permitió llegar a la adolescencia y alcanzar la edad adulta
- 5.- La patología cardíaca congénita en el adolescente y el adulto constituye una nueva necesidad asistencial para la que todavía no existe evidencia terapéutica contrastada, ni infraestructura sanitaria organizada para su atención sistematizada.

### MUERTE SÚBITA EN EL ATLETA ADOLESCENTE.

---

**Dr. Ramón Brugada Terradellas.**

*Cardiólogo. Hospital Universitario Dr. Trueta. GIRONA.*

La muerte súbita cardíaca afecta a ~500.000 personas anualmente en el mundo occidental, causando más muertes que el SIDA, el cáncer de mama y pulmón y los accidentes cerebrovasculares juntos. La enfermedad coronaria causa la mayoría de las muertes súbitas en el paciente mayor de 40 años. Sin embargo, en el joven, la muerte súbita suele ser causada por enfermedades genéticas, hereditarias, que suelen ser transmitidas a través de las generaciones de una familia. Estas enfermedades genéticas son responsables de la mayoría de las muertes súbitas de los deportistas de élite que, a pesar de ser poco frecuentes, causan un enorme impacto en la sociedad.

Se ha avanzado considerablemente en la comprensión de estos componentes genéticos, gracias a la investigación en formas familiares de muerte súbita. Esta tecnología se aplica recientemente al

diagnóstico de los pacientes y familiares a riesgo de muerte súbita, precisamente para complementar y mejorar la detección con las pruebas clínicas convencionales. Con la nueva información el médico, el paciente y los familiares puede tomar decisiones sobre su tratamiento y en el caso de los atletas, sobre la continuación del deporte competitivo.

## SESIÓN DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y COMUNICACIONES ORALES

Moderador: Dr. Joaquín Escribano Subías  
Sábado, 24 de abril de 2010 16,30 – 17,30 h.

### EXPERIENCIAS CLÍNICAS: ENCUENTROS CON ADOLESCENTES EUROPEOS HIV+ DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN BARCELONA (2006-2009).

**P.Garriga<sup>1</sup>, X Clusella<sup>1</sup>, P.Soler<sup>1</sup>, R. Valdés-Bango<sup>1</sup>, J. Ríos<sup>2</sup>, N. Curell<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Fundación Lucía para el SIDA pediátrico. <sup>2</sup>Unitat de Suport a la Estadística i Metodologia (IDIBAPS).

#### INTRODUCCIÓN

La utilización de la terapia antirretroviral (ARV) combinada de alta eficacia ha disminuido o inhibido la replicación viral en muchos casos y ha conseguido la supervivencia de muchos niños infectados por VIH por transmisión vertical a pesar de su mal pronóstico inicial en los años 80. La preservación o la mejoría de la función inmune, gracias a un manejo médico integral y a una buena adherencia a los tratamientos, ha hecho posible que disfruten de una buena calidad de vida, con una enfermedad crónica bajo control. Sin embargo, los problemas psico-sociales a los que enfrentan junto a sus familias representan una amplia variedad de trastornos con riesgo de complicaciones: problemas relacionados con la revelación del diagnóstico, estigma social, conductas de riesgo, fracaso escolar, depresión, problemas de autoimagen, patología psiquiátrica, etc.<sup>1,2,3,4,5</sup>. Los adolescentes infectados por VIH por transmisión vertical son una población especialmente vulnerable por presentar numerosos factores de riesgo bio-psico-social, baja adherencia al tratamiento ARV, posibilidad de complicaciones médicas severas (síndrome metabólico, coinfección con VHC) y aislamiento social. El abordaje multidisciplinar de sus dificultades psicosociales y el trabajo con grupos de iguales pueden mejorar su adherencia al tratamiento y, por lo tanto su pronóstico<sup>6,7</sup>. Esto ha sido el objetivo del trabajo en red de las ONG que trabajamos con ellos desde hace más de 10 años, organizando 7 encuentros de jóvenes europeos, dos de ellos en Barcelona (2006-2009), a pesar de contar con escasos recursos económicos a nivel nacional e internacional. La metodología de trabajo en nuestros encuentros se ha basado en las conclusiones de seminarios y conferencias previas, y en la colaboración entre países para identificar las necesidades de los jóvenes y la buena práctica en el manejo de este tipo de pacientes.

#### OBJETIVOS DE LA PRESENTACIÓN

Exponer algunos aspectos metodológicos de la organización del encuentro en Barcelona 2009 en base a nuestra experiencia del año 2006 y la evolución de las necesidades expresadas por los propios jóvenes durante ambos encuentros.

## MÉTODOS

---

1.- Selección del emplazamiento del encuentro 2009: en 2006 se escogió un hotel en la zona turística de Barcelona. Ello pretendía fomentar la integración de los jóvenes VIH+ en actividades destinadas a la población general. A pesar de que se omitió la condición VIH en el logo del encuentro, existieron problemas con la confidencialidad. Para evitarlo, en 2009 se escogió un albergue de juventud, con áreas de acceso restringido sólo para los participantes en el meeting.

2.- Lengua vehicular del encuentro y traducción: en 2006 se contrataron traductores simultáneos – muchos de ellos voluntarios- hecho que, en la práctica, enlenteció el transcurso de los talleres y los debates posteriores. En 2009 se decidió utilizar el inglés como lengua vehicular, con traducción correlativa llevada a cabo por los propios keyworkers y voluntarios, si era necesario.

3.- Organización de los talleres: en 2006 los llevaron a cabo profesionales multidisciplinares de nuestro ámbito dedicados a la atención a jóvenes (VIH o no). En 2009 los propios jóvenes implicados en la organización del encuentro eligieron los temas y se encargaron, junto con los keyworkers procedentes de los diversos países participantes, de su realización.

4.- Cuestionarios anónimos y autocumplimentados al final de los encuentros recogiendo la opinión de los jóvenes sobre su nivel de satisfacción en relación a aspectos organizativos del meeting y sobre otros temas: medicación ARV, conductas de riesgo y dificultades sobre comunicación de su estado VIH.

5.-Comparación con los resultados 2006: estudio estadístico descriptivo de los resultados de los cuestionarios.

## RESULTADOS

---

La duración del encuentro fue de 5 días, del 22 al 26 de Julio en el albergue de juventud INOUT, situado en el Parque Natural de Collserola, a 15 minutos en coche de Barcelona. En el *VII European Meeting for young people affected by HIV/AIDS 2009* participaron 85 jóvenes, 54 chicas y 31 chicos, 32 keyworkers y 15 voluntarios, pertenecientes a 23 entidades de 11 países europeos (1 de Suecia, 4 de Inglaterra, 3 de Italia, 1 de Bélgica, 1 de Finlandia, 2 de Francia, 4 de España, 1 de Holanda, 1 de Suiza, 1 de Ucrania, 2 de Rumanía, 1 de Polonia y 1 de Dinamarca). La edad media fue de 18,2 años (DS 2,77). Todos estaban infectados por VIH por transmisión vertical y conocían su diagnóstico. Respecto al encuentro 2006 se incrementó el número total de participantes en más de un 60%.

Se analizaron las repuestas a un cuestionario anónimo y autocumplimentado, con preguntas acerca de su adherencia al tratamiento antirretroviral, sus hábitos tóxicos, comunicación respecto al propio diagnóstico VIH+ con su familia, amigos o parejas sexuales y sobre su grado de satisfacción sobre las actividades realizadas durante el encuentro: en 2009 casi la mitad 45,3% toma ARV cada 24 h, 28,3% cada 12 horas. Un 66% toma siempre su medicación, aunque el fin de semana solo el 60%. El 69,8 % practica siempre sexo seguro, el 50,9% consume alcohol, el 41,5% fuma diariamente (17% > 20 cigarrillos/día) un 37,7% refiere haber consumido cannabis. Un 22% nunca compartirá su diagnóstico con su pareja ni el 32% con sus amigos.

Respecto a la anterior edición se aprecian diferencias en cuanto a la forma de uso de los tratamientos ARV, el cambio en el tipo de relaciones interpersonales, tomando más importancia las relaciones de amistad y/o pareja en detrimento de las familiares, el mayor contacto directo con los profesionales de la salud y aumento considerable del tabaquismo. En la actual edición de los encuentros se decidió incorporar una serie de preguntas sobre la revelación del propio diagnóstico VIH: el 39,6% conoció su diagnóstico entre los 10-14 años, el 33% con más de 15 años. Un 43,4% de los diagnósticos fue comunicado por el médico, un 32,1% por los padres. La mitad de los jóvenes no están de acuerdo con la forma de comunicarlo.

En lo que respecta a las 8 actividades-talleres, organizados y realizados por los propios jóvenes participantes, keyworkers o voluntarios de la ONG, fueron: cine, radio, teatro, emociones, sexualidad, tratamiento antirretroviral, *Graffitis* y música.

## CONCLUSIONES

---

Estos encuentros han permitido a los jóvenes: encontrar un espacio común seguro y confidencial, en el que son los protagonistas y en el que pueden expresarse sin miedo a ser juzgados o discriminados; poder compartir su realidad con sus semejantes; trabajar aspectos que inciden de lleno en sus necesidades y sus expectativas de vida; vivir experiencias enriquecedoras tanto en el ámbito emocional como de crecimiento personal; establecer relaciones de amistad muy estrechas; tener la oportunidad de conocer otras realidades muy lejanas en el espacio, pero muy cercanas por el tipo de vivencia sobre todo en lo que concierne los factores emocionales; viajar, conocer otras culturas, otros lugares y tener espacios de ocio y tiempo libre.

Los cuestionarios evidencian que:

- Conocen la medicación pero, aunque las pautas de medicación ARV son más cómodas que en años anteriores, necesitan más formación y especialmente adquisición de habilidades para lograr pautas adherentes óptimas.
- Su adherencia no es óptima: los tiempos destinados al ocio son los más vulnerables, probablemente por miedo al rechazo social.
- Uno de cada 3 reconoce hábitos tóxicos y práctica de sexo no seguro.
- Disponen de alto nivel de atención clínica pero siguen faltando recursos de soporte emocional y social.
- Existe secretismo, por parte del propio enfermo y su entorno, respecto al diagnóstico VIH y la comunicación del propio diagnóstico por parte de sus progenitores se realizó tarde y mal.
- Manifiestan dificultades para la comunicación en su círculo social inmediato pero son capaces de responder a la mínima oportunidad, por lo que es necesario el desarrollo de alternativas profesionalizadas.
- El trabajo con iguales y la potenciación del factor resiliente permite el trabajo emocional. Mediante los diferentes talleres realizados, con sus propias emociones vividas en forma positiva se les proporcionaron herramientas para mejorar su comunicación intrapersonal y extrapersonal, importantes para luchar contra el estigma y la discriminación social.
- Con la celebración del 10º aniversario del primer encuentro europeo de jóvenes VIH+, el paso adelante ha sido dar un nuevo enfoque al abordaje emocional de sus vivencias cotidianas. Debemos mejorar el *empowerment*, *counseeling* y comunicación del diagnóstico, temas éstos claves en la integración social.

## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup>Domek, Gretchen J. Mphil - "Facing Adolescence and Adulthood: The Importance of Mental Health Care in the Global Pediatric" - *AIDS Epidemic Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*: April 2009 - Volume 30 - Issue 2 - pp 147-150;

<sup>2</sup>Frederick T, Thomas P, Mascola L, Hsu HW, Rakusan T, Mapson C, ET AL. "Human immunodeficiency virus-infected adolescents: a descriptive study of older children in New York City, Los Angeles County, Massachusetts and Washington DC" *Pediatr Infect Dis* 2000; 19:551-555;

<sup>3</sup>Noris Pavía-Ruz, Patricia Tovar Larrea, Rocío Muñoz Hernández - "Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH" - *Enf infec y micro (Mexico)* 2003; 23(4):126-132;

<sup>4</sup>Bret J. Rudy, Debra A. Murphy, D. Robert Harris, Larry Muenz, Jonathan Ellen. "Patient-Related Risks for Nonadherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Youth in the United States: A Study of Prevalence and Interactions" - *AIDS Patient Care and STDs*. March 2009, 23(3): 185-194;

<sup>5</sup>Murphy DA, Roberts KJ, Hoffman D. "Stigma and ostracism associated with HIV/AIDS: children carrying the secret of their mothers' HIV-positive serostatus" *J Child Fam Stud*. 2002;11(2):191-202;

<sup>6</sup>Funck-Brentano, Isabelle; Dalban, Cécile; Veber, Florence; Quartier, Pierre; Hefez, Serge; Costagliola, Dominique; Blanche, Stéphane.- "Evaluation of a peer support group therapy for HIV-infected adolescents" *AIDS* 2005;19(14):1501-8;

<sup>7</sup>Joan-Carles Suris.- "No puedo tomar el riesgo de que me decepcionen - Razones de los adolescentes VIH-positivos para no hablar de su enfermedad."- *Jornada Fundacion Lucia para el SIDA pediátrico 2006*.-www.fundacionlucia.org

# EXPERIENCIA EN FORMACIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD EN UN INSTITUTO DE ESO DE LAS ISLAS BALEARES (MALLORCA)

**Y. Cáceres Teijeiro<sup>1</sup>, M.I. Llull Ferretjans<sup>2</sup>**

*Enfermera Centro de Salud de Esporles<sup>1</sup>, Pediatra Centro de Salud de Esporles<sup>2</sup>.*

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad coexisten en nuestra sociedad dos concepciones de la adolescencia. En una de ellas la adolescencia es vista como una etapa conflictiva, problemática, en la que aumenta la conflictividad familiar, la inestabilidad emocional y los comportamientos de riesgo.

Esta imagen desfavorable hace que se produzca un aumento de las medidas coercitivas y de la restricción de libertades individuales, puede generar un intenso prejuicio social hacia las y los jóvenes e influir negativamente sobre las relaciones entre adultos y jóvenes, aumentando la conflictividad intergeneracional, especialmente en el contexto familiar y escolar; mientras que por otro lado hace que se produzca una menor sensibilidad hacia las necesidades de las y los jóvenes. Parece que la representación social dominante en nuestra sociedad mantiene esa visión negativa y dramática de la adolescencia.

Dentro de esta concepción, el desarrollo de programas va dirigido a prevenir comportamientos de riesgo en la adolescencia y el desarrollo juvenil positivo es considerado como la ausencia de conductas negativas o problemáticas.

La otra concepción de la adolescencia considera a las y los adolescentes no como un problema a solucionar sino como recursos a desarrollar en la línea del empoderamiento del adolescente, enfatizando las potencialidades más que las supuestas carencias.

Parte de una visión de las y los jóvenes como personas deseosas de explorar el mundo, que van ganando en competencias y capacidades y que van creciendo y desarrollándose convirtiéndose en personas autónomas, libres y responsables, que pueden hacer su contribución a la comunidad. Considera que la ausencia de problemas en la adolescencia no garantiza un desarrollo saludable y una preparación para la adultez y que el desarrollo de las competencias personales y sociales es un factor de protección que hace a las y los jóvenes más resistentes y ayuda a prevenir la aparición de problemas psicológicos y del comportamiento, mejora las relaciones entre iguales y con los adultos e incluso tiene efectos beneficiosos en el rendimiento académico del alumnado.

Es en esta última concepción de la adolescencia en la que está fundamentado nuestro proyecto de promoción y educación para la salud en el instituto de educación secundaria Josep Font i Trias de Esporles (Mallorca).

### **¿Cómo se inició el proyecto de promoción y educación para la salud en el IES?**

Durante el curso escolar 2004-2005 la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca pone en marcha el programa piloto de Consulta Joven en tres centros de salud de la isla de Mallorca.

El programa consulta joven se basa en el hecho de que la adolescencia identifica los servicios de salud como lugares en los que pueden resolver problemas de salud puntuales, pero no como espacios donde consultar sus dudas relacionadas con la salud; así la consulta joven en el centro educativo es la excusa para acercarse y escuchar a las y los adolescentes, es decir, que actúa como un observatorio de salud.

El programa Consulta Joven asume la definición de salud como un derecho humano básico y considera que las emociones, las relaciones interpersonales, la alimentación y la imagen corporal, la práctica de ejercicio físico, la sexualidad, el consumo de drogas, las condiciones sociales y económicas de la familia y del barrio, la ocupación del tiempo libre, la conducción de vehículos...tienen influencia sobre la salud y se deben abordar conjuntamente.

En el mes de febrero de 2006 en una reunión del equipo del Centro de Salud de Tramuntana (Esporles) se propuso y aprobó la creación de la Consulta Joven en el IES Josep Font i Trias de



Esporles (recientemente inaugurado ese mismo curso y que da cobertura en educación secundaria a los jóvenes de las localidades de Esporles, Banyalbufar, Estellencs, Valldemossa y Palmanyola).

En el mes de marzo de 2006 se concierta una cita con el Director del IES en la que se plantea una doble propuesta:

- Creación de la Consulta Joven para el curso escolar 2006-2007
- Creación de una Comisión de Promoción y Educación para la Salud formada por representantes del profesorado, representantes de profesionales del Centro de Salud, representantes de madres y padres, representantes del alumnado, representantes de servicios sociales del ayuntamiento, educador de calle y dinamizadora sociocultural del municipio, en base al documento "la educación para la salud en los centros educativos a partir de proyectos intersectoriales" editado en mayo de 2003 por la Comisión Técnica de Promoción y Educación para la Salud formada por representantes de la Consejería de Salud y de la Consejería de Educación.

En el mes de abril el equipo directivo del IES aprueba la creación de la Consulta Joven y la Comisión de Promoción y Educación para la Salud.

En el mes de junio la Asociación de Madres y Padres del IES aprueba el proyecto y en el mes de octubre lo hace el Claustro de Profesores y designa 5 profesores voluntarios para formar parte de la Comisión, la coordinadora será la Orientadora del IES.

El 16 de noviembre de 2006 tiene lugar la firma del Acuerdo de Colaboración entre la Coordinadora del Centro de Salud y el Director del IES.

El 4 de diciembre de 2006 **se crea formalmente la Comisión de Promoción y Educación para la Salud del IES** integrada por representantes de todos los miembros de la comunidad educativa, del centro de salud y de servicios sociales municipales.

Los objetivos que se plantea la Comisión son:

- 1- Mejorar los conocimientos en salud de la comunidad educativa
- 2- Promover actitudes y aumentar habilidades para practicar conductas saludables
- 3- Dar a conocer a la comunidad educativa los recursos socio-sanitarios públicos existentes.

#### **Decisiones de la Comisión de Promoción y Educación para la Salud**

La comisión decide desarrollar las siguientes actividades:

- 1- Encuesta al alumnado para conocer su formación, sus preocupaciones y necesidades en temas de salud y priorizar las intervenciones.
- 2- Proyectos de educación para la salud en base a la priorización de necesidades que se trabajarán en los programas de acción tutorial.

#### **Consulta Joven: evaluación**

La consulta se realiza en una sala habilitada del IES todos los viernes de 11'00 a 13'00, las consultas son conducidas por una enfermera, una pediatra y una matrona y en ellas se garantiza el anonimato y la confidencialidad.

Puede acudir a ella cualquier miembro de la comunidad educativa de forma individual o en grupo.

Durante el curso escolar 2006-2007 se realizaron 162 consultas, el 78'5% en grupo y el 21'5% individual. Los motivos de consulta estuvieron relacionados con educación sexual, anticoncepción, alimentación, drogas, falta de concentración, acné y ciclo menstrual.

Durante el curso escolar 2007-2008 el número de consultas fue de 106. Los motivos de consulta estuvieron relacionados con salud afectivo-sexual, drogas, alimentación, acoso escolar, sobrepeso y piojos.

Durante el curso escolar 2008-2009 se realizaron 195 consultas. Consultaron por: salud afectivo-sexual, alimentación saludable, actividad física, drogas, autoestima, convivencia familiar, relaciones interpersonales, rendimiento escolar, ansiedad/miedo y dificultades para dormir.

#### **Proyectos de educación para la salud: evaluación**

Se trabajan en los programas de acción tutorial de forma coordinada entre profesionales sanitarios y educativos.

Los proyectos se desarrollan bajo el enfoque de la pedagogía activa y la teoría del aprendizaje significativo en la que lo prioritario es el aprendizaje: entendido como desarrollo de las capacidades del educando.

Se realiza un análisis de situación valorando los factores individuales y del entorno que influyen en los comportamientos, se formulan objetivos respecto a las áreas de la persona: cognitiva, emocional y de las habilidades. Se programan las sesiones educativas, tanto su contenido como su metodología, para afrontar las necesidades de aprendizaje. Se utilizan métodos y técnicas inductivos (que parten de la experiencia de las y los discentes) y activos (con participación de quien se educa) según los objetivos de aprendizaje que se pretendan lograr. Por último se evalúan los resultados educativos (objetivos específicos de aprendizajes en conocimientos, actitudes, habilidades...), así como los elementos relacionados con su logro: los procedimientos y la estructura desarrollados. Se realizan evaluaciones tanto continuada como final, a través de técnicas e instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos.

Los proyectos de educación para la salud que se han trabajado durante estos 3 cursos escolares han sido:

- Programa de educación en alimentación y nutrición en 1º de ESO
- Proyecto "los jóvenes saben decir NO al tabaco" en 1º de ESO
- Programa de educación sexual en 2º y 4º de ESO
- Programa de desarrollo de habilidades personales y sociales para 3º de ESO
- Programa de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar básica para 4º de ESO y profesorado.

## BIBLIOGRAFÍA

- La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Informe de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
- Mantilla L, Chachín I. Habilidades para la vida. 2ª ed. Bilbao. Edex; 2007
- Pérez Jarauta M, Echaury M. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra; 2006.
- Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS). Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- semFYC. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? Madrid: Instituto de Salud Pública; 2004.

## TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE OBESO: EVALUACIÓN DE UNA METODOLOGÍA BASADA EN OBJETIVOS Y APLICABLE EN PRIMARIA.

**Feliu Rovira, N. París Miró, N. Ferré Pallàs, M. Chiné Segura, M. Rimblas, J. Escribano Subias.**

*Hospital Universitario Sant Joan. REUS.*

**Introducción:** Existen multitud de propuestas terapéuticas para la obesidad en la adolescencia aunque pocas están realmente validadas o son aplicables desde una consulta de primaria.

Presentamos los resultados sobre el peso, los cambios dietéticos, metabólicos y vasculares de una intervención higiénico-nutricional basada en objetivos aplicable en una consulta primaria.

**Material y Métodos: Diseño:** Estudio tipo cohorte prospectivo que analiza la efectividad de una intervención Higiénico-Nutricional basada en objetivos sobre antropometría, dieta y factores de riesgo cardiovascular.

**Sujetos:** 146 adolescentes entre 9 y 14 años (111 obesos y 35 con normopeso).

**Resultados:** La intervención propuesta muestra una elevada efectividad para disminuir el Índice de Masa Corporal (IMC)(75.6%), con un bajo índice de abandonos (24,3%). Se acompaña de una disminución significativa del consumo calórico y dietas con un menor contenido en azúcares simples. Produce además, una reversibilidad de muchos de los factores de riesgo cardiovascular observados.

Los individuos obesos que no se adhieren a la intervención tenían un IMC mayor y madres más obesas y los que no disminuyeron su IMC presentaban menor motivación.

**Conclusiones:** La metodología basada en objetivos produce mejorías clínicas, dietéticas y metabólicas en la mayoría de adolescentes obesos.

Existen subgrupos identificables de adolescentes que requieren estrategias terapéuticas más especializadas.

## ADOLESCENCIA Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF): UNA INTERVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

**G. Rebollo Gala<sup>(1)</sup>, M. Ndow<sup>(2)</sup>, L. Tamarit Rebollo<sup>(2)</sup>, K. Sumare<sup>(2)</sup>, S. Jorquera Martí<sup>(3)</sup>, F. Tamarit Corella<sup>(4)</sup>.**

*(1) CAP de Salt (GIRONA), (2) Associació Yamarikafo- Mediadora Consell Comarcal Gironés, (3) CAP Celrà (GIRONA), (4) CAP Salt (GIRONA).*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de mujeres de 0-18 años que han pasado por una consulta preventiva sobre MGF a las que se ha practicado una MGF y sus características sociodemográficas. Valorar las consecuencias sobre la salud en las niñas, hoy adolescentes, que han nacido aquí y han asumido una gran parte de nuestra cultura.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal

En nuestra Área Básica de Salud (ABS) desde el año 1992 se ha intervenido sobre MGF con este colectivo (Tallers Educativos) y desde el año 1998 también con la asociación Yamarikafo (que agrupa a más de 100 mujeres). Actualmente tenemos un 43,39% de tasa inmigratoria, una gran parte subsahariana. Desde marzo de 2007 existe en el CAP una Consulta Preventiva de MGF llevada por una enfermera (en un centro público y en horario laboral) un día a la semana y que atiende a los pacientes que son derivados desde diferentes consultas o servicios. Asimismo se valorará un Taller que se hizo con mujeres adolescentes, próximas a Yamarikafo.

**Resultados:** En el 2009 eran unas 400 las niñas de padres de países donde se practica la MGF. Durante dos años (marzo2007-marzo2009) se han atendido a 373 personas: 217 mujeres y 156 hombres.

De las 217 mujeres 142 tienen entre 0-18 años, que serían un 35% del total (400) de la población a estudiar. De las 142 mujeres de 0-18 años solo 16 tenían practicada una MGF (**el 11,26%**) y sus características eran:

Edades: <10 años 6 casos (dos de 9 años) y de 10-19 años (adolescentes) **10 casos**.

Países de los padres: 10 de Gambia, dos de Senegal, tres de Mali y una de Guinea.

Países de las niñas: 5 de Gambia, dos de Senegal, tres de Mali, una de Guinea y 5 nacidas en Girona (de 7, 9, 14, 14 y 15 años). Todas las MGF practicadas en años anteriores a la existencia del Protocolo y siempre en sus países de origen.

Todos los padres de religión musulmana.

Etnias: sarahule en 8 casos, mandinga en 6 casos y fula en 2.

Se hizo un Taller con 9 niñas adolescentes donde se pusieron las bases para formar un grupo de reflexión, ligado a Yamarikafo y que sería la raíz de futuras activistas contra esta práctica.

**Conclusiones:** En Catalunya existe desde el año 2002 un protocolo de obligada actuación frente a esta práctica, que se revisó al 2007.

Las adolescentes con MGF pueden padecer las consecuencias en salud de esta práctica, mujeres con una alta integración, nivel de estudios y cultura occidental. Es en los centros sanitarios el lugar esencial donde se ha de llevar a cabo esta tarea de prevención, acompañamiento y resolución de los problemas, y por los trabajadores sanitarios, ya que ni la policía ni los trabajadores sociales pueden acceder a la historia clínica, por su confidencialidad. Es en el transcurso de las visitas rutinarias del PANS o de medicina general como se "normaliza" la manera de atender esta problemática.

# TALLERES SIMULTÁNEOS

Moderadores: Dra. Lefa S. Eddy Ives,  
Dr. Ferran Sabaté i Casellas,  
Dra. Natàlia Calvo Piñero  
y Dra. Graciela Perkal Rug

Viernes, 23 de abril de 2010 18 - 20 h.

## TALLER 1 CONSUMO DE TABACO, CANNABIS O LOS DOS: ¿QUÉ MARCA LA DIFERENCIA?

### Joan-Carles Surís

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois  
Université de LAUSANNE, Suisse.  
[joan-carles.suris@chuv.ch](mailto:joan-carles.suris@chuv.ch)

El cannabis es la droga más ampliamente usada tras tabaco y alcohol. Datos de la encuesta HBSC de 2006 (1) indican que 20% de las chicas y 14% de los chicos españoles de 15 años fuman semanalmente. Estos datos son similares a la media de la encuesta HBSC para las chicas (19%) e inferiores para los chicos (18%). El mismo informe también muestra que el 15% de los jóvenes españoles de 15 años (sin diferencia según el sexo) han consumido cannabis en el mes previo a la encuesta, cifras muy superiores a la media HBSC que se sitúa en el 6% de las chicas y el 8% de los chicos.

El consumo de cannabis está íntimamente ligado al consumo de tabaco (2). La teoría de la puerta de entrada (*gateway theory*) descrita por Kandel (3) indica que el uso de drogas legales (tabaco y/o alcohol) es el paso previo necesario para el consumo de cannabis y que éste es la entrada a las otras drogas ilegales. Esta teoría ha sido ampliamente probada. Sin embargo, el equipo de George Patton en Melbourne, Australia, encontró que había jóvenes que consumían cannabis sin haber pasado previamente por el tabaco, y definieron este fenómeno como la puerta de entrada inversa (*reverse gateway*) (4). Esta teoría también ha sido probada por otros autores (5) y se considera actualmente que el consumo de cannabis puede ser la principal causa de tabaquismo entre los jóvenes (6).

El consumo de estas dos sustancias también está íntimamente ligado porque utilizan modos de consumo muy similares y porque, en la gran mayoría de los casos, los cigarrillos de cannabis se preparan con una proporción más o menos importante de tabaco. Las razones para utilizar esta mezcla son diversas: el efecto es menos intenso, es más barato y la combustión es mejor (2).

Sin embargo, lo que más preocupa a los profesionales de la salud (y a los adultos en general) que trabajan con adolescentes es cuál es la evolución del consumo de estas sustancias a medio y largo plazo y hasta qué punto van a determinar las opciones de futuro de estos jóvenes consumidores.

Sobre la base de situaciones clínicas, los objetivos de este taller son:

1. Conocer la interrelación entre el consumo de tabaco y el consumo de cannabis.
2. Identificar los factores que van a determinar la trayectoria de consumo de cada una de las sustancias.

- (1) Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
- (2) Akre C, Michaud PA, Berchtold A, Suris JC. Cannabis and tobacco use: Where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. Health Education Research 2010;25(1):74-82.
- (3) Kandel D. Stages in adolescent involvement in drug use. Science 1975;190:912-4.
- (4) Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. Addiction 2005;100:1518-25.
- (5) Suris JC, Akre C, Berchtold A, Jeannin A, Michaud PA. Some go without a cigarette: characteristics of cannabis users who have never smoked tobacco. Arch Pediatr Adolesc Med 2007 Nov;161(11):1042-7.
- (6) Agrawal A, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC, Lynskey MT. Transitions to regular smoking and to nicotine dependence in women using cannabis. Drug Alcohol Depend 2008 May 1;95(1-2):107-14.

## TALLER 2

## DEPRESIÓN ENMASCARADA.

---

**Dra. Natividad Bolufer Vigrana**

*Médico psicoterapeuta. ALICANTE.*

Los niños y los adolescentes pueden sufrir de depresión igual que los adultos, sin embargo, muchas veces tarda en detectarse o incluso pasa desapercibida para los adultos que rodean al niño (familiar, educador, profesional de la salud, etc.) Con la realización de este taller pretendemos que los participantes puedan:

- Reconocer como profesionales, la existencia de la depresión en niños y ofrecer pautas para su correcta detección y tratamiento.
- Identificar los síntomas características de la depresión en cada etapa del desarrollo (infancia y adolescencia).
- Explicar los distintos tipos de depresiones existentes en la infancia y adolescencia (mediante casos prácticos).
- Facilitar pautas y estrategias.

### DIFICULTADES QUE NOS VAMOS A ENCONTRAR

---

Las propias características de la edad que nos ocupa, estamos hablando de una etapa de la vida que está plagada de crisis y pérdidas, que el niño y el adolescente deben superar para alcanzar la vida del adulto o sea la madurez.

Primero **el niño** debe establecer vínculos de **apego** con su madre, para posteriormente aprender a separarse de ella e iniciar su **autoconcepto**, una vez lo adquiere, lo pone a prueba en el proceso de **integración** con sus iguales en las sucesivas etapas escolares, en esta etapa debe ser capaz de vencer la presión del grupo, que por otra parte, le está sirviendo para alcanzar la madurez y finalmente salir como **individuo independiente y autónomo**.

### CONCEPTO

---

La depresión en la infancia posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares. Los dos síntomas básicos de la depresión en el adulto, bajo estado de ánimo y anhedonia o dificultad para disfrutar, no siempre son los más relevantes en la infancia.

“Los síntomas diferenciales de la depresión en la niñez y en la adolescencia son muy variados. La depresión en los niños y adolescentes, se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso en el

rendimiento o un aumento de la conflictividad. Expuesto de esta forma, parece que cualquier síntoma que constituya consulta psicológica infantil puede ser debido a una depresión".( Romeu i Bes)

Los síntomas y manifestaciones del estado emocional van a variar en función de la edad, la etapa de desarrollo cognoscitivo, la capacidad de expresión de sus emociones y la facilidad de adaptación al stress que suponen las pérdidas y adquisiciones de esta etapa.

Las características del individuo, la interacción del individuo con el medio, y las características del propio medio donde vive, son fundamentales, tanto como **factores de riesgo, como de protección.**

Son especialmente relevantes:

- 1.-La calidad de la relación de APEGO, del niño con sus padres.
- 2.-La calidad de la comunicación e interacción familiar.
- 3.-Características del entorno familiar.
- 4.-Imagen personal y sentimiento de la propia valía.
- 5.-Capacidad para comprender e interpretar la realidad.
- 6.-Capacidad para regular las emociones negativas y perturbadoras.
- 7.-Antecedentes de enfermedades médicas.
- 8.-Antecedentes familiares de trastorno del ánimo.

Así pues vamos a familiarizarnos con los síntomas de las depresiones en la infancia y adolescencia.

<b>SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL SEGÚN LA EDAD</b>	
<b>&lt; 7 años</b>	
Llanto inmotivado	Detenciones en el desarrollo
Quejas somáticas	Fobia escolar
Irritabilidad	Encopresis
<b>De 7 años a edad puberal</b>	
Quejas somáticas	Anorexia
Agitación psicomotriz y ansiedad	Trastornos del sueño
Agresividad	Astenia y fatiga, pérdida de energía
Apatía y tristeza. Sensación de aburrimiento	Alteraciones en la esfera sexual
Sensación de" estar superado por las exigencias"	(hípersexualidad)
Falta de concentración	Indecisión
Bajo rendimiento escolar. Desadaptación	Ideas o conductas obsesivas
Fobia escolar	Ideas de muerte recurrentes
Trastornos de la eliminación	Preguntas angustiadas a cerca del más allá
<b>Adolescencia</b>	
Mismos síntomas que en la edad puberal	Desgana para cooperar en actividades familiares
Conducta negativista o antisocial	Tendencia a recluirse en su habitación
Hurtos	Desinterés por el aseo personal
Agresividad	Dificultades escolares
Consumo de alcohol y/o drogas	Retraimiento social con hipersensibilidad
Deseos de marchar de casa	Trastorno del estado de ánimo,
Sentimiento de no ser comprendido	desmoralización
Malhumor e irritabilidad	Desinterés por cosas que antes le atraían

TABLA 1

## ETIOPATOGENIA

La depresión es una enfermedad orgánica. Muchos de sus síntomas son psíquicos, pero otros (astenia, trastornos del sueño, falta de concentración, falta de apetito, etc.) afectan a la esfera psíquica. Todas las depresiones tienen un claro componente bioquímico cerebral.

Toda depresión tiene unos factores endógenos (genéticos bioquímicos) y unos factores exógenos (desencadenantes), y todos deben ser tratados e investigados.

El estado actual de conocimientos induce a pensar que sea cual sea el tipo de depresión, existe alteración bioquímica. El DSM-IV, sigue el criterio de no efectuar clasificaciones etiopatogénicas (tales como depresión endógena, exógena, reactiva, neurótica,...), sino simplemente sindrómicas.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

### Síntomas según el DSM IV. Criterios para el episodio depresivo mayor.

A. Presencia de <b>cinco</b> (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de <b>2 semanas</b> , que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.  <b>(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día</b> , casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable <b>(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer</b> en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) <b>(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso</b> ( p. ej. Un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables <b>(4) insomnio, o hipersomnia</b> casi cada día <b>(5) agitación o enlentecimiento psicomotores</b> casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) <b>(6) fatiga o pérdida de energía</b> casi día <b>(7) sentimientos de inutilidad o de culpa</b> excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) <b>(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión</b> , casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) <b>(9) pensamientos recurrentes de muerte</b> (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico para suicidarse.
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej. hipotiroidismo).
E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

TABLA 2

**WEINBERG** et al, han modificado los criterios diagnósticos de investigación de la depresión en adultos para aplicarlos en la depresión infanto-juvenil.

<p><b>CARACTERÍSTICA DISCRIMINANTE</b></p> <p>1. Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de satisfacción durante el mismo periodo de dos semanas</p>
<p><b>CARACTERÍSTICAS COMPATIBLES</b></p> <p>1. Alteración del apetito y del sueño</p> <p>2. Deterioro social o académico</p> <p>3. Ausencia de uso de sustancias modificadoras del estado del ánimo</p> <p>4. Ausencia de trastornos físicos que alteren el estado de ánimo</p>
<p><b>CARACTERÍSTICAS VARIABLES</b></p> <p>1. Irritabilidad</p> <p>2. Pérdida o aumento de peso</p> <p>3. Insomnio e hipersomnia</p> <p>4. Agitación o retardo psicomotor</p> <p>5. Fatiga o pérdida de energía</p> <p>6. Sentimientos de inutilidad y de culpabilidad inapropiada</p> <p>7. Dificultad de concentración y alteración del rendimiento escolar</p> <p>8. Ideas suicidas</p> <p>9. Variación diurna con empeoramiento de los síntomas por la mañana</p> <p>10. Manifestaciones somáticas inexplicadas</p> <p>11. Antecedentes familiares de depresión</p> <p>12. Inversión del patrón vigilia-sueño</p>

TABLA 3

### CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Es primordial la **ENTREVISTA** con el niño planteándole preguntas a cerca de su estado de ánimo y de los síntomas que hemos expuesto anteriormente en nuestra tabla.( TABLA 1)

En general acogen de buen grado las sugerencias a cerca de asuntos que les preocupan pero que no son capaces de verbalizar, bien porque no encuentran las expresiones adecuadas, bien porque creen que no van a ser comprendidos por los adultos.

Es muy útil el empleo del juego y los dibujos en los pequeños, y en los más mayores se pueden emplear las entrevistas tipo, siempre teniendo empatía con el chico y no "cansándole".

Serán útiles los criterios diagnósticos del DSM IV, los criterios diagnósticos de Weinberg y la Escala de Puig Antich.

A la entrevista con el niño/joven, ha de seguir la entrevista con los padres, y es de vital importancia un informe escolar.

### EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA COMPLEMENTARIA

Debemos hacer un estudio a cerca de los factores que intervienen en cada caso: procesos del aprendizaje, capacidades básicas, maduración neuropsicológica, adquisición de conocimientos, lenguaje, hábitos, personalidad. Podemos usar para ello diferentes escalas. TAMAI, MMPI, CDS,...

### TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión infantil, al igual que la del adulto, responde bien a la combinación de dos tipos de tratamiento:

- 1.- Psicoterapia, preferentemente cognitiva, y que debe extenderse también a los padres.
- 2.- Tratamiento farmacológico con psicofármacos:

Antidepresivos:



- **Tricíclicos.** En los que existe mayor experiencia en tratamientos son la **imipramina, la clomipramina y la maprotilina**. Es conveniente iniciar el tratamiento a dosis bajas (1mg / K peso y día) para instaurar en 5 a 10 días, la dosis terapéutica. Estas oscilan entre 2 y 3 mg/Kpeso/día para imipramina y clomipramina, y hasta 4mg/Kpeso/día para maprotilina.
- **ISRS.** De entre ellos la fluoxetina ha venido a ser el más empleado y del que más literatura existe. Las dosis son prácticamente las mismas que en los adultos, debido a la mayor actividad metabólica, y los efectos adversos suelen ser menores. Otros ISRS usados son la paroxetina (20mg), la sertralina (50mg), y la fluvoxamina (100mg)

Los efectos secundarios de los AD cíclicos, casi siempre anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento, midriasis, retención urinaria, son más raros en los niños, los cuales muestran un escaso secundarismo, como ocurre también con los psicoestimulantes. Los casos de cardiotoxicidad, son más raros en los niños, existen únicamente en tratamientos largos y a dosis elevadas. Hacer controles de ECG. Algunos antidepresivos cíclicos como la maprotilina disminuyen el umbral convulsivante, por lo que conviene un estudio EEG antes de su empleo.

### COMO USAR LOS ANTIDEPRESIVOS

---

Un primer episodio depresivo debe tratarse **durante 6 meses**, no dudando en alargar el tiempo en caso de una depresión grave.

Es aconsejable emplear **monoterapia**, y esperar 3 semanas para evaluar respuesta clínica.

La medicación con antidepresivos tricíclicos debe instaurarse de forma gradual, llegando a la dosis terapéutica en unos 6-10 días.

Debe prevenirse a la familia a cerca de los siguientes puntos:

1. Los primeros días hay efectos secundarios que irán minimizándose a lo largo del tratamiento.
2. Si los primeros días aparece somnolencia, se interpreta como signo de buen pronóstico (los AD no dan somnolencia ni sedación en personas no depresivas)
3. El efecto terapéutico suele tardar de 2 a 3 semanas.

Si empleamos los ISRS, la estrategia varía, desde el primer día podemos usar la dosis terapéutica. No debemos superar las dosis adecuadas para cada producto. No hay ninguna evidencia de que a mayor dosis haya mayor efecto terapéutico (salvo en el caso de las bulimias). En 2-3 semanas debemos notar los primeros signos de mejoría. A las 6 semanas la mejoría ya será evidente pero inestable (altibajos). Hacia las 12 semanas deberíamos notar una mejoría estable. De no ser así, cambiar de AD y reiniciar el proceso.

Una vez instaurada la mejoría, es conveniente mantener las dosis terapéuticas durante un plazo de 18 meses, e ir bajándolas paulatinamente durante 1 a 2 meses. Es prudente evitar la coincidencia del cese del tratamiento con los períodos de mayor riesgo (otoño y primavera).

### TRES CASOS PRACTICOS

---

Depresión en una niña de 11 años

TAG en una chica de 15 años

Depresión en un chico de 13 años.

La idea es, manejando las herramientas a nuestro alcance, poder establecer el diagnóstico y tratamiento de los casos propuestos, así como también los diagnósticos diferenciales con otros cuadros propios de la edad.

**Dr. Jordi Royo Isach**

*Psicólogo clínico, coordinador del Plan de drogas del Ayuntamiento de Badalona, técnico asesor de programas de prevención de la Diputación de BARCELONA.*

La adolescencia, ese período de tránsito entre la infancia y la edad adulta, nos ofrece por sí mismo una idea de cambio, de temporalidad, de indefinición y, en consecuencia, de conflicto. En múltiples ocasiones, los adolescentes no se comprenden a sí mismos y, sobre todo, los padres y los adultos de su entorno inmediato tampoco sabemos encontrar las respuestas adecuadas a su indefinición y, a la vez, a su complejidad.

En el adolescente, todo ha cambiado, y el cambio incluso se ha producido en sus padres. Aquella ilusión y predisposición para intentar entender a su bebé, a pesar de sus limitadísimas capacidades para hacerse entender, se ha reducido ahora considerablemente. Su hijo ya no es una novedad, y a su vez el adolescente tampoco facilita la comunicación ni busca desesperadamente la forma de hacerse entender como cuando era niño. A menudo, los padres del adolescente tienen la sensación de que, hagan lo que hagan, nada sale bien; que su hijo adopta por sistema una actitud opositora; que las probabilidades de error y de conflicto son más altas y, por lo tanto, la tentación de abstenerse en su función de padres, a causa de una pretendida paz familiar, aumenta, y la predisposición para comprender a su hijo adolescente disminuye.

Parece evidente, pues, que el hecho de haber tenido éxito como padres de un niño o niña no presupone, necesariamente, tenerlo como padres de un adolescente.

En el ámbito familiar, los nuevos adolescentes presentan cinco tipos de conflictos básicos: el bajo rendimiento académico; la falta de participación en el reparto de las tareas domésticas; la exigencia desmesurada de amplios horarios de ocio y salidas; la negociación relacionada con el dinero y con su destino; y la excesiva exposición a formas de ocio paralizantes: televisión, móvil, Internet, etc. Estos jóvenes adolescentes contemporáneos reclaman cada vez más autonomía subvencionada, y la autoridad paterno-filial de las generaciones anteriores se ha transformado ahora en la dictadura de la negociación continuada.

Son unos adolescentes rebeldes, aunque conformistas, y perfectamente adaptados a la sociedad del bienestar, que se han convertido en el epicentro de una familia que a la vez vive su propia crisis de identidad desde cuatro tipologías básicas: la familia sobreprotectora, la permisiva, la delegativa, y la corresponsabilizadora. Los nuevos adolescentes se “educan” en una escuela en plena época de transformación e incertidumbre más orientada a los resultados que a los valores formativos y crecen bajo el descrédito, como agentes de cohesión social, de la política y de la religión.

En su transformación biopsicológica, deberemos abordar aspectos como: qué es la maduración, cuándo se produce, qué ocurre en su cerebro...; la búsqueda de una identidad, el peso de la ansiedad, la baja autoestima, el miedo anticipatorio, la vivencia de defectos, vergüenzas y complejos; el sufrimiento “imaginario”, la inadaptación...; el estado egocéntrico, la dificultad de atención, la indefinición sexual...

Y en este estadio, el chico o chica adolescente encuentra un sinfín de reclamos que buscan un vasto mercado, cada vez con más poder adquisitivo, donde aparecen multitud de productos y modelos que pueden llevarlos hacia comportamientos de riesgo tales como: el uso o abuso de drogas (principalmente tabaco, alcohol, derivados del cannabis, drogas de síntesis, cocaína...), los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia, vigorexia...); las adicciones a las nuevas tecnologías, el juego y las compras compulsivas; los comportamientos sexuales de riesgo y de violencia familiar, escolar y social...

Respecto a la drogas, hoy la mayoría de consumidores ya no son marginales ni marginados, sino adolescentes y jóvenes que viven perfectamente integrados en su familia, escuela y sociedad, y que han optado por consumir drogas con unas pretendidas finalidades “socializantes”, “festivas” y recreativas”, con tendencia a minimizar los riesgos biopsicosociales y legales derivados de su consumo y desde una enorme convicción subjetiva de su capacidad de “control”.

Los cambios y la transformación del propio cuerpo que implica la llegada de la adolescencia suponen para muchos jóvenes un impacto generador de incertidumbre, de inseguridad y, a la vez, de inestabilidad emocional. Los adolescentes, y sobre todo las chicas, tendrán tendencia a mirarse en el espejo con la finalidad de evaluarse a partir de los modelos estéticos que genera la actual sociedad del bienestar, y a compararse con los demás, cuya aprobación será fundamental para el propio equilibrio emocional y la propia aceptación. Esta cultura imperante alrededor del “cuerpo perfecto” puede, en sí misma, devenir en un factor de riesgo que fomente la propensión del adolescente hacia un trastorno del comportamiento alimentario.

Respecto a las nuevas tecnologías, los adolescentes actuales son técnicamente hijos de Internet, los nuevos ciudadanos de una Nación Digital. Internet les permite informarse, formarse, comunicarse, relacionarse, enamorarse, comprar, vender, cambiar, jugar, compartir experiencias, bienes y conocimientos, etc., pero también timar, robar, suplantar, engañar, coaccionar, aterrar, engancharse, etc. La Red es, en sí misma, una sociedad paralela a veces emparentada con la real y otras, exclusivamente virtual.

Actualmente, Internet ofrece foros y sitios de subastas y de juegos, el placer de experimentar nuevas sensaciones y de conocer lugares desconocidos e inimaginables. Facilita nuevas relaciones, de amistad y/o amorosas y/o sexuales, ofrece nuevas aventuras supuestamente “sin riesgo”, etc.

Respecto a los comportamientos sexuales de riesgo, en el llamado Primer Mundo, seguramente nunca habíamos tenido unos adolescentes tan bien informados, ni con tantos medios ni con tan buena predisposición preventiva por parte de la escuela y de la familia, ni con un espectro de medios anticonceptivos tan eficaces y a su alcance. Entonces, ¿por qué los embarazos no deseados en jóvenes menores de edad se han triplicado en los últimos diez años y por qué a la vez la diseminación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha aumentado, en el Primer Mundo, entre el colectivo heterosexual y, de forma remarcable, entre los adolescentes y los jóvenes?

Finalmente, y con respecto a los comportamientos violentos, queremos enunciar los ámbitos y las formas de violencia más características de los adolescentes y jóvenes, que están en auge en las sociedades del bienestar. En este sentido podemos destacar: la violencia familiar, y concretamente la de los hijos que maltratan a sus padres; la violencia escolar, y específicamente la de aquellos alumnos que maltratan a otros alumnos; la violencia en línea, refiriéndonos a aquellos adolescentes y jóvenes que, mediante su móvil o bien desde la Red, maltratan a otras personas; y la violencia social, en referencia concreta a adolescentes y jóvenes que, de una forma organizada o no, se maltratan a sí mismos y/o a otros ciudadanos.

Los adolescentes, aunque pueda parecer lo contrario, quieren estar acompañados por adultos referentes: los necesitan, nos necesitan. El suyo no es un tiempo fácil: tienen dudas, contradicciones, inseguridades, y antiguas y nuevas preguntas por hacer que a menudo no saben a quién hacer. El padre o la madre, tras largas y competitivas jornadas laborales, generalmente no llegan a casa predispuestos a la paciencia ni a dar orientaciones. A veces, aunque quieran, tampoco saben cómo hacerlo.

¿A qué otros adultos pueden referenciarse? ¿Maestros, pediatras, psicólogos, médicos de familia? ¿Qué colectivo profesional tiene hoy respuestas consistentes? Es muy difícil la terapia sin precisar previamente el diagnóstico.

**Dr. Juan Madrid Gutiérrez**

*Centro "Salud Joven" Ayto. MADRID.*

El uso de medidas de protección contra el embarazo no planificado (ENP) y las ITS en la adolescencia están condicionadas por su tipo de relaciones afectivas, sus dificultades en el manejo de métodos anticonceptivos (MA), déficit en la educación sexual y problemas para acceder a los recursos sanitarios, entre otros (1,2).

La edad de inicio de relaciones con penetración en menores de 20 años, varían según los estudios (3,4,5), pero estaría entre los 16 y 17 años. Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) (6) dirigido a escolares entre 15-16 años de la Comunidad de Madrid, el 35,4% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 13,4% no han utilizado métodos de prevención del embarazo eficaces durante la última relación. Esta proporción es superior en los chicos (40,1%) que en las chicas (31,0%), así como en los jóvenes de 16 años (33,4%) frente a los de 15 (19,9%).

Según el informe de juventud de 2008 (IJE2008) (7) la utilización de los MA para evitar embarazos e ITS, se mantiene estable, aunque ha mejorado entre los jóvenes españoles y son menos utilizados entre los inmigrantes, lo que explica el aumento del porcentaje de ENP (ha pasado de 9,9% en 2004 a 12,1% en 2008, con un descenso del 9,6% entre las españolas y un incremento del 23,3% entre las extranjeras).

Las investigaciones con perspectiva de género incorporan al estudio del comportamiento sexual cuestiones como las relaciones de poder entre géneros (8), las representaciones sociales, y el análisis de las normas y creencias en torno al comportamiento sexual de cada género(9). De ellas se desprende que los chicos se inician antes en las relaciones sexuales, tienen más parejas ocasionales y adoptan mayores riesgos. En cambio, las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación de amor y confianza (10), hecho que suele llevar a sustituir el preservativo por otro tipo de métodos más orientados a la prevención de embarazos (11) que a la prevención del VIH/sida u otras ITS.

Parece que la situación actual mantiene en gran medida las desigualdades de género en salud sexual y reproductiva (SSR), especialmente en los estratos socioeconómicos más bajos. Las chicas siguen teniendo presiones para las relaciones precoces y coitales, escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anticoncepción de urgencia (AU) y en su caso de la IVE. (12)

Los últimos datos del Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132, 2008) (13) reflejan respecto al uso del preservativo que: a mayor facilidad de acceso mayor uso; las personas creyentes no católicas son quienes en menor medida utilizan el preservativo (45%) seguidas de las católicas practicantes (62%); como sucedía cinco años atrás, los chicos (84%) dicen tener más facilidad que las chicas (78%) para disponer de preservativos y los menos cualificados académicamente (estudios primarios), más dificultades para disponer de preservativos.

El preservativo es el MA juvenil por excelencia por su **fiabilidad**, por su **inocuidad** (la "píldora" según ellas, "engordan", "afean", "hacen perder la silueta", "tienen contraindicaciones", "pueden generar cáncer" o "producir infertilidad" Dichas creencias proyectan una imagen negativa desincentivando su uso. Por su **accesibilidad**, se adquiere en muchos tipos de puntos de venta y excluye la prescripción y la supervisión médica. Y, por último, por su **adaptación** a relaciones sexuales discontinuas. Sólo cuando la pareja se estabiliza la píldora se ve como MA alternativo al preservativo.

Podemos considerar también tres “alternativas” no éticas instaladas en la población juvenil: la marcha atrás, el control de la ovulación y la píldora del día después. Tienen la ventaja frente al preservativo de ser adecuadas al tipo de sexualidad no premeditada típica de ellos.

En los últimos años se observa un proceso de cambio de los estereotipos y tópicos de género más tradicionales. En las chicas más que en los chicos, y en las clases medias altas más que en las clases medias y medias bajas, se aprecia un cambio en una línea más igualitaria, más activas las chicas y más afectivos los chicos.

Según el estudio cualitativo realizado por CIMOP (12), en algunas jóvenes sudamericanas cabría asociar los ENP a su proceso de integración en la sociedad española. Por otro, en España predominan objetivos vitales más personalizados y una sexualidad joven desvinculada de objetivos reproductivos. La cultura del “cortejo” existente en el país de origen genera la creencia del conocimiento y la confianza en el otro o la otra, que se mantiene en España pero con un “cortejo” mucho más corto. Esto puede dar la falsa impresión de seguridad y de no necesitar utilizar el preservativo, con el incremento del riesgo de embarazo e infección.(16)

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Antona, A., (2001). “Promoción de la salud y Prevención de Enfermedades Sexuales”. Revista de Estudios de Juventud. 2001; 55: 31-38.
2. Madrid, J y Antona, A. (2003). Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. Revista de Estudios de Juventud. nº 83. pp. 63-73
3. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/ioe/ioeFicha.jsp?cod=30455>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, estudios y documentos. “La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes”. 2007
5. Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Madrid. 2008
6. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, Nº 4, vol. 14, abril 2008.
7. Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Informe Juventud en España, 2008
8. Faílde Garrido JM et al. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2008;22(6):511-9
9. Navarro-Pertusa E, Barbera E, Reig A. Diferencias de género en motivación sexual. Psicothema. 2003;15:395-400.
10. Belza MJ, Koerting A, Suárez M. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por el VIH. Madrid: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España; 2006.
11. Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del preservativo masculino entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. Gac Sanit. 2002;16:298-307.
12. Ministerio de Sanidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud- Observatorio de Salud de la Mujer. “La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes” Madrid, 2007.
13. Primer Sondeo de Opinión de la gente joven INJUVE (EJ132, 2008) Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Informe Juventud en España, 2008
14. Madrid, J ; Antona, A. Y Fernández,V. (2006). De píldoras parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos. Pediatría Integral. Suplemento 1. pp 12-16
15. Conde F: “La concepción de la salud de los jóvenes. Informe 2004”. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección general de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 2004.
16. Antona, A; Madrid, J. Anticoncepción de emergencia, adolescencia y representaciones sociales. Sexología integral 2009; 6(3): 00-00.

# VIII CONFERENCIA “BLAS TARACENA DEL PIÑAL”: PROCESOS DE VINCULACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Moderador: Dr. Germán Castellano Barca  
Sábado, 24 de abril de 2010 18,30 h.

## PROCESOS DE VINCULACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA ADOLESCENCIA

### **Dra. C. Ballesteros Alcalde**

*Profesora asociada de Psiquiatría Infantil y Juvenil de la Facultad de Medicina. Jefe de Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital Clínico Universitario. VALLADOLID.*

El pionero de los estudios sobre la vinculación, J. Bowlby, inicia sus trabajos con las observaciones sobre el comportamiento de muchachos en hogares para adolescentes inadaptados. Estos chicos habían sufrido interrupciones en las relaciones con sus madres, de lo que dedujo que la ruptura precoz de la relación con la madre sería precursora de *posterior psicopatología*, además de la importante *repercusión inmediata* en el desarrollo del niño. Escribió un informe para la OMS, en 1951, sobre el Cuidado maternal y su influencia en la salud mental. Mantenía que los vínculos iniciales con la madre constituirían el patrón de relaciones interpersonales futuras.

La vinculación puede ser definida como la organización de conductas en el niño dirigidas a conseguir la proximidad física con la madre en búsqueda de apoyo y protección, sobre todo ante situaciones de estrés. Bowlby considera que son conductas innatas, biológicamente determinadas, que surgen por procesos de selección natural con el fin de preservar la especie. La cercanía de la madre protegería al niño de peligros y facilitaría su supervivencia.

Para la comprensión y el desarrollo de los sistemas de vinculación se ha implicado la biología de la evolución, la etología, la psicología del desarrollo y la teoría del control de sistemas. Reafirman estas, las observaciones realizadas enocas por Lorenz (1935) y por Harlow (1958) en monos. Todas demostraban algo que Bowlby resaltó en su teoría de la vinculación: Las primeras relaciones del niño con su madre están basadas en la búsqueda de protección, y no de alimentación, como proponían otras escuelas psicológicas.

Bowlby conceptualizó el difuso concepto de “amor materno” en la más precisa formulación de la vinculación. Describió tres sucesivas etapas en la formación de ésta: desde una primera, en que el niño no mostraba preferencia por persona alguna, a la segunda, con mayor discriminación de la madre en sus respuestas interactivas, terminando – a los tres años – en que el niño jugaba un papel más activo en la búsqueda de proximidad e intimidad. Se considera que con la mayor madurez del niño, y a través de las experiencias de vinculación se organizan *modelos operativos internos* que constituyen representaciones intrapsíquicas de las figuras de vínculo, de sí mismo y los otros, y que proveen mecanismos para la traslación de las características diádicas del vínculo en una cualidad personal, que guía percepciones, cogniciones y conductas en relaciones posteriores.

Las observaciones de Spitz sobre la relación del niño con la madre desde su nacimiento a los dos años, y su significado en el desarrollo de la vida afectiva, refuerzan la enorme importancia de estos

primeros años en la vida emocional del niño y su repercusión a lo largo de etapas futuras de adolescencia y adultez.

La vinculación no puede ser equiparada de forma ambigua a cualquier otra relación social. Bowlby propuso cuatro características que la diferencian: la búsqueda y mantenimiento de proximidad; el sentimiento de “base segura” a la que volver después de llevar a cabo conductas exploratorias adaptativas; el regreso a la figura de vínculo ante una situación amenazante, y la ansiedad ante la separación de la misma. Esta última fue una preocupante motivación para persistir en sus estudios sobre la vinculación.

Inicialmente, se consideraba que los niños establecían la vinculación con la madre, porque era ella quien estaba más presente y continuamente. Pero se observó que el niño podía crear relaciones vinculares con otras personas cercanas, manteniendo, no obstante, en estos casos, una “jerarquía” de vínculos, aunque no todos con el mismo valor. A pesar de la posibilidad de varias – no numerosas – vinculaciones, el niño tiene preferencia por una sobre todas ellas, lo que se denominó *monotropía*. Se ha utilizado por ello el término “figura de vínculo”, para incluir a las que cumplan lo exigido para la organización de relaciones de vinculación. Todos estos aspectos tienen gran relevancia en la vida familiar del niño, y también en los cuidados en instituciones y en los adoptados. Posteriormente explican algunos hechos y relaciones en la adolescencia y adultez. Las alteraciones más extremas en los procesos de vinculación adquieren categoría diagnóstica como Trastornos reactivos en la vinculación, recogidos en el DSM-IV y CIE-10.

Una discípula de Bowlby, Ainsworth, realizó dos estudios naturalísticos, y con las observaciones obtenidas describió dos formas de vinculación: *segura e insegura*; esta última a su vez podía manifestarse como *evitativa o ambivalente*. Posteriormente se añadió una cuarta: *desorganizada*. Están definidas por las respuestas del niño a la separación de su madre y entrada de un extraño, en un lugar y un tiempo estandarizados, a lo que denominó “Situación ante el extraño”. Permiten conocer el tipo de relación del niño con su madre; posteriormente han promovido estudios sobre la posible relación de cada una de ellas con el desarrollo normal o con problemas y trastornos psicopatológicos, cuando se suman a otras circunstancias personales, familiares o sociales.

En la forma de vinculación intervienen factores propios de los niños pero también de las figuras de vínculo. En los primeros se ha estudiado con preferencia el temperamento; en los segundos, y entre otras, la sensibilidad a las señales y demandas del niño, su disponibilidad y la persistencia y compromiso en su cuidado.

Las reacciones del niño a la separación de sus padres jugaron un papel central en la conceptualización y estudio de los sistemas de vinculación. De manera observacional, Robertson y Bowlby, a través de filmaciones de niños que sufrían separaciones de los padres, demostraron la significación emocional de las relaciones de vinculación. Cuando a los niños se les separa de la figura de vínculo, pasan por tres fases consecutivas: protesta, desesperación y desvinculación. Describieron con precisión cada una de ellas, su significado y su influencia psicológica y aún somática en el niño. Ya lo había hecho Spitz años antes, reseñando los cuadros clínicos que denominó *Hospitalismo y Depresión anaclítica* – la depresión descrita en edades más precoces – con gran valor heurístico en la psicología y psiquiatría, y con gran influencia en distintos ámbitos de atención al niño (hospitales, orfanatos, política sanitaria, entre otros).

El proceso de vinculación y su repercusión en la evolución normal y patológica a lo largo de la vida, ha sido estudiado por otras disciplinas que la psicología. En las dos últimas décadas se han llevado a cabo numerosas investigaciones neurobiológicas sobre las bases subyacentes a las conductas de vínculo – normal y patológico –, a la separación y sus repercusiones futuras. Se conocen algunas implicaciones de genes, estructuras y funciones cerebrales, neurotransmisores, componentes del sistema nervioso autónomo y neurofisiológicas, entre otros.

Los sistemas de vinculación siguen operando a lo largo de la vida. La adolescencia es un período de transición, y ello se observa de forma especial en la vinculación. En esta etapa, el adolescente comienza siendo menos dependiente de las figuras de vinculación – los padres – hasta conseguir la independencia y convertirse en un adulto que será él mismo figura de vínculo. Las transformaciones en la adolescencia de aspectos cognitivos, emocionales y sexuales se reflejan en los cambios en los sistemas de vinculación.

El adolescente con una vinculación *segura* siente como placenteras las experiencias relacionadas con la vinculación: su visión de los padres es coherente y consistente y se muestran relativamente independientes y objetivos en sus relaciones.

En la vinculación *insegura evitativa*, idealizan a sus padres o, por el contrario, consideran las experiencias negativas como normales, y se muestran no afectados por ellas. Los afectos negativos les impiden enfrentarse a situaciones amenazantes o frustrantes.

Cuando la vinculación es *insegura ambivalente*, el adolescente tiene una conflictiva relación con sus padres, rechaza su relación, muestra angustia ante ellos, y repetidamente les culpa de sus problemas. La confusión de su identidad es frecuente. Constituye un patrón de vinculación común en adolescentes con rasgos de personalidad histéricos, obsesivos y “borderline” o límite.

El cuarto tipo – *desorganizada* – generalmente es resultado de una vinculación extremadamente conflictiva por traumas en la infancia, abusos o negligencia de cuidados, y los adolescentes continúan experimentando desorganización y desorientación, con sentimientos de angustia y culpa infundados. Se asocia en numerosas ocasiones a graves problemas de comportamiento, facilitando asimismo experiencias disociativas.

Considerando que el sistema de vinculación debe mantener una homeóstasis entre la búsqueda de seguridad y las experiencias de exploración, en este período vital se incrementan las conductas exploratorias, porque la mayor madurez lleva implícita una mayor seguridad.

Así mismo, aprovechando su madurez cognoscitiva el adolescente reevalúa la naturaleza de las relaciones con sus figuras de vínculo de forma más objetiva. La manera en que resuelva sus dificultades con ellas marcarán las relaciones futuras entre sus pares, parejas afectivas y sus propios hijos. Esta reevaluación de los padres como figuras de vínculo tiene una mayor complejidad en los hijos adoptivos. La mayor capacidad cognitiva les lleva a plantearse con frecuencia figuras paternas idealizadas, con sentimientos de confrontación de éstas ante los padres adoptivos. El balance en ellos entre la necesidad de proximidad y el deseo de autonomía y búsqueda de su identidad biológica como parte de aquella, pone a prueba, como ya lo hiciera al inicio de la adopción, los sanos sistemas de vinculación.

La interacción con iguales en la adolescencia se caracteriza por la gradual emergencia de la capacidad para la intimidad y apoyo del otro. Teniendo en cuenta las cualidades, antes referidas, que conforman las relaciones de vinculación, sólo algunas – potencialmente – pueden transferirse de una a otra figura. Numerosos estudios encuentran una estrecha relación en la adolescencia entre la vinculación segura y la competencia en manejar situaciones emocionales con iguales; esto se hace más evidente en las relaciones estrechas, cercanas, aunque se muestran también en una mayor popularidad y aceptación social. La vinculación ansiosa, por el contrario, lleva consigo una hostilidad interpersonal, creadora de conflictos.

La adolescencia constituye un contexto adecuado para observar la significación de las relaciones afectivas de pareja, que eventualmente pueden convertirse en relaciones de vinculación. Tienen sus peculiaridades y diferencias de las relaciones entre iguales, y comparten algunas de las características y funciones de los primarios vínculos con los padres. El componente sexual aumenta el sentido de vinculación promoviendo una más consistente motivación para la interacción, experiencias intensas, afecto íntimo y el sentimiento de compartir una relación única. Obviamente



no todas las relaciones afectivas de pareja en la adolescencia alcanzarán las exigencias para lograr convertirse en una verdadera relación de vinculación, y algunas, incluso duraderas a lo largo de la vida, no lo consiguen nunca. Existen también diferencias individuales en las relaciones afectivas y sexuales en la adolescencia, aunque compartan la misma cualidad que las mantenidas con los padres y amigos. La vinculación insegura se asocia a una mayor ansiedad en la relación con sus parejas, así como a más frecuentes relaciones sexuales pero menos placenteras.

Las primeras relaciones del niño con sus cuidadores se han considerado por diversas teorías del desarrollo de gran interés, dada su influencia en la evolución normal de la persona, pero también en la aparición, cuando se asocian a otros factores de riesgo, de diferentes cuadros psicopatológicos. Alteraciones en la vinculación son factores necesarios, aunque no suficientes, para manifestaciones psicopatológicas a lo largo de la vida.

Recientes investigaciones estudian la relación con las figuras vinculares - calidad de las mismas, pérdida del vínculo, etc.- así como la influencia de los procesos que surgen a través de las experiencias de la vinculación: construcción de la representación de sí mismo y los otros, sentimientos y pensamientos, capacidad de regulación emocional y formación de estrategias de afrontamiento ante el estrés. Estos procesos que se han denominado *estilos de vinculación*, tendrían relevancia en la normalidad y psicopatología del niño y adolescente. La depresión fue uno de los primeros cuadros clínicos estudiados, ante la importancia en su etiología de las pérdidas de figuras vinculares de afecto. Este cuadro clínico, junto a los trastornos de ansiedad constituyen grupos heterogéneos en cuanto a la heredabilidad y sintomatología, y en ambos se han investigado aspectos relacionados con la vinculación. En la depresión, además de la importancia de la falta de la figura de vínculo, por muerte o separación, la forma de vinculación insegura ambivalente, constituye un claro factor de riesgo. Se conocen cada vez de forma más precisa *cómo* estos hechos influyen en las diversas formas de depresión.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo patológico y evitación. El miedo predomina en el Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de pánico. Miedo y evitación subyacen en las fobias específicas, así como en el estrés postraumático. Especial interés merecen los hallazgos en las investigaciones sobre la fobia social. Inicialmente se consideró que en todos ellos existiría una percepción de falta de disponibilidad de la figura de vínculo ante situaciones de estrés, con preocupación acerca del rechazo o abandono, por los padres. Posteriormente se han añadido nuevos conocimientos de estos trastornos.

El Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (Sroufe et al. 2005) examina la asociación entre vinculación en la infancia y trastornos de ansiedad posteriores, diagnosticados a los 17 años. Los adolescentes con vinculación ambivalente presentaban estos cuadros con mayor frecuencia que los de vinculación segura, incluso cuando se controlaban otras variables. La continuidad entre distintos trastornos de ansiedad a lo largo de la adolescencia y adultez ha sido también estudiada, reseñando los aspectos relativos a la vinculación y relaciones familiares implicadas.

Otros cuadros clínicos que han merecido la atención, incluyen los problemas de comportamiento y personalidad antisocial. Presentan una alta heredabilidad, y con mucha frecuencia un tipo de vinculación desorganizada, que refleja características patológicas de personalidad de los padres y su influencia en las precoces relaciones con sus hijos, seguidas por conductas que provocan modelos negativos para los hijos a lo largo de la infancia y adolescencia.

En los trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia, las relaciones familiares han sido consideradas una de las mayores influencias etiológicas, y se han estudiado hasta sus orígenes. La relación vincular más frecuentemente hallada ha sido la evitativa, rechazante. Sólo el tipo ambivalente se observaba cuando el cuadro clínico tenía claro componente depresivo.

En mujeres adolescentes, con mayor frecuencia que en hombres, comienzan a observarse síntomas que abocarán al Trastorno de personalidad “borderline” o límite. Han sufrido con frecuencia condiciones familiares traumáticas, con abusos, separaciones o rechazos de las figuras de vínculo y perturbaciones en este, sin que los estudios realizados hasta la actualidad permitan concluir si el tipo del mismo es desorganizado o evitativo, quizás por la mayor influencia de otros factores etiopatogénicos.

El interés acerca de la vinculación estimula una de las más profundas y creativas líneas de investigación en los últimos años del siglo pasado que continúan en este . Lo demuestra las referencias bibliográficas, que superan las diez mil, desde 1975, la publicación de una revista monográfica y numerosos tratados sobre este tema

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Barret, H. (2006) Attachment and the perils of parenting: A commentary and a critique. London:National family and parenting Institute.
- Boris, N., Zeanah, CH; (2005) Practice parameter for the assesment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood Journal American Academic of Child and Adolescent Psychiatry. 44 (11): 1206 – 19.
- Bowlby, J. (1951): Maternal care and mental health. New York. Columbia University Press.
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss; Vol. I: Attachment New York: Basics Books.
- Grossman, K.E., Grossman, K y Watters (2005). Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. New York: Guilford Press
- Prior, V. Y Glaser, D. (2006). Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidende and practice. London: JKP.
- Rutter, M. (1985) El vínculo y el desarrollo de las relaciones sociales, en: M. Rutter. Fundamentos científicos de Psiquiatría del desarrollo. Barcelona Salvat.
- Rutter, M, Kreppner, J y Sonuga-Barke, E. (2009) Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? Journal of child psychology and psychiatry. 50(5) 529-543.
- Spitz, R y Wolf, K. (1946) The smiling response: a contribution to the ontogenesis of social relationship. Genetic psychology Monograph. 34,57 – 125.
- Sroufe, L.Egelegand, B.,Carlson, E. Y collins, A (2005): The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood. New York: Guilford Press.

## COMUNICACIONES PÓSTER

---

**Moderadores: Dr. Lluís Arcalà i Bares  
y Dra. Angélica Dieguez Henríquez**

**Sábado, 24 de abril de 2010 15,30 – 16,30 h.**

C1	<b>CURSO DE MEDIADORES EN PREVENCIÓN: LIDERANDO EL FUTURO.</b>
M. D. Hernández Martín (1), J. Madrid Gutiérrez (1), D. Díaz Sanz (2), C. Molinero Pérez (2), M. Muñoz González (2), J. López Raigosa (3).	
(1) Ayuntamiento de Madrid/Centro Madrid Salud Joven, (2) Ayuntamiento de Madrid/Instituto de adicciones, (3) Ayuntamiento de Madrid/Servicios Sociales.	
<u>Objetivos</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formar a jóvenes entre 17 y 23 años del distrito Moncloa-Aravaca como mediadores en prevención de la salud</li> <li>▪ Fomentar el movimiento asociativo</li> <li>▪ Liderar <u>@s</u> propios jóvenes las acciones de educación para la salud de su barrio</li> </ul>	
<u>Metodología</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación y participación de instituciones públicas y privadas del distrito</li> <li>▪ 14 Exposiciones participativas</li> <li>▪ Video- fórum</li> </ul>	
<u>Resultados:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtención de titulación acreditativa del 77,5% de los jóvenes que comenzaron el curso</li> <li>▪ Adquisición de conceptos evaluados con pre y postintervención</li> <li>▪ Evaluación por encima del notable de los módulo propuestos, destacando los módulo de sexualidad (Realizado por el CMSJoven), violencia, primeros auxilios y sesión final</li> </ul>	
<u>Conclusiones:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para empoderar a la comunidad se debe realizar intervenciones específica encaminadas a este objetivo</li> <li>▪ Los jóvenes son un potenciador de la salud de la comunidad</li> <li>▪ Las estrategia de liderazgos entre pares facilitan el contacto con la población joven menos receptiva</li> <li>▪ La coordinación de las diferentes instituciones favorece un conocimiento claro por parte de la comunidad de los recursos</li> <li>▪ La eficacia de las intervenciones se multiplica cuando se trabaja en red</li> </ul>	
C3	<b>PREVENCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON FISIOTERAPIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>
A. M. Maya Martín (1), J. Jové Monné (2), M. M. Inglés Novell (2).	
(1) ABS CONSTANTÍ, (2) CAP CATALUNYA.	
<u>OBJETIVOS</u>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mostrar al fisioterapeuta de Atención Primaria (AP) como figura de prevención de enfermedades y promoción de la salud.</li> <li>2. Enseñar con qué técnicas puede el fisioterapeuta de AP promocionar la salud.</li> </ol>	
<u>METODOLOGÍA</u>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dividir a los alumnos de colegios o institutos por grupos de edad.</li> <li>2. El fisioterapeuta enseña a los alumnos cómo cuidar su espalda, mediante charlas teóricas o juegos, diseñados por el fisioterapeuta, dependiendo de la edad de los alumnos.</li> </ol>	
<u>RESULTADOS</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La colaboración de los profesores fue muy activa a la hora de hacer las charlas teóricas y los juegos</li> <li>• La satisfacción de los profesores al hacer las conferencias fue muy alta.</li> </ul>	
<u>CONCLUSIONES</u>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El fisioterapeuta es una figura fundamental dentro de la AP para prevenir enfermedades y promocionar la salud.</li> <li>2. Que el fisioterapeuta acuda a los colegios y los institutos para enseñar a los alumnos a cuidar sus espaldas es muy importante para que los niños empiecen a vigilar su salud desde pequeños, y tendría que ser una práctica más habitual.</li> <li>3. Tendría que haber más fisioterapeuta en AP que se dedicaran a esta labor.</li> <li>4. La relación entre maestros y fisioterapeutas de AP tendría que ser más constante y fluida.</li> </ol>	
C4	<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA.</b>
R. Olivé Vilella, A. Salazar García. ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona.	
<b>Objetivo:</b> Conocer el consumo diario de alimentos por raciones teniendo en cuenta la edad y la alimentación equilibrada.	
<b>Material y métodos:</b> estudio descriptivo transversal. Muestra: alumnos de educación secundaria obligatoria (ESO) de edades comprendidas entre 12 y 18 años de los dos centros educativos de nuestra área de influencia. Los datos se obtuvieron a través de encuesta realizada a los alumnos sobre todo lo que habían ingerido el día anterior, distribuido en cinco comidas (3 principales y 2 secundarias) y un apartado de otros que incluía: chucherías, repostería, zumos envasados y helados. Utilizamos como referencia las recomendaciones de la ESPGHAN sobre raciones diarias ajustadas por edad.	
<b>Resultados:</b> se encuestaron un total de 652 adolescentes de entre 12 y 18 años (media: 15 años), de los que un 55% eran varones. Encontramos un déficit en la ingesta de frutas, verduras y lácteos, en el 72,8%, 76,3% y 72,8% de los encuestados respectivamente y un exceso de proteínas animales (56,4%) y snacks.	
<b>Conclusiones:</b> Se confirma que nuestros adolescentes siguen una dieta poco equilibrada y adecuada a sus necesidades y que es trabajo de todos los profesionales que trabajamos con ellos orientarles y ayudarles a mejorar sus hábitos alimentarios.	
C5	<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS CONTRAINDICACIONES EN LAS FICHAS TÉCNICAS DE LOS TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH).</b>
A. Montoya, A. López Ballesteros, I. Gilaberte.	
Área de Neurociencias. Departamento Médico. Lilly S.A	
<b>Objeto:</b> Las fichas técnicas (FT) de los medicamentos son documentos obligatorios aprobados por la Agencia Española del Medicamento (AGEMED); la sección 4.3 especifica en que situaciones no se debe utilizar un determinado medicamento. <b>Objetivo:</b> revisar y describir las contraindicaciones de los tratamientos para el TDAH y proveer información que resulte de ayuda al clínico para individualizar el tratamiento.	
<b>Material y métodos:</b> Revisión sistemática de las contraindicaciones reportadas en las FT de los tratamientos aprobados para el TDAH.	
<b>Resultados:</b> Existen 4 medicamentos aprobados por la AGEMED: estimulantes (3 formulaciones de metilfenidato) y no-estimulante (atomoxetina).	
Las contraindicaciones comunes a metilfenidato y atomoxetina son: glaucoma, hipersensibilidad (compuesto activo/excipientes), combinación con IMAOs y embarazo/lactancia. Se encontraron inconsistencias en las contraindicaciones de las diferentes formulaciones de metilfenidato. Las contraindicaciones exclusivas para metilfenidato son ansiedad y tensión marcadas, depresión grave, síntomas psicóticos, síndrome de Tourette/antecedentes familiares, angina de pecho grave, arritmias cardíacas, hipertensión grave, antecedentes de drogodependencia o alcoholismo e hipertiroidismo. No se encontraron contraindicaciones exclusivas para atomoxetina.	
<b>Conclusiones:</b> Es vital disponer de medicamentos con distintos perfiles farmacológicos para individualizar el tratamiento de pacientes con TDAH. La sección 4.3 de la FT es una valiosa herramienta al evaluar la seguridad de medicamentos utilizados en el TDAH.	

<b>C6</b> "EL TEU BLOG JOVE" ACERCANDO LA PRIMARIA A LOS ADOLESCENTES.	<b>C7</b> EXPERIENCIA EN LA ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.
<p>R. Jiménez Leal, J. Pérez Gañán, T. Blasco Trabado, A. Portella Serra.</p> <p>CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.</p> <p><b>Objetivos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usar las nuevas tecnologías de la información para acercarse a los adolescentes.</li> <li>2. Ofrecer un espacio interactivo y confidencial.</li> </ol> <p><b>Descripción</b></p> <p>La atención primaria tiene dificultades para dar un espacio de confianza necesario en la atención a los jóvenes en temas de prevención y promoción. Aprovechando el empujón del programa Salud y Escuela, se crea una herramienta informática que intenta acercarnos a los jóvenes y dar respuesta a las demandas de los adolescentes.</p> <p>"El teu blog jove" comienza en Octubre del 2008 y tiene como características principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio gratuito, abierto las 24h del día, confidencial.</li> <li>• Imagen dinámica, moderna y joven</li> <li>• Contenidos actuales y actualizados semanalmente</li> <li>• Posibilidad de participación pública y privada con un correo electrónico</li> <li>• Enlaces con páginas relacionadas con la salud, así como a webs de uso frecuente de adolescentes</li> </ul> <p><b>Conclusiones:</b></p> <p>Herramienta joven, con una imagen atractiva que va más allá de nuestra área geográfica.</p> <p>Nos ayuda como apoyo a dudas que plantean los adolescentes en la "Consulta Oberta"</p> <p>2300 visitas, una media de 10 diarias de diferentes puntos nacionales e internacionales. Los resultados son positivos dada la innovación que supone para temas de atención primaria, salud y adolescentes.</p>	<p>R. Jiménez Leal, J. Pérez Gañán, T. Blasco Trabado, A. Portella Serra.</p> <p>ABS La Selva del Camp</p> <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer resultados de la aplicación del protocolo de anticoncepción postcoital.</li> <li>- Mejorar la prevención prácticas sexuales de las adolescentes mediante la educación.</li> </ul> <p><b>METODOLOGIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicación del protocolo de anticoncepción postcoital</li> <li>▪ Parámetros valorados: edad, reincidencia, época del año, motivo, profesional que atiende la demanda, pacientes derivadas a comadrona y seguimiento por esta.</li> </ul> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Estudio descriptivo prospectivo del 30 septiembre 2004 al 31 diciembre 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atendidas: 215 pacientes</li> <li>▪ Edad media: 21 años.</li> <li>▪ Frecuentación: 7% primera vez, 93% reincidentes.</li> <li>▪ En primavera-verano 43,7 % demandas.</li> <li>▪ Motivos: 65,1 % rotura del preservativo, 20 % no anticonceptivo, 9,3 % preservativo dentro, 4,8 % anticoncepción incorrecta.</li> <li>▪ Administración : médico 53%, , enfermería 39,5% comadrona 7%.</li> <li>▪ Derivación a la comadrona: 47,4%, únicamente acudieron cita 35%.</li> <li>▪ Objeción de conciencia: 1 caso derivado a otro profesional sanitario.</li> </ul> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujeres mayores de 21 años.</li> <li>▪ Causa principal: rotura del preservativo.</li> <li>▪ Mayoría de las usuarias reincidentes.</li> <li>▪ Hacer hincapié en derivación a la comadrona para seguimiento y educación.</li> <li>▪ La nueva ley de dispensación en farmacias de Mayo 2009, no ha revertido en descenso de la demanda en Atención Primaria.</li> </ul>
<b>C8</b> ¿ES EL PROFESOR UN PUNTO CLAVE PARA LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGOS DE FUTURA PATOLOGÍA MENTAL EN LOS ALUMNOS DE UN IES PÚBLICO?	<b>C9</b> MENSAJES DE ADOLESCENTES ENTORNO AL TABACO
<p>G. Mimbbrero García, A. R. Silva Orjuela, C. Rubio Gascón, S. Dalmau Vidal, M. L. Diaz Salvatierra, S. Gil Mancha.</p> <p>ICS CAP SANT PERE REUS II</p> <p><b>INTRODUCCIÓN</b></p> <p>La adolescencia es una etapa frecuente de experimentación y de cambios, la preocupación por el cuerpo, pertenencia a un grupo social y querer ser independiente son características fundamentales de este grupo de edad.</p> <p><b>OBJETIVO</b></p> <p>Detectar factores de riesgos de futuras patologías mentales en la consulta abierta de enfermería dentro del programa "Salut i Escola".</p> <p><b>METODOLOGÍA:</b></p> <p>Tipo de estudio: descriptivo cualitativo mediante un grupo focal. Sujetos: alumnos de edades comprendidas entre 11 y 16 años. Ámbito: IES público de zona urbana. Instrumento: entrevista semidirigida a profesores y alumnos. Variables: alumnos, profesores, factores de riesgo.</p> <p><b>RESULTADOS</b></p> <p>Todas las consultas derivadas por tutores en el tercer trimestre del año 2009 fueron por alteración del comportamiento y/o pérdida de peso con sospecha de trastorno del comportamiento alimentario.</p> <p>Del total de consultas un 85% recibieron seguimiento satisfactorio por enfermería y/o educadora social y/o CSMIJ, el resto por negativa paterna no recibieron tratamiento.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Los profesores son los que detectan alteraciones del comportamiento en adolescentes, en estadios iniciales. Debido a la rapidez de actuación y al uso de recursos sociales favorece a una evolución positiva del problema.</p> <p>Establecer un contacto periódico interprofesional</p>	<p>E. Valdivieso López, M. L. Barrera Uriarte, E. Granado Font, A. M. Pedraza Anguera, C. Rey Reñones, A. Salazar García.</p> <p>ICS TARRAGONA</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Conocer que piensan, los adolescentes, sobre los fumadores.</p> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b> <u>Participantes:</u> Alumnos de 2º de ESO incluidos en el grupo intervención (N= 1200) <u>Diseño:</u> Estudio cualitativo comunitario, grupos focales conducido por dos enfermeras. <u>Instrumento:</u> Cada alumno relleno dos fichas con un mensaje dirigido a un ser querido. La verde la utilizaban para enviar un mensaje a una persona querida para agradecerle no fumar. La roja para un mensaje a alguien que fumara. <u>Recogida de datos:</u> Análisis cualitativo de los mensajes.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> Los mensajes fueron dirigidos familiares y amigos. En los verdes, destacan la salud, el olor, el rendimiento deportivo,... Dan importancia al tema económico. Como mensaje destacado: "Ayer recibí la noticia de que habías dejado de fumar, sé que lo hiciste por mí, porque yo te lo pedí y te lo agradezco. Gracias por hacerme feliz, te quiero" Una mayoría de mensajes rojos hace referencia a problemas de salud y estéticos. Como mensaje destacado: "Amiga mía: Tienes que dejar de fumar porque parece que he conocido a un cigarrillo en vez de a una persona"</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> Los adolescentes ven las implicaciones del tabaco a corto y largo plazo. Destacan aspectos no solo de la salud sino también económicos, de medioambiente...El anonimato les da mayor libertad para expresar sus opiniones.</p>

<b>C10</b>	<b>ULCERAS ESCROTALES PROFUNDAS RECIDIVANTES. ENFERMEDAD DE BEHÇET.</b>
M. Muñiz Fontán, N. Martín Torres, J. Cutrín Prieto, J. Blanco, V. C. Crujeiras Martínez, J. L. Iglesias Diz.	
Clínico Santiago. Teo.	
<p><b>Introducción:</b> La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica de causa desconocida, con una incidencia muy baja en la población infantil (inicio generalmente por encima de los 20 años). Presentamos a un adolescente diagnosticado de esta enfermedad tras presentar úlceras escrotales recidivantes.</p> <p><b>Caso clínico:</b> Varón de 14 años ingresado en dos ocasiones por presentar úlceras escrotales y fiebre de 48 horas de evolución..</p> <p>Antecedentes: mialgias gemelares recidivantes de dos años de evolución, relacionados con ejercicio y tratadas sintomáticamente; diagnosticado 18 meses antes de epididimitis aguda derecha. No refiere inicialmente la presencia de úlceras en mucosa oral. En la exploración física destaca úlcera dolorosa de 2x2 cms, irregular, exudativa, maloliente que permite visualizar albugínea testicular. Se descartaron enfermedades de transmisión sexual, presentando normalidad en los valores de IgS, ASLO, ANA, Anti DNA y factor reumatoideo, destacando elevación de reactantes fase aguda (VSG y PCR). Exploración ocular normal y test de patergia negativo. Histopatología de la lesión inespecífica.</p> <p>Durante un segundo ingreso presenta lesiones aftosas orales (refiere varios episodios en el último año) junto con nódulo eritematoso pretibial izquierdo, cumpliendo criterios diagnósticos para E. Behçet e iniciándose tratamiento con prednisona, colchicina y metotrexate con buena respuesta y evolución favorable un año después.</p>	
<b>C11</b>	<b>INGRESO POR INTOXICACIÓN DE ADOLESCENTES. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.</b>
V. Crujeiras, L. Vazquez, D. Dacruz, R. Ares, L. Gonzalez, A. Ferreiro, M. Lopez Rivas, J. L. Iglesias Diz.	
Clínico Santiago. Teo.	
<p><b>Objetivo:</b> Describir las características epidemiológicas y clínicas de adolescentes ingresados por intoxicaciones.</p> <p><b>Método:</b> Estudio descriptivo retrospectivo de 85 adolescentes de 11 a 16 años hospitalizados por intoxicación en los últimos 10 años.</p> <p><b>Resultados:</b> Las causas más frecuentes de intoxicación han sido intento de suicidio en 42 casos (49 %) y consumo recreacional en 33 (39 %). Registramos antecedentes de patología psiquiátrica en el 32 % de los pacientes e intoxicaciones anteriores en el 14 %. La gran mayoría de las intoxicaciones se produjeron con una única sustancia, En 11 casos la intoxicación fue colectiva, predominantemente etílica. Los datos clínicos más frecuentes han sido neurológicos (somnia o alteración del nivel de conciencia). Casi un tercio de los pacientes ingresó para observación, sin recibir ninguna medida terapéutica. La estancia media hospitalaria fue de 4.85 días. No registramos ningún fallecimiento, ni secuelas físicas.</p> <p><b>Conclusiones:</b> La inmensa mayoría de las intoxicaciones se producen por ingesta intencional con fines autolíticos o de manipulación ambiental y recreacionales, siendo el etanol y las benzodiazepinas las sustancias más utilizadas.</p>	
<b>C12</b>	<b>ANÁLISIS DE LA CONSULTA DEL ADOLESCENTE EN LOS INSTITUTOS URBANOS.</b>
I. Muiño Bové, A. Palau Vendrell, M. Bosch Seró, M. Pérez Pérez, Y. Gómez López, M. Domingo Fusté, M. Fernández Garcia, M. Gens Barberà.	
EAP Salou	
<p>El marco sociodemográfico de nuestra población se caracteriza por la diversidad étnica, el carácter migratorio, y una cuantiosa clase obrera que trabaja en el turismo, con horarios de nocturnidad, jornadas laborales largas y temporadas de trabajo intenso. En consecuencia, la población adolescente pasa mucho tiempo sin sus padres, y influenciada por el reclamo del ocio de la zona.</p> <p>Desde 2008 se inicia, un programa de promoción de salud y prevención para adolescentes en los Institutos de Educación Secundaria (IES). Un agente de salud, enfermera, se desplaza semanalmente a cada instituto, ofreciendo consulta para adolescentes para atender a sus dudas.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b> Analizar la consulta del adolescente en los 3IES urbanos.</p> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b> Estudio observacional descriptivo. Recogida de datos consulta del adolescente, curso 2008-2009, de los 3IES: edad, género, número y motivo de consulta.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> Consultaron 322 adolescentes, 24'8% varones, 75'2% mujeres. Motivos de consulta más frecuentes: sexualidad (19%), salud alimentaria (18'6%) y problemas físicos (6'8%). Por sexos: mujeres, anticoncepción (15'3%), asesoramiento dietético (15'3%); hombres, uso de preservativo (15%), problemas salud físicos (12%), tabaco (11'2%). La edad que más consultaron: 14años (31%), 15años (27'32%).</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> Observamos un interés especial por la sexualidad y salud alimentaria. Destacan las mujeres como las más consultadoras. El programa es útil, porque acerca a adolescentes la educación sanitaria y preventiva.</p>	
<b>C13</b>	<b>PATOLOGIA TIROIDAL EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE.</b>
M. A. Peix Sambola, E. Balague Galitó, C. Palasi Bargallo.	
EAP Sardenya. Barcelona.	
<p><b>OBJETIVO:</b> Determinar la etiología y prevalencia patología de tiroides en una población de 8-18 años.</p> <p><b>MATERIAL Y METODO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio descriptivo transversal</li> <li>- Búsqueda informatizada pacientes con alteración niveles TSH o diagnóstico de patología tiroidea entre enero del 2001 y diciembre del 2009.</li> </ul> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Prevalencia disfunción tiroidea =1,88%. N=36 (26♀, 10 ♂), media de edad 10,63, Bocio eutiroides: 8, Hipotiroidismo subclínico: 21, Hipotiroidismo: 6 y hipertiroidismo: 1.</p> <p>Hipotiroidismo: 5 Tiroiditis autoinmune y 1 secundario a radioterapia. Todas las tiroiditis presentaban un tiroides palpable y recibieron tratamiento sustitutivo. Bocio como única Manifestación inicial 2 Bocio, Anticuerpos negativos 1 y TSH inicial frenada: 2</p> <p>Hipotiroidismo subclínico: ninguno clínica compatible con disfunción tiroidea.</p> <p>El 28,5% (6) anticuerpos anti-tiroideos positivos y tiroides palpable en 1.</p> <p>El IMC en el 28,5% (6) era superior p85 y de ellos, el 66,6% (4) colesterol total alto.</p> <p>Seguimiento: Solo 3 pacientes con hipotiroidismo subclínico permanente.</p> <p>Un paciente con bocio, hipotiroidismo subclínico permanente i anticuerpos negativos, a los 6 años anticuerpos positivos y ecografía compatible con tiroiditis.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>La prevalencia es similar a estudios europeos.</p> <p>Las Tiroiditis autoinmune presentaban un tiroides aumentado de tamaño.</p>	

<b>C14</b>	<b>PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DOLOR DE ESPALDA EN ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA, ESO Y BACHILLERATO.</b>
M. Ruiz - Martín (1), L. Balcells- Vilarnau (2), J. Del Val-García (3), N. Pacheco-Rubio (1), I. Mejía-Ganoza (1), P. Jordana-Ferrando (1).	
(1) CAP Montcada i Reixac. Barcelona. , (2) CAP Sant Andreu. Barcelona. , (3) USR Barcelona.	
<p>La prevalencia del dolor de espalda en niños y adolescentes está poco estudiado en España. Hay gran controversia en cuanto a factores de riesgo con lo cual clarificarlos es determinante para realizar una intervención preventiva en estas edades y su posible progresión en la edad adulta.</p> <p><b>OBJETIVO.</b> Determinar la prevalencia del dolor de espalda en niños escolarizados en nuestro medio y encontrar asociaciones con variables sociodemográficas, psicológicas, mecánica, ergonómicas y estilos de vida.</p> <p><b>MÉTODO.</b></p> <p>-Estudio cualitativo con dos grupos focales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 padres (criterios- sexo, nivel sociocultural y edad de los hijos)</li> <li>- 8 jóvenes (criterios- nivel sociocultural de los padres, sexo y edad).</li> <li>- Para analizar la percepción del riesgo de desarrollar dolor de espalda; experiencia, información , significado y motivos que tiene para los jóvenes y sus padres</li> </ul> <p>-Estudio observacional descriptivo con 412 niños y adolescentes escolarizados en Educación Primaria, ESO y Bachillerato. Los escolares contestarán: Cuestionario validado por Gil del Real MT et al, 1999 adaptado, la escala EVA de dolor y el cuestionario SQD .Los padres contestarán: Cuestionario validado por Gil del Real MT et al, 1999.</p> <p>Los resultados de ambos estudios se valorarán para una intervención en padres, profesores y niños, que correrá sobre todo a cargo de fisioterapeutas y osteópatas.</p>	
<b>C16</b>	<b>ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA DE ADOLESCENTES DENTRO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>
M. Bosch Seró (1), I. Muiño Bobé (1), A. Palau Vendrell (1), M. Perez Perez (2), A. Marin (2), V. Buj Del Abate (3).	
(1) ABS Salou, (2) ATS ABS Salou, (3) ABS Salou	
<p>En Pediatría hemos creado una consulta exclusiva para adolescentes de 12-18 años, de una hora semanal, fácil acceso y sin coincidir con otros usuarios de Pediatría. Los jóvenes atendidos proceden de la misma consulta del pediatra, por demanda paterna o desde el instituto, con el objetivo de resolver su problema, conseguir una mejor relación de confianza, favorecer la reflexión sobre sus conflictos y mejorar su autoestima.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Detallar la actividad en una consulta para adolescentes dentro de un Centro de Atención Primaria.</p> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b></p> <p>Estudio observacional descriptivo. Recogida de datos año 2008-2010: edad, sexo, motivos de consulta y cuestionario guía del grupo de adolescentes compuesto por 9 puntos.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Adolescentes visitados 45 (15 varones y 28 mujeres) los cuales 86,6% presentó problemas de consulta: Trastorno de conducta (17,9%), Trastorno alimentario (25%), Sexualidad de riesgo (10,2%), Patología psiquiátrica (23%), Adicción a Internet (10%). Resultados del cuestionario pasado a 20 jóvenes (44,4%): Fuman (20%), consumo alcohol (25%), drogas (5%)</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Una consulta específica para adolescentes es una buena manera de acercarse a ellos. Los motivos de consulta hallados coinciden con los detallados por otros autores. Es difícil valorar la sinceridad en sus respuestas. Será necesario mejorar la difusión para aumentar el número de jóvenes atendidos.</p>	
<b>C15</b>	<b>PROGRAMA "SALUT I ESCOLA": DETECCIÓN DE TRANSTORNO DE ANSIEDAD TIPO FOBIA ESPECÍFICA.</b>
S. Delgado Compte, A. Clarabuch, S. Silvestre, M. A. Peix, C. Palasi, E. Balagué.	
EAP SARDENYA. BARCELONA.	
<p>Objetivo programa <b>SALUT I ESCOLA:</b> mejorar la salud de los adolescentes, prevención situaciones de riesgo y atención precoz a la salud mental, afectiva, sexual y adicciones.</p> <p>Curso escolar 2008-2009 distrito de Horta-Guinardó (Barcelona): total 1.248 consultas (61,7% mujeres). 119 derivaciones: 24 al médico y 18 a enfermería de atención primaria, 23 al ASSIR (Atención Salud Sexual y Reproductiva) 22 al CSMIJ (Centro de Salud Mental Infante Juvenil), 15 al servicio de orientación sobre drogas y otros.</p> <p><b>Motivos de consulta:</b> 41,0 % sexualidad, 17,9 % consumo de sustancias, 10,4 % salud mental, 9,6 % alimentación, 7,6 % relaciones sociales, 3,8 % maltrato y otros.</p> <p><b>CASO CLÍNICO:</b> adolescente de 14 años que acude a la "consulta abierta" por miedo a ser agredida en la calle y por ello no sale de casa sola. Se deriva al CSMIJ.</p> <p>Diagnosticada de Trastorno de Ansiedad tipo <b>Fobia Específica</b> (DSM-IV) al presentar cambios fisiológicos y estrategias de evitación que limitan su vida diaria.</p> <p>Tratamiento cognitivo-conductual basado en exposición graduada in vivo a las situaciones anisógenas, conjuntamente con reestructuración cognitiva y técnicas de manejo de la ansiedad. Evolución positiva con disminución de la ansiedad al afrontar las situaciones temidas y sin estrategias de evitación</p>	
<b>C17</b>	<b>¿ATENCIÓN A LA CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES EN FARMACIAS O EN EL CENTRO SANITARIO?</b>
A. Reche Martínez, G. Perez Busquets, S. Rovira Mañe, J. Conchillo Muñoz, D. Sabate Lissner, V. Salvado Novell, M. Munte Bigorra, R. Pedret Llaberia, E. Martí Suau.	
CAP SANT PERE REUS	
<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocer si se ha visto afectado en población joven (&lt;26 años) que acuden a buscar la píldora postcoital al ABS desde que se puede solicitar en farmacias (septiembre del 2009).</li> <li>▪ Comparar la demanda de la píldora postcoital en menores y mayores de 26 años.</li> </ul> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b> Es un estudio observacional descriptivo, en el cual queremos comparar la afluencia de pacientes que solicitan la píldora postcoital en 6 meses del año 2009, dividido en 2 periodos. El primero, de marzo a mayo, cuando no se podía solicitar la píldora sin receta médica en farmacias, y un segundo periodo en el cual si que se podía, de octubre a diciembre. Comparación en &lt; y &gt;de 26 años.</p> <p>Obtención de datos: programa e-cap.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Ha disminuido un 47% los adolescentes que acuden al ABS a buscar la píldora postcoital, desde que se comercializa en farmacias. Antes había 153 demandas: 100 (&lt;26 años) y 53 (&gt;26) y ahora 46: 36(&lt;26) y 10(&gt;26).</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Ha disminuido mucho la demanda de píldora postcoital. La demanda es mayor en menores de 26 años. Sea adquirida en un ámbito u otro, lo importante es proporcionar la información adecuada sobre la contracepción de emergencia.</p>	

<b>C18</b>	<b>COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA OBESIDAD MÓRBIDA, LA MEJOR OPCIÓN AL TRATAMIENTO.</b>	<b>C19</b>	<b>PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN ADOLESCENTES.</b>
E. Botifoll Garcia, G. Marti Aromir, J. Sitjes Costa, J. Dorca Vila, S. Zambudio Sert.		R. Lara Ibañez, M. Herreros Martínez, D. Garola, J. M. Sabaté Fiestras, M. A. Bericat Abadía, O. Ochoa Gondar.	
ST.JOAN DE DEU. ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL MANRESA		ABS Sant Pere i Sant Pau. ICS. Tarragona.	
<p>Paciente de 8 años controlada en la Unidad de Obesidad.</p> <p><b>Exploración física:</b> P= 92 Kg (<math>P &gt; 97</math>) T= 142 cm (<math>P 75-97</math>) IMC 46 Kg/m<sup>2</sup> (+ 10,8 DE). Tanner P2 A2 B1-2 adipomastia. Acantosis nigricans en axilas y cuello. Cifosis cervical. Cianosis peribucal. Genu valgo bilateral. Bradipsíquica y somnolienta.</p> <p><b>Exploraciones complementarias:</b> urato 6,7 mg/dl. LH, FSH, estradiol prepuberales. ACTH, cortisol y Cortisoluria normales. HOMA= 28,7.</p> <p>Cariotipo 46 XX. ADN SPW negativo. RM craneal, TAC abdominal y Ecocardiograma normal. Eco abdominal: esteatosis hepática. Edad ósea= 9 años</p> <p>Sobrecarga oral de glucosa: normal.</p> <p><b>Orientación diagnóstica y tratamiento:</b> obesidad mórbida asociada a insulinoresistencia, pubarquia adelantada y Síndrome de apnea obstructiva al sueño (SAOS). Inicia tratamiento del SAOS con ventilación no invasiva (VNI), amigdalectomía y adenoidectomía, en la Unidad de Obesidad se intenta cambio de estilo de vida y alimentación junto con dietista e introducción de ejercicio en rehabilitación. Seguimiento psicológico y escolarización en el espacio educativo del Hospital. Tratamiento farmacológico con Metformina y Orlistat.</p> <p><b>Evolución:</b> mejora autoestima, escolarizada, cambio de hábitos con pérdida ponderal del 13,2% en 2 meses</p> <p><b>Conclusiones:</b> La obesidad mórbida precisa gran coordinación multidisciplinar.</p>		<p><b>INTRODUCCIÓN:</b> Los adolescentes, en virtud de los problemas propios de su desarrollo y de la problemática social actual, experimentan con frecuencia, una gran variedad de trastornos emocionales. Las benzodiacepinas (bzd) son consideradas de interés en la problemática del consumo de drogas pero existe poco conocimiento sobre su consumo en adolescentes. El objetivo de este estudio es evaluar el consumo de bzd prescritas.</p> <p><b>METODOLOGÍA:</b> Estudio descriptivo transversal. que incluyó 1196 jóvenes de 15 a 22 años adscritos a una Área Básica de Salud urbana. Se revisaron todas las historias clínicas de la población de estudio para detectar a los pacientes que consumían bzd, el tipo de bzd y la patología por la que se habían prescrito.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> 3,5% (43) de los jóvenes toman bzd, 69,8 % mujeres y 30,2% varones. La media de edad de los jóvenes que toman bzd fue 20,4 años (DE 1,6). La bzd más frecuentemente prescrita fue <i>Alprazolam</i> (39,5%), seguida de <i>Diazepam</i> (25%) y <i>Lorazepam</i> (10,4%). Las patologías más frecuentes por las que se prescribieron las bzd fueron ansiedad (41,9%) e insomnio (11,6%) y en 32,5% de los casos no se había registrado ningún diagnóstico.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> A pesar de que el consumo de bzd en nuestra población de estudio es menor a la descrita en otros estudios europeos (7-10%), es necesario lograr un uso más racional de estos medicamentos y enseñar a los adolescentes mecanismos más saludables para aceptar y enfrentar las tensiones de la vida cotidiana.</p>	
<b>C22</b>	<b>DETECCIÓN Y ABORDAJE DE PROBLEMAS DE SALUD EN LOS INSTITUTOS URBANOS.</b>	<b>C23</b>	<b>DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES EN LA ESCUELA.</b>
A. Palau Vendrell, I. Muiño Bové, M. Bosch Seró, M. Pérez Pérez, Y. Gómez López, R. García D'acuña, C. Ferrández Ferrer, M. Luna Arce.		Á. López Blasco, C. Carrera Manchado, M. T. Campillos Paez, J. F. Navarro Hidalgo, M. Massotti Ayela.	
ABS SALOU		CS Los Ángeles. Madrid.	
<p><b>INTRODUCCIÓN</b></p> <p>Nuestra población se caracteriza por diversidad étnica, el carácter migratorio, y una cuantiosa clase obrera dedicada al turismo, con horarios nocturnos, jornadas laborales largas y temporadas de trabajo intenso. La población adolescente pasa mucho tiempo sin sus padres, influenciada por el reclamo del ocio de la zona.</p> <p>El programa de promoción de salud y prevención para adolescentes en los Institutos de Educación Secundaria (IES) donde un agente de salud(AS), enfermera, se desplaza a cada instituto, ofreciendo consulta para atender dudas y detectar problemas de adolescentes.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Analizar el papel del agente de salud en los IES, para la detección y abordaje de problemas.</p> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b></p> <p>Estudio observacional descriptivo. Datos del curso 2008-2009, de las consultas de los adolescentes de los 3IES(n=1077), de los problemas de salud detectados y de la actuación de la AS.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> Consultaron 322 adolescentes. Fueron derivados al especialista 44: médico de atención primaria (61.36%), oftalmólogo (9.1%), DUI (11.36%), CSMIJ (13.63%), toxicomanías (4.55%). El resto fueron solucionados por el mismo AS.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>La presencia del AS en el instituto ayuda en la detección temprana de problemas relacionados con la salud del adolescente y permite solucionarlos in situ por el propio AS o a través de derivación a otros profesionales</p>		<p><b>JUSTIFICACIÓN</b></p> <p>Importancia pedagógica Educación Sexual.</p> <p>Sexo adolescentes más precoz-intenso: primer coito &gt; 16 años, 30% varones, 22.5% mujeres; anticonceptivos: 14% coitus interruptus, 15% nada. Aumento de interrupción voluntaria de embarazo.</p> <p>Existencia mitos sexuales. Desconocimiento recursos socio-sanitarios existentes.</p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <p><b>Principal:</b> Fomentar en adolescentes conductas saludables y responsables en educación sexual-afectiva.</p> <p><b>Secundarios:</b> Capacitar a padres para mejorar comunicación con hijos; incorporar al adolescente como protagonista de hábitos saludables; erradicar creencias erróneas en sexualidad; informar sobre recursos socio-sanitarios.</p> <p><b>METODOLOGÍA</b></p> <p><b>Programación:</b> 1º-4º ESO. Dos institutos Zona Básica de Salud. Curso completo, 2 años. Dos actividades paralelas:</p> <p><b>Actividades para adolescentes:</b> 18 sesiones. Conocimientos sexualidad, habilidades prácticas sexuales, uso anticonceptivos.</p> <p><b>Actividades para padres:</b> 6 sesiones. Conocimientos sexualidad, estrategias comunicación.</p> <p><b>Recursos:</b> Humanos: 1 médico-sexólogo, 1 enfermera, 1 psicólogo, 2 profesores/educadores, 2 adolescentes (líderes). Materiales: aula, ordenador, Internet, video.</p> <p><b>Financiación:</b> Subvención.</p> <p><b>Estrategias:</b> Grupo de iguales. Desarrollo habilidades. Adecuación contenidos y estrategias.</p> <p><b>Técnicas:</b> Método participativo, bidireccional. Exposición teórica, apoyo multimedia, discusión, dinámica de grupo, simulaciones, resolución conflictos de forma individual-colectiva, practicar habilidades aprendidas.</p> <p><b>Evaluación: Preintervención:</b> Evaluación inicial nivel conocimientos, habilidades-actitudes. <b>Proceso. Indicadores cuantitativos:</b> número asistentes, participantes taller, actividades realizadas-previstas. <b>Indicadores cualitativos:</b> participación actividades, grado satisfacción coordinadores-participantes. <b>De resultados:</b> Encuesta conocimientos-actitudes, grupos discusión, descenso número ETS y embarazos no deseados.</p> <p><b>Limitaciones del estudio:</b> escasa muestra garantizar efectividad programa.</p> <p><b>Aspectos ético-legales:</b> Confidencialidad alumnos-padres-educadores. Consentimiento padres-tutores.</p>	

C24	¿SE VACUNAN NUESTROS ADOLESCENTES FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)?
	C. Carrera Manchado, A. López Blasco, J. F. Navarro Hidalgo, M. Massotti Ayela, R. Yrazusta Ayuso, M. Del Castillo Berruguete, M. Campillos Páez.
	Centro Potes MADRID
	<p><b>OBJETIVO:</b> Conocer la cobertura de vacunación contra el VPH de la población adolescente y características de quien accede a ésta, en Equipo de Atención Primaria (EAP) urbano.</p> <p><b>METODOLOGÍA:</b> El EAP Potes (Área 11 Madrid) lo integran: 8 médicos, 2 pediatras, 9 enfermeras y personal administrativo. La Comunidad de Madrid incluye en Calendario la vacuna VPH en 2008 (niñas nacidas a partir del 01/01/1994). Estudio descriptivo transversal. Periodo 01/01/1009 al 31/12/2009.</p> <p>Se diseña base de datos (10 variables socio-sanitarias ). La información se obtiene de Historia Clínica Informatizada (OMI AP). Se realizan contactos telefónicos ( se aconseja completar calendario )</p> <p><b>RESULTADOS:</b> Cobertura vacunación inicial 56.4% Cobertura vacunación final 80.9%. Inicio relaciones sexuales 28.7%, información sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual 65.7%. País de origen: España 75%, Sudamérica 16.7%, Asia 1.9%. Sin estudios 5.6%. Vacunación correcta 75% .No se registraron reacciones adversas a destacar.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> La inclusión en Calendario de la vacuna ha tenido una aceptación relativa. Se debería insistir en la indicación de la vacunación y en la importancia de completar todas las dosis (recordatorio telefónico).</p> <p>En la revisión correspondiente a los 14 años, se ha de aprovechar para hacer Educación Sanitaria que contenga información sobre aspectos relacionados con la sexualidad. (MARCO EXCELENTE).</p>
C25	BALON INTRAGÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES.
	Casas Rivero J*, Villarino Sanz M*, Torres Sancho G*, Olivares Arnal P**.
	Unidad de Medicina de la Adolescencia*, Cirugía Pediátrica ** Hospital Infantil La Paz. Madrid.
	<p><b>Introducción:</b> La alta prevalencia de la obesidad, con el aumento de las patologías asociadas, hace que en ocasiones precisemos de medidas agresivas para lograr una pérdida de peso. El Balón Intragástrico (BIG) puede ser un recurso en adolescentes.</p> <p><b>Objetivo:</b> Demostrar la eficacia del BIG junto al tratamiento nutricional en la obesidad.</p> <p><b>Material y métodos:</b> Seleccionamos un paciente de 18 y una de 16 años, con escasa/nula pérdida ponderal a pesar de su seguimiento estrecho y se comparó su evolución desde la implantación del BIG hasta su extracción a los 6 meses y control posterior.</p> <p>Se realizó una valoración nutricional, antropométrica, registros de 72h, frecuencia de consumo de alimentos, Bioimpedancia, tests BIA y BSQ y recomendaciones nutricionales, repitiéndose cada 3 semanas.</p> <p><b>Resultados:</b> La tolerancia al BIG fue excelente. La paciente logró una pérdida ponderal desde IMC: 34 a 25,69 kg/m2. El varón pasó de IMC: 33,13 a 31,78. En ambos la mejoría en los hábitos alimenticios y en su percepción frente a los demás fueron muy relevantes y se mantuvo durante los 6 meses de seguimiento posterior.</p> <p><b>Conclusiones:</b> El BIG es bien tolerado en nuestros dos pacientes, aunque faltan más sujetos para juzgar su utilidad en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil.</p>