

XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente

Pamplona, 28 y 29 de septiembre de 2001

COMUNICACIONES ORALES

PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL MODELO "ALCALÁ DE HENARES"

P.J. Ruiz Lázaro y D. Bosques Castilla

Centro Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Madrid.

A raíz del proyecto "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes", que obtuvo en 1998 el primer premio SEMFYC para proyectos de actividades comunitarias en atención primaria (PACAP), hemos desarrollado un modelo de promoción de la salud del adolescente en atención primaria, con atención individual y grupal, dentro de la jornada de trabajo de los profesionales, basada en dotar de recursos efectivos a los jóvenes para que sean capaces de aumentar su autoestima y asertividad y afrontar las inevitables situaciones de riesgo, que relacionadas con su desarrollo personal y psicosexual, se encuentran en la adolescencia y se encontrarán con posterioridad. Basándonos en la convicción de que aproximarse a los adolescentes con sinceridad y honestidad, provoca en ellos las mismas cualidades y que las expectativas, positivas o negativas, de una persona influyen realmente en la otra persona con la que se relaciona (efecto Pigmalión) hemos conseguido espacios donde cerca de 300 adolescentes en 3 años han sido protagonistas de una metodología activa, participativa, bidireccional, partiendo de los preconceptos y buscando el aprendizaje significativo, intentando favorecer el diálogo entre todos, hacer partícipes a los demás de los propios conocimientos y adoptar diferentes puntos de vista. Se han realizado en el propio centro de salud semanalmente talleres de adolescentes de 12 a 14 años y de 15 a 18 años, reuniones de coordinación con otros profesionales, talleres de padres de adolescentes, consulta de promoción de la salud del adolescente (espacio 12-16), asesoramiento a otros profesionales (trabajadores sociales, equipo de orientación educativa y psicopedagógica), evaluación continuada de los adolescentes, reuniones con padres y tutores, y formación práctica a estudiantes pregrado. En el propio ámbito escolar se ha trabajado una hora y media a la semana, en horario escolar y durante todo el curso académico, con adolescentes en riesgo psicossocial de ESO de un colegio público de la zona, un taller de intervención en el ámbito del desarrollo personal. La evaluación del modelo por parte de los destinatarios, observadores y expertos externos ha sido sobresaliente, demostrando la factibilidad y la utilidad del mismo.

INTERESES Y NECESIDADES DE SALUD EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO Y EDAD

M.C. Bruguera, I. Asolo, M. Yega y E. Espinoza

C.M.S. Chamberí. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: Conocer cuáles son los intereses y necesidades de salud en los adolescentes nos permitirá adecuar nuestra intervención dentro del Programa del Adolescente del Ayuntamiento de Madrid en el ámbito educativo y asistencial.

Objetivos: Conocer cómo se sienten, cuáles son los temas que les interesarían consultar con un profesional, si de manera individual o en grupo y qué método emplear. Buscando diferencias entre chicos/as y entre las distintas edades.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo y analítico en una muestra de 659 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 19 años, el 96,1% de la muestra tienen de 14 a 17 años. El 54% son chicas y el 46% chicos.

Los datos se obtienen a través de un cuestionario anónimo con preguntas cerradas que se realizó en los cursos 1º, 2º y 3º de BUP de dos colegios, uno público y otro privado del Distrito de Chamberí del Municipio de Madrid.

Se utilizó el programa estadístico, SPSS 9.0, para la descripción y el análisis de los datos.

Resultados y conclusiones: En una escala de 0 a 10 para valorar su estado de salud, las chicas presentan una media de 7,09 con una desviación típica de 1,73; los chicos una media de 7,53 y desviación típica de 1,95; la diferencia de las medias es estadísticamente significativa y se mantiene en todas las edades, si bien tienen tendencia a igualarse en los chicos y chicas de 3º de BUP (16-17 años). El 37,2% de los adolescentes de la muestra están interesados en consultar con un profesional, algún tema relacionado con la salud; las chicas presentan mayores porcentajes que los chicos en todas las edades siendo en 3º de BUP esta diferencia estadísticamente significativa. Los temas que presentan más interés para ser tratados en grupos son: sexualidad 60,10%, tabaco, alcohol y otras drogas, 50,2%, hábitos de salud en general, 20,5%; no existiendo diferencias significativas entre los chicos y las chicas, entre las distintas edades. Individualmente prefieren tratar los siguientes temas: dificultad de tipo psíquico y emocional un 31,9%, nutrición, obesidad y dieta 23,1%, existiendo diferencias estadísticamente significativas a favor del interés de las chicas y además este interés aumenta con la edad, mientras que en los chicos el interés a los 14 años es similar al de los 17 años. Imagen corporal 23,6% no existen di-

ferencias significativas entre chicos y chicas ni entre las diferentes edades. Los problemas relacionados con la familia y los amigos les interesan más a las chicas, si bien la diferencia sólo es estadísticamente significativa en 2º de BUP (edad 15-16 años). El método que prefieren para tratar estos temas en grupo, es el debate frente a la charla u otros, esta diferencia es estadísticamente significativa en 2º de BUP donde claramente prefieren el debate a la charla.

SIGNOS DE ALERTA EN ADOLESCENTES DE TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, DE CONDUCTA ALIMENTARIA, PSICOSOCIALES Y FAMILIARES

H. Paniagua Repetto, S. García Calatayud, G. Castellano Barca, C. Redondo Figuero y R. Sarralle Serrano

Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria de Cantabria.

Objetivos: La adolescencia es una etapa de la vida en que pueden aparecer trastornos de aprendizaje, de conducta alimentaria, afectivos, familiares y comportamientos agresivos y violentos, que son detectados tardíamente en muchas ocasiones. Se investigó entre los adolescentes la presencia de signos de alerta de padecer estos trastornos.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, medianamente encuesta a 2.178 adolescentes de 12 a 16 años, representativos de Cantabria. A través de diversos parámetros encontrados en la literatura, se definieron diferentes signos de alerta frente a los trastornos a investigar.

Resultados: El 4,2% de los adolescentes presenta conductas de rechazo escolar, dificultades de comportamiento en clase y declinación académica en los últimos 2 años, por lo que estaría en riesgo de padecer trastornos primarios del aprendizaje.

Este trastorno es más frecuente en varones, alumnos de colegios públicos y adolescentes cuyos padres poseen un menor nivel de estudios.

El 4,3% refiere mala imagen corporal y conductas de mantenimiento crónico de dietas el último año, por lo que debería descartarse entre ellos anorexia nerviosa o bulimia. Se observan diferencias a favor de mujeres y de adolescentes entre 14 y 16 años.

El 10,2% tiene humor deprimido o irritable con frecuencia y ha perdido interés o placer por las actividades cotidianas, por lo que serían adolescentes en riesgo de padecer trastornos emocionales. Este trastorno predomina en mujeres y adolescentes entre 14 y 16 años.

El 8,4% ha llegado a la violencia con amigos o familiares y a menudo está envuelto en peleas o riñas, por lo tanto serían sospechosos de tener conductas agresivas y violentas. Este perfil de riesgo es más frecuente en varones.

El 2,2% no se siente valorado por su familia, no se encuentra a gusto con ella y es recriminado frecuentemente en casa, por lo que habría que descartar entre ellos inadaptación familiar. Este trastorno es más frecuente entre los varones y adolescentes de 14-16 años.

El riesgo de padecer cualquiera de los cinco trastornos estudiados se asocia con un mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre los adolescentes.

Conclusiones: Los adolescentes de 12 a 16 años presentan signos que debieran alertar sobre la posibilidad de padecer tras-

tornos de inadaptación familiar, primarios de aprendizaje, de la conducta alimentaria, de conductas agresivas y violentas, y afectivos, con una frecuencia que oscila entre 2,2 y 10,2%, según el trastorno investigado.

Es significativa la asociación de todos ellos con el consumo de drogas legales e ilegales. La detección precoz de adolescentes en riesgo permitiría realizar actividades preventivas en esta población.

SOSPECHA CLÍNICA EN EL INICIO DEL ADOLESCENTE CON DIABETES TIPO 1. VISIÓN DESDE EL HOSPITALARIO. ESTUDIO COLABORATIVO

M. Oyarzábal¹, M. Chueca¹, A. Sola¹, M.J. López², C. Luzuriaga³, I. Rica⁴, M. Rodríguez⁵, G. Echarte¹ y G. Goñi¹

Unidades de Endocrinología Pediátrica. ¹Hospital Virgen del Camino. Pamplona. ²Hospital Universitario de Valencia. ³Hospital Marques de Valdecilla. Santander. ⁴Hospital de Cruces. Vizcaya. ⁵Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

El inicio en CAD sigue representando un porcentaje importante al diagnóstico, lo que hace pensar que a pesar de los avances en la atención del adolescente, la diabetes sigue siendo una patología mal conocida.

Objetivos: Valorar la correcta orientación diagnóstica de la enfermedad en los distintos niveles sanitarios asistenciales y conocer las características que rodean al inicio, en Unidades de Diabetes de referencia para la población pediátrica.

Material y métodos: En el período de tiempo 1-1-1995 y 31-12-2000 debutaron 142 pacientes entre 10-16 años (78 varones/64 mujeres) en los diferentes hospitales. Analizamos la orientación diagnóstica (pediatra, médico, familiar o nadie) el lugar donde se les diagnosticó (centro de salud, hospital comarcal, unidad de endocrinología pediátrica [UEP] o urgencias) la fecha (día de semana y hora que acudieron a urgencias), y si lo hacían por voluntad propia o por derivación sanitaria.

Recogimos también el motivo de consulta y los síntomas clínicos (CAD sí/no).

Resultados: 108 pacientes (76% de los casos) llegan a urgencias por derivación sanitaria, pero sólo 63 (44%) vienen al hospital con diagnóstico cierto.

La obligada remisión urgente desde el pediatra/médico fue tan sólo en 81 casos y con demora en 17; 35 pacientes acuden a urgencias pasando por el centro de salud sin haberse sospechado la enfermedad.

El 34% iniciaron en CAD (n = 34) y otro 19% con evidente alteración del estado general (n = 19). Los que acuden a urgencias por iniciativa familiar lo hacen en peor estado general, CAD (n = 13) ($\chi^2 = 8,97$, $p < 0,005$).

Predomina la consulta en urgencias en día laborable (78% frente a 22% en festivo o víspera) y en horario de mañana.

Motivo de consulta: con sospecha de diabetes (poliuria, polidipsia, nicturia) acuden sólo el 45%, 24% con decaimiento y con otros síntomas (31%) como vómitos, dolor abdominal, GEA y dificultad respiratoria el 31%; siendo de destacar que analizando la clínica que presentaron al inicio, el 86% tenían claros signos de enfermedad.

Conclusiones: La orientación diagnóstica en el centro de salud sigue siendo deficiente, lo cual agrava la situación clínica al inicio con incidencia de CAD muy elevada, sin apreciarse mejoría en los últimos años.

UTILIZACIÓN DE PAROXETINA EN ADOLESCENTES

O. Barbosa Forte

Consultorio Pediatría y Adolescencia. Buenos Aires. Argentina.

La adolescencia para que se convierta en vital necesita de familia, escuela e instituciones que trabajen en interacción continua manteniendo una adecuada identificación cultural, que no sea sólo a través de objetos idealizados y vendibles.

Al carecer de identificación cultural y encontrar fracaso en el proceso de socialización, algo que es responsabilidad básica de la familia, aparecen los "suicidios", a través de la violencia, la droga, los accidentes, la depresión, etc.

Es fundamental estudiar la unidad de enfoque que es la familia, en su totalidad, tratando de recuperarla, buscando un núcleo familiar capaz de normar y nutrir en todos los aspectos para minimizar los riesgos a los que los adolescentes quieren exponerse, buscando así que sublimen conductas que de otro modo llevan a trastornos de los cuales es difícil salir solo.

A menudo los problemas de salud del adolescente se encuentran ligados a sus comportamientos. Este período de transición de la niñez a la adultez constituye en general una de las etapas más hermosas de la vida.

Sin embargo, ocasionalmente puede convertirse en un período conflictivo que abre camino a la enfermedad o a la muerte. Las conductas que surgen en la adolescencia determinarán la salud o la enfermedad crónica durante la etapa adulta, y es aquí donde cobra importancia la consulta precoz por parte de los padres o del mismo adolescente (esto último es más difícil).

Es necesario conocer las reglas del funcionamiento familiar y los modelos teóricos que permiten operar sobre ellas, igualmente sobre las instituciones con las que el adolescente y su familia interaccionan, el grupo de pares, la escuela, el barrio, la televisión, el trabajo, los centros de salud. Atender las conductas de riesgos de los adolescentes, entendiendo que su pedido no es un requerimiento individual sino que parte de un contexto de totalidad que es "El Adolescente" más su grupo de pertenencia, fundamentalmente la familia. Ésta debe ser por lo tanto la unidad de enfoque, estudiada científicamente como una totalidad.

En este trabajo se ha efectuado un estudio de 96 pacientes adolescentes que presentan patrones de conducta y problemáticas comunes en la consulta, específicamente depresión y fobias, con el fin de analizar los resultados de la aplicación de paroxetina, en aquellos casos en que la apatía y el desinterés hacía imposible trabajar únicamente con terapia familiar sistémica en el abordaje terapéutico.

Este estudio ha permitido evaluar la eficiencia del complemento de la paroxetina con el trabajo de terapia individual y familiar.

Material y métodos: Se elaboró un cuestionario con 6 bloques de preguntas según el tema a tratar: 1) comunicación; 2) vínculo; 3) educación; 4) salud; 5) sexualidad; 6) misceláneas.

Resultados:

1. Comunicación: el 79% de los padres refiere: hablar más de una hora diaria con sus hijos; realizar con ellos sólo una comida al día (en días laborables) y compartir una actividad semanal.

Consideran que les falta más tiempo para comunicarse.

2. Vínculo: el 50% se siente preparado para ser padre de un adolescente y piensan que los padres pueden ser amigos de sus hijos. El 80% querría cambiar aspectos de su relación con ellos.

3. Educación: al 60% le cuesta poner límites aunque se consideran padres exigentes. Este mismo porcentaje de padres considera que la educación escolar de sus hijos es adecuada.

4. Salud: el 80% cumple los controles regulares en salud y manifiestan que la alimentación y horas de sueño de sus hijos son adecuados.

5. Sexualidad: el 73% habla con sus hijos sobre temas de sexualidad y refieren no tener dificultades en hacerlo.

6. Misceláneas: el 95% demanda charlas informativas.

Los aspectos de la relación y/o educación que más les preocupan son: "entenderse mejor" y cómo ayudarlos a madurar; los cambios y presiones sociales; la sexualidad; las drogas y la educación.

Conclusiones: Los padres de nuestros adolescentes tienen las mismas dudas, dificultades e inquietudes que sus hijos; los cuestionarios permiten comentar los temas que les preocupan y, a los profesionales, organizar actividades de orientación e información dirigidos a ellos.

CONSUMO DE DROGAS EN ZONA LÚDICA DE TARRAGONAJ. Bofarull, M. Olesti, J. Piñol, V. Jiménez, C. Labata, C. Santos y M.^aA. Serrano

DAP Reus-Altebrat. CAP St. Pere. Reus. Tarragona.

Objetivos: Determinar el tipo y grado de utilización de drogas en la zona lúdica más frecuentada de la ciudad de Tarragona.

Material y métodos: Estudio transversal. Zona lúdica de Tarragona (35 bares y pub musicales). Jóvenes entre 16 y 23 años. Abril de 2000 (fines de semana entre las 23 h p.m. y 4 h a.m.). Cuestionario de 20 preguntas (datos sociodemográficos, conocimiento de las drogas, fuentes de información, accesibilidad, inicio, frecuencia y consumo), test de χ^2 y de la t de student.

Resultados: En total respondieron 369 jóvenes; 189 (51%) chicos y 180 (49%) chicas.

1. Conocimiento sobre las drogas: 32%: sustancia que produce alucinaciones, con evasión de la realidad y alteración de los sentidos. 29%: algo perjudicial para la salud y penado por la ley. 23%: sustancia perjudicial para la salud. 8%: un medicamento; 7%: sustancia que crea una sensación placentera.

2. Fuentes de información sobre las drogas: 40% de la prensa; 18% de los amigos; 5% de los padres; 10% de nadie.

3. Accesibilidad: Para la cocaína: 49%; cannabis: 69%; LSD: 45%.

4. Inicio, frecuencia-consumo:

Tabaco: El 71% (338) consume diariamente (56%, chicos; 44%, chicas).

Edad de inicio: 15 años ($\pm 1,6$ años).

PÓSTERS**CUESTIONARIO PARA PADRES DE ADOLESCENTES**

G. Perkal Rug, C. Esporrín Gállego, J. Arenas Vilà, F. Bastida Fenoy, J. Dergham Dergham, P. Adroher Tarrés y A. López Bermejo

Servicio de Pediatría. Hospital Santa Caterina. IAS. Girona.

Creímos interesante elaborar un cuestionario dirigido a padres de adolescentes, a través del cual se pudieran obtener datos que permitan brindarles un soporte y orientación más adecuados.

Cantidad diaria: entre 11 y 20 cigarrillos/día (63% chicos y 36% chicas).

Influencia: padre fumador, 55%; madre fumadora, 44%.

El 92% han probado el tabaco en alguna ocasión.

Alcohol: Consumidores semanales: 80%. Ocasionalmente, 14%. Nunca, 6%.

Edad de inicio: 15,1 años ($\pm 1,8$ años).

Cannabis: Consumo ocasional: 273 (74%). Consumo semanal: 111 (30%).

Edad de inicio: 16 años ($\pm 1,7$).

Cocaína: Consumo semana 16%; ocasional, 30%; nunca, 57%.

Edad de inicio: 17,9 años ($\pm 1,9$).

LSD semanal: 7% (28). Ocasional, 30%; resto, nunca.

Edad inicio: 16,7 años ($\pm 1,6$).

Anfetaminas: Consumo habitual, 7%; ocasional, 25%.

Tranquilizantes: Consumo habitual, 7%; ocasional, 19%.

Conclusiones: La mayoría de los jóvenes conocen el efecto negativo de las drogas sobre la salud. La accesibilidad a ellas es alta. Las drogas más consumidas habitualmente son tabaco, alcohol y cannabis. El consumo ocasional de cocaína, LSD, anfetaminas y tranquilizantes es bastante elevado.

UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y PRIMEROS AUXILIOS

T. Benítez, F. Sánchez, J. Madrid, A. Antona y Equipos del Programa en los CMS

Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. Sección de Programas.

Introducción: Los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid tienen una amplia experiencia en el desarrollo de programas educativos.

Los accidentes constituyen uno de los principales problemas de salud pública en todas las edades y son la primera causa de mortalidad en niños y jóvenes.

A partir de diferentes experiencias con profesores, padres y madres, adolescentes, etc., surgió la necesidad de diseñar un programa específico de EpS.

Objetivos: El Programa de Prevención de Accidentes y Primeros Auxilios tiene como objetivo general el de contribuir a disminuir la frecuencia de los accidentes y la gravedad de las lesiones que pudieran producirse.

Material y métodos: Se dirige a grupos de adultos (padres, madres, educadores, mediadores juveniles y ciudadanos en general).

Lo realizan profesionales sanitarios (médicos, pediatras, enfermeras/os, etc.) formados en manejo de grupos y como monitores de recuperación cardiopulmonar (RCP) básica y cuentan con: guía del profesional, diapositivas, guías de accidentes, botiquín, maniqués para RCP básica (lactante, niño y adulto), material divulgativo, etc.

El trabajo educativo que se desarrolla está basado en los principios teóricos de la psicopedagogía activa. Se dirige a todos los ámbitos del aprendizaje, es decir, al área cognitiva (conceptos, hechos), emocional (valores, actitudes) y de las habilidades.

El curso se estructura en 2 módulos, uno de prevención de accidentes y otro de primeros auxilios con una duración total de 20 h.

Resultados: Para la evaluación se utilizan técnicas cuantitativas y cualitativas (registros de asistencia, de actividades, análisis de tareas, cuestionarios, etc.).

Formación de formadores: se han formado 62 profesionales.

Se han realizado 25 cursos en los que han participado 400 personas (266 madres/padres; 79 profesionales; 58 adolescentes y 37 personal no docente).

Conclusiones: De la evaluación de estas intervenciones se obtienen unos resultados muy satisfactorios comprobando que los participantes adquieren los conceptos básicos sobre los factores que favorecen la producción de accidentes, conocen las medidas preventivas y demuestran ser capaces de atender adecuadamente lesiones leves y graves.

PERFIL DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL PROGRAMA MUNICIPAL DEL ADOLESCENTE

J. Madrid, A. Antona y P. Montejo

Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. Sección Gestión de Programas.

Introducción: En la segunda mitad de este siglo se han producido cambios demográficos y sociales, que han hecho que el adolescente se haga visible y se transforme en un "tema" de preocupación.

Como el resto de la población, los principales problemas de salud de las/los adolescentes son el resultado de comportamientos: los accidentes, el consumo de sustancias tóxicas, los trastornos alimentarios y algunas conductas sexuales que pueden conducir a embarazos no buscados y enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La mayoría de estos problemas de salud son evitables. Desde 1995 el Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid desarrolla a través de sus centros municipales de salud, el Programa del Adolescente.

Objetivos: El Programa del Adolescente pretende satisfacer las necesidades de salud de las/los adolescentes y jóvenes madrileños menores de 20 años a través de una atención integral. Para ello desarrolla tres estrategias de intervención: asistencial, educativa y participativa. Proporciona a los adolescentes un espacio específico de asesoría y/o consulta de forma gratuita, confidencial y sin necesidad de documentación.

Metodología: Los resultados presentados proceden de dos fuentes: Memoria del Programa del Adolescente del año 1999. De todos los registros realizados durante el año se hizo un muestreo aleatorio sistemático seleccionándose 370 casos Estudio de las historias clínicas de los años 1996 y 1997. Se hizo una muestra del total de las historias abiertas de 1996 (3.147 historias) y de 1997 (4.311 historias). El muestreo fue aleatorio simple con un error de muestreo de ± 5 y un intervalo de confianza del 95%. El total de historias seleccionadas fue 662. Los datos sobre experiencia coital se refieren a 351 adolescentes de los que hay recogida información.

Resultados: El perfil del adolescente que consulta es: mujer de 16,68 años de edad que accede en el 46% de los casos a través de amigos y cuyo motivo de consulta tiene que ver en el 70% con temas de salud reproductiva y sexual. El 53% han tenido experiencia coital. De éstos: el 70% de los adolescentes acuden a nuestras consultas antes de 1 año tras la primera relación coital. El método anticonceptivo más usado por los/las adolescentes es el preservativo: 83,6%. La primera vez y 92,7%

habitualmente. Un 11,7% no usó ningún método la primera vez. El 30% ha usado la anticoncepción de emergencia.

Conclusiones: Un porcentaje importante de adolescentes incurrir en numerosos factores de riesgo: consumo de tabaco, alcohol u otras drogas; conductas sexuales no protegidas, problemas emocionales de imagen y/o familiares; errores alimentarios.

Este hecho confirma la necesidad de programas integrales de salud que abarquen el mayor número de necesidades de salud de las/los adolescentes. La poscoital se ha convertido en el motivo principal de demanda, lo que facilita que los adolescentes acudan a nuestras consultas antes de que haya pasado 1 año desde su primera experiencia coital.

ADOLESCENCIA Y ABORTO

I. Clara i Vila y L. Puy i Rocabrana

Área Básica Badalona 5. Sant Roc. Barcelona.

Introducción: Se presenta un estudio descriptivo de una población de adolescentes de 14 a 18 años asistidas en el Centro Ginecológico y de Planificación Familiar Casanova de Barcelona a las que se les ha practicado una IVE (interrupción voluntaria del embarazo). Dicho centro está acreditado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Material y métodos: Se revisan 753 historias de mujeres entre 14 y los 18 años de edad recogidas desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2000.

Se estudian diferentes variables socioeconómicas (nivel de estudios, profesión, trabajo actual, estructura familiar, tiempo de relación con la pareja) y diferentes factores de riesgo (controles ginecológicos previos, método anticonceptivo usado, aborto/s previo/s, y control ginecológico posterior al aborto).

Discusión: El trabajo pretende describir las variables obtenidas de nuestra población de estudio. Sería importante obtener y cruzar datos con otros centros donde se atiende a adolescentes que acuden a abortar para poder obtener resultados más significativos. En un alto porcentaje abortan más las adolescentes con niveles semieconómicos más bajos, con menor nivel de estudios y en las que hay mayor grado de desestructuración familiar. A pesar de ello los datos encontrados no dejan de ser, como en el caso de los hábitos tóxicos o situación familiar, muy alejados de los que se encuentran en la población general para este grupo de edad. Dado que la etapa de la adolescencia comporta un atractivo para las situaciones de riesgo, pensamos que ya desde las primeras etapas educativas es cuando se tendría que introducir como materia formativa el cuidado para la salud.

ESTUDIO EVOLUTIVO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE (10-14 AÑOS)

T. Durá, C. Mauleón y N. Gúrpide

C.S. Estella. Servicio Navarro de Salud.

Objetivos: Analizar la evolución en los últimos seis años del estado nutricional de la población adolescente actual (10-14 años) de nuestra área asistencial para identificar grupos de riesgo y elaborar estrategias terapéuticas específicas.

Material y métodos: En el curso escolar 1999/2000 (año 2000) se registraron el peso, la talla y el índice de masa corporal relativo (IMC%) a 360 adolescentes sanos, entre 10 y 14 años de edad (176 varones y 184 mujeres), mediante muestreo sistemático y estratificado, en los exámenes de salud correspondien-

tes a su edad. Además, se registraron el peso, la talla e IMC% de las revisiones efectuadas a estos mismos pacientes en los 2, 4 y 6 años precedentes (años 1998, 1996 y 1994, respectivamente).

Resultados: En el año 2000 el 17,5 y el 16,4% de los jóvenes evaluados tenían sobrepeso y obesidad, respectivamente. Entre los años 1994 y 2000 se ha observado un incremento significativo ($p < 0,05$) de obesidad (5,9% frente a 16,4%). Del total de jóvenes obesos en el año 2000, el 31,8% ya lo eran 6 años antes, el 18,2% eran normales entonces, pero el 50% de los mismos ya tenían sobrepeso en el año 1994. No existían diferencias significativas entre ambos sexos.

Conclusiones: En el año 2000 el 33,9% de los adolescentes (10-14 años) de nuestra área asistencial presentan un IMC que sugiere un exceso de grasa corporal. El sobrepeso en la edad escolar supondría una situación de riesgo de obesidad en la adolescencia, lo que exigiría un seguimiento y una actividad preventiva más rigurosa.

INGESTA DE LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS EN ADOLESCENTES

T. Durá y N. Gúrpide

C.S. Estella. Servicio Navarro de Salud.

Objetivos: Estudiar el consumo de leche y derivados en una población adolescente rural y analizar su contribución energética y de nutrientes en la dieta diaria.

Material y métodos: Distribución aleatoria y estratificada por cursos de un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos a 406 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria: 194 varones y 212 mujeres, con edades comprendidas entre 13 y 16 años.

Resultados: El 77,1% tomaban leche a diario, el 57,2% tomaban 2 o más vasos al día y sólo el 3,9% no tomaban nunca leche. El 44,3% tomaban yogures diariamente, mientras que el consumo de postres lácteos y quesos era preferentemente semanal. La ingesta media de lácteos ($549,1 \pm 226$ g) era superior ($p < 0,05$) en los varones y el aporte medio de calcio, en ambos sexos, superaba los 720 mg recomendados (varones: $823 \pm 282,5$ y mujeres: $765,8 \pm 255$ mg, $p < 0,05$). Los productos lácteos son la principal fuente dietética de calcio (71,7%), fósforo (37,7%) y magnesio (25,6%), y vitaminas D (89,7%), B₁₂ (65,5%), A (48%) y riboflavina (37,8%); aportan el 17,7% de la ingesta calórica y son una fuente importante de proteínas (23,2%), pero aportan grasas saturadas (25,8%) y colesterol (19,8%). La diversidad en la ingesta de productos lácteos proporciona un mayor aporte de proteínas, hidratos de carbono, colesterol, calcio, fósforo, hierro y cinc y vitaminas A, B₁, niacina y B₁₂; y un menor aporte de lípidos totales y grasas saturadas, magnesio y vitaminas C, D, E y B₆ y folatos.

Conclusiones: El consumo de productos lácteos en los adolescentes de nuestro medio es relativamente satisfactorio; aportan gran cantidad de calcio, pero convendría restringir los postres lácteos e incrementar el consumo de yogures y queso.

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ADOLESCENTE

A. Bonamusa, J. Cornellá y A. Llusent

Unitat d'Atenció als adolescents i joves. CAP Güell. ICS Girona.

Introducción: Los trastornos por déficit de atención constituyen un problema médico subyacente en muchos adolescentes.

La comorbilidad asociada puede enmascarar y dificultar el diagnóstico.

Objetivo: Valorar la frecuencia de presentación de trastornos por déficit de atención en adolescentes y las posibilidades terapéuticas.

Material y métodos: Se han estudiado un total de 70 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 21 años que presentaban sintomatología compatible con trastorno por déficit de atención. Representan el 17% de las primeras visitas en una consulta privada dedicada exclusivamente a la atención de la salud de los adolescentes: la proporción por sexos era claramente favorable a los varones (7:1) y la edad de máxima prevalencia entre los 14 y 15 años.

Resultados: Los motivos principales de consulta fueron las dificultades y el fracaso escolares, seguidos de los trastornos depresivos. Existía un alto índice de comorbilidad: trastornos depresivos, dificultades en el habla, trastorno disocial, conducta impulsiva, trastorno negativista desafiante y dificultades de aprendizaje.

El tratamiento es complejo y aborda diferentes perspectivas e incluye siempre orientación al adolescente, a la familia y a los docentes. Los psicofármacos se han utilizado cuando se ha creído oportuno. Ya que a esta edad no se obtienen respuestas adecuadas con el MFD, se han ensayado la venlafaxina, la asociación de MFD con fluoxetina y la asociación de MFD con risperidona.

Conclusiones: El trastorno por déficit de atención subyace en un buen número de adolescentes que acuden a la consulta por otros motivos. La identificación y la orientación terapéutica del mismo constituyen un importante paso en la prevención de patología psicosocial más grave.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO GENÉTICO PARA LA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA EN ADOLESCENCIA; EXPERIENCIA NAVARRA

M. Chueca¹, M. Oyarzábal¹, B. Ezquieta² y E. Aznal¹

¹Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. ²Servicio de Bioquímica. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: El conocimiento de las alteraciones genéticas en enfermedades cuya forma de herencia es A-R (hiperplasia suprarrenal congénita) permite hoy en día informar adecuadamente a nuestros adolescentes sanos, portadores de mutación, sobre el riesgo de transmisión de enfermedades graves, si su pareja presenta también la mutación (1/5-50), evitables por otra parte en las primeras semanas de gestación con tratamiento adecuado a la madre.

Material y métodos: Análisis genético molecular de las formas severas, tardías y el diagnóstico de portadores de la deficiencia de 21-hidroxilasa en 22 familias (68 padres y hermanos); 7 de ellas presentaban la forma clásica con pérdida salina, 2 con forma virilizante simple y 8 familias con la forma no clásica. Se han estudiado 5 familias con hiperandrogenismo funcional con niveles de 17-hidroxiprogesterona elevados tras el test de ACTH, por encontrarse estos pacientes en un riesgo superior de ser portadores del déficit de 21-OH.

Resultados: El análisis del gen de la esteroide 21-hidroxilasa nos ha permitido la caracterización de todos los pacientes con las formas severas de la deficiencia (pierde sal o virilizante simple). Todos han presentado mutaciones severas en ambos alelos

paterno y materno, excepto un paciente que presentó la mutación Val281Leu en su alelo materno. Se ha caracterizado una mutación nueva no descrita, en un paciente con la forma pierde sal. En ninguno de los casos la mutación encontrada se ha producido *de novo*, los progenitores han resultado portadores en cada uno de los casos. Cuatro de los hermanos de pacientes han resultado también portadores.

Las formas tardías o leves de la deficiencia han sido caracterizadas parcialmente, 14 de 18 alelos (78%). Cinco de los pacientes han mostrado mutaciones severas en uno de los cromosomas, con importantes implicaciones para el consejo genético. Hemos detectado tres formas crípticas de la deficiencia, confirmadas con el estudio bioquímico.

Conclusiones: La distribución y frecuencia de mutaciones en población navarra ha resultado importante y peculiar.

Este estudio permite aportar la mayor información posible, con un diagnóstico adecuado, para evitar y prevenir complicaciones severas en la descendencia.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE KLINEFELTER EN LA PUBERTAD: UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EXCEPCIONALMENTE DIAGNOSTICADA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

E. Aznal, M. Oyarzábal, M. Chueca, A. Sola y M. Aizpun

Unidad de Endocrinología Infantil. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: El síndrome de Klinefelter (XXY) es una alteración cromosómica frecuente (1 de cada 500 varones) y que en su mayoría no se diagnostica hasta la edad adulta. Los síntomas son variados y poco expresivos, pudiendo ocurrir rasgos como micropene, hipospadias o testículos no descendidos, problemas en la adquisición del lenguaje y durante la adolescencia pueden aparecer talla alta, y caracteres masculinos poco marcados. El defecto constante en el síndrome es la ausencia de conductos seminíferos, lo que se traduce siempre en infertilidad. El tratamiento es sintomático en todos los casos.

Caso clínico: Varón de 14 años de edad controlado en la consulta de Endocrinología Infantil desde los 6 años por hipercolesterolemia familiar con cocientes de riesgo lipídico elevados. No antecedentes de interés salvo la hipercolesterolemia.

Desarrollo estatural bueno con percentiles de talla P₉₀₋₉₇. Hábito longilíneo. Buen rendimiento escolar. Se instaura tratamiento con dieta hipolipemiente y resinas. A los 8 años de edad, presenta crisis epilépticas de tipo sensorial.

A los 12 años inicia desarrollo puberal con aumento del volumen testicular y aparición de vello púbico. A los 13 años, el volumen testicular es de 10 cm³, pene 3 y vello púbico 3 (normal). A los 14 años, presenta una talla de 174,6 cm (TH: 171 cm) y llama la atención la involución del volumen testicular (5-6 cm³) con pene y vello púbico adultos.

Se sospecha síndrome de Klinefelter, por lo que es remitido al servicio de genética donde se confirma el diagnóstico (cariotipo XXY).

Conclusiones: La inmensa mayoría de los varones afectados no son diagnosticados hasta que ya en la vida adulta consultan por infertilidad. El síndrome de Klinefelter es una patología poco diagnosticada por lo que creemos obligado un seguimiento pediátrico de la adolescencia que en nuestro caso, ha permitido un diagnóstico temprano, así como una correcta orientación para el futuro. Sería conveniente a nuestro parecer, la introducción de un cribado neonatal para el diagnóstico de esta patología.

LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMÁTICA EN PACIENTE DE ALTO RIESGO DE ADICCIÓN A DROGAS

O. Barbosa Forte y L. Eyler García

Consultorio Pediatría y Adolescencia. Olavarría. Buenos Aires. República Argentina.

El análisis de los componentes que inciden en los trastornos familiares y adicción, intenta sostener coincidentemente que la adicción no responde a un fenómeno lineal causa-efecto, sino que la interacción, conjunción y retroalimentación de distintos factores es el camino que lleva indefectiblemente a la producción de trastornos en la organización y estructura de los miembros de una familia.

En ese sentido, la terapia familiar sistémica aparece como la vía de acceso más adecuada para la resolución del problema de adicción en los adolescentes, complementando en casos necesarios la internación en comunidad terapéutica.

En este trabajo se describe una interesante experiencia con un paciente adolescente adicto, que pertenece a una familia nuclear cuyo sistema parenteral está compuesto por padre de 42 años, madre de 41 años, y sistema fraternal: paciente identificado de 20 años, hermana de 16 años y hermano de 14 años.

Intervienen en las sesiones de terapia de familia los miembros del grupo familiar, el terapeuta y la coterapeuta (en cámara de Gesell).

El paciente es adicto desde hace 5 años a psicofármacos, alcohol, cocaína, marihuana, inhalantes y ácido lisérgico, utilizando vía oral, inhalatoria e intravenosa.

La familia se caracteriza por presentar elementos de escalada simétrica y complementaria. Progenitor ausente-distante. Madre cómplice y en relación simbiótica con alianzas encubiertas.

A pesar de que los resultados obtenidos durante el primer año de tratamiento parecen desalentar la posibilidad de una curación a la adicción, el trabajo permite concluir que el Abordaje Sistemático no ha fracasado, que es probable que el paciente "rotulado" debía seguir normatizado como en la comunidad, y que el resultado en última instancia ha dejado otro camino abierto, con un encuadre sistematizado, y pautado en forma concreta pero siempre desde el contexto de la terapia familiar, complementando la internación temporal en la comunidad.

PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE SECUNDARIA A HIPERLIPOPROTEINEMIA: DIFICULTAD PARA PREVENIRLA EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE

C. Young, C. Sánchez Garre, S. Uriz, M.J. López Liñán y D. Soriano

Hospital de Terrassa. Barcelona. España.

Objetivo: Exponer un caso donde la adolescencia, con su problemática particular, puede favorecer la aparición de una complicación infrecuente en un sujeto predispuesto por su patología de base.

Caso clínico: Paciente de 13 años, perteneciente a familia desestructurada, padres cosanguíneos, sin antecedentes patológicos a destacar. Consulta a urgencias por dolor abdominal agudo, epigástrico, irradiado en cinturón y acompañado de vómitos en las últimas horas. Ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda, revelando el estudio etiológico una hipertrigliceridemia secundaria a hiperlipoproteinemia familiar tipo IV. La evolución es favorable con dieta absoluta, sueroterapia y analgésicos. Inicial-

mente se indica tratamiento dietético y posteriormente farmacológico.

La mala adherencia al mismo, así como las numerosas ausencias a las visitas programadas, dificultan el buen control metabólico, manteniendo cifras de triglicéridos cercanos a 1.000 mg/dl (VN: 40-140 mg/dl), con niveles de amilasa en el límite superior de lo normal.

A los 2 años presenta segundo episodio de pancreatitis aguda persistiendo, a pesar de dicha complicación, con el mal cumplimiento de las normas dietéticas y del tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La pancreatitis es una causa rara de dolor abdominal agudo en la infancia, aunque probablemente subdiagnosticada por la buena evolución espontánea en la mayoría de los casos. A diferencia del adulto, la etiología más frecuente es la traumática, la farmacológica y la infecciosa.

Entre las etiologías descartables además de los factores mencionados, siempre deben figurar las anomalías congénitas y las enfermedades metabólico-sistémicas.

La hiperlipoproteinemia tipo IV está descrita como causa de pancreatitis aguda recurrente en adultos, habiendo escasa información sobre esta relación en la infancia. Su aparición disminuye con un buen control del nivel de triglicéridos.

Destacamos la importancia del enfoque multidisciplinario en la patología del adolescente como herramienta fundamental para el buen control y la prevención de complicaciones.

EL PORQUÉ DE UNA CONSULTA PARA ADOLESCENTES (EVALUACIÓN TRAS 3 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO)

D. Durán Argemí y D. Ortíz Vives

Área Básica de Salud Igualada Urbá. Barcelona.

Objetivos: A partir de un programa de educación sexual en los institutos y escuelas de nuestra ciudad, tanto públicas como concertadas, vemos la necesidad de dar continuidad a este programa, de manera que los jóvenes puedan tener un punto de referencia cuando tengan dudas, necesidades o problemas a lo largo de su adolescencia y a la vez pueda ayudarles también en otros problemas de salud en general. Durante los 5 años de funcionamiento de este programa hemos hecho dos tipos de talleres: sobre métodos anticonceptivos (prevención ETS, efectividad, IPC, habilidades en el uso del preservativo, etc.) y sobre sida. Abarcamos 7 de los 8 centros educativos de nuestra área. Han pasado unos 2.000 chicos/as.

Material y métodos: Lo primero, encontrarse dos profesionales, un pediatra y una enfermera, ilusionados por los problemas de los adolescentes, con muchas ganas de trabajar, con poco tiempo y pocos recursos, pero con muchas horas laborales o no dedicadas a preparar estrategias, protocolos, informes, haciendo cursos, etc. Hemos conseguido, con el permiso de los responsables del centro de salud, y a cambio de nada, un espacio físico y un horario distinto de las consultas de pediatría. Tenemos 2 horas a la semana, por la tarde, en horas extraescolares.

Informamos de la existencia de nuestra consulta en las charlas y en las revistas de los institutos. Esta consulta no quita que siga atendiendo en consulta normal la pediatría a los chicos/as hasta los 15 años.

Resultados: En los 3 años de funcionamiento han pasado por la consulta 128 jóvenes (59, chicos; 69, chicas) con un total de 299 visitas (aquí no contabilizamos las consultas que a veces estos chicos hacen en la consulta normal de pediatría).

Por diagnósticos: 28% revisiones, 18% enfermedades aparato respiratorio, 17% problemas psicológicos, 6% por problemas crecimiento, 8% problemas de traumatología y ortopedia, 6% por enfermedades dermatológicas, 8% consulta relacionadas con la sexualidad y 9% problemas varios. Si miramos sólo primeras visitas vemos que un 70,5% son consultas cuyo principal motivo es hacerse una revisión. Por edades: la edad promedio de visitas es de 14,64 años.

Tenemos un 15% de 13 años, 17% de 14 años, 24% de 15 años, 16% de 16 años, 13% de 17 años, el resto están comprendidas entre los 11 a los 22 años.

Conclusiones: La atención al adolescente tiene que hacerse en el ámbito del centro de salud. Los jóvenes son algo más que sexualidad, los motivos de consulta así nos lo confirman. Nos sorprende agradablemente que en primeras visitas el 70% sean por revisiones. También nos llama la atención que tengamos el doble de consultas por problemas psicológicos que por problemas relacionados con la sexualidad. Como próximos objetivos nos proponemos incorporar las nuevas tecnologías en la consulta promoviendo consultas por correo electrónico y creando una página web. Nos sentimos plenamente recompensados con la respuesta de los jóvenes pero nos gustaría más apoyo de los responsables del centro de salud y las autoridades sanitarias en general.

ANÁLISIS GLUCÉMICO DIARIO EN EL AUTOCONTROL DE LA DIABETES Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DIABÉTICOS

M. Rodríguez, J. Cocolina, M.C. Boldova, E. García, T. Martínez y J.I. Labarta

Unidad de Diabetes. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivo: Relacionar la cumplimentación del análisis domiciliario de la glucemia y el estado depresivo y de ansiedad de los adolescentes diabéticos.

Material y métodos: Estudiamos 60 adolescentes de $15,23 \pm 1,81$ años de edad y $6,77 \pm 3,52$ años de evolución. Del sistema CAMIT (que recoge las mediciones glucémicas del paciente y permite su posterior análisis mediante un programa informático) consideramos el número de controles por día en períodos de 1-3 meses. Se realizó encuesta psiquiátrica en adolescentes diabéticos y en no diabéticos ($n = 59$) de edad y entorno similar a la muestra de adolescentes diabéticos (familiares y amigos), para estudiar depresión (CEDI-II) y ansiedad (SYTAIC hasta 15 años y STAI para > 16 años). Se emplearon las pruebas estadísticas U de Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados:

Diabéticos (n = 60)	No diabéticos (n = 59)
Depresión 25% (8 mujeres, 7 varones)	35,6% (14 mujeres, 7 varones)
Ansiedad* 8,3% (5 mujeres, 0 varones)	27,1% (9 mujeres, 7 varones)
Controles/día en diabéticos	25% < 2,38% 2-3 y 37% > 3
Controles/día medio en deprimidos	2,33 \pm 1,1
Controles/día medio en no deprimidos	2,86 \pm 0,9
Incidencia depresión frente a controles/día**	60,0% < 2; 4,4% 2-3; 22,7% \geq 3
Ansiedad frente a controles/día	2 casos/< 2; 1 caso/2-3; 2 casos/ \geq 3

*p = 0,0072; **p = 0,0005.

Conclusiones:

1. Mayor incidencia de depresión en pacientes con menor número de controles/día, más en sexo femenino.
2. Incidencia similar de depresión en población no diabética.
3. En nuestra muestra de adolescentes diabéticos existe menor incidencia de rasgo/estado de ansiedad.
4. No hemos podido relacionar la ansiedad con el número de análisis diarios.

DESARROLLO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: EL PROYECTO SALUT

J.M. Moreno, L. Oliveros, V. Rodríguez, E. Fernández, M. Carrillo, R. de la Viesca y Grupo Salut (J. Palme, T. Lam, M. Rufo, M. Archinaud, P. Rouget, M. Damoiseau, R. Carron, M.A. Valero, G. Palme y H. Bergman)

Hospital 12 de Octubre. CINDOC-CSIC, KTH, NetUnion, La Timone, UCC, KI.

En las últimas décadas ha crecido la preocupación pública por los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Además de la angustia a la que se enfrentan el paciente y sus familiares, el gasto sanitario que generan es considerable. Los profesionales de la salud y los gestores se enfrentan a varios retos: 1. No existe una información general sobre los TCA o no está bien difundida. 2. Es necesario satisfacer la creciente necesidad de servicios de una manera equilibrada y eficaz.

Objetivos: 1. Crear un medio de prevención y tratamiento flexible, donde el paciente se sienta a gusto y se respete su intimidad. 2. Promover la creación de un foro de profesionales para la investigación y el intercambio de información.

Objetivos a desarrollar: a) Desarrollo de herramientas diagnósticas y terapéuticas, inicialmente a través de la red y posteriormente por medio de servicios de telefonía de tercera generación (WAP, WML) o agendas personales (PDA); b) desarrollo de una red de información que facilite la colaboración entre profesionales implicados en los TCA (creación de un portal web); c) promover la difusión de información preventiva y hábitos saludables. Sistemas de "preguntas y respuestas frecuentes" (FAQ). Establecimiento de fórum de discusión y conversaciones (chat), y d) aplicación clínica de las herramientas desarrolladas con el proyecto.

Estado actual: Este proyecto, financiado por la Comisión Europea (SALUT IST-2000-25026) va a ser desarrollado en 3 años (2000-2003). Hasta la fecha se ha diseñado un portal para el proyecto (<http://salut.nu>) con un portal exclusivamente en español (<http://www.salut.nu/es>) en la que además de información sobre el proyecto se establecen conexiones con páginas de interés y el acceso a guías clínicas.

Se ha realizado un estudio bibliométrico de artículos en español (1971-2000) encontrando 437 trabajos, de los que el 45% fueron publicados en *Anales de Psiquiatría*. La mayoría de los trabajos (98) fueron publicados por grupos de Madrid, seguidos de Cataluña (89) y Andalucía (36). Los resultados de una encuesta entre pacientes reflejan que los temas que más les interesaría ver reflejados serían (por orden de frecuencia): posibilidad de hacer preguntas a expertos; dirección de centros médicos de referencia; herramientas de autoayuda; descripción de la enfermedad y cuestiones personales. El 75% de los encuestados creen interesante disponer de estas posibilidades en un teléfono móvil.

Conclusiones: La aplicación de tecnologías de la información innovadoras puede resultar de interés en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los TCA. La colaboración de expertos en tecnología de sistemas y los investigadores clínicos puede ayudar a la creación de nuevas armas terapéuticas. Si esta cooperación se enmarca dentro de un ámbito como la Unión Europea se abre la posibilidad de hacer un abordaje multicultural. El proyecto SALUT se integra dentro de esta visión innovadora.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

M.C. Molina, A. González, E. Pasamón, J. Alonso, R. Delgado y M. Mayans

Unidad de atención a la mujer (C.S. Es Viver). Ibiza. Baleares.

Objetivo: Analizar los casos incidentes de embarazos en adolescentes que consultaron al centro de planificación familiar de Ibiza.

Material y método: Estudio descriptivo sobre 3.567 historias clínicas de la consulta específica de adolescencia, de pacientes nacidas desde el 1 de enero de 1970 hasta el 31 de diciembre de 1979, y cuya edad del primer embarazo sea menor de 20 años.

Resultados: 537 historias clínicas cumplieron criterios de inclusión: 308 fueron partos (57,35%; IC 95%: 53-61,6%), deseados 117/48,95% (IC 95%: 42,5-55,5%), no deseados 122/51% (IC 95%: 44,5-57,5%), y 229 interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (42,6%; IC 95%: 38,4-46,9%).

Conclusiones: Uno de cada 6 pacientes que consultaron fue embarazo, el 57% concluyeron en parto y el 43% en aborto.

Tenemos un alto número de embarazos en menores de 20 años, la mayoría no deseados, concluyendo muchos de ellos en IVE.

Es necesario continuar con programas de educación sexual en este grupo de edad.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS, DESEADOS Y RECOMENDADOS EN ADOLESCENTES QUE CONSULTAN AL CENTRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE IBIZA

M.C. Molina, A. González, E. Pasamón, J. Alonso, R. Delgado y M. Mayans

Unidad de atención a la mujer. Centro de Planificación Familiar. Ibiza. Baleares.

Objetivos: Conocer los métodos anticonceptivos utilizados por los adolescentes.

Material y método: Se revisaron 681 historias clínicas de pacientes nacidas entre 1980 y 1987.

Estudio descriptivo retrospectivo en la consulta de adolescentes del centro de planificación familiar durante el período comprendido entre enero de 1997 y el 31 de agosto de 2000.

Variables recogidas: edad inferior a 20 años; que consulten por primera vez; motivo de consulta; métodos anticonceptivos usados, deseados y recomendados; edad de inicio de relaciones sexuales.

Resultados: Cumplían criterios de inclusión 674 pacientes, de las cuales 512 (76%) consultaron para información y seguimiento de métodos anticonceptivos y 162 (24%) por otros motivos.

Consultan más frecuentemente a los 17 años (180, 26,7%), 16 años (155, 22,9%), 18 años (129, 19,1%), 15 años (94, 13,9%).

El motivo de consulta es: petición de anticonceptivos orales (AO) 181 (26,8%), información sobre métodos anticonceptivos 139 (20,6%), rotura de preservativo, 70 (10,3%).

Método anticonceptivo en 512: usan preservativo 424 (82,8%), nada, 36 (7%), AO, 29 (5,6%), *coitus interruptus*, 20 (3,9%), otros, 2 (0,4%), DIU, 1 (0,2%). Deseado, AO, 297 (58%), preservativo, 206 (40,2%), DIU, 5 (0,98%). Recomendado preservativo, 263 (51,3%), AO, 243 (47,4%), DIU, 1 (0,19%).

Edad de inicio de relaciones sexuales: 16 años, 150 (29,2%), 17 años, 133 (25,9%), 15 años, 116 (22,6%).

Conclusiones: El método anticonceptivo más usado es el preservativo, el deseado los AO y el recomendado el preservativo.

¿QUÉ CAMBIOS SUPONE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA?

M.C. Molina, E. Pasamón, J. Alonso, R. Delgado, A. González, M. Mayans y M.E. Jiménez.

COF. Centro de Orientación Familiar. Ibiza. Baleares.

Objetivo: Repercusión psicosocial del embarazo en la adolescencia.

Método: Estudio descriptivo de 3.567 historias clínicas de mujeres nacidas entre el 01/01/1970 y el 31/12/1979 que tuvieron un embarazo antes de los 20 años. Se identificaron 537 embarazos de los cuales se recabó información por entrevista semiestructurada a 104, sobre la repercusión personal, de pareja, familiar y estado actual.

Resultados: Sobre 41 abortos, el 38% manifestaron repercusión psicológica y el 20% no quiere hablar del tema. El 44% rompió con su pareja y el 29% continúa con la misma.

Sobre 63 partos el 54% sufrió cambios personales, el 27% abandonó los estudios y en el 40% supuso el inicio de convivencia en pareja y el 73% continúan con la misma.

Conclusiones: 2/5 embarazos concluyó en aborto afectando sobre todo a la relación de pareja y en el embarazo a término destaca el abandono de estudios y el paso a otra situación social.

LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN NUESTRO MEDIO

J.M. Paricio, B. Beseler, M. Sánchez, L. Santos, M. Ferriol, M.J. Benlloch, M. Grieco, R. Perello y F. Sanantonio

Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

Objetivo: Estudiar las características del embarazo, parto, tipo de alimentación y morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes de nuestra área de salud y compararlo con el resto de madres de mayor edad.

Métodos: Revisión del fichero informatizado de la maternidad desde el 01/10/92 al 31/05/01. Variables analizadas, global y comparado según madre adolescente (menor de 20 años) o no: gemelaridad, tipo y forma de terminación del parto, tabaquismo, prematuridad, sexo, peso, talla y perímetro cefálico, lactancia deseada inicialmente, lactancia al alta, porcentaje de abandono inicial de lactancia materna exclusiva (LME), hospitalización del recién nacido y muertes.

Resultados: Se contabilizaron 6.982 partos, de los que 184 (2,6%) de madre adolescente (85 de 19 años, 50 de 18, 27 de 17, 17 de 16 y 2 de 14-15 años).

Variable	Madre adolescente	Madre no adolescente	Significación
Gemelaridad	0	1,6%	0,03
Parto eutócico	73,2%	65,5%	p = 3D 0,04
Presentación cefálica	2.097,8%	94,2%	p = 3D 0,04
Terminación. Cesárea	2.013,7%	19,4%	p = 3D 0,01
Tabaquismo	36,3%	29,4%	p = 3D 0,04
Sexo mujer	47,8%	47,8%	NS
Semanas gestación	39,6 ± 1,8	39,6 ± 1,4	NS
Peso en g	3.235 ± 510	3.281 ± 500	NS
Talla en cm	49,1 ± 2,5	49,5 ± 2,2	p = 3D 0,02
Perímetro cefálico en cm	34,4 ± 1,4	34,7 ± 1,4	p = 3D 0,04
LME inicial	87,3%	85,0%	NS
20 LME al alta	79,1%	77,7%	NS
Abandono precoz LME	8,9%	9,6%	NS
Ingreso neonatal	205,4%	7,9%	NS
Muerte neonatal	1,1% (2)	0,7% (45)	NS

LME: lactancia materna exclusiva; NS: no significativo.

Discusión: Las madres adolescentes, respecto a las más mayores, fuman en mayor porcentaje y tienen hijos con menor talla y menor perímetro cefálico (aunque clínicamente poco relevante), pero presentan menor proporción de distocias. En el resto de parámetros analizados se comportaron de manera similar. No se analizan aquí las innegables repercusiones sociopersonales del embarazo en la adolescente.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL DE MENORES DE 16 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE PAMPLONA

A. Díaz de Rada, M. Aguinaga, I. Zamora y J.R. Varo

Centro de Salud Mental Ermitagaña. Subdirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud

Introducción: El estudio de la población infantojuvenil atendida en un centro de salud mental público proporciona importantes indicadores. Por un lado, el análisis de la distribución diagnóstica de las enfermedades mentales y sus características nos aporta ideas sobre la prevalencia y los factores asociados a la misma, si bien como es sabido, la relación entre prevalencia y demanda asistencial en la comunidad, no es directa. De otro, la observación sobre la vía de acceso al Centro de Salud Mental, sobre los tratamientos ofertados y las derivaciones a otros servicios o instituciones nos permite hacer una evaluación del modelo de asistencia prestada y el uso que la población hace de ella.

Obviamente este tipo de información puede acarrear algunos errores debidos a la propia recogida de datos, o incluso a la falta de precisión en el registro de algunas actividades clínicas. Sin embargo, consideramos de gran importancia su investigación con el fin de corregir y adecuar los servicios a las necesidades de los usuarios.

Objetivos: En este trabajo tratamos de:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Ermitagaña (sexo, edad y zona de residencia) y los diagnósticos más frecuentes.

2. Conocer las vías de acceso que utilizan los pacientes y la zona de salud de procedencia y las derivaciones con intervención del pediatra o de otras especialidades o servicios médicos, o bien por indicación de los diferentes recursos sociales o educativos.

3. Revisar la adhesión al tratamiento de quienes acuden a consulta según el diagnóstico, así como la derivación a unidades suprasectoriales.

Sujetos y método: Se han estudiado 382 pacientes con edades hasta los 16 años que solicitaron consulta en el centro de salud mental durante los años 1998, 1999 y 2000. Se ha utilizado el sistema de información en salud mental. Se recogen las variables sociodemográficas (género, edad y zona sanitaria a la que pertenece según lugar de residencia); los diagnósticos; la iniciativa de la primera consulta (pediatra, familia, centro educativo, servicios sociales y otros servicios médicos); si recibe tratamiento en el CSM o en otro servicio y la adhesión al tratamiento.

Conclusiones:

1. La demanda de tratamiento en el centro de salud mental es similar en varones y mujeres. Éstas tienden a consultar en el período adolescente (entre los 12 y los 16 años), mientras que los varones acuden en etapas más tempranas del desarrollo (2-11 años). Los que tienen edades más bajas proceden del Centro de Salud de Zizur y los que tienen más altas de Barañáin.

2. Una tercera parte de los diagnósticos se clasificó según la CIE-10 como factores "Z" (31,7%). Esta categoría hace referencia a problemas relacionados con el entorno psicosocial y familiar (dificultades de adaptación y/o exclusión social; separación y/o ruptura familiar, etc.).

Menor porcentaje presentan los trastornos emocionales (17,1%); los trastornos de la conducta alimentaria (8,8%) y los trastornos por déficit de atención (4,2%).

3. Los trastornos del desarrollo, los hiperactivos y los emocionales son más frecuentes en los varones. Las mujeres suelen padecer principalmente TCA, trastornos neuróticos y trastornos por estrés.

4. Los Trastornos hiperactivos y del comportamiento aparecen con más frecuencia en los pacientes de 2 a 6 años; los del desarrollo en los pacientes que proceden del Centro de Salud de Barañáin y el trastorno por estrés en los derivados del Centro de Salud de Iturrama.

5. Para acceder al centro de salud mental la vía más utilizada fue a través del pediatra (78,2%). Los residentes en Iturrama acudieron más asiduamente que otros centros de salud, por iniciativa de la propia familia (28,1%).

6. Los diagnosticados de trastorno del desarrollo y de trastorno hiperactivo fueron derivados a las unidades suprasectoriales. La adhesión al tratamiento fue mayor en las pacientes que padecían trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y menor en los pacientes diagnosticados de Trastorno por estrés.