

XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Granada, 24 y 25 de octubre de 2003

COMUNICACIONES

VALORACIÓN DE LA PROPIA IMAGEN CORPORAL EN JÓVENES DE REUS

J.M. Bofarull, M. Olesti, J.L. Piñol, N. Martín, M. de la Fuente y G. Recoma

S.A.P. Reus. Tarragona. España.

Introducción: La imagen corporal y la apariencia física delgada han cobrado una importancia desmedida en la sociedad actual. La identidad personal se basa cada vez más en la apariencia externa, sobre todo en el caso de las mujeres de forma que imagen, identidad personal y éxito social han pasado a ser una misma cosa.

Objetivos: 1. Determinar el nivel de aceptación de la propia imagen corporal en las jóvenes de 12 a 21 años. 2. Evaluar su asociación con el modelo estético social y con la adopción de medidas dietéticas no controladas.

Material y métodos: *Diseño:* estudio descriptivo transversal analítico.

Ámbito de estudio: atención primaria de salud.

Sujetos de estudio: muestra aleatoria de jóvenes de 12 a 21 años de la ciudad de Reus (Tarragona).

Tipo de análisis: χ^2

Variables: edad, valoración de la imagen corporal, según la identificación de siluetas. Verbalización de agrado por la silueta de las modelos publicitarias. Tallaje de la ropa que gastan y si están de acuerdo con ella. Realización de dieta sin supervisión sanitaria.

Resultados: n = 401. El 32,5% (130) tienen entre 12 y 15 años, el 31,8% (138) entre 16 y 18 y el 33,2% más de 18 años.

De ellas, el 75,3% (301) tienen normopeso, el 11,05 (44) tiene sobrepeso y el 13,0% (56), obesidad. Al relacionarlo con la propia imagen corporal, las jóvenes con sobrepeso y obesidad presentan distorsión de la autoimagen de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Al 34,4% (139) les gustaría tener el físico de las *top-models* y éstas presentan distorsión de la autoimagen corporal de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

No están de acuerdo con la talla de pantalón que gastan el 47,8% (191) y todas presentan distorsión de su autoimagen de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Realizan dieta sin supervisión sanitaria el 15,2% (58) y también todas ellas presentan distorsión de su autoimagen de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1. La mayoría de las jóvenes no están conformes con su imagen y desean siluetas más delgadas. 2. Los patrones del mundo de la moda influyen en las jóvenes, de manera que les gustaría conseguir "una mejor imagen". 3. La alteración en la autopercepción de la imagen corporal conduce a conductas alimentarias no controladas.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN TORNO A UN CENTRO DE SALUD COMO FORMA DE PREVENCIÓN: EL PROYECTO APRENDIENDO ENTRE TODOS A RELACIONARNOS DE FORMA SALUDABLE

P.J. Ruiz^a, L. Bosques^b, G. Cózar^c, B. González^c, R. Talaverano^d, N. Prada^d, A.J. Monsalve^d, J. Delgado^d, S. Aguilera^d, C.A. Bonilla^d, L. Lucas^d, W. Richards^d, C. Núñez^d, S.A. Contreras^d, R. De Diego^d, N. Palacios^d, T. Morales^d, L. Mora^d, M.A. Domínguez^d, M. García^d, R.R. Abril^d, D. Urdillo^d, E. Martín^d y A. García^d

^aPediatra. ^bAuxiliar de enfermería. ^cEnfermero/a. ^dAdolescentes. Centro Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Madrid. España.

El proyecto, ganador del Primer Premio en la edición 2002 de los Premios SEMFYC para Proyectos de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, es el fruto del trabajo en grupo de adolescentes y jóvenes de la comunidad al servicio de la cual está el centro de salud y de su interrelación con padres, educadores, orientadores psicopedagógicos y sociosanitarios (personal de los servicios sociales, técnicos de juventud del ayuntamiento, terapeutas familiares, trabajadores sociales y sanitarios). Creemos que la salud es un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos. Muchos de los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes (aburrimiento, atonía vital, fracaso escolar, consumo de drogas, comportamientos violentos, temores respecto a la figura corporal y la sexualidad, problemas relacionales y de comunicación, dificultades para controlar emociones como la ira, la ansiedad, la tristeza y los celos) son difícilmente abordables en las consultas tradicionales de los médicos o enfermeras. Nadie puede cambiar a otra persona si ella no quiere. Los jóvenes pueden y quieren ser los protagonistas de sus vidas y de sus propios cambios, si se les da oportunidades para ello. Potenciando todas sus capacidades humanas lograrán mayores cotas de salud.

Muchas veces nos sentimos fuera del tiempo y el espacio de los otros, al no tener la palabra o carecer de poder para decir, hacer o disponer. A menudo también nuestras obligaciones, la convivencia con gente que tiene valores diferentes a los nuestros o el no tener satisfechas nuestras necesidades interpersonales de seguridad, estima, contacto e intimidad corporal son una importante fuente de nerviosismo, agobio, enfado, tristeza, soledad... Si no se sabe hacer frente a esta tensión emocional se pueden generar problemas de salud. Este proyecto quiere ser una respuesta a ello.

Actualmente 20 jóvenes y cuatro socios sanitarios formamos la comisión de coordinación y seguimiento del proyecto encargada de diseñar y supervisar el desarrollo de las actividades y estudiar las propuestas surgidas desde la comunidad. Entre las actividades realizadas hasta ahora destacamos: talleres grupales de autoayuda para adolescentes; mesas redondas de adolescentes dirigidas a asociaciones de padres donde los jóvenes aconsejan desde sus experiencias personales a los padres cómo hablar con sus hijos adolescentes, promocionando estilos relacionales saludables; banco de habilidades donde los adolescentes pueden poner en común estrategias para superar problemas; consulta de promoción de la salud para adolescentes; sesiones lúdicas dentro del programa de ocio alternativo "Otra forma de moverte"; sección fija titulada "Diálogos con adolescentes" dentro del boletín del centro de asesoramiento juvenil del ayuntamiento; participación en espacios radiofónicos de salud; jornadas de convivencia y planificación; elaboración de un folleto sobre las relaciones de pareja dirigido a otros adolescentes; sesiones formativas para profesionales sanitarios; reuniones de coordinación con educadores. Todas las actividades son evaluadas por parte de los participantes, los coordinadores de éstas, observadores y expertos externos y todos los miembros de la comunidad que quieren, con excelentes resultados a corto plazo (el proyecto lleva en marcha sólo un año).

UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. RESULTADOS OBTENIDOS EN TRES AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

G. Perkal Rug, C. Esporin, F. Bastida, J. Arenas, J. Derham,
C. Morales, C. Lombardía, M. Pi, G. Traffach y M. Paretas

Servicio de Pediatría y Unidad de TCA. Hospital Santa Caterina.
Girona. España.

Objetivo: Se presentan los resultados obtenidos durante los 3 años de funcionamiento de nuestra unidad, la cual centraliza los trastornos de conducta alimentaria (TCA), de niños y adolescentes de la comarca de Girona.

Material y métodos: La unidad tiene tres sistemas de funcionamiento: *a)* terapia ambulatoria; *b)* régimen de ingreso en Hospital de Día, y *c)* ingreso hospitalario en la planta de Pediatría de nuestro hospital.

El equipo de atención a los pacientes está formado por un psiquiatra infantil y de adolescentes, dos psicólogas, un pediatra especializado en medicina del adolescente, un endocrinólogo consultor, una nutricionista, dos enfermeros y dos auxiliares entrenados en TCA.

En estos 3 años fueron diagnosticados 187 pacientes (165 mujeres y 22 varones) entre 8 y 18 años, 28 con bulimia nerviosa (BN), 77 con anorexia nerviosa (AN) y 82 con otros TCA. Ingresaron en régimen de hospital de día 49 pacientes (48 mujeres y 1 varón, con edades medias de 16,3 años, de los cuales 27 tenían AN y 22 BN. Requirieron ingreso hospitalario 10 pacientes (4 BN y 6 AN).

La organización de la unidad, así como los circuitos de derivación y seguimiento serán explicados con detalle en la comunicación.

Resultados: El índice de curación ha sido del 38,7% (19 pacientes); 16 pacientes (32,6%) aún están en seguimiento ambulatorio con buena evolución; dos continúan en tratamiento por otro trastorno mental asociado y seis aún están en régimen de hospital de día. Abandonaron el tratamiento 5 pacientes (10,2%) y uno se trasladó a una unidad de psiquiatría. Presentaron recaídas 2 pacientes (4%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos son similares a los de otros estudios y reafirman la importancia del abordaje multidisciplinario en los TCA.

La posibilidad del ingreso en la planta de pediatría permite un seguimiento clínico más adecuado y complementario del psicológico, reforzando así el concepto de enfermedad mental con importante repercusión psicofísica y social.

EVALUACIÓN FORMATIVA EN EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES

C. González Hernando, J. Redondo Acebes^a, R. Martín-Calero^a,
R. López Izquierdo^b, M. Arévalo Álvarez
y J.R. Sánchez-Crespo Bolaños^c

^aEnfermera/o. ^bMIR. ^cMédico de Familia y Matrona.
Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. España.

Objetivo: Valorar si los conocimientos en educación sexual para adolescentes varían tras una sesión educativa empleando metodología dinámica y participativa.

Material y método: Es un estudio descriptivo observacional, con diseño de grupo único pretest-postest. Se utilizó un "test referido a criterio" (TRC) para evaluación educativa que consta de 24 preguntas de respuesta alternativa verdadero-falso, calculándose la fiabilidad del test a través del método Subkoviak.

La muestra fueron 140 alumnos, 62 mujeres y 78 varones, de 13-14 años de dos institutos de nuestra zona básica de salud. El método estadístico utilizado SPSS-prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (fig. 1).

Resultados: El pretest ha permitido conocer las deficiencias de los conocimientos previos a la sesión de educación para la salud (nota media: 4,9 sobre 10).

La intervención en educación para la salud ha mejorado globalmente los conocimientos en el 22% ($p = 0,016$).

No se han encontrado diferencias significativas de sexo.

Conclusiones: La evaluación formativa en proyectos de educación sexual es útil para que los discentes realicen aprendizaje significativo.

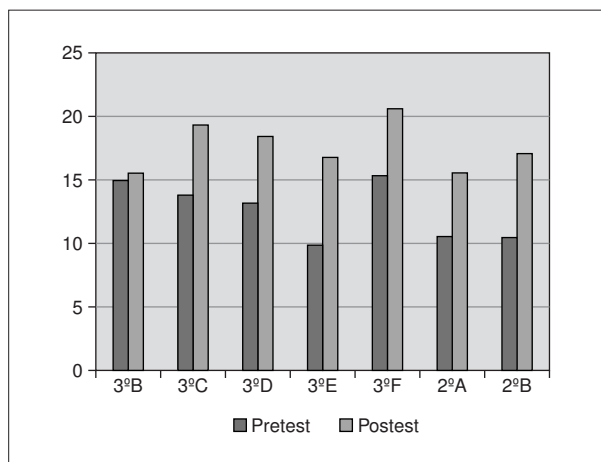


Figura 1.

Es eficaz impartir educación sexual a los adolescentes para mejorar los conocimientos y facilitar conductas de sexualidad responsable.

URGENCIAS GINECOLÓGICAS DURANTE LA ADOLESCENCIA

M. Yaque Navarrete, H. Rodríguez Criado, A. Pérez Escudero, M. Frutos Cantos, A. García Gámez, J.M. Macías Seda y J.L. Álvarez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

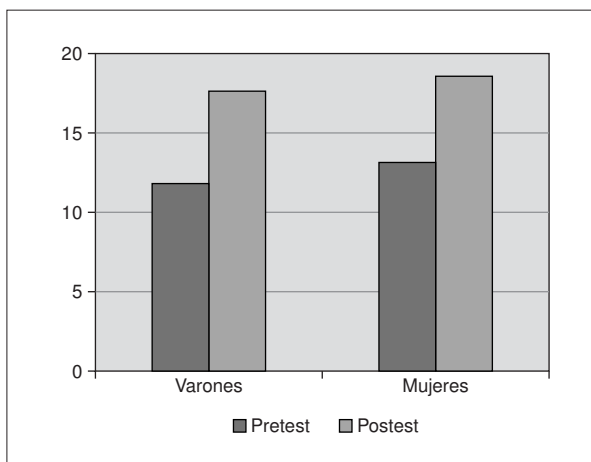
Introducción: Los problemas ginecológicos durante la adolescencia con frecuencia son abordados por ginecólogos. Muchos de estos problemas podrían ser accesibles y atendidos por profesionales pediátricos en atención primaria o en servicios pediátricos.

Objetivos: Estudiar la frecuencia y el tipo de problemas ginecológicos con los que acuden las adolescentes al servicio de urgencias ginecológicas.

Material y método: Entre 18.250 urgencias recibidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena en 2002, se recogieron 495 entre 14 y 18 años. Se realiza estudio transversal del motivo de consulta, posible derivación y alta o ingreso en el servicio y se estudia relación entre las distintas variables.

Resultados: El motivo de consulta fue: dolor abdominal, 21,2%; traumatismo genital, 0,8%; vulvovaginitis, 4,0%; sospecha abuso sexual, 1,8%; trastorno menstrual, 10,5%; intercepción, 49,7%; bulto genital, 3,2%; dismenorrea, 2,4%; dolor genitourinario, 1,6%; problema mamario, 4,2%, y otros, 0,4%. Deriva al servicio medicina interna el 2,2%; se da de alta al 96,9% y fueron ingresadas el 1,0%. Difiere el motivo de consulta según edad ($p = 0,009$), la media de edad es menor entre las que consultan por: traumatismo, 16,2; problemas mamarios, 16,2, y sospecha de abuso sexual, 15,3, frente a las que consultan por intercepción, 17; bulto en genitales, 17; bulto genital y dismenorrea, 16,7. Todas las que derivan a medicina interna el motivo de consulta fue dolor abdominal. No se encuentra relación entre edad y derivación o alta/ingreso.

Conclusiones: Existe diferencia entre los motivos de consulta a distintas edades. Son más frecuentes los traumatismos, los



problemas mamarios y la sospecha de abuso sexual a edades más tempranas. La intercepción constituye el motivo más frecuente de consulta, seguido por el dolor abdominal y los trastornos menstruales. Ante el dolor abdominal, aunque acuden con sospecha de proceso ginecológico hay que descartar otros procesos más frecuentes: gastroenteritis aguda, traumatismos, apendicitis, infección urinaria, estreñimiento y enfermedades virales^{1,2}. Son preocupantes las solicitudes de intercepciones. Es llamativo el escaso índice de ingresos. Nos hace pensar que muchas de estas consultas podrían ser atendidas a otro nivel. Los pediatras debemos estar cada día más interesados en estos temas por su complejidad y aprender técnicas de valoración de la adolescente.

Bibliografía

- García J. Abdomen agudo en el niño. Tomo 4 de Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría, 2002.
- Emans JH, Laufer MR, Goldstein DP. Ginecología en Pediatría y la adolescente. 40.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.

UNA APROXIMACIÓN ETNOGRÁFICA AL FENÓMENO DEL BOTELLÓN

A. Antona Rodríguez, J. Madrid Gutiérrez, S. Voicolescu, M. Menéndez Linares, D. Herranz Andújar y A. Rodrigo Moíño
Ayuntamiento de Madrid. España.

El fenómeno del botellón (*botelleo* en Murcia, *champanada* en Santander o *botellona* en Sevilla, entre otras denominaciones) se ha ido extendiendo por toda la geografía de España, marcando unas pautas de consumo de alcohol específicas en la población adolescente y joven. Todos los estudios realizados hasta la fecha han sido enfocados desde perspectivas cuantitativas (gasto, número de comas etílicos, agrupación, ingesta, etc.). Pero el botellón posee una serie de características que para su comprensión precisan una aproximación cualitativa. Así, durante 6 meses hemos desarrollado un trabajo de campo, por el que a través de la etnografía B con su metodología específica (ob-

servación participante, estudio de casos, entrevistas en profundidad, etc.), pretendemos aportar datos que posibiliten una mejor comprensión de este fenómeno. El 80% de los y las adolescentes de entre 14 y 18 años han consumido "alguna vez"; las primeras tomas de contacto con el alcohol aparecen en una media de 13 años y sólo el 7,5% de los y las adolescentes perciben que su consumo de alcohol sea alto. Casi la mitad de los adolescentes de entre 14 y 18 años refiere no consumir alcohol y no pretende iniciarse. Durante el último mes declaran haberse emborrachado el 1,4% de los adolescentes de 14 años y el 2,3 de los de 17. Tras un primer trabajo de análisis de los datos, nos permitimos adelantar algunas consideraciones a propósito del botellón.

El botellón es una forma de reproducción social de consumo. El discurso social hegemónico y la familia son los primeros proveedores del imaginario juvenil sobre el alcohol, al que realizan atribuciones contradictorias. Así, los y las adolescentes reproducen, con un ceremonial específico, pautas de consumo socialmente instauradas. El consumo adolescente es paradójico. El botellón ha pasado a formar parte de un rito de iniciación y de afirmación del adolescente, que facilita su construcción identitaria, tanto individual como grupal. En el plano discursivo expresan y conocen las consecuencias del alcohol, sin embargo, la percepción de riesgo está muy diluida. El alcohol se presenta como "malo", pero menos que otras drogas. Compensa la experimentación a pesar del "riesgo". Las borracheras se presentan como meros accidentes o como una medida terapéutica para salir de "algún mal rollo".

Parte del "éxito" del botellón es porque se ha convertido en un espacio-tiempo de relación que facilita y posibilita la interacción grupal exógena. El compartir espacios entre diferentes grupos abre un abanico de posibilidades relacionales y de sociabilidad que no se pueden dar en otros contextos.

Las medidas legislativas que se han puesto en marcha están dando, en algunas situaciones, resultado en lo referente a la disminución de la tensión convivencial (apropiación de espacios públicos) pero apenas han tenido incidencia en el consumo de alcohol. Han modificado las pautas pero no han disminuido el consumo. De las grandes concentraciones (botellón) a las dispersión en grupos más reducidos (botellín). En algunos casos, la transgresión de la norma se ha convertido en un nuevo elemento ritualizado del consumo.

El botellón es una práctica que se compagina con otras actividades de ocio y tiempo libre, por lo que muchos de los programas que se proponen desde la administración con el fin de proponer alternativas de ocio y tiempo libre, no consiguen la eficacia, para lo que están propuestas.

Es en el grupo donde se aprehende el sentido del botellón, en el placer (real o imaginado) y en los espacios compartidos. Nos planteamos, por tanto, que el botellón no es un consumo individual sino grupal. El inicio y el mantenimiento del consumo no se entiende fuera del grupo, por lo que toda medida intervencionista ha de pasar por la aproximación grupal y no individual.

EL DEPARTAMENTO DE LA SALUD EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA: EL MÉDICO EN EL INSTITUTO FRENTE AL MÉDICO DEL INSTITUTO

M. Andújar Megías^a y M.J. Cuadros Gómez^b

^aDelegación Provincial de Educación de Jaén. Equipo de Orientación Educativa (EOE) de Linares. Jaén. ^bEmpresa Pública Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén. España.

Objetivo: Analizar, sobre los resultados de diversas experiencias llevadas a cabo, la conveniencia de recomendar la creación en los Institutos de Educación Secundaria (IES) de un Departamento de la Salud con la adscripción de, al menos, un profesional médico con formación específica en medicina del adolescente.

Material: Experiencias llevadas a cabo desde la comunidad educativa y/o desde la comunidad sanitaria, individual o comisionadamente, con el fin de promocionar la salud en el adolescente, prevenir los riesgos para su salud y realizar el seguimiento y control de diferentes enfermedades propias.

Método: Análisis cualitativo, descriptivo, longitudinal de diferentes experiencias con adolescentes, llevadas a cabo en institutos de la provincia de Jaén, zona educativa Linares B Andújar.

Resultados: Numerosas experiencias y programas, se ponen en marcha cada año para promocionar la salud en los institutos entre los adolescentes. Aunque nos encontramos en fase experimental a la hora de manejar datos cuantitativos, sí que se pueden adelantar datos cualitativos fruto de opiniones contrastadas de los profesionales implicados. Coordinar acciones de salud para adolescentes entre personal de salud y de educación en un instituto no es una tarea fácil: horarios diferentes, objetivos institucionales diferentes, dificultades para empatizar. Los intentos de confluencia en forma de "Consulta Joven", "Consulta Abierta", "Forma Joven", han roto alguna barrera, pero también se han observado las dificultades e inconvenientes de incorporar un proyecto "desde salud" en la comunidad educativa en la que, salvo excepciones, aún se percibe a esta institución como distante, ajena y con objetivos poco entendidos. A menudo, estos intentos aprovechan el ímpetu inicial, acabando por agotarse al poco tiempo y siendo, en general, nada continuistas, sistemáticos y, en definitiva, convincentes para la institución acogedora.

Conclusiones: Se entiende que es necesaria la creación en los institutos de secundaria de un departamento de la salud, dirigido por un profesional de la medicina, con personal de enfermería en macrocentros, de plantilla en el centro escolar, con dependencia administrativa de la institución educativa, y con funciones al menos de tres tipos: *a*) orientación y apoyo: al alumnado, al profesorado, al centro y a las familias; *b*) docente: dinamizando e impartiendo desde dentro las diferentes programaciones de educación para la salud, con carácter transversal, formal y curricular, y *c*) asistencial: al menos, sirviendo de enlace entre la propia labor de detección y la atención primaria y especializada. Todo ello sobre la base, entre otras razones, de que: *a*) la prevalencia de comportamientos poco saludables en adolescentes se incrementa progresivamente; *b*) el instituto es una de las últimas instituciones "educadoras" (además de instructivas) por las que pasa un individuo; *c*) los poderes públi-

cos facilitan, pero no aseguran el derecho de todos los adolescentes a recibir educación para la salud de manera sistemática, transversal formal y curricular, y *d*) los procesos de integración escolar están permitiendo que adolescentes con enfermedades crónicas se incorporen a los institutos sin que se garantice un seguimiento estrecho de sus problemas de salud en su propio medio.

EL RUIDO EN LA VIDA DEL ADOLESCENTE. EL TRAUMA ACÚSTICO

M.A. Añó, M.A. Viloca Llobet, A. Ylarduya Mayoral
y A.M. Martí Mauri

Equipo de Atención Primaria San Antoni y Equipo de Atención Primaria
Poble Sec. Barcelona. España.

Introducción: Actualmente el gusto por el ruido en los adolescentes va en aumento, les gusta ir a la discoteca, escuchar el *walkman*, montar en motocicleta, tirar petardos.

Puesto que el ruido es un estímulo sonoro que puede valorarse como agradable o molesto, según la apreciación subjetiva que se haga de ello, nos referiremos a él como nivel sónico.

Se considera fisiológicamente perjudicial toda exposición continuada a sonido de más de 70 dB y especialmente grave los que superan 90 dB, dependiendo del tiempo y la repetición, así como la frecuencia del estímulo sónico, lo cual puede causar un trauma acústico.

Material y método: Mediante un cribado en las consultas de enfermería se puede llegar a detectar una presión arterial en un estadio inicial, que si se actúa evitando la exposición al estímulo sónico deja de progresar.

Se ha llevado a cabo un estudio estadístico en una muestra de 950 individuos que ha durado 2 años, en el que se ha realizado una selección y una detección de enfermedades óticas mediante pruebas de acimetría manual, acimetría instrumental y audiométricas.

Resultados y conclusiones: La valoración de los resultados del estudio se presentan en gráficas estadísticas agrupadas en bloques de edades, adolescencia temprana, media y tardía, en ellas se evidencian los hallazgos obtenidos y la posibilidad de actuar sobre ellos para impedir el avance de la presión arterial.

La campaña de prevención en la evitación al estímulo sónico por tiempo prolongado tiene mayor dificultad de evaluación, pero no por ello es menos importante.

PATOLOGÍAS PREVALENTES EN INMIGRANTES DE UN CENTRO DE ACOGIDA

J.M. Fernández Fernández, E. Prados Bueno, M.T. Molina Oya,
J. Tomás Gilabert, E. Robles Ferrer, C. Jiménez Cabrera,
E. Soler Ruiz, M.F. Álvarez Sierra e Y. Alonso Barranco

Centro de Salud Mirasierra. ^aCentro de Salud Góngora.
^bCentro de Salud de Las Gabias. Distrito Sanitario Granada.
^cDistrito Sanitario Metropolitano de Granada. España.

Objetivo: Analizar las enfermedades más prevalentes en la población inmigrante de un centro de acogida en la provincia de Granada.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo durante un período de 6 meses a una población de 20 inmigrantes (19 varones y 1 mujer) de edades comprendidas entre 12 y 18 años. A esta población se les realizó una valoración de su estado de salud a su llegada al centro de acogida consistente en historia clínica completa con antecedentes personales y familiares, estado de vacunación, hábitos y exploración clínica. Se solicitaron en todos los casos exploraciones complementarias en las que se incluyó cribado hematológico y bioquímico, velocidad de sedimentación globular (VSG), analítica de orina, serologías y Mantoux.

Resultados: Las enfermedades más prevalentes en este grupo de inmigrantes fueron: caries dental (100%), anemia ferropénica (20%), hepatitis A (75%), hepatitis B (20%), infección tuberculosa (20%) y enfermedades de transmisión sexual (5%).

Conclusiones: Estamos asistiendo a un aumento vertiginoso de población inmigrante en nuestro país; muchos de estos inmigrantes son niños adolescentes que se encuentran en estado de acogida. Dada la alta prevalencia de enfermedades en esta población es necesaria una identificación e intervención precoz de todos estos niños adolescentes para mejorar su calidad de vida y su adaptación social. Por todo ello deben tenerse conocimientos suficientes sobre los problemas de salud prevalentes y las necesidades sanitarias prioritarias de este grupo especial de menores, para proporcionarles una asistencia integral adecuada.

UTILIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA POR LOS ADOLESCENTES Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

J.J. Menéndez Suso, M.I. Hidalgo Vicario,
M.P. González Rodríguez, M.I. Parra Martínez, J.L. Muñoz Alcañiz,
M. Doñoro Mazaría, M.C. Agís Brusco y R. Madero Jarabo

Centro de Salud Barrio del Pilar. Área 5. Madrid.
Hospital La Paz. Madrid. España.

Objetivos: Conocer las características de la población adolescente atendida en el CS "Barrio del Pilar" de Madrid y describir toda la actividad realizada en la consulta: utilización del centro, motivos de consulta, diagnósticos, pruebas complementarias, exámenes de salud y medidas preventivas.

Material y método: De los 4.000 adolescentes entre 11 y 18 años de dicho centro, se seleccionó una muestra de 434 por muestreo aleatorio simple.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Mediante la revisión de las historias clínicas se analizó la actividad realizada en las consultas durante 2 años (desde 1 de junio 2000 al 31 de mayo 2002).

El análisis estadístico de las variables cualitativas se realizó mediante la chi cuadrado y el de las variables cuantitativas mediante la ANOVA. En la comparación del número de revisiones se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Resultados: De los 434 adolescentes, el 54% eran varones y el 46% mujeres. Durante el período de 2 años la media de visitas fue de cuatro, consultando más los menores de 15 años. Entre los motivos de consulta más frecuentes figuraban: infecciones ORL (45,30%), problemas de la piel excepto acné (15,58%),

traumatismos (15,30), acné (9,35%), alergias (7,65%), GEA (7,65%) y burocracia (7,37). Entre las enfermedades crónicas que presentaban la más frecuente era: alergia (15,58%), seguida por patología ocular (11,33%), asma (9,35%), escoliosis (8,78%) y obesidad (7,93%).

La mayoría (83%) referían buena relación con su familia y el 80% buen rendimiento escolar. El 50% de los jóvenes tuvieron al menos un examen de salud durante ese período y en el 70% se realizaron medidas preventivas (alcohol, tabaco, drogas, educación sexual, nutrición y accidentes).

Conclusiones: La frecuentación a la consulta ha sido elevada, superior a otros estudios realizados, y los motivos principales han sido por infecciones de vías altas, enfermedades de la piel y traumatismos. Igualmente ha sido elevado el porcentaje de adolescentes que recibieron consejo de prevención de riesgos. En el 99% de los casos las revisiones y actividades preventivas se realizaron en las consultas de pediatría. Durante la adolescencia es necesario establecer una adecuada relación médico-paciente y seguir realizando los controles periódicos de salud para favorecer un adecuado desarrollo físico, psicológico y social.

DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN ADOLESCENTES DEPORTISTAS DE ÉLITE. RELACIÓN CON EL EJERCICIO Y LA NUTRICIÓN

M.A. Donoso^a, G. Garrido^b, M. Chamorro^b, C. Montero^a, G. Martínez^c, F. Hawkins^c y M.T. Muñoz^a

^aServicio de Endocrinología. Hospital Infantil Niño Jesús.

^bInstituto Nacional de Educación Física. ^cServicio de Endocrinología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: El aporte nutricional en los deportistas es determinante para su rendimiento profesional. Este aporte pudiera verse comprometido si no están bien informados sobre las dietas equilibradas en energía y nutrientes. Muchos factores intervienen en que sus dietas sean inadecuadas, entre ellos la falta de controles y asesoramiento apropiado.

Objetivo: Analizar la densidad mineral ósea (DMO), la composición corporal (masa muscular y grasa corporal total) y el estado nutricional en un grupo adolescentes futbolistas.

Sujetos y métodos: Se ha estudiado un grupo de futbolistas alevines (n = 33) con una edad media de 17,4 ± 1,5 años que realizaban 12 h de ejercicio físico a la semana. El grupo control estaba formado por 18 varones de edades similares (17,6 ± 2,1). A todos se les realizó un estudio antropométrico: peso (kg), talla (cm), índice de masa corporal (IMC) expresado en DE para la edad y el sexo. Así mismo se realizó una encuesta nutricional de 5 días (Nutrionist®) y se cuantificó la DMO a nivel de la columna lumbar (L1-L4) y cadera, la masa muscular (g), y el porcen-

taje de grasa corporal total (%GCT) por el método DEXA (Hologic 4500).

Resultados: 1. El aporte energético fue similar en los dos grupos, a pesar de la diferente actividad física. La ingesta de proteínas fue normal, el aporte de grasas elevado y el de hidratos de carbono y fibra fueron deficientes en ambos grupos. 2. El consumo de calcio fue similar y el consumo de vitamina D fue deficiente sólo en el grupo de los futbolistas. 3. En el grupo de deportistas de DMO en columna lumbar y cadera, así como la masa muscular se encontró más elevada con respecto al grupo control. Por el contrario, el porcentaje de GCT fue significativamente más bajo en los futbolistas (tabla 1).

Conclusiones: 1. Los aportes nutricionales son inadecuados no sólo en adolescentes deportistas, sino también en aquellos que no tienen el hábito de ejercicio físico, y es necesario, por consiguiente, realizar un adecuado asesoramiento nutricional durante la adolescencia. 2. El ejercicio físico parece tener efectos beneficiosos sobre la masa ósea.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE UN CAP DE NUEVA CREACIÓN POR JÓVENES DE 12-19 AÑOS

C. Palasi Bargallo, R. Monteserín, A. Muñoz, M.A. Peix y E. Rayo

EAB Sardeya. Barcelona. España.

Objetivos: Describir el grado de utilización de los servicios de atención primaria de los adolescentes de 12-19 años. Comparar la utilización de las consultas de pediatría con las del médico de familia. Relacionar el grado de utilización de los hijos con el de los padres.

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Ámbito: Centro de atención primaria urbano de creación reciente.

Sujetos: Adolescentes de 12-19 años adscritos al centro. Para comparar el grado de utilización de padres e hijos se ha utilizado una muestra de 106 jóvenes de 12 a 16 años con sus respectivos padres.

Resultados: Del total de 106 adolescentes, el 69,8% han utilizado el servicio al menos en dos ocasiones en 2001-2003. Comparando por consultas, el 72,1% se ha atendido en la de pediatría (12-15 años) frente al 68,2% en la del médico de familia (15-19 años) no existiendo diferencias significativas. Contabilizada la frecuentación por edades se observa una frecuentación del 74,8% a los 12 años pasando al 64,9% a los 19 años (no significativo).

De la muestra seleccionada (n = 106) no se observaron diferencias en la frecuentación entre ambos sexos. Los jóvenes han consultado una media de 7,91 veces en 2 años frente a una

TABLA 1.

	Energía total (kcal)	Calcio (mg)	Vitamina D (µg)	DMO L1-L4 (g/cm ²)	DMO cadera (g/cm ²)	Masa muscular (g)	GCT (%)
GF	2.740 ± 531	1.095 ± 350	3,2 ± 1,6**	1.130 ± 0,11**	1.330 ± 0,14**	60.848 ± 5.364*	10,7 ± 7**
GC	2.921 ± 551	1.262 ± 423	5,6 ± 3,8	0,981 ± 0,165	1.090 ± 0,165	55.034 ± 9.876	16,2 ± 6,9

*p < 0,05; **p < 0,001.

media de 7,74 las madres y una media de 6,25 los padres. Si bien la diferencia no es significativa existe una mayor relación entre la frecuentación de las madres con la de los jóvenes ($p = 0,061$).

En relación al último motivo de consulta, se realizaron medidas preventivas en un 41% de las ocasiones, en el 38% se referían a procesos agudos y en el 21% restante a otras enfermedades.

El consejo antitabaco se ha realizado en un 51,85% del total de jóvenes (41,6% consulta medicina de familia frente a 58,11% que consulta pediatría).

Conclusiones: En nuestro centro de atención primaria, sin contar con consulta joven específica, el porcentaje de utilización de la consulta es de alrededor del 70%.

Se han efectuado medidas preventivas antitabaco, aproximadamente en la mitad de los adolescentes.

No existe relación entre la frecuentación de padres e hijos.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO EN EL PRONÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

J.L. Jiménez Hernández^a y M. López-Rico^b

^aDepartamento de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

^bDepartamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca. España.

Los trastornos psicóticos son enfermedades psiquiátricas graves que afectan al 1% de la población general, y produce enormes costes económicos, personales y sociales. Su inicio suele ser en la adolescencia y generalmente precisa hospitalización. Su curso se caracteriza, en la mayoría de los casos, por episodios agudos recurrentes, que siempre se acompañan de un deterioro personal estable o progresivo; el 70% de los pacientes esquizofrénicos en los que se manifiesta en la adolescencia precoz, sufren después recaídas, con períodos intercríticos de normalidad. El trabajo que se presenta evalúa las diferencias existentes en la psicopatología inicial, los factores médicos y psicológicos premórbidos y las variables clínicas y terapéuticas del primer episodio psicótico de 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia e inicio antes de los 18 años de edad. Los resultados del análisis estadístico de los datos recogidos durante 5 años muestran que los casos que tienen un período de tiempo mayor de primer episodio psicótico no tratado se correlacionan de manera significativa con los de peor pronóstico. Se observa asimismo una tendencia a sufrir sintomatología "negativa" con mayor frecuencia de lo habitual entre los pacientes esquizofrénicos de inicio más precoz, así como su mejor respuesta al tratamiento con neurolépticos, predominantemente atípicos. El número de recaídas fue así mismo mayor entre los sujetos que fueron tratados de manera más tardía.

Conclusiones: El diagnóstico precoz y la pronta intervención farmacológica y psicopedagógica en el primer episodio psicótico mejoran de manera significativa el pronóstico y la evolución de la esquizofrenia de inicio en la infancia-adolescencia.

ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE CATALUÑA. RESULTADOS PRELIMINARES

J.M. Bofarull, N. Calvo, J.L. Piñol y Grupo Investigador del Estudio "ANSIECAT-2003"

Sa.P. Reus. Tarragona. España.

Introducción: Dados los escasos estudios poblacionales específicos sobre la ansiedad en la adolescencia, tanto en nuestro entorno como otros países, 62 pediatras de Cataluña hemos iniciado este estudio colaborativo, del cual se presentan unos resultados preliminares.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de ansiedad/estado y ansiedad/rango en adolescentes. 2. Evaluar su asociación con edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, existencia de enfermedades crónicas, vínculo familiar, fratria y estudios realizados.

Material y métodos: *Diseño:* estudio observacional transversal.

Ámbito: atención primaria de salud.

Sujetos: muestra de adolescentes de 12 a 15 años de Cataluña, atendidos en consultas pediátricas públicas o privadas.

Análisis estadístico: chi cuadrado y t de Student.

Mediciones e intervenciones: la información se recogió mediante dos tipos de fuentes: *a)* entrevista con cuestionario estructurado sobre datos sociodemográficos (edad, género, estudios realizados, etc.), motivo de consulta, antecedentes personales y patologías crónicas; *b)* test autocumplimentado: State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC).

Resultados: Se entrevistan 314 adolescentes. Edad media, $13,7 \pm 1,2$ años. El 52,6% eran chicas. El 50,0% residía en la provincia de Barcelona; el 24,2% en Girona; el 20,4% en Tarragona y el 5,4% en Lleida. El 42,3% acudieron para revisión médica programada, el 29,6% por infección, el 5,5% por traumatismo y el 22,5% por motivos diversos. El 76,8% no refirieron antecedentes de enfermedades crónicas; 9,9%, tenía asma; 3,5%, tumores; 1,9%, defectos congénitos; 1,3%, enfermedades psiquiátricas, y 6,7% otro tipo de enfermedad. Presentaron ansiedad/estado (A/E) el 22,0%, ansiedad/rango (A/R) el 16,9% y ambas a la vez (A/E + A/R) el 7,6%.

La A/E se asoció de forma estadísticamente significativa con la edad de las chicas ($p = 0,016$) y con el tipo de escuela ($p = 0,027$). A mayor edad de las chicas más A/E y asistir a escuelas concertadas más A/E que asistir a escuelas públicas y privadas.

Tanto la A/R como la A/E + A/R se asociaron de forma estadísticamente significativa con la edad de las chicas ($p = 0,015$ y $p = 0,012$, respectivamente) y con el sexo ($p = 0,015$ y $p = 0,015$, respectivamente). A mayor edad de las chicas más A/R y más A/E + A/R y las chicas más A/R y más A/E + A/R que los chicos.

La A/E, la A/R y la A/E + A/R no se asociaron con la provincia de residencia, el motivo de consulta, padecer enfermedades crónicas, el número entre hermanos, ser hijo/a único, el número de familiares convivientes y el mes de realización del test.

Conclusiones: 1. En nuestro entorno, la prevalencia de A/E es del 22,0%, de A/R del 16,9% y de A/E + A/R del 7,6%. 2. La A/E se asocia con la edad de las chicas y con el tipo de escuela. La A/R y la A/E + A/R se asocian con la edad de las chicas y el sexo.

EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN UN COLECTIVO DE ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE GRANADA

I. Seiquer^a, M. Mesías^a, C. Delgado-Andrade^a, A. Peinado^b,
M. López Frías^c, A. Muñoz Hoyos^b, M.P. Navarro^a y G. Galdó^b

^aUnidad de Nutrición. Estación Experimental del Zaidín. CSIC.

^bDepartamento de Pediatría. ^cInstituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La nutrición tiene un papel crítico en el desarrollo del adolescente, y el consumo de una dieta inadecuada puede afectar de forma negativa al crecimiento somático, a la maduración sexual y a la salud del futuro adulto. Durante esta etapa se dan una serie de circunstancias (cierta independencia económica, autonomía para elegir el tipo de alimentos, influencia de determinados hábitos sociales y de los medios de comunicación) que pueden favorecer la aparición de desequilibrios entre necesidades y aportes, lo cual podría alterar el estatus nutricional. Normalmente, es la última oportunidad de aplicar normas dietéticas para la promoción de la salud antes de la instauración de los hábitos que permanecerán durante la edad adulta.

Objetivos: Evaluar la dieta de un grupo de adolescentes de la provincia de Granada, analizando la distribución energética entre los macronutrientes y el perfil general de consumo por grupos de alimentos.

Material y métodos: El estudio se realizó en 21 adolescentes varones sanos de 11-14 años, cuyas características fisiológicas, hábitos de vida y nutricionales respondían a los considerados normales para este colectivo. La selección se llevó a cabo mediante encuesta de hábitos y valoración antropométrica.

Se realizó una encuesta alimentaria a cada sujeto recogiendo la ingesta de 3 días, combinando dos métodos: recordatorio de 24 h y registro de ingesta los otros 2 días. Los datos se analizaron mediante sistema informático (Alimentación y Salud, 2000).

Resultados: Los datos mostraron un consumo insuficiente de hidratos de carbono (46,7% de la energía total de la dieta), mientras que las ingestas de proteína (15,8%) y grasa (37,2%) estaban por encima de las cifras recomendadas.

El grupo de alimentos proteicos de origen animal estuvo presente en la dieta diaria con algo más de 2 raciones, y es de destacar que el 80% correspondió a consumo de carne (pollo, embutido, carne roja) y el resto a pescado (9%) y a huevos (11%). La frecuencia de consumo para el grupo de lácteos fue de 2,5 raciones/día. El producto más consumido era la leche (72% del total), seguido del yogur y el queso, siendo el grupo de otros lácteos (natillas, postres, helados, etc.) el menos consumido. De cereales sólo se consumieron 2,61 raciones/día, cifra muy por debajo de las 4-6 raciones recomendadas, y los alimentos preferidos de este grupo fueron las pastas y las pizzas. Por último, destacó un bajo consumo de legumbres (0,66 ± 0,28 raciones/semana), frutas (0,95 ± 0,14 raciones/día) y verduras (3,98 ± 0,74 raciones/semana) y una ingesta elevada de refrescos (4,09 ± 0,14 raciones/semana).

Conclusiones: Dada la importancia de la adquisición de unos hábitos alimentarios adecuados durante la adolescencia, se recomendaría un aumento en el consumo de pescado, legumi-

nosas, cereales (arroz y pan), frutas y verduras. Por el contrario, deberían disminuir las raciones diarias de carne (hamburguesas, principalmente), el grupo de bollería y galletas y el consumo de bebidas gaseosas.

UTILIZACIÓN DEL HIERRO DE LA DIETA Y ESTATUS FÉRRICO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE GRANADA

I. Seiquer^a, A. Muñoz-Hoyos^b, G. Galdó^b y M.P. Navarro^a

^aUnidad de Nutrición. Estación Experimental del Zaidín. CSIC.

^bDepartamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: Los adolescentes presentan un incremento en las necesidades de hierro ligado al aumento del desarrollo físico y del volumen sanguíneo, ya que durante el estirón puberal el peso corporal casi se duplica.

La absorción del hierro se regula en función de las necesidades del organismo, si bien su eficacia de absorción depende también de la cantidad total y el tipo de hierro de la dieta. Además, existen otros factores en la dieta que influyen en su absorción, unos de forma positiva (carnes, pescado, ácido ascórbico) y otros negativa (fitatos, polifenoles del té y café, calcio, etc.).

Objetivos: Estudiar la utilización del hierro de la dieta y el estatus férrico en un colectivo de adolescentes.

Material y métodos: Se seleccionaron 21 adolescentes varones sanos de 11-14 años de la provincia de Granada, cuyas características fisiológicas, hábitos de vida y nutricionales respondieran a los considerados como normales para este colectivo. La valoración de la ingesta de hierro se realizó mediante encuesta alimentaria de 3 días, combinando recordatorio de 24 h y registro de ingesta los otros 2 días. Los datos se analizaron mediante sistema informático (Alimentación y Salud, 2000). Durante los 2 días en los que realizaron el registro de alimentos, los adolescentes recogieron la orina y las heces en recipientes adecuados entregados previamente. Todo el material destinado a la recogida de excretas y a su posterior manipulación y conservación, fue libre de elementos traza. En las muestras de orina y heces –previa mineralización– se determinó el hierro mediante espectrofotometría de absorción atómica, en un espectrofotómetro Perkin Elmer-Analyst 700. La exactitud del método se controló utilizando hígado bovino como patrón externo (BCR No. 185, Community Bureau of Reference, Brussels, Belgium).

Se realizó una extracción de sangre en ayunas para la determinación de hemograma, bioquímica general y otros parámetros relacionados con el metabolismo del hierro.

Resultados: La dieta del grupo de adolescentes estudiados proporcionó una ingesta de hierro de 13,28 ± 0,46 mg/día, ligeramente por encima de las recomendaciones españolas para este grupo de población (12 mg/día). La excreción fecal fue de 10,48 ± 1,49 mg/día, lo que supuso una absorción del hierro algo superior al 21%, similar a la de los productos cárnicos. Las bajas pérdidas urinarias (80,26 ± 3,87 µg/día) estuvieron en los límites de la normalidad, por lo que la retención de hierro resultó suficiente para satisfacer los requerimientos propios del crecimiento. De hecho, así lo demostraron los parámetros indicativos de la funcionalidad del hierro, como hemoglobina, hie-

ro sérico y transferrina, que se encontraban dentro de la normalidad. Además, los valores de ferritina sérica, indicativos de los almacenes corporales, reflejaron una situación idónea de las reservas.

Conclusiones: En contra de lo que podría ser frecuente en esta etapa, los adolescentes del presente estudio presentaron un estatus férrico aceptable. El alto porcentaje de absorción del hierro dietético puede atribuirse al elevado consumo de alimentos de origen animal, en concreto del grupo de las carnes, en los que la biodisponibilidad del elemento es notable.

ADOLESCENTES Y SEXUALIDAD: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA ON-LINE

R. Ros Rahola^a, A. Llusent Guillamet^b y J. Cornellà Canals^b

^aCentre Jove d'anticoncepció i Sexualitat. Barcelona.

^bUnitat d'Atenció als Adolescents i Joves. ICS. Girona. España.

Introducción: Conscientes de las dificultades y barreras para que el adolescente hable de su sexualidad con el profesional de salud, se ha puesto en funcionamiento una consulta *on-line*, como posible herramienta eficaz y moderna, al alcance de los adolescentes y jóvenes.

Objetivo: Demostrar el interés que puede ofrecer la consulta *on-line* para la información sobre salud sexual y reproductiva, el apoyo y el acompañamiento, en el marco de un programa de promoción de la salud integral de los adolescentes.

Material y métodos: Análisis descriptivo de las 208 consultas obtenidas durante los primeros 5 meses de 2003.

Resultados: 1. *Edad y sexo.* La mayoría de consultas proceden de muchachas (72,2%), con unas edades mayoritariamente comprendidas entre 15 y 19 años. La franja horaria de mayor consulta es la del medio día (de las 13 a las 15 h). 2. *Motivos de consulta.* Los seis primeros motivos de consulta son: información sobre sexualidad, 20,2%; demanda de anticonceptivos orales, 16,3%; SIDA, 14%; amenorrea, 10,6%; atención médica, 7,7%, y demanda de información sobre métodos anticonceptivos, 6,8%. 3. *Seguimiento y resolución.* La consulta *on-line* facilitó, en muchos casos (62%), la consulta personal. En 27 casos se solicitaba, simplemente, orientación. En 21 casos se trataba de incidencias importantes en el curso del tratamiento con anticonceptivos orales. En 13 casos se prescribió tratamiento poscoital. En el 54% de los casos hubo seguimiento a través del correo electrónico (con o sin consulta presencial). 4. *Tipología de las preguntas.* Las preguntas que los adolescentes hacen a través del correo electrónico suelen ser personales, desde la intimidad, y secretas.

Conclusiones: Las muchachas toman más la iniciativa de consultar en lo que se refiere a salud sexual.

A pesar de los programas de "educación sexual", se observa que existe una importante dificultad para que el mensaje llegue, de manera comprensible, al adolescente.

El tipo de pregunta obliga a que la respuesta sea personalizada, y exige una preparación muy responsable del equipo de profesionales que atienden la consulta.

La herramienta se ha demostrado muy útil, en usuarios de ambos sexos, en la atención a la salud integral de los adolescen-

tes. La intimidad en las consultas sobre sexo-afectividad es muy importante en esta edad.

Se comprueba cómo en los casos complejos se puede establecer un buen vínculo que permite el acompañamiento hacia la derivación para una atención personalizada y específica.

EL ÍNDICE DE DESESPERANZA: UN INDICADOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO Y LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN ALUMNOS DE 4.º DE ESO

J. Cornellà Canals y A. Llusent Guillamet

Unitat d'Atenció als Adolescents i Joves. CE Güell. ICS Girona. España.

Introducción: Desde la consulta con adolescentes se percibe un aumento de los niveles de agresividad y del sentimiento de desesperanza que hace aumentar el riesgo de suicidio. La detección de estos factores de riesgo debe ayudar a diseñar estrategias de prevención.

Objetivos: Evaluar el riesgo hacia la agresividad y el nivel de desesperanza en alumnos que terminan los estudios de secundaria, con el fin de planificar acciones preventivas.

Material y métodos: El estudio comprende los 188 alumnos de cuarto curso de ESO de los tres institutos en los que se realizan actividades preventivas y atencionales. Se ha utilizado el Student Questionnaire del High Risk Action Council (Sumter, SC, EE.UU.) para valorar el riesgo de conductas agresivas, y la Beck Hopelessness Scale (BHS) para evaluar las expectativas negativas respecto al futuro y a su bienestar. Las puntuaciones de esta escala son un predictor de riesgo de suicidio.

Resultados: Se han desechado 8 cuestionarios por defectos en la cumplimentación de las respuestas. El nivel de agresividad es alto, con una puntuación de 13,21 ($\pm 5,011$).

La puntuación media de la BHS se sitúa en 5,34 ($\pm 3,2$). No existe riesgo de cometer suicidio en el 31,7%, el riesgo es leve en el 55%, existe un riesgo moderado en el 11,67%, y el riesgo es alto en el 1,67% de los alumnos encuestados.

Más de la tercera parte de los alumnos ven su futuro incierto. No se han observado diferencias significativas según el sexo.

Discusión y conclusiones: El cuarto curso de ESO representa, en muchas ocasiones, la última oportunidad para hacer una actividad preventiva con los adolescentes. Los resultados de esta encuesta obligan a plantear estrategias de prevención en salud mental.

CONSULTA JOVEN EN ATENCIÓN PRIMARIA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE SALUD

C. Inganzo, J.A. Cortés del Valle, M.A. Sánchez Soriano, A. García Retamero y ?? Téllez Arévalo

Centro de Salud El Naranjo. Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción: Datos obtenidos en 1994, referidos al estudio sobre embarazo en adolescentes, realizados por la Comunidad de Madrid y el Hospital Severo Ochoa, así como el Diagnóstico de Salud del Área 9 de Madrid, hicieron necesario plantearse el abordaje del problema en la población adolescente de Fuenlabrada. Acuerdos entre Ayuntamiento, Consejo de la Salud de Fuenlabrada e INSALUD hicieron posible la puesta en funcio-

namiento en todos los centros de salud de Fuenlabrada del servicio Consulta Joven en 1995.

Objetivo: Valoración de la población que acude a la Consulta Joven de nuestro centro de salud y los motivos de su consulta.

Método: Estudio descriptivo transversal basado en las fichas de recogida de datos de la Consulta Joven.

Resultados: Se revisaron 1.053 fichas correspondientes al período entre enero de 1998 y noviembre de 2002, con los siguientes resultados. 1. *Motivo de consulta:* el 54,3% solicitaban anticoncepción poscoital (APC); el 25% solicitaban información; el 16,3% solicitaron prueba de embarazo; el 0,6% consultaron solicitando IVE. 2. *Edad:* el 32,5% tenían entre 16 y 17 años; el 26% eran mayores de 20 años; el 23,8% tenían 15 o menos años. 3. *Edad de la primera relación coital:* el 23,6% a los 15 años; el 45,4% entre los 16 y 17 años; el 2,6% eran menores de 14 años; el 5,8% tenían 20 o más años. 4. *Uso de método anticonceptivo:* el 69% de consultantes manifiestan utilizar algún método. 5. *APC anterior:* el 28% manifiesta haberla tomado. 6. *Canal de consulta:* el 60% conocía la existencia del servicio de Consulta Joven a través de un amigo/a.

Conclusiones: 1. Los adolescentes de nuestra zona demandan poca información sexual y sobre anticonceptivos, utilizando la Consulta Joven mayoritariamente para APC. 2. La accesibilidad, el anonimato y la gratuidad de la poscoital son factores que pueden influir en el elevado número de consultas de mayores de 20 años. 3. Nuestros jóvenes inician relaciones coitales a edades muy tempranas. 4. Refieren una alta utilización de métodos anticonceptivos, pero los usan mal. 5. Las instituciones deben hacer un esfuerzo para dar a conocer la consulta joven entre los más jóvenes, que es a quienes va dirigida esta consulta.

ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL EN LA ADOLESCENTE

A. Pérez Aragón, I. Pérez Herrezuelo, A. Puertas Prieto, M.J. Moreno García, P. Azcón González de Aguilar y G. Lobo Támer

Servicio de Pediatría. Sección de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN). Granada. España.

Introducción: La anticoncepción poscoital (APC) es el conjunto de métodos que, empleados después de un coito de riesgo y dentro de un tiempo definido, trata de evitar el embarazo. Pueden beneficiarse de este procedimiento las mujeres con relaciones sexuales sin protección o tras rotura del preservativo y especialmente después de agresiones sexuales.

Objetivos: Conocer el patrón de edad y repetición en la solicitud de APC en el área de influencia del HUVN de Granada, en las adolescentes de 12 a 19 años (definición de la OMS).

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo realizado entre todas las adolescentes que solicitaron la APC en el HUVN desde enero a junio de 2003. El método utilizado ha sido el levonorgestrel 0,75 mg cada 12h, dos dosis. Se ha analizado la edad y el número de veces que se ha hecho uso de la APC.

Resultados: Número de solicitudes de APC según edad (tabla 1).

TABLA 1.

Mes	< 16	16	17	18	19	Total
Enero	3	6	12	16	18	55
Febrero	2	4	7	16	15	44
Marzo	0	4	10	9	19	42
Abril	0	4	8	7	23	42
Mayo	2	0	5	14	22	43
Junio	0	5	2	20	23	50
Total	7	23	44	82	120	276
APC*	1	11	13	31	38	94

*APC solicitada en alguna otra ocasión.

El total de mujeres entre 12 y 19 años que solicitan APC en el área de Urgencias ginecológicas del HUVN ha sido de 276, distribuidas por edad según tabla adjunta, lo que representa el 24% del total de solicitudes de intercepción en el período de tiempo en estudio y en nuestra zona de influencia. El 34% de ellas ya habían recurrido en alguna otra ocasión a la píldora poscoital. El método anticonceptivo más frecuentemente utilizado fue el preservativo (82%) y el motivo más frecuente de solicitud de intercepción fue la rotura de éste (68%).

Conclusiones: Aún no disponiendo más que de una muestra y no de datos de la población general, se considera que estas cifras representan un elevado número de solicitudes de APC, si se tienen en cuenta las indicaciones y características específicas del método. Esto nos hace cuestionar la posible carencia en cuanto a información sobre métodos anticonceptivos en este grupo de edad. La presencia de reiteraciones en la solicitud de uso hace que podamos plantear que esta carencia informativa alcanza no sólo a este ámbito, sino también a la de la información sanitaria en general.

Propuestas: La demanda de APC se debería canalizar como una vía para dar información y consejo sobre la prescripción y correcta utilización de métodos anticonceptivos en este grupo de edad.

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

M.T. León Espinosa de los Monteros, A.J. Pérez Aragón, B. López Hernández, P. Azcón González de Aguilar y M.J. Bermejo Pérez

Servicio de Pediatría. Sección de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN). Granada. España.

Objetivos: Determinar la frecuencia de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en Granada capital en el período 1998-2000. Conocer las enfermedades predominantes y su frecuencia por sexos.

Material y métodos: Datos de EDO comunicados del distrito Granada capital durante 1998-2000. Excluidos los casos de toxoinfección alimentaria. Consideramos adolescencia, según la Organización mundial de la Salud (OMS), al período de 14 a 18 años, preadolescencia desde 11 a 13 años y postadolescencia desde los 19 a los 24 años.

Resultados: Sobre 349 casos de EDO recogidos, el 11,5% corresponden al período de adolescencia, el 72,2% son adultos y el 16,3% niños. La distribución queda recogida en la tabla 1.

TABLA 1. EDO más frecuentes en adolescentes

Enfermedades	Preadolescentes		Adolescentes		Postadolescentes	
	V = 25	M = 60	V = 22,5	M = 67	M = 52,5	M = 52
Tuberculosis	16,7	50	33,3	33,3	18,2	10
Parotiditis	33,3	25	16,7		9,1	20
Meningitis	16,7		34	33,3	9,1	30
Hepatitis B				9,1	10	
Hepatitis C		25		27,3	10	
Infección G				9,1		
Herpes genital					10	
Otras	34		16,7	16,7	18,2	10
Total	100	100	100	100	100	100

Datos expresados en porcentajes.

*Infección gonocócica. V: varón; M: mujer.

Comentarios: 1. La adolescencia en su conjunto representa el grupo de menor incidencia de EDO respecto a adultos y niños, con claro incremento en el subgrupo de mayor edad, y se observa un predominio en varones. 2. En el grupo de preadolescentes predomina la parotiditis en el varón y la tuberculosis en la mujer. 3. En la adolescencia es equiparable la incidencia de tuberculosis en ambos sexos, observando un aumento de declaración de meningitis. 4. En la postadolescencia disminuye la declaración de tuberculosis en ambos sexos, apareciendo las enfermedades de transmisión sexual.

Los adolescentes representan el 11,5% del total de EDO. La tuberculosis es la más frecuente, manteniéndose como tal entre los preadolescentes y adolescentes, mientras que entre los postadolescentes la hepatitis C ocupa el primer lugar, apareciendo ya en este grupo las enfermedades de transmisión sexual. Por sexos, la tuberculosis y la parotiditis son las más frecuentes en el varón y en la mujer, continúa la tuberculosis en primer lugar, seguida de la parotiditis y la enfermedad meningocócica.

ADOLESCENTES DE ALTA CONFLICTIVIDAD. INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

M.^a J. Aguilar Cordero, J. González Riera, M.^a J. Lara Hurtado,
M. Sánchez Zambrano, A. Lara Hurtado y F. Pérez Contreras

FALTA cargo

Introducción: En la actualidad existe una gran preocupación por el comportamiento violento de niños y adolescentes. Este complejo y perturbador asunto debe ser atendido por padres, educadores, pedagogos y profesionales sanitarios. En los últimos años es cada vez más frecuente la existencia de familias con un hijo que presentan comportamientos altamente conflictivos, como ausencias del domicilio familiar, exigencias de dinero, amenazas, etc. La droga aparece como otro elemento de disfuncionalidad, aunque no siempre es el más significativo. A las consultas de rehabilitación, las familias acuden ante el problema de la adicción, puesto que lo consideran como el más importante. De este modo, se dirigen al centro rehabilitador Hogar 20 como último recurso para solucionar el problema de su hijo.

El programa se basa en el trabajo con la familia, unas veces con el niño y otras sin su presencia. Se inició en el año 1995 y se mantiene en la actualidad. Las sesiones grupales se llevan a cabo durante 3 h, una vez por semana.

Material: El grupo humano objeto del presente trabajo está integrado por un total de 40 niños, en edades comprendidas entre los 11 y los 20 años, y sus padres respectivos. Todos ellos son valorados durante el período comprendido entre enero de 2002 y enero de 2004. Todos los menores presentan comportamientos violentos y muy conflictivos; los más comunes son problemas de adicción, absentismo escolar, mutismo, fobias, agresividad con sus padres, falta de comunicación con éstos, así como otro tipo de alteraciones.

Método: Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se ha estimado, ya desde el principio, que se debía aplicar en las sesiones el siguiente contenido teórico-práctico: análisis de la realidad juvenil, estudio de la relación padre-hijo, acentuar la resolución de problemas, negociación de comportamientos, relación con otros miembros de la familia, definición de la jerarquía, respeto hacia el niño, relación de la pareja, pautas para una relación gratificante, conocimiento biológico del adolescente y características comportamentales, entre otras. Actualmente se efectúa una valoración a través de una encuesta y una intervención con la familia, en donde el objetivo fundamental es conocer las características de las familias, detectar los posibles malos tratos, así como abusos u otro tipo peculiaridades del entorno familiar. Algunos resultados de esta encuesta se presentan en el transcurso del XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP.

Resultados: El perfil de los menores atendidos es el siguiente: de los 40 niños atendidos, 24 son varones y 16 mujeres, con edades comprendidas entre 10 y 17 años. El 32% de los menores tienen 15 años cuando acceden al programa, el 19% entre 14 y 17 años, el 7% a los 13 años y el 4% a los 10 años.

El lugar que ocupa el hijo problemático entre sus hermanos es el siguiente: 16 de los niños atendidos son los menores de su familia, nueve de ellos son primogénitos, ocho ocupan una posición central y dos son hijos únicos. Entre todos ellos, 2 varones están en proceso de acogimiento familiar; uno es hijo único y el otro es el menor. La formación académica personal de los jóvenes tiene las siguientes características: el 85% realizan o han realizado estudios de ESO y el 9% tienen estudios primarios o profesionales.

Algunos menores han sido separados de su familia como consecuencia del problema; en total 10 de ellos, de los cuales ocho han vuelto a la unidad familiar a lo largo del proceso de intervención. Los 2 niños que no retornaron con su familia fue debido a que tenían edad para independizarse, por lo que se acordó que esta solución era la más eficaz, tanto para la familia como para ellos mismos.

El perfil de las familias de los menores atendidos en el programa es el siguiente: la mitad de los padres se encuentran entre 30 y 50 años, su nivel cultural es medio y medio-medio, su situación laboral es activa para el 95% de los padres y de un 55% para el de las madres.