

lizó estudio antropométrico (que incluyó peso, talla, IMC y pliegue tricóptico) y se completó un cuestionario para la valoración de los hábitos de vida y encuesta dietética. Se calcularon los aportes calóricos y los porcentajes de principios inmediatos que integraban su dieta habitual. Además, a todos los niños se les midió la presión arterial y se realizó un lipíograma. Se definió la obesidad como un IMC mayor del P<sub>97</sub> ajustado a la edad del niño.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa informático SPSS. La variación de prevalencia de obesidad fue evaluada mediante la prueba de McNemar. Las diferencias entre en número de horas de televisión y deporte entre obesos y no obesos, así como las diferencias en el perfil lipídico y en la composición de la dieta se analizó mediante la U de Mann Whitney. Se calculó el coeficiente de correlación lineal entre el IMC a los 14 años y el resto de variables estudiadas. Se consideró estadísticamente significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se presentan los datos obtenidos en cuanto a hábitos de vida (horas de televisión y horas de deporte semanal) comparando entre obesos o no obesos a los 14 años, así como las diferencias en la alimentación (aporte calórico total diario y porcentajes de principios inmediatos), la presión arterial y el lipíograma.

La prevalencia de obesidad en esta población a los 14 años fue de 17% en varones y 10,5% en mujeres, datos superiores a los obtenidos a los 6 años (7,9 y 4,9%, respectivamente). A los 6 años no encontramos diferencias significativas entre obesos y no obesos en cuanto a los hábitos de vida ni de composición de la dieta. Sin embargo, a los 14 años existe una correlación positiva entre el IMC y el número de horas que veían la televisión, así como con los valores de presión arterial sistólica y diastólica. En cuanto a la dieta se observa en los obesos un mayor consumo porcentual, estadísticamente significativo, de grasas saturadas y menor de hidratos de carbono, aunque estas diferencias son de escasa magnitud.

En el lipíograma, los adolescentes obesos presentaron valores significativamente mayores de triglicéridos y de índice aterogénico, y menores de c-HDL y apoproteína A. No se encontraron diferencias en cuanto a los valores de colesterol total ni c-LDL.

**Conclusiones:** Se observa un aumento considerable de la prevalencia de obesidad a los 14 años con respecto a los 6. Es necesario insistir en la prevención primaria habituando a los niños desde pequeños a una vida activa, con una alimentación saludable.

### OCHO AÑOS DE "ESPACIO 12-20": OTRA FORMA DE CONSULTA JOVEN ES POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

P.J. Ruiz Lázaro<sup>1</sup> y M. Alcázar Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. Centro Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Madrid.

<sup>2</sup>Sociólogo.

**Introducción:** Los adolescentes de 12 a 20 años cuentan en el centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares desde 1998 con la posibilidad de acudir a una consulta de promoción de la salud exclusiva para ellos atendida por un pediatra. A di-

ferencia de la tradicional consulta joven orientada en exclusiva a la sexualidad, se proporciona una atención integral. El adolescente puede acudir sólo o acompañado de personas de su confianza (amigos, pareja, etc.) y expresar sus necesidades, dudas o temores sobre afectividad, sexualidad, VIH/sida, alimentación, drogas, desarrollo físico, deporte, estudios, aspectos de su personalidad y relaciones interpersonales (familia, pareja, amigos, etc.). La confidencialidad, la entrevista motivacional, el consejo sanitario participativo, la accesibilidad (con o sin cita previa), un mismo profesional de referencia y la complementación con actividades grupales (talleres, grupos de autoayuda) y de participación comunitaria son elementos clave en esta consulta denominada "Espacio 12-20".

**Objetivos:** Los objetivos del estudio son conocer la cobertura alcanzada por edades, la frecuencia de los temas consultados y la valoración por parte de los usuarios del servicio.

**Diseño.** Mixto (cuantitativo descriptivo y cualitativo). Período de estudio: 1 de mayo de 1998 a 28 de febrero de 2006.

**Mediciones principales:** Se registraron las siguientes variables: 1) número total de personas atendidas; 2) número de personas atendidas de cada grupo etario; 3) procedencia (de zona básica de salud o de fuera); 4) número de personas por bloque temático de motivo de consulta; 5) puntuación de 0 (mínima) a 10 (máxima) dada por el usuario al final de la consulta en tres escalas: "cómo me he sentido", "utilidad de la información recibida" y "cuánto me ha gustado". Se realizaron por un sociólogo externo, en último trimestre de 2005, 5 grupos de discusión (chicos 12-13 años, chicas 12-13 años, 14-16 años, 17-19 años, 19-21 años) sobre las actividades para adolescentes del centro de salud, dentro de las cuales está la Consulta Joven "Espacio 12-20".

**Resultados:** Se han atendido 449 personas distintas: 28 menores de 12 años, 111 de 12-13 años, 263 de 14-16 años, 36 de 17-19 años y 11 mayores de 19 años. Procedían de la propia zona básica de salud 289 personas. Temas consultados (no excluyentes): sexualidad, 154 personas; relaciones interpersonales (de grupo, familia o pareja, habilidades para ligar, etc.), 130; hábitos de estudio y problemática en relación con el centro escolar, 98; drogas (alcohol, tabaco y otras), 76; aspectos psicológicos (autoconcepto, autoestima, estado de ánimo, ansiedad, personalidad, ludopatía, etc.), 60; alimentación, 34; deporte, 16. Nivel de satisfacción en la escala "cómo me he sentido" obtuvo una puntuación media de 7,9 (desviación típica: 1,2); "utilidad de la información recibida": 9,3 (1,3); "cuánto me ha gustado": 8,8 (1,1). En los grupos de discusión, la consulta joven: "es valorada muy positivamente". "En cuanto al tratamiento de los problemas personales no presenta la dificultad señalada en los grupos de autoayuda, aquí no está presente el grupo y, por lo tanto, no surge el problema de la confianza. Con el técnico que lo lleva la confianza es plena". "Tampoco aparecen las dificultades referidas al manejo de los problemas por parte de los chavales, de los rodeos o las medio verdades. Los problemas los tratan sin dudas en la medida de hasta donde pueden hacerlo, pues lo hacen más profundamente y más íntimamente que en los grupos de autoayuda, sin límites, lo que convierte la relación del técnico con el adolescente en una relación terapéutica entre analista

y paciente. El trabajo personal que aquí se realiza es complementario con el trabajo grupal que se hace en los grupos de autoayuda”.

**Conclusiones:** Los adolescentes, si se les facilita oportunidades para ello, acuden a los centros de salud y consultan otros temas aparte de la sexualidad. El nivel de satisfacción es muy alto, especialmente en la escala de “utilidad de la información recibida”. Es muy valorada la confianza en el profesional. El trabajo realizado en la consulta individual resulta complementario al trabajo en las actividades grupales. Los resultados de la experiencia confirman la utilidad de disponer en atención primaria de una consulta de promoción de la salud dirigida a adolescentes, donde puedan expresar con confidencialidad sus necesidades, dudas o temores sobre distintos temas relaciones con su desarrollo biopsicosocial y no sólo sobre sexualidad, y a la que puedan acudir solos o acompañados de sus amigos.

### PERFILES DE PERSONALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES JÓVENES

A. Llusent Guillamet y J. Cornellà i Canals

Programa “Salut i Escola”. Conselleria de Salut. Generalitat de Catalunya. Girona. España.

**Objetivo:** Investigar la presencia de sintomatología referida a trastornos de la personalidad en pacientes jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) mediante la utilización del inventario de T. Millon, y determinar si existe un perfil de vulnerabilidad.

**Material y método:** Análisis de los perfiles obtenidos en el inventario clínico multiaxial de Th. Millon (MCMI II), estableciendo el punto de corte en TB 75, en un total de 200 pacientes, mujeres, afectas de TCA, y de edades comprendidas entre 18 y 26 años. De ellas, 53 estaban diagnosticadas de anorexia nerviosa (AN) y 147 de bulimia nerviosas (BN).

El MCMI II valora 13 escalas: esquizoide, fóbica (evitativa), dependiente (sumisa), histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva (rígida), pasivo-agresiva, autodestructiva (masoquista), esquizotípica, límite (*borderline*) y paranoide.

**Resultados:** El 90% de las pacientes presentan, por lo menos, una escala con puntuación TB superior a 75. Las escalas con puntuaciones más elevadas son: pasivo-agresivo, evitativo, sádico-agresivo, histriónico, masoquista, dependiente, *borderline*.

**Conclusiones:** Existe un alto porcentaje de trastornos de la personalidad y comorbilidad en patología alimentaria. No se puede establecer una correlación premórbida entre un trastorno específico de la personalidad y la patología alimentaria. Se abre un interrogante: ¿es primero, el trastorno o la enfermedad? En AN hay mayor frecuencia de trastornos del grupo excéntrico (*trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide*) que en BN. El *trastorno antisocial* es más frecuente en la BN que en la AN. En BN hay mayor frecuencia de *trastornos de personalidad pasivo-agresivo y sádico agresivo*. La utilización de este perfil de personalidad puede ser un instrumento de gran utilidad para detectar los factores de *vulnerabilidad* para los TCA, con el objetivo de incidir de forma selectiva con programas de prevención.

### PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BÁSICA. EXPERIENCIAS CON ADOLESCENTES

M. Antón Gonzalo, M. Oñate Clemente de Diego y F.A. Pardo Martínez

La primera causa de mortalidad entre las edades de 15 y 24 años son los accidentes y más específicamente los producidos por tráfico. Se trata por tanto de una verdadera epidemia que constituye un grave problema de salud pública en nuestro entorno.

Las únicas medidas de que disponemos desde los distintos ámbitos sanitarios son la prevención y el adiestramiento para poder atender al accidente. La rápida aplicación de los conocimientos y técnicas aprendidas puede contribuir a salvar muchas vidas y reducir significativamente la gravedad de las lesiones.

El Ayuntamiento de Madrid puso en marcha en el año 1999 el Programa de Prevención de Accidentes y Primeros Auxilios dirigido a padres con hijos en edad escolar. La buena acogida por parte de los colegios y la sensibilización de los profesores derivó en una demanda cada vez mayor hacia los grupos de edad más susceptibles de sufrir accidentes como son los adolescentes.

A partir del año 2001 hemos realizado numerosos cursos en Institutos y Escuelas de Formación Profesional con población entre 16 y 25 años de edad, enfocando algunos contenidos de prevención hacia hábitos y vivencias de su entorno más próximo.

El curso tiene una duración de 20 h y una metodología activa y muy participativa. Consta de dos partes igualmente importantes. La primera es de prevención e intenta hacer reflexionar sobre los factores que motivan que se produzca un accidente. La segunda parte contempla qué hacer una vez ocurrido el suceso; desde los incidentes más leves hasta las lesiones más graves, donde se instruye acerca de la conducta que hay que seguir para disminuir la morbimortalidad.

**Conclusiones:** 1) La demanda de los Colegios hacia este modelo de programas ha ido aumentando a lo largo de los últimos años. La sensibilización ante los accidentes es cada vez mayor. 2) La actitud de los jóvenes ha sido muy participativa y las expectativas que tenían antes de empezar el curso se han cumplido. 3) Los contenidos deben tener una orientación más específica hacia sus intereses (estrategias de prevención más impactantes). 4) El aprendizaje a estas edades es ágil y eficiente. 5) Este tipo de curso debería extenderse a toda la población juvenil antes de llegar a la universidad o a otros ciclos formativos superiores.

### PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DESDE UN STAND EN UNA “EXPO-JOVEN”

N. Agüero Martínez, A. Llusent Guillamet y J. Cornellà Canals

Programa “Salut i Escola”. Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

**Objetivo:** La participación del Departamento de Salud en la feria “Expo-Joven” se planteó como una oportunidad para acer-