

Cuadernos Pediatría Social



Número 20 - Diciembre 2014



**Adolescencia
y Nuevas
Patologías**

**desarrollo
sevuan y
desarrollo
sociológico**

NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE

JORNADA FORMATIVA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

(Madrid, 2 de Diciembre 2014)

Organizado por la SEPS conjuntamente con la Fundación Luz Casanova, se celebró en el Iltre. Colegio de Médicos de Madrid la primera Jornada sobre Violencia de Género en Adolescentes, con la asistencia de más de 150 profesionales del ámbito sanitario (pediatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, ...)



La Jornada fue inaugurada por (de dcha. a izqda. en la foto superior) **Dña. Inés Domenech del Río**, Subdirectora General de Sensibilización, Prevención y Conocimiento de la Violencia de Género. **Dña. Sonia López Arribas**, Presidenta ICOMEM y **D. Jesús García Pérez**, Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Social.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES
Una realidad que necesita respuesta



Organizado por



SEPS
Sociedad
Española
de Pediatría
Social



**FUNDACIÓN
LUZ
casanova**

Con la colaboración de:



La Clausura estuvo a cargo de **Dña. Elena Granados Vaquero**, Subdirectora General de Asistencia a las Víctimas de Violencia de Género, de la Comunidad de Madrid, y **Dña. Julia Almansa López**, Directora de la Fundación Luz Casanova.

Las ponencias y contenidos de esta Jornada se encuentran en la página 17 de esta Revista y en el sitio web:

<http://www.pediatriasocial.es/JornadaVGA.htm>

(Más información y ponencias en página 17)



Esta publicación cuenta con International Standard Serial Number ISSN 1989-9793

CONSEJO EDITORIAL:

Director: Antonio Gancedo Baranda

Coordinador: Víctor Ruiz

Equipo Editorial:

Jesús García Pérez

Ángel Cortés Lozano

Virginia Carranza Parejo

Mercedes Rivera Cuello

Juan Gil Arrones

Laura Marín López

Ana Rosa Sánchez Vázquez

Carmen Vidal Palacios

Edita:

Sociedad Española de Pediatría Social

c/ Capitán Haya, 60

28008 Madrid

Contacto con la redacción:
pediatriasocial@gmail.com

Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.

EDITORIAL

La Revista **Cuadernos de Pediatría Social**, comienza una nueva etapa en 2014, con un nuevo equipo editorial que recoge el testigo del anterior, cuya labor nos aportó 10 excelentes números en el periodo 2010 a 2013, donde se trataron temas clave para la Pediatría Social como la Obesidad, los Derechos de los Niños, Enfermedades Raras, maltrato Infantil,

En Diciembre de 2014 ha llegado el momento de tratar el tema de la Adolescencia, desde varias perspectivas, y con ocasión de una actividad reciente de la SEPS. Nos referimos a la **Jornada Formativa de Violencia de Género en Adolescentes**, celebrada en Madrid el 2 de Diciembre de 2014, en las magníficas instalaciones del **Iltre. Colegio de Médicos de Madrid**, en cooperación con la **Fundación Luz Casanova**. La asistencia de más de 150 profesionales de las más diversas áreas (pediatría, enfermería, trabajo social, psicología, sociología, educación, etc.) nos permiten concluir que existe una amplia demanda de formación en este fenómeno emergente de la violencia de género practicado entre los propios adolescentes. Por ello, la SEPS está pensando ya una nueva edición de esta Jornada de VG en Adolescentes, y aprovecha estas páginas de la revista para publicar algunas de las ponencias que se expusieron en la primera edición.

Entre los artículos de este número 20 de **CPS**, queremos destacar el escrito por nuestro socio y admirado amigo **Josep Cornellà i Canals**, que falleció demasiado pronto, el 30 de Junio de este año 2014. El Dr. Cornellá, que también era presidente de la Sociedad de Psiquiatría Infantil, reflexiona en este artículo póstumo sobre el inquietante problema de los Videojuegos y la Adolescencia.

Para terminar esta edición, hemos pensado ofrecer un documento que pensamos puede ser una útil herramienta de difusión de la Pediatría Social, y que animamos a nuestros socios a que utilicen: se trata del **díptico informativo de la SEPS** donde, además de una definiciones claras y concisas de nuestra especialidad y actividades, se ofrece la primicia del programa de nuestro próximo **Congreso 2015**, de la que será nuestra 22 edición, a celebrar en Almería y que seguramente contará con figuras internacionales de la pediatría social, y un ambicioso programa que hará irresistible vuestra participación a comienzos de Mayo de este año próximo.

Para facilitar más las cosas a todos los simpatizantes de la Pediatría Social, esta Junta Directiva ha tomado la iniciativa de ofrecer la pertenencia a la sociedad a todo/a interesado/a, **sin cobrar la cuota de inscripción hasta Abril de 2015**, tiempo suficiente para que estos nuevos y presuntos socios decidan si desean formar parte de la SEPS, y unirse a nuestra causa por la salud infantil más allá de la medicina convencional. Esta propuesta se encuentra en el citado díptico, que cierra esta edición.

Sigamos adelante,

Jesús García Pérez

Presidente SEPS

SUMARIO

- **ADOLESCENTES Y VIDEOJUEGOS: UNA NECESARIA REFLEXIÓN**, por Josep Cornellà i Canals (Pág. 4)
- **EL INCOMPRENDIDO: TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE EN LA ADOLESCENCIA**, por Patricio José Ruiz Lázaro (Pág. 7)
- Protocolos: **Unidad TCA del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid: TRASTORNOS ALIMENTARIOS COMO PATOLOGÍA ADOLESCENTE**. Gonzalo Morandé L. (Pág. 12)
- Ponencias de la **Jornada Formativa sobre Violencia de Género en Adolescentes** (Pág. 17)
- Libros/Documentos: **EL INFORME FOESSA 2014 SOBRE EXCLUSIÓN Y DESARROLLO SOCIAL EN ESPAÑA** (Pág. 25)



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA
Y LA INFANCIA

ADOLESCENTES Y VIDEOJUEGOS : UNA NECESARIA REFLEXIÓN

Josep Cornellà i Canals (†2014)
Doctor en Medicina. Pediatra y paidopisquiatra.

El tema del uso de los videojuegos por parte de menores de edad es de actualidad, y ha ocupado las páginas de muchos periódicos. La noticia que desencadenó un debate mediático era muy definida: en el mes de agosto de 2012 se celebró el juicio contra Anders B. Breivik, autor confeso de la matanza de 77 personas en Oslo y en el campamento de Utoya en julio del anterior año. Breivik se presentó ante el tribunal afirmando: "Soy un comandante militar del movimiento de resistencia anticomunista noruego y jefe justiciero de la orden de los Caballeros Templarios", una orden creada por él mismo y de la que se había autoerigido como líder. ¡Casi nada! Durante el juicio, confesó que había entrenado su puntería jugando a "Call of Duty". No parece que ello fuera determinante de su conducta. Según *The Guardian*, Breivik no tuvo reparos en afirmar lo siguiente: "el juego consiste en cientos de diferentes tareas y algunas de estas tareas pueden ser comparadas con un ataque de verdad. Es por eso que usé muchos ejércitos alrededor del mundo. Es muy bueno para adquirir experiencia respecto a los sistemas de mirillas. Si estás familiarizado con mirillas holográficas, están construidas de tal manera que podrías dársele a tu abuela y ella sería una gran tiradora. Están diseñadas para ser usadas por cualquiera. En verdad requiere muy poco entrenamiento para usarse en una forma óptima. Pero por supuesto ayuda si has practicado usando un simulador".

Entonces, ¿qué hacemos con los videojuegos? Realmente existe todavía muy escasa bibliografía a nivel científico, que contrasta con la abundante información que los jóvenes (y los no tan jóvenes) pueden obtener en la red. Hay que analizar la situación desde el contenido, el contexto y la estructura del videojuego, sin olvidar los aspectos del entorno.

Videojuegos, agresividad y violencia

Existen evidencias de que el uso de videojuegos de contenido violento supone un factor de riesgo para la agresión, incrementando los pensamientos agresivos y las emociones fuera de control, desensibilizando hacia la violencia percibida y disminuyendo el instinto de ayuda (1). Existe una asociación entre consumo de videojuegos de contenido violento y conductas de riesgo (peleas con violencia e iniciación al consumo de alcohol) antes de los 13 años de edad (2).

Por lo tanto, está justificada una mayor investigación para conocer cuáles son los mecanismos por los cuales la exposición a estos medios electrónicos puede favorecer la aparición de dichas conductas de riesgo. Se impone desarrollar estrategias que permitan entender de qué

manera el contenido y el contexto (especialmente las relaciones grupales) influyen en estas conductas de riesgo para proceder a elaborar planes de prevención.

Existen diferencias de género en las respuestas ante los videojuegos de contenido violento que precisan también mayor investigación (3). En algunos estudios se ha demostrado la relación entre videojuegos y conducta violenta en las muchachas, pero no en los muchachos (4). Los videojuegos que representan escenas de violencia hacia las mujeres se relacionan, de manera estadísticamente positiva, con un aumento de aceptación hacia los actos violentos y de agresión sexual hacia las mujeres por parte de los varones (5). Es un dato a tener en cuenta.

Uno de los condicionantes reconocidos como de mucha influencia en la génesis de dicho riesgo es la situación de protagonismo en que se encuentra el jugador a la hora de efectuar los disparos. A nivel biológico, el consumo de videojuegos induce una liberación de dopamina en el núcleo estriado aunque, de momento, no queda claro cuáles son los aspectos del juego que causan esta activación ni si los contenidos violentos contribuyen a la misma. En un estudio hecho en Alemania, se ha utilizado la Resonancia Magnética Funcional para hallar las posibles correlaciones neurobioquímicas en adolescentes voluntarios mientras jugaban, como protagonistas, en un videojuego de contenido violento (*Tactical Ops: Assault on Terror*). Se definió el éxito como la eliminación de los oponentes y el fracaso como la propia eliminación. Se utilizó un cuestionario para valorar las oscilaciones de la afectividad antes y después del juego. Los resultados son muy definitivos: los fracasos y los éxitos aumentan la actividad en el córtex visual, pero solamente los fracasos disminuyen la actividad en el cortex orbitofrontal y en el núcleo caudado. Existe una correlación entre la afectividad negativa y los fracasos en el juego, evidenciada en el lóbulo temporal derecho (6). Existen dificultades metodológicas para relacionar las alteraciones observadas con las conductas violentas, pero se trata de un estudio que plantea nuevos interrogantes desde la neurociencia.

En definitiva, existe suficiente evidencia de que el consumo de videojuegos con contenido violento supone un predictor importante en las conductas agresivas de los adolescentes de ambos sexos (7).

Videojuegos prosociales

Desde la Sociedad de Psicología de Austria se plantea una necesaria reflexión. Es cierto que existen estudios que relacionan los videojuegos violentos con el aumento

de tendencias agresivas en la conducta de los jóvenes. Pero se advierte que se han estudiado muy poco los posibles efectos beneficiosos de los videojuegos para incrementar las tendencias prosociales. No todos los videojuegos tienen las mismas características, ni tienen semejante perfil de personalidad quienes los consumen. Se insiste en que los videojuegos con contenido prosocial incrementan, en quien los juega, la accesibilidad a los pensamientos prosociales. Por lo tanto, en función de su contenido, los videojuegos pueden ser dañinos, pero también pueden ser beneficiosos para las relaciones sociales (8).

Efectivamente, ciertos tipos de videojuegos pueden ser útiles en la mejora de las destrezas viso-espaciales y pueden ser de gran ayuda en las tareas educativas. Especial importancia se concede actualmente a los videojuegos que incluyen el ejercicio físico ("exergames"), especialmente indicados en el tratamiento de adolescentes de vida sedentaria (1).

De hecho, todo videojuego que se utiliza en grupo y que estimula la cooperación entre los jugadores, puede promover sentimientos de cohesión, con activación de la responsabilidad entre compañeros y de las conductas de cooperación (9).

No olvidemos la personalidad

La personalidad (suma de temperamento y carácter) forma parte de la vida de los adolescentes y no debe ser olvidado en toda investigación sobre conductas violentas. Se ha podido demostrar que los adolescentes que se muestran abiertos pero poco agradables consumen con más frecuencia los videojuegos de contenido violento. Cuanto más abiertos y extrovertidos y, a su vez, menos agradables de carácter sean los adolescentes, más contenido violento suelen tener los videojuegos utilizados. Por lo tanto, la personalidad puede ser altamente predictiva sobre el consumo de videojuegos de contenido violento.

Los videojuegos de contenido prosocial reducen la hostilidad e incrementan los afectos positivos, actuando de manera opuesta a los videojuegos de contenido violento. Pero estos efectos tienen relación con la personalidad. Mientras que en los adolescentes altruistas se moderan las reacciones hostiles, en los adolescentes egoístas aumentan los sentimientos agresivos (10).

Acción sobre los trastornos por déficit de atención

A pesar de que se ha dicho que los videojuegos pueden ayudar en el control atencional, la evidencia actual señala que los videojuegos exacerbán los problemas de atención y tienen efectos perjudiciales sobre los aspectos del control cognitivo. Asimismo, existe una relación negativa entre el tiempo pasado ante la pantalla y los resultados escolares (1).

¿Y los trastornos depresivos?

En muchos de los estudios sobre los efectos de los videojuegos en la génesis de conductas violentas se han olvidado los factores del entorno del adolescente, como son el entorno familiar, la delincuencia en los compañeros y los síntomas depresivos. En un estudio realizado con más de 300 adolescentes, se observa que la depresión es el

RECOMENDACIONES

La Academia Americana de Pediatría propone las siguientes recomendaciones (1), de utilidad para los profesionales de la salud.

- Es importante incluir en la anamnesis de la historia clínica sobre el uso de videojuegos y el consumo de otros medios de comunicación. No debe dudarse en aconsejar a los padres sobre la limitación del tiempo que sus hijos dedican a los videojuegos, pues no deja de ser un eficiente factor de protección.
- No debe confiarse únicamente en las calificaciones de los juegos. Hasta en un 75 % de juegos clasificados para todos los públicos, pueden encontrarse escenas violentas. Es importante investigar a fondo los contenidos.
- Hay que saber elegir; seleccionar aquellos juegos no violentos y que han demostrado tener efectos positivos: juegos educativos, juegos prosociales, y juegos que favorecen el ejercicio. Conviene evitar aquellos videojuegos en que, para ganar puntos, hay que hacer daño a otros personajes.
- Los límites son fundamentales: hay un tiempo para cada actividad, y los videojuegos deben tener su cómputo de tiempo. Las normas deben ser claras por lo que se refiere a los tipos de contenidos permitidos, y al tiempo que se puede dedicar. La Academia Americana de Pediatría recomienda no sobrepasar las dos horas al día en tiempo total dedicado a estar frente a la pantalla (videojuegos, televisión, PC, etc.).
- Para ejercer un buen control sobre las actividades de los hijos, los dispositivos para jugar deben estar en un espacio público de la vivienda. Debe evitarse que el niño o adolescente pueda jugar en el ámbito privado de su habitación.
- El adulto debe mantenerse involucrado, desde el conocimiento, en los videojuegos. Ello implica también discutir con los hijos sobre los valores que se pueden transmitir (o no) a través de la pantalla. Los niños deben aprender de los adultos a tomar buenas decisiones.
- Según las estadísticas, tres cuartas partes de la población ignora cuáles pueden ser los efectos positivos o negativos de los videojuegos. Mientras desde algunos medios de comunicación pueden aparecer noticias alarmistas, hay que intentar provocar el debate desde la argumentación. La educación de los hijos forma parte de la preventión en salud mental. Por lo tanto, se trata de una actividad preventiva a la que no se puede renunciar.

índicador más consistente en la predicción de las conductas agresivas y violentas (11). Los síntomas depresivos pueden actuar con rasgos antisociales, de manera que los adolescentes antisociales con síntomas depresivos tendrían una mayor facilidad para la conducta violenta.

Aspectos prácticos

De los muchos estudios revisados, se llega a la conclusión de que no existe un consenso claro sobre la relación entre videojuegos y agresividad, especialmente en lo que se refiere al impacto que puedan tener los videojuegos a largo plazo en las conductas violentas. El aumento de actitudes proviolentas sería muy poco significativo (12).

Un aspecto que preocupa actualmente a nuestra sociedad es el creciente fracaso escolar. Aquí sí que existen datos concluyentes que indican que cuanto más tiempo dediquen los alumnos a consumir videojuegos y, especialmente, de contenido violento, peores van a ser los resultados escolares (13). Este hecho ha llevado a algunos países, como Alemania, a plantear la necesidad de implementar programas en las escuelas para reducir los efectos de los videojuegos en el rendimiento académico. Programas de los que no deberían quedar excluidos los padres. Supervisando los contenidos de los juegos, y sus sistemas de valores, podrán incidir en el tiempo de exposición a situaciones que, potencialmente, son perjudiciales para la salud mental de sus hijos (14).

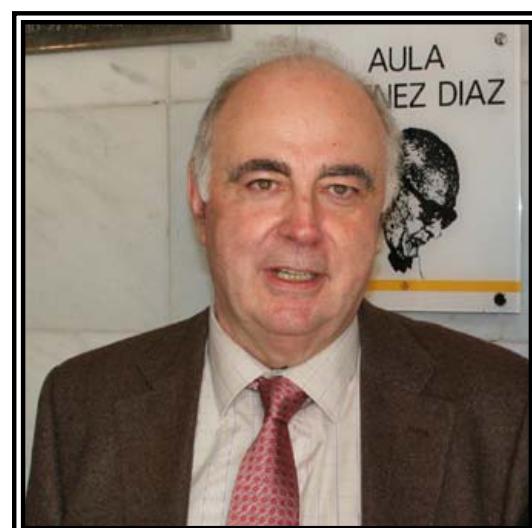
En nuestra sociedad existe la necesidad de estudiar cuáles son los mecanismos que permitan reducir la violencia entre adolescentes y jóvenes. Está bastante claro que la televisión y los videojuegos con contenido violento pueden estimular las conductas agresivas. Pero también es cierto que estos juegos pueden ser utilizados en el aprendizaje de buenas conductas prosociales (15). Parece evidente que debería restringirse la enorme publicidad que en los medios se da a los crímenes, mientras se estudia a fondo su influencia, de la misma manera que existe un código de buenas prácticas para evitar la publicidad de los suicidios. Por otra parte, hay evidencias de que el aumento de las sanciones a los jóvenes delincuentes no tiene ningún efecto disuasorio.

Punto final

La pregunta sobre el uso de videojuegos deberá integrarse en la anamnesis al hacer la historia clínica al adolescente. Se trata de un dato más para tener en cuenta y valorar dentro de un todo, de manera integral, en lo que entendemos como salud integral del adolescente. Pero el uso de un videojuego concreto, de entrada, no debe ser motivo de alarma sin más. Hay que considerar también los posibles indicadores de riesgo en la personalidad, en su entorno sociofamiliar, y la existencia de trastornos depresivos como podrían ser los síntomas depresivos. Siempre será importante tener la capacidad y el tiempo para discutir con nuestro adolescente los aspectos de su juego favorito, intentando que aumente en él el espíritu de crítica, que siempre es un buen elemento de protección. Los videojuegos están aquí y no podemos olvidarlo. Ni para bien ni para mal. No debemos caer en la tentación de ser profetas de calamidades y nuestro interés debe estar en mejorar la capacidad para la reflexión en nuestros adolescentes y jóvenes •

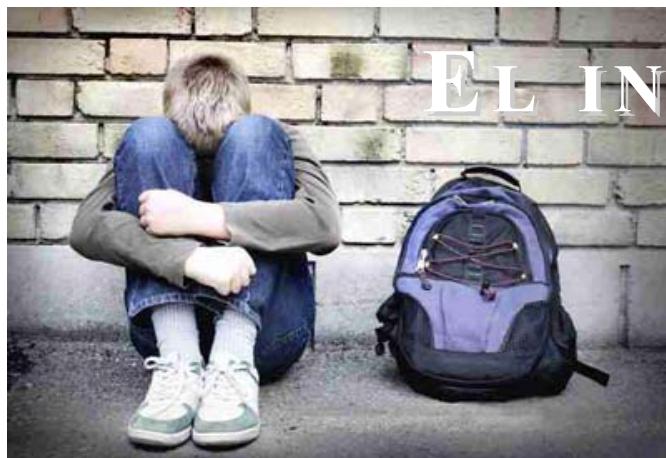
BIBLIOGRAFIA

1. Prot S, McDonald KA, Anderson CA, Gentile DA. Video games: good, bad, or other? *Pediatr Clin North Am.* 2012 Jun;59(3):647-58.
2. Denniston MM, Swahn MH, Hertz MF, Romero LM. Associations between Electronic Media Use and Involvement in Violence, Alcohol and Drug Use among United States High School Students. *West J Emerg Med.* 2011 Jul;12(3):310-5.
3. Lin SF. Gender differences and the effect of contextual features on game enjoyment and responses. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2010 Oct;13(5):533-7. Epub 2010 Mar 31.
4. Janssen I, Boyce WF, Pickett W. Screen time and physical violence in 10 to 16-year-old Canadian youth. *Int J Public Health.* 2010 Nov 26. [Epub ahead of print]
5. Beck VS, Boys S, Rose C, Beck E. Violence against women in video games: a prequel or sequel to rape myth acceptance? *J Interpers Violence.* 2012 Oct;27(15):3016-31. Epub 2012 Apr 30.
6. Mathiak KA, Klasen M, Weber R, Ackermann H, Shergill SS, Mathiak K. Reward system and temporal pole contributions to affective evaluation during a first person shooter video game. *BMC Neurosci.* 2011 Jul 12;12:66.
7. Ferguson CJ, San Miguel C, Garza A, Jerabeck JM. A longitudinal test of video game violence influences on dating and aggression: a 3-year longitudinal study of adolescents. *J Psychiatr Res.* 2012 Feb;46(2):141-6. Epub 2011 Nov 17.
8. Greitemeyer T, Osswald S. Playing prosocial video games increases the accessibility of prosocial thoughts. *J Soc Psychol.* 2011 Mar-Apr;151(2):121-8.
9. Greitemeyer T, Traut-Mattausch E, Osswald S. How to ameliorate negative effects of violent video games on cooperation: Play it cooperatively in a team *Computers in Human Behavior Volume 28, Issue 4, July 2012, Pages 1465-70*
10. Saleem M, Anderson CA, Gentile DA. Effects of Prosocial, Neutral, and Violent Video Games on College Students' Affect. *Aggress Behav.* 2012 May 1. doi: 10.1002/ab.21427. [Epub ahead of print]
11. Ferguson CJ. Video games and youth violence: a prospective analysis in adolescents. *J Youth Adolesc.* 2011 Apr;40(4):377-91. Epub 2010 Dec 14.
12. Teng SK, Chong GY, Siew AS, Skoric MM. Grand Theft Auto IV Comes to Singapore: Effects of Repeated Exposure to Violent Video Games on Aggression. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2011 Mar 7. [Epub ahead of print]
13. Mössle T, Kleimann M, Rehbein F, Pfeiffer C. Media use and school achievement--boys at risk? *Br J Dev Psychol.* 2010 Sep;28(Pt 3):699-725.
14. Colón-de Martí LN, Rodríguez-Figuerola L, Nazario LL, Gutiérrez R, González A. Video games use patterns and parental supervision in a clinical sample of Hispanic adolescents 13-17 years old. *Bol Asoc Med P R.* 2012 Jan-Mar;104(1):23-31.
15. Dill KE, Redding RE, Smith PK, Surette R, Cornell DG. Recurrent issues in efforts to prevent homicidal youth violence in schools: expert opinions. *New Dir Youth Dev.* 2011 Spring;2011(129):113-28. doi: 10.1002/yd.391.



In Memoriam, Josep Cornellà i Canals
fallecido el 30 de Junio de 2014

Foto: Noviembre 2013, en el XXI Congreso Estatal de Pediatría Social, Madrid.



EL INCOMPRENDIDO :

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE EN LA ADOLESCENCIA

Patricia José Ruiz Lázaro

Doctor en Medicina. Pediatra. Consulta Joven "Espacio-20". Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Servicio Madrileño de Salud.

Introducción

Los adultos, aunque damos por sentado que no todos podemos ser expertos en todos los campos del saber, sometemos a nuestros menores en los centros educativos a una enorme presión para que dominen todas las áreas (matemáticas, lectura, expresión, ortografía, memorización, comprensión, resolución de problemas,...). Si no consiguen al final de la educación secundaria obligatoria satisfacer nuestras expectativas y superar la media en todas las asignaturas en las que se les evalúa, les ponemos la etiqueta de fracaso escolar, y lo justificamos, muchas veces, diciendo que detrás de él hay un trastorno del aprendizaje.

¿Qué entendemos por trastornos del aprendizaje?

Son trastornos de base neurobiológica, a menudo con un componente genético, que condicionan que un individuo con un nivel de inteligencia normal, a pesar de recibir una instrucción adecuada, no consiga avanzar de forma adecuada en uno o más aprendizajes:

- Procesamiento del lenguaje de forma global (trastornos del desarrollo del lenguaje)
- Lenguaje escrito (dislexia)
- Cálculo matemático (discalculia)
- Coordinación motriz y organización visoespacial (trastorno del aprendizaje no verbal)

¿Cómo se manifiestan estos trastornos en la adolescencia?

Trastornos del desarrollo del lenguaje

El nivel de competencia lingüística en estos adolescentes está muy por debajo del resto de sus capacidades (cognitivas no lingüísticas, motrices y sensoriales). Dadas las dificultades para comunicarse y avanzar en los aprendizajes como el resto de sus compañeros, son frecuentes los problemas de autoestima y los trastornos afectivos.

Dislexia

El adolescente disléxico (o con trastorno específico para la adquisición de la lectura) se caracteriza por:

- Lectura lenta, poco automatizada, que requiere mucho esfuerzo, a pesar de que, en muchos casos, practicando, se puede tener una lectura precisa y funcional.
- Gran dificultad para la aplicación de las normas ortográficas de forma espontánea.
- Expresión escrita deficiente por una pobre conciencia morfosintáctica. Pasar del discurso oral al escrito requiere de unos pasos que obligan a ordenar las ideas en frases y éstas en párrafos.
- Repercusión variable en la comprensión lectora. Cuando el alumno no disléxico puede centrar todo su esfuerzo y atención en la comprensión del texto, el disléxico todavía realiza un gran esfuerzo en la decodificación del texto escrito en detrimento de la comprensión.
- La dificultad en automatizar las secuencias verbales en esta etapa significa no tener automatizadas las tablas de multiplicar. Este hecho, junto a la baja comprensión de los enunciados de los problemas, hace que los adolescentes disléxicos pueden presen-

tar mal rendimiento en la asignatura de matemáticas.

- Rechazo a estudios o trabajos que requieren mucha lectura o redacción. Evitan películas de cine subtituladas, novelas largas, etc...

De forma paralela o secundaria a estas manifestaciones, el adolescente disléxico puede manifestar:

- Vergüenza para leer en público.
- Falta de tiempo para terminar las tareas escritas.
- Bajos resultados académicos al hacer pruebas escritas en comparación al esfuerzo realizado y a los conocimientos conseguidos.
- Baja autoestima.

Discalculia

Los adolescentes con discalculia no tienen un buen uso del número en la vida cotidiana, cometen errores en cálculos, necesitan la calculadora para sumas sencillas, no han automatizado hechos aritméticos, poseen pocas estrategias en la resolución de problemas, no saben usar la estimación. Suelen sentir rechazo hacia la asignatura de matemáticas y, a veces, enfrentarse a ella les provoca ansiedad.

Trastorno del aprendizaje no verbal

Los adolescentes con trastorno del aprendizaje no verbal presentan dificultades en la integración visual, táctil y motora. Sus habilidades lingüísticas están conservadas, pero muestran pobre grafismo, deficientes habilidades viso-espaciales, mala coordinación, y dificultades en el razonamiento matemático y la aritmética. Con mucha frecuencia se asocia déficit de atención y baja competencia social.

¿Cómo lo viven estos adolescentes?

Expresiones como "los estudios hacen que me sienta inútil", "tengo ganas de salir del instituto para sólo tener que hacer lo que sé hacer bien", "parece que he nacido para fracasar" nos dan una idea de la tristeza, el abatimiento, los sentimientos de inferioridad o de inutilidad que, con frecuencia, embargan a estos adolescentes. Sufren en una sociedad que no comprende, o no quiere aceptar que cada individuo es distinto de sus compañeros y, casi siempre, diferente a cómo quisiéramos los adultos. Una sociedad que desconoce, o no quiere conocer, que todos los adolescentes están dotados de potenciales únicos, que han de ser reconocidos, alimentados y celebrados. Y un sistema educativo centrado en la "normalidad"; por ello le cuesta adaptarse a la "neurodiversidad" y a las "inteligencias múltiples".

El error de la supuesta normalidad

Un adolescente "normal" es aquél que satisface las expectativas del adulto que lo evalúa. El límite entre lo normal y anormal no pertenece a lo biológico, sino a la relación desde la cual un ser humano considera que otro ser humano no satisface cierto conjunto de expectativas.

Cuando pretendo que todos los adolescentes se relacionen con su entorno de la misma manera (supuesta normalidad), construyo, con mi manera de mirar, seres "normales" y "anormales".

Cuando acepto la manera distinta y única de tratar con el mundo que tiene el otro, puedo darme cuenta del espacio en el que le estoy pidiendo al otro que sea distinto de lo que es y, además, del posible espacio en el que puedo encontrarme con el otro en su total aceptación (no en su negación).

Respetar los procesos de todos los adolescentes en su crecimiento y aprendizaje implica, entre otras cosas, cambiar nuestra manera de mirar, aceptar de manera incondicional sus particularidades (únicas en cada caso), y adaptar el entorno para que todos y cada uno de ellos puedan satisfacer sus verdaderas necesidades, en lo individual y en el encuentro con el otro.

La neurodiversidad

Neurodiversidad es un concepto que promueve la idea de que la diversidad en las características humanas también se extiende al campo neurológico y del aprendizaje. No todos procesamos la información de la misma manera; existen diversas maneras de ver el mundo: ni mejores ni peores, distintas. El abordaje, por tanto, será sistémico: reconociendo la importancia del tipo de contexto de aprendizaje que le brindamos a cada menor y replanteándonos qué esperamos de él y cómo le presentamos la información.

La neurodiversidad, según Thomas Armstrong, se sustenta en ocho principios:

1. El cerebro humano funciona como un ecosistema más que como una máquina.
2. Los seres humanos y los cerebros humanos existen a lo largo de espectros continuos de competencia.
3. La competencia del ser humano se define a partir de los valores de la cultura a la que pertenece.
4. El hecho de ser considerado discapacitado o dotado depende, en gran medida, de cuándo y dónde has nacido.
5. El éxito en la vida se basa en la adaptación del cerebro a las necesidades del entorno.
6. El éxito en la vida también depende de la modificación de tu entorno para ajustarlo a las necesidades de tu cerebro único (construcción de un nicho).
7. La construcción de nichos incluye elecciones profesionales y de estilo de vida, tecnologías de asistencia, recursos humanos y otras estrategias que mejoran la vida y se adaptan a las necesidades específicas del individuo neurodiverso.
8. La construcción positiva de nichos modifica directamente el cerebro, que, a su vez, refuerza su capacidad para adaptarse al entorno.

Al centrarse este concepto en las capacidades ocultas de los trastornos neurológicos y del aprendizaje, no se pretende eludir el daño que causan, pero sí disolver algunos de los prejuicios que existen respecto a ellos. Además, terapéuticamente es



foto: Jóvenes ejercitando la inteligencia lingüística, la que más se trabaja junto con la lógico-matemática en el sistema educativo tradicional

útil centrarse en lo positivo tanto o más que en lo negativo. Considerar las capacidades interiores de cada adolescente refuerza su autoconfianza, le infunde valor para perseguir sus sueños y fomenta el desarrollo de habilidades específicas que pueden reportarle una profunda satisfacción vital.

La teoría de las inteligencias múltiples

Para Gardner, el término inteligencia supone la capacidad para resolver problemas y crear productos en un entorno rico en contextos y naturalista. No es correcto valorar la inteligencia de un individuo separándolo de su entorno natural de aprendizaje y pidiéndole que realice tareas que nunca ha hecho antes. A partir de estos principios, la inteligencia pasa a convertirse en un concepto funcional que se desarrolla en la vida de las personas de muy diversas formas y, no solamente, de forma lingüística y lógico-matemática, que son los campos donde más hincapié se ha hecho en los contextos escolares.

Según Gardner y su teoría de las inteligencias múltiples, existen al menos ocho variedades distintas de inteligencia:

- Inteligencia lingüística o capacidad de emplear de manera eficaz las palabras, manipulando la estructura o sintaxis del lenguaje, la fonética, la semántica y sus dimensiones prácticas. Incluye la habilidad en el uso de la sintaxis, la fonética, la semántica y los usos pragmáticos del lenguaje (la retórica, mnemónica, la explicación y el metalenguaje).

- Inteligencia lógico-matemática o capacidad de manejar números, relaciones patrones lógicos de manera eficaz, así como otras funciones y abstracciones. Incluye la sensibilidad a los esquemas y relaciones lógicas, las afirmaciones y las proposiciones, las funciones y otras abstracciones relacionadas.

- Inteligencia espacial o habilidad de apreciar con certeza la imagen visual y espacial, de representarse gráficamente las ideas, y de sensibilizar el color, la línea, la forma, la figura, el espacio y sus relaciones.

- Inteligencia cinético-corporal o habilidad para usar el propio cuerpo para expresar ideas y sentimientos, y sus particularidades de coordinación, equilibrio, destreza, fuerza, flexibilidad y velocidad. Incluye habilidades de coordinación, destreza, equilibrio, flexibilidad, fuerza y velocidad, como así también la capacidad cinestésica y la percepción de medidas y volúmenes.

- Inteligencia musical o capacidad para percibir, distinguir, transformar y expresar el ritmo, timbre y tono de los sonidos musicales.

- Inteligencia interpersonal, o posibilidad de distinguir y percibir los estados emocionales y signos interpersonales de los demás, y responder de manera efectiva a dichas acciones de forma práctica. Incluye la sensibilidad a expresiones faciales, la voz, los gestos y posturas y la habilidad para responder.

- Inteligencia intrapersonal, o la habilidad para conocer los aspectos internos de uno mismo: estar en contacto con la vida emocional propia, discriminar entre las distintas emociones y recurrir a ellas para reconocer y orientar la propia conducta,



foto: Trabajando en grupo. Si no ejercitamos todas las inteligencias habrán adolescentes que se desmotivarán y perderán interés.

disponer de una imagen de sí mismo ajustada y una gama de valores positivos para su grupo social. Incluye la autodisciplina, la autocomprensión y la autoestima.

- Inteligencia naturalista, o la capacidad de distinguir, clasificar y utilizar elementos del medio ambiente, objetos, animales o plantas. Incluye las habilidades de observación, experimentación, reflexión y cuestionamiento del entorno (urbano, suburbano o rural).

Estas inteligencias existen en todas las personas a menos que sufran alguna deficiencia neurológica y, con independencia de que algún aspecto de una o varias de estas variedades de inteligencia disponga de mayor potencial, todas ellas pueden ser estimuladas por procedimientos adecuados para alcanzar un grado de competencia satisfactorio (la inteligencia es dinámica, puede ser mejorada y ampliada). Desarrollar hasta un grado aceptable de competencia cada una de las inteligencias depende de tres factores principales:

• **Dotación biológica**, incluyendo los factores genéticos o hereditarios, y los daños o heridas que el cerebro haya podido recibir antes, durante o después del nacimiento.

• **Historia de la vida personal**, incluyendo las experiencias con los

padres, docentes, pares, amigos y otras personas que ayudan a hacer crecer las inteligencias o las mantienen en un bajo nivel de desarrollo.

• **Antecedente cultural o histórico**, incluyendo la época y el lugar donde uno nació y se crió, y la naturaleza y estado de los desarrollos culturales o históricos en diferentes dominios.

Según la teoría de las inteligencias múltiples, no existe una única y uniforme forma de aprender: cada inteligencia posee características propias para el aprendizaje, tal y como se muestra en la **Tabla I** (pág. 11), que los profesionales debemos conocer para promover el desarrollo global de las potencialidades intelectuales del adolescente. Una inteligencia más potenciada puede ser utilizada para mejorar o fortalecer otras menos desarrolladas. Gran parte de la potencialidad de la inteligencia del individuo se encuentra en estado latente debido a que no se utiliza, pero puede ser despertada, fortalecida y entrenada.

"Si pudiéramos movilizar el espectro de habilidades humanas, no solo las personas se sentirían mejor sobre sí mismas y más competentes, sino que sería hasta posible que se sintieran más comprometidas y mejor habilitadas para unirse con el resto de la comunidad del mundo para trabajar en aumentar el bien." (Gardner)

Tabla I.- Variedades de inteligencia y características propias para el aprendizaje (adaptado de Nicholson-Nelson)

	Hace destacar en:	Favorece que guste:	Cómo aprende mejor:
Inteligencia lingüística	Lectura, escritura, narración de historias, memorización de fechas, piensa en palabras.	Leer, escribir, contar cuentos, hablar, memorizar, hacer puzzles.	Leyendo, escuchando y viendo palabras, hablando, escribiendo, discutiendo y debatiendo.
Inteligencia lógico-matemática	Matemáticas, razonamiento, lógica, resolución de problemas, pautas.	Resolver problemas, cuestionar, trabajar con números, experimentar.	Usando pautas y relaciones, clasificando, trabajando con lo abstracto.
Inteligencia espacial	Lectura de mapas, gráficos, dibujando, laberintos, puzzles, imaginando cosas, visualizando.	Diseñar, dibujar, construir, crear, soñar despierto, mirar dibujos.	Trabajando con dibujos y colores, visualizando, usando su ojo mental, dibujando.
Inteligencia cinético-corporal	Atletismo, danza, arte dramático, trabajos manuales, utilización de herramientas.	Moverse, tocar y hablar, lenguaje corporal.	Tocando, moviéndose, procesando información a través de sensaciones corporales.
Inteligencia musical	Cantar, reconocer sonidos, recordar melodías, ritmos.	Cantar, tararear, tocar un instrumento, escuchar música.	Ritmo, melodía, cantar, escuchando música y melodías.
Inteligencia interpersonal	Entendiendo a la gente, liderando, organizando, comunicando, resolviendo conflictos, vendiendo.	Tener amigos, hablar con la gente, juntarse con gente.	Compartiendo, comparando, relacionando, entrevistando, cooperando.
Inteligencia intrapersonal	Entendiéndose a sí mismo, reconociendo sus puntos fuertes y sus debilidades, estableciendo objetivos.	Trabajar solo, reflexionar, seguir sus intereses	Trabajando solo, haciendo proyectos a su propio ritmo, teniendo espacio, reflexionando.
Inteligencia naturalista	Entendiendo la naturaleza, haciendo distinciones, identificando la flora y la fauna.	Participar en la naturaleza, hacer distinciones.	Trabajar en el medio natural, explorar los seres vivientes, aprender acerca de plantas y temas relacionados con la naturaleza.

Ejemplo de buena práctica: **Key Learning Community**

Es un centro de educación secundaria de Indianápolis que crea una experiencia de aprendizaje total, combinando, entre otros, los siguientes elementos de la educación en inteligencias múltiples y en neurodiversidad:

1.- Formación diaria en las ocho inteligencias:

Los alumnos reciben clases de las materias tradicionales (matemáticas, ciencias, lengua y literatura, historia, geografía, lengua extranjera) y, también, las mismas horas de educación física, arte y música. En comparación con otros colegios, los alumnos de la Key reciben el doble de clases de estas tres últimas materias.

2.- Temas generales:

Cada año, el personal de la escuela selecciona dos temas, uno para cada semestre, con el fin de centrar las actividades curriculares. Entre los temas abordados figuran, por ejemplo: conexiones, modelos animales, cambios en el tiempo y en el espacio, panorama medioambiental, herencia, Renacimiento. Los alumnos seleccionan y desarrollan proyectos para cada tema, y después los presentan a los profesores y a los compañeros durante sesiones especiales que se graban en vídeo.

3.- Grupos especiales de aprendizaje:

que seleccionan los propios alumnos individualmente según sus intereses y que se forman en torno a disciplinas específicas (jardinería, arquitectura, teatro, etc.) o actividades cognitivas (pensamiento matemático, resolución de problemas y la mente y el movimiento, por ejemplo). Los alumnos trabajan con un profesor especializado en el área seleccionada, en un contexto de aprendizaje que hace hincapié en el dominio de habilidades y conocimientos para el mundo real.

4.- La sala de flujo:

que está equipada con abundantes juegos de mesa, puzzles, programas de ordenador y otros materiales educativos. Los alumnos visitan esta sala de la escuela varias veces a la semana, pudiendo participar en la actividad que deseen, solos o en grupo. Un profesor les brinda la

ayuda necesaria y observa cómo interactúan con los materiales.

5.- Comité de recursos comunitarios:

Compuesto por representantes de los ámbitos de los negocios, las artes, de organizaciones culturales, y de distintas instancias educativas. Desarrolla programas y asambleas semanales para toda la población estudiantil basados en temas interdisciplinarios. Con frecuencia los temas guardan relación con las materias que se imparten en el centro educativo.

6.- Grupos heterogéneos de edades mixtas: los alumnos de la Key Learning Community se eligen al azar mediante un sorteo. Aunque llegan alumnos con etiquetas previas como "trastorno del aprendizaje" o "superdotado" y muchos han estado ubicados en programas de educación especial, este tipo de programas no existen en la Key. Los alumnos de cada clase muestran una gran variedad de niveles de capacidad; la neurodiversidad es un factor que enriquece •



Mensaje de la Key Learning Community: "Tenemos la llave para tu futuro". con su lema: "Descubre tus fortalezas, cambia el mundo".

Bibliografía

1. Mulas, F (ed.). Dificultades de aprendizaje. Barcelona: Viguera; 2006.
2. Sans A. ¿Por qué me cuesta tanto aprender? Trastornos del aprendizaje. Barcelona: Edebé; 2008.
3. Artigas J, Buisán N, Carmona C, García K, Noguer S, Rigau E. El niño incomprendido. Barcelona: Amat editorial; 2009.
4. Roca E, Carmona J, Boix C et al. El aprendizaje en la infancia y la adolescencia: claves para evitar el fracaso escolar. Espulgués de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2010.
5. Armstrong Th. El poder de la neurodiversidad. Las extraordinarias capacidades que se ocultan tras el autismo, la hiperactividad, la dislexia y otras diferencias cerebrales. Barcelona: Paidós; 2012.
6. Gardner H. Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica. Barcelona: Paidós; 2005.
7. Levine M. Mentes diferentes, aprendizajes diferentes. Barcelona: Paidós; 2003.
8. Armstrong Th. Inteligencias múltiples en el aula: guía práctica para educadores. Barcelona: Paidós; 2006.
9. Nicholson-Nelson, K. Developing Students' Multiple Intelligences. New York: Scholastic Professional Books; 1998.

Protocolos

LA UNIDAD TCA DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS**TRASTORNOS ALIMENTARIOS COMO PATOLOGÍA ADOLESCENTE****Gonzalo Morandé L.**Unidad de Trastornos Alimentarios. Servicio de Psiquiatría y Psicología.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

RESUMEN: Los Trastornos Alimentarios (TCA) son Patologías Mentales de inicio en la adolescencia que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución. Su incidencia y prevalencia han aumentado en las últimas décadas. La respuesta fisiopatológica es severa y dan a estos cuadros la gravedad que les caracteriza. La familia del adolescente es parte del problema y una vía de solución. Hemos sido testigos de su difusión en España y partícipes de los esfuerzos por adecuar la asistencia sanitaria a esta epidemia. La Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús, creada en Octubre de 1992 y con fuerte desarrollo en los últimos 20 años, es un ejemplo del esfuerzo realizado. La crisis actual, con su intensidad y duración, es una dura prueba para la salud del niño y adolescente, así como para los padres y los servicios de Salud.

A.- Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son Patologías Mentales que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución.

Su incidencia y prevalencia han aumentado claramente en las últimas décadas. Han pasado de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados a una pandemia ejemplo de la globalización en ideas, usos y costumbres.

Patología de la adolescente y mujer joven, también tiene formas de expresión en varones, en la infancia y edad prepuberal y las llamadas formas tardías, que hoy abarcan todo el ciclo vital, incluyendo tercera edad. Las adolescentes menores, en su mayoría se recuperan y no continúan enfermas como adultas.(1) (2)

La familia de la adolescente: es parte del problema y en su afrontamiento una vía de solución. La familia habitualmente protege, y su fracaso en ese rol favorece la enfermedad. Su actitud proactiva, organización y respuesta con buena dirección técnica es el mejor tratamiento en TCA de Adolescentes.

La Ideación Anoréxica invade casi todo el campo mental, dejando poco espacio para otros pensamientos.

Emociones negativas seguidas de obsesiones y conductas compensatorias. Vómitos, ayuno, ejercicio extenuante.

Quienes las padecen, tienen en común la dificultad de aceptarse a sí mismos, física y a veces moralmente, para alcanzar su pleno desarrollo. Perfeccionistas pueden combinar una baja auto estima y altas exigencias.

La insatisfacción corporal y el terror a engordar que les caracteriza son muestra de una profunda descalificación personal. Similar también es el temor a perder el control, sobre la alimentación y de sus vidas, y el rechazo o vergüenza de aceptar su problema.

Las consecuencias médicas cierran el círculo definitivo, ya que sin ellas no tendrían estos cuadros la gravedad que les caracteriza. Durante mucho tiempo, la tercera causa de mortalidad en la adolescencia ha sido la Malnutrición Aguda y/o crónica, trastorno metabólico, compromiso multiorgánico. Afectación de los sistemas adaptativos de respuesta: neurovegetativo, inmune, endocrino y sistema nervioso central.

La comorbilidad psiquiátrica complica la clínica y el pronóstico: Depresión Mayor. Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Abuso de Alcohol y Drogas. La Ideación Suicida afecta a más del 60% de los pacientes y los actos suicidas son la principal causa de mortalidad. La Personalidad en su neuro desarrollo propio de la edad, como el resto del organismo se ven afectados por la intensidad y duración del proceso y más aún al cronificarse.

Formas Clínicas: En la consulta de adolescentes son mayoría los síndromes parciales, también llamados anorexias en curso. Más numerosos y de mejor pronóstico si se les trata adecuadamente. Las formas atípicas son también frecuentes: anorexia alexitimica, vómitos cílicos a los que se suman disfágicos y selectivos imposibilitados de alimentarse.

El curso de la enfermedad es prolongado, 4 o 5 años en la Anorexia Nerviosa y un poco menor en Bulimias. En su curso pueden darse reactivaciones y recaídas. Los cuadros con recuperación parcial son casi un tercio y un porcentaje menor evoluciona a la cronicidad.
(Tablas I y II) (3)

Tabla I. Formas Clínicas de los TCA.

a. Síndromes completos	b. No especificados	c. Cuadros residuales
a.1.- Anorexia nerviosa: 1.1- Restrictiva (ANR) 1.2- Purga-bulímica (ANPB)	b.1.- Síndromes parciales: 1.1.- ANSP 1.2.- BNSP 1.3.- TCA-inespecífico	1.1.- Anorexia residual 1.2.- Bulimia residual 1.3.- Cuadros residuales mixtos
a.2.- Bulimia nerviosa: - Purgativa (BNP) - No purgativa. - Bulimia Multi-impulsiva	b.2.- Cuadros atípicos: - Anorexia alexitímica - Disfagia funcional - Vómitos psicógenos	d. Cuadros crónicos: d.1.- ANCR d.2.-BNCR d.3.-TCACR d.4.- Estables d.5.- Inestables
a.3.- Trastornos cursan con obesidad (TECO)		

Nueve chicas por cada chico: una proporción que no cambia. En menores de 12 años la relación es distinta (6 a 4) y en los Trastornos Alimentarios Infantiles hay igual número de niños y niñas.

Crisis sociales y trastornos alimentarios:

Como otras patologías mentales del niño y adolescente, los TCA acusan los cambios sociales y en especial las situaciones de crisis, que ponen en cuestión la capacidad de la familia y redes sociales como urdimbre protectora. Mirando hacia atrás, en cada crisis económica y social aumentan los casos de anorexia. (4)

que leen, los programas que siguen, los sitios de internet que buscan están repletos de propaganda anoréxica.

Causa o consecuencia, una parte significativa de las adolescentes presentan insatisfacción corporal. Realizan conductas de riesgo (dietas, vómitos, ejercicio excesivo) para adelgazar e intentar estar mejor con ellas mismas. Se acentúa en la campaña adelgazante previa al verano y en los sujetos en períodos de malestar emocional. (5)

Difusión de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. ¿Son contagiosas? Mitos y Ritos.

No son enfermedades contagiosas, ni siquiera la obesidad como temen algunas adolescentes anoréxicas. Se transmiten la ideología y las conductas de riesgo que acompañan. El temor sacroso a la gordura, y la delgadez como valor supremo, son los Mitos, parte de un decálogo quasi religioso. Las dietas, estar a dieta el rito, los Ritos. El adoctrinamiento se hace por los medios de comunicación, redes sociales y entre las propias chicas.

Epidemia Adolescentes: Trasmisión horizontal de los TCA.

Las chicas parecen contagiarse entre ellas. Una de nuestras pacientes fue la ganadora de una competencia de adelgazar durante un campamento. En otra ocasión encontramos un equipo de baloncesto completo. Nos han solicitado una intervención de algún colegio de niñas donde había un verdadero foco. Imitación, competencia, presión social, incluso acoso. Hay chicas más vulnerables, frecuentemente con algún sobrepeso y severa insatisfacción corporal al llegar a la pubertad, peor aún si se toman muy en serio las cosas y sus recursos empáticos no son muchos. Hay otras, vectores las llamamos, lo que hacen es propaganda, en el colegio o en las redes sociales. En ocasiones son populares y simpáticas. Entre las primeras están las preanoréxicas y entre las segundas alguna purgo bulímica.(6)

De los cientos de miles de adolescentes que se ven o se sienten gordas (40%), y que cada primavera incurren en

Tabla II: Curso de la Enfermedad

a. Fase prodrómica
b. Fase de inicio
c. Fase de estado o instaurada
d. Fase de recuperación
e. Fase de mantenimiento
f. Reactivación y recaídas

B.- Una Epidemia "de Moda"

La moda de la delgadez y de una figura ideal propia de la pubertad fue propuesta en la década de los sesenta y se ha mantenido cincuenta años con pocas variaciones. Una obligación para multitud de chicas que la hacían suya con el declarado propósito de no cambiar y no adquirir un cuerpo plenamente adulto. La delgadez, se hizo sinónimo de éxito, voluntad y popularidad. Su opuesto, la obesidad, definida en forma brutal, constituía la peor desgracia femenina.

La población preadolescente y adolescente femenina es la más sensible al mensaje, inmersas en un proceso de maduración que afecta su físico pero también su neurodesarrollo, son un mercado no despreciable. Las revistas

conductas de riesgo (17%), sólo una pequeña parte hará un TCA (4.8%) y las menos entrarán en una pérdida descontrolada de peso que detiene su desarrollo, una Anorexia Nerviosa (0.6%). Serán más las que nunca consulten, y entre las que lo hagan también serán más numerosos los cuadros parciales.

Difusión en España.

La Anorexia Nerviosa y las patologías que le acompañan llegaron a España en la década de los ochenta, casi 20 años después de su eclosión en el norte de Europa. A diferencia de éstos, su difusión fue más rápida y en 10 años abarcó todas las clases sociales. La población adolescente, numerosa en esas décadas, fue objeto de publicidad y consumismo en una sociedad que hizo suyos valores adolescentes. Vivía España la difícil transición de la dictadura a la democracia. Se sumaban problemas económicos, políticos y de cambio en las costumbres. Coincidía con la extensión del consumo de drogas. Las drogas causan alarma social, que se ve agravada por la irrupción del SIDA, y la Anorexia Nerviosa después. Fenómenos que vinieron para quedarse hasta hacerse endémicos en esta sociedad. Su repercusión en los medios contribuyó a ello.

Estudio de Móstoles (Madrid) 1993-1994.

Se estudió el 30% de los adolescentes de 15 años de esta localidad. Sus resultados se compararon con un trabajo previo también de nuestro equipo. Las cifras, dos décadas más tarde, son ya similares a las de otros países occidentales (Tabla III). (7)

En el estudio de Móstoles (Madrid) realizado en 1993-1994 los TCA afectaban al 4,7% de las adolescentes de 15 años. Un 0,69% son AN, un 1,4% son BN y un 2,76% Síndromes Parciales o Atípicos. La población de riesgo alcanza al 17,3%.

Tabla III: Prevalencia de TCA en adolescentes de Madrid. (Morandé G, Celada J, Casas J)

	de 1985-1986		de 1993-1994	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1) Anorexia nerviosa	0%	0,31%	0%	0,69%
2) Bulimia nerviosa	0%	0,9%	0,36%	1,24%
3) Cuadros incompletos			0,54%	2,76%
3-1) Anorexia incompleta			0,36%	1,10%
3-2) Bulimia incompleta			0,18%	1,66%
4) Suma trastornos	0%	1,55%	0,90%	4,69%
5) Población de riesgo	1,20%	11,6%	1,96%	17,36%
6) Se ven gordos/as	7,0%	22%	13,7%	43,13%
7) GHQ	2,5%	8,7%	7,45%	11,24%

En 1985-1986 el 22% de las niñas se veían gordas, porcentaje que sube al 43% en 1993-1994.

El mismo estudio relacionaba **ideación anoréxica y estado emocional**. A nivel individual, es esta interacción entre actitudes sobrevaloradas hacia la alimentación y el peso, y un estado emocional negativo, lo que aparentemente posibilita el paso de la preocupación a la obsesión, y que las conductas de riesgo en algún momento se hagan compulsivas.

C.- Unidad de TCA del Hospital de la Cruz Roja de Madrid

Hemos sido testigos de su difusión en España y partícipes de los esfuerzos por adecuar la asistencia sanitaria a esta epidemia.

En la década de los setenta recibíamos un caso de Anorexia Nerviosa al año, en los primeros ochenta un nuevo caso cada mes y a finales de la década uno cada semana.

En los primeros pacientes el tiempo de evolución de la enfermedad hasta la consulta era de un año o más y las dificultades para encontrar tratamiento mayúsculas. Adolescentes, mujeres, alguna niña en período puberal, casi todas con Anorexia Nerviosa y una minoría con Bulimia. Fueron hospitalizaciones prolongadas y no se apreciaron recaídas.

En los años sucesivos, y al coincidir varias adolescentes ingresadas, se hizo necesario un protocolo psico-pediátrico de tratamiento. Paralelamente se iniciaron los grupos de padres semanales. La edad de inicio del cuadro AN descendió progresivamente desde los quince años y fracción a los trece y medio. (8)

En 1989, al revisar los primeros 110 adolescentes atendidos en la unidad, 100 eran chicas con AN, 10 Bulimias y sólo 10 varones.

Las AN se dividieron en tres grupos por sus rasgos de personalidad: depresivo, con histero-angustia, y atípico u obsesivo. La mayoría fueron ingresados y la evolución satisfactoria a corto y medio plazo en dos tercios de los casos. Las familias eran nucleares y sólo 3 eran incompletas, dos por fallecimiento del padre y sólo una por separación.

El grupo de padres fue el antecedente de ADANER (Asociación para la Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa).

D.- Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús. 1992-2013

En 1992 iniciamos la aventura de lo que después sería la Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús. Es un esfuerzo colectivo donde es necesario entrenar el personal de enfermería y psicología. Comienza la colaboración con Medicina de Adolescentes primero y más tarde con Endocrinología, Rehabilitación y Cardiología. Se adapta el protocolo pediátrico de ingresos; ahora acompañan los padres al paciente hospitalizado. Se elaboran los programas para el tratamiento.

Desarrollo de la Unidad y de los Programas.

La Unidad de TCA de Adolescentes ha tenido un sostenido crecimiento. Es probablemente la mayor de España en su género y centro de formación e investigación. La evolución de la demanda y su abordaje así lo enseña (Tabla IV). En 20 años los pacientes nuevos pasaron de 100 a 200 al año. Se superaron los 2000 sujetos en el año 2000. De las 3 camas ocupadas en la unidad de adolescentes, se llega a 10 en el 2001, al inaugurar la planta de Psiquiatría, y a 14 en el 2013, al aumentar la demanda con la crisis. Prácticamente todos los tratamientos son grupales y de frecuencia semanal. Empezamos con un módulo grupal ambulatorio hasta completar 10. Sumados pacientes y padres más de un centenar de personas. Teníamos un hospital de día para niños de 3 a 6 años, el hospital de autistas trasladado de Cruz Roja. El año 2000 se añadió el destinado a adolescentes TCA y 6 años, después otro para menores de 12 años. Se definen así 3 tipos de tratamientos intensivos: ingreso hospitalario, hospital de día, y hospitalización domiciliaria. El programa de seguimiento destinado a prevenir recaídas se extiende por 4 o 5 años. La crisis económica y social ha puesto a prueba la organización de la unidad. Mayor número de pacientes y más graves.

Trastornos Alimentarios Infantiles

Paralelamente comienza su desarrollo otra unidad en colaboración con Nutrición y dedicada a Trastornos Alimentarios Infantiles (TAI). Niños menores de 6 años,

con serios problemas o incapacidad para ser alimentados, detención de su desarrollo y dificultades vinculares. Cada semana llegan 2 niños, muchos de ellos alimentados por vía enteral con sonda naso-gástrica o gastrostomía. (9)

Los menores de 12 años son parte ya de nuestros pacientes. 6 chicas por cada 4 chicos. Anorexias, muchas de ellas con comorbilidad con depresión y TOC, niños con temor a atragantarse que dejaron de comer, selectivos que sólo toman líquidos, vomitadores cílicos. (10)

La fundación de AETCA, el Protocolo de INSALUD y las Jornadas Anuales.

La Asociación para el Estudio de los Trastornos de Alimentación (AETCA) comienza su actividad y con ella se participa en el Proyecto Europeo de Tratamiento Psicoterapéutico (COST B6). Se publica el Primer Protocolo de INSALUD dedicado a los Trastornos de la Conducta Alimentaria cuya coordinación asumimos.

1996.- Curso. Clínica y Tratamiento de la Anorexia Nerviosa en Adolescentes. AETCA-ADANER

1997-2012.- 15 Jornadas de Avances en TCA.

E.- Alarma social y respuesta familiar

Las familias han evolucionado durante estos años. Con menos hijos, de padres un poco mayores y con mayor instrucción. Son ahora más frecuentes las separaciones conyugales y las familias reconstituidas. Estas últimas circunstancias son más frecuentes en Bulimias. Más allá de estas novedades, las familias continúan siendo el principal apoyo de la enferma.

Los padres, en especial, las madres, han estado muy alerta, detectando los cuadros en fases iniciales, y enfrentado el problema ahora con la colaboración del padre. Se apoyan para obligar a la hija a consultar rápidamente. Al médico de niños o de familia le llevan los síntomas para el diagnóstico y la petición de que les envíen a un centro especializado. Favoreciendo con ello el diagnóstico e intervención precoz y cambiar el curso de la enfermedad. Nos encontramos así con pacientes que vienen a consulta con pocos meses de evolución.

El "empoderamiento" materno en este aspecto ha mejorado pese a su masiva incorporación al trabajo. Hace 20 años trabajaba el 30% de las madres de las pacientes; en la actualidad se supera el 70%.

F.- Detección e intervención precoz. Prevención de recaídas

Compartimos la apuesta por la detección y rápido tratamiento, añadiendo que éste debe ser intensivo y potente (Hospitalización en Casa). El seguimiento durante 4 o 5 años, con intervenciones sobre el Plan de Vida en las reactivaciones, es la otra prioridad.

Tabla IV: Evolución de Demanda y Servicios 1992-2013.
Unidad TCA del HUNJ.

Años	1992	1994	2000	2009	2013
Camas TCA	3	5	10	10	14
Nuevos Semana	2	3	5* 1** 2***	6* 1** 2***	7* 2** 2***
Grupos semanales	1	3	10	10	10
Seguimiento			15	30	40
Hospital de Día			HD 12-18 HD 6-12	HD 12-18 HD 6-12	HD 12-18 HD 6-12

* 12-18 años. ** 6-12 años. *** 1-6 años.

La hospitalización domiciliaria y el programa de seguimiento intervencionista son nuestros mejores recursos. Para ambos es indispensable el apoyo de los padres. En nuestra experiencia, mientras más exigentes somos con ellos, tanto como con nosotros mismos, mejor es su respuesta.

G.- Crisis económica, social y familiar. Nuevo brote epidémico 2009-2012

Los TCA, como otros Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente, acusan el malestar familiar y ambiental, situación que se hace evidente en las crisis económicas y del sistema. En los últimos años, y coincidiendo con la crisis actual, las urgencias y las peticiones de ingreso se han disparado. Anorexias con desnutrición mayor de la habitual, dilataciones gástricas en bulimias, intentos auto lácteos, auto lesiones, reingresos, familias en apuros si no casi destrozadas. Las camas de ingreso siempre ocupadas y los hospitales de día saturados. Se han repetido casos donde se ha debido ingresar a amigas o compañeras de curso que parecen competir por enfermar. El programa de Admisión ha sido necesario reforzarlo desde el año 2009. Cada día Martes llegan 6 incluso 7 pacientes nuevas. Casi siempre acompañadas de ambos padres aunque estén separados, con menos de un año de evolución y con un relato similar. Algunas, de 12 o 13 años, con cuadros muy severos de rápida e imparable perdida de peso. Bulimias de 15 y 16 años que inician su ingreso en la UVI a veces por ingestión de fármacos que creen que adelgazan. Potomanas con edema cerebral.

Chicas y chicos menores de 12 años comedores muy selectivos hasta desfallecer, con temor a atragantarse hasta no poder tomar agua, depresivos en completa inapetencia, obsesivos que casi deliran con su cuerpo.

Las camas destinadas a cuadros psiquiátricos agudos también tienen ocupación plena y obligan a utilizar camas de Pediatría. Si bien es cierto que nuestro centro es el único en Madrid con capacidad para hospitalizar niños menores de 12 años, y que contamos con el 60 % de las camas de anorexia y bulimia, nunca hasta hora habíamos tenido una presión tan grande. A solicitud nuestra se ha ampliado el número de camas en seis unidades que ya están funcionales en un esfuerzo compartido con Enfermería. Más allá de sus dificultades, los padres responden, se quedan con sus hijos durante parte del ingreso, les visitan a diario, les traen a los hospitales de día y participan en los grupos de padres semanales, donde es frecuente observar escenas solidarias y cómo se apoyan entre ellos .

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Theander S. The essence of Anorexia Nervosa: Comment on Gerald Russell's "Anorexia Nervosa through time". En: Szmukler G., Dare C., Treasure J. (eds). Handbook of Eating Disorders. New York: Wiley&Sons, 1995, p. 19-24
- (2) Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nervosa. Barcelona: Ariel; 2004
- (3) Morandé Lavín G. Paolini E. Graell M. Faya M. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cap 144 pp1369-1378 Tratado de Pediatría Extra-hospitalaria. Tomo II ERGON 2011 SEPEAP
- (4) Morandé G. Aspectos socio-económicos y trastornos alimentarios. De la desnutrición a la opulencia. Revista de TCA. Grafema. SEVILLA 2007 43-50
- (5) Noordenbos G. Los trastornos alimentarios en la atención primaria de la salud: la identificación e intervención tempranas de parte de los médicos clínicos. 261-278. En La prevención de los trastornos alimentarios Vandereycken W. y Greta Noordenbos G. Ed Granica 2000.
- (6) Huon, G., Hayne, A., Gunewardene, A., Strong, K., Lunn, N., Piira, T. and Lim, J. (1999), Accounting for differences in dieting status: Steps in the refinement of a model. International Journal of Eating
- (7) Morande G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. J Adolesc Health. 1999; 24(3):212-9
- (8) G Morandé D. Madruga F. Rodríguez B Taracena C Kindelán. Protocolo psicopediátrico para el tratamiento hospitalario de la anorexia nerviosa Vol 10/48 Pediátrika 2 /90
- (9) Chattoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2002; 11: 163-83
- (10) Bryant-Waugh R. Is the incidence of eating disorders rising? Epidemiology. 59-61. In Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders. Lask B and Bryant-Waugh R. Ed Lawrence Erlbaum Associates 1993

VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Una realidad que necesita respuesta



Con la colaboración de:



INTRODUCCIÓN

Los últimos estudios revelan que la violencia de género en adolescentes tiene una incidencia similar a la de la población adulta, por lo que es un problema de graves magnitudes.

Las características de este tipo de violencia requieren de la implicación activa de todos los profesionales que entran en contacto con los adolescentes y su realidad, que deberán ser conscientes de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema.

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, tanto adultas como adolescentes.

Por otro lado los malos tratos afectan a la salud de las víctimas, por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental. La pronta identificación del problema puede reducir tanto las consecuencias para la salud como la probabilidad de que aumente la victimización.

PROGRAMA

1ª MESA REDONDA: APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA

Introducción. Carmen Puyó Marín. Psicóloga. Experta del Observatorio de la Infancia (Pág. 18)

Adolescentes hoy. Patricio José Ruiz Lázaro. Pediatra del Centro de Salud Manuel Merino de Alcalá de Henares. (Pág. 19)

Violencia de género en la Adolescencia. Mariana Fombella Murielle. Coordinadora de la Unidad de Atención Psicológica a Mujeres Adolescentes Víctimas de Violencia de Género en la Pareja. DGM Comunidad de Madrid. Psicóloga Fundación Luz Casanova. (Ver presentación en:

http://www.pediatriasocial.es/JornadaVGA/Mariana_Fombella.pdf)

Aspectos legales de la violencia de género en adolescentes. Elena Valverde Morán. Abogada Fundación Luz Casanova. (Pág. 21)

2ª MESA REDONDA: ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL Y MULTIDI- CIPLINAR.

Modera: Ángel Cortés Lozano. Pediatra de la Residencia Infantil "Casa de los Niños" (Instituto Madrileño de la Familia y el Menor).

Detección desde el ámbito sanitario: Antonio Gancedo Baranda. Pediatra. Consulta Pediatría Social del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (Pág. 25)

Prevención desde el ámbito escolar. Rosa García Orientadora del Colegio ADDIS Villaverde.

Intervención psicológica con adolescentes víctimas de violencia de género y sus familias. Cristina Pérez Castaño. Psicóloga de la Unidad de Atención Psicológica a mujeres adolescentes víctimas de violencia de género en la pareja. DGM Comunidad de Madrid. Psicóloga de la Fundación Luz Casanova. (Ver presentación en:

http://www.pediatriasocial.es/JornadaVGA/Cristina_Perez.pdf)

Las adolescentes que sufren violencia de género sufren:

Aislamiento

El 7% de las chicas refiere que su pareja la han intentado aislar de sus amistades a menudo o muchas veces.

Control

El 9.6% que le han intentado controlar decidiendo por ella hasta el más mínimo detalle a menudo o muchas veces.

Miedo

El 14.62% de las chicas refiere que le han hecho sentir miedo a menudo o muchas veces, mientras que el 14.6% refiere haberlo sentido alguna vez.

Datos del estudio " La Evolución de la adolescencia española en la igualdad y la prevención de la violencia de género". Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales 2013

Aproximación al problema de la violencia de género en la adolescencia

Presentación de la Moderadora: Dª. Carmen Puyó Marín. Psicóloga. Experta del Observatorio de la Infancia*

Como ya estarán informados, hace unos días, 25 de Noviembre, Día Internacional para la Eliminación contra la Violencia de Género, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Sanidad anunció el lanzamiento de una nueva campaña que en este caso iba dirigida a los jóvenes desde los 13 años, con el '**Cuéntalo**' para que entiendan que "la dominación y el control nada tienen que ver con el amor". "Si tu chico te hace sentir miedo, te controla el móvil, te aísla de tus amistades o te ridiculiza, cuéntalo. Hay salida a la violencia de género", son los cuatro mensajes de los anuncios, que cuentan con un presupuesto de 1,64 millones de euros.

El acoso a través de las nuevas tecnologías se ha convertido en una forma cada vez más común de enviar mensajes insultantes y amenazantes como forma de maltrato entre los más jóvenes, según los últimos estudios de la Delegación del Gobierno para la violencia de género.

Según informaciones de estos días, el 4% de las adolescentes de entre 14 y 19 años han sido agredidas por el chico con el que salen o salían; y casi una de cada cuatro se ha sentido coaccionada. Además, está creciendo el número de **menores procesados por violencia machista**: según las estadísticas del Consejo General del Poder Judicial, en 2013 aumentó un 5% el número de menores maltratadores que fueron juzgados.

En esta última década más de 750 mujeres han muerto asesinadas, **45 de ellas en lo que va de 2014**, según las estadísticas oficiales, sin que estén incorporados los casos acaecidos la pasada semana de la mujer y su hija, asesinadas por la pareja de la madre y confesara el lunes pasado haberlas matado, así como otro desgraciado hecho en Asturias que mató a sus dos hijas y luego se suicidó ... Cuestión ésta que está en el debate judicial, ya que en lugar de anteponer el "Interés superior del niño", se está discutiendo si debe prevalecer la protección de los hijos o el derecho del padre a las visitas, siendo éstos hombres con orden de alejamiento por violencia machista.

Por otro lado y ya que no puedo asistir por encontrarme indisposta, permítanme que les transmita algunas conclusiones sobre estudios realizados sobre las familias en cuyo seno se produce violencia de género y que evidencian que, el hecho de ser amenazado y aterrorizado por conductas violentas física o psíquicamente hacia la madre, vivir en un ambiente peligroso, de miedo y hostilidad, así como estar expuesto a modelos negativos de relaciones parentales y familiares, convierten a los hijos e hijas en víctimas de un contexto familiar inseguro, carencial y traumatizante que acarrea consecuencias negativas importantes para su desarrollo y deficitarias en la conformación de sus **RELACIONES AFECTIVAS POSTERIORES**.

Debido a estos preocupantes hechos debemos reflexionar seriamente en la importancia y responsabilidad de que las Instituciones y Organizaciones se ocupen de los y las adolescentes, para poder emprender, de este modo, las acciones necesarias a nivel preventivo y de intervención, cuya herramienta fundamental, entre otras, se basaría en fomentar y formar una **parentalidad positiva** y una educación en valores. Aspectos éstos que se vienen trabajando desde distintas instancias del MSSSI desde hace años pero que parece no llegan a sensibilizar a la población destinataria.

Por ello, iniciativas como esta Mesa de reflexión son una gran oportunidad para debatir sobre estos temas. La adolescencia es un proceso difícil, dejar de ser niño y convertirse en casi adultos, cada vez a edades más tempranas, adoptando roles y actitudes de los adultos, aunque su nivel de maduración sean deficitarios, en una sociedad tan versátil y compleja no es tarea fácil para padres, maestros, sanitarios, etc...

Deseo que con la experiencia profesional en estos temas de los componentes de la mesa seguramente se encontrarán abundantes propuestas que puedan dar respuestas a estos graves problemas .

Muchas gracias.

Madrid, 1 de diciembre de 2014

* Dña. Carmen Puyó no pudo asistir a la Jornada el día 2 de diciembre por motivos de salud. Su presentación fue leída por el Presidente SEPS, Dr. Jesús García Pérez.

ADOLESCENTES Hoy

Patricio José Ruiz Lázaro. Especialista en Pediatría y sus áreas específicas. Responsable del proyecto “Creciendo con atención y conciencia plena”. Centro Salud Manuel Merino (Alcalá de Henares).

<http://adolescentes.blogia.com>

¿Qué nos viene a la cabeza al pensar en un adolescente de hoy en día? ¿Pasota? ¿Despreocupado? ¿Desmotivado? ¿Enganchado al móvil?

Tal vez hagamos nuestras las palabras de este texto: *“Nuestros adolescentes ahora aman el lujo, tienen pésimos modales y desdeñan la autoridad. Muestran poco respeto por sus superiores y prefieren la conversación insulsa al ejercicio. Los muchachos son ahora los tiranos y no los siervos de sus hogares. Ya no se levantan cuando alguien entra en su morada. No respetan a sus padres, conversan entre sí cuando están en compañía de sus mayores. Devoran la comida y tiranizan a sus maestros”*.

¿Saben quién lo escribió?
Sócrates, en el siglo IV a.C.

Otro profesor más moderno, Javier Elzo, ha encontrado en España, en 2014, cinco tipologías de jóvenes de acuerdo a sus valores:

- Tipo 1 o conservadores por la integración: jóvenes bien anclados en valores tradicionales, política y éticamente correctos, que quieren entornos seguros donde se garantice la ley y el orden; conservadores de lo establecido, no son rupturistas ni parecen querer liderar cambios.

- Tipo 2 o despreocupados por lo ajeno e instalados en el presente: jóvenes que no son (ni pretenden ser) especialmente conflictivos, que se agarran a un presente que no les obliga a plantearse las incógnitas del futuro, que se cierran en una concha protectora de despreocupación por lo de afuera, que quieren proteger lo que tienen, defendiendo la seguridad y el orden y apuntándose a un mundo sin sobresaltos, conservador.

- Tipo 3 o rebeldes con causa y un tanto confusos: menos individualistas de lo que dicen ser, buscan abrirse camino en una sociedad que no les gusta, que querrían que fuera lo más justa y equitativa posible; su actitud crítica, su buena formación, su talante no acomodaticio, su preocupación por la injusticia, son una promesa de que otro mundo es posible, aunque todavía no queda claro que, como colectivo, se hayan puesto a la tarea.

- Tipo 4 o incívicos despreocupados, los que sostienen el tópico: los integrantes de este grupo se ajustarían a la representación más tópica del joven (pasota, irresponsable e incívico).

- Tipo 5 o conservadores altruistas, de escasos recursos, y religiosos: un colectivo fuertemente marcado por su catolicismo, de baja extracción social, conservador en la ética de proximidad (aborto, eutanasia, etc.), altruista en lo social, escorado a la derecha y un tanto confuso en sus planteamientos (quizás por tener menos oportunidades de reflexión y crítica intelectual); personas, en toda su complejidad y con todas sus contradicciones: una mezcla del ser y del deber ser, de certezas y carencias, de peso de la historia, conservadurismo y necesidades de cambio.



¿Es el tipo 4 el colectivo más numeroso?

No, es el 2º menos amplio (14,4 %) después del tipo 5 (8 %). Los tres más numerosos son el tipo 2 (28,2 %), el tipo 1 (22,1 %) y el tipo 3 (21 %). ¿Y qué porcentaje de adolescentes están bastante o muy de acuerdo con opiniones sexistas y pro-violencia?

(Investigación realizada en 2013 por la Unidad de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid)

- Opinión “El hombre que aparece agresivo es más atractivo”:

9,26 % de hombres y 6,54 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “Está bien que los chicos salgan con muchas chicas pero no al revés”:

11,67 % de hombres y 3 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “Está justificado agredir a alguien que te ha quitado lo que era tuyo”:

23,58 % de hombres y 6,71 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “Es correcto amenazar a veces a los demás para que sepan quien es el que manda”:

12,22 % de hombres y 4 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “Por el bien de sus hijos, aunque la mujer

tenga que soportar la violencia de su marido o compañero conviene que no le denuncie”:

8,44 % de hombres y 5,35 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Si una mujer es maltratada por su compañero y no le abandona será porque no le disgusta del todo esa situación*”:

9,12 % de hombres y 5,54 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Es correcto pegar a alguien que te ha ofendido*”:

16,16 % de hombres y 4,31 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Los hombres no deben llorar*”:

11,52 % de hombres y 2,56 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Cuando una mujer es agredida por su marido, algo habrá hecho ella para provocarlo*”:

5,89 % de hombres y 1,71 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Un buen padre debe hacer saber al resto de su familia quién es el que manda*”:

9,66 % de hombres y 2,58 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Para tener una buena relación de pareja es deseable que la mujer evite llevarla contraria al hombre*”:

4,73 % de hombres y 1,90 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*La violencia que se produce dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir de ahí*”:

11,02 % de hombres y 6,25 % de mujeres adolescentes.

- Opinión “*Está justificado que un hombre agrede a su mujer o a su novia cuando ella decide dejarle*”:

3,51 % de hombres y 1,83 % de mujeres adolescentes.

Los mensajes y modelos de las familias ejercen una gran influencia. El porcentaje de quienes han escuchado a menudo o muchas veces los siguientes mensajes ha aumentado en los tres años que van de 2010 a 2013:

“*Si alguien te pega, pégale tú*” (del 26 al 28,7 %).

“*Los celos son una expresión del amor*” (del 31,4 % al 36,3 %).

Es importante, por tanto, sensibilizar no sólo a los adolescentes sino también a sus familias y sus educadores como hacemos en el proyecto “Creciendo con atención y conciencia plena”. El sexism y la vio-

lencia de género son la expresión de un modelo ancestral de dominio y sumisión, que se reproduce a través de mecanismos fuertemente arraigados aunque cambien sus formas y herramientas (el 95 % de las y los adolescentes usa internet a diario para comunicarse).

Y, sobre todo, se trata de educar desde vínculos seguros que permitan extinguir los apegos, en soltarlos.

Como decía Anthony de Mello: Donde hay amor, no hay apego. El apego significa. “Tengo que tenerte. Sin ti, no seré feliz. No puedo ser feliz sin ti. Te necesito para mi felicidad. Haré todo lo que haga falta incluso manipularte, para tenerte”.

Lo que significa el amor es: “Querida (o querido), sin ti estoy bien, contento; no te preocupes”. Significa: “Y te deseo lo mejor y te dejo en libertad. Y cuando te tengo estoy encantado; y cuando no, no soy desgraciado, soy feliz” •

ASPECTOS LEGALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Elena Valverde Morán. Abogado. Coordinadora Área de Igualdad. Fundación Luz Casanova

Tres aspectos me parecen fundamentales cuando hablamos de violencia de género en adolescentes.

1. ¿Pueden los adolescentes cometer delitos de violencia de género? ¿Se puede considerar el noviazgo como relación análoga de afectividad?

2.- Régimen aplicable cuando el agresor es menor de edad. Ley Orgánica de Responsabilidad Jurídica del Menor. La víctima de un delito de violencia de género, ¿está desprotegida en la jurisdicción de menores?

3.- La denuncia y la Orden de Protección cuando la víctima es menor de edad.

1.- ¿Pueden los adolescentes cometer delitos de Violencia de Género? ¿Se puede considerar el noviazgo como relación análoga de afectividad?

Históricamente, la violencia en la pareja se ha asociado mayoritariamente a las relaciones adultas, y muchas de las veces, en el ámbito del matrimonio, asumiéndose que las relaciones de pareja entre adolescentes no eran importantes o estaban exentas de violencia. Los propios adolescentes, piensan que la violencia de género está asociada a la vida adulta y a las relaciones caracterizadas por el compromiso, la convivencia y la paternidad.

Sin embargo, la realidad muestra que esta violencia se da también entre adolescentes. La violencia en el noviazgo es una de las expresiones más desconocidas de la violencia contra la mujer, y quizás sea, una de las más preocupantes, ya que tiene lugar en una edad muy temprana, en pleno desarrollo de la personalidad, tanto del agresor como de la víctima.

La Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de 2004 (LOMPVG) supuso un modelo innovador y un avance notable en la lucha contra la violencia de género. Articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja o ex pareja, abarcando aspectos

de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles.

Por otro lado, el tratamiento específico de la violencia de género en parejas adolescentes dentro del marco de la Ley Orgánica de responsabilidad penal del menor, ha merecido hasta ahora escasa atención dentro de la doctrina jurídica publicada tras los diez primeros años de vigencia de dicha Ley.

Según los datos que se reflejan en las Memorias del Consejo General del Poder Judicial, los delitos de violencia sobre la mujer cometidos por menores de edad penal son numéricamente poco relevantes, permaneciendo estabilizados en los últimos tres años. Estos datos no nos tienen que hacer pasar por alto, como ocurre en el caso de mujeres adultas, la existencia de un número de casos, difíciles de cuantificar, de violencia degénero “oculta” entre adolescentes, que no llegan a conocimiento de la Fiscalía porque no se denuncian.

El artículo 1 de La Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de 2004 (LOMPVG) establece que *la presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.*

Y es en este punto donde se plantea el problema. ¿Puede considerarse el noviazgo entre adolescentes como “relación análoga de afectividad”? Las relaciones sentimentales en el período adolescente son difícilmente equiparables, en muchos casos, a las que se establecen entre adultos. El vínculo afectivo que se forma en las relaciones entre adolescentes no suele tener la estabilidad y consistencia características de las parejas de



adultos, pero esto no impide que la menor pueda ser sujeto pasivo de un delito de violencia de género y que el noviazgo se trate de una *“análoga relación de afectividad (a la del matrimonio) aún sin convivencia”*.

Durante los últimos años ha habido sentencias de las Audiencias Provinciales que han cuestionado la existencia de una relación análoga a la afectividad en parejas adolescentes, absolviendo de delitos de violencia de género. Sin embargo, la LO 1/04 de *Medidas de Protección Integral contra la violencia de género*, no hace distinción alguna por la edad de la víctima. En la Exposición de Motivos se describe la violencia de género como *el símbolo más brutal de la desigualdad...como una violencia que se ejerce sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión*. A continuación, como ya he referido, el art. 1.1 delimita su ámbito de aplicación a *la violencia que los hombres ejercen sobre las mujeres que sean o hayan sido sus cónyuges, o que estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad aún sin convivencia*.

En el año 2010, los Fiscales Delegados de Violencia sobre la Mujer concluyeron que “la minoría de edad de las partes o de la víctima, no excluye la existencia de una relación de análoga afectividad a la del matrimonio, sin convivencia. Esta conclusión fue ratificada y elevada a pauta de actuación vinculante para los Fiscales en la Circular 6/2011 de la FGE de 2 noviembre, sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en relación a la violencia sobre la mujer. Conforme a dicha Circular, “aunque la plena capacidad se concede con la mayoría de edad, las mujeres que no

la han alcanzado gozan de capacidad para decidir el inicio de una relación sentimental que las sitúa, sin duda alguna bajo la esfera de tutela penal que se otorga a las mujeres víctimas de violencia de género".

Y más adelante la propia Circular señala que "no parecen criterios asumibles aquellos que niegan la tutela penal a las adolescentes víctimas de violencia de género, por carecer de proyecto de vida en común con su pareja; o por convivir con los padres y depender económicamente de ellos, o por haber existido una ruptura transitoria en la relación, o por cualquier otra causa que la norma no requiere. La realidad nos pone de manifiesto que en algunas relaciones entre adolescentes o jóvenes se ejercen conductas de control, asedio, vigilancia, agresividad física o verbal o diversas formas de humillación que encajan en los tipos penales contenidos en los arts. 153 (delito de maltrato ocasional), 171-4 (delito de amenazas), 172-2 (delito de coacciones), 148-4 (delito de lesiones) y 173-2 del Código Penal (delito de violencia habitual)".

Por tanto, podemos concluir que la minoría de edad del agresor o de la víctima, no excluye la existencia de una relación de análoga afectividad a la del matrimonio, sin convivencia. Los adolescentes unidos entre sí sentimentalmente tienen la consideración de pareja y mantienen una relación de análoga afectividad comparable al matrimonio y/o a las uniones de hecho. No es necesario la convivencia previa, la participación en un proyecto de futuro común, ni tan siquiera la exigencia de fidelidad mínima entre sus integrantes. Con el examen pormenorizado de las actuaciones y con la práctica de todas aquellas pruebas que se consideren necesarias, se podrá concretar si esa relación participa de las notas de estabilidad e intensidad para ser considerada de análoga afectividad. Para ello, se podrían tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Que la relación de noviazgo sea conocida como tal por los familiares y personas del entorno de ambas partes.

- El tiempo de la relación y la frecuencia de los encuentros; La naturaleza de los hechos cuyo origen no pueda ser otro que la existencia de esa relación ("si no eres para mí no eres para nadie", "porqué llevaba una determinada prenda de vestir"…);

- La existencia de relaciones sexuales (no es por sí un elemento definitorio, pero si puede ser un indicio a tener en cuenta).

2.- Régimen aplicable cuando el agresor es menor de edad. Ley Orgánica de Responsabilidad Jurídica del Menor. La Víctima de Violencia de Género, ¿está desprotegida en la Jurisdicción de Menores?

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, en adelante LORRPM, se aplica para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales. La propia ley define la naturaleza de su procedimiento como "formalmente penal pero materialmente sancionador-educativo". La LORRPM, dentro de los diversos modelos de tratamiento de la delincuencia juvenil, responde al denominado "modelo mixto", con elementos del modelo educativo y fundamentalmente del modelo de responsabilidad. La LO 5/2000 acerca la justicia juvenil a la justicia penal de los adultos, al reconocer a los menores los mismos derechos y garantías constitucionales y procesales que a los mayores de edad.

Se considera al menor responsable penalmente de sus actos y de las consecuencias que acarrean y la respuesta del sistema es eminentemente educativa. Sin embargo la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 8/2006, de reforma de la LO 5/2000, se afirma que: "El interés superior del menor, que va a seguir primando en la Ley, es perfectamente compatible con el objetivo de pretender una mayor proporcionalidad entre la respuesta sancionadora y la gravedad del hecho cometido".

La filosofía de la ley se basa en el carácter educativo de la medida y del procedimiento, y flexibilidad en la adopción y ejecución de la medida, teniendo en cuenta la evolución del menor. También en los principios de intervención mínima y de oportunidad. Este último permite al Ministerio Fiscal desistir del ejercicio de la acción penal, bajo determinados requisitos, con independencia de que se haya acreditado la comisión de un delito y la participación del menor.

Nos encontramos con un procedimiento en que frente al menor que comete un delito de violencia de género, o de cualquiera otra naturaleza, pretende su reinserción, su reeducación, mediante medidas individualizadas de carácter educativo y en el que se excluyen respuestas ejemplarizantes y retributivas, finalidades tradicionales de las penas. Los principios rectores del procedimiento penal de menores conducen a que el énfasis del enfoque se centre en el adolescente infractor, no en la víctima perjudicada por la infracción penal de violencia de género cometida, para intervenir sobre aquél más que para resarcir a ésta. Tanto el proceso articulado para exigir de responsabilidad penal adolescente por la comisión de hechos constitutivos de delito o falta, como la respuesta institucional a su comportamiento están presididos por el interés superior del menor adolescente.

Ahora bien, ¿podemos decir que la víctima de un delito de violencia de género está desprotegida en la jurisdicción de menores? En el ámbito de la violencia de género las reformas que se vienen realizando en los últimos tiempos tratan de reforzar la posición de la víctima. Muestra de ello es la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, ley que aborda con decisión la respuesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de violencia que esta Ley contempla.

El artículo 17 de la Ley Integral afirma que todas las mujeres víctimas de violencia de género, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, tienen garantizados los derechos reconocidos en la Ley. Esta afirmación, ¿vale también cuando el autor de la agresión es un menor con edad comprendida entre los 14 y los 18 años?; ¿es la misma la posición de la mujer víctima de violencia de género, son los mismos sus derechos cuando el autor de la agresión es un menor en ese tramo de edad, que cuando es un mayor de edad? o ¿existe un trato discriminatorio cuando el autor de la agresión no ha superado los 18 años?

El que la víctima del delito cometido por un menor pueda tener intervención activa en el proceso como acusación particular ha sido y es una cuestión controvertida con detractores y defensores. La posición de la vícti-

ma es una posición difícil en esta jurisdicción. Su fin prioritario, la reeducación y reinserción del agresor, no tiene por qué ser compartido por la víctima. Por el contrario, la perjudicada legítimamente puede reclamar su intervención en el proceso, exclusivamente para obtener la satisfacción del daño o agravio recibido y lograr su debida protección.

La reforma de la LORPM operada por LO 8/2006 supone un nuevo paso en esta línea de reforzamiento de la posición de la víctima. La víctima de un delito de violencia de género puede tener una intervención activa en el proceso de menores, puede personarse como acusación particular, en idéntica posición a la que puede ostentar en la jurisdicción de adultos. Y tiene el derecho a estar informada durante todo el proceso de las resoluciones que se adopten y puedan afectar a sus intereses y seguridad, aunque no se haya personado en el procedimiento.

Además de estos derechos tan importantes en materia de violencia de género y doméstica, se regula expresamente algo que ya contemplaba el C. Penal y la L.E.Crim., en supuestos en que el sujeto activo de estos delitos fuese mayor de edad, es decir, la prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares que determine el Juez. (art. 48 C.P. y 544 Bis L.E.Crim), tanto como pena accesoria, como medida cautelar.

Estas medidas suponen un medio eficaz para proteger a las víctimas imponiendo el distanciamiento físico entre el agresor y sujeto pasivo, tratando de evitar nuevos ataques a los bienes jurídicos protegidos. Junto con las medidas o reglas de conducta contempladas en el art. 7.1º, 4, 2º de la L.O.R.P.M. tendentes a la educación de los menores infractores en pautas de igualdad y de no violencia, –aspecto esencial para evitar nuevas agresiones y en consecuencia nuevas víctimas– se encuentra regulada la concreta medida de alejamiento o de prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que el Juez determine. (art. 7, i).

3.- La Denuncia ya la Orden de Protección cuando la Víctima es Menor de Edad

Como ya he expuesto, los datos de las Memorias del Consejo General del poder Judicial relevan que las denuncias por delitos de violencia sobre la mujer cometidos por menores de edad penal son numéricamente poco relevantes, permaneciendo estabilizadas en cifras más bien pequeñas. Esto no obsta a que existan muchos casos de violencia de género entre adolescentes que no se cuantifican porque no se denuncian.¹

Las causas que explicarían ese volumen de situaciones de violencia que pueden permanecer ocultas son, aparte de las mismas que se dan entre víctimas adultas (vergüenza, temor a denunciar, control emocional por parte de la pareja, etc.), las añadidas y propias de un período vital tan emocionalmente complicado como es la adolescencia:

- El miedo y la vergüenza “de que se enteren en mi casa”, “que se enteren los de la pandilla”.
- Desconocimiento de los recursos de ayuda a los que pueden acudir.
- El agobio que le crea a una adolescente el solo pensamiento de acudir a Policía, Fiscalía o Juzgados.

Junto a los no muy numerosos casos de violencia de género que se denuncian, debemos ser conscientes que hay otros no denunciados, además de actitudes en las relaciones sentimentales que pueden ser el embrión de futuros comportamientos de violencia de género durante el período adulto.

En este punto trataré tres cuestiones: que la menor no quiera denunciar, que la menor denuncie por sí sola, sin comunicárselo a sus padres o tutores o que el caso de violencia de género se detecte desde una institución pública o privada o desde los servicios sanitarios.

En el primer caso. ¿Qué pasa si la menor no quiere interponer denuncia? Es frecuente que procedimientos de esta naturaleza se inicien por otras vías: actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que presencian la agresión, o denuncia de los padres de la víctima o de un tercero que tienen conocimiento de lo que está ocurriendo. Lo normal debería ser que la víctima menor denunciase acompañada por sus padres en calidad de representantes legales. Pero,

si no fuera así y la víctima menor de edad no quisiera denunciar el hecho, nos encontraríamos con los mismos problemas probatorios que en el caso de mujeres adultas. En estos casos es conveniente trabajar con la menor para que entienda la necesidad de denunciar, tarea en la que deben involucrarse no sólo su familia, sino los profesionales de las diversas Instituciones que conozcan del hecho, especialmente personal sanitario y trabajadores sociales.

Por otro lado, y en segundo lugar, podría darse la situación inversa. Que la menor denunciase por sí la situación sin acudir acompañada de sus padres a Comisaría o Fiscalía. La LECrim no pone límites de edad para la denuncia, ni para la actuación como testigo en un procedimiento penal (art. 433). En todo caso, conforme a la LO 1/96 de Protección Jurídica del Menor (art. 2) *las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva*. Por tanto, la menor podrá interponer por sí sola la denuncia, siempre que se aprecie suficiente capacidad y discernimiento, teniendo validez a resultados de su ulterior ratificación. Esta legitimación para denunciar los hechos deberá completarse posteriormente con la reclamación que hagan sus padres o tutores, pues serán ellos los que posteriormente reclamarán en nombre de su hija o tutelada.

Y en tercer lugar. En caso de que se detecte, por vía institucional, un supuesto de violencia de género, el artículo 262 de la **Ley de Enjuiciamiento Criminal** señala que «Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante».

El artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina: «Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado». Las manifestaciones que realice la víctima ante en sede médica serán tenidas en cuenta como «noticia criminis» para

¹ No hago referencia a las denuncias interpuestas por menores de edad contra agresores mayores de edad, ya que se sigue el mismo procedimiento que en caso de mujeres adultas, siendo competentes para conocer de la denuncia los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.

abrir diligencias contra el presunto autor, y servirán como prueba de los hechos investigados. **La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas** dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune. En estos casos, cuando se hable con la mujer, sea adulta o sea adolescente, deberá apercibirle de su derecho a no denunciar (artº. 261 LECrim), es decir, a no decir que fue su pareja o ex pareja la causante de las lesiones, pues en caso contrario, estaríamos ante una posible causa de nulidad del testimonio, sin perjuicio del valor que tenga el parte médico como prueba documental.²

En el caso específico de víctimas adolescentes, al ser menores de edad, la notificación es una obligación legal para todos los ciudadanos, especialmente para los profesionales. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, en su Artículo 13, establece la obligatoriedad de todos los ciudadanos de comunicar una situación posible malos tratos a una persona menor de edad: "Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise". En estos casos, los distintos operadores deberán tener en cuenta los Protocolos de actuación en la materia orientados a la protección y tutela del superior interés del menor. A nivel estatal el marco normativo de referencia lo constituye el "Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil", del Observatorio de la Infancia, Ministerio de Asuntos Sociales (2007), actualizado en junio del 2014, y en el que no me voy a detener, por hacer referencia a menores hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género.

Cuando la menor tiene más de 16 años, el médico que tenga conocimiento o sospechas de la existencia de malos tratos, deberá comunicarlo cuando exista un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica de la menor. En caso contrario, tendrá que aceptar la decisión de la menor de no denunciar.

En este punto es esencial tener en cuenta que:

- En la mayor parte de los casos, las adolescentes no son capaces de comunicar por sí mismas una situación de esta naturaleza. Necesitan el apoyo y mediación de los adultos tanto en la detección como en la posterior comunicación.

- La única forma de activar los recursos de apoyo y protección a las víctimas es la detección de posibles situaciones de maltrato y su inmediata comunicación a los dispositivos existentes para atender estas situaciones.

- La responsabilidad de verificar o de confirmar el maltrato no corresponde al notificante, sino a los servicios especializados. Los ciudadanos en general y los profesionales relacionados con la atención a la infancia en particular, están en la obligación de notificar sus sospechas. No es necesario que dispongan de la certeza de que una persona menor de edad está siendo víctima de maltrato. Notificación y denuncia no son sinónimas. La denuncia es posterior a la verificación del caso y no corresponde al ciudadano ni al profesional que ha notificado. La notificación puede ser anónima y los dispositivos especializados están en la obligación de iniciar las diligencias oportunas dirigidas a la protección de las posibles víctimas.

La Orden de Protección en el proceso penal de menores

En el ámbito de la jurisdicción de adultos a través de la orden de protección, la víctima puede lograr un estatuto integral de protección. Esta protección permite la adopción de medidas cautelares de naturaleza penal y también civil. La víctima con la orden estimatoria de protección puede acudir a las diferentes administraciones solicitando el resto de medidas, sociales, asistenciales, jurídicas, económicas y laborales que están previstas en el ordenamiento jurídico.

La LORRPM no contempla un sistema integral de protección similar al derivado de la orden de protección. La ley Orgánica 1/2004, nada dice al respecto cuando el delito de violencia de género es cometido por un menor. La Disposición Final Primera de la LORRPM otorga carácter supletorio a la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Pero, las medidas cautelares están expresamente reguladas en la LORRPM y por tanto no procede acudir en esta materia a las disposiciones de la LECrm.

Todas las medidas cautelares de naturaleza penal del art. 544 bis LECrm como son la prohibición de residir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local o Comunidad Autónoma, la prohibición de acudir a determinados lugares, barrios, municipios, provincias u otras entidades locales o Comunidades Autónomas o de aproximarse o comunicarse con determinadas personas, pueden acordarse en el proceso de menores, bien con la medida cautelar de alejamiento, o con los alejamientos impuestos como reglas de conducta a través de la medida cautelar de libertad vigilada. Por tanto ante un delito de violencia de género cometido por un menor, se puede instar y obtener las mismas medidas cautelares penales que en el procedimiento de adultos.

Sin embargo las medidas de naturaleza civil tales como la atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar, determinar el régimen de custodia, visitas, comunicación y estancia con los hijos, el régimen de prestación de alimentos no pueden ser resueltas en la jurisdicción de menores pues la LO 5/2000 no prevé competencia alguna del Juez de Menores para la adopción de medidas de naturaleza civil.

No es posible adoptar las medidas civiles previstas en el art. 544 ter de la LECrim y en los arts. 65 y 66 de la LO 1/2004 y art. 158 del Código Civil por lo que será necesario acudir a otro órgano jurisdiccional para ello, sin perjuicio de que el Ministerio Fiscal inste las medidas de protección que considere oportunas en relación a los supuestos del art. 158 del Código Civil •

BIBLIOGRAFÍA:

- Esteve Mallent, L. La violencia de género entre adolescentes.
- García Ingelmo, F. M. Violencia de género en parejas adolescentes. Respuestas desde la jurisdicción de menores. II Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres. Sevilla 28 a 29 de noviembre de 2011 (Mesa redonda: La violencia de género en parejas adolescentes).
- Vargas Gallego, A. I. Los jóvenes maltratadores ante la justicia. El papel de la Fiscalía.
- Millán de las Heras, Mª. J. La jurisdicción de menores ante la violencia de género

LIBROS / DOCUMENTOS

INFORME FOESSA 2014

Exclusión y Desarrollo Social en España

Editado por: **Fundación de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA) / Cáritas Española**

Coordinado por: **Francisco Lorenzo Gilsanz**

Tanto el **VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014** (686 páginas) como los documentos relacionados, se encuentran disponibles en la página web:

<http://www.foessa2014.es/informe/index.php>



RESUMEN Y PROPUESTAS

(Texto extraído de la propia presentación del Informe)

A lo largo del VII Informe FOESSA, y de los más de 50 trabajos de investigación realizados dentro de este proyecto se presentan propuestas concretas referidas a cada uno de los ámbitos abordados. Si bien, estas propuestas son plurales y diversas, propias de cada autor, la Fundación FOESSA recoge la preocupación de fondo que revelan dichos trabajos y del porqué de sus propuestas. Desde esta multiplicidad de aportaciones, la visión integradora del Comité Técnico y del Consejo Científico (órganos de los que la Fundación se ha dotado para la elaboración de este Informe) quiere ofrecer una síntesis de aquellos aspectos prioritarios y comunes que han de tenerse en cuenta para construir un nuevo modelo social.

Un elemento enriquecedor que queremos considerar es la aportación que hace Cáritas en este sentido. Su presencia cotidiana y cercana a la realidad de las personas ofrece una información veraz e independiente de la situación de exclusión social en nuestro país, que complementa los datos que aparecen en este Informe y avala las conclusiones de la Encuesta sobre integración y necesidades sociales de la Fundación FOESSA. Además, su acción y su compromiso son, sin duda alguna, señas de identidad que ponen de relevancia (con nombres e historias concretas) el constante trabajo realizado para conocer y transformar esta realidad hacia una sociedad más justa y accesible para todas las personas.

1. EL DESARROLLO SOCIAL Y DE LAS PERSONAS NO ES EL CRECIMIENTO ECONÓMICO

Ya en el VI Informe publicado en 2008 quedó constancia de que, en función de los indicadores de crecimiento económico elegidos, obtendríamos una imagen parcial (o incluso distorsionada) de la sociedad.

Acercarnos a la realidad social, únicamente a través de

indicadores ajenos a las personas nos lleva además, a desentendernos de quienes más sufren. A ocultar e invisibilizar (y en ocasiones incluso a culpabilizar) a los más desfavorecidos. Pero la sociedad no puede crecer sin las personas. El verdadero desarrollo se construye dando prioridad a la vida digna de todos, pero las cifras actuales de desigualdad, pobreza, privación material y exclusión social están configurando un devenir social que excluye a muchos. Por este motivo, proponemos:

- Considerar los indicadores de desigualdad, pobreza, exclusión social y privación material como indicadores privilegiados a efectos de elaborar un diagnóstico riguroso de desarrollo social.
- Evaluar la acción política, teniendo en cuenta el impacto sobre estos indicadores, prestando especial atención a aquellas políticas que contribuyen al auténtico desarrollo: sanidad, educación, empleo, redistribución de la riqueza, garantía de ingresos (pensiones, rentas mínimas), ...

2. AFRONTAR LAS CONSECUENCIAS ESTRUCTURALES DE LA POBREZA

La pobreza y la exclusión social son fenómenos estructurales. Hemos constatado que no se deben exclusivamente a la crisis aunque con esta se hayan acentuado sus consecuencias), sino que nos acompañaban incluso en épocas de crecimiento económico.

El carácter estructural requiere por tanto la puesta en marcha de políticas redistributivas concretas:

- Conseguir que la protección social alcance estándares básicos en todo el territorio y que se haga operativa a través de un sistema de «garantía de mínimos».
- Desarrollar una protección social desde el fortalecimiento de los servicios sociales públicos, que facilite la

promoción y el empoderamiento de las personas, para que no quede reducida a la gestión de las prestaciones económicas.

Para la puesta en marcha de medidas eficaces, realmente transformadoras, se requiere de la existencia de mecanismos que garanticen la sostenibilidad de estas iniciativas. Por tanto existe la necesidad de:

- Construir un compromiso redistributivo ético que nos acerque a la media europea. Los impuestos no pueden quedar al margen de la obligada y necesaria cohesión social, ni se puede poner en peligro la suficiencia de recursos para asumir los riesgos colectivos. No es posible mantener un sistema de servicios públicos equitativo y de calidad sin la aportación de todos los ciudadanos al mismo, a través de los impuestos, cada uno en función de sus ingresos y su patrimonio. Necesitamos mejorar nuestra pedagogía fiscal para romper la contradicción de valorar muy positivamente la universalidad de nuestro sistema de bienestar y, por otro lado, querer pagar cada vez menos impuestos.

3. UNA SOCIEDAD QUE APUESTA FIRMEMENTE POR EL BIEN COMÚN

Consideramos que el bien común debe ser provechoso para todos, salvo que por razón de justicia y equidad haya de favorecer a los más débiles, por ser los principales destinatarios de un proceso estructural que les arrincona. Para ello partimos de dos premisas como referencia:

- Construir una sociedad basada en derechos universales y no en privilegios individuales.
- Priorizar a aquellos que están en una situación de mayor vulnerabilidad, tanto en España como fuera de nuestras fronteras.

La propuesta actual de contrato social apoya a aquellos a los que «les va bien», bajo el supuesto (que se ha demostrado fallido), de que esto genera un efecto contagio que termina por mejorar también las condiciones de vida de los más vulnerables. Pero queda demostrado que esta lógica está creando estructuras de desigualdad y pobreza. Por ello, este nuevo contrato social se asienta sobre diferentes aspectos:

- Es un contrato redistributivo basado en derechos, lo que implica superar la discrecionalidad del asistencialismo y asumir la cohesión social como principio fundamental.
- Conlleva la necesidad de una mayor coordinación entre instituciones, administraciones y territorios, que debe racionalizar las ineficiencias del sistema y que debe ser dotado de recursos adecuados.
- Es un contrato intergeneracional en el que los jóvenes asumen un papel activo participante y en plenitud en la sociedad.
- Es un contrato de regeneración institucional y de regeneración social pues se trata de que contribuyamos a asumir los riesgos colectivamente, con responsabilidad de todos.

- En este nuevo contexto, es necesario un mayor papel de la sociedad civil que conllevará un fortalecimiento de «lo público». Ambos espacios se complementan y se configuran como constructores del bien común desde los principios de la solidaridad y la subsidiariedad.

Así, proponemos:

- Considerar el gasto social como «**inversión social**», priorizando aquellos ámbitos que son más correctores en términos de desigualdad (inversión en sanidad y en educación, en pensiones y rentas mínimas).
- Eliminar la sobrecarga que recae sobre los hogares, tanto por el debilitamiento de los servicios públicos, como por el impacto de la crisis.
- Implementar políticas familiares eficaces y con recursos suficientes que contrarresten, entre otras cosas, el riesgo actual que conlleva la presencia de menores en el hogar.
- En concreto, la puesta en marcha de una política eficaz que evite la transmisión intergeneracional de la pobreza que es uno de los peligros latentes en el presente y de especial gravedad para el futuro.

EN SÍNTESIS: UNA NUEVA AGENDA DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE PRIORICEN A LOS MÁS EXCLUIDOS

Consideramos que no es cierto (ni asumible) que no se pueda hacer nada más que lo que se está haciendo. Son muchas las personas y los estudios rigurosos que confirman que existen nuevas formas de organizar nuestro proyecto social, y que no están cerrados los abanicos de oportunidades.

En esta nueva forma de gestión, la sociedad civil debe tener mayor peso (en el diseño, organización y en la gestión). Debemos replantear la relación entre lo público, lo privado (el mercado) y lo social (lo voluntario, sin fin lucrativo...). Una agenda donde no participen únicamente los actores tradicionales (Gobierno, empresarios y sindicatos) sino abierta a los nuevos movimientos sociales, expresión de enriquecedoras formas de ciudadanía, y a las organizaciones del Tercer Sector, especialistas en crear puentes y mantener la cohesión social de nuestro país. Esto no es posible sin el fortalecimiento de los valores cívicos de la sociedad civil, capaz de construir y reivindicar unas instituciones verdaderamente éticas y democráticas, que se hagan cargo de los más vulnerables como prioridad para **construir un verdadero desarrollo desde el bien común**:

- **Tomar decisiones políticas concretas** (diseño y planificación, puesta en marcha de ajustes presupuestarios,...) **evaluadas en términos de equidad**.
- **Priorizar aquellas medidas políticas que suponen una mejora en las condiciones de vida de los más pobres** .

Únete ahora a la SEPS

Sin pago de cuota (hasta abril 2015)

La Junta Directiva SEPS ha abierto un plazo de inscripción en la sociedad para Nuevos Socios en las siguientes condiciones:

- ★ No se cobrará cuota anual (30 €) o parte proporcional, hasta la fecha normal de cobro: abril de 2015.
- ★ El Nuevo socio/a deberá llenar la *Solicitud de Inscripción* con sus datos y los datos bancarios para domiciliación de cuotas anuales.
- ★ Antes de Abril de 2015, se notificará a estos nuevos socios la fecha de cobro, para que puedan manifestar su intención de continuar o no en la SEPS, a la vista de la experiencia de haber pertenecido durante esos meses anteriores.
- ★ Para disfrutar del descuento de socio en la inscripción del Congreso o cualquier evento organizado o no por la SEPS en 2015, deberá este Nuevo Socio hacer una transferencia previa de la cuota anual, con lo que se le eximirá del cobro por domiciliación de la cuota anual 2015.

Comprueba si te interesa la pertenencia a la SEPS en este "periodo de prueba".

¡Encuentra tu sitio en la SEPS!



Toda la Información en: www.pediatríasocial.es

SEPS Sociedad Española de Pediatría Social

PePS Social

Agenda

- 20 y 21 de Noviembre 2014: XVI Congreso de la Asociación Española de Pediatría Social, en Valencia
- 21 y 22 de Noviembre 2014: El Congreso de la Asociación de Bilingüismo de la AEP: "La profesión en tiempo de crisis o crisis de la profesionalidad", en Ávila
- 25 de Noviembre 2014: ...

De interés...

- Ventana Familiar empieza con la 85% y el Fundación Luis Cernuda
- Violencia de Género en Adolescentes
- 25 AÑOS DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Noticias

Celebración del Día Universal de los Derechos de la Infancia

Sociedad Española de Pediatría Social - c/ Aguirre, 1. 28009 Madrid
Email: pediatríasocial@gmail.com - Tel. 647256767

Blog de Pediatría Social: <http://pedsocial.wordpress.com>

Pediatría social

Pobreza, educación, 10 años perdidos (UNICEF)

Noticias

Los niños de la recepción en el colegio tienen más riesgo de ser obesos

Quiénes somos

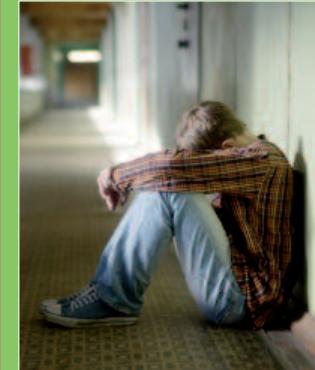
Agenda

Noticias Recientes

Sociedad de Estudio de Servicios Sociales e Igualdad

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA Y LA INFANCIA



LA PEDIATRÍA SOCIAL

Como parte de la pediatría general, la Pediatría Social se basa en un enfoque global, holístico y multidisciplinar de la salud infantil. Considera la atención al menor, en el contexto de la familia, escuela, medio ambiente y sociedad en los que este se desenvuelve. Por ello, integramos los aspectos físicos, psíquicos, sociales, junto con el cuidado, prevención, promoción de la salud y calidad de vida del niño. Abarca:

1. La influencia de las causas sociales en la salud infantil.
2. Las consecuencias sociales de la enfermedad en el niño.
3. Cuidado de la salud infantil en la sociedad, promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y contribuyendo a la rehabilitación integral del menor.

La Sociedad Española de Pediatría Social

La SEPS es la entidad que, dentro de la Asociación Española de Pediatría, trabaja por el desarrollo de la Pediatría Social, desde 3 grandes Áreas de Actuación:

1. Derecho/s
2. Protección/Atención
3. Prevención

Y además, la SEPS:

★ Promueve el estudio y la **investigación** en Pediatría Social, coordinando en España las actividades de **planificación, formación** continuada y de perfeccionamiento.

★ Asesora y difunde la PS, tanto entre los pediatras generales y especializados, como entre todos los profesionales que tienen que ver son la salud de los niños y adolescentes: **médicos y no médicos, psicólogos, enfermeros, sociólogos, trabajadores sociales...**, están invitados a formar parte de la sociedad.

★ Trabaja para el desarrollo de los servicios y/o **Unidades de Pediatría Social** en los distintos departamentos y servicios de pediatría del Estado y para la formación cualificada de su personal.

★ Establece y mantiene los vínculos precisos con Instituciones nacionales y Organismos Internacionales dedicados al estudio y desarrollo de la Pediatría Social (como la ISSOP).



Programas en marcha

- ★ Postgrado en Pediatría Social con la U. de Barcelona (Desde Noviembre 2014).
- ★ Curso de Iniciación a la Pediatría Social (1er. Curso acreditado en PS. Desde Octubre 2015).
- ★ Programa formativo sobre Violencia de Género en Adolescentes (con la Fundación Luz Casanova).
- ★ Red de Promoción de la Salud y los Derechos de los Niños (REPSDI.es) con UNICEF.
- ★ Edición de la Revista *Cuadernos de Pediatría Social*.
- ★ Congresos Estatales de Pediatría Social.
- ★ Jornadas de Pediatría Social (en las Comunidades Autónomas).
- ★ Programa de Maltrato en Redes Sociales.

Grupos de trabajo

- ★ Investigación
- ★ Formación
- ★ Maltrato Infantil
- ★ Cooperación Internacional
- ★ Movimientos/Relaciones Asociativas
- ★ Políticas de Salud para la Infancia

No lo dudes: todos podemos colaborar en la protección de la salud infantil, todos podemos mejorar, juntos, en el conocimiento de los nuevos factores que afectan a nuestros niños y adolescentes.

¡Sé bienvenid@ a formar parte de la SEPS!



Patrocinados por:

Diferentes miradas en una misma dirección
Necesitamos la tuya

MESAS REDONDAS

- ★ Escenario Comunitario ★
Estado de salud de la Infancia y Adolescencia
Activos de Salud en la Escuela y en la Comunidad
Promoción de los Valores de la Infancia
- ★ Escenario de Cooperación ★
Apego y Parentalidad Positiva
Violencia en el Entorno del menor
Recuperación del Proyecto vital. Resiliencia
- ★ Escenario de Acompañamiento ★
En la Adversidad (Enfermedad, Pobreza y Exclusión)



FOROS DE DEBATE

- ★ La Protección de la Infancia ★
- ★ Controversias en el Abordaje Integral del TDAH ★
- ★ Problemas emergentes en la Adolescencia ★

TALLERES

- ★ Taller de Apego y Relaciones Vinculares, una Perspectiva Transgeneracional ★



- ★ Taller de "Al Lado" ★
(el lado más práctico del escenario del acompañamiento)

- ★ Taller "La Máscara del Amor"★

TEATRO

- ★ "Kiko Soldadito Sin Plomo"★
Alumnado del IES Santo Domingo



SECRETARÍA TÉCNICA E INSCRIPCIONES
pedriatricsocial@gmail.com / Tel. 647 256 767

★★★★★ Acreditación de Formación Continua solicitada ★ Descuentos para Socios SEPS y Estudiantes ★★★★★