

Adolescentes delincuentes: problemas de salud y recomendaciones sanitarias para centros de reforma juvenil

G. Oliván Gonzalvo

Servicios de Pediatría y Adolescencia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

El objetivo de este artículo es presentar una revisión actualizada que sirva para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud preexistentes al ingreso y asociados con la estancia en centros de reforma juvenil que presentan los adolescentes delincuentes. Sobre esta base, se ofrecen unas recomendaciones para el cuidado de la salud física y mental y para la educación en la salud de estos jóvenes que sean de utilidad para los profesionales sanitarios que los atienden mientras permanecen en custodia y, por extensión, para los que los atienden en el ámbito ambulatorio.

De la bibliografía consultada, el 63% de los estudios se han elaborado en Estados Unidos, el 24% en Europa occidental (España, Reino Unido, Holanda, Bélgica, Suecia y Finlandia), el 8% en Australia y el 5% en Canadá. En estos estudios no se observan diferencias cualitativas apreciables en los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos jóvenes, coincidiendo en que las necesidades sanitarias prioritarias son la provisión de servicios preventivos y/o terapéuticos odontológicos, psiquiátricos, de inmunización y de enfermedades infecciosas y de servicios para la educación en la salud.

El fracaso en la identificación e intervención precoz de las necesidades sanitarias de estos adolescentes no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades para su rehabilitación y reinserción social.

Palabras clave:

Adolescencia. Delincuencia juvenil. Centro de reforma juvenil. Estado de salud. Salud física. Salud mental. Cuidado de la salud. Pruebas diagnósticas. Inmunizaciones. Guía.

DELINQUENT ADOLESCENTS: HEALTH PROBLEMS AND HEALTH CARE GUIDELINES FOR JUVENILE CORRECTIONAL FACILITIES

The aim of this article was to provide an update that would serve to increase knowledge of health problems among juvenile delinquents before and during incarceration in juvenile correctional centers. Recommendations are made for the care of mental and physical health and for the health education of these teenagers that could be useful for health professionals providing health care to these teenagers while in custody as well as for those seeing them in the ambulatory setting.

From the literature consulted, 63% of studies have been performed in the United States, 24% in Western Europe (Spain, United Kingdom, Holland, Belgium, Sweden, Finland), 8% in Australia and 5% in Canada. These studies show no appreciable qualitative differences in the health problems most frequently presented by these teenagers and there is agreement that the areas that should be prioritized are the provision of preventive and/or therapeutic dental care, as well as programs for psychiatric care, immunization, infectious diseases and health education.

Failure to identify the health requirements of these teenagers and to provide early interventions can not only adversely effect their quality of life and their future physical, emotional and intellectual development but can also make their rehabilitation and reintegration into society more difficult.

Key words:

Adolescence. Juvenile delinquency. Juvenile reform center. Health status. Physical health. Mental health. Health care. Diagnostic tests. Immunizations. Guide.

Correspondencia: Dr. G. Oliván Gonzalvo.
Servicios de Pediatría y Adolescencia.
Avda. de las Torres, 93, 1º F. 50007 Zaragoza. España.
Correo electrónico: DROLIVAN@santandersupernet.com

Recibido en abril de 2002.

Aceptado para su publicación en junio de 2002.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han publicado diversos informes y estudios de países industrializados y desarrollados que sugieren que se está produciendo un incremento significativo de la violencia y delincuencia juvenil, problemática que está causando una creciente alarma social. También sugieren que están aumentando los actos delictivos protagonizados por mujeres adolescentes y por jóvenes inmigrantes, en su mayoría ilegales. Además, aprecian que los actos delictivos se cometen cada vez a una edad más temprana, de forma reincidente, de forma más violenta y participando un número mayor de autores¹⁻⁶.

Legalmente se considera delincuente al joven que comete un acto que viola la ley y si esta violación llega a conocimiento de la policía o del sistema judicial. Los adolescentes que han cometido hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales son enviados a un Juzgado de Menores donde se puede resolver su internamiento en un centro de reforma juvenil en régimen cerrado, semiabierto, abierto o terapéutico. En España, el apreciable incremento de la delincuencia juvenil^{2,3} y la entrada en vigor de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores⁷, que exige su aplicación desde los 14 hasta los 18 años, y hasta los 21 años cuando el Juez de Instrucción competente así lo declare mediante auto, puede reflejarse en un mayor nivel de ocupación de estos centros³.

Los adolescentes, en general, tienen unas necesidades sanitarias específicas de su edad y estado de desarrollo. Muchas de las causas de mortalidad (accidentes de vehículo a motor, sobredosis de drogas, homicidio, suicidio) y morbilidad (abuso de sustancias, infecciones de transmisión sexual, embarazo) en este grupo de edad están relacionadas directa o indirectamente con comportamientos de riesgo, los cuales tienen su comienzo durante la adolescencia y son potencialmente prevenibles. Ciertos grupos de adolescentes, entre los que se incluyen los adolescentes delincuentes, presentan una vulnerabilidad sanitaria especial como resultado de sus antecedentes y circunstancias psicosociales, estado de salud física o mental, características de desarrollo y estado legal^{2,4}.

Los pediatras y médicos de atención primaria, por su relación con los adolescentes y sus familias, tienen la oportunidad de influir en la prevención de los factores que pueden inducir a un comportamiento violento y/o delictivo^{2,5,8,9} y la obligación de encargarse de la salud médica y mental de estos jóvenes^{2,4,10-12}. Hay que tener presente que en estos adolescentes los cuidados sanitarios deben prestarse tanto durante su internamiento en un centro de reforma¹⁰⁻¹² como en el ámbito ambulatorio^{2,4}, que es lo más frecuente. Los pediatras y médicos que ejercen su labor en centros de salud pueden tener que prestar cuidados sanitarios a jóvenes delincuentes que no han entrado en contacto con el sistema judi-

cial; que cumplen medidas de amonestación, de prestación en beneficio de la comunidad o de asistencia en un centro de día; que están internados en régimen abierto o semiabierto; que se encuentran en situación de libertad vigilada, o que han salido del centro de reforma tras haber cumplido la medida judicialmente impuesta. Por ello, deben tener conocimientos suficientes sobre los problemas de salud prevalentes y las necesidades sanitarias prioritarias de este grupo especial de adolescentes para proporcionarles una asistencia integral adecuada.

El objetivo de este trabajo es presentar una revisión actualizada que sirva para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud que presentan los adolescentes delincuentes, basándonos en una revisión de la literatura médica internacional de los últimos 8 años y en nuestra experiencia. Sobre esta base, se ofrecen unas recomendaciones para el cuidado de la salud física y mental y para la educación en la salud de estos jóvenes que sean de utilidad para los profesionales sanitarios que los atienden mientras permanecen en custodia en centros de reforma y por extensión, para los que los atienden en el ámbito ambulatorio.

PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES DELINCUENTES PREEXISTENTES AL INGRESO Y ASOCIADOS CON LA ESTANCIA EN CENTROS DE REFORMA

Los adolescentes que ingresan en centros de reforma suelen presentar considerables problemas de salud física y mental por lo que representan una población altamente vulnerable y médicamente compleja¹⁰⁻¹².

Muchos de estos problemas de salud reflejan una desestructuración familiar y del entorno psicosocial; una historia de malos tratos físicos, sexuales, emocionales y/o prenatales; una negligencia en la supervisión y vigilancia parental; un estilo de vida peculiar inmerso en la violencia, las drogas y el sexo; una alimentación y hábitos dietéticos incorrectos; y una carencia de la atención regular de la salud debido a un bajo nivel socioeconómico y cultural y/o a una negligencia parental o individual^{2,4-6,13-18}.

En la tabla 1 se enumeran los antecedentes de interés sanitario más frecuentemente mencionados en los historiales médicos de adolescentes delincuentes antes del ingreso en centros de reforma^{4,11,12,19-34}.

En la tabla 2 se describen los problemas preexistentes de salud física observados con más frecuencia en adolescentes delincuentes a su ingreso en centros de reforma^{4,10-12,25-55}.

En la tabla 3 se describen los problemas preexistentes de salud mental (conductuales, psicopatológicos y del desarrollo) más frecuentes en adolescentes delincuentes a su ingreso en centros de reforma^{4,10-12,19,25,26,56-71}.

El ingreso y estancia en un centro de reforma puede provocar la aparición de problemas de salud mental o exacerbar los trastornos psicopatológicos preexistentes. En

algunos casos esto se debe al temor, angustia y/o incertidumbre que les produce su situación jurídica y/o las singularidades del sistema de funcionamiento del centro. Además, el hecho de vivir en comunidad en una institución puede facilitar la aparición de problemas de salud física. En la tabla 4 se resumen los problemas de salud asociados con el ingreso y estancia en centros de reforma más descritos en la bibliografía internacional^{4,12,27,61,63,69,71-73}.

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES DELINCUENTES INTERNADOS EN CENTROS DE REFORMA

Conocidos los problemas de salud observados con mayor frecuencia en los adolescentes delincuentes internados en centros de reforma, se sugieren las siguientes recomendaciones para el cuidado de su salud.

Recomendaciones para el cuidado de la salud física

Los servicios sanitarios para el cuidado de la salud física de estos menores deben ser realizados por pedia-

TABLA 1. Antecedentes de interés sanitario más frecuentemente mencionados en los historiales médicos de adolescentes delincuentes antes del ingreso en centros de reforma

Antecedente	Porcentaje
Traumatismos craneoencefálicos, fracturas óseas y/u otros traumatismos serios, accidentales o no, con/sin hospitalización (más frecuentes en varones)	10-50
Hospitalización por causa psiquiátrica	12-26
Consulta y tratamiento psiquiátrico ambulatorio	38-66
Consideración, planeo e intento de suicidio	4-28
Historia de malos tratos y negligencias	15-53
Marcadores serológicos de exposición al virus de la hepatitis A	10
Enfermedades de transmisión sexual (al menos una)	5-34
Experiencias procreativas (paternidad/maternidad)	5-26
Tabaquismo materno durante el embarazo	10
Efectos relacionados con el alcohol/síndrome alcohólico fetal	22/1

TABLA 2. Trastornos preexistentes de salud física más frecuentemente observados en adolescentes delincuentes a su ingreso en centros de reforma

Trastorno	Porcentaje*
Problemas dentales: caries, periodontitis, pérdida/rotura dental, malposición/maloclusión	40-90
Inmunizaciones ausentes o incompletas (al menos una)	16-72
Enfermedades infecciosas: relacionadas en su mayor parte con el consumo de drogas por vía parenteral y/o conductas sexuales de riesgo	10-17
Enfermedades de transmisión sexual: más frecuentes en mujeres que en varones	M, 6-34; V, 1-15
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	3-28
Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i>	5-20
Infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	4-18
Sífilis	0,5-1
Vulvovaginitis/balanopostitis inespecíficas, por hongos u otras bacterias	8-20
Infección tuberculosa	2-7
Infección hepatitis C	2-23
Infección hepatitis B	2-8
Infección VIH/SIDA: proporción varón-mujer de 5 a 1.	0,5-3
Trastornos del crecimiento y nutrición	14-16
Retraso de crecimiento/talla baja	4-6
Malnutrición aguda/crónica	2-6
Obesidad	3-5
Anemia ferropénica (más frecuente en mujeres)	3-32
Problemas dermatológicos: pediculosis capitis/pubis, sarna, piodermitis, micosis, eccemas, acné moderado-severo con/sin infección secundaria y sus secuelas, lesiones cutáneas accidentales, lesiones cutáneas por tatuajes no controlados sanitariamente	7-12
Trastornos oftalmológicos: errores de refracción, agudeza visual reducida, estrabismo, ambliopía	7-10
Embarazo	5-15
Enfermedades del aparato respiratorio: bronquitis, asma	4-6
Trastornos del aparato digestivo: infecciones intestinales parasitarias, úlcera gástrica, hepatitis crónica persistente	1-7
Problemas ortopédicos: escoliosis, fracturas mal consolidadas	2-4
Trastornos otorrinolaringológicos: otitis media crónica, otitis serosa, hipoacusia	2-4
Trastornos neurológicos: epilepsia	1-3
Trastornos cardiovasculares: soplo cardíaco previamente no diagnosticado, cardiopatías congénitas/adquiridas, hipertensión arterial, arritmias	1-3

*Se especifican los límites porcentuales observados de cada problema de salud (datos obtenidos sobre la base de la bibliografía consultada).

TABLA 3. Problemas preexistentes de salud mental más frecuentemente observados en adolescentes delincuentes a su ingreso en centros de reforma

Problema	Porcentaje*
<i>Conductas de riesgo</i>	
Consumo habitual de tabaco	96-99
Consumo habitual de alcohol	48-75
Consumo habitual de drogas ilegales por vía parenteral y/o no parenteral	20-87
Actividad sexual temprana y conductas sexuales de riesgo	35-96
<i>Trastornos psicopatológicos: más frecuentes en mujeres que en varones</i>	
Trastornos afectivo-emocionales	M, 30-85; V, 15-30
Trastornos de la conducta	20-100
Trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad	9-60
Trastorno de ansiedad	40-50
Trastorno de estrés postraumático	20-32
Depresión mayor	11-67
Consideración y planeo de suicidio	9-26
Trastornos de la personalidad	2-17
Trastornos psicóticos	1-6
Otros problemas psicopatológicos (trastorno de oposición desafiante, trastornos del sueño, trastornos de identidad, disfemia, tics, trastorno bipolar mixto)	
<i>Trastornos del desarrollo</i>	
Trastornos del aprendizaje escolar y trastornos del desarrollo específicos (retraso del lenguaje, dislexia, disgrafía, discalculia)	17-70
Retraso mental leve (CI entre 50-55 y 70)	7-15

*Se especifican los límites porcentuales observados de cada problema de salud (datos obtenidos sobre la base de la bibliografía consultada).
CI: cociente intelectual.

tras o médicos de atención primaria cualificados en medicina del adolescente y deben incluir: una evaluación de la salud física en las primeras 24-72 h del ingreso para detectar la presencia de traumatismos, enfermedades transmisibles, enfermedades agudas y/o crónicas, y para evaluar la necesidad de iniciar y/o continuar tratamientos médicos farmacológicos. A los pocos días del ingreso (primera semana) se debe realizar una historia médica y social, una exploración física completa que incluya exploración antropométrica, dental, visual, auditiva y genital (con consentimiento del adolescente), determinación de la presión arterial y evaluación del estado de inmunización. La historia médica y social debe ser completa y debe incluir el antecedente de actividad y conductas sexuales de riesgo, consumo de tabaco, alcohol, inhalantes, drogas ilegales y psicofármacos, maltrato físico/sexual y alergias/intolerancias medicamentosas o alimentarias^{4,10-12,27,29,31,33,34,39,40,74,75}.

En dependencia de los antecedentes obtenidos en la historia clínica sociosanitaria y de los hallazgos de la exploración física se realizarán las exploraciones complementarias de laboratorio y/o radiología y las derivacio-

TABLA 4. Problemas de salud en adolescentes delincuentes asociados con el ingreso y estancia en centros de reforma

<i>Daños y lesiones</i>
Frecuencia entre 35-60%; más frecuentes en varones; proporción de 4 a 8 veces mayor que en la población adolescente en general
Tipos: heridas, arañazos, laceraciones, quemaduras, traumatismos musculoesqueléticos, esguinces y fracturas
Mecanismos de producción: accidentales durante actividades de recreo o deportivas (35-50%), por peleas y/o intentos de fuga (15-25%), autoinflingidos accidentalmente (10-15%), autoinflingidos intencionalmente (5-10%)
<i>Problemas de salud mental</i>
Trastornos de comportamiento (autoagresión física, destrozar el mobiliario, provocar incendios)
Trastornos emocionales relacionados con el estrés (depresión, agresividad, ansiedad)
Consideración, planeo e intento de suicidio secundario a depresión
Proporción de 2 a 3 veces mayor que en la población adolescente en general
Especialmente en adolescentes con antecedente de abuso sexual, enfermedad mental y/o abuso de drogas/alcohol
Somatizaciones (especialmente dolores de cabeza y abdominales)
Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)
Trastornos del sueño (especialmente insomnio)
Descompensación de una enfermedad psiquiátrica previa
Síndrome de abstinencia en adolescentes adictos a sustancias
<i>Problemas de salud física</i>
Enfermedades transmisibles por vía respiratoria (faringoamigdalitis, bronquitis, neumonía, gripe, mononucleosis infecciosa, tuberculosis)
Enfermedades transmisibles por vía digestiva (gastroenteritis aguda viral o bacteriana, parasitosis intestinal, hepatitis A)
Enfermedades dermatológicas (eccemas, micosis, piодermitis, pediculosis, sarna) provocadas por malos hábitos de higiene personal, incorrecta desinfección y limpieza de ropas de cama y vestido o por contacto íntimo o intercambio de ropas con otros internos afectados
Excesiva ganancia de peso
Trastornos de la menstruación
Dolores o contracturas de espalda por dormir en camas inapropiadas
<i>Miscelánea</i>
Ingestión deliberada de cuerpos extraños, especialmente cuerpos metálicos punzantes o cortantes, con la finalidad de ser trasladados a un centro hospitalario (asociada o no con la idea de fuga)
Reacción tóxica, accidental o autoinflingida, por drogas, medicamentos o psicofármacos
Maltrato físico, psicológico y/o sexual, perpetrado por otros internos o por trabajadores del centro

nes a otros servicios médicos que procedan. En los adolescentes sexualmente activos es conveniente realizar un cribado de enfermedades de transmisión sexual para los patógenos más comunes (hay que tener presente que un alto porcentaje de estas enfermedades son asintomáticas y sólo se identifican por cribado) y, en las mujeres, un examen ginecológico completo^{4,10-12,27,31,39,50-54,74-77}. En la

TABLA 5. Exploraciones complementarias de laboratorio que con mayor frecuencia se solicitan en adolescentes delincuentes internados en centros de reforma

Hematimetría completa
Velocidad de sedimentación globular (VSG)
Hierro y ferritina séricos
Transaminasas hepáticas, bilirrubina total y fosfatasa alcalina
Colesterol total y triglicéridos
Análisis bioquímico de orina con examen microscópico del sedimento
Parásitos y huevos en heces
Serologías de VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis
Cribado de otras enfermedades de transmisión sexual (<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i>)
Microbiología de fluido genital para hongos y otras bacterias
Intradermorreacción de Mantoux
Prueba de embarazo
Detección de drogas en sangre, orina y/o pelo

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

tabla 5 se describen las exploraciones complementarias de laboratorio que con mayor frecuencia se solicitan en adolescentes delincuentes internados en centros de reforma.

Tras la evaluación del estado de inmunización, si éste es incompleto, se administrarán las vacunas necesarias de acuerdo con el calendario de inmunizaciones de su comunidad, debiendo asegurar la cobertura vacunal contra el tétanos, sarampión, rubéola, hepatitis B y gripe. Aunque todavía no están incluidas en el calendario oficial, las vacunas contra la varicela y la hepatitis A también serían recomendables en aquellos adolescentes que no han padecido la enfermedad^{10-12,45,47,78,79}. En la tabla 6 se describen las pautas para la cobertura vacunal recomendada en adolescentes delincuentes internados en centros de reforma.

Durante su estancia en el centro se programarán actividades dirigidas hacia el desarrollo de hábitos de higiene, de alimentación y de un buen uso del tiempo libre; se protocolizarán los regímenes de ejercicio físico y nutrición; se realizarán controles médicos periódicos (en dependencia del tiempo de internamiento); se aplicarán planes de prevención de accidentes, agresiones y autolesiones, y se dispondrá de un teléfono de contacto para la atención de emergencias médicas^{10-12,35,39,42-44,74}.

Recomendaciones para el cuidado de la salud mental

Los servicios sanitarios para el cuidado de la salud mental de estos menores deben ser realizados por médicos especialistas en psiquiatría y psicólogos cualificados en salud mental del adolescente (en su defecto, la primera evaluación puede ser realizada por un pediatra o médico

TABLA 6. Pautas para la cobertura vacunal recomendada en adolescentes delincuentes ingresados en centros de reforma

<i>Hepatitis B</i>
Si no ha sido vacunado previamente, administrar 3 dosis con pauta 0, 1, 6 meses (pauta clásica)
Pautas alternativas: 0, 2, 4 meses; 0, 1, 4 meses; 0, 1, 2 meses
Si está parcialmente inmunizado, se completará con la pauta clásica
<i>Tétanos-difteria tipo adulto (Td/dTpa)</i>
Si no ha sido vacunado previamente, administrar 3 dosis con pauta 0, 1, 6-12 meses
Si ha sido previamente vacunado pero han pasado más de 5 años de la última dosis recibida, administrar una dosis de refuerzo (profilaxis preexposición a herida tetagénica)
<i>Poliomielitis inactivada (VPI)</i>
Si no ha sido vacunado previamente durante el primer año de vida, administrar 3 dosis con pauta 0, 1-2, 6-12 meses
Si está parcialmente inmunizado, se le administrarán las dosis necesarias para completar la serie de 3 dosis imprescindible
<i>Triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis)</i>
Si no ha sido vacunado anteriormente con 2 dosis a una edad mayor o igual a los 12 meses, administrar una dosis
Evitar la administración de la vacuna en individuos gravemente inmunodeprimidos por infección VIH o uso de drogas por vía parenteral y en adolescentes embarazadas o que puedan estarlo en los siguientes 3 meses de la vacunación
<i>Gripe</i>
Administrar una dosis anual en los meses de septiembre a diciembre
<i>Varicela</i>
En adolescentes susceptibles, administrar 2 dosis separadas 4-8 semanas
Evitar la administración de la vacuna en individuos gravemente inmunodeprimidos por infección VIH o uso de drogas por vía parenteral y en adolescentes embarazadas o que puedan estarlo en los siguientes 3 meses de la vacunación
<i>Hepatitis A</i>
En adolescentes susceptibles, administrar 2 dosis con pauta 0, 6-12 meses
Pauta alternativa: 0, 1 mes
Se puede utilizar combinada con la vacuna contra la hepatitis B (pauta 0, 1, 6 meses)
<i>Neumococo (vacuna polisacárida 23-valente)</i>
Indicada en situaciones asociadas a inmunodepresión
Se administrará una dosis única de vacuna
Puede estar indicada la revacunación a los 3-5 años de la primera dosis en adolescentes de muy alto riesgo de infección neumocócica en los que exista una pérdida progresiva de anticuerpos (p. ej., infección VIH)

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

de atención primaria cualificado en salud mental del adolescente) y deben incluir: una evaluación de la salud mental en las primeras 24-72 h del ingreso para detectar la presencia de un síndrome de abstinencia, enfermedades psiquiátricas agudas o crónicas descompensadas, trastornos emocionales, comportamientos violentos, depresión y riesgo de suicidio, y para evaluar la necesidad de iniciar

y/o continuar tratamientos psicofarmacológicos. A los pocos días del ingreso (primera semana) se debe realizar una historia psiquiátrica completa que incluya una investigación de abuso de sustancias y un examen neuropsiquiátrico, psicológico y psicofarmacológico. En dependencia de los hallazgos obtenidos en la historia y examen psiquiátrico, el psiquiatra solicitará las pruebas complementarias de laboratorio (tabla 5) y protocolizará las pautas conductuales y socioeducacionales y los tratamientos psicofarmacológicos que proceda^{10-12,39,68,74,75,80-82}.

Durante su estancia en el centro se deben evaluar las habilidades cognoscitivas y detectar las discapacidades para el aprendizaje específico, así como recibir evaluación y consejo psicológico. En los casos que proceda, se programarán controles psiquiátricos y/o psicológicos periódicos, se realizarán programas de desintoxicación/deshabitación para tabaco, alcohol y drogas, se tomarán medidas preventivas de suicidio y se analizarán las pautas para modificar la conducta y reducir la agresividad. Se dispondrá de un teléfono de contacto para la atención de emergencias psiquiátricas^{10-12,58,60,68,70,72,74,75,80,83-89}.

Recomendaciones para la educación en la salud

La finalidad última de ingresar a un menor delincuente en un centro de reforma es su reeducación, rehabilitación y reinserción social. Por ello, durante el período de tiempo que dure el internamiento, además de cuidar de su salud física y mental, se deben ofrecer unos servicios de educación para la salud que puedan modificar su estilo de vida y comportamientos de riesgo^{10-12,27,33,39,40,74,86}.

Los servicios de educación para la salud en estos adolescentes deben ser realizados por médicos, diplomados en enfermería y educadores cualificados y deben incluir educación sanitaria sobre hábitos de alimentación y nutrición, cuidados e higiene dental, beneficios del ejercicio físico y el deporte, efectos perjudiciales del uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, métodos anticonceptivos, conductas sexuales de alto riesgo, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B y C, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), embarazo, cuidados prenatales y paternidad^{30,41,49,50,55,58,72,88-94}.

COMENTARIO

La práctica totalidad de los estudios referentes al estado de salud de los adolescentes delincuentes se han realizado cuando éstos se encontraban en una situación de custodia legal. Por ello, este manuscrito se ha centrado en los problemas de salud preexistentes y asociados con el ingreso y estancia en centros de internamiento y en las recomendaciones sanitarias para el cuidado de la salud mientras permanecen en dichos centros. De cualquier forma, se considera que los conocimientos y recomendaciones sanitarias aportados en este artículo también son de utilidad para los pediatras y médicos de atención primaria que atienden a estos adolescentes en el ámbito ambulatorio.

La revisión de la literatura internacional demuestra que una elevada proporción de los jóvenes delincuentes de países industrializados y desarrollados presentan considerables problemas de salud física y mental, conductuales, de desarrollo y educativos ya existentes. De la bibliografía consultada, el 63% de los estudios se han elaborado en Estados Unidos, el 24% en Europa occidental (España, Reino Unido, Holanda, Bélgica, Suecia y Finlandia), el 8% en Australia y el 5% en Canadá. En estos estudios no se observan diferencias cualitativas apreciables en los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos jóvenes, y coinciden todos ellos en que las necesidades sanitarias prioritarias son la provisión de servicios preventivos y/o terapéuticos odontológicos, psiquiátricos, de inmunización y de enfermedades infecciosas y de servicios para la educación en la salud^{2,4-6,10-73,76,79-97}.

En España, el ejercicio de las competencias en materia de protección y reforma de menores y la ejecución de las medidas judicialmente impuestas corresponde a las administraciones de las comunidades autónomas, por lo que son éstas las que deben proporcionar los recursos adecuados para el cuidado apropiado de la salud física y mental de estos adolescentes a través de las entidades públicas competentes por razón de la materia.

Los jueces y fiscales de menores, los funcionarios de las comunidades autónomas responsables en materia de protección y reforma de menores, los directores y educadores de los centros de internamiento y los profesionales sanitarios en general, y los que los atienden de forma directa en particular, tienen la responsabilidad de ayudar a mejorar la salud de este vulnerable grupo de jóvenes y una oportunidad única cuando éstos son internados en un centro de reforma, por lo que deben abogar para que estos centros satisfagan las necesidades sanitarias físicas, mentales y educacionales básicas de estos adolescentes de alto riesgo sociosanitario. El fracaso en la identificación e intervención precoz de las necesidades sanitarias de estos menores no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades para su rehabilitación y reinserción social⁹⁵⁻¹⁰⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. La infancia en Europa. Apartado 6.E.: Niños y jóvenes entre rejas. Informe elaborado por Save the Children. Junio, 1998. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/organización/infeuropa.htm>.
2. Gómez de Terreros I. Pobreza, delincuencia, drogadicción y criminalidad en la infancia y adolescencia. En: García Caballero C, González Meneses A, editors. Tratado de Pediatría Social. Madrid: Díaz de Santos, 2000; p. 661-77.
3. Informe especial sobre la violencia juvenil en Aragón. Zaragoza: Ed. El Justicia de Aragón, marzo de 2002.
4. Yancy WS. Juvenile delinquency: Considerations for pediatricians. *Pediatr Rev* 1995;16:12-6.

5. Schwarz DF. Violence. *Pediatr Rev* 1996;17:197-201.
6. Farrington DP, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2000;9:733-48.
7. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. B.O.E. núm.11, 13 de enero de 2000; p. 1422-41.
8. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2: CD003015. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstracts/ab003015.htm>.
9. Youth Violence Prevention Resources. National Library of Medicine. Current Bibliographies in Medicine 2000-8. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/youthviolence.html#5>.
10. Canadian Paediatric Society, Adolescent Medicine Committee. Health care standards for youth in custodial facilities. *Paediatr Child Health* 1997;2:221-3. Reaffirmed January 2000. Disponible en: <http://www.cps.ca/english/staments/AM/am96-02.htm>.
11. Society for Adolescent Medicine. Health care for incarcerated youth. Position paper. *J Adolesc Health* 2000;27:73-5. Disponible en: http://www.adolescenthealth.org/html/incarcerated_youth.html.
12. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system. *Pediatrics* 2001;107:799-803. Disponible en: <http://www.aap.org/policy/re0021.html>.
13. Haapasalo J, Hamalainen T. Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1394-401.
14. Gorman-Smith D, Tolan PH, Loeber R, Henry DB. Relation of family problems to patterns of delinquent involvement among urban youth. *J Abnorm Child Psychol* 1998;26:319-33.
15. Steiner H, Cauffman E, Duxbury E. Personality traits in juvenile delinquents: Relation to criminal behavior and recidivism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:256-62.
16. Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Haukins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental risk factor for youth violence. *J Adolesc Health* 2000;26:176-86.
17. Romero E, Sobral J, Luengo MA, Marzoa JA. Values and anti-social behavior among Spanish adolescents. *J Genet Psychol* 2001;162:20-40.
18. Oliván G. Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Paediatr*. En prensa.
19. Rohde P, Seeley JR, Mace DE. Correlates of suicidal behavior in a juvenile detention population. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:164-75.
20. Conser A, Rivara FP, Emanuel I. Juvenile delinquency and adolescent trauma: How strong is the connection? *Pediatrics* 1997;99:E5. Disponible en: <http://intl.pediatrics.org/cgi/content/abstract/99/3/e5>.
21. Hux K, Bond V, Skinner S, Belan D, Sanger D. Parental report of occurrences and consequences of traumatic brain injury among delinquent and non-delinquent youth. *Brain Inj* 1998;12:667-81.
22. Stouthamer-Loeber M, Wei EH. The precursors of young fatherhood and its effect on delinquency of teenage males. *J Adolesc Health* 1998;22:56-65.
23. Fast DK, Conry J, Look CA. Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system. *J Dev Behav Pediatr* 1999;20:370-2.
24. McLaughlin CR, Reiner SM, Reams PN, Joost TF. Factors associated with parenting among incarcerated juvenile offenders. *Adolescence* 1999;34:665-70.
25. Halikias W. Forensic evaluations of adolescents: Psychosocial and clinical considerations. *Adolescence* 2000;35:467-84.
26. Pincus JH. Neurologic evaluation of violent juveniles. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2000;9:777-92.
27. Morris RE, Harrison EA, Knox GW, Tromanhauser E, Marquis DK, Watts LL. Health risk behavioral survey from 39 juvenile correctional facilities in the United States. *J Adolesc Health* 1995;17:334-44.
28. Puri BK, Lambert MT, Cordess CC. Characteristics of young offenders detained under section 53(2) at a young offenders' institution. *Med Sci Law* 1996;36:69-76.
29. Fasher AM, Dunbar N, Rothenbury BA, Bebb DK, Young SJ. The health of a group of young Australians in a New South Wales juvenile justice centre: A pilot study. *J Paediatr Child Health* 1997;33:426-9.
30. Nesmith JD, Klerman LV, Oh MK, Feinstein RA. Procreative experiences and orientations toward paternity held by incarcerated adolescent males. *J Adolesc Health* 1997;20:198-203.
31. Feinstein RA, Lampkin A, Lorish CD, Klerman LV, Maisiak R, Oh MK. Medical status of adolescents at time of admission to a juvenile detention center. *J Adolesc Health* 1998;22:190-6.
32. Shelton D. Health status of young offenders and their families. *J Nurs Scholarsh* 2000;32:173-8.
33. Oliván G. The health profile of Spanish incarcerated delinquent youths. *J Adolesc Health* 2001;29:384.
34. Dolan M, Holloway J, Bailey S, Smith C. Health status of juvenile offenders. A survey of young offenders appearing before the juvenile courts. *J Adolesc* 1999;22:137-44.
35. Vermeiren R, De Clippele A, Deboutte D. A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. *J Adolesc* 2000;23:277-85.
36. Lenssen SA, Doreleijers TA, Van Dijk ME, Hartman CA. Girls in detention: What are their characteristics? A project to explore and document the character of this target group and the significant ways in which it differs from one consisting of boys. *J Adolesc* 2000;23:287-303.
37. Oliván Gonzalvo G. Estado de salud y nutrición de mujeres adolescentes delincuentes. *An Esp Pediatr* 2002;56:116-20.
38. Oliván Gonzalvo G. Estado de salud de jóvenes varones delincuentes. *Aten Primaria* 2002;29:421-4.
39. Anderson B, Farrow JA. Incarcerated adolescents in Washington State. Health services and utilization. *J Adolesc Health* 1998;22:363-7.
40. Oliván G. The health status of delinquent gipsy youths in Spain. *Eur J Public Health*. En prensa.
41. Oliván Gonzalvo G. Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, actividad sexual y enfermedades infecciosas en adolescentes delincuentes. *An Esp Pediatr* 2001;55:586.
42. Schoenthaler SJ, Bier ID. The effect of vitamin-mineral supplementation on juvenile delinquency among American schoolchildren: A randomized, double-blind placebo-controlled trial. *J Alter Complement Med* 2000;6:31-5.
43. Oliván Gonzalvo G. Crecimiento y estado de nutrición de jóvenes varones delincuentes. *Rev Esp Pediatr* 2001;57:436-9.
44. Oliván Gonzalvo G. Jóvenes gitanos delincuentes: crecimiento y estado de nutrición a su ingreso en un centro de reforma juvenil. *Med Clin (Barc)* 2002;118:117-8.
45. Thompson SC, Ogilvie E, Veit F, Crofts N. Serostatus for vaccine-preventable diseases in residents at Melbourne Juvenile Justice Centre. *Aust N Z J Public Health* 1998;22:573-7.

46. Ogilvie EL, Veit F, Crofts N, Thompson SC. Hepatitis infection among adolescents resident in Melbourne Juvenile Justice Centre: Risk factors and challenges. *J Adolesc Health* 1999; 25:46-51.
47. Thompson SC, Ogilvie EL, Veit FC, Crofts N. Juvenile offenders and hepatitis B: Risk, vaccine uptake and vaccination status. *Med J Aust* 1998;169:306-9.
48. Teens in detention may be at risk for hepatitis C. National Library of Medicine. Medline Plus. Health Information. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_6558.html - skip.
49. Morris RE, Baker CJ, Valentine M, Pennisi AJ. Variations in HIV risk behaviors of incarcerated juveniles during a four-year period: 1989-1992. *J Adolesc Health* 1998;23:39-48.
50. Oh MK, Cloud GA, Wallace LS, Reynolds J, Sturdevant M, Feinstein RA. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among male adolescents in detention. *Sex Trans Dis* 1994;21:127-32.
51. Poulin C, Alary M, Ringuet J, Frappier JY, Roy E, Lefebvre J. Prevalence of chlamydial infection and frequency of risk behaviours for STDs and HIV infection among adolescents in public juvenile facilities in the province of Quebec. *Can J Public Health* 1997;88:266-70.
52. Oh MK, Smith KR, O' Cain M, Kilmer D, Johnson J, Hook EW III. Urine-based screening of adolescents in detention to guide treatment for gonococcal and chlamydial infections. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:52-6.
53. Centers for Disease Control and Prevention. High prevalence of chlamydial and gonococcal infection in women entering jails and juvenile detention centers: Chicago, Birmingham and San Francisco, 1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48: 793-6.
54. Kelly PJ, Bair RM, Baillargeon J, German V. Risk behaviors and the prevalence of Chlamydia in a juvenile detention facility. *Clin Pediatr (Phila)* 2000;39:521-7.
55. Breuner CC, Farrow JA. Pregnant teens in prison: Prevalence, management, and consequences. *West J Med* 1995;162: 328-30.
56. Dolan M, Holloway J, Bailey S, Kroll L. The psychosocial characteristics of juvenile sexual offenders referred to an adolescent forensic service in the UK. *Med Sci Law* 1996;36:343-52.
57. Rosenblatt JA, Rosenblatt A, Biggs EE. Criminal behavior and emotional disorder: Comparing youth served by the mental health and juvenile justice systems. *J Behav Health Serv Res* 2000;27:227-37.
58. Dembo R. On the poignant need for substance misuse services among youths entering the juvenile justice system. *Int J Addict* 1995;30:747-51.
59. Loeber R, Stouthamer-Loeber M, White HR. Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. *J Clin Child Psychol* 1999;28:322-32.
60. Forrest CB, Tambor E, Riley AW, Ensminger ME, Starfield B. The health profile of incarcerated male youths. *Pediatrics* 2000;105:286-91.
61. Kosky RJ, Sawyer MG, Fotheringham M. The mental health status of adolescents released from custody: A preliminary study. *Aust N Z Psychiatry* 1996;30:326-31.
62. Pliszka SR, Sherman JO, Barrow MV, Irick S. Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. *Am J Psychiatry* 2000;157:130-2.
63. Steiner H, Garcia IG, Matthews Z. Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:357-65.
64. Cauffman E, Feldman SS, Waterman J, Steiner H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *J Am Acad Child Psychiatry* 1998;37:1209-16.
65. Timmons-Mitchell J, Brown C, Schulz SC, Webster SE, Underwood LA, Semple WE. Comparing the mental health needs of female incarcerated juvenile delinquents. *Behav Sci Law* 1997;15:195-202.
66. Foley HA, Carlton CO, Howell RJ. The relationship of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder to juvenile delinquency: Legal implications. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996;24:333-45.
67. Shelton D. Emotional disorders in young offenders. *J Nurs Scholarsh* 2001;33:259-63.
68. Kataoka SH, Zima BT, Dupre DA, Moreno KA, Yang X, McCracken JT. Mental health problems and service use among female juvenile offenders: Their relationship to criminal history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40: 549-55.
69. Ulzen TP, Hamilton H. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Can J Psychiatry* 1998;43:57-63.
70. Svensson I, Lundberg I, Jacobson C. The prevalence of reading and spelling difficulties among inmates of institutions for compulsory care of juvenile delinquents. *Dyslexia* 2001;7: 62-76.
71. Richards I. Psychiatric disorder among adolescents in custody. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:788-93.
72. Dembo R. Problems among youths entering the juvenile justice system, their service needs and innovative approaches to address them. *Subst Use Misuse* 1996;31:81-94.
73. Swaffer T, Hollin CR. Adolescents' experiences for anger in a residential setting. *J Adolesc* 1997;20:567-75.
74. National Guideline Clearinghouse. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. Disponible en: http://www.guideline.gov/VIEWS/summary.asp?guideline=000322&summary_type=brief_summary&view=brief_summary&Search_string=delinquency.
75. National Guideline Clearinghouse. Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Disponible en: http://www.guideline.gov/VIEWS/summary.asp?guideline=001042&summary_type=brief_summary&view=brief_summary&Search_string=delinquency.
76. Mieczkowski T, Newel R, Wraight B. Using hair analysis, urinalysis, and self-report to estimate drug use in a sample of detained juveniles. *Subst Use Misuse* 1998;33:1547-67.
77. Screening Tests for Adolescents & Young Adults (Ages 13-29) (American Association for Clinical Chemistry). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/cgi/medlineplus/leavemedplus.pl?heURL=http%3A%2F%2Fwww%2Elabtestsonline%2Eorg%2Funderstanding%2Fwellness%2Fc%5Fyoungadult%2Ehtml>.
78. Comité Asesor de Vacunas (1998-2001), Asociación Española de Pediatría. Vacunas en adolescentes. En: *Manual de Vacunas en Pediatría*. Edición 2001; p. 407-16.
79. Batalla J, Urbiztondo L, Guerrero R. Programas vacunales en las instituciones penitenciarias. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, editors. *Vacunas 2001*. Barcelona: Prous Science, 2001; p. 131-7.
80. Lewis DO, Yeager CA, Lovely R, Stein A, Cobham-Portorreal CS. A clinical follow-up of delinquents males: Ignored vulnerabilities, unmet needs, and the perpetuation of violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:518-28.
81. Steiner H, Cauffman E. Juvenile justice, delinquency, and psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1998;7:653-72.

82. Grisso T, Barnum R, Fletcher KE, Cauffman E, Peuschold D. Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs of juvenile justice youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:541-8.
83. Taylor TK, Eddy JM, Biglan A. Interpersonal skills training to reduce aggressive and delinquent behavior: Limited evidence and the need for an evidence-based system of care. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999;2:169-82.
84. Terry YM, Vander Wall CJ, McBride DC, Van Duren H. Provision of drug treatment services in the juvenile justice system: A system reform. *J Behav Health Serv Res* 2000;27:194-214.
85. Sanger DD, Creswell JW, Dworak J, Schultz L. Cultural analysis of communication behaviors among juveniles in a correctional facility. *J Commun Disord* 2000;33:31-57.
86. Borduin CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:242-9.
87. Winters CA. Learning disabilities, crime, delinquency, and special education placement. *Adolescence* 1997;32:451-62.
88. Negy C, Lachar D, Gruber CP, Garza ND. The Personality Inventory for Youth: Validity and comparability of English and Spanish versions for regular education and juvenile justice samples. *J Pers Assess* 2001;76:250-63.
89. Vermeiren R, De Clippele A, Deboutte D. Eight month follow-up of delinquent adolescents: Predictors of short-term outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:133-8.
90. Myers WC, Burton PR, Sanders PD, Donat KM, Cheney J, Fitzpatrick TM, et al. Project back-on-track at 1 year: A delinquency treatment program for early-career juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39: 1127-34.
91. Schlapman N, Cass PS. Project: HIV prevention for incarcerated youth in Indiana. *J Community Health Nurs* 2000;17: 151-8.
92. De Bruin WB, Fischhoff B. The effect of question format on measured HIV/AIDS knowledge: Detention center teens, high school students, and adults. *AIDS Educ Prev* 2000;12:187-98.
93. Anderson NL, Nyamathi A, Mc Avoy JA, Conde F, Casey C. Perceptions about risk for HIV/AIDS among adolescents in juvenile detention. *West J Nurs Res* 2001;23:336-59.
94. Robertson A, Levin ML. AIDS knowledge, condom attitudes, and risk-taking sexual behavior of substance-abusing juvenile offenders on probation or parole. *AIDS Educ Prev* 1999;11: 450-61.
95. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol* 2000;12: 737-62.
96. Kelly P. The dangerousness of youth-at-risk: The possibilities of surveillance and intervention in uncertain times. *J Adolesc* 2000;23:463-76.
97. Laub JH, Vaillant GE. Delinquency and mortality: A 50-year follow-up study of 1,000 delinquent and nondelinquent boys. *Am J Psychiatry* 2000;157:96-102.
98. Bazemore G, Terry WC. Developing delinquent youths: A reintegrative model for rehabilitation and a new role for the juvenile justice system. *Child Welfare* 1997;76:665-716.
99. Currie E. Sociologic perspectives on juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2000;9:749-63.
100. Greenwood PW. Responding to juvenile crime: Lessons learned. *Future Child* 1996;6:75-85.