



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

La Información y el Proceso de Toma de
Decisiones por Parte del Menor de Edad en el
Ámbito Deportivo

Dña. Ana María Muñoz Ángel
2019



UNIVERSIDAD DE MURCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS
SOCIOSANITARIAS**

**LA INFORMACIÓN Y EL PROCESO DE TOMA DE
DECISIONES POR PARTE DEL MENOR DE EDAD EN EL
ÁMBITO DEPORTIVO**

Doña Ana María Muñoz Ángel

2019

Director: Dr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer en primer lugar a mi director de tesis, Eduardo, por su infinita paciencia, dedicación e incondicional apoyo que han hecho que no abandonara en infinidad de veces. No tengo palabras para agradecer tanto esfuerzo y ayuda. Gracias por creer en mí.

En segundo lugar y muy especialmente a Ricardo y a mis hijos, por su cariño y constante apoyo que han sido el aliciente definitivo para concluir esta tesis. Gracias por mostrarme hasta dónde puede llegar la fuerza de voluntad y la constancia.

A mis padres, que con su esfuerzo y humildad me permitieron desarrollar mis estudios y poder valorar cada logro conseguido.

A mi familia cartagenera y gaditana por sus ánimos.

A Antonio Joaquín Martínez Albaladejo por su amistad y ayuda en los inicios de este trabajo.

A mis compañeras de trabajo, María y Ángela por su profesionalidad y tiempo empleado en mis ausencias que han hecho posible finalizar esta tesis.

A todos los jóvenes que han participado desinteresadamente en nuestra investigación.

ÍNDICE

RESUMEN.....	21
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	29
I. ACTIVIDAD DEPORTIVA.....	31
II. LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN MENORES DE EDAD.....	37
III. ACCIDENTES Y LESIONES EN EL DEPORTE.	45
CAPÍTULO II: EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL MENOR DE EDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD....	55
I. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA DISPONIBILIDAD DE LA SALUD.....	57
II. MINORÍA DE EDAD Y TOMA DE DECISIONES.....	63
III. CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN.....	71
IV. VALORACIÓN DEL GRADO DE MADUREZ EN EL MENOR DE EDAD.....	78
CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVOS.....	93
CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÉTODOS.....	99
I. PROCEDIMIENTO, PARTICIPANTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA.....	101
II. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.....	104

III.	CUESTIONARIO.....	104
III.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	105
III.2.	CUESTIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TÓXICOS.....	105
III.3.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA.....	107
III.4.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LA TOMA DE DECISIONES PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE	112
III.5.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LESIONES PADECIDAS DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA	114
III.6.	CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	117
III.7.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LA EDAD ADECUADA PARA SER INFORMADO Y/O TOMAR UNA DECISIÓN.....	120
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....		125
I.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	127
II.	CUESTIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TÓXICOS.....	131
III.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA.....	135
IV.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LA TOMA DE DECISIONES PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE	143
V.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LESIONES PADECIDAS DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA.....	148

VI.	CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DERECHO A LA INFORMACIÓN.....	156
VII.	CUESTIONES RELACIONADAS CON LA EDAD ADECUADA PARA SER INFORMADO Y/O TOMAR UNA DECISIÓN.....	165
VIII.	ESTADÍSTICA INFERENCIAL.....	173
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....		207
CONCLUSIONES.....		255
BIBLIOGRAFÍA.....		263

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Edad del sujeto.....	101
Tabla 2. Variable “edad” por grupos de edad.	103
Tabla 3. Lugar de residencia.....	127
Tabla 4. ¿Cuántos hermanos sois?.....	128
Tabla 5. ¿Cuál es la posición que ocupas entre tus hermanos?.....	128
Tabla 6. Profesión del padre.....	129
Tabla 7. Profesión de la madre.....	130
Tabla 8. ¿Hay antecedentes deportivos en la familia?.....	131
Tabla 9. Consumo propio de tabaco y alcohol.....	132
Tabla 10. ¿Con qué frecuencia bebes alcohol?.....	132
Tabla 11. ¿Saben tus padres que bebes alcohol?.....	133
Tabla 12. ¿Con qué frecuencia fumas?.....	133
Tabla 13. ¿Conocen tus padres si consumes tabaco?.....	135
Tabla 14. ¿Has consumido alguna vez algún tipo de sustancia estimulante?	134
Tabla 15. ¿Cuándo has consumido sustancias estimulantes?.....	134
Tabla 16. Dentro de tu ambiente deportivo, ¿te han ofrecido alguna vez este tipo de sustancias?.....	134
Tabla 17. ¿Sabes realmente los riesgos que conlleva la utilización de estas sustancias estimulantes?.....	135
Tabla 18. ¿Qué deporte practicas?.....	135

Tabla 19. ¿Cuánto tiempo llevas practicándolo?.....	135
Tabla 20. ¿Cuántas horas a la semana practicas tu deporte?.....	136
Tabla 21. ¿Has practicado algún deporte anteriormente al actual?.....	136
Tabla 22. ¿Cuál fue el motivo por el que cambió de realizar la práctica deportiva anterior?.....	137
Tabla 23. ¿Cuál es tu motivación para practicar tu deporte?.....	137
Tabla 24. ¿Cuál es tu rendimiento escolar?.....	138
Tabla 25. ¿Afecta la práctica de tu deporte al rendimiento escolar?.....	138
Tabla 26. Valoración de instalaciones deportivas y escolares, material Utilizado y equipo técnico deportivo (%).....	139
Tabla 27. ¿Por qué te iniciaste en el deporte que estás practicando?.....	141
Tabla 28. ¿Cómo acude al lugar de la práctica deportiva?.....	141
Tabla 29. ¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte?.....	141
Tabla 30. ¿Te ha informado alguien previamente del deporte que practicas?.....	142
Tabla 31. ¿De dónde procede la información que te han proporcionado sobre tu práctica deportiva?.....	142
Tabla 32. ¿Cómo te han transmitido la información sobre la misma?.....	142
Tabla 33. ¿Sabes si tus padres han recibido información sobre el deporte que practicas?.....	143
Tabla 34. ¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?.....	144

Tabla 35. ¿Sabes lo que has firmado?.....	144
Tabla 36. ¿Saben tus padres lo que has firmado?.....	145
Tabla 37. ¿Te han hecho algún reconocimiento sanitario / médico previo a la práctica deportiva?.....	145
Tabla 38. ¿Te han informado de lo que consta ese reconocimiento?.....	145
Tabla 39. ¿Sabes si tus padres han recibido información del reconocimiento médico?.....	146
Tabla 40. ¿Has recibido información de los resultados del reconocimiento médico?.....	146
Tabla 41. ¿Sabes si han informado a tus padres de los resultados del reconocimiento médico?.....	146
Tabla 42. ¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva?.....	147
Tabla 43. ¿Has recibido información de los riesgos de la práctica deportiva?	147
Tabla 44. ¿Te gustaría mantenerte informado de los riesgos de la práctica deportiva?.....	147
Tabla 45. ¿Te gustaría recibir información de cómo actuar ante un accidente deportivo?.....	148
Tabla 46. ¿Has sufrido alguna lesión durante la práctica de tu deporte?.....	148
Tabla 47. ¿Qué persona te atiende en un primer momento ante una lesión?	149
Tabla 48. ¿Dónde has sufrido más lesiones?.....	149
Tabla 49. ¿Te atiende el mismo profesional en los entrenamientos y en las	

competiciones deportivas?.....	150
Tabla 50. ¿Has tenido falta de asistencia escolar por tu lesión (al menos un día)?.....	150
Tabla 51. ¿Cuánto tiempo te has ausentado?.....	151
Tabla 52. ¿Te han informado sobre la lesión padecida en tu deporte?.....	151
Tabla 53. ¿Sabes si han informado a tus padres del tipo de lesión?.....	152
Tabla 54. ¿Dónde acudes normalmente cuando tienes una lesión?.....	152
Tabla 55. ¿Te informas antes de acudir si el profesional que te va a atender está cualificado para tratarte?.....	153
Tabla 56. ¿Sueles seguir los consejos del profesional que te atiende?.....	153
Tabla 57. ¿Conoces los riesgos de ser tratado por una persona no cualificada?	153
Tabla 58. ¿Has ocultado alguna vez alguna lesión?.....	154
Tabla 59. ¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión?.....	155
Tabla 60. ¿Tienes acceso a medicamentos (sprays, cremas, pastillas, etc.) en el lugar donde realizas tu actividad deportiva?.....	155
Tabla 61. ¿Has utilizado alguno de estos medicamentos sin consultárselo al profesional sanitario?.....	156
Tabla 62. En el caso de que estuvieses enfermo, ¿te gustaría tener información de la enfermedad que padeces?.....	156
Tabla 63. ¿Sabes si tienes derecho a recibir información sobre tu enfermedad?	157
Tabla 64. ¿Sabes si tienes derecho a la información ante una intervención	

quirúrgica?.....	157
Tabla 65. ¿Te gustaría que tus padres sean informados cuando tengas una enfermedad?.....	157
Tabla 66. ¿Sabes si tienes derecho a la confidencialidad de tu lesión?.....	158
Tabla 67. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados de tus lesiones?..	159
Tabla 68. ¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas?.....	159
Tabla 69. ¿Sabes si puedes opinar en cualquier momento sobre practicar o no tu deporte?.....	159
Tabla 70. En el caso de que te lesiones ¿Sabes si existe algún derecho que te permita opinar sobre cómo quieres que te traten la lesión?.....	160
Tabla 71. En el caso de que tenga que tratarte el médico, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre la medicación que te puedan administrar?..	161
Tabla 72. En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?.....	162
Tabla 73. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus cuidados de salud?.....	162
Tabla 74. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus hábitos higiénicos?	162
Tabla 75. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus dietas alimentarias?.....	163

Tabla 76. En el caso de que padezcas una enfermedad infecciosa ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?.....	163
Tabla 77. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre aspectos relacionadas con tu sexualidad?.....	163
Tabla 78. En el caso de que tengas que ser operado de urgencia, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?.....	164
Tabla 79. Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?	164
Tabla 80. Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.	165
Tabla 81. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu deporte?.....	166
Tabla 82. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu enfermedad?.....	166
Tabla 83. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado de los riesgos de tener una lesión?.....	167
Tabla 84. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre una posible medicación suministrada?.....	168
Tabla 85. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre Tus cuidados de salud?.....	169
Tabla 86. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu sexualidad?.....	169
Tabla 87. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre	

hábitos higiénicos?.....	170
Tabla 88. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para dar tu opinión en general?.....	171
Tabla 89. ¿Qué edad crees que es la edad más adecuada para independizarte?	172
Tabla 90. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para que te hagan caso?	172
Tabla 91. Asociaciones entre la variable sexo y otras variables.....	174
Tabla 92. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión?.....	175
Tabla 93. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva?.....	176
Tabla 94. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tu medicación?.....	177
Tabla 95. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Te gustaría que informaran a tus padres si te ven fumando?.....	178
Tabla 96. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Conoce tu padre el deporte escolar que practicas?.....	179
Tabla 97. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte?.....	180
Tabla 98. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Has firmado algún tipo de documento para la práctica deportiva?.....	181
Tabla 99. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Te han hecho algún reconocimiento	

sanitario / médico previo a la práctica deportiva?.....	182
Tabla 100. Tabla de contingencia: Sexo - ¿Sabes si tienes derecho a que te informen sobre una intervención quirúrgica?.....	183
Tabla 101. Asociaciones entre la variable edad y otras variables.....	184
Tabla 102. Tabla de contingencia: Edad agrupada - Consumo de tabaco...	186
Tabla 103. Tabla de contingencia: Edad agrupada - Consumo de alcohol..	187
Tabla 104. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Cómo acudes al lugar de la práctica deportiva?.....	188
Tabla105. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Saben tus padres cuándo te iniciaste en tu deporte?.....	189
Tabla 106. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Sabes lo que has firmado?	190
Tabla 107. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Te han informado del tipo de lesión padecida?.....	191
Tabla 108. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Te han informado de Los riesgos de la práctica deportiva?.....	192
Tabla 109. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Sabes si tienes derecho a la información ante una intervención quirúrgica futura?.....	194
Tabla 110. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas?.....	195
Tabla 111. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿Sabes si puedes opinar	

En cualquier momento sobre practicar o no tu deporte?.....	196
Tabla 112. Tabla de contingencia: Edad agrupada - En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?.....	198
Tabla 113. Tabla de contingencia: Edad agrupada - Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.....	199
Tabla 114. Tabla de contingencia: Edad - Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.....	200
Tabla 115. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para que te informen sobre tu medicación?.....	202
Tabla 116. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para dar tu opinión?.....	203
Tabla 117. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para independizarte?.....	204
Tabla 118. Tabla de contingencia: Edad agrupada - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para que te hagan caso?.....	205
Tabla 119. Elementos que condicionan la seguridad en la práctica físico-deportiva.....	228
Tabla 120. Consumo de tabaco y alcohol alguna vez en la vida. Evolución de la prevalencia en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%)......	246

Tabla 121. Prevalencia en los 12 meses últimos de consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 - 18 años según la edad (%)...	247
Tabla 122. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 – 18 años, según sexo (%).	247
Tabla 123. Evolución de la prevalencia en los 12 meses últimos de consumo de alcohol en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 - 18 años según sexo y edad (%).....	250

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Porcentaje de actividad física regular desarrollada durante el tiempo libre en relación a la comunidad autónoma en población entre 5 y 14 años.....	39
Figura 2. Porcentaje de actividad física regular desarrollada durante el tiempo libre en relación a la comunidad autónoma en población entre 5 y 14 años. Diferencias entre sexos.....	40
Figura 3. Situación ponderal en función del sexo en España según estándares de crecimiento de la OMS.....	41
Figura 4. Práctica de actividad físico-deportiva organizada según sexo y edad	43
Figura 5. Consumo propio de alcohol y tabaco.....	131
Figura 6. ¿Conocen tus padres el deporte escolar y el deporte federado que practicar?.....	140
Figura 7. ¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?.....	144

Figura 8. ¿Has ocultado alguna vez alguna lesión?.....	154
Figura 9. ¿A quién has ocultado tu lesión?.....	154
Figura 10. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre...?.....	161
Figura 11. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu deporte, sobre tu enfermedad y sobre riesgos de tener una lesión?.....	167
Figura 12. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre una posible medicación suministrada, cuidados de salud, sexualidad y hábitos higiénicos?.....	170
Figura 13. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre hábitos higiénicos saludables, opinión y para independizarte y para que te hagan caso?.....	173
Figura 14. Descripción del modelo secuencial en el que se expresan las fases en las que se desarrolla un accidente según Smith y Beringer (1987).....	224
Figura 15. Seguridad en el deporte escolar.	230
Figura 16. Prevalencia de consumo de tabaco.....	245
Figura 17. Edad media de inicio de consumo de diferentes drogas.....	248
Figura 18. Prevalencia de consumo de alcohol.	249
Figura 19. Consumo de alcohol. Obtención. Borracheras y binge drinking.	251

RESUMEN

La práctica deportiva durante la edad escolar es de gran importancia para la formación global de la persona y decisiva para la implantación de estilos de vida activa y saludable, sin embargo, también conlleva la posibilidad de repercutir negativamente sobre la integridad de la persona, como consecuencia de las lesiones que pueden surgir. En el ámbito deportivo, la idea general es que el deportista asume los riesgos inherentes a su práctica, por lo que la información previa y el proceso de toma de decisiones adquieren una gran relevancia. Consideramos, por tanto, que se cumplen los requisitos que se contemplan para la toma de decisiones en el ámbito sanitario. A su vez, el reconocimiento de la capacidad de decisión del menor de edad en el ámbito social y jurídico es objeto de debate y plantea importantes interrogantes.

En este estudio pretendemos conocer la opinión y las percepciones de los menores de edad sobre la práctica deportiva, la información recibida y la edad para tomar decisiones no sólo en relación al deporte sino a cuestiones que afectan a su salud. Para ello, se ha realizado un estudio observacional descriptivo en 173 menores de edad, (118 varones y 34 mujeres) entre 12 y 17 años cumplidos que practican fútbol y atletismo con una edad media de 15,01 años (DS. 1,66; rango 12 a 17 años).

Constatamos en nuestro estudio que existen deficiencias en el proceso de información al menor sobre los riesgos que el deporte que practica conlleva, ya que casi un tercio de los menores encuestados no recibieron ninguna información previa sobre el deporte ni de sus riesgos. También observamos que el porcentaje de menores que desconocen los riesgos que conlleva ocultar una lesión es importante, siendo mayor, con significación estadística, entre los varones. Este dato lo consideramos preocupante debido a la repercusión que para la salud puede tener el ejercicio en un sujeto con una lesión que pasa desapercibida para padres y/o entrenadores. Así pues, los riesgos que conlleva la práctica deportiva deben ser conocidos por los menores y por sus padres. Esta consideración debe ser tomada en cuenta de manera proporcional al incremento del riesgo en la actividad, como ocurre en la práctica sanitaria.

Palabras clave: menor de edad, deporte, lesión, riesgos, información, toma de decisiones.

SUMMARY

Sports practice during school age is of great importance for the overall training of the person and decisive for the implementation of active and healthy lifestyles. However, it also entails the possibility of negatively impacting on the integrity of the person, as a consequence of the injuries that may arise. In the sports field, the general idea is that the athlete assumes the inherent risks of his practice, so the previous information and the decision-making process acquire a great relevance. Therefore, we consider that the requirements contemplated for decision-making in the health field are met. In turn, the recognition of the decision-making capacity of the minor in the social and legal field is subject of debate and raises important questions.

In this study we intend to know the opinion and perceptions of minors about sports practice, information received and age to make decisions not only in relation to sport but also to issues that affect their health. For this purpose, a descriptive observational study was carried out on 173 minors (118 males and 34 females) between 12 and 17 years old who practice football and athletics with an average age of 15.01 years (SD 1.66; range 12 to 17 years).

In our study, deficiencies in the process of informing about the risks involved in sport were found, since almost one third of the children did not receive any previous information about the sport or its risks. We also observed that the percentage of children who are unaware of the risks involved in concealing a lesion is important. This data is higher among the males, being statistically significant. This is considered disturbing due to the impact that exercise can have on health in a subject with an injury that goes unnoticed by parents and / or coaches. Therefore, the risks involved in sports must be known by minors and their parents. This consideration must be taken into account proportionally to the increased risk in the activity, as in the case of health practice.

Keywords: minor, sport, injury, risks, information, decision making.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. ACTIVIDAD DEPORTIVA.

El juego y la actividad física han sido una realidad permanente en el discurrir de la humanidad y el deporte, entendido como actividad física recreativa, lo viene practicando el ser humano desde la antigüedad.

La historia del deporte nos remonta a las antiguas civilizaciones. De hecho, se han descubierto utensilios y estructuras en la Antigua China que datan del 4.000 a.C. que demuestran la práctica de actividades deportivas y que en algunos casos se asemejan a las actuales. Deportes como el atletismo, la lucha, la gimnasia, las carreras de carros o el tiro con arco, pueden ser algunos ejemplos.

El deporte ha sido un elemento fundamental para la subsistencia de la especie humana (Luna y cols. 2004). En la actualidad, la práctica deportiva llega a ocupar una gran parte del tiempo de ocio de las personas, ya sea por ser los espectadores como protagonistas activos del propio deporte. Ha llegado a ser una gran influencia en la sociedad y resalta su relevancia en la cultura y en la elaboración de la identidad nacional de cualquier país. Es un fenómeno social tan importante que contiene elementos significativos de la propia sociedad, obteniendo efectos palpables y preferentemente positivos en las esferas de la salud, la educación y la economía.

En efecto, de sobra es conocida la importancia y trascendencia que a lo largo de la historia ha tenido la actividad deportiva en el desarrollo social e individual. También el deporte cobra una gran importancia a nivel cultural porque constituye uno de los factores que posibilita la socialización, tanto desde el punto de vista pedagógico, como sociológico (García Ferrando, 1991).

La práctica deportiva desarrolla la creatividad y sensibilidad canalizando la posible agresividad y, por tanto, permite conseguir un mayor clima social, pero también surgen de forma creciente en los últimos tiempos acciones violentas durante la práctica deportiva y sobre todo en eventos deportivos. Otras connotaciones negativas pueden aparecer como consecuencia de su utilización con fines políticos o propagandísticos. Por ejemplo, los Juegos Olímpicos de Berlín (1936) se desarrollaron bajo el signo del nazismo glorificado y de su ideología racista y totalitaria. Otro ejemplo, fue la matanza de atletas israelíes en los Juegos de Múnich de 1972.

Fue Pierre de Coubertin quien deseando mostrar cómo el deporte puede hacer que el mundo sea un lugar mejor alentando la amistad, el compañerismo y el juego limpio, creó el Movimiento Olímpico moderno. Fundó hace más de 120 años el concepto de Olimpismo, considerándolo como *“una filosofía de vida”* y defendía el deporte como un *“derecho universal y que todos deberíamos tener la posibilidad de practicarlo”*. En la Carta Olímpica¹ se define el deporte como la actividad *“que exalta y combina en un conjunto armónico las cualidades del cuerpo”*, y se relaciona *“con la cultura y la educación”*. La Carta Olímpica promueve los aspectos positivos del deporte para conseguir un estilo de vida cuyos cimientos estarían en la alegría del esfuerzo, el valor educativo que transmite el buen ejemplo y el respeto total por los principios éticos que son universalmente fundamentales. También fomenta el juego limpio sin discriminaciones de ningún tipo consiguiendo una imagen de fraternidad y respeto a través del deporte, contribuyendo a conseguir un mundo mejor y más pacífico.

El término Deporte, según el Diccionario de la Lengua Española² ofrece dos acepciones: por un lado, *“actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas”* y por otro, *“recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre”*.

El Deporte, según la vigente Carta Europea del Deporte, aprobada por la VII Conferencia de Ministros responsables de deportes de los Estados Miembros celebrada en Rodas en 1992 y revisada el 16 de mayo de 2001, se define como *“todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de la relaciones sociales o el logro de los resultados en competiciones de todos los niveles”*. En su artículo 1.i b) establece que los gobiernos adoptarán las medidas necesarias para dar a cada persona *“la posibilidad de practicar el deporte y de participar en actividades físicas recreativas en un entorno seguro y saludable”*. También, la Carta Iberoamericana del Deporte (Chile 12 de enero de 1996) proclama como objetivo de la misma, en su art. 1, *“asegurar a todos la posibilidad de que*

¹ La Carta Olímpica es la codificación de los principios fundamentales del Olimpismo, de las Normas y de los textos de aplicación adoptados por el COI. Rige la organización, la acción y el funcionamiento del Movimiento Olímpico y fija las condiciones de la celebración de los Juegos Olímpicos.

² Versión electrónica de la 23.^a edición del “Diccionario de la lengua española”. (“DLE” 23.1: actualización, diciembre 2017).

practiquen el deporte y actividades físicas y recreativas, en un medio ambiente seguro y sano”.

Así pues, el deporte influye de forma directa en el desarrollo del individuo en sus diferentes ámbitos: físico, intelectual, personal y social.

En el desarrollo físico la importancia del deporte es obvia, ya que la realización de un ejercicio físico continuado, moderado, adaptado y dirigido favorece el crecimiento físico, la adecuación ósea y muscular en cada momento de crecimiento, así como otras ventajas que irían desde la higiene postural hasta una mejora del rendimiento físico.

El desarrollo intelectual va íntimamente relacionado con el desarrollo físico. Hay que destacar que la práctica adecuada y adaptada de deportes desde la infancia favorece la aceptación de normas, así como su conocimiento, integración y el aprendizaje de las mismas, pudiéndolas extrapolar a otros ámbitos de la vida diaria.

En el desarrollo personal confluyen los dos términos anteriores. Se obtendrían actitudes de crecimiento interno, adopción de valores, conocimiento y aceptación de la realidad del propio yo, así como la integración del mismo en función del descubrimiento y apertura a la vida que llega a producirse en las distintas fases del crecimiento.

El desarrollo social sería la culminación del desarrollo integral de la persona con un adecuado desarrollo físico, intelectual, personal y su relación con el resto de la sociedad. Aquí hay que considerar que, bajo las implicaciones que conlleva la constante relación con el resto de las personas que se encuentran en nuestro entorno, hemos de diferenciar dos acepciones claras, lo que podríamos observar como un ecosistema familiar y el que denominaríamos como ecosistema social, partiendo del concepto de ecosistema como un grupo con características similares. Las relaciones con nuestros iguales y con el conjunto social pueden ser determinadas, ampliadas, favorecidas y refrendadas a través de la práctica del deporte.

Estos aspectos pueden ayudar a la persona a implantar unos valores que le permiten como persona crecer en todos los aspectos descritos anteriormente. La Federación Inglesa de Rugby, en su afán por comunicar un código que ejemplifica los

valores implícitos a este deporte y que comprometen a todos los involucrados en su desarrollo (jugadores, entrenadores, árbitros, directivos e incluso, los propios espectadores) destaca cinco valores principales o *Core Values*: Trabajo en equipo, Respeto, Diversión, Disciplina y Espíritu Deportivo.

Citando la frase atribuida a Confucio: “*Dime algo y lo olvidaré. Enséñame algo y lo recordaré. Hazme partícipe de algo y lo aprenderé*”, si se promueve la integración y aplicación de los valores, siendo el deporte un medio de transmisión, se consigue el pleno desarrollo integral de la personalidad, tanto intelectual como corporal, social, afectivo, ético y moral, ayudando así a mejorar la sociedad en conjunto.

La Carta Internacional revisada de la educación física, la actividad física y el deporte de la UNESCO (2015)³, señala que “*la diversidad cultural de la educación física, la actividad física y el deporte pertenece al patrimonio inmaterial de la humanidad y comprende el juego físico, el esparcimiento, la danza, así como los deportes y juegos organizados, informales, competitivos, tradicionales e indígenas*” y reconoce que tanto la actividad y educación física como el deporte pueden generar diferentes beneficios sociales e individuales, como el desarrollo social y económico, la salud, el empoderamiento de los jóvenes, la paz y la reconciliación. Por ello, destaca que “*la oferta de educación física, actividad física y deporte de calidad es esencial para realizar plenamente su potencial de promoción de valores como el juego limpio, la igualdad, la probidad, la excelencia, el compromiso, la valentía, el trabajo en equipo, el respeto de las normas y las leyes, la lealtad, el respeto por sí mismo y por los demás participantes, el espíritu comunitario y la solidaridad, así como la diversión y la alegría*”. Subraya la trascendencia de la formación, supervisión y asesoramiento de la práctica deportiva y la importancia de ésta durante la edad infantil, para la adquisición de actitudes, valores y conocimientos en el niño, que le permita el disfrute durante toda la vida, no sólo de la actividad física y el deporte, sino de su desarrollo en sociedad.

En su artículo 1 establece que “*la práctica de la educación física, la actividad física y el deporte es un derecho fundamental para todos*” y en su artículo 2 que “*la educación física, la actividad física y el deporte pueden reportar una amplia gama de*

³ UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Carta internacional revisada de la educación física, la actividad física y el deporte. 17 de noviembre de 2015.

beneficios a las personas, las comunidades y la sociedad en general". En el artículo 1.7 señala que *"todo sistema educativo debe asignar el lugar y la importancia debidos a la educación física, la actividad física y el deporte, con miras a establecer un equilibrio y fortalecer los vínculos entre las actividades físicas y otros componentes de la educación. Debe también velar por que en la enseñanza primaria y secundaria se incluyan, como parte obligatoria, clases de educación física de calidad e incluyentes, preferiblemente a diario, y por qué el deporte y la educación física en la escuela y en todas las demás instituciones educativas formen parte integrante de las actividades cotidianas de los niños y los jóvenes"*.

En su artículo 2.4 señala que *"la educación física, la actividad física y el deporte pueden acrecentar el bienestar y las capacidades sociales al establecer y estrechar los vínculos con la comunidad y las relaciones con la familia, los amigos y los pares, generar una conciencia de pertenencia y aceptación, desarrollar actitudes y conductas sociales positivas y reunir a personas de distinta procedencia cultural, social y económica en pos de objetivos e intereses comunes"*.

La Constitución Española (CE) de 1978 recoge el deporte dentro del conjunto de principios rectores de la política económica y social (capítulo 3º del título I de la CE). El artículo 43.3 señala que *"...los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio..."*.

La primera Ley del deporte, posterior a la CE, es la Ley 13/1980⁴, cuyo trámite y elaboración se inició en 1977, y tuvo un desarrollo reglamentario mínimo, a diferencia de la Ley 10/1990⁵, de 15 de octubre, estatal del Deporte, que incorpora toda la filosofía de la CE y de forma especial la atribución de competencias sobre el deporte o promoción, además de regular el deporte profesional y un nuevo modelo de asociaciones deportivas. Así señala que: *"El deporte se constituye como un elemento fundamental del sistema educativo y su práctica es importante en el mantenimiento de la salud y, por tanto, es un factor corrector de desequilibrios sociales que contribuye al desarrollo de la igualdad entre los ciudadanos, crea hábitos favorecedores de la*

⁴ Ley 13/1980, de 31 de marzo, General de la Cultura Física y del Deporte. BOE núm. 89, de 12/4/1980.

⁵ Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte. BOE núm. 249, de 17/10/1990.

inserción social y, asimismo, su práctica en equipo fomenta la solidaridad”.

En la Región de Murcia, la Ley 2/2000⁶, de 12 de julio, del Deporte de la Región de Murcia establece, dentro de su competencia, el garantizar de forma obligatoria, el acceso de todos los ciudadanos en igualdad de condiciones y oportunidades a la práctica del deporte.

En función de los sujetos a la que está dirigida la práctica deportiva podemos diferenciar el deporte durante la edad escolar, en adultos, deporte en la tercera edad y también deporte para discapacitados. La actividad deportiva puede practicarse de forma federada o no y, a su vez, de forma profesional o aficionada, pudiéndose practicar en una gran diversidad de contextos y lugares. Así pues, desde un punto de vista organizativo una persona puede practicar deporte de forma espontánea u organizada y dentro de esta última, de forma competitiva y no competitiva, siendo a su vez, de tipo físico o intelectual. Vemos pues, la gran variedad de situaciones que se pueden llegar a dar.

En cualquier deporte, existen unas determinadas normas. En los deportes profesionales hay una específica reglamentación escrita y también una organización encargada para velar por su cumplimiento. De la misma manera, existe una normativa que rige cada deporte dentro de la práctica federada, que también puede darse en la práctica aficionada, pero que en muchas ocasiones no están escritas.

El deporte también puede practicarse por propia cuenta y riesgo del sujeto que lo desarrolla, sin depender de ningún tipo de institución o bajo la cobertura de un seguro obligatorio. En el caso de los deportistas profesionales se establece una relación laboral de carácter especial, tal y como establece el art. 2.1.d del Estatuto de los Trabajadores.⁷

En las últimas décadas, ha ganado importancia la práctica deportiva, ya que la proliferación en sectores amplios de la población, del trabajo sedentario, así como las propias características urbanas, llegan a encontrar en el deporte una actividad complementaria, equilibrada y reparadora de las actividades ocupacionales obligatorias.

⁶ Ley 2/2000, de 12 de julio, del Deporte de la Región de Murcia. BORM núm.175, de 29/07/2000

⁷ Regulado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE núm. 255, de 24/10/2015.

Por su naturaleza, el ser humano está preparado para el movimiento. Sin embargo, en la actualidad, todos somos testigos de la inclinación hacia el sedentarismo, lo que perjudica la salud del individuo. En efecto, desde tiempos inmemoriales se ha vinculado la actividad física con la salud. Según la OMS⁸, en estudios recientes no se practica una actividad física básica para conseguir beneficios para la salud en al menos el 60% de la población mundial, como consecuencia del insuficiente tiempo de ocio empleado para el deporte y el aumento del sedentarismo en actividades domésticas y laborales, así como el uso cada vez más frecuente de los medios de transporte “pasivos”. El sedentarismo se convierte en el cuarto factor de muerte a nivel mundial, siendo cerca de 3,2 millones los fallecidos al año por esta causa (hipertensión arterial 13%; consumo de tabaco 9% y diabetes 6%).

La *European Heart Network*⁹ ha realizado un ranking de los países con el mayor índice de sedentarismo. De acuerdo con estos datos, el 42% de los españoles mayores de 18 años refiere no realizar ningún tipo de actividad física. Esta cifra es significativamente elevada, cuando se compara con las obtenidas por Suecia (6%) o Finlandia (7%). Sin embargo, existen tres naciones con valores exponencialmente más altos que los nuestros: por encima de España se sitúa Portugal con el 55%, Bulgaria con el 58% y Grecia, en primer lugar, con el 67% de adultos sedentarios.

En el reciente estudio publicado por la OMS (Guthold y cols. 2018) constatan que *“A diferencia de otros grandes riesgos globales para la salud, los niveles de actividad física insuficiente no están disminuyendo en el mundo y más de un cuarto de todos los adultos no alcanza los niveles recomendados de actividad física para mantener una buena salud”*

II. LA PRÁCTICA DEPORTIVA EN MENORES DE EDAD.

Dentro de la formación global de la persona y sobre todo la edad escolar, que es decisiva para la implantación de estilos de vida activa y saludable, es de gran

⁸ Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>. Consultado 10/1/2018.

⁹ European Heart Network (EHN) (2103). Proyecto Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe en el que colabora la Fundación Española del Corazón (FEC).

importancia la actividad física y la práctica deportiva. Es cierto que dentro del proceso educativo tendrían que asentarse los cimientos para la adquisición del conocimiento y para la realización, tanto personal como profesional, y es por ello que la práctica deportiva forma parte indispensable, por su indudable potencial de beneficios y valores, de esta etapa de la vida.

El juego y la práctica de diferentes deportes han estado muy presentes en las diferentes etapas infantiles y de la adolescencia, llegando a ser una preferencia dentro del tiempo libre empleado. Las razones principales son analizadas por Pavón y cols. (2003) y Martínez y cols. (2005). Los motivos son diversos: competitivos, relación social, forma física, capacidades personales, hedonismo, aventura, imagen personal y salud. Recours y cols. (2004), proporcionan una escala para medir cuatro aspectos de motivación deportiva: competición, exhibicionismo, sociabilidad y emoción jugando al límite.

Los motivos más frecuentes que se incluyen en la literatura incluyen la diversión, el desarrollo de habilidades, condición física, incorporación, reto, éxito, estatus y el aprendizaje (Gill y cols. 1983; Weinberg y cols. 2000, Garita, 2006).

Al igual que antes comentábamos, en relación al sujeto adulto, la práctica de la actividad física y del deporte en la edad escolar se encuentran íntimamente relacionados con la salud de la población infantil y juvenil. También el sedentarismo es un aspecto negativo a tener en cuenta, en estas edades.

En un proyecto promovido por la OMS en el ámbito occidental, en el que participaron más de 40 países, denominado *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)¹⁰ se analizan datos relacionados con el comportamiento en la población infantil y adolescente. Se concluye que los menores en general dedican $2,28 \pm 1,51$ horas diarias a actividades de tipo sedentario. También los datos del Estudio de Audiencia Infantil/Juvenil de la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación¹¹ reflejan que en general, los niños españoles pasan al día una media de dos horas y media

¹⁰ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). WHO. 2006. Ámbito y tamaño muestral: 40 países. 21972 niños en España de 11 a 18 años.

¹¹ Estudio de Audiencia Infantil/Juvenil. Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. Octubre de 2007 - marzo de 2008. Ámbito y tamaño muestral: 3.992 niños y jóvenes, entre 8 y 13 años, residentes en España.

viendo televisión y media hora más conectados a internet o con videojuegos.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012¹², publicada en el año 2014, el 12,1% de la población infantil comprendida entre los 5 y 14 años no llega a desarrollar en su tiempo libre ninguna actividad física, produciéndose, en el caso de las niñas, un sedentarismo que duplica en porcentaje (16,3%) al de los niños (8,2%). Incluso se llega a incrementar la frecuencia y el diferencial por sexo, con el aumento de la edad. Si observamos el rango de los encuestados de 10 a 14 años, el 19,7% de las niñas mantiene un estilo de vida sedentario mientras el de los niños sólo el 7,6%.

También se obtuvieron diferencias en los resultados obtenidos procedentes de las distintas comunidades autónomas. En seis de ellas, menos del 50% de los encuestados realizaban actividad física de forma regular o entrenaban, en cambio, en otras seis comunidades el porcentaje superaba el 60%. (Figura 1).

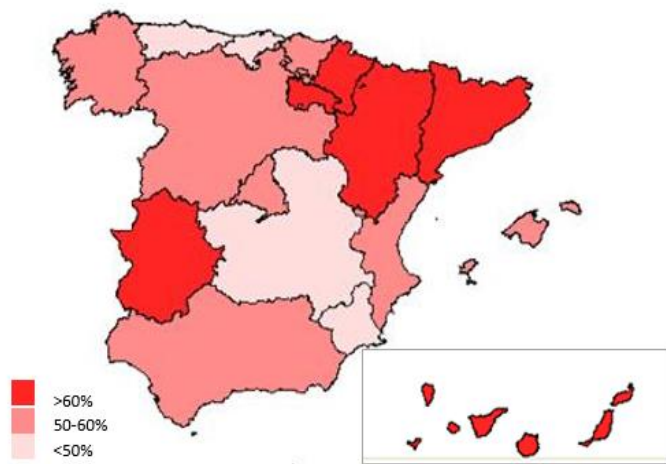


Figura 1 - Porcentaje de actividad física regular desarrollada durante el tiempo libre en relación a la comunidad autónoma en población entre 5 y 14 años. (Fuente: Encuesta Nacional de salud 2011/12, MSSSI/INE).

¹² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Actividad física, descanso y ocio. Serie Informes monográficos nº 4. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.

En esta misma encuesta se encontró que en alguna comunidad existía diferencias por sexo de una forma más importante (Figura 2). En seis comunidades (Andalucía, Cantabria, Castilla y León, Madrid, Murcia y Valencia) la diferencia entre niñas y niños fue mayor de 20 puntos porcentuales, siempre a favor de los niños.



Figura 2 – Porcentaje de actividad física regular desarrollada durante el tiempo libre en relación a la comunidad autónoma en población entre 5 y 14 años. Diferencias entre sexos. (Fuente: Encuesta Nacional de salud 2011/12, MSSSI/INE).

Así pues, la población infanto-juvenil es especialmente sensible al sedentarismo, con importantísimas implicaciones educativas y sanitarias. Es fácil comprobar cómo los avances en el transporte y en el campo tecnológico han disminuido la necesidad de ejercicio físico en el desarrollo de las distintas actividades de la vida diaria, con el peligro de que persista en un futuro. A todo lo dicho, habría que sumarle, en muchas poblaciones, el desfavorable entorno urbanístico para la práctica deportiva. Al respecto, hay que añadir la magnitud del sobrepeso y la obesidad infantil que, en España está adquiriendo dimensiones que deberían de tener una especial atención.

Dentro del estudio denominado Aladino ¹³ se obtuvieron resultados que mostraron una prevalencia del 26,1 % de sobrepeso (IMC mayor de una desviación

¹³ La empresa Quota Research, S.A. por encargo de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) realizó el denominado Estudio ALADINO desde noviembre de 2015 a marzo de 2016, en una población de 10899 escolares de 6 a 9 años en todo el territorio del Estado español. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.

estándar del valor medio para su mismo sexo y edad) y un 19,1 % de obesidad (IMC mayor de dos desviaciones estándar del valor medio para su mismo sexo y edad). También al analizar los resultados en función del sexo, se obtuvo un porcentaje mayor de niñas con normopeso y niños con obesidad, teniendo como referencia los estándares de crecimiento de la OMS (Figura 3).

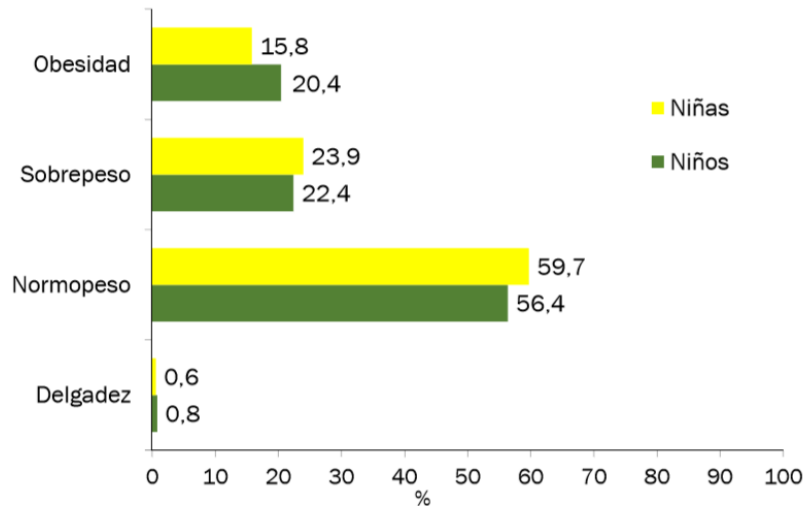


Figura 3. Situación ponderal en función del sexo en España según estándares de crecimiento de la OMS. (Fuente: Estudio ALADINO 2015).

La tasa española de obesidad infantil es prácticamente la más alta de Europa. Sin duda, a estas edades, la práctica deportiva, en general, y del deporte escolar, en particular, constituyen factores preventivos de incuestionable relevancia en la prevención de la obesidad infantil.

La Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE, 2008) recomienda que, tanto en niñas como en niños y adolescentes, para poder lograr una buena salud, un buen estado físico y para mantener un peso saludable durante el crecimiento, previniendo y combatiendo así los efectos negativos del sedentarismo, sería necesario realizar la mayoría de los días una hora al día de actividad físico-deportiva, de moderada a intensa.

El deporte escolar es una actividad deportiva organizada, que se produce en horario no lectivo por los escolares. Debe tener un carácter “*preferentemente polideportivo*” y no sólo en un sentido competitivo, por lo que se debe garantizar que llegue a todos los escolares las diferentes modalidades deportivas que pueden ser más afines con su edad y aptitud física, (artículo 10 de la Ley del Deporte). El deporte escolar tiene como finalidad llegar a completar tanto las necesidades individuales de cada deportista como el propio desarrollo educativo.

Los principios en los que se basa este programa son lúdicos, formativos y educativos, por lo que profesores de educación física, deportistas, colectivos arbitrales, entrenadores, asociaciones de padres, etc. deberían de prestar una especial atención a todas estas actividades, preservando de forma conjunta, que el deportista escolar consiga integrar los principios del juego limpio, el compañerismo y las prácticas de vida saludables y con todas ellas, el rechazo al dopaje y a la violencia así como la tolerancia y la integración de todos los integrantes de un equipo sin llegar a la discriminación. Los objetivos primordiales que se consiguen con su práctica son el aprendizaje de destrezas y habilidades deportivas, la mejora de las capacidades físicas, la generación de hábitos saludables, la consecución de una adecuada cooperación, el fomento de la autoconfianza y autoestima, la integración y el juego limpio, el fomento del respeto a las normas existentes y a los demás compañeros, la propia responsabilidad y la adquisición de hábitos deportivos que ayuden a mantener una práctica continuada del deporte a lo largo de su vida.

Según se observa en la Figura 4, que se centra en edades de 6 a 18 años, existe un descenso significativo de la actividad físico-deportiva a partir de los 12 años de edad, ya sea de forma continua o puntual.

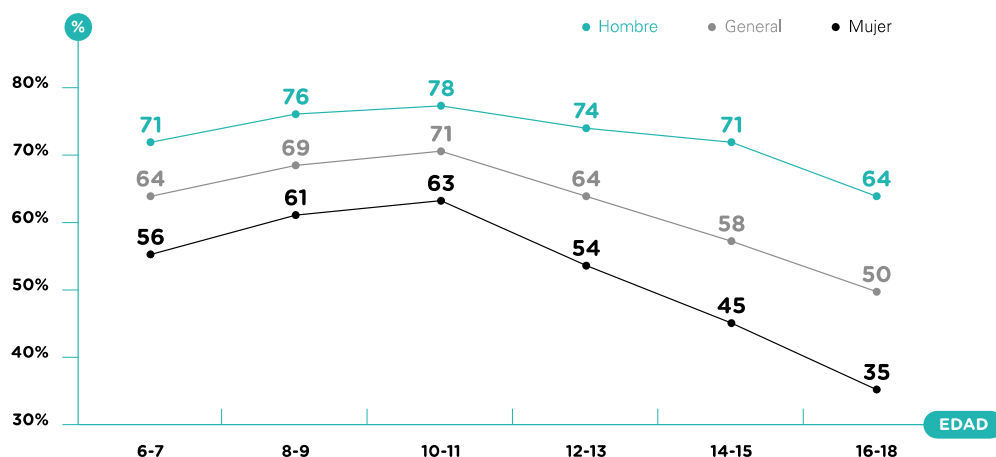


Figura 4. Práctica de actividad físico-deportiva organizada según sexo y edad. (Fuente: Los hábitos deportivos de la población escolar en España. Consejo Superior de Deportes. www.csd.gob.es. www.planAmasD.es. Fundación Alimementum. www.fundacionalimementum.org. Octubre 2011).

Al respecto, y bajo el marco de la salud, es relevante la puntualización que Tercedor y cols. (2007) realizan, ya que según aumenta la edad, el nivel de práctica deportiva en los adolescentes disminuye y se incrementa el consumo de tabaco, lo que nos demuestra la importancia de adquirir estrategias de intervención en ambas conductas. La influencia de la familia en la integración de hábitos, entre ellos los deportivos y más en la infancia es fundamental. Los padres, deben no sólo animar a los hijos para que realicen el deporte, sino que también tendrían que implicarse en la forma en la que se organiza y se practica. En este sentido, si dentro del entorno familiar existe una cultura de práctica físico-deportiva se obtiene una mayor práctica dentro del ámbito escolar. El 78% de los que desarrollan una actividad deportiva organizada, tienen a alguien que vive en casa realizándola también.

Nuria Puig (1992), destaca la influencia de la sociología tradicional en la actividad deportiva: *“mediante el juego y el deporte, que son ellos mismos una construcción social, se aprende a vivir en sociedad. Es decir, proporcionan lecciones básicas de comunicación humana y de adaptación cultural (...) Además, el deporte facilita una especie de comunicación que va más allá de la palabra y que se encuentra situada en el ámbito de los rituales: el gesto, la implicación corporal, el contacto (...)”*.

Al respecto, la actividad física llega a ser un hábito saludable, generando incluso en determinados casos otros aspectos beneficiosos. De esta forma debería de aumentar su promoción y con más interés, dentro del ámbito escolar ya que se integran muchos hábitos que se encontrarán en edades adultas.

Entre los aspectos negativos, existe uno que preocupa, y más en los últimos años, como es la presencia de violencia en competiciones a edades escolares, en las que es fácil ver a nivel competitivo cómo el público y los propios familiares de jugadores llegan a criticar e insultar al árbitro o juez, y, la mayoría aprueban o incitan a producirse tales situaciones. Es por ello por lo que en las competiciones escolares llegan a reproducirse las escenas violentas que ocurren a nivel adulto.

Podemos definir el fenómeno de la violencia en el deporte acudiendo a una definición clásica como el acto de *“infligir voluntariamente daños físicos o de otro orden a personas u objetos relacionados directamente con encuentros deportivos”*¹⁴ considerando todos los aspectos de violencia, ya sea física, psíquica o moral. Así pues, tras lo ocurrido en Heysel¹⁵ el Parlamento Europeo firmó una resolución donde se establecían las pautas necesarias para luchar contra la violencia y el vandalismo en el deporte. También la Comisión de Juventud, Cultura, Educación, Información y Deporte del Parlamento Europeo llegó a elaborar un dictamen sobre este fenómeno, en el que afirmaba que el aumento de la violencia era debido a diversas variables que transforman el deporte en espectáculos con fuerte influencia de factores sobre todo sociales, políticos y económicos.

Por esta razón, junto al enfoque sancionador de la violencia en el deporte, desde el ámbito educativo debe promocionarse una preventiva política social centrada en propagar un rechazo a la violencia en la mentalidad de los jóvenes, dirigiendo, a su vez, a los propios padres, educadores y profesores deportivos campañas informativas, que introduzcan en la mentalidad pública la importancia del juego limpio dentro del deporte

¹⁴ Definición del Parlamento Europeo. Dictamen sobre vandalismo y violencia en el deporte. Comisión de Juventud, Cultura, Educación, Información y Deporte. Noviembre, 1987.

¹⁵ El 29 de mayo de 1985 en el Estadio de Heysel de Bruselas, en Bélgica, murieron 39 aficionados a causa de una avalancha de aficionados en los prolegómenos de la final de la Copa de Europa (hoy Liga de Campeones de la UEFA) entre el Liverpool y la Juventus de Turín. Los sucesos causaron además 600 heridos de diversa consideración.

y en la sociedad en general. Tampoco se debería olvidar el papel que poseen los medios de comunicación en la promoción de valores positivos como la participación, la cooperación, y la práctica del juego limpio y la neutralización de aquellos valores negativos, tales como la discriminación, la violencia, el comercialismo o el fanatismo.

Como anteriormente hemos señalado, el deporte es una actividad de indiscutible interés social, pero también una fuente generadora de riesgos, que, en su mayoría, se traducen en lesiones causadas por el propio esfuerzo derivado de su práctica o del contacto físico por el enfrentamiento con el contrincante en determinados deportes.

III. ACCIDENTES Y LESIONES EN EL DEPORTE.

Según el artículo 100 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro¹⁶, se entiende por accidente *“la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte...”* y según el Tribunal Supremo¹⁷, los seguros deportivos se regularán por la Ley del Contrato de Seguro.

Guerrero y Pérez (2000) definen la lesión deportiva como un accidente traumático o estado patológico consecuencia de la práctica del ejercicio de cualquier deporte, que pueden ser agudas, caracterizadas por un inicio repentino o crónico, en las que hay un inicio lento e insidioso. Entre los factores implicados en la posible lesión es preciso mencionar el estrés como una situación que puede llegar a predisponer a la vulnerabilidad de lesiones deportivas. El estrés competitivo llega a alterar distintos mecanismos conductuales, fisiológicos y otros diferentes procesos psicológicos.

Las causas relacionadas con la lesión pueden ser varias (Navés y cols. 1986; Egoechea y cols. 2000). Algunas de las más destacadas son: la falta de preparación e imprudencia en el entrenamiento, el olvido de las reglas o faltas contra el reglamento, las propias del deporte practicado (deportes de lucha o el rugby), la desigualdad física entre los contendientes, la inconsciencia, imprudencia y menosprecio del peligro, el mal

¹⁶ Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro BOE nº 250, de 17/10/1980.

¹⁷ Sala Primera STS 14 de noviembre de 1998.

estado de las instalaciones o del material utilizado.

El auge de la práctica deportiva y su repercusión sobre la salud y la integridad de las personas, demanda que los poderes públicos lleguen a preservar a los deportistas, para que sean entrenados y dirigidos por adecuados profesionales, a quienes les corresponde garantizar que la práctica deportiva se llega a realizar de una forma adecuada y segura. En la Región de Murcia se ha publicado recientemente la Ley 3/2018, de 26 de marzo¹⁸, por la que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia que ordena de una forma genérica el ejercicio de las profesiones del deporte en nuestra Comunidad. Esta norma llega a determinar aquellas profesiones del deporte, así como las funciones específicas que tiene cada una y qué cualificación es la necesaria para su realización.

En este sentido, el ejercicio profesional tendrá que seguir unas normas básicas de control por parte de la administración pública, para garantizar que la actividad deportiva se dirija por personal adecuado y cualificado al servicio que presta, teniendo que evitar, a su vez, que peligre la seguridad de aquellos destinatarios de los servicios, sobre todo y especialmente en determinados colectivos, como los discapacitados, menores de edad y los de avanzada edad.

Esta Ley se fundamenta en el Marco Español de Cualificaciones de la Educación Superior y en el Marco Europeo de Cualificaciones, como referentes para llegar a comparar las bases establecidas, teniendo en cuenta los diferentes criterios desde la perspectiva del continuo aprendizaje en el marco europeo.

La Ley llega a definir las profesiones del deporte, especificando tanto las competencias profesionales de cada una, así como las capacidades para poder ejercer tales profesiones. Se llega a respetar aquellos principios del derecho de la competencia, ordena el ejercicio de las profesiones del deporte reguladas a través de sociedades profesionales. También establece la obligación de suscribir un seguro de responsabilidad civil, para cubrir las posibles indemnizaciones por daños causados a terceros a los que se les ha prestado tales servicios profesionales.

¹⁸ Ley 3/2018, de 26 de marzo, por la que se ordena el ejercicio de las profesiones del deporte en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 73 de 31/03/2018.

A nivel nacional, la Ley del Deporte 10/1990, del 15 de octubre, establece que todos los centros docentes deberían de disponer de las adecuadas instalaciones deportivas para desarrollar la Educación Física y la práctica deportiva en las específicas condiciones reglamentarias que se lleguen a determinar. El Consejo Superior de Deportes (CSD) se encarga de confeccionar las normativas técnicas. También, el Real Decreto 1537/2003 del 5 de diciembre¹⁹ determina los requisitos básicos que tendrían que tener las instalaciones deportivas y docentes de los centros escolares (artículo 1) y en su habitabilidad y su seguridad (artículo 4). La regulación de la construcción y diseño de las instalaciones deportivas se regula por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo²⁰, en el que se aprueba el Código Técnico de Edificación. A su vez, el Real Decreto 132/2010, de 12 de febrero²¹, actualiza las pautas básicas de los centros que lleguen a impartir enseñanzas de segundo ciclo de la Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria.

La seguridad de las instalaciones escolares ha supuesto una preocupación constante en las últimas décadas. Flechoso (2001), afirma que la seguridad en las áreas donde hay juegos infantiles llegaría a depender del niño como individuo en sí y de su capacidad específica para sobrellevar nuevos desafíos, por lo que la seguridad como concepto, estaría basado en un método de aproximación al peligro, que en el caso de los más pequeños conlleva una importante particularidad por su nula percepción de peligro y del riesgo clara. En esta línea, López y Osca (2007) consideran que los jóvenes tienen en parte una sobreestimación de las propias destrezas por lo que llegan a percibir niveles bajos de riesgo, siendo las niñas las que llegan a mostrar una mayor percepción del riesgo (Schwebel y Barton, 2005).

En relación con la seguridad de los espacios y materiales que se encuentran dentro de éstos, Estapé (2003), distingue entre dos conceptos: Seguridad activa y pasiva. En la seguridad activa, el material utilizado debe de tener un diseño y ubicación

¹⁹ Real Decreto 1537/2003, de 5 de diciembre, por el que se establecen los requisitos mínimos de los centros que impartan enseñanzas escolares de régimen general. BOE núm. 295, 10/12/2003.

²⁰ Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación. BOE núm. 74, de 28/03/2006.

²¹ Real Decreto 132/2010, de 12 de febrero, por el que se establecen los requisitos mínimos de los centros que impartan las enseñanzas del segundo ciclo de la educación infantil, la educación primaria y la educación secundaria. BOE núm. 62, de 12/03/2010.

específica y adecuada en el espacio, para así proporcionar la seguridad necesaria para que se desarrolle la actividad físico-deportiva. En relación con la seguridad pasiva se asocia a las capacidades perceptivas del propio docente, así como a la sensibilidad de éste y en relación con las necesidades que surgen tras la observación, revisión y control del estado de conservación de los materiales y espacios.

Así pues, la práctica deportiva supone en sí misma una actividad de riesgo, sobre todo en aquellas actividades deportivas en las que las caídas o golpes son frecuentes entre sus participantes y que es asumido de forma voluntaria por los propios deportistas.

Considerando a González (2003), existen principalmente, tres tipos diferente de riesgo:

- Riesgo real y objetivo, detectado por sujetos capacitados mediante datos empíricos o estadísticos y que puede producir un daño físico;
- Riesgo subjetivo: el percibido por el individuo y en el que se tendría en cuenta las experiencias previas;
- Riesgo aparente, basado en prejuicios y que puede o no coincidir con un riesgo objetivo.

La asunción del riesgo es uno de los principios más aplicado por los tribunales que resuelven supuestos de accidentes deportivos. Existen diferentes teorías donde se determina la responsabilidad y la asunción del riesgo al practicar un determinado deporte y sus posibles consecuencias al llegar a sufrir un accidente deportivo, que vamos a describir de una forma muy breve.

Según Ríos Corbacho (2012) son las siguientes:

a) *La teoría del riesgo asumido o riesgo permitido*

La teoría del riesgo permitido excede el ámbito de la actividad deportiva y se proyecta sobre todas las situaciones previstas en el Código Penal para justificar la impunidad de una acción que provoca una lesión (Rodríguez Mourullo y Clemente, 2004). Al referirnos de forma específica al ámbito que nos ocupa, en esta teoría el

deportista no consiente sufrir una lesión practicando el deporte, sino que asume los riesgos de lesión que la actividad deportiva puede provocarle, siempre que se cumplan las normas establecidas. De modo que, cuando la conducta es dolosa y ajena a las circunstancias del juego en el ámbito del deporte y además se cumplen los requisitos objetivos del delito de lesiones, se le debe aplicar la legislación penal. En el caso en el que el deportista llegue a lesionar al contrario con ocasión de una carga legal, es decir, por una acción permitida por el reglamento y ejecutada según la *lex artis*, se resolvería con impunidad penal y, en el caso de que no se cumpla esta norma, se sancionaría a través del orden administrativo deportivo (Seoane, 2003).

La primera sentencia que se ocupó del tema es de fecha 29 de diciembre de 1984²² y se refiere a la muerte de un menor por ahogamiento durante la práctica del piragüismo. La condición de menor de edad del fallecido constituye el elemento modular para exigir mayores dosis de diligencia al entrenador que “...*debe acentuar al máximo las precauciones y cautelas...*”. Resultaron condenados a indemnizar tanto la entidad organizadora como al entrenador, cuya conducta fue considerada negligente.

Sin embargo, la primera sentencia que reconoció la asunción del riesgo por parte del deportista y, además, fijó una doctrina que ha sido seguida por la mayoría de la jurisprudencia, data de 22 de octubre de 1992²³. Se ocupa de un deportista de pelota a pala que perdió un ojo a causa del impacto de la pelota. La sentencia señala que son los deportistas los que asumirían los riesgos inherentes al deporte siempre que las conductas de los participantes “*no se salgan de los límites normales*”. Añade, que lo “*que ha de imperar por tanto en este tipo de actividades son las reglas de prudencia que los jugadores deben seguir, debiendo a su vez tenerse en cuenta que los actos de los deportistas en cada manifestación deportiva, aun cuando dirigidos a lograr las más adecuadas jugadas, no siempre producen el resultado perseguido*”.

La asunción del riesgo comporta que el deportista disponga de una información lo suficientemente clara y con carácter previo de la actividad que va a desarrollar, por lo que constituye un elemento esencial a la hora de la judicialización de esta responsabilidad, hasta el extremo de que la información defectuosa traslada la

²² STS 29 de diciembre de 1984.

²³ STS 22 de octubre de 1992.

responsabilidad al organizador²⁴.

Si los daños se producen por un riesgo asumido por el deportista se producirá la exoneración de la responsabilidad, pero si ese riesgo se intensifica, los Tribunales se sitúan en la tesis de la negligencia. Según una sentencia del Tribunal Supremo²⁵ se exonera de responsabilidad cuando el accidente había estado asumido por el deportista y no se constata negligencia de los organizadores.

b) *La teoría del caso fortuito.*

Surge como fundamento de la impunidad, ya que se presenta como ausencia absoluta de intención dañosa, siempre que aparezcan tres requisitos: que se trate de un deporte lícito, siendo así autorizado por el poder público; que se observen las reglas del juego; y que el ejercicio deportivo no se haya utilizado como medio para encubrir una voluntad criminal.

c) *La teoría consuetudinaria.*

En este caso la costumbre amplía la causa de justificación más allá de donde llega el consentimiento.

d) *La teoría de la adecuación social.*

Pretende desplazar del Derecho penal aquellos comportamientos que pueden considerarse socialmente adecuados, por moverse en el marco del orden social normal en un determinado momento histórico. En lo que respecta al ámbito deportivo se permiten aquellas acciones lesivas socialmente adecuadas, ya sean porque ocurren respetando las normas deportivas, como las que provienen de faltas deportivas levemente imprudentes y que, no siendo graves, determinen una obtención de ventaja en el juego y no tengan como objetivo causarle un daño a la víctima. Por ejemplo, se diferenciarían las situaciones como la del deportista que da un puñetazo a otro sin que haya competición de por medio, siendo así una situación fuera del campo de actuación de la adecuación social y aquellas que se producen dentro del propio lance del juego.

²⁴ STS 23 de marzo de 1988.

²⁵ STS 17 de octubre de 2001.

e) *Teoría del fin reconocido por el Estado y las normas de cultura.*

Aquí se considera que al Estado y a la sociedad les resulta de interés prevalente el mejoramiento de la salud humana y se justifican aquellas acciones siempre que la lesión no sea resultado de una práctica irregular del deporte y se lleven a cabo conforme con las normas reconocidas por el Estado en un ámbito cultural.

f) *La tesis de la causa de justificación del ejercicio legítimo de un derecho u oficio* (art. 20.7 del Código Penal).²⁶

En todos los casos de ejercicio legítimo para que exista exclusión de la responsabilidad penal sería necesaria la observancia de las normas de cuidado, generales y especiales por lo que la conducta, a efectos penales, dejaría de ser negligente.

Como conclusión a lo comentado anteriormente, el deportista consiente al entrar en el terreno de juego o en otro espacio donde haga una actividad deportiva, el posible riesgo de sufrir una lesión, pero en ningún caso la lesión en sí misma. La conducta será sancionada de distinta forma, en función de que sea intencional o como consecuencia de una acción permitida en el reglamento tal y como anteriormente hemos comentado.

En el ámbito deportivo amateur debe aplicarse el art. 83.1 de la Ley del Deporte²⁷ que apunta la posibilidad de que cualquier lesión que tenga caracteres penales sea comunicada al Ministerio Fiscal con el ánimo de iniciar un procedimiento penal.

En conclusión, las lesiones siempre van a existir dentro del ámbito deportivo, tanto en aquellos deportes considerados más violentos, como los que no consideramos. Pero son pocas las ocasiones en las que los deportistas utilizan la jurisdicción penal para

²⁶ El artículo 20.7 del Código Penal declara también exento de responsabilidad criminal a: «El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo».

Los requisitos para que se cumpla esta causa de justificación:

- *Origen jurídico del derecho o deber, no extendiéndose a obligaciones morales o éticas ni a criterios personales de actuación no amparados por el derecho positivo.*
- *Adecuación de su ejercicio a los supuestos legales y siguiendo los procesos prescritos en cada caso.*
- *Intención de cumplir el deber o ejercitar el derecho sobre la causación del mal.*

²⁷ Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte. BOE núm. 249, de 17/10/1990.

ejercitar las acciones que les corresponden, ocasionadas por un posible delito de lesiones. Se suele utilizar generalmente la vía deportiva, sin llegar a excluir los dos posibles caminos, así el deportista lesionado, y siempre que se den circunstancias de antijuridicidad y tipicidad, podrá acudir tanto a los Tribunales de justicia civiles como penales y a su vez, a la jurisdicción deportiva.

Al respecto, lo importante para llegar a sancionar o no la posible lesión deportiva es la propia intención del que la ha causado, quedando las acciones fortuitas impunes mientras que las dolosas terminen siendo castigadas, los no considerados como dolo aparte de la mala fe, también las ocurridas sin querer llegar a lesionar, pero conscientes de la peligrosidad de la acción y probables consecuencias (Anderson, 2008). En lo que respecta a las acciones causadas por imprudencia o culpa, se regirían por la teoría del riesgo permitido si son reglamentarias, independientemente de la gravedad de la lesión, ya que se han cumplido las reglas del juego y su actuación se considera aceptada -expresa o implícitamente- por el contrario (Tucker, 2008).

Finalmente, desde un punto de vista jurídico, no se deben establecer diferencias entre deportes violentos o no violentos, ya que el núcleo de la punibilidad o no de la acción estará determinada por la sujeción del propio reglamento que se practica, que establece lo que está permitido o no, cuestión en la que nunca debería de entrar la justicia ordinaria (Gortmaker, 1996).

Así pues, la responsabilidad en la práctica del deporte se viene construyendo a nivel jurisprudencial en base a la aplicación de la doctrina de la asunción de riesgos, si bien, como es lógico, adaptada a las peculiaridades que representa este concreto ámbito de la actividad humana. A este respecto, Maldonado (2004) señala que la doctrina de la asunción *“tiene que conectarse necesariamente en el específico ámbito de los deportes de riesgo con la teoría del consentimiento informado”*, que posteriormente trataremos en un apartado concreto.

Todo este tema se ha desarrollado en profundidad dentro del ámbito sanitario, en cambio, no se ha abordado por parte de la doctrina dentro del ámbito deportivo. A su vez, el tratamiento ha sido diferente, por dos razones:

Por una parte, el grado de conocimiento de aquellos riesgos que son inherentes a la propia actividad, ya que la mayor parte de aquellos que realizan una práctica

deportiva son conocedores de los posibles riesgos, mientras que son escasos los pacientes que conocen las posibles complicaciones de una determinada actuación médica.

Por otro lado, la gravedad del daño, puesto que muchas intervenciones tienen una elevada probabilidad de causar una complicación de relevante gravedad, sin embargo, en la mayoría de los deportes, exceptuando los de combate, existe poco riesgo de producirse lesiones y generalmente suelen ser menos graves.

La idea general que se encuentra en materia deportiva es que quien practica un deporte asume los riesgos inherentes a su práctica habitual, por lo que otorga su consentimiento implícito (Seoane, 2003). Realmente, se cumplen los requisitos que determina la Ley 41/2002²⁸ para el consentimiento informado dentro del ámbito sanitario, tal y como posteriormente comentaremos, ya que el deportista, al participar de forma totalmente voluntaria y libre, conoce que su actividad deportiva normal implica golpes o caídas y otorga un consentimiento tácito cuando participa en el mismo.

Este criterio general, sin embargo, plantea ciertas dudas en la actividad deportiva en tres ámbitos:

- a) cuando se lleva a cabo por parte de principiantes;
- b) en deportes novedosos y con altos riesgos que son desconocidos para la mayoría de sus practicantes y
- c) cuando la actividad deportiva se desarrolla por parte de menores, tema objeto de la presente Tesis Doctoral.

²⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002.

CAPÍTULO II

EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL MENOR DE EDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

I. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA DISPONIBILIDAD DE LA SALUD.

La mediación del consentimiento en el ámbito de las lesiones se encuentra relacionada con la disponibilidad de la salud, a semejanza de lo que ocurre en el ámbito sanitario. El consentimiento sólo alcanza en su validez y eficacia, cuando es expresado tras una información adecuada, cualitativa y cuantitativamente, por lo que la omisión de la información impide la libre manifestación de la voluntad. Por tanto, la información es el requisito indispensable para otorgar el consentimiento informado, pasando a ser un derecho autónomo e independiente.

En el momento actual, todos somos testigos de los cambios producidos, que se expresan en el modelo de sociedad democrática, y que han transformado la negativa posición conservadora de épocas pasadas, que subyugaron al hombre como un mero instrumento de la voluntad de terceros, formalmente por parte del Estado o de las conveniencias personales o de grupos dirigentes. Así pues, el consentimiento válido y eficaz es un instrumento de expresión de libertad democrática y afirmación humana y supone la voluntad, por la acción del titular del bien jurídicamente disponible o por el circunstancial considerado, es decir, tácito o presunto.

Dentro de la interacción entre autodeterminación y libertad, el principio de autonomía es abordada de diferente manera. Por un lado, bajo la visión paternalista, en la que *“siempre hay una buena razón en favor de una prohibición o de un mandato jurídico, impuesto también en contra de la voluntad del destinatario de ésta prohibición o mandato, cuando ello es necesario para evitar un daño (físico, psíquico o económico) de la persona a quien se impone esta medida”* (Garzón Valdés, 1998) y por otro, el modelo *“antipaternalista”*, en el que no se llega a coaccionar para limitar las posibles elecciones racionales y libres de un sujeto adulto, aunque éstas causen o puedan causar un daño al propio individuo (Maniaci, 2012) y sin que originen daños a terceros.

En el ámbito en que se manifieste, el consentimiento es una clara voluntad de permiso o aceptación, de beneplácito o anuencia. Consentir, del latín *“consentire”*, entre sus diferentes acepciones significa *“permitir algo o condescender en que se haga”*, tolerando, soportando. Dentro del Derecho Penal el consentimiento es la aceptación o permiso por parte de un particular, titular del bien jurídico y sujeto que puede verse perjudicado, para que otro realice una conducta típica.

El derecho del paciente al consentimiento informado parte del reconocimiento de la libertad y dignidad del individuo como derechos fundamentales del ser humano. No existe mayor expresión de la autonomía del paciente, de su libertad de actuación y respeto a su dignidad que lo que ocurre en el ámbito sanitario, en el marco de la posibilidad de otorgar el consentimiento a cualquier intervención sanitaria y que también incluye el derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley.

Diversas sentencias judiciales lo consideran como un derecho humano fundamental. En concreto, la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de fecha 12 de enero de 2001²⁹

- recurso 3688/1995 señala que *“el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizadas en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo”*. Más adelante añade *“Ciertamente que la iluminación y el esclarecimiento, a través de la información del médico para que el enfermo pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto e incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención, no supone un mero formalismo, sino que encuentra fundamento y apoyo en la misma Constitución Española, en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su artículo 10.1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupa el artículo 1.1 reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias”*.

Para definir el consentimiento informado vamos a seguir lo establecido por la Ley 41/2002³⁰, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que lo denomina en su artículo 3, como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un*

²⁹ STS, Sala 1ª, de lo Civil, 12 de enero de 2001.

³⁰ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002.

paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

En esta norma se refleja la evolución de la sociedad donde se ha descartado una relación médico-paciente paternalista tradicional y se ha instaurado una relación donde el paciente maneja su propia vida y su propia salud, promoviendo su autonomía y la toma racional de sus decisiones. Es así como se ha llegado a un modelo coparticipativo e igualitario en el que el paciente es el centro de todas las decisiones materializándose finalmente en la obtención del consentimiento informado. Dentro de esta relación médico-paciente, el proceso de información es primordial para poder llegar a una decisión, para ello el profesional tiene que tener en cuenta aquellos valores propios de cada persona que se basan en sus creencias, ideales y proyecto vital, consiguiendo los intereses más adecuados desde su punto de vista.

En el modelo coparticipativo en la relación médico-paciente desarrollada en la Ley 41/2002, se produce un desarrollo independiente, pero a la vez unido, tanto del derecho a la información como a la autonomía del individuo, instaurándose dos pautas unidireccionales que son la que compete a la información (sobre finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de la información) por parte del profesional hacia el paciente, y la que implica el consentimiento este último.

Por todo lo expuesto anteriormente procedemos a desarrollar el derecho a la información y al consentimiento informado desde el marco legal sanitario existente.

La promulgación del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina³¹, (Convenio de Oviedo) en 1996 establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones

³¹ Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina o Convenio de Oviedo) (Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996).

de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes. Con la posterior entrada en vigor de la Ley 41/2002, se pretende redactar una normativa que recoja los preceptos del Convenio de Oviedo y que regule el desarrollo de los citados derechos de los pacientes.

El Convenio de Oviedo dedica el artículo 5 al consentimiento informado y establece que todo ser humano debe ser capaz de dar o negar libremente su consentimiento a cualquier intervención sobre su persona. Esta consideración viene referida a toda actuación sanitaria, en su más amplio sentido, en relación a una cuestión de salud. Como anteriormente hemos señalado, en el ámbito deportivo quien otorga su consentimiento a la práctica de un deporte asume los riesgos inherentes a la misma, por lo que se asemeja al consentimiento derivado de la práctica sanitaria. Por esta razón, los requisitos para su otorgamiento son similares. A tal efecto, el consentimiento se considera libre e informado cuando se otorga a partir de una información objetiva y clara sobre la naturaleza y las posibles consecuencias de su práctica y los riesgos que conlleva, sin presiones de ningún tipo. Como en el consentimiento en la práctica asistencial sanitaria, se deben incluir los riesgos referentes a las características de cada individuo, derivados de la edad o de las circunstancias del sujeto y puede ser expreso o tácito y verbal o escrito, dependiendo en gran medida de los riesgos de sufrir una lesión o un padecimiento.

En el entorno social, y en sus más variadas facetas, la información es un derecho reconocido y se considera indispensable para tomar una decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad. Una cuestión a tener en cuenta es que el contenido o la forma de informar van a depender, como es lógico pensar, del nivel cultural, la edad o la situación personal del individuo. Extrapolando esta cuestión desde el marco sanitario, según Osuna (2006), entre los requisitos que debe reunir la información previa a la obtención del consentimiento informado se encuentran los siguientes: la información ha de ser útil, y por tanto comprensible, utilizando un lenguaje simple y claro, explicando lo esencial y evitando detalles excesivos. Debe adecuarse al estado psicológico del paciente o de la persona que vaya a recibir tal información, así como la capacidad para comprenderla.

Por tanto, esta es una cuestión nuclear para valorar si la decisión tomada se puede considerar como válida: el contenido de la información. En efecto, a nivel

sanitario una de las mayores preocupaciones de los profesionales es sobre qué tienen que informar. ¿Se ha de informar de todo riesgo potencial que conlleva una intervención?. Al respecto, la Ley 41/2002, de autonomía del paciente en su artículo 10, establece la información básica que el profesional sanitario proporcionará al paciente, antes de obtener su consentimiento escrito. Dicha información comprende: los riesgos relacionados con las circunstancias profesionales o personales del propio paciente, las consecuencias de relevancia que pueden darse con seguridad en la intervención, los riesgos probables en condiciones normales, en relación a la experiencia y la ciencia o directamente relacionados con el tipo específico de intervención y sus contraindicaciones. Estos requisitos, con sus correspondientes matices, pueden ser tenidos en cuenta ante determinados deportes que conllevan un riesgo acentuado de sufrir un daño.

El titular del derecho a la información y del consentimiento informado le corresponde al propio paciente. Sólo en determinados supuestos, recogidos en el artículo 9.3 de la Ley 41/2002 se otorga el consentimiento por representación, que son: *“a) cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; b) cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia y c) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”*. La Ley 3/2009³² de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, en su artículo 46 sigue básicamente lo establecido en la ley estatal. Los aspectos sobre el consentimiento por representación serán tratados con mayor profundidad posteriormente.

Todo lo establecido en la Ley 41/2002, puede ser extrapolado al ámbito de la práctica deportiva siendo los representantes del sujeto, en nuestro caso el menor de edad, quienes asumirán los riesgos que su actividad conlleva.

El derecho al consentimiento informado tiene su base en el reconocimiento de la libertad y dignidad de la persona como derechos fundamentales del ser humano. Por

³² Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. BORM núm. 114/2009 de 20/5/2009.

tanto, parece evidente la necesidad de que confluyan diferentes elementos que establezcan la legitimidad de un correcto proceso de toma de decisiones, y éstos son:

Libertad: según la Real Academia de la Lengua Española (RAE)³³, es la capacidad de la conciencia para pensar y obrar según la propia voluntad de la persona. En otras palabras, aquello que le permite a alguien si quiere hacer algo o no, con responsabilidad de sus actos en la medida en que comprende las consecuencias de ello. Se puede entender la importancia que para ello tiene la información proporcionada en el campo de la salud por el profesional sanitario.

Voluntariedad: sin voluntariedad no existe aceptabilidad ética ni legal. La limitación puede presentarse de tres formas posibles: mediante la persuasión, cuando al sujeto no se le da la oportunidad de que efectúe ningún tipo de elección; coacción, cuando la decisión es tomada bajo amenaza explícita o implícita, con consecuencias no deseadas y evitables si accede a sus requerimientos; y manipulación, cuando la información se proporciona de tal manera que le empuja a tomar una decisión determinada.

Consciencia: o el conocimiento inmediato que el sujeto tiene de sí mismo, de sus actos y decisiones.

Genéricamente son aptos para consentir los que disponen libremente de su capacidad satisfactoria de discernimiento (Mir Puig, 2004); esto es, todos aquellos que tengan comprensión, interés y voluntad, entendiendo y valorando lo que consienten con respecto al bien jurídico de que disponen y que acepten el menoscabo (puesta en peligro, amenaza o lesión), así como las consecuencias fundamentales del hecho consentido, al menos satisfactoriamente. Jescheck y Weigend (2002) aluden a la necesidad de que el titular del bien jurídico posea “*una capacidad de razonamiento y juicio natural para poder calcular en esencia el significado de la renuncia al interés protegido y el alcance del hecho*”. A su vez, Roxin (1999). enfoca la “*capacidad de comprensión*” para la validez del consentimiento.

³³ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Disponible en: <http://www.rae.es/>. Consultado el 1/09/2018.

En este contexto y genéricamente, resultan como incapaces para consentir, tanto los menores³⁴ (incapaces temporales, en principio, pues aún no han alcanzado niveles razonables de desarrollo mental; sin embargo, para determinados tipos de consentimientos puedan sufrir variaciones legales de edad, tal y como posteriormente desarrollaremos) como los pacientes mentales y los que no puedan discernir a causa de un estado psiquiátrico o psicológico o circunstancial como la pérdida de la consciencia.

La información tendrá que adecuarse al individuo y se adaptará el contenido teniendo en cuenta la capacidad de comprensión. Tiene especial importancia aquellos pacientes que son menores, ya que la consideración de la minoría de edad abarca un periodo amplio en el que se va desarrollando la personalidad y el ser del individuo, por lo que no es igual la aptitud para su ejercicio en los diferentes momentos cronológicos que comprende (Osuna, 2010) tal y como analizamos a continuación.

II. MINORÍA DE EDAD Y TOMA DE DECISIONES.

El reconocimiento de la capacidad de decisión del menor de edad en el ámbito social es objeto de polémica en muchas ocasiones y de cierta inseguridad jurídica para quienes tienen que dar por válidos sus deseos y ser tenidos en cuenta. Todo ser humano, desde el nacimiento y por el simple hecho de existir, es poseedor de capacidad jurídica³⁵, por lo que es titular de los derechos de la personalidad. Se trata de derechos innatos, originarios, no transmisibles por ser inseparables de la persona a la que pertenecen, oponibles frente a todos, sean particulares o poderes públicos. Sin embargo, no todo individuo tiene capacidad de obrar, es decir, la capacidad de ejercer actos con eficacia jurídica.

En el ámbito que nos ocupa en la presente Memoria Doctoral, la minoría de edad se considera como un período cronológico amplio en el que se va desarrollando la personalidad y el ser del individuo, por lo que no es igual la aptitud para su ejercicio en los diferentes momentos cronológicos que comprende este período de desarrollo. Así, la regla general es que la plena capacidad de obrar la tienen los mayores de edad que no

³⁴ A los que, a depender de la especie de bien jurídico para el consentimiento, pueden y deben tener una variación de edad. Enfoca Mir Puig a *“límites de edad más elevados”*.

³⁵ Constitución Española: Artículos 29 *“El nacimiento determina la personalidad”* y 30 *“La personalidad de adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez desprendido en entero desprendimiento del seno materno”*.

hayán sido incapacitados judicialmente, lo que en nuestro ordenamiento jurídico se traduce en los 18 años, aunque esta norma general tiene sus excepciones, entre ellas en el ámbito sanitario.

A lo largo de la historia y desde hace miles de años ha predominado una posición paternalista en la relación que la sociedad ha tenido con el menor de edad, siendo a partir de mediados del siglo XX cuando se da un paso fundamental en la protección de los derechos de la infancia y adolescencia, a partir, sobre todo, del cambio de modelo ético de relación cuyo pilar es el principio de autonomía del paciente, en el que la dignidad y libertad del ser humano, y por tanto del menor, se constituyen como un bien inviolable.

En la actualidad, a estos cambios se añaden los producidos en el modelo familiar tradicional y en las relaciones paternofiliales. En las últimas décadas surgen nuevas estructuras: monoparentales, familias de parejas homosexuales y familias reconstituidas o ensambladas (Duplá y Bardají, 2008), que incrementan el debate en el proceso de toma de decisiones por parte de los menores.

Son numerosas las declaraciones que durante el Siglo XX se han proclamado para garantizar la promoción de los derechos humanos, en general, y del niño en particular. Ejemplos son La Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, en sus artículos 2, 22, y 28³⁶, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de Roma, el 4 de noviembre de 1950 o la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961, ratificada en España en 1980, que en su artículo 7 *“garantiza el ejercicio efectivo del derecho a protección de los niños y adolescentes comprometiéndose las partes contratantes a fijar la edad mínima de admisión al trabajo, a prohibir que los niños en edad escolar obligatoria sean empleados en trabajos que les priven del pleno beneficio de su educación, a limitar la jornada laboral de los trabajadores menores de 16 años...”*.

Refiriéndose de forma concreta al niño, hay que destacar la Declaración de Ginebra de 1924 (primera declaración de derechos del niño), la Declaración de los

³⁶ Artículo 2: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*.

Derechos del Niño de 1959 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989³⁷, aprobada por la ONU y que entró en vigor en España el 5 de enero 1991, que reconoce al niño el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad de expresión, ideología y religión, honor, información, integridad física y moral con prohibición de las torturas o tratos inhumanos o degradantes³⁸. Por último, es preciso destacar las acciones del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los niños, denominado oficialmente Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La minoría de edad se considera como un período amplio en el que se va desarrollando la personalidad y el ser del individuo, por lo que para Osuna (2010) “*no es igual la aptitud para su ejercicio en los diferentes momentos cronológicos que comprende*”. También el marco normativo existente sobre las diversas situaciones en las que un menor de edad puede estar implicado da validez al proceso de toma de decisiones ante diferentes contextos. Así lo establece el propio artículo 162 del Código Civil: “*Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: 1) Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda ejercitar por sí mismo*³⁹; 2) *Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo;* 3) *Los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres. Para celebrar contratos que obliguen al hijo a realizar prestaciones personales se requiere el previo consentimiento de éste si tuviera suficiente juicio, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 158*”. La Ley 26/2015⁴⁰,

³⁷ Artículo 6, apartado 2: “los Estados asegurarán que, cuando el niño sea capaz de formarse sus propios puntos de vista sobre el derecho a expresar tales puntos de vista libremente en todas las materias que le afecten, sus opiniones recibirán el peso proporcionado a su edad y madurez”.

³⁸ Artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño: “Es competente el menor que está en condiciones de formarse un juicio propio; el que teniendo libertad suficiente –otorgada por la recepción y el entendimiento de información necesaria, comprensible y suficiente-, pueda expresar sus opiniones de forma coherente y autónoma”.

³⁹ En el mismo sentido se expresa la Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo, de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, en cuyo artículo 3 declara que “el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil”, y añade en su apartado 2 que “en los restantes casos, el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, quien estará obligado a poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado. Si en el plazo de ocho días el Ministerio Fiscal se opusiere, resolverá el Juez”. Según Conde-Pumpido Ferreiro (1984), dicha Ley establece un sistema sin precedentes, en cuanto somete la validez del consentimiento prestado por el representante legal a la aprobación del Ministerio Fiscal, siendo así que tales complementos de capacidad se atribuían antes al Juez. Esto hace más ágil el procedimiento, recurriendo tan sólo a la autoridad judicial en caso de oposición.

⁴⁰ Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, introduce una novedad en el apartado 1: *“No obstante, los responsables parentales intervendrán en estos casos en virtud de sus deberes de cuidado y asistencia”*, lo que a juicio de diversos autores supone la vuelta a un cierto control paternalista de la decisión de los menores.

La Ley Orgánica 1/1996⁴¹, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, destaca entre sus objetivos esenciales la promoción de la autonomía del menor, el reconocimiento pleno de la titularidad de sus derechos constitucionales y el progresivo ejercicio de los mismos. Refleja una concepción de los menores de edad como sujetos activos, creativos y participativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, y de participar en la búsqueda y satisfacción, no sólo de sus propias necesidades sino también de las de los demás. Defiende que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promoviendo su propia autonomía como sujetos, y así se podría construir de forma progresiva una percepción de control acerca de su situación personal y de su proyección de futuro.

La plena capacidad de obrar o mayoría de edad legal está establecida en los 18 años, existen, y hemos descrito ejemplos de ello en nuestra legislación vigente, ámbitos de autonomía antes de alcanzar dicha mayoría de edad legal donde se le reconoce al menor de edad capacidad para tomar decisiones que le permitan un mejor conocimiento de sí mismos y de su proyección futura. *“El niño decide y hace, según sus aptitudes psíquicas y discernimiento, y otros no deben hacer lo que pueda hacer o decidir el menor, por y para sí”* (Rivero, 2000). Al respecto, *“el desarrollo de la madurez del menor es un proceso progresivo en el que intervienen muy diversos factores, como son la maduración del juicio moral, el desarrollo cognitivo, la afectividad, la motivación o la situación en la que se toma la decisión”*, pudiendo, por tanto, adquirir esa madurez antes de los 18 años (Espejo y cols. 2011). Esta madurez supone el reconocimiento efectivo de la autonomía del menor en diversos campos, entre ellos el sanitario como veremos a continuación (*“mayoría de edad sanitaria”*).

BOE núm. 180, de 29/07/2015.

⁴¹ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17/01/1996.

Por esta razón los menores deben ser escuchados y la responsabilidad de la decisión debe ser compartida entre el propio menor y los padres o representantes. Se constata así la voluntad del legislador de hacer partícipe al menor en sus propias decisiones; el deseo y la necesidad de irlo preparando para su vida de adulto y como aprendizaje de la misma; o también la recogida de la máxima información y elementos de juicio posibles, para que, quienes finalmente deban decidir sobre los aspectos que afectan a su vida, sean padres, tutores, administradores o juez, adopten una decisión lo más acorde posible con sus intereses (Osuna, 2010).

Por otra parte, es de destacar la instrucción 2/2006 de 15 de marzo de la Fiscalía General del Estado: *“El artículo 3.2 LO 1/82 se remite a la legislación civil a los efectos de determinar qué deba entenderse por menor con condiciones de madurez suficiente. Pero el Código Civil no contiene un precepto específico que defina con carácter general cuándo deba considerarse maduro a un menor. Existen, eso sí, en el Código Civil y en Leyes especiales, preceptos en relación con materias concretas en los que se dota al menor (en unos casos al mayor de 12 años, en otros al mayor de 14 y en otros al mayor de 16) de autonomía para la realización de actos con trascendencia jurídica o se exige su audiencia. Los intentos de la doctrina científica para tratar de llegar a principios generales partiendo de las disposiciones específicas han sido múltiples pero infructuosos. La inexistencia de una “communis opinio” en la materia certifica el fracaso de estos intentos de precisar en abstracto y con carácter general la edad cronológica a partir de la cual puede un menor ser considerado maduro. Ello lleva a la necesidad de integrar este concepto jurídico indeterminado valorando todas las circunstancias concurrentes en cada caso, partiendo de que la capacidad general de los menores no emancipados es variable o flexible, en función de la edad, del desarrollo emocional, intelectual y volitivo del concreto menor y de la complejidad del acto de que se trate”*.

Centrándonos en el ámbito sanitario, los propios menores autorizarían la intervención médica cuando éstos reúnan las suficientes condiciones de madurez y por ello su capacidad de entendimiento de juicio les permita saber el alcance del acto médico para su propio bien jurídico. *“Aunque el menor careciese de capacidad de obrar plena, se le reconoce la capacidad progresiva o evolutiva para ejercer sus derechos de personalidad, pudiendo adquirir la suficiente capacidad volitiva e intelectual para gobernarse por sí mismo en tanto que son sujetos activos, participativos y creativos,*

con capacidad para modificar su medio personal y social” (García Garnica, 2004). Díez-Picazo y Gullón (1987) se muestran de acuerdo con lo expresado en el artículo 3 de la Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil del Honor⁴²: *“el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones lo permiten, de acuerdo con la legislación civil”*.

El Instituto de Investigación de Políticas Públicas Británico, y refiriéndose al ámbito sanitario, publicó en 1996 un artículo titulado *“Health care choices: Making decisions with children”*, donde se recomienda un código de prácticas, en el que, en el caso del menor se recoge el derecho a recibir una información clara y detallada, a expresar sus opiniones, y a conceder o denegar su consentimiento ante una determinada actuación sobre su cuerpo, siempre que el niño sea considerado competente por un médico que actúa de buena fe y sujeto a la supervisión de los tribunales (Rylance, 1996). Posteriormente, el Convenio de Oviedo en su artículo 9 establece: *“el derecho del menor dentro de las limitaciones establecidas legalmente por el derecho interno de cada estado, a decidir sobre su salud”*⁴³, que la vigente por entonces, en España, Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril⁴⁴, no particularizaba en lo referente al paciente menor de edad.

Como hemos comentado en el capítulo anterior, la doctrina de la asunción de riesgos en la práctica deportiva se relaciona con la teoría del consentimiento informado, por lo que a semejanza de lo que ocurre a nivel sanitario se consienten los eventuales riesgos para la salud que conlleva, como ocurre lo mismo ante una intervención médica, por lo que se cumplen los requisitos que recoge la Ley 41/2002 para el consentimiento informado dentro del ámbito médico, ya que el deportista participa voluntariamente en

⁴² Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. BOE núm. 115, de 14/05/1982.

⁴³ Artículo 6.2 del Convenio de Oviedo: *“Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá realizarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución que determine la Ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”*. Análogamente señala que la persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el proceso de autorización. Esto significa, que en ciertas situaciones, teniendo en cuenta la naturaleza y gravedad de la intervención así como la edad del menor y su capacidad para entender, la opinión del menor debe adquirir progresivamente más peso en la decisión final, lo que podría llevar incluso a la conclusión de que el consentimiento del menor debe ser necesario, o al menos suficiente, para algunas intervenciones.

⁴⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29/04/1986.

el deporte. Por ello, vamos a desarrollar este apartado tomando como referencia lo establecido por dicha norma.

La Ley 41/2002, de autonomía del paciente, se considera como el auténtico punto de arranque normativo, que de forma concreta se refiere al proceso de obtención del consentimiento informado en los menores de edad en el ámbito sanitario. A nivel autonómico la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, en su artículo 11.1⁴⁵, se reconoce el derecho del menor a decidir sobre las actuaciones sanitarias que puedan ser practicadas sobre su persona como un derecho humano fundamental, refrendado por Sentencias como la 154/2002 del Tribunal Constitucional⁴⁶, a propósito de la vulneración de la voluntad de un paciente menor en una intervención médica, afirmando que *“el derecho a la integridad física y moral resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, a no ser que ello se haga al amparo de una justificación constitucional”*.

⁴⁵ Ley 3/2009, de 11 de mayo, de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. *“Artículo 11.1. Derechos básicos en el ámbito asistencial. 1. Los usuarios del sistema sanitario público de la Región de Murcia, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley y en las normas de desarrollo, tienen reconocidos en materia de atención y asistencia sanitaria los siguientes derechos básicos: a) A una atención sanitaria integral y continuada entre los distintos niveles asistenciales, de conformidad con la legislación sectorial aplicable. b) A acceder y obtener las prestaciones sanitarias que corresponda, en las condiciones legalmente establecidas, a fin de proteger, conservar o restablecer el estado de salud. c) A obtener información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. d) A recibir, de conformidad con el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, en la cartera de servicios complementaria que pudiera establecer la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. e) A recibir las prestaciones sanitarias con las garantías de seguridad y calidad, de conformidad con los requisitos y estándares del Sistema Nacional de Salud. f) A la libre elección de facultativo y centro, conforme a lo previsto en esta Ley y en los términos que se fije reglamentariamente. g) A ser informado de forma comprensible, suficiente y adecuada sobre su estado de salud, y sobre las distintas opciones de técnicas diagnósticas, terapéuticas y/o farmacológicas que puedan existir en relación a su proceso asistencial. h) A participar, de manera activa e informada, en la toma de decisiones terapéuticas que afecten a su persona, especialmente ante situaciones en las que existan diferentes alternativas de tratamiento basadas en la evidencia científica. i) A que se exija su consentimiento y se respete su voluntad, de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley y en la normativa vigente, en todas aquellas actuaciones sanitarias en que deba garantizarse la autonomía de decisión del paciente, en especial en lo que se refiere a las instrucciones previas que haya formalizado anticipadamente. j) A que se le asigne un médico, identificado para el paciente, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y el responsable de garantizar los derechos de información. Se asignará un enfermero en los casos en que proceda. k) A recibir la asistencia sanitaria en un plazo máximo definido o, en su defecto, a que se le aplique un sistema de garantía en caso de demora. l) A disponer de segunda opinión facultativa sobre su proceso, de conformidad con la presente Ley y con las normas de desarrollo. m) A acceder a los datos, documentos e informes contenidos en su historia clínica, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley. n) A ejercer los derechos de participación y opinión, de conformidad con las previsiones contenidas en esta Ley y en sus normas de desarrollo”*.

⁴⁶ Sentencia del TC 154/2002, de 18 de julio. BOE núm. 188, de 7/08/2002.

Sin embargo, la primera norma que incluye una previsión específica sobre la posición del menor en el ámbito sanitario se remonta al Real Decreto 561/1993, de 16 de abril⁴⁷, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamento. En este precepto se recoge por primera vez el estatuto jurídico del menor en el ámbito sanitario. Así pues, es la primera vez en la que se incluye, un derecho del menor: a partir de los doce años tiene que ser informado sobre el ensayo clínico junto con el de sus representantes legales. Se establece así, el derecho del menor a ser escuchado (*“en los casos de sujetos menores de edad e incapaces, el consentimiento lo otorgará siempre por escrito su representante legal, tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Cuando las condiciones del sujeto lo permitan y, en todo caso, cuando el menor tenga doce o más años, deberá prestar además su consentimiento para participar en el ensayo, después de haberle dado toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento”*).

En este sentido, León Vázquez (2012) señala que *“el ámbito de la salud es uno de los campos en que el individuo puede desarrollar sus derechos más íntimos ligados a la personalidad, los “derechos personalísimos” como se han dado en llamar”*. Más adelante, añade que *“el titular de estos derechos es el propio individuo, y nadie puede ejercitarlos en su nombre, salvo en el caso de que el titular se encuentre impedido temporal o permanentemente para hacerlo, por ejemplo, por ser demasiado joven”*.

La Ley 41/2002, sin distinguir entre una incapacidad judicialmente declarada o por minoría de edad, llega a regular en sus apartados 5.2 y 5.3 el derecho a la información, obligando en estos casos por un lado a informar a estos pacientes, *de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión* y además impone la obligación o deber en estos casos de *informar también a su representante legal o personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho*. De esta forma, en aquellas situaciones de incapacidad (incluyendo, supuestamente y a criterio del médico, al menor de edad) la Ley 41/2002 dispone una titularidad del derecho compartido, ya que el derecho a ser informado corresponde por igual al paciente y al representante legal del paciente o a personas vinculadas a él, que podría ser el padre/madre o tutor en caso de minoría de edad o incapacidad judicial.

⁴⁷ Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los Requisitos para la Realización de Ensayos clínicos con medicamentos. BOE núm. 114 de 13/05/1993.

La Ley 3/2009 de la Región de Murcia, es más explícita en relación con el menor de edad. Dentro de sus apartados 3 y 4 del artículo 31 señala que: “3. *Los menores recibirán esta información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, se informará a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres no privados de la patria potestad o, en su caso, tutores que podrán estar presentes en el acto informativo a los menores.* 4. *Los menores emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información*”.

Con todo esto, partiendo de esta norma, ya no habría titularidad compartida a partir de los 16 años e incluso antes de esta edad, si el facultativo considera al menor maduro y con capacidad para asimilar la información recibida. Según Pérez Cárceles y cols. (2002), el ejercicio de los derechos de la personalidad debe confiarse a su titular, y en este caso al menor de edad, y, en principio, debe excluirse la posibilidad de ejercerlos por sustitución. Por esta razón es fácil entender que su ejercicio no se rija por las reglas generales de la capacidad de obrar, sino por la aptitud del titular del derecho para comprender y querer el alcance de sus actos o por las condiciones de madurez. En este sentido, aunque en algunos supuestos el menor carezca de capacidad natural para gobernarse por sí mismo, puede tener capacidad volitiva e intelectual suficiente para llevar a cabo por sí mismo el ejercicio de sus derechos de la personalidad, aunque carezca de capacidad de obrar plena⁴⁸, que según nuestro ordenamiento jurídico se adquiere con la mayoría de edad⁴⁹.

III. CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

Como anteriormente hemos comentado, el titular del derecho a la información y del consentimiento informado es el propio sujeto. La Ley 41/2002, a la que acudimos para analizar todas las cuestiones relacionadas con la toma de decisiones en cuestiones de salud, establece aquellos supuestos en los que se otorga el consentimiento. Viene recogidos en el artículo 9.3 y recordemos que son: “a) *cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado*

⁴⁸ Artículo 162 del Código Civil. “Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: 1. Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo...”.

⁴⁹ Artículo 315 del Código Civil. “La mayor edad empieza a los dieciocho años cumplidos. Para el cómputo de los años de la mayoría de edad se incluirá completo el día del nacimiento”.

físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; b) cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia y c) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”.

La Ley 26/2015, de 28 de julio⁵⁰, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en su disposición final segunda, incorpora los criterios de la Fiscalía General del Estado, publicados en su Circular 1/2012, *sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave*. Esta Circular demanda en sus conclusiones la imprescindible introducción del criterio subjetivo de madurez del menor, junto al objetivo, que se basa en la edad. Este criterio mixto es también asumido en la normativa existente.

Así pues, en relación al consentimiento por representación que recoge el artículo 9 de la Ley 41/2002, se introduce, un nuevo apartado 4, referido a los mayores de 16 años o menores emancipados, a los cuales no cabe otorgar el consentimiento por representación, excepto si se trata de una actuación de grave riesgo para la vida o salud. En este sentido, el cambio del artículo 9 de la Ley 41/2002 por la disposición final segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, establece que en aquellos casos en los que, según criterio del médico nos situamos ante una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor y una vez tomada en cuenta y oída la opinión del menor, el consentimiento lo llegará a prestar el representante legal del mismo. Son situaciones que, según criterio de Galán Cortés (2014), podrían ser contradictorias con el estado y circunstancias que se han de dar en un menor maduro, ya que, si el menor posee suficientes condiciones de madurez, debe respetarse, en principio, su decisión libre y autónoma, pudiendo interpretarse como un menoscabo a su propia capacidad y libertad.

Por otra parte, se añade a ese artículo 9 un apartado 6, en el que se establece que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las *“personas vinculadas por razones familiares o de hecho (...), la decisión debe*

⁵⁰ Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180, de 29/07/2015.

adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente”, y en caso contrario se deberá poner en conocimiento de la autoridad judicial, a través del Ministerio Fiscal de forma directa o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la correspondiente resolución.

El BOE de 22 de septiembre publicó la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre⁵¹, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, mediante la cual se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo⁵², de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Así se elimina que las menores de edad puedan dar por sí solas su consentimiento sin llegar a informar a sus padres. Así, si que quiere realizar en menores de edad, una interrupción voluntaria del embarazo será necesario, aparte de la manifestación de su voluntad, el expreso consentimiento de los titulares de la patria potestad. En concreto en su artículo segundo se establece una nueva modificación del apartado 5 del artículo 9. Tras las modificaciones de los apartados 3, 4 y 5 del referido artículo 9 y añadir los apartados 6 y 7, los aspectos relacionados con el consentimiento por representación quedan de la siguiente forma:

“3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado

⁵¹ Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 227, de 22/09/2015.

⁵² Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55, de 4/03/2010.

su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo

pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.”

La familia, en nuestra cultura, suele reclamar para sí una atención especial, un papel principal con la creencia de su derecho a la información y, en ocasiones, incluso como un ente con una autonomía particular. Esta situación es habitual en nuestra sociedad, sobre todo en cuestiones que afectan a la salud del individuo que tiene que tomar una decisión.

Uno de los ejemplos más claros es nuevamente lo que sucede en la práctica clínica, donde la información se dirige a varios destinatarios, llegando en ocasiones a situaciones equívocas y a malentendidos. Esta actitud, habitual en pacientes geriátricos, menores de edad y enfermos psíquicos, y que roza el paternalismo respecto al paciente, dificulta la relación clínica y, en ocasiones, la entorpece y enturbia. Al respecto Simón (2004) señala: *“Los profesionales sanitarios deben velar para que la presencia de la familia no se convierta en argumento coactivo hacia el paciente. Mantener a la familia demasiado cerca o demasiado lejos puede ser perjudicial para la toma de decisiones”*.

Con anterioridad a la modificación normativa comentada anteriormente, se recogía el *“derecho a ser oído”* a partir de los 12 años de edad, es decir a opinar, que el Art. 154 del Código Civil dispone con carácter general⁵³. Tras el cambio remite a lo establecido a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que no fija ninguna edad concreta para reconocer esta posibilidad⁵⁴.

La Ley 3/2009 de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, establece de forma genérica que todo paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier atención o actuación sanitaria, la totalidad de la información disponible relacionada con su salud, salvo determinados supuestos establecidos en la ley, sin señalar distinción alguna. Evidentemente, hay situaciones en

⁵³Código Civil, artículo 154: *“Si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten”*.

⁵⁴Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15 de 17/01/1996.

las que el paciente no puede comprender la información y la información se pondrá en conocimiento de las personas allegadas por razón de vínculo familiar o de hecho. En referencia concreta a los menores de edad, en su artículo 31.3 señala que los menores recibirán la información asistencial *“adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, se informará a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres no privados de la patria potestad o, en su caso, tutores que podrán estar presentes en el acto informativo a los menores”*. Añade que *“los menores emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información”*.

La legislación del resto de las Comunidades Autónomas sigue también, lo establecido en la Ley 41/2002 estatal. Algunos ejemplos son los siguientes. La Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León⁵⁵, en su artículo 18 reconoce el derecho por parte del menor a recibir información sobre su salud y tratamiento en lenguaje adecuado a la madurez, edad y estado psicológico. La Ley 1/2003, de 28 de enero⁵⁶, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana prevé que *“en el caso de los menores se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres o tutores que podrán estar presentes durante el acto informativo”* y añade que *“los menores emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información”* (Art. 7.3). En el País Vasco, los menores tienen derecho a que se les informen de su estado de salud y, en su caso, de los diferentes tratamientos médicos que les puedan realizar, atendiendo a su madurez, edad y estado afectivo y psicológico y tienen también derecho a ser informados sus padres, tutores o guardadores legales acerca del estado de salud del niño y adolescente, sin perjuicio del derecho fundamental a su intimidad en función de su estado afectivo, edad y desarrollo intelectual (Art. 18 de la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia)⁵⁷. En Andalucía, el

⁵⁵ Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOE núm. 103 de 30/04/2003; BOCL núm. 71 de 14 de abril 2003.

⁵⁶ Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. DOGV núm. 4430 de 31/01/2003.

⁵⁷ Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia. BOPV núm. 59 de 30/03/2005.

Decreto 246/2005⁵⁸ que regula el ejercicio del derecho a los menores de edad a recibir atención sanitaria, en su artículo 5.1, reconoce el derecho de los menores a conocer la información relativa a su salud y añade *“que serán tenidos en cuenta la opinión y deseos del padre y de la madre o de los tutores y las tutoras respecto a la cantidad y forma de la información que recibirá la persona menor de edad”*.

Lógicamente, la reciente reforma, antes comentada, todavía no se plasma en estas normas.

Una circunstancia creciente que genera un importante debate, tratada por Galán Cortés (2014) es la realización de intervenciones de cirugía estética en los menores de edad. Al respecto, destaca la regulación que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha realizado dada la solicitud creciente por parte de menores y la tendenciosa propaganda que tiende a magnificar las expectativas y banalizar los riesgos de la misma, junto a la fácil posibilidad de convencimiento de los adolescentes y su especial sensibilidad psicológica acerca de la valoración de su aspecto físico, que los hace personas especialmente vulnerables.

El Decreto 49/2009⁵⁹, de 3 de marzo, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, de protección de las personas menores de edad que se someten a intervenciones de cirugía estética en Andalucía y de creación del Registro de datos sobre intervenciones de cirugía estética realizadas a personas menores de edad en Andalucía (BOJA de 18 de marzo de 2009), dispone, en su artículo 5, la necesidad de practicar al menor de edad, con carácter previo a la intervención de cirugía estética a la que desea someterse y para determinar su madurez ante dicha intervención, un examen psicológico. A su vez, la norma establece que si la madre o el padre, o tutores del menor de edad emancipado o con dieciséis años cumplidos, se opusieran a que dicho menor se le practicara la intervención de cirugía estética, tendrán que ser oídos por el profesional de la Psicología que tenga que realizar el examen psicológico previo.

⁵⁸ Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. BOJA núm. 244 de 16/12/2005.

⁵⁹ Decreto 49/2009, de 3 de marzo, de protección de las personas menores de edad que se someten a intervenciones de cirugía estética en Andalucía y de creación del Registro de datos sobre intervenciones de cirugía estética realizadas a personas menores de edad en Andalucía. BOJA núm. 53 de 18/03/2009.

Aun cuando el cambio normativo reciente intenta unificar determinados criterios de edad, en relación a cuestiones que implican la decisión de un menor, todavía permanecen algunos aspectos controvertidos, como por ejemplo, que se mantenga la mayoría de edad legal para cumplimentar el documento de Instrucciones Previas (artículo 11 de la Ley 41/2002)⁶⁰ o el reciente cambio en el artículo 183 del Código Penal “*De los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años*” que establece que “*El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un menor (...)*”. El artículo 183 quater establece “*El consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este Capítulo, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez*”.

IV. VALORACIÓN DEL GRADO DE MADUREZ EN EL MENOR DE EDAD.

La madurez, que para Diez-Picazo y Gullón (1997) es la “*aptitud o idoneidad para realizar eficazmente actos jurídicos, para adquirir o ejercitar derechos y asumir obligaciones*”, determina en el menor de edad el momento oportuno para constituir su competencia en la toma de decisiones en relación a su salud. La Ley 41/2002 establece que, en situaciones de conflicto o duda⁶¹ respecto a los derechos fundamentales que le son constitucionalmente reconocidos al menor de edad, será el facultativo responsable de la asistencia el que determine la evaluación de la madurez del menor, lo que llega a ser una tarea complicada para el médico ya que el grado de desarrollo de su madurez es una transformación totalmente individual y progresiva. Esta evaluación debe fundamentarse según Peiró (2011), “*en la aptitud para comprender la situación y las*

⁶⁰ Exigen también la mayoría de edad para la declaración de la voluntad anticipada algunas leyes autonómicas (art.8.1 de la Ley 21/2000 de Cataluña; art. 11.5 de la Ley 10/2001 de Extremadura; art. 28 de la Ley 12/2001 de la Comunidad de Madrid; art. 15.1 de la Ley 6/2002 de Aragón; art. 5 de la Ley 3/2001 de Galicia; art. 50 de la Ley 3/2009 de la Región de Murcia). Sin embargo, en la Comunidad de Navarra el artículo 9 de la Ley Foral 11/2002 de 6 de mayo reconoce la capacidad para otorgar válidamente la declaración de voluntades anticipadas no sólo a los mayores de edad, sino también al menor al que se le reconozca capacidad conforme a la presente Ley Foral (es decir, menores emancipados y mayores de 16 años). La Comunidad valenciana, en su artículo 17 de la Ley 1/2003 de 28 de enero permite otorgar voluntades anticipadas a la persona mayor de edad o menor emancipada.

⁶¹ Artículo 9.3 a y c: Consentimiento por representación: a. *Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.* c. *Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.*

alternativas posibles de actuación, así como las consecuencias previsibles de cada una”.

Actualmente se admite “*que a partir de los 8 años comienza un lento proceso por el cual el niño va interiorizando las normas, por la progresiva definición de sus propios principios internos, como la justicia y la equidad. Parece existir un cierto consenso respecto a que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral entre los 13 y los 15 años de edad, y casi con seguridad entre los 16 y los 18 años*” (Ogando y García, 2007). También es evidente que la edad que tiene la persona no coincide con la madurez real, aunque hay que determinar en la medida de lo posible, ciertas pautas para ser tenidas en cuenta en el ámbito sanitario, delimitar y ayudar la práctica diaria del profesional de la salud. Por ejemplo, Ruiz (2011) establece tres etapas, que en cierto modo coinciden con lo planteado en la Ley 41/2002:

Primera etapa: desde el nacimiento hasta los 12 años de edad. En ella, el ser humano es dependiente, disminuyendo dicha dependencia a medida que va creciendo. Es durante este periodo cuando los progenitores se encargan de cuidar y proteger a los menores y son los que toman las diferentes decisiones relacionadas con los aspectos de su vida, ya sean educativos, morales, de valores y también sanitarios, todo ello dentro del ejercicio de la patria potestad, cuyo fin último es velar y cuidar por los hijos. Los niños menores de 12 años parecen no tener un sistema de valores propio que les permita valorar lo que pueda ser bueno para ellos en un determinado momento.

Segunda etapa: desde los 12-13 años y hasta a los 16 años. El menor ya quiere que se le tenga en cuenta y manifiesta sus opiniones, aumentando el deseo de hacer valer su propia autonomía. Es alrededor de los 12 años, cuando los adolescentes empiezan a utilizar el pensamiento abstracto, llegando a comprender conceptos como los de causa y efecto y poder determinar hipótesis, así como prever las consecuencias futuras de sus actos. Es decir, tienen algunas de las habilidades necesarias para participar en una toma de decisiones responsable y prudente. En el ámbito sanitario, son los padres los que generalmente toman las decisiones, principalmente cuando se trata de cuestiones importantes, aunque el menor deba ser siempre escuchado.

La *tercera etapa* (16-17 años) cierra la minoría de edad, y en ella la autonomía del menor se asemeja a la de la mayoría de edad, pero siempre bajo la guarda y custodia de los progenitores. En el ámbito sanitario, al mayor de 16 años se le consideraba

genéricamente capaz de tomar decisiones relacionadas con su salud, hasta la entrada en vigor de la Ley 26/2015, que no lo considera apto para decidir ante actuaciones de grave riesgo y, además, somete su capacidad de decisión a criterio del facultativo, en función de su madurez, capacidad emocional e intelectual para comprender el posible alcance de la intervención.

Para evaluar el grado de competencia-madurez del menor se describen varias pruebas, como la escala de competencia de Lleida (EVC) (Espejo y cols. 2011) constituida por 18 situaciones hipotéticas que dan lugar a un dilema moral, con 4 posibles respuestas, dos de ellas preconventionales y otras dos convencionales, según los grados de madurez de Kohlberg (1992) y el criterio de juicio del grupo de expertos que elaboraron dichas situaciones, que podría ser de cierta utilidad en situaciones clínicas de conflicto, junto a la valoración de otros factores como el riesgo o gravedad de la decisión u otros factores contextuales. No obstante, en la actualidad no cuenta con un reconocimiento oficial. Kohlberg clasifica el desarrollo del pensamiento moral en tres niveles, definidos y universales, que representan tres tipos diferentes de relación entre el yo y las reglas o expectativas de la sociedad: nivel preconvencional (el que observamos en la infancia, donde las normas se sienten como impuestas desde el exterior), nivel convencional (relacionado con el adulto o por el adolescente maduro, las normas se identifican con el propio grupo o sistema social) y posconvencional (infrecuente en la adolescencia). Este autor considera que el paso entre los dos primeros niveles se inicia a los 10-12 años, aunque la estabilidad se adquiere más tardíamente.

Hein y cols. (2015) demostraron que la capacidad para la toma de decisiones de los menores de edad en relación con la investigación clínica, podrían evaluarse mediante un instrumento, el MacCAT-CR, que adopta un formato de entrevista semiestructurado que mide los cuatro aspectos de la capacidad de toma de decisiones que reflejan las normas de competencia en la mayoría de las legislaciones (comprensión, razonamiento, apreciación y expresión de una determinada elección) (Appelbaum, 2001). Esta escala no se considera de utilidad en adultos porque las puntuaciones en las subescalas deben ponderarse de forma independiente y bajas puntuaciones en uno de los aspectos puede traducirse como una situación de incompetencia. Según Hein y cols. (2014), los niños de 11,2 años o mayores parecen ser generalmente competentes para decidir sobre la participación como sujetos de una investigación, mientras que los menores de 9,6 años no. En aquellos con una edad entre

9,6 y 11,2 años se situaban en un período de transición. Por ello, la edad resultó ser el factor clave que explica la mayor parte de la variabilidad en la competencia de los niños para consentir, seguida del nivel intelectual (Hein y cols. 2015). El proceso de madurez también depende de la relación entre el niño, los padres y los profesionales sanitarios, y también varía con el estado de la enfermedad (Alderson,1992; Cheah, 2014).

Según establece Galán Cortés (2014) pueden darse diversas situaciones de conflicto de intereses entre la opinión del menor y sus padres o representantes legales, como por ejemplo ante la decisión tomada por un menor de 16 años, en el que existan serias dudas sobre sus condiciones de madurez y su opinión sea diferente de la de sus padres o representantes legales. En estas situaciones, el apartado 9.6 de la Ley 41/2002, tras la aprobación en julio de 2015, de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, señala que *“la decisión debe adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, y en caso contrario deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente”*. En el mismo sentido se pronuncia el artículo 14.4 del Código de Deontología Médica (OMC de España, 2011)⁶², que establece al respecto que *“cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial”*.

La patria potestad es una función al servicio de los hijos que determina, principalmente, deberes a cargo de los padres que prestan asistencia de todo orden, como establece el artículo 39 de nuestra Constitución⁶³. La patria potestad se debe ejercer siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su propia personalidad, y este deber de los padres de velar por sus hijos comprende la vigilancia de los actos del menor para evitar situaciones de peligro moral y físico, cuidando tanto de su salud como de su seguridad personal. El incumplimiento de dicho deber determina la correspondiente responsabilidad que pueda ser exigida. Este incumplimiento puede llevar también a la intervención de la entidad pública competente, bien para declarar una

⁶² Código de Deontología Médica. Guía ética médica. Consejo general de colegios oficiales de médicos. Organización Médica Colegial (OMC). Julio, 2011.

⁶³Artículo 39 de la Constitución Española: 2. *Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales estos ante la Ley con independencia de su filiación y de la madre, cualquiera que sea su estado civil.*3. *Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.*

situación de riesgo y adoptar las medidas de protección oportunas, bien para declarar el desamparo y asumir la tutela administrativa del menor.

Según Gil Membrado (2014), profesora de Derecho Civil de la Universidad de las Islas Baleares, las decisiones sobre el menor que se adopten en relación a su salud deben ser adoptadas por ambos padres. Al respecto señala que en situación de ruptura de los padres, esta situación no afecta a la titularidad y al ejercicio de la patria potestad, en cuanto que el artículo 92 del Código Civil establece que *“la separación, la nulidad y el divorcio no eximen a los padres de las obligaciones para con sus hijos”* y ambos progenitores seguirán compartiendo las decisiones más importantes del menor, y no cabe duda de que las relativas a su salud lo son. Ello implica que la información sanitaria debe proporcionarse a ambos padres y ambos también tienen que decidir acerca de las intervenciones médicas sobre el menor.

En ocasiones, es difícil establecer los límites y los criterios que deben considerarse cuando entran en conflicto las convicciones morales o religiosas de los padres o tutores frente al interés del menor o incapaz, desde el punto de vista de la protección de la salud e integridad física y psíquica de éste y con arreglo a los criterios sociales dominantes y los principios constitucionales. De esta forma, el beneficio del hijo debe ser el criterio relevante que permitirá valorar la oportunidad y el acierto de una decisión, que no tiene por qué ser la misma que la que adoptaría el menor si fuera capaz, pero en ese momento es la mejor para salvaguardar su salud. Esta dificultad es la que, en ocasiones, lleva a acudir a la autoridad judicial cuando el profesional sanitario cree que debe prevalecer su criterio, encaminado siempre a salvaguardar los intereses del menor de edad, en detrimento de una decisión perjudicial para la menor tomada por los padres en base a creencias erróneas.

Al respecto, es preciso destacar la Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002⁶⁴, de 18 de julio, relativa al caso de un menor de 13 años a quien se intenta trasfundir sangre contra su voluntad y contra la opinión de sus progenitores, por motivos religiosos. El centro hospitalario, en lugar de acceder al alta, y amparado por la justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad, ya que la vida del menor peligraba, solicitó autorización del Juzgado de guardia para la práctica de la transfusión, que finalmente fue concedida. Los padres cumplieron dicha autorización

⁶⁴ Sentencia del TC 154/2002, de 18 de julio. BOE núm. 188, de 7/08/2002.

judicial, pero el menor, sin que los padres intervinieran, la rechazó con una actitud de agitación y violencia que ponía en riesgo su vida. El personal sanitario pidió entonces a los padres que trataran de convencer al menor, a lo que se negaron. Después de acudir a otros dos centros hospitalarios, en los que también consideraron imprescindible la transfusión por no haber tratamiento alternativo, y que también fue rechazada por los padres y el menor, regresaron a su domicilio. Como consecuencia del grave deterioro psicofísico, los padres acataron la decisión del Juzgado, y fue trasladado a un hospital cercano, en el que se le realizó la transfusión de sangre, contra la voluntad del menor y sin la oposición de los padres, pero dada su gravedad fue llevado a otro centro hospitalario con signos clínicos de descerebración, donde falleció.

El Tribunal Supremo condenó a los padres por homicidio y por omisión al no convencer a su hijo para que aceptara la transfusión y ser, en este extremo, garantes del mismo, por lo que tendrían que haber adoptado una conducta que permitiera la transfusión de sangre y, por tanto, velar por los intereses de su hijo.

El Tribunal Constitucional, en cambio, admitió el amparo constitucional de los padres al comprender que estaban ejerciendo su derecho fundamental a la libertad religiosa y, en consecuencia, no les era exigible otra conducta. También valora el contenido de la libertad religiosa, entendida como el derecho subjetivo de carácter fundamental que *“garantiza la existencia de un claustro íntimo de creencias y, por tanto, un espacio de autodeterminación intelectual ante el fenómeno religioso, vinculado a la propia personalidad y dignidad individual”*, y que *“faculta a los ciudadanos para actuar con arreglo a sus propias convicciones y mantenerlas frente a terceros”*. Añade, que *“los menores de edad son también titulares del derecho a la libertad religiosa y de culto”*, cuyo ejercicio *“tiene únicamente las limitaciones prescritas por la ley y el respeto de los derechos y libertades fundamentales de los demás”*. Desde la perspectiva del artículo 16 de la Constitución, *“los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales, en este caso, de sus derechos a la libertad de creencias y a su integridad moral, sin que el ejercicio de los mismos y la facultad de disponer sobre ellos se abandonen por entero a lo que al respecto puedan decidir aquellos que tengan atribuida su guarda y custodia o, como en este caso, su patria potestad”*.

Esta Sentencia también otorga significado constitucional a la oposición del menor al tratamiento médico prescrito. Así, en su Fundamento Jurídico 9 señala *“el menor expresó con claridad, en ejercicio de su derecho a la libertad religiosa y de creencias, una voluntad, coincidente con la de sus padres, de exclusión de determinado tratamiento médico”*. Más adelante, señala que *“cobra especial interés el hecho de que, al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejerciendo un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal –como distinto del derecho a la salud o a la vida- y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución Española)”*⁶⁵.

La sentencia concluye con los siguientes extremos: primero, el menor ejercitó varios derechos fundamentales de los que era titular: el derecho a la integridad física y el derecho a la libertad religiosa; segundo, el interés del menor es prevalente, con la tutela de los padres y, en su caso, por los órganos judiciales; tercero, el valor de la vida, en cuanto bien afectado por la propia decisión del menor, que según declara el Tribunal Constitucional, *“en su dimensión objetiva, es un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional y supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendría existencia posible”*⁶⁶. La sentencia analiza también los efectos previsibles de la decisión del menor *“tal decisión reviste los caracteres de definitiva e irreparable, en cuanto conduce, con toda probabilidad a la pérdida de la vida”*. Señala en su Fundamento Jurídico 10, que no hay datos suficientes de los que pueda concluirse con certeza *“que el menor fallecido, de trece años de edad, tuviera la madurez de juicio necesaria para asumir una decisión vital, como la que nos ocupa”*, pero frente a este aspecto la reacción de oposición a la transfusión sí pone de manifiesto la existencia de *“unas convicciones y una consciencia en la decisión por él asumida que, sin duda, no podían ser desconocidas ni por sus padres, a la hora de dar respuesta a los requerimientos posteriores que les fueron hechos, ni por la autoridad judicial, a la hora de valorar la exigibilidad de la conducta de colaboración que se les pedía a éstos”*.

⁶⁵ Artículo 15 de la Constitución Española: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra”*.

⁶⁶ Sentencia del TC 120/1990, de 27 de junio. BOE núm. 181, de 30/07/1990.

Más adelante, y en relación a la ponderación confrontando el derecho a la vida del menor (artículo 15 de la CE) y el derecho a la libertad religiosa y de creencias de los padres (artículo 16.1)⁶⁷, concluye que *“la resolución judicial autorizando la práctica de la transfusión en aras de la preservación de la vida del menor (una vez que los padres se negaran a autorizarla, invocando sus creencias religiosas) no es susceptible de reparo alguno desde la perspectiva constitucional”*, conforme a la cual la vida es *“un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional”*.

Finalmente, y en relación al recurso de amparo de los padres, concluye la sentencia afirmando que *“la exigencia a los padres de una actuación disuasoria o de una actuación permisiva de la transfusión lo es, en realidad, de una actuación que afecta negativamente al propio núcleo o centro de sus convicciones religiosas. Y cabe concluir también que, al propio tiempo, su coherencia con tales convicciones no fue obstáculo para que pusieran al menor en disposición efectiva de que sobre él fuera ejercida la acción tutelar del poder público para salvaguardarla, acción tutelar a cuyo ejercicio en ningún momento se opusieron”*. Añade que la actuación de los padres se encuentra amparada *“por el derecho fundamental a la libertad religiosa. Por ello ha de entenderse vulnerado tal derecho por las Sentencias recurridas en amparo”*.

La Fiscalía General del Estado, en el año 2012, redactó la Circular 1/2012⁶⁸, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave, que determina en sus conclusiones la necesidad de incorporar el criterio subjetivo de madurez del menor junto al objetivo, establecido en la edad. Posteriormente en la modificación de la Ley 41/2002, realizada en 2015, se asume este criterio mixto.

En concreto la citada Circular señala lo siguiente: *“para el supuesto de intervenciones médicas que conlleven grave riesgo para la vida o la salud del menor de 16 años cumplidos, y en las que éste se niegue a ser intervenido y los representantes legales hayan manifestado su deseo para que dicha asistencia tenga lugar, el facultativo debe llevar a cabo la intervención sin necesidad de acudir al órgano*

⁶⁷ Artículo 16.1 de la Constitución Española: *“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la Ley”*.

⁶⁸ Fiscalía General del Estado. Circular 1/2012, de 3 de octubre, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave.

judicial, quedando respaldada jurídicamente dicha decisión por el artículo 9.3 de la Ley 41/2002” –conclusión 4ª- (suponiendo claro está que la decisión de realizar la intervención sea la más adecuada, según el criterio del médico, para preservar la salud del menor), por lo que realiza una modulación en la capacidad de los menores para dar el consentimiento ante actuaciones de grave riesgo sobre su salud o vida (conclusión 3ª de la Circular 1/2012). Ya en su conclusión 1ª determina que “Los menores de 16 años que, a juicio del facultativo, no estén en condiciones de comprender el alcance de la intervención, carecen de capacidad para prestar el consentimiento informado. En estos supuestos el consentimiento para los tratamientos médicos habrá de ser prestado por los representantes legales”.

Como anteriormente hemos comentado, la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en cuya disposición final segunda incorpora los criterios de la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado, modifica el artículo 9.3 de la Ley 41/2002 y crea un nuevo apartado número 4: *“No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”.* Es decir, ante una actuación de grave riesgo, se ha invertido la responsabilidad de la toma de decisiones. No es que tenga que tenerse en cuenta la opinión del padre a la hora de tomar una decisión, es que la decisión debe ser tomada por ellos, ya que ellos son los encargados de velar por la seguridad y el bienestar de sus hijos, y no por el menor, cuya posición queda relegada al derecho a ser oído antes de decidir.

En el supuesto, en el que el menor no ha alcanzado la edad de 16 años y estaría permitido el consentimiento por representación, si el menor manifiesta capacidad suficiente para consentir por sí mismo, al gozar de madurez suficiente para ello según el criterio del facultativo, y, por tanto, ausencia de necesidad de ser representado para consentir, la Fiscalía General del Estado en su conclusión segunda señala: *“También pueden prestarlo los menores de cualquier edad que, a criterio del facultativo, tengan suficiente madurez para consentir. No obstante, como regla general, los menores de menos de 12 años deben ser considerados inmaduros a efectos de prestar el consentimiento informado”.* La Ley 26/2015, de 28 de julio, realiza otra modificación del artículo 9.3, en su apartado c), al suprimir la referencia a los 12 años como límite

etario obligatorio a partir del cual se debe escuchar la opinión del menor cuando se consiente por él y, por extensión, el límite de edad a partir del cual se podría respetar su decisión si el facultativo lo considera maduro. Textualmente dice: “c) *Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión...*”. Esta supresión elimina una referencia importante, mantenida en la Circular 1/2012, que permitía al profesional sanitario establecer como inmaduros a los menores de 12 años, hecho contrastado por los estudios de evaluación de la madurez del menor ya vistos anteriormente. Con esta modificación se generaliza, hacia edades más tempranas y de una forma innecesaria, la valoración de la madurez del menor que debe realizar el profesional sanitario para determinar su capacidad de decisión, así como considera obligatorio escuchar la opinión del menor en cualquier rango de edad.

Según la legislación existente en nuestro país, nos situamos pues ante un criterio esencialmente objetivo en la determinación de la capacidad de obrar del menor en el ámbito sanitario, según la edad del menor, frente a un modelo subjetivo que atienda principalmente a la verdadera capacidad con independencia de la edad (De Montalvo, 2017). Ahora bien, la edad de madurez, como tal, no es idéntica en todos los menores, por lo que habrá menores que a determinada edad mostraran una madurez superior a la de otros a esa misma edad. El criterio objetivo goza de una mayor seguridad jurídica, siendo la seguridad jurídica uno de los principios en los que se sustenta nuestro orden constitucional, como establece el artículo 9.3 de la Constitución. Sin embargo, cabe preguntarse si dicho criterio objetivo cumple con el principio de justicia que exige tratar a cada individuo conforme a lo que se merece, y, por tanto, si se trata por igual a menores que, pese a tener la misma edad, no van a disponer de la misma capacidad de obrar o madurez. Hay que añadir, que la diversidad de actuaciones en el ámbito sanitario es muy amplia, y muchas de las intervenciones médicas o terapéuticas, por su simpleza o por sus escasas complicaciones, y ante unas condiciones suficientes de madurez, podrían ser comprendidas por el menor de edad.

Sentencias, como la de *Gillick Vs Departamento de Salud de West Norfolk y Wisbech*⁶⁹, dan a entender que la frontera de los 16 años para alcanzar la madurez no

⁶⁹ Sentencia dictada por la Cámara de los Lores en el caso *Gillick vs Departamento de Salud de West Norfolk y Wisbech* (1985) en la que, a pesar de que la *Family Law Reform Act* de 1969 establecía en su artículo 8 la

debe ser entendida como una franja etaria inquebrantable y que, frente al criterio de la edad, debe prevalecer el de la madurez del menor, perdiendo su razón de ser la figura del representante legal (más allá del ejercicio adecuado de la patria potestad), siempre y cuando fueran considerados competentes por su médico (lo que se ha venido a llamar en el derecho anglosajón, “*the ruling Gillick*”). El que se establezca legalmente un límite de edad no significa que por debajo de esa edad no se esté capacitado para decidir uno mismo sobre su salud y, en este sentido, el representante legal debe ser capaz de interpretar el proceso madurativo del menor representado ya que nadie mejor que él tendrá conocimiento de la personalidad y capacidades de dicho sujeto. Por esta razón, algunos autores, como Galán Cortés (2014) postulan la incorporación de un modelo subjetivo que atendiera a la madurez real del menor y no tanto a la edad o, al menos, un modelo mixto en el que se pudieran conjugar ambos elementos, edad y madurez real.

Tal posición puede ser entendida como consecuencia de la lectura del artículo 9 de la ley 41/2002 que establece que “*Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: (...) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor*”. Entonces, si nos planteamos la lectura de este enunciado en sentido opuesto, podríamos deducir que cuando el menor de edad, independientemente de su edad, sea capaz de comprender el alcance de la intervención no tendrá sentido el consentimiento por representación.

Una cuestión que en el momento actual es objeto de debate son aquellas situaciones en las que los padres se niegan a vacunar a sus hijos (Gil Membrado, 2018; Ciesco, 2019). Los padres o tutores serán los responsables de decidir si vacunar o no al menor a su cargo, según establece el calendario oficial. Esta esfera de libertad deriva derechamente de la autonomía en el ejercicio de las responsabilidades parentales (Ciesco, 2019). Al respecto, hemos de recordar lo que establece la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor en su artículo 17.10: «*La negativa de los progenitores,*

edad de 16 años para la concesión de capacidad de actuación en el ámbito sanitario declaró la capacidad de unas adolescentes menores de 16 años para recibir el tratamiento anticonceptivo puesto que comprendían el alcance y finalidad de dicho tratamiento. Posteriormente esta decisión fue minada por otra, la conocida como decisión Donaldson de 1991, por la que se permitía a los padres anular la competencia de un niño que rechazara un tratamiento.

tutores, guardadores o acogedores a prestar el consentimiento respecto de los tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica de un menor constituye una situación de riesgo. En tales casos, las autoridades sanitarias, pondrán inmediatamente en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, tales situaciones a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor».

Ante el riesgo para la vida o integridad física o psíquica de un menor la voluntad de los padres deberá plegarse a la necesidad del tratamiento médico y ante el rechazo parental a la vacunación pediátrica en un supuesto dado compromete la salud del menor, es indudable que recae sobre el profesional sanitario el deber de intervenir, denunciando sin falta la situación a fin de que se activen los mecanismos de protección, tal y como recoge el art. 13.1 de la Ley de Protección Jurídica del Menor: *«Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise»*

Su analizamos pronunciamientos judiciales en litigios que se ocupan de situaciones de desprotección de los menores, comprobaremos que referencias a la vacunación están presentes y que se valora sobre si hay un correcto ejercicio del deber parental de velar por la salud del menor. Al respecto son ejemplos las siguientes sentencias: SAP de Jaén de 24 de septiembre de 2014 (recurso 655/2014); SAP de Murcia de 7 de julio de 2016 (recurso 338/2016); SAP de Barcelona de 2 de diciembre de 2016 (recurso 607/2016); y SAP de Madrid de 10 de julio de 2017 (recurso 620/2017).

Ante situaciones de conflicto entre derechos fundamentales donde esté implicado el menor de edad podemos concluir, según establece la Fiscalía General del Estado, que debe primar el derecho a la vida. Así pues, si el menor toma una decisión que va en defensa de su vida o su salud, se debe entender que posee la madurez suficiente para consentir y, en caso contrario, la decisión quedará en manos de sus representantes legales o de la propia Justicia, independientemente de que sea mayor o menor de 16 años. La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, como anteriormente hemos comentado, ha

introducido importantes cambios en el artículo 9 de la Ley 41/2002, cuando el menor se encuentra ante una situación de grave riesgo, siendo los padres o representantes legales quienes otorgan el consentimiento.

Según hemos comentado, como consecuencia de la publicación en el BOE de 22 de septiembre de la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, se modificó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Las menores de edad no podrán prestar su consentimiento ocultándoselo a sus padres. Así, si una menor quiere realizar una interrupción voluntaria de su embarazo necesitará junto a la manifestación de su voluntad, el expreso consentimiento de los titulares de la patria potestad.

Con todo lo descrito y exceptuando la última situación, la Ley hace partícipe al menor dándole voluntad para que sea escuchado y junto con sus padres o representantes tomar las decisiones más adecuadas. Así se le insta para su propio aprendizaje y su adecuada preparación para la vida adulta o, incluso, para obtener la máxima información y posibles elementos de juicio, para que los que tengan que decidir, sean padres, tutores o administradores o juez, adopten una decisión lo más acorde posible con sus intereses. Es a partir de los 16 años (mayoría de edad sanitaria) cuando se le reconoce la capacidad casi plena para la toma de decisiones en el ámbito sanitario, con las matizaciones anteriormente comentadas.

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVOS

La práctica deportiva durante la edad escolar es de gran importancia para la formación global de la persona y decisiva para la implantación de estilos de vida activa y saludable, sin embargo, también conlleva la posibilidad de que se produzcan repercusiones negativas sobre la integridad de la persona, como consecuencia de las lesiones que pueden surgir.

En el ámbito deportivo, la idea general es que el deportista asume los riesgos inherentes a la práctica de la actividad, por lo que la información previa y el proceso de toma de decisiones adquieren una gran relevancia. Consideramos, por tanto, que se cumplen los requisitos que, en el ámbito sanitario, contempla la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por esta razón la mediación del consentimiento en el ámbito de las lesiones se encuentra íntimamente ligada a la disponibilidad sobre el propio cuerpo en el entorno de la salud.

A su vez, el reconocimiento de la capacidad de decisión del menor de edad en la esfera social y jurídica es objeto de polémica en muchas situaciones y ocasiona cierta inseguridad jurídica para quienes tienen que considerar como válidos sus opciones y deseos, para ser tenidos en cuenta. El Derecho ha prestado una especial atención al proceso de toma de decisiones en aspectos que afectan a la salud del menor, planteándose importantes interrogantes, en un momento en que también los cambios en los modelos familiares son evidentes.

A título personal, con 16 años sufrí una importante lesión practicando atletismo a nivel federado de alta competición y no recibí información alguna sobre el riesgo de posibles recaídas o secuelas y decidí abandonar la práctica deportiva. En la actualidad, como consecuencia de mi ejercicio profesional como fisioterapeuta vinculada al deporte base, me encuentro ante el mismo escenario de hace años: insuficiente cumplimiento de reconocimientos médicos, escasa información a los deportistas sobre los posibles riesgos en determinados entrenamientos o prácticas deportivas y la prevención de lesiones, elevados niveles de presión competitiva, etc.

Por estas razones nos hemos planteado el desarrollo de esta memoria doctoral mediante el que como objetivo general pretendemos conocer en menores de edad, las opiniones y percepciones sobre las condiciones en las que practican deporte de forma habitual y la edad que consideran adecuada para tomar decisiones, no sólo en relación al deporte sino a cuestiones que afectan a su salud.

Como objetivos específicos nos planteamos analizar:

- diferentes aspectos que afecten a la salud y que pueden interferir en la práctica deportiva como son los patrones de consumo de sustancias tóxicas, material deportivo, instalaciones, afectación sobre el rendimiento escolar, exámenes médicos realizados;
- la percepción de los menores sobre cuestiones que afecten al derecho a la información y proceso de toma de decisiones para la práctica deportiva.

CAPITULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

I. PROCEDIMIENTO, PARTICIPANTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo en menores de edad, entre 12 y 17 años cumplidos que practican fútbol y atletismo de manera regular y que se encuentran en categorías de liga Nacional, División de Honor, Autonómica o compitiendo a nivel nacional, domiciliados en Cartagena (Murcia) entre los meses de enero y diciembre de 2016.

En el momento de realizar el estudio, la población teórica o diana está compuesta por 302 sujetos. En nuestro estudio la muestra analizada consta de 173 sujetos (118 varones y 34 mujeres) con una edad media de 15,02 años (desviación estándar 1,66; rango 12 a 17 años). La distribución en función de la edad se representa en la Tabla 1.

Tabla 1. Edad del sujeto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12	12	6,9	6,9	6,9
13	26	15,0	15,0	22,0
14	27	15,6	15,6	37,6
15	34	19,7	19,7	57,2
16	28	16,2	16,2	73,4
17	46	26,6	26,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

La variable edad fue agrupada para el tratamiento estadístico según los grupos establecidos en la siguiente tabla:

Tabla 2. Variable “edad” por grupos de edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12 – 13	38	21,9	21,9	21,9
14 – 15	61	35,3	35,3	57,2
16 – 17	74	42,8	42,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Se administró un cuestionario de 101 preguntas cerradas, que fue validado, que incluyen variables personales y sociodemográficas, nivel educativo, cuestiones específicas de la práctica deportiva y cuestiones que evalúan la información sobre riesgos de su práctica.

Para la redacción de los ítems que componen el cuestionario se realizó una previa tormenta de ideas, para elegir las preguntas y el diseño de un borrador de cuestionario, que sirvió de pretest mediante el que se entrevistó a 15 menores, con un doble objetivo: conocer si era necesario modificar, añadir o eliminar preguntas y detectar fallos o limitaciones de la entrevista y/o del entrevistador. Una vez revisado el cuestionario se administró a una nueva muestra de 20 sujetos, seleccionados mediante muestreo consecutivo para obtener el cuestionario definitivo. Estos cuestionarios fueron desechados.

El cuestionario fue contestado junto a la autora de este estudio que actuó como entrevistadora, ya que se decidió que era lo más eficiente, en tiempo y resultado, pero manteniéndose alejado de cualquier tipo de influencia en las respuestas de los individuos participantes, limitándose a aclarar algunas de las dudas surgidas. La cumplimentación de los cuestionarios tuvo una duración aproximada de 20-30 minutos.

Los menores objeto del estudio fueron informados sobre los objetivos de la investigación y fue solicitada su aceptación a formar parte de la muestra. Se les explicó el contenido del cuestionario y se les instó a formular las cuestiones y plantear las dudas sobre su cumplimentación. Así mismo, los padres cumplimentaron un documento de

consentimiento informado aprobando o rechazando la participación de sus hijos en el estudio.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- Sujetos con 12 años cumplidos y menores de 18, que practican deportes federados y de manera regular.
- Menores de edad que desean participar voluntariamente en la entrevista y que poseen el consentimiento de sus padres.

Como criterios de exclusión fueron tenidos en cuenta la negativa, por parte del menor o de sus padres o representantes a participar en el estudio (N=12) o la inconsistencia en las respuestas (N=3).

La edad media de los menores de edad participantes en el estudio fue de 15,02 años, todos ellos con 12 años cumplidos y menores de 18. El 18,3% de los menores fueron mujeres, ninguno se encontraba casado ni vivía fuera del hogar familiar.

Para la selección de la muestra el único criterio, aparte de los ya mencionados previamente, fue la participación voluntaria.

La entrevista individual se desarrolló en una sala aislada del club o centro deportivo, y en un ambiente tranquilo, sin interrupciones, informando al menor sobre los objetivos del estudio. Se le aseguró la confidencialidad de la información recogida.

Este estudio se ha desarrollado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de aquellos requerimientos legales imprescindibles para su elaboración. Aparte de la obtención de la aprobación de los menores y del consentimiento informado de sus padres, en todo momento se ha respetado la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado, de acuerdo con la legislación sobre protección de datos de carácter personal.

Se ha tenido un cuidado especial en el cumplimiento de los aspectos siguientes legales y éticos:

- confidencialidad y custodia de todos los datos recogidos en el estudio en lugar seguro, siendo imposible que alguna persona ajena al equipo de investigación pueda acceder al uso de los mismos;

- inocuidad de los resultados obtenidos.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia (Vicerrectorado de Investigación y Transferencia). Universidad de Murcia.

II. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows, en el Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia.

Después de la depuración inicial, buscando los valores que estaban fuera de rango y las incoherencias entre variables, se realizó un análisis descriptivo y para el estudio de la relación entre diversas variables cualitativas y para la comparación de los correspondientes porcentajes entre los diversos grupos formados, se realizó un análisis de tablas de contingencia mediante el test Chi-cuadrado de Pearson. También hemos comprobado la correlación significativa existente entre las diferentes variables utilizando el procedimiento de correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de correlación de Pearson con sus niveles de significación. El coeficiente de correlación de Pearson es una medida de asociación lineal.

III. CUESTIONARIO.

El cuestionario se ha dividido en diferentes bloques donde hemos preguntado características sociodemográficas, cuestiones relacionadas con el consumo de tóxicos y con el deporte específico que se realiza, así como la toma de decisiones para practicar dicho deporte y las lesiones padecidas. También hemos realizado cuestiones relacionadas con el derecho a la información y sobre la edad adecuada que se cree para ser informado o tomar decisiones sobre distintos aspectos que le atañen.

III.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. Edad (años).
2. Sexo:
 - a) Hombre.
 - b) Mujer.
3. Lugar de residencia.
 - a) Periferia.
 - b) Núcleo urbano.
4. ¿Cuántos hermanos sois?.
5. ¿Cuál es la posición que ocupas entre tus hermanos?.
6. ¿Profesión del padre?.
7. ¿Profesión de la madre?.
8. ¿Hay antecedentes deportivos en la familia?.
 - a) Sí.
 - b) No.

III.2. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TÓXICOS.

9. ¿Consumes alcohol?.
 - a) Sí.
 - b) No.

Si tu respuesta es afirmativa contesta a las dos siguientes preguntas:

10. ¿Con qué frecuencia bebes alcohol?.
 - a) Fines de semana.
 - b) Diariamente.
 - c) En ocasiones.

11. ¿Sabes tus padres que bebes alcohol?.

a) Sí.

b) No.

12. ¿Fumas?.

a) Sí.

b) No.

Si tu respuesta es afirmativa contesta a las dos siguientes preguntas:

13. ¿Con qué frecuencia fumas?.

a) Fines de semana.

b) Diariamente.

c) En ocasiones.

14. ¿Sabes tus padres que fumas?.

a) Sí.

b) No.

15. ¿Has consumido alguna vez algún tipo de sustancia estimulante?.

a) Sí.

b) No.

Si tu respuesta es afirmativa,

16. ¿Cuándo has consumido sustancias estimulantes?.

a) Fuera del deporte.

b) Dentro del deporte.

c) Ambas.

17. Dentro de tu ambiente deportivo, ¿te han ofrecido alguna vez este tipo de sustancias?.

a) Sí.

b) No.

18. ¿Sabes realmente los riesgos que conlleva la utilización de estas sustancias estimulantes?.

a) Sí.

b) No.

III.3. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA

19. ¿Qué deporte practicas?.

20. ¿Cuánto tiempo llevas practicándolo?.

a) Hasta 5 años.

b) De 6 a 10 años.

c) Más de 10 años.

21. ¿Cuántas horas a la semana practicas tu deporte?.

a) Menos de 5 horas.

b) De 5 a 10 horas.

c) Más de 10 horas.

22. ¿Has practicado algún deporte anteriormente al actual?.

a) Ninguno.

b) Sí, un deporte.

c) Sí, más de un deporte.

Si tu respuesta es afirmativa,

23. ¿Cuál fue el motivo por el que cambió de realizar la práctica deportiva anterior?.

- a) Ninguno.
- b) Motivos externos.
- c) Falta de motivación.
- d) Ambos.

24. ¿Cuál es tu motivación para practicar tu deporte?.

- a) Muy alta.
- b) Alta.
- c) Media.
- d) Baja.
- e) Ninguna.

25. ¿Cuál es tu rendimiento escolar?.

- a) Muy bueno.
- b) Bueno.
- c) Medio.
- d) Bajo.
- e) Muy bajo.

26. ¿Afecta la práctica de tu deporte al rendimiento escolar?.

- a) Sí.
- b) No.

27. ¿Cómo valoras las instalaciones escolares?.

- a) Muy buenas.
- b) Buenas.
- c) Regulares.
- d) Malas.
- e) Muy malas.

28. ¿Cómo valoras el material escolar?.

- a) Muy bueno.
- b) Bueno.
- c) Regulares.
- d) Malo.
- e) Muy malo.

29. En tu deporte, ¿cómo valoras las instalaciones?.

- a) Muy buenas.
- b) Buenas.
- c) Regulares.
- d) Malas.
- e) Muy malas.

30. En tu deporte, ¿cómo valoras el material ajeno (del propio deporte)?.

- a) Muy bueno.
- b) Bueno.
- c) Regular.
- d) Malo.
- e) Muy malo.

31. En tu deporte, ¿cómo valoras el material propio?.

- a) Muy bueno.
- b) Bueno.
- c) Regular.
- d) Malo.
- e) Muy malo.

32. ¿Cómo valoras el nivel de preparación del equipo técnico deportivo que está responsable de tu actividad?.

- a) Muy bueno.
- b) Bueno.
- c) Regular.
- d) Malo.
- e) Muy malo.

33. ¿Conoce tu madre el deporte escolar que practicas?.

- a) Sí.
- b) No.

34. ¿Conoce tu madre el deporte extraescolar que practicas?.

- a) Sí.
- b) No.

35. ¿Conoce tu padre el deporte escolar que practicas?.

- a) Sí.
- b) No.

36. ¿Conoce tu padre el deporte extraescolar que practicas?.

- a) Sí.
- b) No.

37. ¿Por qué te iniciaste en el deporte que estás practicando?.

- a) Decisión propia.
- b) Decisión padre/madre.
- c) Decisión propia y familiar.

38. ¿Cómo acudes al lugar de la práctica deportiva?.

- a) Sólo.
- b) Acompañado.

39. ¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte?.

- a) Sí.
- b) No.

40. ¿Te ha informado alguien previamente del deporte que practicas?.

- a) Sí.
- b) No.

Si tu respuesta es afirmativa contesta a las dos siguientes preguntas:

41. ¿De dónde procede la información que te han proporcionado sobre tu práctica deportiva?.

- a) Entrenador.
- b) Familiar.
- c) Amigos.
- d) Más de uno.
- e) Otros.

42. ¿Cómo te han transmitido la información sobre la misma?.

- a) Material audiovisual.
- b) Verbal.
- c) Dos anteriores.
- d) Otros.
- e) Más de uno.

43. ¿Sabes si tus padres han recibido información sobre el deporte que practicas?.

- a) Sí.
- b) No.

III.4. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA TOMA DE DECISIONES PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE.

44. ¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?.

- a) Sí.
- b) No.

Si tu respuesta es afirmativa contesta las dos siguientes preguntas:

45. ¿Sabes lo que has firmado?.

- a) Sí.
- b) No.

46. ¿Saben tus padres lo que has firmado?.

- a) Sí.
- b) No.

47. ¿Te han hecho algún reconocimiento sanitario / médico previo a la práctica deportiva?.

a) Sí.

b) No.

Si tu respuesta es afirmativa contesta a las siguientes cuatro preguntas:

48. ¿Te han informado de lo que consta ese reconocimiento?.

a) Sí.

b) No.

49. ¿Sabes si tus padres han recibido información del reconocimiento médico?.

a) Sí.

b) No.

50. ¿Has recibido información de los resultados del reconocimiento médico?.

a) Sí.

b) No.

51. ¿Sabes si han informado a tus padres de los resultados del reconocimiento médico?.

a) Sí.

b) No.

52. ¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva?.

a) Sí.

b) No.

53. ¿Has recibido información de los riesgos de la práctica deportiva?.

a) Sí.

b) No.

54. ¿Te gustaría mantenerte informado de los riesgos de la práctica deportiva?.

a) Sí.

b) No.

55. ¿Te gustaría recibir información de cómo actuar ante un accidente deportivo?.

a) Sí.

b) No.

III.5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LESIONES PADECIDAS DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

56. ¿Has sufrido alguna lesión durante la práctica de tu deporte?

a) Sí.

b) No.

57. ¿Qué persona te atiende en un primer momento ante una lesión?.

a) Familiar.

b) Entrenador.

c) Amigo.

d) Médico.

e) Fisioterapeuta.

f) Enfermero.

g) Otro.

h) Más de uno.

58. ¿Dónde has sufrido más lesiones?:

a) En la práctica de mi deporte.

b) Fuera de mi deporte.

59. ¿Te atiende el mismo profesional en los entrenamientos que en las competiciones deportivas?.

a) Sí.

b) No.

60. ¿Has tenido falta de asistencia escolar por tu lesión (al menos un día)?.

a) Sí.

b) No.

Si tu respuesta es afirmativa,

61. ¿Cuánto tiempo te has ausentado? (en días).

62. ¿Te han informado del tipo de lesión padecida en tu deporte?.

a) Sí.

b) No.

63. ¿Sabes si han informado a tus padres del tipo de lesión?.

a) Sí.

b) No.

64. ¿Dónde acudes normalmente cuando tienes una lesión?.

a) En las propias instalaciones deportivas.

b) Centro médico público.

c) Centro médico privado.

d) Más de uno.

65. ¿Te informas antes de acudir si el profesional que te va a atender está cualificado para tratarte?.

a) Sí.

b) No.

66. ¿Sueles seguir los consejos del profesional que te atiende?.

a) Sí.

b) No.

67. ¿Conoces los riesgos de ser tratado por una persona no cualificada?.

a) Sí.

b) No.

68. ¿Has ocultado alguna vez alguna lesión?.

a) Sí.

b) No.

Si tu respuesta es afirmativa responde a la siguiente pregunta:

69. ¿A quién has ocultado tu lesión?.

a) Padres.

b) Amigos.

c) Entrenador.

d) Sanitario.

e) Todos.

70. ¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión?.

a) Sí.

b) No.

71. ¿Tienes acceso a medicamentos (sprays, cremas, pastillas,etc.)en el lugar donde realizas tu actividad deportiva?.

a) Sí.

b) No.

72. ¿Has utilizado alguno de estos medicamentos sin consultárselo al profesional sanitario?.

a) Sí.

b) No.

III.6. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DERECHO A LA INFORMACION.

73. En el caso de que estuvieses enfermo, ¿te gustaría tener información de la enfermedad que padeces?.

a) Sí.

b) No.

74. ¿Sabes si tienes derecho a recibir información sobre tu enfermedad?.

a) Sí.

b) No.

75. ¿Sabes si tienes derecho a recibir información ante una intervención quirúrgica que te fueran a realizar?.

a) Sí.

b) No.

76. ¿Te gustaría que tus padres sean informados cuando tengas una enfermedad?.

a) Sí.

b) No.

77. ¿Sabes si tienes derecho a la confidencialidad de tu lesión?.

a) Sí.

b) No.

78. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados de tus lesiones?.

a) Sí.

b) No.

79. ¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas?.

a) Sí.

b) No.

80. ¿Sabes si puedes opinar en cualquier momento sobre practicar o no tu deporte?.

a) Sí.

b) No.

81. En el caso de que te lesiones ¿Sabes si existe algún derecho que te permita opinar sobre cómo quieres que te traten la lesión?.

a) Sí.

b) No.

82. En el caso de que tenga que tratarte el médico, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre la medicación que te administran?.

a) Sí.

b) No.

83. En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?.

a) Sí.

b) No.

84. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus cuidados de salud?.

a) Sí.

b) No.

85. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus hábitos higiénicos?.

a) Sí.

b) No.

86. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus dietas alimentarias?.

a) Sí.

b) No.

87. En el caso de que padezcas una enfermedad infecciosa ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?.

a) Sí.

b) No.

88. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre aspectos relacionadas con tu sexualidad?.

a) Sí.

b) No.

89. En el caso de que tengas que ser operado de urgencia, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?.

a) Sí.

b) No.

90. Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.

a) Sí.

b) No.

91. Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.

a) Sí.

b) No.

III.7. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA EDAD ADECUADA PARA SER INFORMADO Y/O TOMAR UNA DECISIÓN.

92. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu deporte?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

93. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu enfermedad?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

94. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado de los riesgos de tener una lesión?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

95. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre una posible medicación suministrada?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

96. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tus cuidados de salud?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

97. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado de tu sexualidad?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

98. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre hábitos higiénicos?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

99. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para dar tu opinión en general?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

100. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para independizarte?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

101. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para que te hagan caso?.

- a) 11 años cumplidos.
- b) 12 -15 años.
- c) 16 -17 años.
- d) 18 años o más.
- e) No sé.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Sabemos de la complejidad que un análisis pormenorizado conlleva, ya que el gran número de variables y su representación en tablas y figuras, que puede obstruir el fácil seguimiento de los todos los resultados obtenidos. Hemos intentado evitar un análisis excesivamente minucioso que produzca un distanciamiento de los objetivos que en un principio se habrían propuesto en la presente Memoria Doctoral. Por esta razón, vamos a intentar una sistematización en la exposición de los mismos, para facilitar su lectura y comprensión.

Empezaremos mostrando los resultados descriptivos de la muestra investigada, a través del análisis de las frecuencias absolutas y también de los porcentajes o frecuencias relativas.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL SUJETO

Aparte de la edad y el género de los sujetos que han participado en el estudio, anteriormente descritos en el apartado de material y métodos, procedemos a describir las variables sociodemográficas. En lo que respecta al lugar de residencia el 80,3% de los menores reside en el núcleo urbano de Cartagena. (Tabla 3)

Tabla 3. Lugar de residencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Periferia	34	19,7	19,7	19,7
Núcleo urbano	139	80,3	80,3	100,0
Total	173	100,0	100,0	

En lo que respecta al número de hermanos y la posición que ocupa el menor entre ellos predominan las familias con dos hermanos (43,9%) y siguiendo en porcentaje con tres hermanos el 30,1% (Tabla 4). En la posición entre los hermanos, encontramos que el sujeto encuestado es el mayor en el 35,8% de las ocasiones (Tabla 5).

Tabla 4. ¿Cuántos hermanos sois?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	13	7,5	7,5	7,5
2	76	43,9	43,9	51,4
3	52	30,1	30,1	81,5
4	27	15,6	15,6	97,1
5	3	1,7	1,7	98,8
6	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 5. ¿Cuál es la posición que ocupas entre tus hermanos?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	62	35,8	35,8	35,8
2	57	32,9	32,9	68,8
3	42	24,3	24,3	93,1
4	9	5,2	5,2	98,3
5	1	0,6	0,6	98,8
6	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

En las Tablas 6 y 7 se exponen las actividades profesionales del padre y de la madre. En el caso de los padres predominan los funcionarios (17,3%), la actividad industrial (16,2%) y militar (12,7%). En el de las madres las actividades propias del hogar (56,6%).

Tabla 6. Profesión del padre.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin padre conocido /fallecido	18	10,4	10,4	10,4
No conoce profesión	3	1,7	1,7	12,1
Construcción	13	7,5	7,5	19,7
Hostelería	7	4,0	4,0	23,7
Transporte	11	6,4	6,4	30,1
Empresario / comercial	19	11,0	11,0	41,0
Industria	28	16,2	16,2	57,2
Agricultura	4	2,3	2,3	59,5
Funcionario	30	17,3	17,3	76,9
Sanitario	6	3,5	3,5	80,3
Obrero no cualificado	2	1,2	1,2	81,5
Militar	22	12,7	12,7	94,2
Marinero	2	1,2	1,2	95,4
Abogado	2	1,2	1,2	96,5
Economista	2	1,2	1,2	97,7
Político	2	1,2	1,2	98,8
Pensionista	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 7. Profesión de la madre.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin madre conocida /fallecida	16	9,2	9,2	9,2
Actividades del hogar	98	56,6	56,6	65,9
Hostelería	3	1,7	1,7	67,6
Empresaria/ comercial	9	5,2	5,2	72,8
Industria	3	1,7	1,7	74,6
Agricultura	2	1,2	1,2	75,7
Funcionaria	23	13,3	13,3	89,0
Actividades domésticas remuneradas	7	4,0	4,0	93,1
Sanitaria	10	5,8	5,8	98,8
Obrera no cualificada	1	0,6	0,6	99,4
Marinera	1	0,6	0,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Hemos preguntado si existe algún antecedente deportivo de los miembros de la familia, contestando de forma afirmativa en el 65,9% de los casos. (Tabla 8).

Tabla 8. ¿Hay antecedentes deportivos en la familia?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc*	4	2,3	2,3	2,3
Sí	114	65,9	65,9	68,2
No	55	31,8	31,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

*(Ns/Nc: No sabe/No contesta).

II. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TÓXICOS.

Dentro de este apartado de consumo de tóxicos, hemos analizado los hábitos de consumo de alcohol y tabaco en el menor (Gráfico 5 y Tabla 9). Los resultados muestran que el 54,3% de los menores refiere consumir alcohol y el 12,1% tabaco.

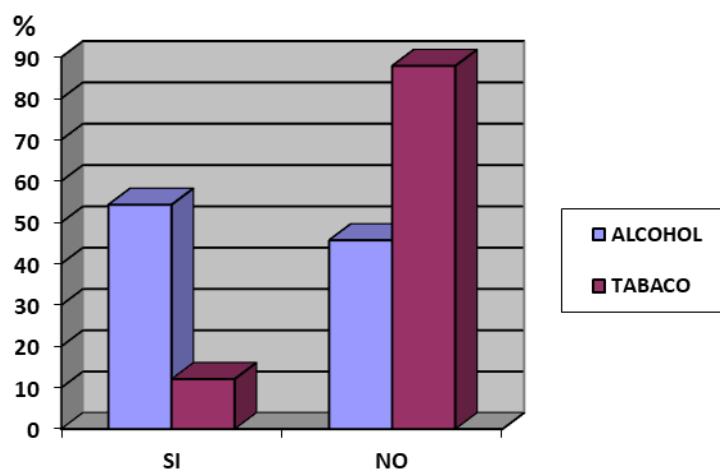
Figura 5. Consumo propio de alcohol y tabaco.

Tabla 9. Consumo propio de tabaco y alcohol.

	Alcohol		Tabaco	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	94	54,3	21	12,1
No	79	45,7	152	87,9
Total	173	100,0	173	100

En lo que respecta a los patrones de consumo de alcohol, el 35,1% de los que lo consumen (N=94) lo hacen de forma ocasional, el 19,1% concentrado el fin de semana y de forma diaria el 3,5% de los menores (Tabla 10).

Se les ha preguntado a estos menores que consumen (N=94), si los padres tienen conocimiento de estos hábitos, contestando el 63,8% de forma afirmativa en relación al consumo de alcohol (Tabla 11).

Tabla 10. ¿Con qué frecuencia bebes alcohol? (N=94).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fines de semana	33	35,1	35,1	35,1
Diariamente	6	6,4	6,4	41,5
En ocasiones	55	55,8	55,8	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Tabla 11. ¿Sabes tus padres que bebes alcohol? (N=94).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	60	63,8	63,8	63,8
No	34	36,2	36,2	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Analizando los resultados del consumo de tabaco, recordamos que el 12,1% del total de la muestra fuma (N=21). Si estudiamos los resultados referentes a la frecuencia de consumo, el 5,8% del total de la muestra fuman diariamente. Si consideramos sólo los sujetos que fuman (N= 21), este porcentaje es del 47,6% (Tabla 12).

En la cuestión si los padres tienen conocimiento del consumo de tabaco por parte del menor y teniendo en cuenta sólo los que fuman (N=21), el 66,7% contesta de forma negativa (Tabla 13).

Tabla 12. ¿Con qué frecuencia fumas? (N=21).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Diariamente	10	47,6	47,6	47,6
En ocasiones	11	52,4	52,4	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Tabla 13. ¿Conocen tus padres si consumes tabaco? (N=21).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	9	33,3	33,3	33,3
No	12	66,7	66,7	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Dentro de este apartado relacionado con cuestiones de consumo de tóxicos, se le ha preguntado sobre el posible consumo de sustancias estimulantes, contestando afirmativamente el 12,1 % (Tabla 14). De ellos, 10 menores la consumían dentro de la práctica deportiva (Tabla 15). El 8,1% (14 menores) del total de la muestra estudiada contesta que le han ofrecido este tipo de sustancias en el ámbito de su deporte (Tabla 16) y el 31,8% (55 menores) asegura no conocer los verdaderos riesgos que conlleva el consumo de dichas sustancias estimulantes (Tabla 17).

Tabla 14. ¿Has consumido alguna vez algún tipo de sustancia estimulante?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	21	12,1	12,1	12,1
No	152	87,8	87,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 15. ¿Cuándo has consumido sustancias estimulantes? (N=21).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fuera del deporte	11	52,4	52,4	52,4
Dentro del deporte	1	4,8	4,8	57,2
Ambas	9	42,8	52,4	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Tabla 16. Dentro de tu ambiente deportivo, ¿te han ofrecido alguna vez este tipo de sustancias?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	14	8,1	8,1	8,1
No	159	91,9	91,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 17. ¿Sabes realmente los riesgos que conlleva la utilización de estas sustancias estimulantes?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	118	68,2	68,2	68,2
No	55	31,8	31,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

III. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DEPORTIVA (ESCOLAR Y EXTRAESCOLAR)

El deporte más practicado por los menores de nuestra muestra es el fútbol (82,1%), seguido del atletismo (17,9%) (Tabla 18) con una antigüedad de 5 años o inferior del 54,9% (Tabla 19).

El 81% de los encuestados practica entre 5 y 10 horas a la semana (Tabla 20).

Tabla 18. ¿Qué deporte practicas?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fútbol	142	82,1	82,1	82,1
Atletismo	31	17,9	17,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 19. ¿Cuánto tiempo llevas practicándolo?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta 5 años	95	54,9	54,9	54,9
De 6 a 10 años	74	42,7	42,7	97,7
Más de 10 años	4	2,4	2,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 20. ¿Cuántas horas a la semana practicas tu deporte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 5 horas	26	15	15	15
5-10 horas	140	81	81	96
Más de 10 horas	7	4	4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

El 54,3% practicaba al menos un deporte diferente al actual con anterioridad (Tabla 21), siendo la falta de motivación, en el 63,8% de los casos (N=94), una de las causas del cambio de práctica deportiva (Tabla 22). El 15,6% (27 casos) de los menores contesta que practican otro deporte, aparte del considerado como principal.

En el deporte actual encontramos un 83,8 % (Tabla 23) de los encuestados con una motivación alta o muy alta. En lo referente al rendimiento escolar afirman que es bueno o muy bueno en el 31,2% de los encuestados y un rendimiento medio en el 34,7% (Tabla 24). El 21,4 % de los menores afirma que la práctica de su deporte les afecta a su propio rendimiento escolar (Tabla 25).

Tabla 21. ¿Has practicado algún deporte anteriormente al actual?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	79	45,7	45,7	45,7
Un deporte	54	31,2	31,2	76,9
Más de un deporte	40	23,1	23,1	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 22. ¿Cuál fue el motivo por el que cambió de realizar la práctica deportiva anterior? (N=94).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	11	11,7	11,7	11,7
Motivos externos	18	19,2	19,2	30,9
Falta de motivación	60	63,8	63,8	94,7
Ambos	5	5,3	5,3	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Tabla 23. ¿Cuál es tu motivación para practicar tu deporte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	1	0,6	0,6	0,6
Muy alta	73	42,2	42,2	42,8
Alta	72	41,6	41,6	84,4
Media	23	13,3	13,3	97,7
Baja	2	1,2	1,2	98,8
Ninguna	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 24. ¿Cuál es tu rendimiento escolar?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bueno	10	5,8	5,8	5,8
Bueno	44	25,4	25,4	31,2
Medio	60	34,7	34,7	65,9
Bajo	51	29,5	29,5	95,4
Muy bajo	8	4,6	4,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 25. ¿Afecta la práctica de tu deporte al rendimiento escolar?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	37	21,4	21,4	21,4
No	136	78,7	78,7	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Hemos incluido en el estudio cuestiones relacionadas con el grado de valoración que los menores otorgan al material deportivo propio, escolar y el que se emplea en la actividad deportiva. También cómo valoran las instalaciones, tanto las escolares como las que se realizan los entrenamientos, así como al equipo técnico que le entrena. (Tabla 26).

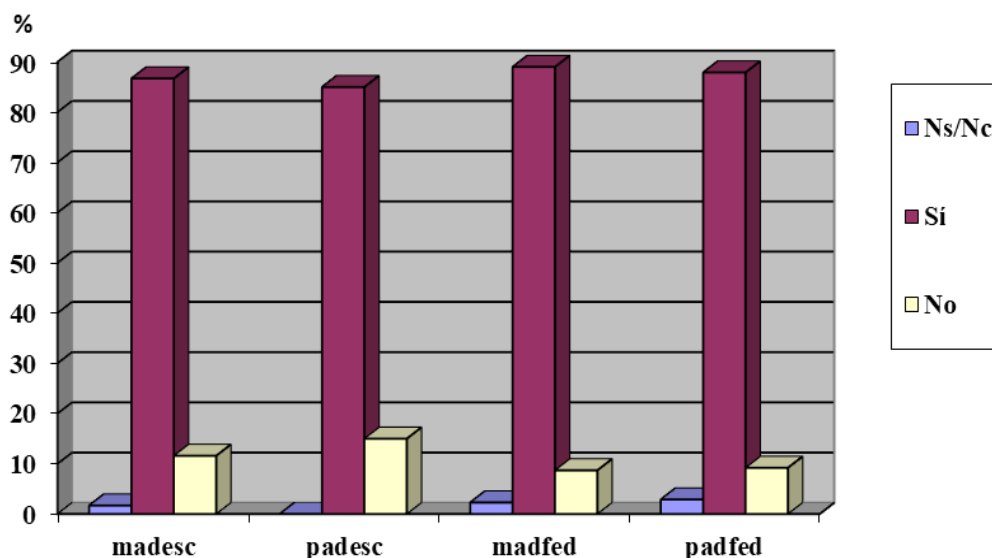
Como resultado se ha obtenido una mejor valoración (buena o muy buena) a nivel del deporte federado en relación al escolar, tanto en instalaciones (87,3% frente al 72,8%) como en el material (94,2% frente al 72,8%). El 65,9% valora como bueno el material propio utilizado en su deporte. El 91,9 % considera como bueno o muy bueno el equipo técnico deportivo que está como responsable de su actividad.

Tabla 26. Valoración de instalaciones deportivas y escolares, material utilizado y equipo técnico deportivo (%).

	Instalaciones escolares	Instalaciones deporte	Material escolar	Material deporte	Material propio	Equipo técnico deportivo
Ns/Nc	4,6	0,6	4,6	0	0,6	0,6
Muy buenas	19,7	30,1	11,0	24,3	18,5	32,4
Buenas	48,6	56,6	57,2	69,9	65,9	59,5
Regulares	23,7	9,8	22,0	3,5	13,9	4,0
Malas	2,3	2,9	4,0	1,7	1,2	1,2
Muy malas	1,2	0	1,2	0,6	0	2,3

En lo que respecta al conocimiento del padre y de la madre sobre la actividad deportiva que realiza su hijo, tanto en el ámbito escolar como extraescolar, el 86,7% de las madres y el 85,0% de los padres conocen el deporte escolar que practican. En el caso del deporte extraescolar estos porcentajes se incrementan ligeramente, 89,0% y 87,9%, respectivamente. Nos llama la atención que en porcentajes entre el 1,7% y el 3% de los menores contestan que no saben si su madre o padre conocen el deporte que ellos practican. (Figura 6).

Figura 6. ¿Conocen tus padres el deporte escolar y el deporte federado que practicas?.



(madesc: Conocimiento del deporte escolar por parte de la madre; padesc: Conocimiento del deporte escolar por parte del padre; madfed: Conocimiento del deporte federado por parte de la madre; padfed: Conocimiento del deporte federado por parte del padre).

En el 81,5% de los casos la práctica deportiva se inició por decisión del propio menor (Tabla 27). El 76,3% de los menores contestaron que suelen ir acompañados de alguno de sus padres a las instalaciones donde suele desarrollarse los entrenamientos (Tabla 28). Al preguntarles si los propios padres conocían cuándo se iniciaron en la práctica deportiva, el 96,0% contestaron afirmativamente (Tabla 29).

Se les preguntó también sobre la posible información que pudieran haber recibido sobre el deporte que practicaban, siendo en el 32,4% de los menores los que contestaron que no recibieron ninguna información previa sobre el deporte en cuestión (Tabla 30). Entre quienes contestan que sí recibieron información previa (N= 117), en el 22,5% procedía del propio familiar y en el 15,6% del entrenador, siendo mayoritariamente (39,3%) de tipo verbal la forma en el que se le transmitió dicha información (Tablas 31 y 32).

En el 46,2% de los casos, los menores contestan que los padres llegaron a recibir información sobre el deporte que ellos practican (Tabla 33).

Tabla 27. ¿Por qué te iniciaste en el deporte que estás practicando?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	2	1,2	1,2	1,2
Decisión propia	141	81,5	81,5	82,7
Decisión padre/madre	16	9,2	9,2	91,9
Decisión propia y familiar	14	8,1	8,1	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 28. ¿Cómo acude al lugar de la práctica deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Solo	41	23,7	23,7	23,7
Acompañado	132	76,3	76,3	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 29. ¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	166	96,0	96,0	97,7
No	7	4,0	4,0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 30. ¿Te ha informado alguien previamente del deporte que practicas?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	117	67,6	67,6	67,6
No	56	32,4	32,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 31. ¿De dónde procede la información que te han proporcionado sobre tu práctica deportiva? (N=117).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	4	3,4	3,4	3,4
Entrenador	27	23,1	23,1	26,5
Familiar	39	33,3	33,3	59,8
Amigos	13	11,1	11,1	70,9
Más de uno	15	12,8	12,8	83,7
Otros	19	16,3	16,3	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabla 32. ¿Cómo te han transmitido la información sobre la misma? (N=117).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	29	24,8	24,8	24,8
Material audiovisual	2	1,7	1,7	26,5
Verbal	68	58,2	58,2	84,7
Dos anteriores	2	1,7	1,7	86,4
Otros	10	8,5	8,5	94,9
Más de uno	6	5,1	5,1	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabla 33. ¿Sabes si tus padres han recibido información sobre el deporte que practicas?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	93	53,8	53,8	53,8
Sí	80	46,2	46,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

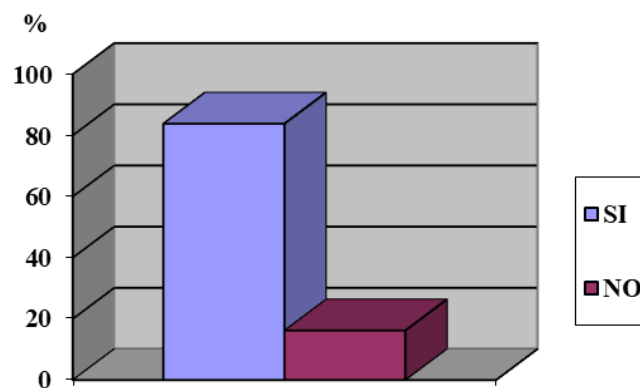
IV. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA TOMA DE DECISIONES PARA LA PRÁCTICA DEL DEPORTE.

En este apartado sobre toma de decisiones por parte del menor, constatamos que en el 16,2% de los casos el menor no ha firmado ningún documento relacionado con la práctica deportiva (Tabla 34 y Figura 7). Entre los que han firmado (N=145), el 13,1% desconoce lo que ha firmado (Tabla 35), obteniéndose el mismo porcentaje para quienes contestan que sus padres no saben lo que han firmado (Tabla 36).

Referente a los datos recogidos en nuestra encuesta sobre el posible reconocimiento médico deportivo realizado previo al comienzo del deporte practicado, en el 27,8% de los casos no se les ha realizado dicho reconocimiento para la práctica del deporte en cuestión. (Tabla 37). De los que sí se han sido reconocidos (N=125), el 24% no han recibido información alguna sobre su realización (Tabla 38) y en el 28,8% de los casos al preguntarle a los menores sobre si los padres han recibido información sobre su realización, contestan de forma negativa (Tabla 39). El 24% de los que se han hecho el reconocimiento médico, no ha recibido información sobre los resultados del mismo (Tabla 40) y el 20,8% de los menores reconocidos afirman que sus padres no han recibido tal información (Tabla 41). Hay que destacar que el 0,6% y 12% de los menores contestaron No sabe/No contesta con relación a si los padres estaban informados del reconocimiento y sobre los resultados del mismo, respectivamente.

Tabla 34. ¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	145	83,8	83,8	83,8
No	28	16,2	16,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Figura 7. ¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?.**Tabla 35. ¿Sabes lo que has firmado? (N= 145).**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	126	86,9	86,9	86,9
No	19	13,1	13,1	100,0
Total	145	100,0	100,0	

Tabla 36. ¿Saben tus padres lo que has firmado? (N= 145).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	126	86,9	86,9	86,9
No	19	13,1	13,1	100,0
Total	145	100,0	100,0	

Tabla 37. ¿Te han hecho algún reconocimiento sanitario / médico previo a la práctica deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	125	72,3	72,3	72,3
No	48	27,8	27,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 38. ¿Te han informado de lo que consta ese reconocimiento? (N=125).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	95	76	76	76
No	30	24	24	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Tabla 39. ¿Sabes si tus padres han recibido información del reconocimiento médico? (N=125).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	1	0,6	0,8	0,8
Sí	88	50,9	70,4	71,2
No	36	28,8	28,8	100,0
Total	125	72,3	100,0	

Tabla 40. ¿Has recibido información de los resultados del reconocimiento médico?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	80	64	64	64
No	45	36	36	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Tabla 41. ¿Sabes si han informado a tus padres de los resultados del reconocimiento médico?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	15	12	12	12
Sí	84	67,2	67,2	79,2
No	26	20,8	20,8	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Al cuestionar a los menores sobre los posibles riesgos del deporte practicado, encontramos que en el 91,3% afirma conocer los riesgos de la actividad deportiva desarrollada (Tabla 42), siendo el 31,2% los que contestaron que no recibieron información alguna sobre dichos riesgos (Tabla 43). El 78,6% afirma que le gustaría estar informado sobre dichos riesgos (Tabla 44) y el 92,5% sobre un posible accidente durante la práctica deportiva (Tabla 45).

Tabla 42. ¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	158	91,3	91,3	91,3
No	15	8,7	8,7	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 43. ¿Has recibido información de los riesgos de la práctica deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	119	68,8	68,8	68,8
No	54	31,2	31,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 44. ¿Te gustaría mantenerte informado de los riesgos de la práctica deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	8	4,6	4,6	4,6
Sí	136	78,6	78,6	83,2
No	29	16,8	16,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 45. ¿Te gustaría recibir información de cómo actuar ante un accidente deportivo?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	160	92,5	92,5	92,5
No	12	7,5	7,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

V. CUESTIONES RELACIONADAS CON LESIONES PADECIDAS DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

En este apartado recogemos los datos sobre posibles lesiones sufridas en el transcurso de la práctica del deporte. Observamos que el 79,2% de los encuestados ha sufrido alguna lesión durante su práctica deportiva (Tabla 46), siendo en un 39% y un 29% el entrenador y el fisioterapeuta, respectivamente, la persona que les atiende en un primer momento (Tabla 47). El 64,7% ha sufrido más lesiones dentro de su deporte que fuera de éste. (Tabla 48).

En el 47,4% de las ocasiones, el menor es atendido por la misma persona, tanto en los entrenamientos como durante la competición (Tabla 49) y el 35,3% ha tenido que ausentarse de las clases escolares por motivo de su lesión deportiva (Tabla 50), siendo en el 94,8% inferior a 7 días el tiempo de ausentarse del ámbito escolar (Tabla 51). Hemos de destacar larga duración (dos o más semanas) que suman el 5,2% del total de los encuestados y el 7,8% de los que sufrieron baja escolar.

Tabla 46. ¿Has sufrido alguna lesión durante la práctica de tu deporte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	137	79,2	79,2	79,2
No	36	20,8	20,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 47. ¿Qué persona te atiende en un primer momento ante una lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sabe	30	17,3	17,3	17,3
Familiar	15	8,7	8,7	26,0
Entrenador	39	22,5	22,5	48,6
Amigo	4	2,3	2,3	50,9
Médico	8	4,6	4,6	55,5
Fisioterapeuta	29	16,8	16,8	72,3
Enfermero	2	1,2	1,2	73,4
Otro	3	1,7	1,7	75,1
Más de uno	43	24,9	24,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 48. ¿Dónde has sufrido más lesiones?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	8	4,6	4,6	4,6
En la práctica de mi deporte	112	64,7	64,7	69,4
Fuera de mi deporte	53	30,6	30,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 49. ¿Te atiende el mismo profesional en los entrenamientos y en las competiciones deportivas?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	14	8,1	8,1	8,1
Sí	82	47,4	47,4	55,5
No	77	44,5	44,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 50. ¿Has tenido falta de asistencia escolar por tu lesión (al menos un día)?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	61	35,3	35,3	35,3
No	112	64,7	59,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 51. ¿Cuánto tiempo te has ausentado? (en días).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No falta /0 días	112	64,7	64,7	64,7
1 día	16	9,2	9,2	73,9
2 días	15	8,7	8,7	82,6
3 días	6	3,5	3,5	86,1
4 días	5	2,9	2,9	89,0
5 días	3	1,7	1,7	90,8
7 días	7	4,0	4,0	94,8
2 semanas	5	2,9	2,9	97,7
Más de un mes	4	2,3	2,3	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Dentro de los menores que se han lesionado en su práctica deportiva, que recordamos que son 137 (79,2%), el 11,7% no ha recibido información sobre la lesión (Tabla 52) y el 10,2% dicen que sus padres no han recibido dicha información (Tabla 53). Al preguntarle dónde suelen ir para tratarse las lesiones sufridas, el 26% del total de los encuestados, suele hacerlo en las propias instalaciones deportivas y el 31,2% suele ir a un centro sanitario público mientras que el 19,7% acuden a un centro privado (Tabla 54).

Tabla 52. ¿Te han informado sobre la lesión padecida en tu deporte? (N=137).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	121	88,3	88,3	88,3
No	16	11,7	11,7	100,0
Total	137	100,0	100,0	

Tabla 53. ¿Sabes si han informado a tus padres del tipo de lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	123	89,8	89,8	89,8
No	14	10,2	10,2	100,0
Total	137	100,0	100,0	

Tabla 54. ¿Dónde acudes normalmente cuando tienes una lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns./Nc.	12	6,9	6,9	6,9
En las propias instalaciones	45	26,0	26,0	32,9
C. Público	54	31,2	31,2	64,2
C. Privado	34	19,7	19,7	83,8
Más de uno	28	16,2	16,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Hemos realizado preguntas en relación a si el menor suele informarse sobre el profesional que puede llegar a atenderle ante una lesión, contestando que el 56,6% no se informa si el profesional está cualificado para asistirle (Tabla 55) y el 16,2% no suele seguir los consejos del mismo para recuperar o evitar posibles lesiones (Tabla 56). El 31,8% afirma desconocer los posibles riesgos de ser tratado por una persona no cualificada (Tabla 57).

Tabla 55. ¿Te informas antes de acudir si el profesional que te va a atender está cualificado para tratarte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	75	43,4	43,4	43,4
No	98	56,6	56,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 56. ¿Sueles seguir los consejos del profesional que te atiende?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	145	83,8	83,8	95,4
No	28	16,2	16,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 57. ¿Conoces los riesgos de ser tratado por una persona no cualificada?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	118	68,2	68,2	68,2
No	55	31,8	31,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

En nuestra muestra de estudio, el 27,7% de los menores han ocultado en alguna ocasión una lesión sufrida (Tabla 58 y Figura 8). El 17,3% se lo ha ocultado a los padres, el 5,2% lo ha hecho a los amigos, el 19,7% lo ha ocultado al entrenador, y el 5,8 al profesional sanitario. El 5,2% ha llegado a ocultar su lesión completamente no comentándolo con nadie (Figura 9). El 63,6% desconoce los riesgos de ocultar una lesión (Tabla 59).

Tabla 58. ¿Has ocultado alguna vez alguna lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	48	27,7	27,7	27,7
No	125	72,3	72,3	100,0
Total	173	100,0	100,0	

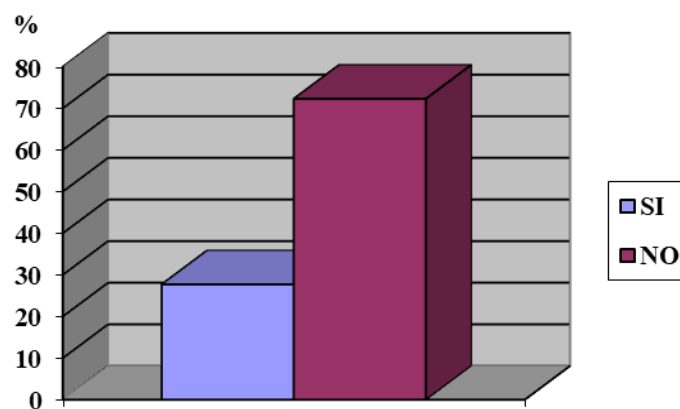
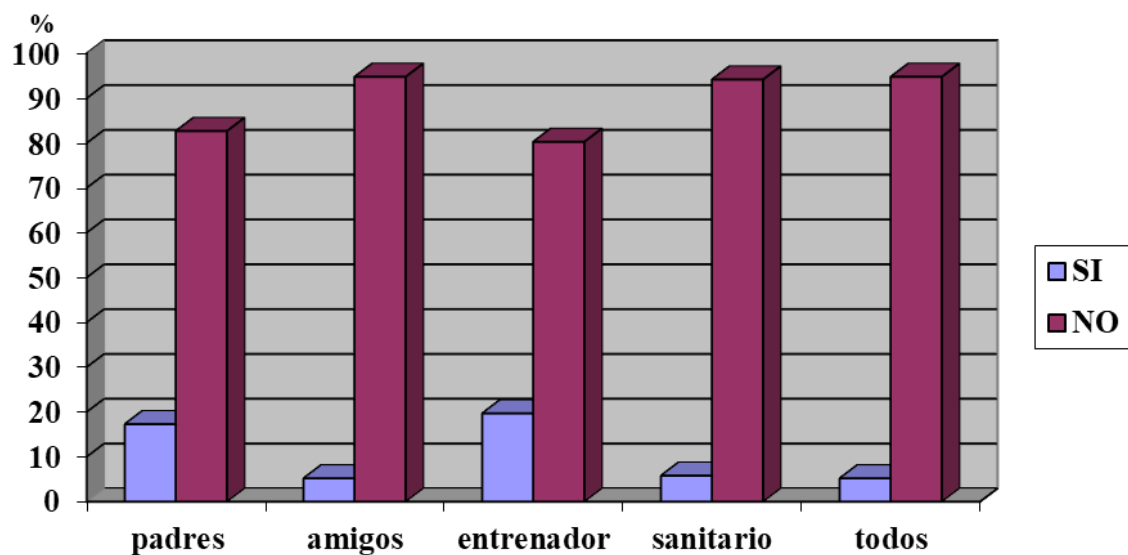
Figura 8. ¿Has ocultado alguna vez alguna lesión?.**Figura 9. ¿A quién has ocultado tu lesión?.**

Tabla 59. ¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	72	41,6	41,9	41,9
Sí	63	36,4	36,6	78,5
No	38	63,6	21,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

El 60,1% de los menores (N=104) tiene acceso libre a productos considerados como medicamentos dentro de su práctica deportiva (Tabla 60). El 28,9% contesta que ha llegado a utilizar medicamentos sin consultar con ningún profesional sanitario (Tabla 61).

Tabla 60. ¿Tienes acceso a medicamentos (sprays, cremas, pastillas, etc...) en el lugar donde realizas tu actividad deportiva?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	104	60,1	60,1	60,1
No	69	39,9	39,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 61. ¿Has utilizado alguno de estos medicamentos sin consultárselo al profesional sanitario?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	50	28,9	28,9	28,9
No	123	71,1	71,1	100,0
Total	173	100,0	100,0	

VI. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DERECHO A LA INFORMACION.

Hemos analizado aspectos relacionados con el derecho a la información y sobre la confidencialidad en el ámbito de la salud, y en concreto, en relación a la lesión sufrida.

En el caso de padecer una enfermedad, el 95,9% afirma querer tener información sobre el proceso (Tabla 62), y el 38,8% no sabe que tiene el derecho a recibir tal información (Tabla 63). El 43,9% desconoce que tiene derecho a recibir información ante una intervención quirúrgica (tabla 64) y el 90,8% asienten que les gustaría que sus padres fueran informados sobre su posible enfermedad (Tabla 65).

Tabla 62. En el caso de que estuvieses enfermo, ¿te gustaría tener información de la enfermedad que padeces?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	166	95,9	95,9	95,9
No	7	4,1	4,1	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 63. ¿Sabes si tienes derecho a recibir información sobre tu enfermedad?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	106	61,3	61,3	61,3
No	67	38,8	38,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 64. ¿Sabes si tienes derecho a la información ante una intervención quirúrgica?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	97	56,1	56,1	56,1
No	76	43,9	43,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 65. ¿Te gustaría que tus padres sean informados cuando tengas una enfermedad?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	157	90,8	90,8	90,8
No	16	9,2	9,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

El 75,2% de los menores desconoce la existencia de un derecho a la confidencialidad (Tabla 66). El 93,6% de los menores afirma que les gustaría que sus padres fueran informados ante una posible lesión (Tabla 67). El 40,5% de los encuestados no sabe si tienen derecho a la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practican (Tabla 68) y el 41% tampoco sabe que tiene derecho a opinar en cualquier momento sobre practicar o no su deporte (Tabla 69). El 58,4% niega tener conocimiento de la existencia de algún derecho que le permitan opinar sobre cómo ser tratado ante una posible lesión (Tabla 70).

Tabla 66. ¿Sabes si tienes derecho a la confidencialidad de tu lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	43	24,9	24,9	24,9
No	130	75,2	75,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 67. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados de tus lesiones?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/Nc	2	1,2	1,2	1,2
Sí	162	93,6	93,6	94,8
No	9	5,2	5,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 68. ¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	103	59,5	59,5	59,5
No	70	40,5	40,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

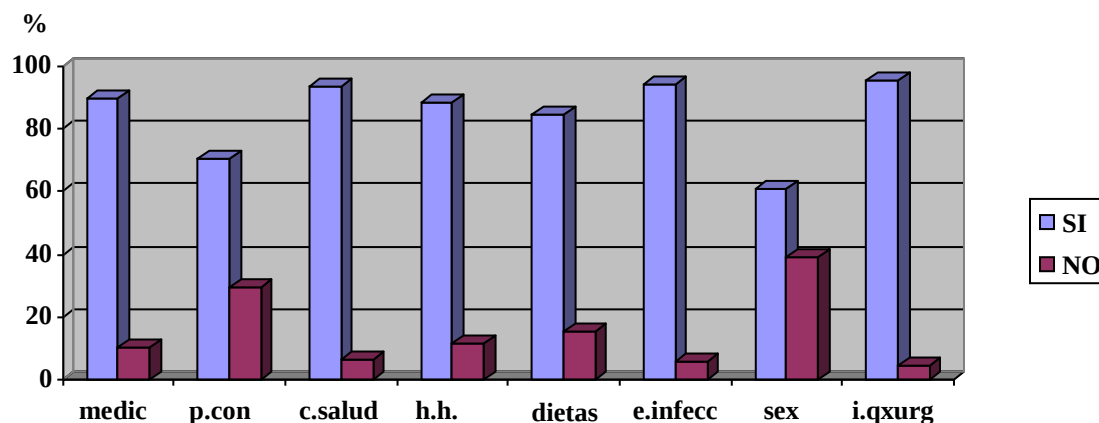
Tabla 69. ¿Sabes si puedes opinar en cualquier momento sobre practicar o no tu deporte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	102	59,0	59,0	59,0
No	71	41,0	41,0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 70. En el caso de que te lesiones ¿Sabes si existe algún derecho que te permita opinar sobre cómo quieres que te traten la lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	72	41,6	41,6	41,6
No	101	58,4	58,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Se les ha preguntado a los menores sobre si les gustaría que los padres fueran informados sobre diferentes aspectos relacionados con la salud del menor. En la Figura 10 y en las tablas de la 71 a la 78 se expresan los diferentes resultados obtenidos. Destacamos que el mayor porcentaje de respuestas afirmativas (95,4%) (Tabla 78) se obtiene ante una intervención quirúrgica urgente y le sigue con el 94,2% (Tabla 76) ante una enfermedad infecciosa padecida por el menor. Los menores porcentajes de respuestas afirmativas se dan ante situaciones relacionadas con su sexualidad (60,7%) (Tabla 77) y ante patrones de consumo de tóxicos (70,5%) (Tabla 72).

Figura 10. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre...?

(medic: En el caso de que tenga que tratarte el médico ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre la medicación que te puedan administrar?; p.con: En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?; c.salud: ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus cuidados de salud?; h.h.: ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus hábitos higiénicos?; dietas: ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus dietas alimentarias?; e.infecc.: En el caso de que padezcas una enfermedad infecciosa ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?; sex: ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre aspectos relacionadas con tu sexualidad?; i.qxurg: En el caso de que tengas que ser operado de urgencia, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?).

Tabla 71. En el caso de que tenga que tratarte el médico, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre la medicación que te puedan administrar?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	155	89,6	89,6	89,6
No	18	10,4	10,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 72. En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	122	70,5	70,5	70,5
No	51	29,5	29,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 73. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus cuidados de salud?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	162	93,6	93,6	93,6
No	11	6,4	6,4	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 74. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus hábitos higiénicos?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	153	88,4	88,4	88,4
No	20	11,6	11,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 75. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus dietas alimentarias?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	146	84,4	84,4	854,4
No	27	15,6	15,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 76. En el caso de que padezcas una enfermedad infecciosa ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	163	94,2	94,2	94,2
No	10	5,8	5,8	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 77. ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre aspectos relacionadas con tu sexualidad?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	105	60,7	60,7	60,7
No	68	39,3	39,3	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 78. En el caso de que tengas que ser operado de urgencia, ¿Te gustaría que tus padres fueran informados?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	165	95,4	95,4	95,4
No	8	4,6	4,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

También se les ha preguntado a todos los menores, que si en el caso que los vieran consumiendo alcohol o tabaco les gustaría que informaran a los padres de ello, contestando un 50,9% (Tabla 79) y un 33,5% (Tabla 80) de forma negativa para el consumo de alcohol y tabaco, respectivamente. El 28,3% y el 55,5% no sabe qué contestar en referente a si alguien les ve consumiendo alcohol o tabaco (respectivamente), les gustaría que se lo llegaran a decir a sus padres.

Tabla 79. Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Ns/Nc	49	28,3	28,3	28,3
Sí	36	20,8	20,8	49,1
No	88	50,9	50,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 80. Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ns/Nc	96	55,5	55,5	55,5
	Sí	19	11,0	11,0	66,5
	No	58	33,5	33,5	100,0
	Total	173	100,0	100,0	

VII. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA EDAD ADECUADA PARA SER INFORMADO Y/O TOMAR UNA DECISIÓN.

En este último bloque de preguntas se le han planteado al menor diferentes cuestiones sobre la edad que consideran más adecuada para la toma de decisiones ante diferentes situaciones que competen al menor.

Le preguntamos qué edad pensaban que era la más adecuada para ser informado sobre su deporte (Tabla 81). En el 58,4% de los casos la respuesta fue que la edad adecuada sería los 11 años cumplidos. Ninguno contestó una edad superior a los 17 años. También le preguntamos sobre la edad adecuada para ser informado sobre una posible enfermedad, en caso de padecerla y sobre los riesgos de tener una lesión (Tablas 82 y 83). Con relación a la enfermedad, el 46,8% respondieron que con 11 años cumplidos sería la edad adecuada y el 32,4% entre los 12 y los 15 años; en lo que respecta a los riesgos de una lesión el 46,8% contestaron los 11 años.

La Figura 11 resume estas tres asociaciones.

Tabla 81. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu deporte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	15	8,7	8,7	8,7
11 años cumplidos	101	58,4	58,4	67,1
12-15 años	54	31,2	31,2	98,3
16-17 años	3	1,7	1,7	100,0
18 años o más	0	0	0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

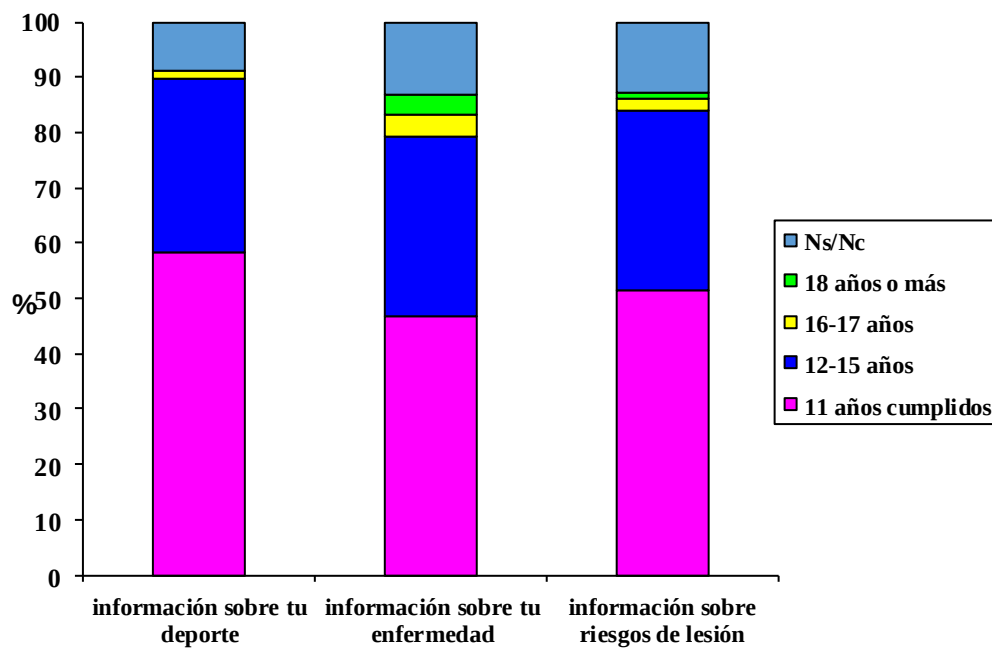
Tabla 82. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	23	13,3	13,3	13,3
11 años cumplidos	81	46,8	46,8	60,1
12-15 años	56	32,4	32,4	92,5
16-17 años	7	4,0	4,0	96,5
18 años o más	6	3,5	3,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 83. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado de los riesgos de tener una lesión?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	22	12,7	12,7	12,7
11 años cumplidos	89	51,4	51,4	64,1
12-15 años	56	32,4	32,4	96,5
16-17 años	4	2,3	2,3	98,8
18 años o más	2	1,2	1,2	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Figura 11. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu deporte, sobre tu enfermedad y sobre riesgos de tener una lesión?.



También le preguntamos sobre la edad adecuada para informar sobre la medicación suministrada, siendo 39,3% los 11 años y un 38,7% de 12 a 15 años la edad ideal (Tabla 84).

La siguiente cuestión fue sobre información sobre cuidados de salud (Tabla 85) siendo el 50,3% los 11 años cumplidos la edad adecuada.

Estos resultados varían poco cuando preguntamos sobre la edad adecuada para informar sobre la sexualidad (Tabla 86), ya que el 42,2% contestaron entre los 12 y 15 años.

A la cuestión sobre información de hábitos higiénico-saludables (Tabla 87), el 53,8 % afirma que la edad idónea para estar preparados para recibir dicha información serían los 11 años.

En la Figura 12 se visualizan mejor estas cuatro respuestas.

Tabla 84. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre una posible medicación suministrada?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	18	10,4	10,4	10,4
11 años cumplidos	68	39,3	39,3	49,7
12-15 años	67	38,7	38,7	88,4
16-17 años	15	8,7	8,7	97,1
18 años o más	5	2,9	2,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 85. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tus cuidados de salud?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	19	11,0	11,0	11
11 años cumplidos	87	50,3	50,3	61,3
12-15 años	59	34,1	34,1	95,4
16-17 años	4	2,3	2,3	97,7
18 años o más	4	2,3	2,3	100,0
Total	173	100,0	100,0	

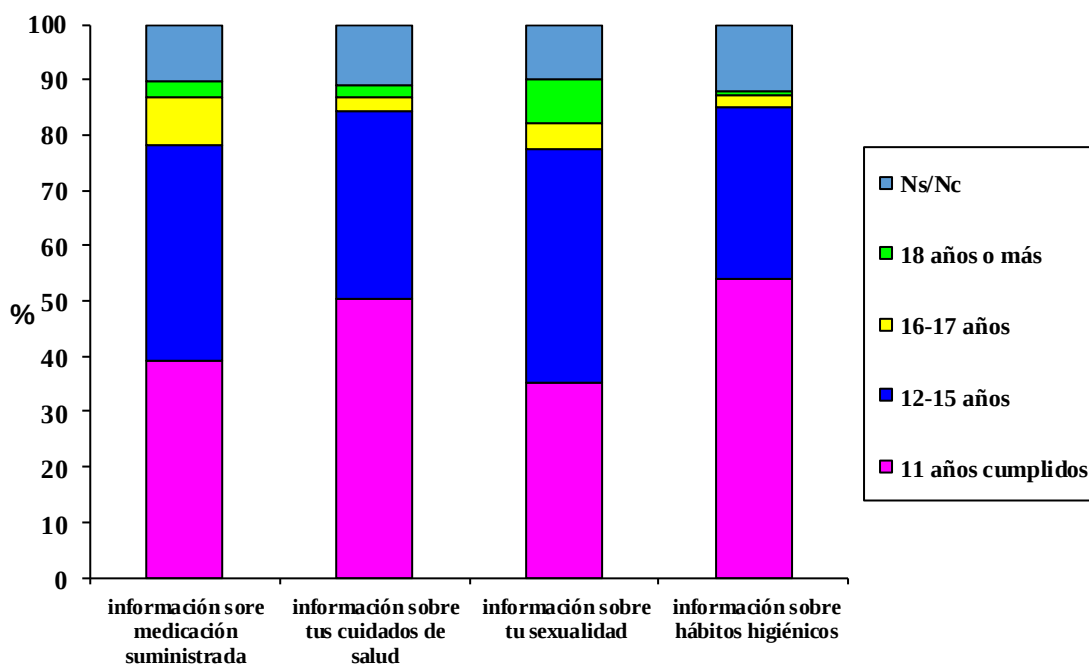
Tabla 86. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre tu sexualidad?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	17	9,8	9,8	9,8
11 años cumplidos	61	35,3	35,3	45,1
12-15 años	73	42,2	42,2	87,3
16-17 años	8	4,6	4,6	91,9
18 años o más	14	8,1	8,1	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 87. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre hábitos higiénicos?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	21	12,1	12,1	12,1
11 años cumplidos	93	53,8	53,8	65,9
12-15 años	54	31,2	31,2	97,1
16-17 años	4	2,3	2,3	99,4
18 años o más	1	0,6	0,6	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Figura 12. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre una posible medicación suministrada, cuidados de salud, sexualidad y hábitos higiénicos?.



Preguntamos también sobre la edad adecuada para dar tu opinión en general (Tabla 88) y para independizarte (Tabla 89), obteniendo en el primer caso el 60,1% contestó la edad de 12 a 15 años la adecuada y para independizarte varía considerablemente ya que el 80,9% contesta 18 años o más.

Por último, se les preguntó la edad ideal para que se les hiciera caso (Tabla 90), el 18,5% contestó los 11 años cumplidos y un 39,9% entre los 12 y 15 años.

También en la Figura 13 se visualizan mejor los resultados de estas últimas tres tablas.

Tabla 88. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para dar tu opinión en general?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	5	2,9	2,9	2,9
11 años cumplidos	29	16,8	16,8	19,7
12-15 años	104	60,1	60,1	79,8
16-17 años	16	9,2	9,2	89
18 años o más	19	11,0	11,0	100,0
Total	173	100,0	100,0	

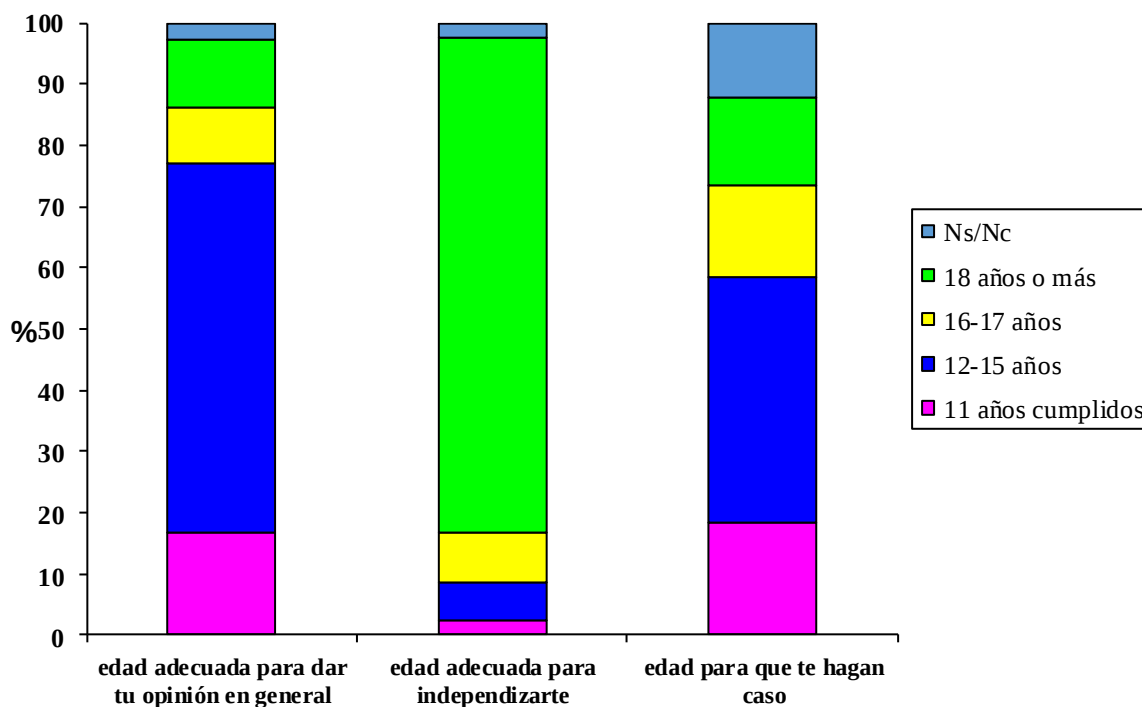
Tabla 89. ¿Qué edad crees que es la edad más adecuada para independizarte?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	4	2,3	2,3	2,3
11 años cumplidos	4	2,3	2,3	4,6
12-15 años	11	6,4	6,4	11
16-17 años	14	8,1	8,1	19,1
18 años o más	140	80,9	80,9	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Tabla 90. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para que te hagan caso?.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ns/Nc	21	12,1	12,1	12,1
11 años cumplidos	32	18,5	18,5	30,6
12-15 años	69	39,9	39,9	70,5
16-17 años	26	15,0	15,0	85,5
18 años o más	25	14,5	14,5	100,0
Total	173	100,0	100,0	

Figura 13. ¿Qué edad crees que es la más adecuada para ser informado sobre hábitos higiénicos saludables, opinión y para independizarte y para que te hagan caso?.



VIII. ESTADÍSTICA INFERENCIAL.

A continuación, procedemos a describir las relaciones (correlaciones y asociaciones) estadísticamente significativas obtenidas en nuestro estudio y que consideramos más relevantes en función de los objetivos planteados.

En la tabla 91 se exponen las asociaciones estadísticamente significativas, más destacadas, encontradas entre la variable “sexo” y el resto de variables analizadas.

Tabla 91. Asociaciones entre la variable sexo y otras variables.

	SEXO		
VARIABLE	χ^2	gl	P
¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión?	9,191	2	0,010
¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva?	6,243	1	0,012
En el caso de que tenga que tratarte el médico ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre la medicación que te puedan administrar?	6,353	1	0,012
¿Te gustaría que informaran a tus padres si te ven fumando?	8,354	2	0,015
¿Sabes si tu padre conoce el deporte escolar que practicas?	5,600	1	0,018
¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte?	5,547	1	0,039
¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?	4,078	1	0,043
¿Te han hecho algún reconocimiento sanitario / médico previo a la práctica deportiva?	37,230	1	0,000
¿Sabes si tienes derecho a recibir información ante una intervención quirúrgica?	5,460	1	0,019

Entre las diferentes asociaciones encontradas, se observa una asociación estadísticamente significativa entre el “sexo” del encuestado y las variables “riesgo de ocultar una lesión” ($P=0,010$) y “riesgo de la práctica deportiva” ($P=0,012$) (Tabla 93).

Entre quienes desconocen los riesgos de ocultar una lesión (38 sujetos), el 92,1% son varones frente al 7,9% de las mujeres (Tabla 92).

En lo que respecta a conocer los riesgos que conlleva la práctica deportiva (Tabla 93), el 94,1% son varones, y este porcentaje baja al 81,1% cuando nos referimos a las mujeres.

Tabla 92. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión? (B).

			¿Conoces los riesgos de ocultar una lesión? (B)			Total
			Ns/Nc	Sí	No	
Sexo (A)	Varón	Recuento	49	52	35	136
		% dentro de A	36,0%	38,2%	25,7%	100,0%
		% dentro de B	68,1%	82,5%	92,1%	78,6%
		% del total	28,3%	30,1%	20,2%	78,6%
		Residuos corregidos	-2,9	1,0	2,3	
	Mujer	Recuento	23	11	3	37
		% dentro de A	62,2%	29,7%	8,1%	100,0%
		% dentro de B	31,9%	17,5%	7,9%	21,4%
		% del total	13,3%	6,4%	1,7%	21,4%
		Residuos corregidos	2,9	-1,0	-2,3	
Total	Recuento		72	63	38	173
	% dentro de A		41,6%	36,4%	22,0%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		41,6%	36,4%	22,0%	100,0%

Tabla 93. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva? (B).

			¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva? (B)		Total
			Sí	No	
Sexo (A) Varón	Recuento		128	8	136
	% dentro de A		94,1%	5,9%	100,0%
	% dentro de B		81,0%	53,3%	78,6%
	% del total		74,0%	4,6%	78,6%
	Residuos corregidos		2,5	-2,5	
Mujer	Recuento		30	7	37
	% dentro de A		81,1%	18,9%	100,0%
	% dentro de B		19,0%	46,7%	21,4%
	% del total		17,3%	4,0%	21,4%
	Residuos corregidos		-2,5	2,5	
Total	Recuento		158	15	173
	% dentro de A		91,3%	8,7%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		91,3%	8,7%	100,0%

Destacamos también las asociaciones estadísticamente significativas encontradas entre la variable “sexo” y las respuestas a cuestiones relacionadas con la privacidad ante diferentes situaciones relacionadas con la salud: “¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tu medicación?” ($P=0,012$) o “¿Te gustaría que informaran a tus padres si te ven fumando?” ($P=0,015$).

En lo que respecta a la pregunta sobre la medicación (Tabla 94), el 7,4% de los varones contestan que no le gustaría que fueran informados los padres y este porcentaje se incrementa de forma importante cuando les preguntamos a las mujeres, llegando al 21,6%.

En lo relativo al consumo de tabaco (Tabla 95), entre los que no les importaría que informaran a los padres en caso de verlos fumando el 100% son varones.

Tabla 94. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tu medicación? (B).

			¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tu medicación? (B)		Total
			Sí	No	
Sexo (A)	Varón	Recuento	126	10	136
		% dentro de A	92,6%	7,4%	100,0%
		% dentro de B	81,3%	55,6%	78,6%
		% del total	72,8%	5,8%	78,6%
		Residuos corregidos	2,5	-2,5	
	Mujer	Recuento	29	8	37
		% dentro de A	78,4%	21,6%	100,0%
		% dentro de B	18,7%	44,4%	21,4%
		% del total	16,8%	4,6%	21,4%
		Residuos corregidos	-2,5	2,5	
Total	Recuento		155	18	173
	% dentro de A		89,6%	10,4%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		89,6%	10,4%	100,0%

Tabla 95. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Te gustaría que informaran a tus padres si te ven fumando? (B).

			¿Te gustaría que informaran a tus padres si te ven fumando? (B)			Total
			Ns/Nc	Sí	No	
Sexo (A)	Varón	Recuento	69	19	48	136
		% dentro de A	50,7%	14,0%	35,3%	100,0%
		% dentro de B	71,9%	100,0%	82,8%	78,6%
		% del total	39,9%	11,0%	27,7%	78,6%
		Residuos corregidos	-2,4	2,4	,9	
	Mujer	Recuento	27	0	10	37
		% dentro de A	73,0%	,0%	27,0%	100,0%
		% dentro de B	28,1%	,0%	17,2%	21,4%
		% del total	15,6%	,0%	5,8%	21,4%
		Residuos corregidos	2,4	-2,4	-,9	
Total	Recuento		96	19	58	173
	% dentro de A		55,5%	11,0%	33,5%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		55,5%	11,0%	33,5%	100,0%

Hemos analizado el grado de asociación entre la variable sexo y el “¿Conoce tu padre el deporte escolar que practicas?” ($P=0,018$) y “¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte?” ($P=0,039$) y encontramos una asociación significativa en ambos casos.

Respecto al conocimiento de los padres del deporte escolar que practica (Tabla 96), entre los varones el 18,4% contestan de forma negativa y entre las mujeres sólo una chica (2,7%). En relación al conocimiento de los padres sobre cuando comenzó la práctica deportiva (Tabla 97), el 97,8% de los varones contestan que los padres lo conocen y en el caso de las mujeres, el 89,2%.

Tabla 96. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Conoce tu padre el deporte escolar que practicas? (B).

			¿Conoce tu padre el deporte escolar que practicas? (B)		Total
			Sí	No	
Sexo A)	Varón	Recuento	111	25	136
		% dentro de A	81,6%	18,4%	100,0%
		% dentro de B	75,5%	96,2%	78,6%
		% del total	64,2%	14,5%	78,6%
		Residuos corregidos	-2,4	2,4	
	Mujer	Recuento	36	1	37
		% dentro de A	97,3%	2,7%	100,0%
		% dentro de B	24,5%	3,8%	21,4%
		% del total	20,8%	,6%	21,4%
		Residuos corregidos	2,4	-2,4	
Total	Recuento		147	26	173
	% dentro de A		85,0%	15,0%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		85,0%	15,0%	100,0%

Tabla 97. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte? (B).

			¿Conocen tus padres cuándo te iniciaste en la práctica de tu deporte? (B)		Total
			Sí	No	
Sexo (A) Varón	Recuento		133	3	136
	% dentro de A		97,8%	2,2%	100,0%
	% dentro de B		80,1%	42,9%	78,6%
	% del total		76,9%	1,7%	78,6%
	Residuos corregidos		2,4	-2,4	
Mujer	Recuento		33	4	37
	% dentro de A		89,2%	10,8%	100,0%
	% dentro de B		19,9%	57,1%	21,4%
	% del total		19,1%	2,3%	21,4%
	Residuos corregidos		-2,4	2,4	
Total	Recuento		166	7	173
	% dentro de A		96,0%	4,0%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		96,0%	4,0%	100,0%

También se estudiaron la asociación entre la variable sexo con “¿Has firmado algún documento para la práctica deportiva?” ($P=0,043$) y “Si se le ha realizado reconocimiento médico” ($P=0,000$), obteniendo de la primera asociación (Tabla 98), una contestación negativa en el 13,2 % de los varones frente al 27% de las mujeres. Son significativos los resultados referentes a la realización de un reconocimiento médico (Tabla 99), ya que se obtienen contestaciones negativas en el 16,9% de los varones y en el 67,6% de las mujeres.

Tabla 98. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Has firmado algún tipo de documento para la práctica deportiva? (B).

			“¿Has firmado algún tipo de documento para la práctica deportiva?” (B)		Total
			Sí	No	
Sexo (A)	Varón	Recuento	118	18	136
		% dentro de A	86,8%	13,2%	100,0%
		% dentro de B	81,4%	64,3%	78,6%
		% del total	68,2%	10,4%	78,6%
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	Mujer	Recuento	27	10	37
		% dentro de A	73,0%	27,0%	100,0%
		% dentro de B	18,6%	35,7%	21,4%
		% del total	15,6%	5,8%	21,4%
		Residuos corregidos	-2,0	2,0	
Total	Recuento		145	28	173
	% dentro de A		83,8%	16,2%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		83,8%	16,2%	100,0%

Tabla 99. Tabla de contingencia: Sexo (A) - ¿Te han hecho algún reconocimiento sanitario / médico previo a la práctica deportiva? (B).

			¿Te han hecho algún reconocimiento sanitario / médico previo a la práctica deportiva? (B)		Total
			Sí	No	
Sexo (A)	Varón	Recuento	113	23	136
		% dentro de A	83,1%	16,9%	100,0%
		% dentro de B	90,4%	47,9%	78,6%
		% del total	65,3%	13,3%	78,6%
		Residuos corregidos	6,1	-6,1	
	Mujer	Recuento	12	25	37
		% dentro de A	32,4%	67,6%	100,0%
		% dentro de B	9,6%	52,1%	21,4%
		% del total	6,9%	14,5%	21,4%
		Residuos corregidos	-6,1	6,1	
Total		Recuento	125	48	173
		% dentro de A	72,3%	27,7%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	72,3%	27,7%	100,0%

Analizamos por último la variable sexo con la variable “Si conocía que tenía derecho a recibir información sobre una intervención quirúrgica” ($P=0,019$). El 48,5% de los varones y el 27% de las mujeres contestaron de forma negativa. (Tabla 100).

Tabla 100. Tabla de contingencia: Sexo(A) - ¿Sabes si tienes derecho a que te informen sobre una intervención quirúrgica? (B).

			¿sabes si tienes derecho a que te informen sobre una intervención quirúrgica? (B)		Total
			Sí	No	
Sexo (A)	Varón	Recuento	70	66	136
		% dentro de A	51,5%	48,5%	100,0%
		% dentro de B	72,2%	86,8%	78,6%
		% del total	40,5%	38,2%	78,6%
		Residuos corregidos	-2,3	2,3	
	Mujer	Recuento	27	10	37
		% dentro de A	73,0%	27,0%	100,0%
		% dentro de B	27,8%	13,2%	21,4%
		% del total	15,6%	5,8%	21,4%
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Total	Recuento		97	76	173
	% dentro de A		56,1%	43,9%	100,0%
	% dentro de B		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		56,1%	43,9%	100,0%

Hemos analizado las asociaciones estadísticamente significativas obtenidas con la variable edad, que se expresan en la tabla 101. Únicamente exponemos aquellas asociaciones relacionadas con los objetivos de nuestro trabajo.

Tabla 101. Asociaciones entre la variable edad y otras variables.

VARIABLE	EDAD		
	χ^2	gl	P
Consumo de tabaco.	7,349	2	0,025
Consumo de alcohol.	32,007	2	0,000
¿Cómo acudes al lugar de la práctica deportiva?.	17,195	2	0,000
Conocimiento de los padres del inicio de la práctica deportiva.	9,760	2	0,008
¿Sabes lo que has firmado?.	9,728	2	0,008
¿Te han informado del tipo de lesión padecida?.	9,547	2	0,008
¿Te han informado de los riesgos de la práctica deportiva?.	9,730	2	0,008
¿Sabes si tienes derecho a recibir información sobre una posible intervención quirúrgica que te fueran a realizar?.	17,410	2	0,000
¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre tu deporte, riesgos, etc.?.	8,690	2	0,013
¿Sabes si tienes derecho a opinar sobre tu deporte, riesgos, etc..?.	7,854	2	0,020
En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?.	8,635	2	0,013
¿Te gustaría que fueran informados tus padres si te ven bebiendo?.	14,922	4	0,005

	EDAD		
VARIABLE	χ^2	gl	P
¿Qué edad crees que es la adecuada para que te informen sobre tu medicación suministrada?	13,233	6	0,039
¿Qué edad crees que es la adecuada para dar tu opinión en general?	31,172	6	0,000
¿Qué edad crees que es la adecuada para independizarte?	14,907	6	0,021
¿Qué edad crees que es la adecuada para que te hagan caso?	16,751	6	0,010

Recordemos, que para la realización del análisis de la χ^2 , hemos agrupado la variable edad en diferentes rangos, para posibilitar su tratamiento estadístico, atendiendo a los requisitos que exige el análisis de contingencia.

Se ha obtenido una asociación estadísticamente significativa entre la “edad” del encuestado y las variables “consumo de tabaco” ($P=0,025$) y “consumo de alcohol” ($P=0,000$). En lo referente al tabaco (Tabla 102), entre los 12 y 13 años ninguno consume. Los encuestados de 14-15 años contestan afirmativamente el 13,1 %, así como el 17,6% de los sujetos de 16-17 años.

Son significativos los resultados de la asociación del consumo de alcohol. En este sentido, en el grupo de menores entre 12 y 13 años, el 7,9% contestan de forma afirmativa; entre los menores de 14-15 años el 27,9% y este porcentaje se eleva al 59,5% en el grupo de 17-18 años (Tabla 103).

Tabla 102. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - Consumo de tabaco (B)

			Consumo de tabaco(B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	0	38	38
		% dentro de A	,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de B	,0%	25,0%	22,0%
		% del total	,0%	22,0%	22,0%
		Residuos corregidos	-2,6	2,6	
	14-15 años	Recuento	8	53	61
		% dentro de A	13,1%	86,9%	100,0%
		% dentro de B	38,1%	34,9%	35,3%
		% del total	4,6%	30,6%	35,3%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
	16-17 años	Recuento	13	61	74
		% dentro de A	17,6%	82,4%	100,0%
		% dentro de B	61,9%	40,1%	42,8%
		% del total	7,5%	35,3%	42,8%
		Residuos corregidos	1,9	-1,9	
	Total	Recuento	21	152	173
		% dentro de A	12,1%	87,9%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	12,1%	87,9%	100,0%

Tabla 103. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - Consumo de alcohol (B)

			Consumo de alcohol (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	3	35	38
		% dentro de A	7,9%	92,1%	100,0%
		% dentro de B	4,7%	32,1%	22,0%
		% del total	1,7%	20,2%	22,0%
		Residuos corregidos	-4,2	4,2	
	14-15 años	Recuento	17	44	61
		% dentro de A	27,9%	72,1%	100,0%
		% dentro de B	26,6%	40,4%	35,3%
		% del total	9,8%	25,4%	35,3%
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	16-17 años	Recuento	44	30	74
		% dentro de A	59,5%	40,5%	100,0%
		% dentro de B	68,8%	27,5%	42,8%
		% del total	25,4%	17,3%	42,8%
		Residuos corregidos	5,3	-5,3	
	Total	Recuento	64	109	173
		% dentro de A	37,0%	63,0%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	37,0%	63,0%	100,0%

Observamos una asociación entre la edad del menor y las respuestas a cuestiones de “¿Cómo acudes al lugar de la práctica deportiva?” ($P=0,000$) y si “saben los padres de cuando se inició en la práctica de su deporte” ($P= 0,008$). El 13,2 % de los menores de 12 a 13 años acuden solos frente al 39,2% de los menores de 16-17 años (Tabla 104). Referente a si los padres tienen conocimiento del inicio de su deporte, los encuestados de 12 hasta los 16 años contestan afirmativamente todos. Sólo el 9,5 % de los menores de 16-17 años contestan negativamente (Tabla 105).

Tabla 104. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Cómo acudes al lugar de la práctica deportiva? (B).

			¿Cómo acudes al lugar de la práctica deportiva? (B)		Total
			Solo	Acompañado	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	5	33	38
		% dentro de A	13,2%	86,8%	100,0%
		% dentro de B	12,2%	25,0%	22,0%
		% del total	2,9%	19,1%	22,0%
		Residuos corregidos	-1,7	1,7	
	14-15 años	Recuento	7	54	61
		% dentro de A	11,5%	88,5%	100,0%
		% dentro de B	17,1%	40,9%	35,3%
		% del total	4,0%	31,2%	35,3%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
	16-17 años	Recuento	29	45	74
		% dentro de A	39,2%	60,8%	100,0%
		% dentro de B	70,7%	34,1%	42,8%
		% del total	16,8%	26,0%	42,8%
		Residuos corregidos	4,1	-4,1	
	Total	Recuento	41	132	173
		% dentro de A	23,7%	76,3%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	23,7%	76,3%	100,0%

Tabla 105. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Sabes tus padres cuándo te iniciaste en tu deporte? (B).

			¿Sabes tus padres cuándo te iniciaste en tu deporte? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	38	0	38
		% dentro de A	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de B	22,9%	,0%	22,0%
		% del total	22,0%	,0%	22,0%
		Residuos corregidos	1,4	-1,4	
	14.15 años	Recuento	61	0	61
		% dentro de A	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de B	36,7%	,0%	35,3%
		% del total	35,3%	,0%	35,3%
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	16-17 años	Recuento	67	7	74
		% dentro de A	90,5%	9,5%	100,0%
		% dentro de B	40,4%	100,0%	42,8%
		% del total	38,7%	4,0%	42,8%
		Residuos corregidos	-3,1	3,1	
	Total	Recuento	166	7	173
		% dentro de A	96,0%	4,0%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	96,0%	4,0%	100,0%

Hemos analizado la asociación estadísticamente significativa entre la edad del menor y la respuesta relacionada con la documentación firmada para la práctica deportiva: “¿Sabes qué documentos has firmado?” ($P=0,008$). El 19,4% de los menores entre 12-13 años no sabían los documentos que habían firmado, aumentando al 21,6% en aquellos con 14-15 años. Sólo el 3,2 % de los menores de 16-17 años contestaron también negativamente (Tabla 106).

Tabla 106. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Sabes lo que has firmado? (B).

			¿Sabes lo que has firmado? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	25	6	31
		% dentro de A	80,6%	19,4%	100,0%
		% dentro de B	19,8%	31,6%	21,4%
		% del total	17,2%	4,1%	21,4%
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	
	14-15 años	Recuento	40	11	51
		% dentro de A	78,4%	21,6%	100,0%
		% dentro de B	31,7%	57,9%	35,2%
		% del total	27,6%	7,6%	35,2%
		Residuos corregidos	-2,2	2,2	
	16_17 años	Recuento	61	2	63
		% dentro de A	96,8%	3,2%	100,0%
		% dentro de B	48,4%	10,5%	43,4%
		% del total	42,1%	1,4%	43,4%
		Residuos corregidos	3,1	-3,1	
	Total	Recuento	126	19	145
		% dentro de A	86,9%	13,1%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	86,9%	13,1%	100,0%

Observamos también una asociación estadísticamente significativa entre la edad de los encuestados y las respuestas a cuestiones relacionadas a lesiones padecidas: “si te han informado de la lesión padecida” ($P=0,008$) y “si te han informado de los riesgos de la práctica deportiva” ($P=0,008$). En relación con la primera (Tabla 107), el 12,9% de los menores de 12-13 años contestaron negativamente, aumentando al 22,7% en aquellos de 14-15 años y disminuyendo significativamente al 3,2% entre los menores de edades de 16-17 años. Con respecto a si se ha informado sobre los riesgos de la práctica deportiva (Tabla 108), encontramos que en los encuestados de 12-13 años contestaron que no conocían tales riesgos el 10,5%, los menores de 14-15 años también contestaban negativamente el 37,7%, siendo del 36,5% entre los sujetos de 16-17 años.

Tabla 107. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Te han informado del tipo de lesión padecida? (B).

			¿Te han informado del tipo de lesión padecida? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	27	4	31
		% dentro de A	87,1%	12,9%	100,0%
		% dentro de B	22,3%	25,0%	22,6%
		% del total	19,7%	2,9%	22,6%
		Residuos corregidos	-,2	,2	
	14-15 años	Recuento	34	10	44
		% dentro de A	77,3%	22,7%	100,0%
		% dentro de B	28,1%	62,5%	32,1%
		% del total	24,8%	7,3%	32,1%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
	16-17 años	Recuento	60	2	62
		% dentro de A	96,8%	3,2%	100,0%
		% dentro de B	49,6%	12,5%	45,3%
		% del total	43,8%	1,5%	45,3%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8	
	Total	Recuento	121	16	137
		% dentro de A	88,3%	11,7%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	88,3%	11,7%	100,0%

Tabla 108. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Te han informado de los riesgos de la práctica deportiva? (B).

			¿Te han informado de los riesgos de la práctica deportiva? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	34	4	38
		% dentro de A	89,5%	10,5%	100,0%
		% dentro de B	28,6%	7,4%	22,0%
		% del total	19,7%	2,3%	22,0%
		Residuos corregidos	3,1	-3,1	
	14-15 años	Recuento	38	23	61
		% dentro de A	62,3%	37,7%	100,0%
		% dentro de B	31,9%	42,6%	35,3%
		% del total	22,0%	13,3%	35,3%
		Residuos corregidos	-1,4	1,4	
	16-17 años	Recuento	47	27	74
		% dentro de A	63,5%	36,5%	100,0%
		% dentro de B	39,5%	50,0%	42,8%
		% del total	27,2%	15,6%	42,8%
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	Total	Recuento	119	54	173
		% dentro de A	68,8%	31,2%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	68,8%	31,2%	100,0%

Observamos una asociación estadísticamente significativa entre la edad y diferentes preguntas que afectan al conocimiento de diferentes derechos del menor: “¿Sabes si tienes derecho a la información ante una intervención quirúrgica futura?” ($P= (0,000)$), “¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas?” ($P=0,013$) y “¿Sabes si puedes opinar en cualquier momento sobre practicar o no tu deporte?” ($P=0,020$).

En relación con el derecho a recibir información ante una intervención quirúrgica (Tabla 109), en los menores de 12-13 años, sólo el 28,9% conocen poseer este derecho, en aquellos con 13-14 años contestan también afirmativamente el 55,7% y en los encuestados con edades de 16-17 años, el 70,3% son los que aseguran conocer dicho derecho.

En lo que respecta a si saben si tienen derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practican, el 55,3% de los encuestados de 12-13 años contestan que no saben ciertamente si existe tal derecho, disminuyendo hasta el 44,3% y al 28,4% en los menores de 14-15 años y en los sujetos de 16-17 años, respectivamente (Tabla 110).

Al analizar la asociación entre la edad y la variable que expresa “si saben si pueden opinar en cualquier momento sobre practicar o no su deporte”, el 60,5% de los menores de 12-13 años contestan no saber con seguridad si tienen tal derecho, frente al 37,7% de los sujetos de 13-14 años y el 33,8% de aquellos con 16-17 años (Tabla 111).

Tabla 109. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Sabes si tienes derecho a la información ante una intervención quirúrgica futura? (B).

			¿Sabes si tienes derecho a la información ante una intervención quirúrgica futura que te fueran a realizar? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	11	27	38
		% dentro de A	28,9%	71,1%	100,0%
		% dentro de B	11,3%	35,5%	22,0%
		% del total	6,4%	15,6%	22,0%
		Residuos corregidos	-3,8	3,8	
	14-15 años	Recuento	34	27	61
		% dentro de A	55,7%	44,3%	100,0%
		% dentro de B	35,1%	35,5%	35,3%
		% del total	19,7%	15,6%	35,3%
		Residuos corregidos	-,1	,1	
	16-17 años	Recuento	52	22	74
		% dentro de A	70,3%	29,7%	100,0%
		% dentro de B	53,6%	28,9%	42,8%
		% del total	30,1%	12,7%	42,8%
		Residuos corregidos	3,3	-3,3	
	Total	Recuento	97	76	173
		% dentro de A	56,1%	43,9%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	56,1%	43,9%	100,0%

Tabla 110. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas? (B).

			¿Sabes si tienes derecho a conocer toda la información sobre los riesgos y beneficios que tiene el deporte que practicas? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	17	21	38
		% dentro de A	44,7%	55,3%	100,0%
		% dentro de B	16,5%	30,0%	22,0%
		% del total	9,8%	12,1%	22,0%
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
	14-15 años	Recuento	33	28	61
		% dentro de A	54,1%	45,9%	100,0%
		% dentro de B	32,0%	40,0%	35,3%
		% del total	19,1%	16,2%	35,3%
		Residuos corregidos	-1,1	1,1	
	16-17 años	Recuento	53	21	74
		% dentro de A	71,6%	28,4%	100,0%
		% dentro de B	51,5%	30,0%	42,8%
		% del total	30,6%	12,1%	42,8%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8	
	Total	Recuento	103	70	173
		% dentro de A	59,5%	40,5%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,5%	40,5%	100,0%

Tabla 111. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿Sabes si puedes opinar en cualquier momento sobre practicar o no tu deporte? (B).

			¿Sabes si puedes opinar en cualquier momento sobre practicar o no tu deporte? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	15	23	38
		% dentro de A	39,5%	60,5%	100,0%
		% dentro de B	14,7%	32,4%	22,0%
		% del total	8,7%	13,3%	22,0%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
	14-15 años	Recuento	38	23	61
		% dentro de A	62,3%	37,7%	100,0%
		% dentro de B	37,3%	32,4%	35,3%
		% del total	22,0%	13,3%	35,3%
		Residuos corregidos	,7	-,7	
	16-17 años	Recuento	49	25	74
		% dentro de A	66,2%	33,8%	100,0%
		% dentro de B	48,0%	35,2%	42,8%
		% del total	28,3%	14,5%	42,8%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	Total	Recuento	102	71	173
		% dentro de A	59,0%	41,0%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	59,0%	41,0%	100,0%

También son significativas la asociación de la edad y las variables “¿En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo?” ($P=0,013$), “Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?” ($P=0,005$) y “Te gustaría que informaran a tus padres si te ven fumando?” ($P=0,000$).

En la asociación sobre hábitos de consumo, encontramos que aquellos con edades de 12-13 años contestan negativamente en el 10,5% de los casos, llegando a aumentar este porcentaje hasta el 36,5% de los menores con edades de 16-17 años (Tabla 112).

En relación a la asociación con “¿si te gustaría que informaran a tus padres si te ven bebiendo?” (Tabla 113), quienes contestan de forma negativa o, no saben o no contestan a esta cuestión mayoritariamente son los menores de 16-17 años (16,2% Ns/Nc y el 62,2% negativas). Los sujetos con edades de 14-15 años niegan querer que se informen a los padres en el 45,9% de los casos, aunque hay que tener en cuenta que el 41% optan por la opción (Ns/Nc). En aquellos de edades de 12-13 años los porcentajes son del 31,6% (Ns/Nc) y el 36,8% contestan que no quieren que se informen a los padres.

En lo que se refiere a la variable de “Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados?”, los menores de 14-15 años son los que más contestan de forma negativa (42,6%) y también con ns/nc en el 54,1% de los casos. Tanto los menores de 12-13 años como los de 16-17 años constatan de forma negativa en el 28,9% y 28,4% respectivamente, aunque éste último grupo contesta en el 64,9% ns/nc, que es el más alto respecto al resto de edades (Tabla 114).

Tabla 112. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo? (B).

			En el caso de que consumas alguna sustancia tóxica ¿Te gustaría que tus padres fueran informados sobre tus patrones de consumo? (B)		Total
			Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	34	4	38
		% dentro de A	89,5%	10,5%	100,0%
		% dentro de B	27,9%	7,8%	22,0%
		% del total	19,7%	2,3%	22,0%
		Residuos corregidos	2,9	-2,9	
	14-15 años	Recuento	41	20	61
		% dentro de A	67,2%	32,8%	100,0%
		% dentro de B	33,6%	39,2%	35,3%
		% del total	23,7%	11,6%	35,3%
		Residuos corregidos	-,7	,7	
	16-17 años	Recuento	47	27	74
		% dentro de A	63,5%	36,5%	100,0%
		% dentro de B	38,5%	52,9%	42,8%
		% del total	27,2%	15,6%	42,8%
		Residuos corregidos	-1,7	1,7	
	Total	Recuento	122	51	173
		% dentro de A	70,5%	29,5%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	70,5%	29,5%	100,0%

Tabla 113. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados? (B).

			Si te ven bebiendo, ¿te gustaría que tus padres fueran informados? (B)			Total
			Ns/Nc	Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	12	12	14	38
		% dentro de A	31,6%	31,6%	36,8%	100,0%
		% dentro de B	24,5%	33,3%	15,9%	22,0%
		% del total	6,9%	6,9%	8,1%	22,0%
		Residuos corregidos	,5	1,9	-2,0	
	14-15 años	Recuento	25	8	28	61
		% dentro de A	41,0%	13,1%	45,9%	100,0%
		% dentro de B	51,0%	22,2%	31,8%	35,3%
		% del total	14,5%	4,6%	16,2%	35,3%
		Residuos corregidos	2,7	-1,8	-1,0	
	16-17 años	Recuento	12	16	46	74
		% dentro de A	16,2%	21,6%	62,2%	100,0%
		% dentro de B	24,5%	44,4%	52,3%	42,8%
		% del total	6,9%	9,2%	26,6%	42,8%
		Residuos corregidos	-3,1	,2	2,6	
	Total	Recuento	49	36	88	173
		% dentro de A	28,3%	20,8%	50,9%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	28,3%	20,8%	50,9%	100,0%

Tabla 114. Tabla de contingencia: Edad (A) - Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados? (B).

			Si te ven fumando, ¿te gustaría que tus padres fueran informados? (B)			Total
			Ns/Nc	Sí	No	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	15	12	11	38
		% dentro de A	39,5%	31,6%	28,9%	100,0%
		% dentro de B	15,6%	63,2%	19,0%	22,0%
		% del total	8,7%	6,9%	6,4%	22,0%
		Residuos corregidos	-2,2	4,6	-,7	
	14-15 años	Recuento	33	2	26	61
		% dentro de A	54,1%	3,3%	42,6%	100,0%
		% dentro de B	34,4%	10,5%	44,8%	35,3%
		% del total	19,1%	1,2%	15,0%	35,3%
		Residuos corregidos	-,3	-2,4	1,9	
	16-17 años	Recuento	48	5	21	74
		% dentro de A	64,9%	6,8%	28,4%	100,0%
		% dentro de B	50,0%	26,3%	36,2%	42,8%
		% del total	27,7%	2,9%	12,1%	42,8%
		Residuos corregidos	2,1	-1,5	-1,2	
	Total	Recuento	96	19	58	173
		% dentro de A	55,5%	11,0%	33,5%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	55,5%	11,0%	33,5%	100,0%

Se ha analizado también las asociaciones entre la edad y otras cuestiones referentes a qué edad consideran los encuestados la ideal para: “que te informen sobre tu medicación” ($P=0,039$), “dar tu opinión” ($P=0,000$), “independizarte” ($P=0,021$) y “que te hagan caso” ($P=0,010$).

En referencia a la edad adecuada para la información sobre medicación suministrada (Tabla 115), los encuestados entre 12 a 13 años indican las edades de hasta 11 años como la adecuada en el 62,1%, así como también los de 14-15 años también

indican en el 50% de sus respuestas esa misma edad. Los menores de 16-17 años también contestan esa misma edad, pero con un porcentaje del 31,4%.

En relación con la variable que representa la edad adecuada para dar la propia opinión (Tabla 116), aquellos de 12-13 años contestaron 11 años o menos (33,3%), los de 14-15 años piensan que la adecuada es entre 12-15 años (34,4%) y los de 16-17 años contestan su propia edad como la adecuada, en el 60,6% de los casos.

Cuando analizamos la variable para saber la edad adecuada para independizarse (Tabla 117), todos contestan 18 años o más: los de 12-13 años en el 91,9%, los 12-13 años contestan en el 83,3% y los de 16-17 años responden en el 97,2%.

Finalmente, en relación a la edad adecuada para que le hagan caso (Tabla 118), varían las contestaciones, así, el 36,4% de los menores de 12-13 años contestan que con 11 años cumplidos y el 30,3% los 18 años o más. Los encuestados de 14-15 años contestaron en el 36,5% como edad adecuada los 16-17 años. En los menores comprendidos entre los 16-17 años contestan en el 44,8% de los casos que la edad más indicada para que les hagan caso son los 18 años o más.

Tabla 115. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para que te informen sobre tu medicación? (B).

			¿A qué edad piensas que es la adecuada para que te informen sobre tu medicación? (B)				Total
			11 años cumplidos	12-15 años	16-17 años	18 o más	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	18	7	2	2	29
		% dentro de A	62,1%	24,1%	6,9%	6,9%	100,0%
		% dentro de B	26,5%	21,9%	5,7%	10,0%	18,7%
		% del total	11,6%	4,5%	1,3%	1,3%	18,7%
		Residuos corregidos	2,2	,5	-2,2	-1,1	
	14-15 años	Recuento	28	9	14	5	56
		% dentro de A	50,0%	16,1%	25,0%	8,9%	100,0%
		% dentro de B	41,2%	28,1%	40,0%	25,0%	36,1%
		% del total	18,1%	5,8%	9,0%	3,2%	36,1%
		Residuos corregidos	1,2	-1,1	,5	-1,1	
	16-17 años	Recuento	22	16	19	13	70
		% dentro de A	31,4%	22,9%	27,1%	18,6%	100,0%
		% dentro de B	32,4%	50,0%	54,3%	65,0%	45,2%
		% del total	14,2%	10,3%	12,3%	8,4%	45,2%
		Residuos corregidos	-2,8	,6	1,2	1,9	
	Total	Recuento	68	32	35	20	155
		% dentro de A	43,9%	20,6%	22,6%	12,9%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	43,9%	20,6%	22,6%	12,9%	100,0%

Tabla 116. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para dar tu opinión? (B).

			¿A qué edad piensas que es la adecuada para dar tu opinión? (B)				Total
			11 años cumplidos	12-15 años	16-17 años	18 o más	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	12	9	7	8	36
		% dentro de A	33,3%	25,0%	19,4%	22,2%	100,0%
		% dentro de B	41,4%	25,0%	10,3%	22,9%	21,4%
		% del total	7,1%	5,4%	4,2%	4,8%	21,4%
		Residuos corregidos	2,9	,6	-2,9	,2	
	14-15 años	Recuento	10	21	18	12	61
		% dentro de A	16,4%	34,4%	29,5%	19,7%	100,0%
		% dentro de B	34,5%	58,3%	26,5%	34,3%	36,3%
		% del total	6,0%	12,5%	10,7%	7,1%	36,3%
		Residuos corregidos	-,2	3,1	-2,2	-,3	
	16-17 años	Recuento	7	6	43	15	71
		% dentro de A	9,9%	8,5%	60,6%	21,1%	100,0%
		% dentro de B	24,1%	16,7%	63,2%	42,9%	42,3%
		% del total	4,2%	3,6%	25,6%	8,9%	42,3%
		Residuos corregidos	-2,2	-3,5	4,5	,1	
	Total	Recuento	29	36	68	35	168
		% dentro de A	17,3%	21,4%	40,5%	20,8%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,3%	21,4%	40,5%	20,8%	100,0%

Tabla 117. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para independizarte? (B).

			¿A qué edad piensas que es la adecuada para independizarte? (B)				Total
			11 años cumplidos	12-15 años	16-17 años	18 o más	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	2	1	0	34	37
		% dentro de A	5,4%	2,7%	,0%	91,9%	100,0%
		% dentro de B	50,0%	20,0%	,0%	22,1%	21,9%
		% del total	1,2%	,6%	,0%	20,1%	21,9%
		Residuos corregidos	1,4	-,1	-1,3	,2	
	14-15 años	Recuento	1	3	6	50	60
		% dentro de A	1,7%	5,0%	10,0%	83,3%	100,0%
		% dentro de B	25,0%	60,0%	100,0%	32,5%	35,5%
		% del total	,6%	1,8%	3,6%	29,6%	35,5%
		Residuos corregidos	-,4	1,2	3,4	-2,6	
	16-17 años	Recuento	1	1	0	70	72
		% dentro de A	1,4%	1,4%	,0%	97,2%	100,0%
		% dentro de B	25,0%	20,0%	,0%	45,5%	42,6%
		% del total	,6%	,6%	,0%	41,4%	42,6%
		Residuos corregidos	-,7	-1,0	-2,1	2,4	
	Total	Recuento	4	5	6	154	169
		% dentro de A	2,4%	3,0%	3,6%	91,1%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	2,4%	3,0%	3,6%	91,1%	100,0%

Tabla 118. Tabla de contingencia: Edad agrupada (A) - ¿A qué edad piensas que es la adecuada para que te hagan caso? (B).

			¿A qué edad piensas que es la adecuada para que te hagan caso? (B)				Total
			11 años cumplidos	12-15 años	16-17 años	18 o más	
Edad agrupada (A)	12-13 años	Recuento	12	7	4	10	33
		% dentro de A	36,4%	21,2%	12,1%	30,3%	100,0%
		% dentro de B	37,5%	26,9%	9,3%	19,6%	21,7%
		% del total	7,9%	4,6%	2,6%	6,6%	21,7%
		Residuos corregidos	2,4	,7	-2,3	-,4	
	14-15 años	Recuento	11	11	19	11	52
		% dentro de A	21,2%	21,2%	36,5%	21,2%	100,0%
		% dentro de B	34,4%	42,3%	44,2%	21,6%	34,2%
		% del total	7,2%	7,2%	12,5%	7,2%	34,2%
		Residuos corregidos	,0	1,0	1,6	-2,3	
	16-17 años	Recuento	9	8	20	30	67
		% dentro de A	13,4%	11,9%	29,9%	44,8%	100,0%
		% dentro de B	28,1%	30,8%	46,5%	58,8%	44,1%
		% del total	5,9%	5,3%	13,2%	19,7%	44,1%
		Residuos corregidos	-2,0	-1,5	,4	2,6	
	Total	Recuento	32	26	43	51	152
		% dentro de A	21,1%	17,1%	28,3%	33,6%	100,0%
		% dentro de B	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	21,1%	17,1%	28,3%	33,6%	100,0%

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El porcentaje de menores de edad que practican deporte incrementa año tras año. Según datos publicados por Daneshvar y cols. (2011) y procedentes del *Centers for Disease Control and Prevention*, (2003), aproximadamente 44 millones de niños (entre 5 y 18 años) participan en deportes organizados en los Estados Unidos, siendo un número que va en ascenso cada año.

Aunque es conocido que la práctica deportiva posee numerosos efectos positivos, como mejorar la salud física y mental (Biddle y Asare, 2011), también hay que considerar que conlleva un determinado riesgo de lesión. Se ha llegado a demostrar que casi el 50% de los jóvenes atletas se lesionan debido a su participación en deportes (Boström y cols. 2016). Una gran proporción de todas las contusiones deportivas se producen en niños. En Estados Unidos las conmociones cerebrales, representan casi el 9% de todas las lesiones deportivas en el ámbito escolar, fundamentalmente como consecuencia de la práctica del fútbol americano (Halstead y Walter, 2003; Langlois y cols. 2006) y del hockey sobre hielo (Jinguji y cols. 2011).

Las conductas de riesgo por parte del individuo constituyen un importante factor de causalidad de lesiones en niños y adolescentes (Alexander y cols. 1995; Potts y cols. 1995; Rivara, 1995; Wazana, 1997; Lam y cols. 1999; Lam, 2003; Ortega y Esparza, 2009). La mayor parte de los menores que practican actividad física lo hacen de forma segura, pero existen ciertas actividades que entrañan un riesgo inherente de lesión. Así, encontramos diversos estudios donde se analizan las lesiones deportivas infantiles sufridas (esguinces, fracturas, distensiones, etc.) y su prevalencia según la frecuencia y el tipo de actividad realizada, al respecto Martin-Diener y cols. (2013) estiman una tasa de 0,43 lesiones por cada 1000 horas de actividad física de intensidad moderada o alta. También Bloemers y cols. (2012) describen encontrarlas en un 0,48 por cada 1000 horas (N=996 niños). Si los niños sólo practican al día menos de una hora de ejercicio moderado e intenso (Colley y cols. 2011), esta tasa de lesiones equivale aproximadamente a una lesión cada seis años o dos lesiones por niño durante la etapa de infancia (5 a 17 años).

Un tercio de las lesiones (37%) se produjeron practicando deporte organizado. Se constataron las tasas más altas de lesión en atletas infantiles que desarrollaban programas de entrenamiento de élite o alta competición, con una ratio de 5 a 10 lesiones

por cada 1000 horas de participación, exceptuando deportes de alto riesgo como el fútbol americano, hockey sobre hielo o rugby (Collard y cols. 2008).

En nuestra muestra, el deporte más practicado por los menores de nuestra muestra es el fútbol (82,1%), seguido del atletismo (17,9%) y el 81% practica entre 5 y 10 horas a la semana. En nuestro estudio no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($P=0.894$) entre el número de horas de práctica deportiva y la presencia de lesiones. Las características de la muestra estudiada pueden explicar estos resultados, ya que se trata de deportistas que podemos considerar como *amateur* en los que el deporte supone una actividad complementaria, con unas pautas de entrenamiento menos exigentes a las que posee un deportista de élite.

Fishman y cols. (2017) analizan las opiniones y actitudes de los pediatras en relación con la participación de los menores en deportes de riesgo y la incidencia de traumatismos craneales. La mayoría de los pediatras encuestados por estos autores manifiestan que se debería limitar o eliminar el contacto directo en la práctica del fútbol americano. En este sentido, la gran mayoría (77%) no permitiría que su hijo practicara este deporte y casi un tercio (31%) de todos ellos creen que el contacto debe ser permitido sólo a partir de 15 años. El 15% opinan que debe ser completamente eliminado el contacto directo en este deporte. En dos declaraciones publicadas en 2000 y en 2014, la Asociación Americana de Pediatría solicitaba la eliminación del contacto corporal en fútbol americano para jugadores de 15 años o menos, citando los riesgos inherentes de lesión (American Academy of Pediatrics, 2015).

Diferentes autores cuestionan que las actitudes y opiniones personales de los profesionales sanitarios sobre la idoneidad o no de la práctica deportiva por los menores deban transferirse a los padres de sus pacientes (Truog, 1999, 2003; Ross, 2003; Kon, 2006). Diversos autores (Bachynski y Goldberg, 2014; Bachynski, 2016) consideran que los médicos deben manifestar su opinión negativa sobre la participación de los jóvenes en deportes violentos, argumentando la falta de autonomía en niños y adolescentes y su incapacidad para sopesar los riesgos y beneficios de la participación deportiva.

Un aspecto particular, por sus características especiales y propias es la práctica en los deportes considerados como “*de riesgo o de aventura*” o deportes cuya práctica

no es habitual, en los que en muchas ocasiones los riesgos que se producen con su práctica suelen ser desconocidos por los deportistas. Al respecto, Seoane (2003), destaca la importancia de la información previa que se debe proporcionar sobre los riesgos y el conocimiento de los mismos para poder apreciar la asunción del riesgo. Recordemos que es en este contexto en el que desarrollamos el presente estudio.

En la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja (Sala de lo Contencioso Administrativo) 9.1.2002 (JUR 70866) sobre el accidente sufrido por una niña de 8 años en la clase de gimnasia del colegio, que cayó al suelo cuando otro niño le intentó quitar la pelota mientras jugaban a baloncesto, el Tribunal señala que “aunque es evidente que el deporte de baloncesto no constituye ninguna actividad peligrosa, su práctica no excluye totalmente caídas o lesiones que son inherentes a cualquier actividad deportiva y estos riesgos deben ser aceptados y asumidos por los padres de los niños de cualquier centro docente, quedando, por tanto, excluidos de ser indemnizados por la Administración responsable del Centro Educativo (Fundamento de Derecho 3º).

Esta Sentencia, en un apartado posterior también aborda la asunción del riesgo de quien practica un deporte de aventura. Establece que, según la legislación de diferentes Comunidades Autónomas, sobre las empresas de turismo activo, como por ejemplo Cataluña (Decreto 56/2003, de 20 de febrero)⁷⁰, Asturias (Decreto 92/2002, de 11 de julio)⁷¹, Andalucía (Decreto 20/2002, de 29 de enero)⁷², Galicia (Decreto 42/2001, de 1 de febrero)⁷³ o Aragón (Decreto 146/2000, de 26 de julio)⁷⁴, es requisito la obtención del consentimiento informado. Algunas normas señalan que es obligatorio que la información se proporcione por escrito. El artículo 10 del Decreto 56/2003, de Cataluña no indica nada sobre la forma en que debe proporcionarse la información, y el artículo 29 del Decreto 20/2002, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, señala la necesidad de dejar constancia escrita de que se ha ofrecido la información a los

⁷⁰ Decreto 56/2003, de 20 de febrero, por el que se regulan las actividades físico-deportivas en el medio natural. DOGC núm. 3838 de 07/03/2003.

⁷¹ Decreto 92/2002, de 11 de julio, de turismo activo. BOPA núm. 173, de 26/07/2002.

⁷² Decreto 20/2002, de 29 de enero, de Turismo en el Medio Rural y Turismo Activo. BOJA núm. 14 de 02/02/2002.

⁷³ Decreto 42/2001, de 1 de febrero, de refundición en materia de agencias de viajes, guías de turismo y turismo activo. DOG núm. 36 de 20/02/2001.

⁷⁴ Decreto 146/2000, de 26 de julio, por el que se regula el ejercicio y actuación de las empresas dedicadas a la prestación de servicios de turismo activo y de aventura. BOA núm. 93 de 04/08/2000.

usuarios, pero no se refiere a si ésta ha de darse por escrito o de forma verbal. Lo normal es que las empresas proporcionen información escrita a los usuarios, ante la dificultad de probarla cuando se da exclusivamente de forma verbal. En la Región de Murcia, la legislación existente no hace ninguna referencia a los deportes de riesgo y la información necesaria que se debe proporcionar a los deportistas practicantes.

Tradicionalmente las actividades turísticas se desarrollan en el ámbito urbano, sin embargo, en la actualidad incrementa el número de actividades incluidas en la oferta de turismo alternativo, activo o de aventura, cuya idea básica es que se practica en la naturaleza y que exigen un esfuerzo físico de los turistas participantes y un nivel de riesgo controlado. En el turismo activo existe una relación contractual entre un prestador de servicios (tour operador, agencia de viajes, guía de turismo, etc.) y un usuario cliente (turista) (Blanco Portillo, 2006). Según la Secretaría General de Turismo (2004)⁷⁵ el turismo activo es: *“...aquél que tiene como principales motivaciones la realización de actividades recreativas y de esparcimiento, la interpretación y/o conocimiento de la naturaleza, con diferente grado de profundidad y la práctica de actividades deportivas de diferente intensidad física y riesgo que usen expresamente los recursos de forma específica, sin degradarlos o agotarlos”*.

El riesgo o posibilidad de producirse un daño, forma parte de la propia definición de la actividad. En el deporte, es relevante considerar la asunción de riesgo, al encontrarse en su práctica y será siendo asumido voluntariamente por el deportista, y sin que el daño causado por el participante se encuentre fuera de los límites establecidos por el propio deporte (Piñeiro, 2005). En este sentido, los deportistas profesionales poseen un completo y profundo conocimiento de la probabilidad de sufrir un accidente. Sin embargo, en el deporte de aventura, su práctica se desarrolla con sujeción a ciertas reglas y con una finalidad generalmente recreativa, en la que los riesgos, en general, no son conocidos por los practicantes. Dentro del turismo de aventura, para que el participante asuma el riesgo, tendrá que obtener previamente una verdadera información

⁷⁵ La Secretaría General de Turismo, a través de la Subdirección General de Calidad e Innovación Turística, elaboró a finales de 2004 un estudio sobre el turismo de naturaleza en España y una propuesta de un Plan de Impulso. El estudio establece la situación actual del sector y de las diferentes intervenciones acometidas para su desarrollo por los actores públicos y privados. Propone para dar un impulso al sector de un plan con actuaciones específicas. El Plan de Impulso va dirigido en mejorar la cooperación institucional y en la aplicación y definición sobre el terreno de herramientas que sirvan para obtener producto en destinos concretos con una buena organización para optimizar las repercusiones positivas del turismo de naturaleza.

y la libre aceptación voluntaria de estos riesgos. Así, el prestador de la actividad deportiva no será responsable del accidente que sufra el deportista, siempre que no exceda de las circunstancias del riesgo informado. A este respecto se refiere la Sentencia del Tribunal Supremo, del 17-10-2001⁷⁶, en la que un sujeto que practicaba *rafting* murió al caerse de la embarcación, tras producirse un traumatismo craneoencefálico, y no existir negligencia, ni por parte de la empresa encargada de la organización de la actividad ni del monitor. El padre del fallecido argumentó la ausencia de información sobre los riesgos de la actividad, por lo que no existió consentimiento informado ni, en consecuencia, asunción del riesgo. Sin embargo, el tribunal lo rechazó, al entender que el participante de la actividad no ignoraba todas las circunstancias expresadas, ya que había realizado anteriormente *rafting*, y además le resultaba familiar el lugar en el que se produjo el accidente.

Como anteriormente hemos comentado, asumir el riesgo exige en primer lugar conocer el riesgo potencial que puede generar una actividad. Sólo cuando se es consciente de las probabilidades de sufrir un daño y de su entidad, podemos entender que existe verdaderamente asunción de riesgo. El consentimiento no libera al prestador de la actividad de las consecuencias de una conducta negligente o imprudente, pero sí le exime de responsabilidad al ser conocidos los riesgos específicos por el usuario. Como ocurre en el ámbito sanitario, la extensión de la información que se proporciona debe ser directamente proporcional a la entidad del riesgo que se asume. No debe aceptarse una mera cláusula para eximir al proveedor de la responsabilidad por los daños causados.

Es ilustrativa la sentencia de la Audiencia Provincial de Huesca, Sección 1ª, 19.10.2004 (JUR 303035), sobre las lesiones que sufrió una mujer que practicaba barranquismo y que cayó desde una altura de 8 metros. En la sentencia se destaca que el monitor acompañó en todo momento a los participantes, indicándoles la postura en que debían caer al agua. Además, le ofreció a la víctima la opción de no saltar y tomar una ruta alternativa más segura, no saltando hasta después de hacerlo el último de los participantes. La Audiencia Provincial desestimó las pretensiones de la reclamante. Al respecto, en su Fundamento de derecho (FD) 3º señala que *“fue la propia actora quien decidió realizar un deporte de riesgo, cual es el descenso de barrancos, y que el*

⁷⁶ Sentencia de TS 931/2001, Sala 1ª, de lo Civil, 17 de octubre de 2001.

monitor le explicó cuanto un guía podía explicar, siendo ya decisión de la deportista el practicar o no el descenso, máxime cuando existía una vía alternativa que permitía obviar el obstáculo. El guía no hizo nada para causar el accidente, ni tampoco, por acción u omisión, para incrementar el riesgo consustancial a la actividad que la recurrente quiso practicar, asumiendo así los riesgos naturales que el llamado barranquismo lleva consigo [...]. Tampoco hay que olvidar que, antes de que lo hiciera la recurrente, ya habían saltado los otros participantes de la excursión [...], lo que le permitió apreciar por sí misma, antes de lanzarse, las características del salto y de la caída, de modo que la apelante asumió libre y voluntariamente los riesgos que el salto tenía, siendo claro, por último, que el contratar a un guía no puede ser una suerte de seguro a todo riesgo para ser indemnizado de cuantos perjuicios se puedan desencadenar durante la práctica de una actividad de riesgo libre y voluntariamente elegida”.

Por tanto, la información que debe proporcionarse debe reunir diferentes aspectos como: material imprescindible que tendría que utilizarse, trayecto a seguir; riesgos que pueda conllevar la actividad; requerimientos físicos y conocimientos necesarios; posibles patologías que impidan realizar dicha práctica; importancia de obedecer al monitor siguiendo sus instrucciones; cómo actuar en situaciones de peligro y la existencia de un seguro de responsabilidad civil. De esta manera, se instaura con esta normativa un procedimiento de consentimiento informado muy parecido al previsto en la Ley 41/2002, ya que se le impone al deportista que asuma los riesgos de la actividad, siendo previamente informado por escrito de los mismos (Seoane, 2003). En este sentido, teniendo en cuenta estas premisas, las empresas del sector deben de informar, de forma previa, por escrito y detalladamente a los usuarios, sobre los diferentes aspectos como los riesgos que implica el deporte y los mínimos requisitos físicos para practicarlo. Así, los participantes conocerán y asumirán los riesgos de la actividad, excepto si el accidente se ha producido por alguna negligencia del monitor o de la empresa organizadora. Así pues, las empresas, según la actividad que ofrecen a los usuarios, deben controlar que determinadas personas (aquellas con determinadas características físicas o procesos patológicos) no practiquen el deporte ofertado. Así, la exigencia de un examen médico tiene sentido cuando el deporte se practica de forma habitual, para comprobar el estado físico de la persona.

Normalmente, tras una lesión consecuencia de un deporte no se suele alegar la falta de información previa sobre los riesgos, ya que el deportista conoce los riesgos inherentes a su práctica, aunque en algunos casos sí se invoca, como por ejemplo en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia⁷⁷ en la que se desestima la reclamación contra una empresa, como consecuencia de los daños producidos por una patinadora, por la falta de aplicación de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (LGDCU)⁷⁸ en lo relativo a la falta de información sobre la posibilidad de accidente y la ausencia de medidas protectoras de la integridad, como casco o rodilleras. Respecto a la falta de información, la Audiencia Provincial señala que *“no puede acogerse pues la práctica del patinaje es conocida en general y lo era por la demandante en particular, al igual que los riesgos que la misma entraña, y su desarrollo en la pista que no reviste ninguna característica que aumente el riesgo básico, por lo que no cabe exigir una mayor información y por ello, imputarse una omisión de la información necesaria para la práctica del deporte, como pretende la parte por aplicación del artículo 13.1 de la Ley 26/1984, de 19 de julio”* (FD 4º). Sin embargo, una posición contraria la encontramos en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de lo Civil, de 23 de marzo de 1988⁷⁹, que confirma la condena por incumplimiento contractual a la Estación de esquí de Baqueira Beret a indemnizar a un esquiador sufrió una caída en una pista helada, quedando paraplégico. La condena se basa en la falta de información dada por la estación sobre el estado de las pistas (...).

En nuestro estudio, los resultados demuestran que el 32,4% de los menores encuestados no recibieron ninguna información previa sobre el deporte practicado. Entre quienes contestan que sí recibieron información previa, en el 22,5% procedía del propio familiar y en el 15,6% del entrenador. En el 46,2% de los casos, los menores contestan que los padres recibieron información sobre el deporte que ellos practican. En el 83,8% de los casos el menor ha firmado algún documento relacionado con la práctica deportiva, pero en el 13,1% de estos casos contestan que no saben lo que han firmado. Al respecto, hemos de destacar que la mayoría de los menores de nuestra muestra

⁷⁷ Sección 9ª, 24.11.2001 (JUR 2002\43052).

⁷⁸ Ley 4/2018, de 11 de junio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre (BOE de 12 de junio de 2018)

⁷⁹ Sentencia de TS, Sala 1ª, de lo Civil, 23 de marzo de 1988

practican deporte en competiciones federadas. En lo relativo a los posibles riesgos del deporte, el 91,3% afirma conocerlos, sin embargo, el 22,5% contestan que no han sido informados de dichos riesgos. En nuestros resultados encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el “sexo” del encuestado y la variable “¿Conoces los riesgos de la práctica deportiva?” ($P=0,012$). En este sentido, entre quienes contestan de forma negativa, el 92,1% son varones.

Otro aspecto importante a destacar de nuestros resultados es que en el 27,8% de los casos no se les ha realizado un reconocimiento médico para la práctica del deporte en cuestión. De los que sí han sido reconocidos, el 24% no han recibido información alguna sobre los resultados y en el 20,8% de las ocasiones, los padres tampoco. La Academia Americana de Neurología en una declaración publicada en 2014, (Kirschen y cols. 2014) destacó la responsabilidad del médico en la salvaguarda de la "salud mental y física actual y futura" del deportista que ha sufrido una lesión. En esta línea, Longmuir y cols. (2014) defienden en su estudio que antes de iniciar al menor en nuevas prácticas deportivas o incluso realizar un cambio en el propio deporte realizado, se debería realizar un análisis sobre las posibles limitaciones prescritas por los servicios médicos, así como establecer cuestionarios específicos para poder detectar posibles alteraciones que deberían ser remitidas a un médico, antes de incrementar la frecuencia, la duración o la intensidad de la participación de la actividad física del niño. Para la toma de decisiones, los padres, cuidadores y responsables de la actividad física deben comprender claramente los beneficios y riesgos para la práctica deportiva, teniendo también en cuenta el comportamiento sedentario en la infancia.

Uno de los estudios más completos sobre el riesgo de lesión durante la práctica deportiva y el ejercicio físico es el publicado por Tator (2008) que realiza un análisis prospectivo de todas las lesiones cerebrales y medulares con consecuencias graves en Ontario (Canadá), durante cuatro años diferentes (1986, 1989, 1992, 1995). Los resultados demuestran que 131 deportistas sufrieron graves lesiones durante la práctica de deportes náuticos, 107 en deportes de motor, 89 en deportes de invierno y 72 en ciclismo. Aproximadamente la tercera parte de los lesionados (32%) se encuentran entre los 11 y 20 años y el 13% tienen una edad igual o inferior a 11 años.

En nuestro estudio, el 79,2% de los encuestados ha sufrido alguna lesión durante su práctica deportiva y el 64,7% ha sufrido más lesiones dentro de su deporte que fuera

del mismo. El 35,3% ha tenido que ausentarse de las clases escolares por motivo de su lesión, aunque, por lo general un breve período de tiempo, ya que en el 94,8% ha sido, como máximo una semana. Al producirse la lesión, el 26% de los menores contestan que son tratados en las propias instalaciones deportivas, siendo en el 22,5% de las ocasiones el propio entrenador quien atiende inicialmente al lesionado y en el 16,8% el fisioterapeuta. El 68,2% contestan que conocen los posibles riesgos de ser tratado por una persona no cualificada. Al respecto, hemos de recordar la ausencia, en la práctica totalidad de las ocasiones, de profesionales sanitarios, tanto en los entrenamientos como en las competiciones deportivas a estas edades. El fisioterapeuta como profesional, desempeña una labor más transversal y adecuada a las lesiones que se pueden presentar con más frecuencia (contracturas, esguinces, traumatismos músculo esqueléticos, etc.) y que requieren una primera actuación, para posteriormente, en su caso, la derivación a una atención especializada.

Según Palmi (2001) aproximadamente el 40% de los deportistas sufren algún tipo de lesión con mayor o menor grado de invalidez en cada temporada, necesitando en gran número de ocasiones una baja deportiva de más de una semana. En la mayoría de los deportes de equipo la posibilidad de contacto entre los deportistas es mayor que en los deportes individuales. Por todo ello, la participación en los deportes de equipo implica un mayor riesgo de lesiones, cualquiera que sea la categoría de lesión. Los esguinces son las lesiones más comunes durante la actividad física (Collard y cols. 2008). En efecto, la mitad de todos los esguinces en edades infantiles (Waterman y cols. 2010) y tres cuartas partes de todas las fracturas ocurren durante deportes organizados o actividades recreativas, siendo los deportes con balón (42%) donde se producen las fracturas con mayor frecuencia (Lyons y cols. 1999). Por otra parte, cuando se realiza la actividad deportiva en el tiempo libre, los jóvenes regulan el volumen y la intensidad según su capacidad y deseo (Luke, 2011), mientras que en el deporte organizado existe una planificación específica de regulación dónde se trabajan a unas frecuencias, volúmenes e intensidades predefinidas (Brenner, 2007). Uno de los factores que puede predisponer a la aparición de lesiones deportivas es la intensificación del ejercicio y la proliferación de competiciones deportivas a edades tempranas de la vida (Gould y Dieffenbach, 2002). El “estrés deportivo” debido a las altas expectativas de los entrenadores y de los padres puede ser una de las causas del proceso que algunos autores denominan como “*burnout* en el deporte” (Cresswell y Eklund, 2006; Gould y

cols. 1996, Gustafsson y cols. 2008). En un estudio realizado a jóvenes deportistas suecos (Gustafsson y cols. 2007), se constata que el 1% - 9% de los deportistas dejó de participar como consecuencia del "*agotamiento*".

La implantación de medidas dirigidas a la prevención de accidentes en el deporte y la gestión de riesgos deberían ser obligatorias. Según Theisen (2013) el conocimiento de los factores de riesgo relacionados con la participación en el deporte por parte de entrenadores y del personal médico y su monitorización sistemática podría ayudar a prevenir la aparición de lesiones deportivas. En este sentido, las lesiones previas constituyen un indudable factor de riesgo para una nueva lesión, por lo que se deberían implantar estrategias de prevención primaria y secundaria, incluyendo una cuidadosa programación en los períodos intensivos de entrenamiento, competiciones y recuperación, especialmente en los atletas más jóvenes.

Dorje y cols. (2014) encuentran una media de 48,07 lesiones por 1000 h de exposición de práctica deportiva en 246 lesionados. El 40,2% de los niños lesionados atribuyeron su lesión a una mala condición del suelo, mientras que el 30,5% a técnicas defectuosas. El resto atribuyeron sus lesiones a los malos niveles de aptitud física y al uso inadecuado de equipo técnico. Dentro de los diversos riesgos en la práctica deportiva, encontramos autores (Latorre y cols. 2007, 2012 y Lucio, 2003) que llegan a señalar riesgos importantes en las propias instalaciones deportivas de los centros educativos e incluso en diferentes diseños didácticos en Educación Física.

Dorje y cols. (2014) también obtuvieron información sobre el lugar donde se produjo la lesión (ámbito escolar) y de las 33 escuelas encuestadas, el 27,3% (9/33) tenía un médico como profesional de la salud, el 9,1% (2/33) tenía un fisioterapeuta mientras que el 66,6% de las escuelas (22/33) no tenía un profesional sanitario. Hubo una pérdida media de 19,2 días de escolaridad por la lesión deportiva padecida. La identificación de los problemas en términos de incidencia y gravedad de las lesiones deportivas constituye el primer paso lógico para dirigir las medidas de prevención. La mayoría de los datos disponibles en la literatura son de países desarrollados occidentales (Backous y cols. 1988; De Loes 1990; Sorenson y cols. 1996; Sharma y cols. 2003) que, lógicamente, no pueden generalizarse a todos los contextos, especialmente a los países en desarrollo, debido a la diversidad sociocultural.

Se ha investigado también la influencia de una programación deportiva demasiado exigente como posible factor potencial para la aparición de lesiones deportivas (Luke, 2011), constatándose un mayor número de lesiones cuando se desarrollaba una carga alta de trabajo en los dos días anteriores de producirse, siendo un probable factor desencadenante la fatiga. Por ello, se propone en este estudio el análisis más exhaustivo de las características propias del deporte (por ejemplo, volumen, intensidad y número de competiciones) y su relación con las lesiones deportivas. Habrá que tener en cuenta también el tipo de deporte practicado por el joven atleta, que será un punto adicional al mencionado riesgo de lesión deportiva. La incidencia de lesiones deportivas en atletas jóvenes (expresada en lesiones por cada 1000 horas de exposición) varía según las diferentes disciplinas deportivas: entre 1,6 y 2,5 lesiones en gimnasia (Bak y cols. 1994; Caine y cols. 2003); 2,3 en tenis (Hjelm, 2010) 3,4 en baloncesto (Messina, 1999) y entre 5,6 y 10,4 en fútbol (Emery y cols. 2005; Frisch y cols. 2011).

Son numerosos los autores que relacionan la edad con el riesgo de sufrir una lesión dentro de la práctica deportiva. De Loes (1990) señala en su estudio que los jóvenes de 15 a 19 años son los que mayor probabilidad tienen de sufrir lesiones. Dorje y cols. (2014), observan que aumentan las lesiones deportivas con el incremento de la edad, con una incidencia del 0,02% en el grupo de edad de 11 y 12 años, incrementándose al 1,57% entre los 17 y 18 años. En este aspecto, Sorenson y cols. (1996) obtuvieron unas tasas de lesiones deportivas y de actividad física de 20 por 1000 niños a la edad de 6 años y 120 por 1000 niños a los 14 años. También, es importante destacar el estudio de Backous y cols. (1998) que establecen la edad entre 14 y 17 años como la de mayor riesgo.

El grado de exigencia para realizar una actividad motora, también debe ser tenido en cuenta. Visser y cols. (1998) observan un menor rendimiento motor en los años de la adolescencia, tal vez porque la integridad del esqueleto puede estar comprometida durante este tiempo por el rápido crecimiento óseo longitudinal que ocurre en un período determinado de tiempo a expensas de la resistencia ósea. También la influencia de las hormonas sexuales, que marca la adolescencia, da lugar a un aumento del volumen muscular, especialmente en el sexo masculino, que, combinado con un aumento de la agresividad y cambios de comportamiento, también puede explicar el aumento del riesgo de lesiones deportivas asociadas con el contacto o colisión en relación a la edad.

Uno de los factores destacados a analizar en la práctica deportiva es la percepción del riesgo de sufrir una lesión. Numerosos estudios (Zuckerman, 1979; Morrongiello y Rennie, 1998 ; Andersen y Williams y Andersen, 1999; Hansen, 2005; Greening y cols. 2005; Abenza y cols. 2009; Ivarsson y Urban, 2010) afirman que determinados aspectos psicológicos y de personalidad como pueden ser, la ansiedad por competir, el estrés, la impulsividad, las motivaciones de triunfo, la experimentación de sensaciones, la competencia percibida, el autocontrol, los recursos de afrontamiento y la percepción del riesgo pueden llegar a determinar que un sujeto sea más propenso a desarrollar conductas de riesgo.

La percepción del riesgo constituye un elemento clave dentro de la promoción de la salud y en el marco de estudio de la accidentalidad infantil, incluyéndose dentro de los modelos de conducta saludable (Van der Pligt, 1994). Hay que destacar que aquellas lesiones que se producen de forma no intencionada se convierten en un problema importante de salud infantil, sobre todo cuando los niños deben asumir los riesgos durante el juego, sin olvidar la percepción que se tenga de éstos. Para elaborar un plan de gestión de riesgos hay que considerar la percepción del riesgo entre las personas. Con ello se pretende mejorar la comunicación bilateral entre profesionales y participantes, consiguiendo un plan de gestión de riesgos eficaz. Existen escasos estudios que desarrollen la percepción del riesgo en el ámbito deportivo, aunque sean evidentes las ventajas de mejorar tales comunicaciones interpersonales.

El estudio de la percepción del riesgo en las actividades deportivas se ha centrado en el paradigma psicométrico que fue introducido por Fischhoff y cols. (1978), en el cual se evaluaba la percepción del riesgo a través de determinados cuestionarios que incluían un listado de diferentes fuentes de peligro para que los sujetos las valoraran. Niños de tan sólo cuatro o cinco años de edad pueden ser capaces de realizar juicios de riesgo, siendo así conscientes de la relación entre su capacidad, su comportamiento y los resultados de las lesiones con estas edades (Little y Wyver, 2010).

Dentro de la percepción del riesgo, influyen factores internos del individuo y factores situacionales. Entre estos últimos es preciso tener en cuenta algunos “distorsionadores” cognitivos en la percepción del riesgo. En este sentido, podemos referirnos a la distorsión perceptiva producida por el entorno social, relacionada con la

frecuencia de accidentabilidad durante la práctica deportiva que puede reducir la percepción la misma al integrarse en la vida diaria del individuo. Hemos de considerar también la distorsión perceptiva generada por el grupo, que, en ocasiones puede transmitir un contexto tanto de control, serenidad y evaluación objetiva del riesgo, como de pánico e inseguridad. Finalmente, ante la distorsión perceptiva producida por una urgencia temporal de la situación, que normalmente ocurre en situaciones que son arriesgadas y en las que se debe de actuar de forma muy rápida, el umbral de incertidumbre incrementa, provocando un mayor estrés, que incide en el grado de estimación de las consecuencias negativas (Latorre y cols. 2014).

Las características propias del sujeto y en concreto del niño, tales como el sexo, la edad, experiencia, comportamiento y el temperamento, llegan a influir a la hora de participar en actividades de riesgo (Morrongiello y Lasenby-Lessard, 2007). Según estudios de diferentes autores, en los jóvenes se constatan características como una baja percepción del nivel de riesgo, una sensación no holística, más lenta, sobreestimando sus habilidades (López y Osa, 2007). Kontos (2004) afirma que los bajos niveles de percepción de riesgo, los altos niveles de toma de riesgos, y una estimación disminuida de las propias habilidades son factores de riesgo de lesiones. Los varones muestran menor asunción de riesgos y niveles más bajos de riesgo percibido cuando son comparados con las niñas. En cambio, los niños tienen un mayor porcentaje de accidentabilidad que las niñas, en el área deportiva y en todas las franjas de edad.

Estudios como los de Peterson y cols. (1997) y Di Lillo y cols. (1998) indican que los niños, al ir cumpliendo años, perciben menos peligro en aquellas situaciones donde se han familiarizado con los posibles riesgos. Los deportistas menores de edad que no han llegado a sufrir consecuencias negativas debido al comportamiento arriesgado percibirían un riesgo menor o una desensibilización del mismo en el futuro (Greening y cols. 2005). Según la teoría social-cognitiva (Bandura, 1986), la percepción del riesgo de lesión sería mayor debido a la experimentación de las consecuencias negativas ocurridas anteriormente, por lo que se reducirían las probabilidades de que se actuara bajo conductas de riesgo repetitivas. Otros estudios como los de Horvath y Zuckerman (1993) determinan que antiguas experiencias exitosas, con asunción de riesgos, darían lugar a una disminución del riesgo percibido. Otros, como Hillier y Morrongiello (1998) observaron que los niños valoraban el riesgo de forma más baja que las niñas, y que los escolares de 6 años percibían menos riesgos y de manera más

lenta que los de 10 años. Así mismo, Schwebel y Barton (2005) observaron que los niños con más frecuencia de sufrir lesiones asignaban éstas a la mala suerte, lo que originaba lesiones repetitivas, en cambio, las niñas pensaban que eran debidas a sus propios comportamientos, por lo que eran objeto de cambio, con el fin de evitarlas. Por estas razones, las niñas participan en actividades de menor riesgo físico que los niños (Morrongiello y Rennie, 1998).

También hay que considerar que socialmente, los chicos perciben menos riesgo en los deportes, según el estereotipo dominante masculino. Sin embargo, las niñas mantienen un estereotipo a nivel deportivo menos agresivo, lejos del contacto físico y de la asunción de riesgos que se consideran necesarias en los deportes de contacto como el fútbol. Aunque niños y niñas puedan llegar a tener estimaciones similares de riesgo, a causa de la socialización, a los niños se les enseña a aceptar los posibles riesgos y a las niñas a desconfiar de los mismos (Harris y Miller, 2000), con lo que varían en su voluntad de participar en conductas de riesgo, produciéndose así en los niños, un mayor número de accidentes deportivos. Little y Wyver (2010) consideran que los niños son capaces de identificar las conductas de riesgo de producir lesiones, mientras que la diferenciación de la gravedad de la potencial lesión es de menor precisión.

Si partimos de los diferentes factores de personalidad, la búsqueda de sensaciones es un elemento muy ligado a la accidentalidad y a la percepción del riesgo, ya que aquel que no quiera experimentar tales sensaciones es porque las consideran peligrosas y arriesgadas. Éstos se diferencian en la diferente valoración que poseen sobre el riesgo. Según Zuckerman (1979), la búsqueda de sensaciones conlleva la necesidad de vivir experiencias variadas y complejas, asociadas al deseo de asumir riesgos, tanto físicos como sociales, simplemente por el deseo de recrearse en tales experiencias. En referencia a la edad, parece existir una relación negativa entre la búsqueda de sensaciones y la edad (Chico, 2000).

Según los estudios de Reio y Choi (2001), este factor de búsqueda de sensaciones es más elevado en niños que en niñas y se incrementa con la edad. Los practicantes de diferentes deportes de riesgo suelen caracterizarse por obtener altas puntuaciones en la búsqueda de peligro y aventura (Gomà-i-Freixanet y cols. 2012). En la misma línea, Schumacher y Roth (2004) encontraron correlaciones negativas entre la búsqueda de sensaciones y la percepción de riesgo.

Otro factor de la personalidad que puede afectar a la percepción del riesgo es el egocentrismo de los adolescentes, que piensan en ellos mismos y que son únicos, con la creencia de que no son vulnerables a los riesgos de salud. En esta línea, Dolcini y cols. (1989) encuentran en niñas una relación estadísticamente significativa de tipo positivo entre el riesgo percibido de lesión y el egocentrismo adolescente. En cambio, Greening y cols. (2005) afirman que, en la percepción del riesgo, no se puede predecir ningún tipo de cambio en relación a un incremento del egocentrismo.

Dentro del ámbito educativo, se ha considerado como de gran importancia aplicar algún instrumento para la evaluación de la percepción del riesgo en relación con el deporte escolar, lo que permitiría obtener personas y grupos de riesgo que presenten una percepción del riesgo distorsionada, así como llegar a determinar una base para desarrollar una intervención e identificar problemas específicos de percepción del riesgo, en relación con determinados factores como son la seguridad pasiva de materiales, instalaciones y equipamientos y también seguridad activa en relación a los planteamientos prácticos diseñados por el profesor. Con todo ello, podríamos determinar la validez de las formas de intervención.

Los instrumentos existentes que permitan llevar a cabo la evaluación de la percepción del riesgo en el ámbito deportivo son escasos. Por ejemplo, Smith y Beringer (1987) (Figura 14), trabajaron en un modelo teórico y secuencial, profundizando en los mecanismos cognitivo-motores que están implicados en la accidentabilidad. Si se actúa correctamente en la sucesión de las causas, el accidente podría evitarse, siendo la percepción del riesgo el primer proceso de evitación del peligro. Otros, como los de Siesmaa y cols. (2011) y White y cols. (2011) llegaron a diseñar unas determinadas escalas con la finalidad de valorar en los jóvenes deportistas la percepción del riesgo de lesiones.

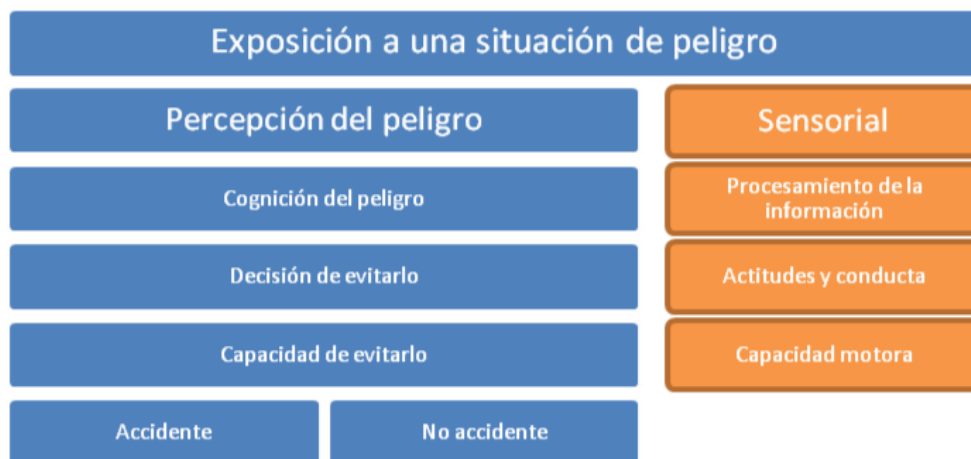


Figura 14. Descripción del modelo secuencial en el que se expresan las fases en las que se desarrolla un accidente según Smith y Beringer (1987). (Fuente: Gestión de la seguridad en las actividades físico- deportivas escolares. Latorre Romá y Pérez Jiménez. 2009)

Para la evaluación específica de la percepción del riesgo dentro del ámbito escolar, destacamos los cuestionarios desarrollados por Latorre y Pantoja (2012) que se basan en las reacciones relacionadas con la valoración del riesgo percibido ante diversas situaciones de actividad físico-deportiva en el ámbito escolar. Se presentan diferentes informaciones de forma visual, mediante fotografías de situaciones relacionadas con el deporte escolar, en la línea de los trabajos previos de Morrongiello y Matheis (2007) y Little y Wyver (2010). Así identificaban los sujetos con mayor probabilidad a sufrir un accidente deportivo.

La gestión de los riesgos conlleva la interacción de instrumentos y procedimientos para llegar a identificar, valorar y disminuir los riesgos a límites admisibles, como los que desarrollaron Cabello y Cabra (2006), Latorre (2008) y Latorre y Muñoz (2011). Las consideraciones metodológicas para la prevención del riesgo tienen como pilares la identificación del riesgo, su estimación y la definición de las actividades preventivas (Latorre y Herrador, 2008). Para identificar el riesgo, debemos tener en cuenta los posibles peligros relacionados con la actividad, no sólo por las tareas realizar sino por los lugares en donde se desarrolla, así como los materiales que se utilizan, etc.

En relación con la estimación del riesgo, debemos determinar las secuelas que puede originar el daño, y la probabilidad de que ocurra. Todo lo descrito nos ayudaría a conocer el grado de discernimiento adecuado para hallar el nivel de riesgo que seríamos

capaces de llegar a asumir. Por lo que entonces, para asumir el riesgo, es imprescindible que seamos conscientes de las posibilidades de que ocurra el daño y su entidad.

Finalmente debemos definir aquellas actividades preventivas que se van a realizar, y con ellas, el tiempo límite aceptable para conformar las distintas acciones encaminadas a conseguir un control del riesgo (reducción o eliminación del mismo). Una vez hayan sido valorados los riesgos, se planifica la actividad preventiva, determinando para cada riesgo específico, qué acciones hay que ejecutar y el tiempo que tardaría en finalizar. Por último, se debería efectuar un seguimiento de todo el programa configurado, y una validación de la efectividad de las acciones realizadas para obtener el fin que se persigue.

La psicología deportiva muestra que los niños y adolescentes difieren en su motivación, respuesta emocional y capacidad de autocontrol en términos de actividad física y participación en el deporte (Hanson y cols. 1992). Los niños difieren de los adultos en sus respuestas fisiológicas y psicosociales dentro del ámbito de la actividad física, por lo que los factores demográficos, biológicos, conductuales, socioculturales y psicológicos varían según la edad, el estado madurativo y el sexo (Beggs y cols. 2013). Los niños, socialmente se mueven motivados por aspectos diferentes al de los adultos: buscan construir amistades y básicamente divertirse practicando deporte (Ekeland y cols. 2005).

En nuestra muestra, el 15,7% de los encuestados afirmaban tener una motivación media, baja o muy baja en la práctica de su deporte. El 54,3% practicaban un deporte diferente con anterioridad, siendo la falta de motivación, en el 63,8% de los casos, una de las causas del cambio. El 15,6% (27 casos) de los menores contestan que practican otro deporte, aparte del considerado como principal.

El disfrute de la actividad física por un niño puede asentar las bases de comportamientos y hábitos deportivos futuros. También tiene un efecto positivo en el estado de ánimo y de la propia capacidad del niño. Los menores tienen diferentes respuestas cognitivas y emocionales diferentes dentro del ámbito deportivo debido a su particular desarrollo psicosocial (Bar-Or y Rowland, 2004). La autoestima y el concepto que tienen de sí mismos cambian con la edad, al igual que las interacciones sociales y de la percepción que reciben de los demás (padres, amigos, etc.). En comparación con

los adultos, los niños participan en diferentes tipos de actividad y tienen percepciones diferentes con relación a la importancia del ejercicio (Bar-Or y Rowland, 2004). Por ello, muchos de estos estudios concluyen afirmando que teniendo en cuenta las diferencias en el ámbito deportivo de menores y adultos, los beneficios y los posibles riesgos que puedan sufrir los niños y adolescentes no pueden ser asumidos a partir de los datos recopilados en estudios realizados solamente en adultos: "... los niños no son pequeños adultos" (Bar-Or y Rowland, 2004; Shea, 2008).

Estudios como los realizados en Suecia por Hallquist (2016) intentaron determinar quién tenía la responsabilidad del apoyo psicosocial que necesitan los niños y adolescentes cuando sufren una lesión deportiva severa. Analizan si los entrenadores, padres y fisioterapeutas implicados con menores de 12 a 16 años que han sufrido lesiones deportivas graves eran conscientes del apoyo que necesitaban y concluyen que un grave problema es la falta de comunicación a la hora de interactuar con el lesionado, para obtener su pronta recuperación. Los entrenadores afirmaban no tener tiempo de dedicación suficiente al deportista lesionado, señalando a los padres como los responsables de prestar este apoyo. Sin embargo, en aquellas ocasiones en las que la ausencia de información y el consiguiente desconocimiento por parte de los padres sobre la lesión y las repercusiones específicas en el menor, podrían derivar en la falta de apoyo necesaria para la recuperación del lesionado.

Los padres encuestados se preocupaban de cómo la lesión podía afectar al carácter y forma de actuar de sus propios hijos. A su vez, los fisioterapeutas respondieron que actuaban como una fuente importante de apoyo, tanto sanitario como social, en estos niños y adolescentes, aunque consideraban que tenían una gran responsabilidad, sin tener el suficiente conocimiento psicosocial que envolvía al menor. Este trabajo concluye destacando la importancia de la comunicación e información compartida de todos los implicados, para obtener una adecuada recuperación del menor deportista, así como la necesidad de transmitir al joven los conocimientos necesarios para conocer las diferentes opciones para tomar una decisión sobre la futura práctica deportiva tras la lesión padecida.

Son escasos los estudios sobre los factores psicosociales que pueden influir en la adecuada y total recuperación de lesiones graves sufridas por los atletas. Hay trabajos desarrollados en deporte de alto nivel y con atletas jóvenes mayores de edad

ligeramente mayores, como los descritos por Podlog y Eklund (2007). En los atletas lesionados hay un alto grado de preocupación cuando vuelven al entrenamiento (Williams y Andersen, 1998), por una posible recaída (Rotella, 1985; Gould y cols. 1997; Bianco, 2001; Kvist y cols. 2005). Por esta razón, la figura del entrenador es vital para que el atleta lesionado vuelva a confiar en su capacidad para volver al entrenamiento (Gould y cols. 1997; Johnston y Carroll, 1998; Bianco, 2001; Podlog y Eklund, 2007).

Los padres también desempeñan un papel muy importante en la recuperación de las lesiones deportivas de sus hijos menores, tal y como demuestran los estudios de Podlog y cols. (2012, 2013). En ellos se analizaron la implicación de los padres en la rehabilitación de estas lesiones y constataron la necesidad del apoyo social como factor primordial para que el atleta menor de edad vuelva a practicar el deporte a pleno rendimiento.

Como defienden Thomeé y cols. (2007), las decisiones y actuaciones de los entrenadores y de los profesionales sanitarios sobre el tratamiento del menor lesionado, pueden llegar a influirle no sólo de forma positiva, sino también llegando a producir una falta de confianza en sus propias capacidades. Si tenemos en cuenta que un tercio de los niños y adolescentes que participan en deportes específicos llegan a sufrir una lesión que requiere tratamiento (Adirim y Cheng, 2003), debemos tener en cuenta que tienen que ser rehabilitados para su vuelta a la actividad deportiva y que un porcentaje de ellos no conseguirán con éxito tal recuperación. Brewer y cols. (1995) constatan que los deportistas más jóvenes que sufren una lesión necesitan mayor apoyo social que los adultos, por sentirse más inseguros y afectarles más el periodo de convalecencia y recuperación.

Tal y como indica Palmi (1997) se han de tener en cuenta los factores externos que rodean al deportista y podrían llegar a influir en su comportamiento, incrementando el riesgo de lesión. Se pueden destacar, por un lado, factores situacionales como son las características específicas del propio deporte (de contacto o no, de equipo o individual) y factores de la competición deportiva, como, por ejemplo, el material utilizado en la actividad (uso incorrecto) y las instalaciones utilizadas (mantenimiento inadecuado) o incluso, la organización de las competiciones deportivas, que al determinar reglas no ajustadas a los distintos rangos de edad y desarrollo físico y psicológico, con más

atención en edades tempranas, podrían producir cargas, esfuerzos e intensidades que conducen a una lesión. También, tenemos la posibilidad de sufrir lesiones por el comportamiento de los demás. Por ello, las acciones agresivas pueden ser conductas de riesgo no intencionales pero generadoras, en cualquier caso, de una posible lesión a otro participante ya sea compañero o rival. Como hemos comentado con anterioridad, es relevante este hecho, sobre todo en los deportes de contacto, en los que aumentan las probabilidades de sufrir una lesión.

En esta línea, Guillén (1999) establece la importancia de focalizar la atención en los riesgos de la práctica físico-deportiva escolar teniendo en cuenta diferentes puntos de vista (Tabla 119).

Alumnado	Profesor	Circunstancias o contexto propio de la actividad físico- deportiva
Descoordinación	Desconocimiento técnico-táctico de la actividad	Ambiente que rodea la actividad
Deficiencias técnicas	Actividad inadecuada a las capacidades físico- técnicas de los alumnos	Actitud de padres y familiares
Falta de concentración	Actividad no adecuada a las instalaciones	Climatología adversa
Desconfianza	Exigencias de acciones de riesgo para conseguir el éxito	Arbitraje
Inmadurez	No tener en cuenta el reglamento	Indumentaria deportiva
Intrepidez	Combinar edades en la competición	
Violencia	Actividad inadecuada a la edad	

Tabla 119. Elementos que condicionan la seguridad en la práctica físico-deportiva. (Adaptado de Guillén, 1999).

Según el concepto de seguridad de los materiales y espacios utilizados, Estapé (2003), establece dos conceptos: seguridad activa y seguridad pasiva. En la seguridad activa, el diseño del material ha de ser el adecuado al igual que su ubicación en el espacio para que la práctica deportiva se desarrolle normalmente. El concepto de seguridad pasiva está relacionado con la capacidad perceptiva y sensibilidad del docente y se vincula con la necesidad de observación, revisión y clasificación de la conservación de los materiales y espacios utilizados. También, en materia de seguridad en el deporte hemos de tener en cuenta los elementos de seguridad pasiva, como son las instalaciones donde se desarrollan las distintas actividades, los equipamientos y materiales deportivos utilizados. En este sentido, Hudson (2008) afirma que no se le da la suficiente importancia a la necesidad de proporcionar entornos de recreo seguros en el ámbito escolar, la mejora de la supervisión de las prácticas, diseños inadecuados, mantenimiento de dispositivos, etc. Latorre y Muñoz (2011) denuncian deficiencias e importantes riesgos dentro de las instalaciones deportivas escolares.

En el siguiente gráfico (Figura 15) se representa la totalidad de los elementos que configuran la seguridad activa y pasiva (Latorre y Pérez, 2009) en la gestión de la seguridad dentro de las actividades deportivas escolares.

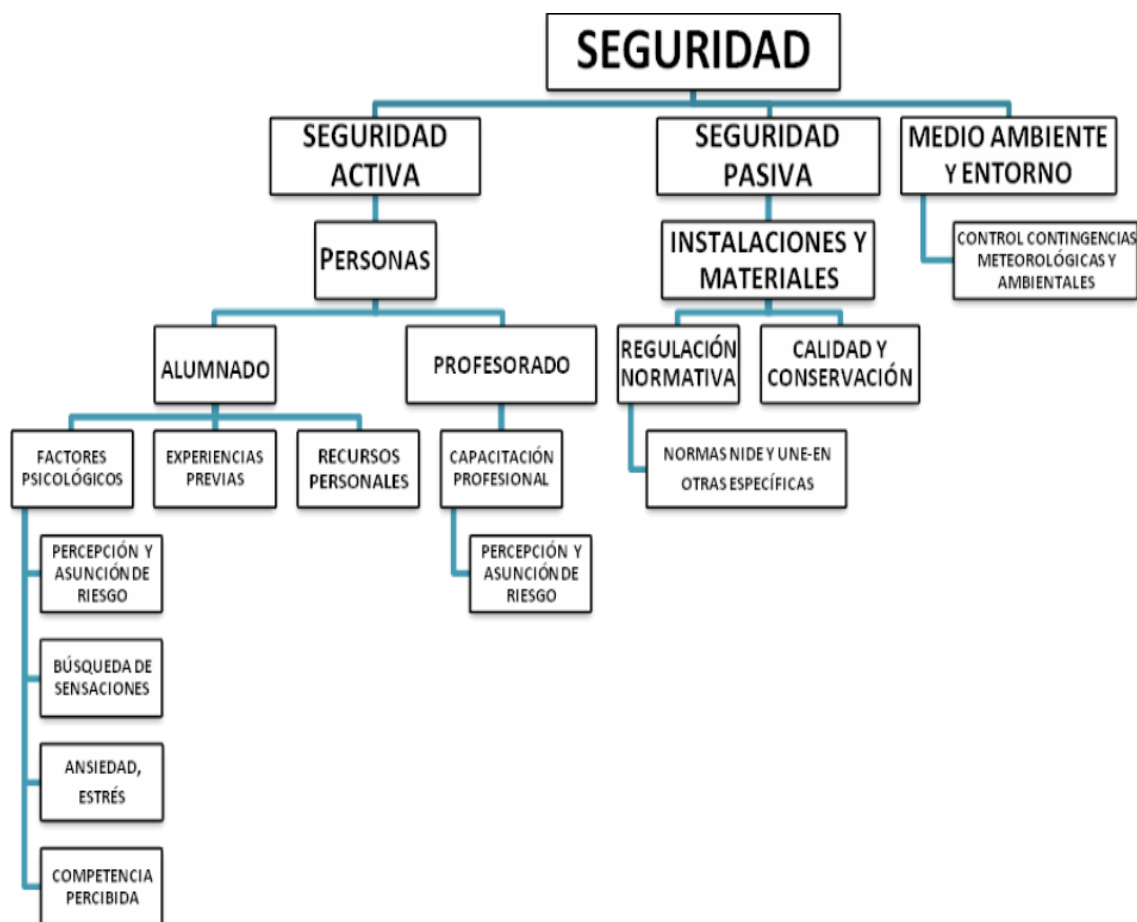


Figura 15. Seguridad en el deporte escolar.

(Fuente: Gestión de la seguridad en las actividades físico- deportivas escolares. Latorre Romá y Pérez Jiménez, 2009).

En nuestro cuestionario, hemos incluido preguntas relacionadas con el grado de valoración que los menores otorgan al material deportivo propio, escolar, el utilizado en la actividad deportiva y las instalaciones, tanto las escolares como donde se realizan los entrenamientos y con el equipo técnico. Las puntuaciones obtenidas podemos considerarlas como buenas o muy buenas. La valoración más elevada se obtiene para el material deportivo (94,2%), el equipo técnico (91,9%) y el material propio que se utiliza (90,2%). Las puntuaciones más bajas son para las instalaciones deportivas escolares (68,3%) y el material escolar (68,2%).

En un estudio, realizado en centros de educación secundaria de Jaén (Latorre y cols. 2010), los autores demuestran que las instalaciones deportivas presentan importantes deficiencias de seguridad al no cumplir la normativa, en la mayoría de los casos y por la existencia de riesgos intolerables e importantes (valorados como graves).

En otros estudios como los de Gil y cols. (2010) en centros ESO de la provincia de Ávila (para materiales e instalaciones deportivas) y Montalvo y cols. (2010) en la provincia de Ciudad Real (para equipamiento deportivo) presentan un incumplimiento generalizado de la normativa en relación a las diferentes materiales e instalaciones deportivas, así como al equipamiento deportivo respectivamente. En otro, como el de Soriano (2014), se utiliza una escala del 1-10 estableciendo una seguridad del 6.08 para los equipamientos deportivos. El incumplimiento de la normativa se encuentra ligeramente por encima del 50% en estudios como los de García-Unanue y cols. (2013) en normativa NIDE⁸⁰ y a Herrador y Latorre (2005) en normativa UNE-EN⁸¹.

En este sentido, López (2002) demuestra la necesidad de invertir en la remodelación de los centros escolares por parte de las administraciones, y dentro del ámbito deportivo, sería primordial tener en cuenta las inadecuadas condiciones de iluminación, falta de vestuarios, pésima conservación de equipamientos y pavimentos y con ello la necesidad de garantizar la seguridad en las diferentes instalaciones.

Para asegurar espacios deportivos más seguros, García-Unanue y cols. (2013) proponen incluir obligatoriamente el uso de las normas NIDE en las instalaciones deportivas escolares.

En relación a la normativa existente, debemos destacar el Real Decreto 132/2010, de 12 de febrero⁸², por el que se establecen los requisitos mínimos para todos los centros docentes independientemente de su titularidad, que imparten las enseñanzas del segundo ciclo de educación infantil, educación primaria y educación secundaria, en el que se incluyen aspectos sobre las instalaciones deportivas, y que desarrolla el artículo 14 de la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio⁸³, reguladora del Derecho a la Educación.

⁸⁰ La normativa sobre instalaciones deportivas y de esparcimiento (NIDE) se establecieron para definir las condiciones reglamentarias y de diseño que tendrían que llegar a considerarse en la construcción de instalaciones deportivas. CSD.

⁸¹ Normativa de gestión de instalaciones Deportivas (Normas UNE). CSD.

⁸² Real Decreto 132/2010, de 12 de febrero, por el que se establecen los requisitos mínimos de los centros que impartan las enseñanzas del segundo ciclo de la educación infantil, la educación primaria y la educación secundaria. BOE núm. 62, de 12/03/2010.

⁸³ Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. BOE núm. 159 de 04/07/1985.

También, la normativa realizada por el Consejo Superior de Deportes (CSD) (2011), sobre instalaciones deportivas y de esparcimiento, marca las reglas generales y los requisitos de diseño que se deben seguir para construir las instalaciones deportivas. También, hay que tener en cuenta las normas europeas (EN) y españolas (UNE) que son elaboradas por AENOR (1999), y llegan a establecer los requisitos básicos que hay que seguir para que un equipamiento deportivo tenga la seguridad necesaria (riesgo de atrapamiento, estabilidad, resistencia y protección a los posibles golpes). Para detectar si un determinado material deportivo cumple las normas reguladas por la UNE-EN, tendrá que estar etiquetado de forma correcta (número de la norma, año de fabricación, datos del fabricante, etc., por lo que se determina una declaración de responsabilidad y conformidad por parte de éste. También, hay que certificar la garantía sobre el mantenimiento de la instalación. Sin embargo, la normativa existente en nuestro país no constituye una norma de obligado cumplimiento, sino que se encuentra dentro de las recomendaciones. No obstante, hay Comunidades Autónomas que han llegado a desarrollar normativas más concretas e incorporan la normativa UNE-EN. En este sentido, destaca en Navarra el Decreto Foral 38/2009, de 20 de abril⁸⁴, por el que se regulan los requisitos básicos y las medidas de seguridad de las Instalaciones y Equipamientos Deportivos.

El marco jurídico de los materiales y las instalaciones deportivas se encuentra dentro de una extensa normativa, tanto local como autonómica, nacional y comunitaria, y con ellas las normas concretas de las diferentes federaciones deportivas.

Con todo lo expuesto, se produce una gran problemática cuando se tienen que elaborar diferentes materiales deportivos, ya que los fabricantes terminarán dependiendo del lugar del destino de los mismos y del uso final que se les vaya a dar. Así, el CSD (2008) para obtener unión de criterios y normas, desarrolló el proyecto MAID⁸⁵ (“Mejora y Armonización de las Instalaciones Deportivas en España”) para aclarar las inespecíficas y numerosas normas.

⁸⁴ Decreto Foral 38/2009, de 20 de abril, por el que se regulan los requisitos básicos y las medidas de seguridad de las Instalaciones y Equipamientos Deportivos. BON núm. 58 de 13/05/2009.

⁸⁵ El proyecto MAID (2006) bajo la dirección del CSD, con más de dos años de elaboración y el IBV como coordinador, llegó a tener más de 80 personas representantes de todas las Administraciones Territoriales (CCAA y CCLL a través de la FEMP) y a diferentes representantes del sector (profesionales, fabricantes, gestores, etc.). Con este proyecto se dieron los primeros frutos para diseñar la nueva política de infraestructuras deportivas del CSD.

El análisis de la opinión de los propios menores acerca de su capacidad de decisión en aquellas cuestiones que afectan a su salud y sobre la información recibida es prioritario. En este marco, como ha quedado expuesto en la introducción de la presente Memoria Doctoral, se desarrolla este estudio. En el ámbito sanitario, el marco normativo existente en relación al proceso de toma de decisiones es extenso, aunque no exento de debate. Nos referimos, en concreto, a lo establecido en la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, sobre el consentimiento informado por parte de los menores de edad en cuestiones de salud, donde permanecen cuestiones no suficientemente clarificadas y que son fuente de un constante debate.

El tradicional modelo paternalista de relación con los menores de edad afirma que el menor es un incompetente completo, incapaz de decidir sobre su cuerpo y sobre su vida racionalmente, y que las decisiones sobre la salud y la vida deben hacerse siempre atendiendo a su “*mayor beneficio*”, coincida éste o no con el deseo o el criterio de la propia persona. Así pues, ante un conflicto entre beneficencia y autonomía en estas edades ha de resolverse siempre en favor de la primera, aunque ello suponga una lesión de la autonomía.

Sin embargo, en la actualidad, el principio de autonomía, que preside los modelos de relación con los menores les otorga la condición de sujetos de derechos, con capacidad para tomar, por un lado, las decisiones oportunas tendentes a modificar su medio, y por otro, para participar en la búsqueda y satisfacción de las necesidades colectivas e individuales. En el momento actual éste es, sin duda, el punto crítico de todos los sistemas de protección a la infancia y, por consiguiente, es el objetivo a cumplir para todos los ordenamientos jurídicos y para los dispositivos de promoción y protección de los menores de edad. Esta idea viene recogida en la Convención de los Derechos del Niño de 1989⁸⁶, que en su artículo 12 establece: “*es competente el menor que está en condiciones de formarse un juicio propio; el que teniendo libertad suficiente -otorgada por la recepción y el entendimiento de información necesaria, comprensible y suficiente-, puede expresar sus opiniones de forma coherente y autónoma*”. Ser maduro, por tanto, es el que es capaz de comprender y evaluar las consecuencias de una determinada actuación.

⁸⁶ Convención sobre los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea General Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.

El ordenamiento jurídico establece los requisitos requeridos para que el individuo tenga capacidad legal para realizar válidamente el acto en cuestión (Albaladejo, 1991). Así, para otorgar validez a la decisión tomada por un menor de edad, se requiere la posesión de aptitud cognitiva y volitiva por parte del mismo. La edad es un requisito de carácter objetivo determinante para la concesión de la capacidad de actuación del menor. De hecho, el ordenamiento jurídico español, al referirse al ámbito sanitario en la Ley 41/2002, marca unos límites de edad para poder actuar válidamente, pero alcanzar la edad establecida para consentir no siempre resuelve el problema de la toma de decisiones por parte del menor. La base reside en la determinación de la madurez, independientemente de la edad de que se trate, valorando las situaciones y no por el contenido de los valores que asuma o maneje. La diversidad de situaciones a las que un menor de edad puede enfrentarse y las posibles acciones pueden ser muy variables y diversas. La toma de decisiones también va a depender de las relaciones entre el menor y sus padres, y en el ámbito sanitario con los profesionales sanitarios, variando también en función de la enfermedad (Lipstein y cols. 2008; Cheah y cols. 2014).

Así pues, la capacidad para comprender las consecuencias de una decisión depende del contexto y de la situación, siendo el desarrollo cognitivo muy diverso en los adolescentes (Obradovic y cols. 2006). Desde un punto de vista neurobiológico, la capacidad también se encuentra condicionada por la maduración y el desarrollo de la estructura cerebral. La consideración de un adolescente como “*maduro o inmaduro*” desde un punto de vista neurológico es difícil desde una perspectiva neurocientífica y muy variable de un sujeto a otro (Johnson y cols. 2009). Diversos estudios que utilizan pruebas de neuroimagen han demostrado que la adolescencia es un período de continuo cambio y desarrollo cerebral, en contra de posiciones que mantienen que el cerebro llega a su madurez con la pubertad (Giedd y cols. 2009; Sowell y cols. 1999; 2001)

Por otra parte, siempre ha sido erróneo considerar inmaduro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores diferente del nuestro. No podemos considerar inmaduro o incapaz a todo el que piensa de modo distinto a nosotros.

No es fácil, establecer el momento en el que los seres humanos comienzan a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos. En el período que comprende la minoría de edad, la adolescencia es una etapa especialmente compleja, en la que el individuo vive un período de incertidumbre, y la adquisición de su propia madurez le

puede distanciar de los criterios morales recibidos del entorno en que vive (costumbres y usos sociales, familia, compañeros, profesores), sin poseer otros que puedan sustituirlos (Gracia y cols. 2001). Esta es la razón por la que la toma de decisiones en este periodo no debe hacerse contraponiendo de modo categórico y absoluto madurez a inmadurez, sino desde un planteamiento diferente tendente a reconocer la madurez y la autonomía que hay en el adolescente, e incluso fortaleciéndola en vez de anularla, mediante un proceso deliberativo, que puede ser complejo en estas edades. Por otra parte, *“la idea tradicional de identificar al menor, sin más, con una persona incapaz para tomar decisiones y ejercer sus derechos está hoy en día puesta totalmente en cuestión por la psicología evolutiva y la psicología del desarrollo moral, y por la moderna doctrina civil y los derechos fundamentales, entre los que se encuentran los derechos del menor”* (Simón, 2004). Pero, en sentido contrario, considerar a un menor capaz para tomar una determinada decisión, no le da *“carta blanca”* para que lo sea para otra situación. Esa es la razón de ser de este estudio, en la que la diversidad de contextos y de circunstancias es manifiesta.

Piaget (1973, 1982) en sus estudios sobre Psicología Infantil, elaboró una teoría del desarrollo de la inteligencia, afirmando que la aparición de la lógica es anterior al lenguaje, siendo la base del propio pensamiento. Determina que la inteligencia es un término muy general utilizado para definir las diversas operaciones lógicas que el individuo puede desarrollar. Piaget, dentro de la Teoría Cognitiva, profundiza en el concepto de la inteligencia del niño y se centra en el desarrollo cognitivo y en la adquisición de habilidades y competencias. Partiendo de lo descrito, la inteligencia del individuo es una justificación de una adecuada adaptación biológica, y por primera vez se contempla la implicación de la persona en la elaboración progresiva de su propio conocimiento. Según Piaget, la inteligencia y la capacidad cognitiva están ligados al medio físico y social, describiendo la asimilación y la acomodación como principios básicos en la aclimatación y evolución del psiquismo humano (aprendizaje). Es lo que se definió como Teoría Constructivista del Aprendizaje.

Jean Piaget defiende que el niño construye su propio conocimiento a través de distintas vías como la observación, la lectura, la escucha, la exploración, etc. El ser humano busca encontrar el equilibrio integrando las nuevas experiencias vividas en su esquema. *“El niño asimila correctamente los objetos tras haberse acomodado a sus características”* (Martín Bravo, 2009).

Mientras que, en el desarrollo de adaptación por asimilación, se suman nuevas situaciones al patrón anteriormente establecido, en el desarrollo de adaptación por acomodación el patrón previo debe modificarse y acomodarse a la nueva situación. *“La adaptación es el equilibrio entre el organismo y el medio”* (Piaget, 1990).

En el desarrollo cognitivo, según Piaget, se producen cuatro períodos: sensomotor, preoperacional, de las operaciones concretas y período de las operaciones formales. *“Ha de quedar claro que la aparición de cada nuevo estadio no suprime en modo alguno las conductas de los estadios anteriores y que las nuevas conductas se superponen simplemente a las antiguas”* (Piaget, 1990).

Piaget defiende que el niño evoluciona desde un estadio premoral a otro de respeto hacia la autoridad de los individuos y hacia las cosas. Defiende que el niño de 3 a 8 años identifica las normas morales con las leyes físicas. A partir de los 8 años comienza un lento proceso de evolución, que progresivamente va interiorizando las normas, y que le permite consolidar sus principios internos, en detrimento de los externos, mediante el progresivo desarrollo de su autonomía. En un principio, se desarrolla el principio de justicia, en el sentido de igual trato para todos en similares circunstancias, y posteriormente se complementa con el de equidad de acuerdo con las circunstancias particulares de cada situación. Este hecho, según Piaget ocurre entre los 11 y 12 años.

Kohlberg (1992) elaboró un sistema de evolución de la conciencia moral del niño de tres niveles y seis grados. Se refiere a un nivel preconvencional en los niños hasta los 10-12 años, de un nivel convencional, más frecuente entre los adultos, y de un período posconvencional que lo alcanza un número reducido de personas y en edades tardías, y que, incluso llega a cuestionárselo. Para Kohlberg, el desarrollo adulto es más bien un período de estabilización que de aparición de nuevas formas de pensamiento.

En el ámbito jurídico se establece que los derechos de la personalidad pueden ser ejercitados desde el mismo momento en que el individuo es capaz de disfrutarlos, lo que se corresponde en muchas ocasiones antes de los 18 años. Al respecto, el Código Civil, en su artículo 162, establece ciertas limitaciones a la representación legal que ostentan los padres respecto de los menores no emancipados, entre las que se encuentran: *“1.º Los actos relativos a los derechos de la personalidad que el hijo, de acuerdo con su madurez, pueda ejercitar por sí mismo. No obstante, los responsables parentales*

intervendrán en estos casos en virtud de sus deberes de cuidado y asistencia. 2.º Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo”.

También, en el artículo 156 señala que *“La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad. En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá la facultad de decidir al padre o a la madre...”*.

A su vez, el artículo 3.1 de la Ley Orgánica 1/1982, del 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, se refiere a estas cuestiones y establece que *“el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil”*. En conclusión: los derechos de la personalidad deben ser gestionados por el propio menor cuando tiene la suficiente madurez para ello y es, en circunstancias dudosas, cuando el consentimiento habrá de otorgarse mediante escrito por su representante legal, el cual tendrá la obligación de poner en conocimiento del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado.

En nuestro estudio le hemos preguntado a los menores de nuestra muestra sobre la edad que consideran adecuada para ser informados sobre una posible enfermedad, en caso de padecerla, o sobre una lesión. En relación a la enfermedad, el 54% respondieron que, con 11 años, ya se encuentran preparados y el 37,3% entre los 12 y los 15 años; en lo que respecta a la lesión el 59% contestaron que con 11 años o menos. Estos resultados varían poco cuando preguntamos sobre la edad adecuada para ser informados sobre la sexualidad, ya que el 46,8% contestaron entre los 12 y 15 años. A la cuestión sobre información de hábitos higiénico-saludables, el 61,2 % afirmaron que con 11 años cumplidos.

También le hemos preguntado sobre la edad que pensaban que era la más adecuada para ser informados sobre su deporte y el 63,9% de los casos la respuesta fue que con 11 años ya se encuentran preparados.

En el estudio realizado por Espejo y cols. (2011), sobre la valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias, las chicas

mostraban una mayor madurez. En nuestros resultados observamos una escasa percepción del riesgo de sufrir una lesión o de su ocultación, que cuando se asocia a la variable género es estadísticamente significativa, siendo mayor este desconocimiento entre los varones. En conjunto, el 27,7% de nuestros encuestados contestan que en algún momento han ocultado una lesión por parte del menor y el 63,6% desconoce los riesgos de ocultarla.

Otro aspecto a señalar, que algunos autores destacan (Meneu, 2002), es la adopción de posiciones, que podemos considerar como paternalistas por los propios adolescentes, que se protegen tras las decisiones adoptadas y rehúyen su responsabilidad en la toma de decisiones a favor de sus progenitores.

Los padres desempeñan un protagonismo destacado en el proceso de toma de decisiones por parte de sus hijos al ser quienes mejor interpretan los comportamientos de sus hijos y tener un conocimiento más amplio y profundo de las capacidades que poseen (Gibson, 2011). Commendador (2010) y Sovet y cols. (2014) indican la relevancia de la orientación de los padres en la maduración de la capacidad de decisión de los adolescentes; Strauch (2013) señala que la participación de los padres no obstaculiza sino que ayuda a los adolescentes a incrementar su madurez para decidir; Álvarez y De Montalvo (2013) inciden en la importancia de poner el acento en la educación, buscando los medios adecuados para que ésta aporte al menor los instrumentos necesarios para que se convierta en adulto responsable. Partridge (2013) o Romer y cols. (2010), en base a todo lo anterior, defienden la participación de los padres con un papel central en las decisiones tomadas por los adolescentes en el ámbito de la salud.

Como hemos señalado con anterioridad, son los mismos menores quienes adoptan una posición paternalista débil, dejando la responsabilidad de decidir a sus padres. En este sentido, autores como Daly (2014) o Varelius (2006) escriben, respectivamente: *“Los adolescentes desean la orientación y apoyo de sus padres y otros adultos en sus vidas”*, *“dicho desplazamiento de la decisión hacia quién tiene mayores conocimientos no afecta a la autonomía de la persona”* y, quizás, su no seguimiento sí pudiera derivar en un daño a su salud.

En este debate sobre la capacidad del adolescente para tomar decisiones racionales e independientes, el Colegio Americano de Pediatras (2015) hace hincapié en

la importante contribución de los padres en el asesoramiento a sus hijos adolescentes sobre aquellas decisiones que puedan cambiar su vida.

En nuestro estudio, cuando le preguntamos a los menores sobre la edad adecuada para dar una opinión y para independizarse, el 61,9% contestaron la edad de 12 a 15 años para opinar y el 82,8% contesta los 18 años o más para independizarse. Observamos también una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con la edad del menor que contesta la encuesta. Así, los menores entre 12 y-13 años contestaron como más adecuada los 11 años cumplidos (33,3%), los de 14-15 años piensan que la adecuada es entre los 12-15 años (34,4%) y los de 16-17 años contestan su propia edad como la adecuada en el 60,6% de los casos. En relación al momento de independizarse, es entre los menores de 16 y 17 donde obtenemos los porcentajes más elevados (97,2%).

La evaluación de la capacidad debe ser un proceso continuo, ya que la competencia no tiene que ser necesariamente estable a lo largo del tiempo cuando nos referimos a los menores de edad, dada la diversidad de situaciones en las que se pueden encontrar, y aún más cuando nos referimos al ámbito de la salud. Como hemos señalado con anterioridad, la ley defiende que el menor tiene unos derechos fundamentales personalísimos. La clave es determinar cuando el menor tiene capacidad suficiente para ejercer tales derechos por sí mismos, sin que intervengan sus padres, con responsabilidad y conocimiento tanto del hecho en sí como de las posibles repercusiones de sus decisiones. Recordemos, que, ciñéndonos al ámbito sanitario, la Ley 41/2002 considera los 16 años como mayoría de edad sanitaria, donde no cabe el consentimiento por representación, excepto ante actuaciones de grave riesgo en las que remite a la mayoría de edad legal. En el resto de las situaciones, a criterio del médico, podrían decidir antes de los 16 años si el menor fuera maduro y competente para la toma de decisiones. Al respecto, Simón (2004), opina que *“por debajo de los 12 años puede establecerse, como norma general orientativa, que el menor no es capaz para tomar decisiones sanitarias complejas, y que por encima de los 14 años la presunción debe ser la contraria. Entre los 12 y los 14 años la situación es indeterminada”*.

Para Ogando y García (2007), *“parece existir un cierto consenso respecto a que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral entre los 13 y los 15 años de edad, y casi con seguridad entre los 16 y los 18 años”*, y para Ruiz (2011), que diferencia tres etapas en el menor de edad, deja claro que a partir de los 16 años se

cierra la minoría de edad y que por debajo de los 12 años “*los menores no parecen tener un sistema de valores propio que les permita valorar lo que consideran bueno para ellos en un momento determinado*”.

Podemos concluir, por tanto, que, a edades inferiores a los 12 años de edad, el menor no tendría capacidad para decidir sobre cuestiones que afecten a su salud y que a partir de los 16 años esa limitación a su capacidad debe ser considerada de forma restrictiva. En ese período intermedio, la situación es confusa y desde luego no se pueden hacer generalizaciones sobre el grado de competencia del menor, ni sobre la edad a la que el representante legal del menor debe tomar la responsabilidad de decidir por él.

Hein y cols. (2015) valoran la edad a la que los menores se encuentran capacitados para comprender conceptos complejos, como los riesgos y beneficios de participar en una investigación biomédica. En este sentido, Burke y cols. (2005) defienden la capacidad de los menores de 12 años. Otros autores defienden que, para valorar la participación de un menor en un estudio, se debe comparar su capacidad en base a la complejidad de las decisiones que está acostumbrado a tomar en otros aspectos de su vida (Cheah y cols. 2014). Por tanto, la competencia de un menor para decidir en cuestiones de salud no sólo debe depender de su edad, sino que influyen otros factores como sus habilidades cognitivas o sus experiencias personales, tanto en el ámbito sanitario como fuera de él (Alderson, 1992).

En el ámbito anglosajón y refiriéndose a la toma de decisiones sanitarias se utilizan los conceptos “*consent/assent*” en el menor, que son objeto de amplio debate, por las dificultades que pueden llevar su apreciación. Por el término *assent*, se entiende la manifestación de la voluntad del menor, pero que solo tendrá efectos jurídicos vinculantes si va acompañada del consentimiento de sus representantes legales; sin embargo, el término *consent* se refiere a la aceptación que reúne las aptitudes tanto legales como naturales, exigidas por el Ordenamiento Jurídico para que la manifestación de la voluntad sea válida. En ambos casos se requiere la previa y adecuada información.

Waligora y cols. (2014) proponen que la obtención del “*assent*” debe ser individualizada pero limitada por un umbral de edad determinado, que en su opinión debe ser entre los 5-7 años. Baines (2011) defienden el abandono del “*assent*”, ya que si

el niño es incompetente no debemos pedírselo y si es competente lo que tiene que hacer es consentir.

En España, el concepto “*assent*” no presenta una extrapolación clara a nuestra legislación, ya que no equivale al derecho a ser oído ni al derecho a decidir, manteniéndose en un término intermedio. Según la Real Academia de la Lengua Española, “asentir” se define como: “*admitir como cierto o conveniente lo que otra persona ha afirmado o propuesto antes*”.

En nuestro estudio, cuando planteamos cuestiones relacionadas con el proceso de enfermedad y la obtención del consentimiento informado el 95,9% de los menores afirma querer tener información sobre el proceso, y el 38,8% no sabe que tiene el derecho a recibir tal información. El 90,8% asienten que les gustaría que sus padres fueran informados sobre su posible enfermedad. Levy y cols. (2003) refieren lo siguiente: “*los niños pueden rechazar con eficacia tratamientos o procedimientos que no sean necesarios para salvar sus vidas o evitar daños graves, por ejemplo, analíticas de sangre o extracciones dentales menores*”. De Montalvo (2009) expresa: “*Cuanto mayor sea el riesgo de una conducta, tanto mayor debe ser el grado de capacidad requerido para permitir la conducta. Igualmente, cuando más irremediable sea el daño, tanto mayor debe ser el grado de capacidad requerido para permitir la conducta. De acuerdo con estas reglas, el estándar de capacidad exigible para, por ejemplo, rechazar un tratamiento cuando este rechazo pueda suponer la muerte debe ser más alto que el estándar de capacidad exigible para un rechazo cuyas consecuencias son menos graves. La capacidad mínima para rechazar un tratamiento vital sería mayor que para rechazar un tratamiento no vital*”.

Respecto a la edad, Partridge (2014) concluye que “*los datos disponibles indican que los adolescentes, en general, deben considerarse como aprendices en la toma de decisiones, y que éstas deben ser tomadas en colaboración con sus padres hasta los 18 años*”. Es lo que Piker (2011) ha denominado “paternalismo de colaboración”, cuya finalidad es alcanzar una mayor protección del menor frente a los efectos adversos de decisiones incorrectamente tomadas, así como defender la orientación de los padres para conseguir que los menores maduren hasta alcanzar decisiones médicas de forma autónoma.

Según Spear (2000), “*la doctrina del menor maduro, con su apoyo a la opinión de que los adolescentes deben ser tratados como responsables de tomar decisiones independientes choca con nuevos datos obtenidos acerca de la capacidad real de los adolescentes a la hora de tomar decisiones*”. Estos datos se apoyan en el hecho que los adolescentes son diferentes a los adultos al tener una diferente percepción del riesgo, una capacidad inadecuada para medir los resultados a largo plazo de sus decisiones, y un control más limitado de sus impulsos (Whilems y cols. 2013), con mayor tendencia a actuar impulsivamente en lugar de con el pensamiento racional y orientado a objetivos, lo que pone en duda, según Partridge (2014) la calidad y prudencia en las decisiones tomadas por los menores de 18 años.

Por esta razón, para Shad y cols. (2011) se podría someter a consideración la doctrina del menor maduro, ya que, si ésta se basa en la madurez para evaluar las consecuencias próximas y lejanas de una decisión, no podríamos considerar como adecuadas y ajustadas aquellas decisiones cargadas de un fuerte componente emocional y con una manifiesta ausencia de control, tomadas por los adolescentes.

Un aspecto a considerar cuando se tratan cuestiones relacionadas con las conductas de los adolescentes son las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos de manera responsable. Es evidente, tal y como reconoce la ley, que los menores tienen derecho a tener acceso a la información apropiada acerca de estos temas. En el Reino Unido, los adolescentes menores de 16 años pueden recibir asesoramiento y tratamiento anticonceptivo sin el conocimiento o consentimiento de sus padres, siempre que tengan capacidad para dar su consentimiento (Sentencia Gillick, 1985)⁸⁷ (*Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 1985).

⁸⁷ Victoria Gillick que tenía cinco hijas menores de 14 años llevó a cabo una batalla legal al negarse como madre a que sus hijas pudieran recibir anticonceptivos de manos de los médicos, suplantando según su opinión la autoridad paterna. Gillick llegó a conseguir entre 250.000 y 500.000 firmas y el apoyo de 200 parlamentarios. Tras perder la batalla judicial en primera instancia, la *Corte de Apelaciones* le dio la razón en diciembre de 1984, consiguiendo así cesar la práctica de la circular impugnada en todo el servicio de salud inglés. El Gobierno de Margaret Thatcher recurrió ante la Cámara de los Lores (equivalente al Tribunal Supremo) ganando finalmente el caso en 1985, con un fallo en contra de la petición de Gillick. La sentencia estableció que, en cada caso, los médicos juzgarían la capacidad de la menor en cuestión para entender el alcance y consecuencia del “tratamiento”, de manera que si esta persistía en su negativa a informar a sus padres, le sería administrado el anticonceptivo sin más trámite, sin que los padres pudieran acceder a su historial médico. Desde entonces, en Inglaterra se utiliza legalmente el término “*Gillick Competence*” para hacer referencia a estas circunstancias

La edad de consentimiento para la actividad sexual es de 16 años, al igual que en España, donde tras la última modificación del Código Penal se ha elevado la edad para considerar como consentidas las relaciones sexuales de los 13 a los 16 años.

En un tesis doctoral, defendida en la Universidad de Murcia (Rodríguez,2015) en la que se cuestiona a menores que son intervenidos quirúrgicamente y sus padres sobre la edad a la que se considera que los menores se encuentran preparados para tomar decisiones sobre cuestiones de salud, el 41,8% de los menores y el 43,8% de los padres consideran que los 16 años como la edad a la que un menor se considera preparado para tomar una decisión acerca de las relaciones sexuales, y el 35,7% de los hijos y el 42,7% de los padres creen más conveniente esperar a los 18 años.

Estrechamente relacionada con estas cuestiones se encuentra la confidencialidad de la información. La confidencialidad es un aspecto clave en la relación clínica, ya que el paciente cede información íntima y confidencial dentro del vínculo de confianza y/o fidelidad que se establece, donde se presupone que dicha información no será usada ni divulgada sin su consentimiento, salvo en las excepciones contempladas por la Ley. Se produce así, una situación de confidencialidad necesaria o forzosa sobre la vida íntima de la persona y el profesional sanitario. Por tanto, el principio de confidencialidad constituye una de las más venerables obligaciones morales de la ética médica expresado a través del secreto profesional.

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define confidencial como lo “*que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas*”. Según Castilla del Pino (1989), durante la confidencialidad se generan: 1) unas condiciones pactadas implícitamente o explícitamente enunciadas entre los dos protagonistas del discurso confidencial, 2) una diferente posición entre los sujetos protagonistas de la confidencia y, 3) un tema, el contenido de la confidencia, que uno expone a otro. Por tanto, la confidencialidad es la situación en la que tiene lugar la confidencia o, más precisamente, la situación de confianza, precisando el acto confidencial de tres elementos, la persona que comunica de manera directa o indirecta, quién recibe la comunicación, y, por último, la existencia de la obligación para mantenerla en secreto.

Independientemente de las obligaciones específicas de las profesiones sanitarias, debemos destacar el deber común de confidencialidad que surge durante la relación clínica entre el profesional y el paciente, que implica, el conocimiento de datos íntimos de éste, entre los que se destacan principalmente los relativos a la salud. Aún más, cualquier otro dato sobre la vida privada que se conozca durante la atención en salud, deberá regirse igualmente por el mismo principio.

En nuestro trabajo observamos que el 75,2% desconocen su derecho a la confidencialidad. Al preguntarles si les gustaría que los padres fueran informados sobre diferentes aspectos relacionados con la salud. El 70,5% contestan afirmativamente en relación a los hábitos de consumo y el 93,6% sobre hábitos de salud en general. Sin embargo, este porcentaje desciende al 60,7% cuando nos referimos a la sexualidad.

El 12,1% de los menores encuestados contestan que fuma y el 54,3% beben alcohol. En lo que respecta a los patrones de consumo, el 47,6% de los que fuman lo hacen diariamente. En lo que respecta al alcohol, el 35,1% de los que consumen alcohol lo hacen de forma ocasional, el 19,1% sólo durante los fines de semana y el 3,5% diariamente.

Les hemos preguntado si los padres tienen conocimiento de estos hábitos, contestando el 63,8% de forma afirmativa en relación al consumo de alcohol y el 33,3% en relación al de tabaco. Se les ha preguntado a todos los menores, consuman o no (N=173), que si en el caso que los vieran consumiendo alcohol o tabaco les gustaría que informaran a los padres de ello, contestando un 50,9% y un 33,5% de forma negativa para el consumo de alcohol y tabaco, respectivamente.

Se le ha preguntado sobre el posible consumo de sustancias estimulantes, contestando afirmativamente el 12,1 %, siendo fuera del deporte donde el 52,4% las tomaban y tanto fuera como dentro de la práctica deportiva en el 42,8% de los casos. El 8,1% ha contestado que le han ofrecido este tipo de sustancias en el ámbito de su deporte y el 31,8% asegura no conocer los verdaderos riesgos que conlleva el consumo de dichas sustancias estimulantes.

Según los resultados obtenidos en la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias, (ESTUDES, 2016/2017)⁸⁸, publicada el 8 de marzo de 2018, el consumo de tabaco (en los últimos 12 meses) ha sufrido un ascenso del 31,4% en 2014 al 34,7% en 2016, siendo la segunda sustancia más consumida en los adolescentes de 14-18 años después del alcohol, 76,8% (2014) al 75,6% (2016).

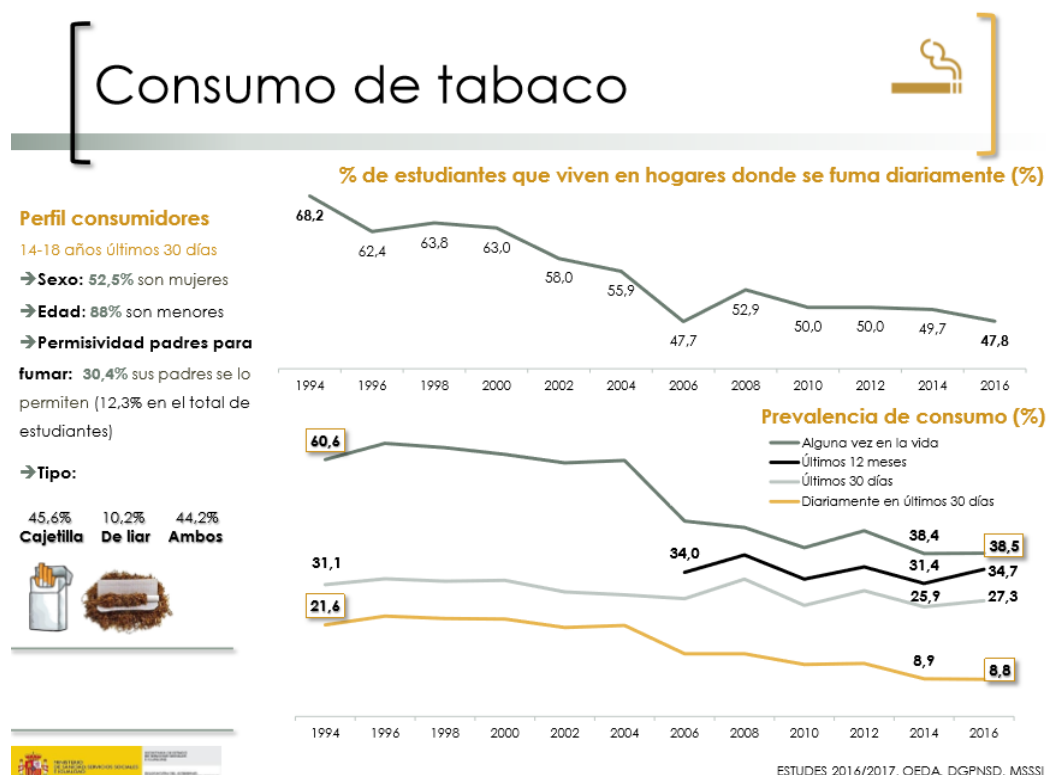


Figura 16. Prevalencia de consumo de tabaco. (Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES. 1994-2016). Muestra de 35369 estudiantes de 14 a 18).

Analizando la Encuesta mencionada, la sustancia psicoactiva más consumida entre estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14-18 años, es el alcohol (Tabla 120). El 76,9% ha ingerido bebidas alcohólicas en alguna ocasión de su vida, y prácticamente 2 de cada 3 jóvenes (67,0%) afirma haber tomado alcohol en los anteriores 30 días. Los porcentajes de consumo obtenidos son más discretos en referencia a la anterior edición del 2014, obteniendo una disminución de la prevalencia en grupos más jóvenes de edad (14-15 años). Así mismo, esta evolución del consumo coincide con una mayor

⁸⁸ ESTUDES 2016/2017. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2018.

percepción de riesgo asociada a la ingesta de alcohol. El tabaco, es considerada la segunda droga de mayor prevalencia. El 38,5% ha fumado tabaco alguna vez en la vida (Tabla 120) y el 27,3% afirma el haber consumido en los 30 días anteriores a la realización a la encuesta. Un tercio de los que afirman haber fumado en el último mes, dice haberlo hecho diariamente, siendo la prevalencia entre los estudiantes del consumo diario de tabaco del 8,8%. En 2016, el nivel de consumo de tabaco es bastante inferior al observado hace una década; históricamente es el porcentaje más bajo de fumadores que consumen de forma diaria.

Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tabaco	30,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9

Tabla 120. Consumo de tabaco y alcohol alguna vez en la vida. Evolución de la prevalencia en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016. Muestra 35369 estudiantes de 14 a 18 años. (Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 1994-2016)

Si analizamos el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, según la edad, encontramos en la anterior edición (ESTUDES 2014)⁸⁹ que, el 18,6% de los encuestados de 14 años afirmó consumir tabaco en los últimos 12 meses, casi duplicándose esta prevalencia entre aquellos con 16 años de edad (35,3%). Los datos se elevan con el aumento de la edad, siendo la prevalencia a los 18 años el 45,3%. (Tabla 122)

⁸⁹ ESTUDES 2014. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 1994-2014.). Observatorio español de la droga y las toxicomanías. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2016.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18años
Tabaco	18,6	25,5	35,3	39,7	45,3

Tabla 121. Prevalencia en los 12 meses últimos de consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 - 18 años según la edad (%). España, 2014. (Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES 2014).

Si tenemos en cuenta el sexo, la prevalencia de consumo de tabaco diario es mayor en mujeres que en hombres, aunque ha ido disminuyendo en los últimos años registrándose un consumo del 8,6 % y 9,0% en hombres y mujeres respectivamente (Tabla 123).

	2012	2014	2016
HOMBRES	12,0	8,7	8,6
MUJERES	13,1	9,1	9,0

Tabla 122 Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 – 18 años, según sexo (%). España, 2012-2016. (Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES 2016).

Partiendo de las sustancias con mayor prevalencia, la edad con la que se inicia el consumo de alcohol y tabaco por término medio se encuentra a los 14 años según los últimos datos publicados (Figura 17). En referencia al tabaco, desde 2006, el inicio en su consumo se ha ido retrasando progresivamente, desde los 13,1 años hasta los 14,1 años recogidos en 2016. Sin que transcurra el primer año de consumo, se inicia el consumo diario, que se establece en los 14,5 años por término medio.

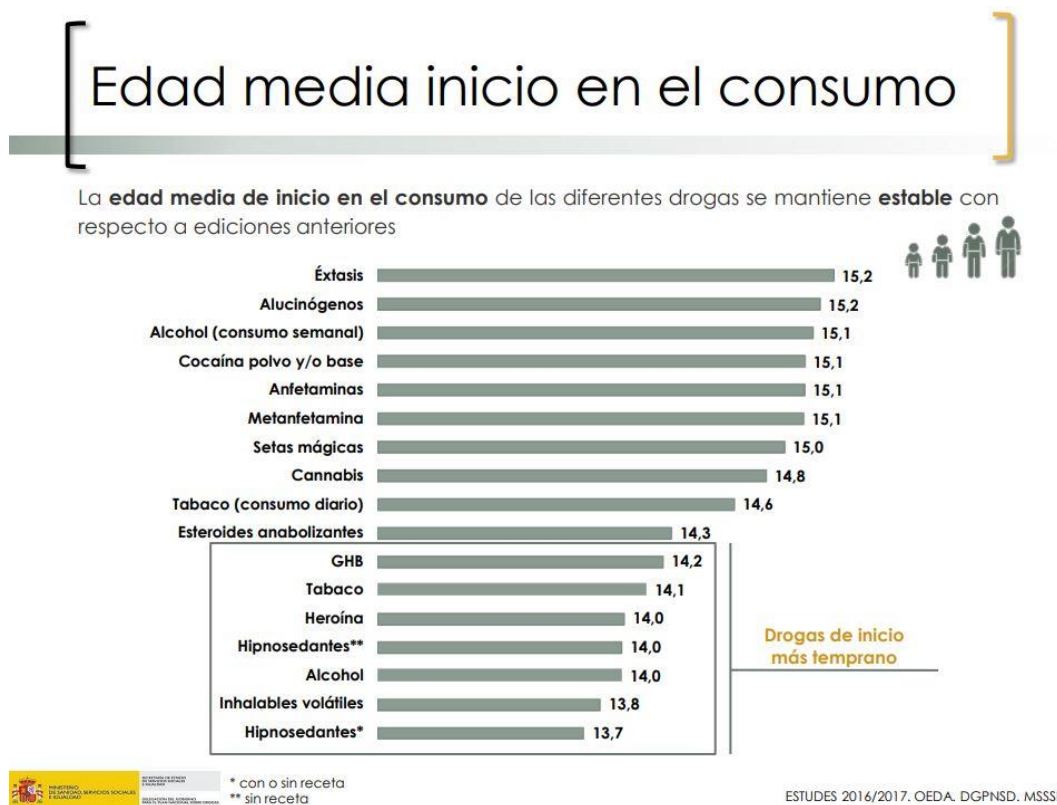


Figura 17. Edad media de inicio de consumo de diferentes drogas. Muestra 35369 estudiantes de 14 a 18. (Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES. 1994-2016).

En cuanto al alcohol, los estudiantes que la han consumido alguna vez en la vida sitúan la primera ingesta en los 14 años, por término medio. Registro que se ha mantenido estable en la última década, oscilando entre los 13,7 y los 14,0 años. Por su parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15 años, sin encontrar cambios sustanciales con las anteriores mediciones (Figura 18).

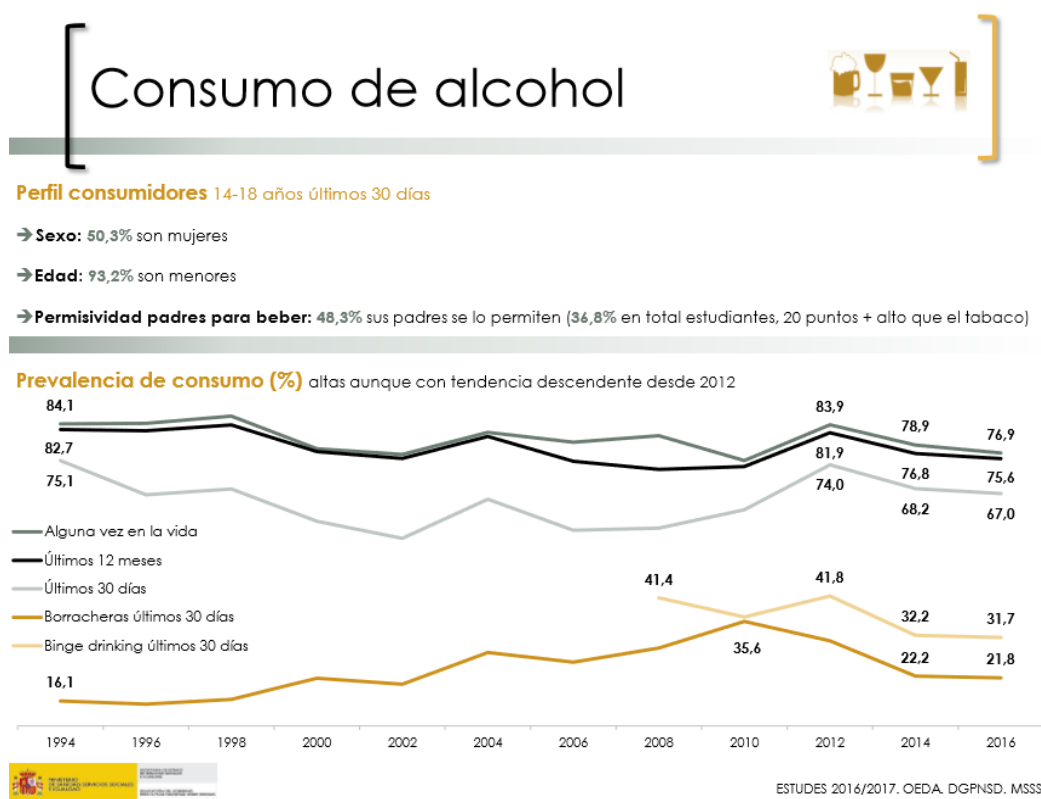


Figura 18. Prevalencia de consumo de alcohol. Muestra 35369 estudiantes de 14 a 18. (Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. ESTUDES. 2016/2017).

En referencia al consumo de alcohol en función de la edad, encontramos en esta última edición que una mayor parte de los encuestados de 14 años (55,3%), había ingerido bebidas alcohólicas en el transcurso de los últimos 12 meses, aumentando este porcentaje a 18,6 puntos (73,9%) al observar aquellos con 15 años. Sin embargo, la prevalencia entre los 17 años y los 18 años casi no varía, identificando que prácticamente 9 de cada 10 estudiantes de dichas edades han consumido alcohol en el último año (Tabla 121).

		2012	2014	2016
TOTAL		81,9	76,8	75,6
SEXO	HOMBRE	80,9	75,3	74,3
	MUJER	82,9	78,2	76,9
EDAD	14 AÑOS	63,1	57,4	55,3
	15 AÑOS	75,3	71,2	73,9
	16 AÑOS	84,2	82,2	82,1
	17 AÑOS	89,2	88,7	88,7
	18 AÑOS	91,3	90,7	90,6

Tabla 123. Evolución de la prevalencia en los 12 meses últimos de consumo de alcohol en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 - 18 años según sexo y edad (%). España, 2012-2016. (Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES 2016).

En nuestros resultados, que recordemos se sitúan en menores de edad y en el ámbito deportivo, constatamos una asociación estadísticamente significativa entre la “edad” del encuestado y las variables “consumo de tabaco” ($P=0,025$) y “consumo de alcohol” ($P=0,000$). En lo referente al tabaco, entre los 12 y 13 años ninguno consume. Entre los encuestados de 14-15 años contestan afirmativamente el 13,1 % y entre los 16-17 años el 17,6% de los sujetos. En lo que respecta al consumo de alcohol los resultados muestran que entre los 12-13 años contestan afirmativamente el 7,9%, entre los 14 y15 años el 27,9%. El consumo se eleva al 59,5% en los encuestados de 17-18 años.

Dentro del mencionado ESTUDES 2016/2017 (Figura 19) se constata que, en edades de 14, 15 y 16 años, el porcentaje de borracheras en mujeres es de 19,2%, 17,4% y 26,1% respectivamente, superando al de los hombres que presentan porcentajes del 6,5%, 14,4% y 25,1% respectivamente. También se muestra el fenómeno del *binge drinking* que consiste en un consumo intensivo de alcohol en un periodo corto de tiempo, bebiendo rápidamente en forma de “atacón” que ha llegado a instaurarse en los

jóvenes siendo el porcentaje en mujeres mayor que en hombres en edades de 14 y 15 años con un 14,6% y 27,3% frente al 13,2% y 25,5% en hombres respectivamente.

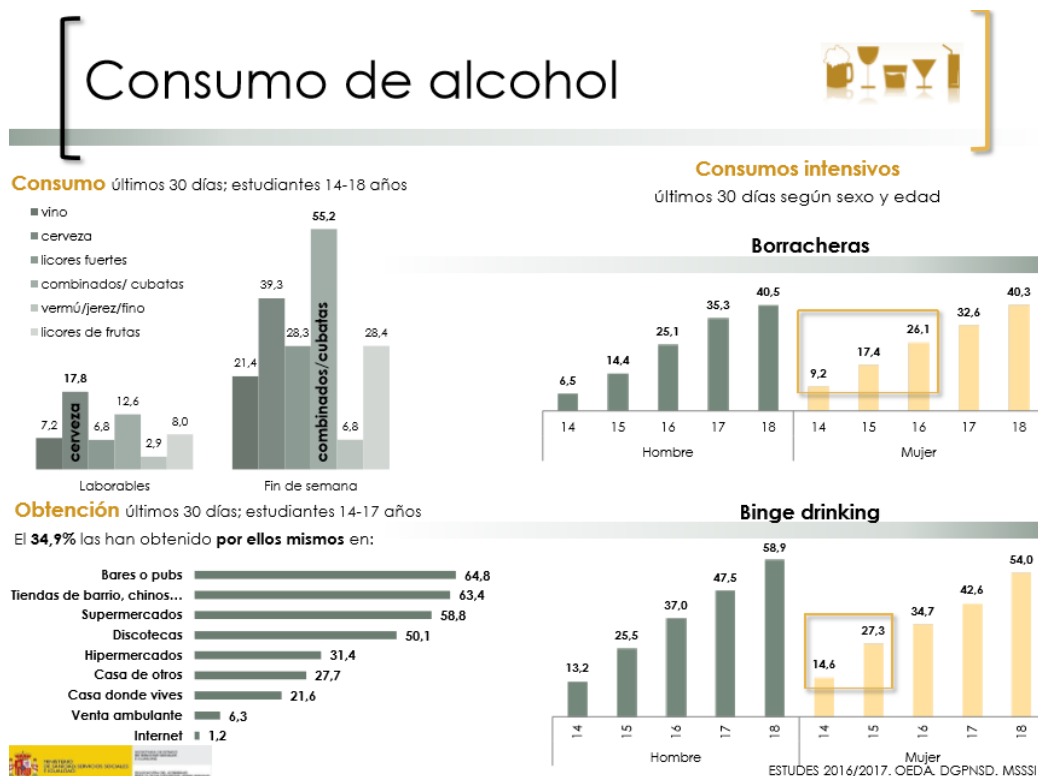


Figura 19. Consumo de alcohol. Obtención. Borracheras y binge drinking. Muestra 35369 estudiantes de 14 a 18. (Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. ESTUDES 2016/2017).

También se registra en la Región de Murcia que el 76,2% han consumido alcohol en los últimos 30 días y el 34,8% el tabaco, con mayor prevalencia del consumo en el sexo femenino, y un mayor porcentaje de consumidores a los 18 años. La edad media de inicio de consumo de alcohol y tabaco se sitúa en la Región a los 14 y 14,1 años respectivamente.

Se han llevado a cabo diferentes campañas sociales para provocar un impacto en contra el consumo de tabaco, así como cambios legislativos llevados a cabfundamentalmente por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre⁹⁰, que endurece y

⁹⁰ Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 318, de 31/12/2010.

penaliza el consumo de tabaco en espacios públicos y escolares, así como la publicidad del mismo.

En este sentido, hay un anteproyecto de Ley para modificar la Ley 28/2005⁹¹, que establecerá una prohibición absoluta del consumo y venta de bebidas alcohólicas a menores de edad en todo el Estado, en la misma línea de lo reflejado en la Ley 11/2010, de 17 de diciembre⁹², de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad de la Comunidad Autónoma de Galicia, en la que se recoge en su artículo 12 que *“queda expresamente prohibido el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad”*, adoptando en otros apartados limitaciones a la publicidad y promoción de dichas bebidas, así como regulando aquellos espacios públicos donde se prohíbe su venta y consumo. Recientemente la Comunidad Autónoma de Extremadura⁹³ ha elaborado una ley cuyo primordial objetivo es conseguir una política de prevención del consumo de bebidas alcohólicas por los menores de edad, a través de la implantación de una educación para la salud dirigida a la consecución de hábitos saludables

Como medida preventiva para disminuir el consumo de estas sustancias adictivas aceptadas socialmente, Xiao y cols. (2011) defienden la relevancia de la figura de los padres, en la misma línea de lo descrito en párrafos anteriores sobre el papel de los padres en el desarrollo madurativo del menor: *“la participación de los padres de los niños en la toma de decisiones cotidianas fomentaría el desarrollo del funcionamiento neurocognitivo en relación con la toma de decisiones y reduciría el consumo de sustancias en la adolescencia”*.

La legislación reconoce el derecho del menor a ser oído, y por tanto a opinar, que es defendido por el Código Civil en su artículo 154 y por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero⁹⁴. En el ámbito de la salud es tratado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del paciente. Una novedad reciente es la introducida en la Ley 26/2015,

⁹¹ Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 309, de 27/12/2005.

⁹² Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad. DOG núm. 248, de 28/12/2010.

⁹³ Ley 5/2018, de 3 de mayo, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y la adolescencia. DOE núm. 88, de 8 de mayo de 2018.

⁹⁴ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15 de 17/01/1996.

de 28 de julio⁹⁵, por la que generaliza a toda la población infantil, independientemente de la edad, la obligación por parte del profesional sanitario de escuchar la opinión del menor en las cuestiones que afecten a su salud. Al respecto, Mouradian (1999) señala que *“el niño debe ser respetado a lo largo de todo el proceso y deben dársele todas las explicaciones de por qué sus deseos no pueden ser respetados”*.

Como consecuencias de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre⁹⁶, se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y en la que las menores ya no podrían por sí solas, prestar su consentimiento sin informar siquiera a sus padres, titulares de la patria potestad.

Con todo lo descrito y exceptuando la última situación, la Ley hace partícipe al menor dándole voluntad para que sea escuchado y junto con sus padres o representantes tomar las decisiones más adecuadas. Así, se le insta para su propio aprendizaje y su adecuada preparación para la vida adulta o incluso para obtener la máxima información y posibles elementos de juicio, para que los que tengan que decidir al final sobre los aspectos de su vida, ya sean padres, tutores o administradores o juez, adopten una decisión lo más acorde posible con sus intereses (Osuna, 2010). Es a partir de los 16 años cuando es reconocida la capacidad casi plena para la toma de decisiones en el ámbito sanitario (mayoría de edad sanitaria).

⁹⁵ Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180 de 29/07/15.

⁹⁶ Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 227 de 22/09/2015.

CONCLUSIONES

Primera.

La práctica deportiva entraña un riesgo de lesión, en muchas ocasiones desconocido para el propio deportista. Asumir el riesgo exige conocer el riesgo potencial que determinada actividad genera, por lo que el proceso de información, como ocurre en el ámbito sanitario, constituye un elemento clave.

Segunda.

La capacidad que posee el menor de edad para comprender las consecuencias de una decisión depende no sólo de su desarrollo cognitivo sino del contexto y situación para la que se presta. En nuestro estudio, los menores encuestados consideran los 11 años como la edad adecuada para ser informados sobre el deporte que practican y los riesgos que conlleva. Esta edad es también la escogida en caso de ser informados sobre una enfermedad.

Tercera.

Constatamos en nuestro estudio que existen deficiencias en el proceso de información al menor sobre la actividad deportiva que practica y sobre los riesgos que conlleva, ya que casi un tercio de los menores encuestados no recibieron ninguna información previa.

Cuarta.

Un elevado porcentaje de los menores encuestados ha padecido alguna lesión durante la práctica de su deporte, siendo personal no sanitario, generalmente el propio entrenador, quien en la mayoría de las ocasiones les atiende en un primer momento. Consideramos que es necesaria la presencia de personal sanitario en las instalaciones donde se realiza la práctica deportiva para llevar a cabo la primera asistencia de la posible lesión producida. Por otra parte, la implantación de medidas dirigidas a la prevención de accidentes en el deporte y la gestión de riesgos deberían ser obligatorias.

Quinta.

En nuestros resultados constatamos que el porcentaje de menores que desconocen los riesgos que conlleva ocultar una lesión es importante, siendo mayor, con significación estadística, entre los varones. Este dato lo consideramos preocupante, debido a la repercusión que para la salud puede tener el ejercicio en un sujeto con una lesión que pasa desapercibida para padres y/o entrenadores.

Sexta.

En el 35,3% de los menores la lesión sufrida ha tenido repercusión sobre las actividades escolares, expresada como días de ausencia al centro escolar, si bien, entre los que tuvieron que ausentarse sólo en el 7,8% de las ocasiones, la podemos considerar de larga duración.

Séptima.

Los padres desempeñan un papel destacado en el proceso de toma de decisiones que protagonizan sus hijos al ser quienes, a priori, mejor deben conocer sus opiniones e inquietudes. Sin embargo, más de la mitad de los menores desconoce si sus padres han recibido información sobre la actividad deportiva que practica, lo que indica que esta información no es compartida entre padres e hijos.

Según la percepción de los menores encuestados, los padres poseen un elevado grado de conocimiento sobre el deporte escolar que practican. También contestan, en un porcentaje elevado de los casos, que son acompañados por ellos a las instalaciones deportivas.

Octava.

Los riesgos que conlleva la práctica deportiva deben ser conocidos por los menores, en función de su capacidad, y por sus padres. Esta consideración debe ser tomada en cuenta de manera proporcional al incremento del riesgo en la actividad, como ocurre en la práctica sanitaria. Así pues, en deportes de riesgo elevado o en aquellas situaciones en las que se presupongan riesgos de relevancia, la información debe ser siempre escrita.

Novena.

La realización de un reconocimiento médico antes del inicio de la práctica deportiva es de gran relevancia, ya que permite conocer la adecuación a la actividad física en general y a un deporte en particular, así como la detección de posibles patologías incompatibles con el ejercicio. En nuestros resultados, destacamos que al 27,7% de los menores no se les ha realizado dicho reconocimiento, observándose diferencias significativas en relación a la variable género, así pues, entre los varones al 16,9 % no se les ha realizado y entre las mujeres este porcentaje se incrementa al 67,6%. Además, es relevante el porcentaje de casos en los que no se ha informado ni al menor (24%) ni a los padres (20,8%), según la percepción del menor, acerca de los resultados del mismo.

Décima.

Aun cuando los porcentajes de consumo de sustancias tóxicas son inferiores a los publicados en estudios en poblaciones de menores a nivel general, en nuestra muestra constatamos que a pesar de que nos situamos en el ámbito deportivo, los hábitos de consumo de sustancias tóxicas son relevantes y los riesgos de su consumo son desconocidos por los propios menores.

Undécima.

Dentro de la prevención de lesiones durante la práctica deportiva es importante que las instalaciones donde se desarrollen sean seguras y cumplan con la normativa. En nuestro estudio la valoración de los menores en este aspecto es positiva, aunque se obtienen puntuaciones inferiores cuando se refieren al entorno escolar.

Duodécima.

La confidencialidad de la información sobre cuestiones relacionadas con la salud es un derecho de todo individuo. En nuestro estudio observamos que a los menores no les importa que sus padres sean informados sobre estos aspectos. Es en cuestiones relacionadas con los patrones de consumo de sustancias y la sexualidad, donde encontramos los mayores porcentajes de rechazo.

Decimotercera.

La evaluación de la capacidad del menor de edad para la toma de decisiones debe ser individualizada, personalizada y contextualizada, por lo que la determinación de la madurez del menor no se puede ajustar únicamente a un criterio cronológico.

BIBLIOGRAFÍA

Abenza L, Olmedilla A, Ortega E y Esparza F. Lesiones y factores psicológicos en futbolistas juveniles. Arch Med Deporte. 2009;132:280-288.

Adirim TA, Cheng TL. Overview of injuries in the young athlete. Sports Med. 2003;33:75–81.

AENOR. Equipamiento deportivo. Madrid, AENOR N.A.1999.

Albaladejo M. Derecho Civil 1 (12ª Ed.) Barcelona, Bosch,1991.

Alderman RB, Wood NL. An analysis of incentive motivation in young Canadian athletes. Can J Appl Sport Sci. 1976;1:169-176.

Alderson P. In the genes or in the stars? Children's competence to consent. J Med Ethics. 1992;18:119-124.

Alexander CS, Somerfield MR, Ensminger ME, Kim YJ, Johnson KE. Gender differences in injuries among rural youth. Inj Prev. 1995;1:15-20.

Álvarez Vélez MI, De Montalvo Jäaskelainen F. La protección del menor como víctima frente al derecho constitucional de defensa. Aspectos constitucionales de la victimización secundaria. Derecho Priv Const. 2013;27:251-259.

American Academy of Pediatrics, Council on Sports Medicine and Fitness. Tackling in youth football. Pediatrics. 2015;136:1419-1430.

Andersen MB, Williams JM. Athletic injury, psychosocial factors and perceptual changes during stress. J Sports Sci. 1999;17:735–741.

Anderson SE, Economos CD, Must A: Active play and screen time in US children aged 4 to 11 years in relation to sociodemographic and weight status characteristics: a nationally representative cross-sectional analysis. BMC Public Health. 2008;8:366. doi: 10.1186/1471-2458-8-366.

Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR). Sarasota, FL, Professional Resource Press. 2001.

Asci FH., Kin AS. y Kosar N. Effect of participation in an 8 week aerobic dance and step aerobics program on physical self-perception and body image satisfaction. Int J Sports Physiol. 1998;29:366-375.

Bachynski KE. Tolerable risks? Physicians and youth tackle. *N Engl J Med*. 2016;374:405-407.

Bachynski KE., Goldberg DS. Youth sports & public health: framing risks of mild traumatic brain injury in American football and ice hockey. *J Law Med Ethics*. 2014;42:323-333.

Backous DD, Friedl KE, Smith NJ. Soccer injuries and their relation to physical maturity. *Am J Dis Child*. 1988;142:839-842.

Baines P. Assent for children's participation in research is incoherent and wrong. *Arch Dis Child*. 2011;96:960-962.

Bak K, Kalms S, Olesen J. Epidemiology of injuries in gymnastics. *Scand J Med Sci Sports*. 1994;4:148–154.

Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J, Prentice Hall, 1986.

Bar-Or O, Rowland T. Pediatric exercise medicine from physiologic principles to health care application 1st Ed. Champaign, Human Kinetics, 2004.

Beggs S, Foong YC, Le HC, Noor D, Wood-Baker R, Walters JA. Swimming training for asthmatic children and adolescents aged 18 years and under. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;(4): CD009607. doi: 10.1002/ 14651858. CD009607. pub2.

Bianco T. Social support and recovery from sport injury: elite skiers share their experiences. *Res Q Exerc Sport*. 2001;72:376–388.

Biddle S. Children, exercise, and mental health. *Int J Sport Psychol*. 1993;24: 200–216.

Blanco Portillo, R. El turismo de naturaleza en España y su plan de impulso. *Estudios Turísticos*. 2006;169-170:7-38.

Bloemers F, Collard D, Paw MCA, Van Mechelen W, Twisk J, Verhagen E. Physical inactivity is a risk factor for physical activity- related injuries in children. *Br J Sports Med*. 2012;46:669–674.

Boström A, Thulin K, Fredriksson M, Reese D, Rockborn P, Hammar ML. Los factores de riesgo para las lesiones agudas y uso excesivo de deporte en los niños suecos de 11 a 15 años de edad: ¿Qué pasa con el entrenamiento de resistencia con pesas? *Scand J Med Sci Sports*. 2016;26:317-323.

Brenner JS. Overuse injuries, overtraining, and burnout in child and adolescent athletes. *Pediatrics*. 2007;119:1242–1245.

Brewer BW, Linder DE, Phelps CM. Situational correlates of emotional adjustment to athletic injury. *Clin J Sport Med*. 1995;5:241–245.

Burke AP, Farb A, Virmani R, Goodin, J, and Smialek, JE. Sports-related and non sports related sudden cardiac death in young adults. *Am Heart J*. 1991;121:568–575.

Cabello E, Cabra de la Torre N. Evaluación de las instalaciones deportivas escolares desde el punto de vista de la salud. *RevInt Med Cienc Act Fís Deporte*. 2006;6:138-154.

Caine D, Knutzen K, Howe W. A three-year epidemiological study of injuries affecting young female gymnasts. *Phys Ther Sports*. 2003;4:10–23.

Castilla Del Pino C. Confidencialidad. En Castilla del Pino C (Ed.), *De la intimidad*. Barcelona.Crítica. 1989;97-98.

Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity levels among children aged 9-13 years: United States, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:785-788.

Cheah PY, Parker M. Consent and assent in pediatric research in low-income settings. *BMC Med Ethics*. 2014;15-22.doi: 10.1186/1472-6939-15-22.

Cierco C. Los profesionales sanitarios y la promoción de la vacunación pública. Retos y propuestas para el sistema de salud. Director: Juan francisco perez gálvez. Valencia: Tirant lo Blanch. 2019. pp. 295-354.

Chico L. Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*. 2000;12:229-235.

Collard D, Verhagen E, Chin A, Paw M, Van Mechelen W. Acute physical activity and sports injuries in children. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2008;33:393-401.

Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay, MS. Physical activity levels of Canadian children and youth: Results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep.* 2011;22:15-24.

Commendador KA. Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatr Nurs.* 2010;36:147–157.

Consejo Superior de Deportes. Los hábitos deportivos de la población escolar en España. www.csd.gob.es. www.planAmasD.es. Fundación Alimentum. www.fundacionalimentum.org. Octubre 2011. Acceso: 1 de septiembre del 2018.

Consejo Superior de Deportes. Normas N.I.D.E. <http://www.csd.gob.es/csd/instalaciones/politicas-publicas-de-ordenacion/actuaciones-en-el-ambito-tecnico/1normasNIDE/>. Acceso: 11 de septiembre del 2018.

Consejo Superior de deportes. Proyecto MAID <http://www.csd.gob.es/csd/instalaciones/politicas-publicas-de-ordenacion/relacion-de-diferente-normativa-implicada-en-la-gestion-de-instalaciones-deportivas-recopiladas-por-la-iniciativa-maid/>. Acceso 9 de septiembre del 2018.

Consejo Superior de Deportes. Propuesta de una norma de gestión de riesgos en las instalaciones deportivas. *Instalaciones deportivas.* 2008;14:48-54.

Cresswell SL, Eklund RC. The nature of player burnout in rugby: Key characteristics and attributions. *J Appl Sport Psychol.* 2006;18:219–239.

Daly AM. What influences adolescents' contraceptive decision-making? A meta-ethnography. *J Pediatric Nurs.* 2014;29:614-632.

Daneshvar D, Nowinski C, McKee A, Cantu R. The epidemiology of sport related concussion. *Clin Sports Med.* 2011;30:1-17.

De Loes M. Medical treatment and costs of sports-related injuries in a total population. *Int J Sports Med.* 1990;11:66-72.

De Montalvo F. Muerte digna y constitución: los límites del testamento vital. Madrid. Universidad Pontificia Comillas. 2009. pp: 65-104.

De Montalvo F. Problemas legales acerca del tratamiento médico de la distrofia de género en menores de edad transexuales. *Revista General de Derecho Constitucional*. 2017;24:1-32.

Del Campo VL, Sánchez R. Análisis y evaluación de la seguridad de instalaciones y equipamientos deportivos escolares en la ciudad de Mérida (Extremadura). *Retos*. 2016;29:66-71.

Diez Picazo L, Gullón A. *Sistema de Derecho Civil, I*, 5ª Ed. Madrid: Tecnos. 1987. p. 249.

DiLillo D, Potss R, Himes S. Predictors of Children's Risk Appraisals. *J Appl Dev Psychol*. 1998;19:415–427.

Dolcini M M, Cohn LD, Adler NE, Millstein SG, Irwin CE, Kegeles SM. Adolescent egocentrism and feelings of invulnerability: Are they related? *J Early Adolesc*. 1989;9:409–418.

Dorje C, Gupta RK, Goyal S, Jindal N, Kumar V, Masih GD. Sports injury pattern in school going children in Union Territory of Chandigarh. *J Clin Orthop Trauma*. 2014;5:227-232.

Duplá MT, Bardají L. Decisiones y consentimientos respecto de la salud del menor. En: Adroher Biosca S. *Los avances del derecho ante los avances de la Medicina*. Thomson Aranzadi Cizurmenor. 2008. pp: 457-473.

Egoechea J, Mones L, Maestro A, del Valle M. Estudio etiopatogénico de la lesión en el deporte. Análisis de 426 casos. *Selecció*. 2000;9:180-184.

Ekelan, E, Heian F, Hagen K. Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomized controlled trials. *Br J Sports Med*. 2005;39:792–798.

Emery CA, Meeuwisse WH, Hartmann SE. Evaluation of risk factors for injury in adolescent soccer: implementation and validation of an injury surveillance system. *Am J Sports Med*. 2005;33:1882–1891.

Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de competencia de Lleida. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:26-30.

Estapé E. Aspectos preventivos y de seguridad de los espacios deportivos y el material. El papel de docente. En: Dimensión europea de la Educación física y el deporte en edad escolar. Hacia un espacio europeo de la educación superior. Valladolid. AVAPEF. 2003.

FEMEDE. La utilidad de la actividad física y de los Hábitos Adecuados de Nutrición como Medio de Prevención de la Obesidad en Niños y Adolescentes. Documento de consenso de la Federación Española de Medicina del Deporte. Arch Med Dep. 2008;25:333-353.

Fischhoff, B, Slovic P, Lichtenstein S. Fault trees: Sensitivity of estimated failure probabilities to problem representation. JExp Psychol: Hum Percept Perform. 1978;4:330-344.

Fishman M, Taranto E, Perlman M, Quinlan K, Benjamin HJ, Ross LF. Attitudes and Counseling Practices of Pediatricians Regarding Youth Sports Participation and Concussion Risks. J Pediatr. 2017;184:19-25.

Flechoso JJ. Áreas de juego infantil. Normativa europea y concursos públicos. Madrid: AENOR ediciones. 2001.

Frisch A, Urhausen A, Seil R. Association between preseason functional tests and injuries in youth football: a prospective follow-up. Scand J Med Sci Sports. 2011;21:468–476.

Galán Cortés JC. Consentimiento informado. Responsabilidad Civil Médica. Madrid. Civitas. 2014. pp. 541-735.

García Ferrando M. Los españoles y el deporte (1980-1990). Un análisis sociológico. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, 1991.

García Garnica MC. El ejercicio de los derechos de la personalidad del menor no emancipado. Madrid. Aranzadi. 2004. p. 47.

García-Unanue J, Gallardo J, Gil JL, Felipe JL. ¿Se adapta el diseño actual de las instalaciones deportivas escolares a la calidad exigida en la Educación Secundaria Obligatoria del s. XXI? El caso de Castilla León. Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte. 2013;2:21-29.

Garita E. Motivos de participación y satisfacción en la actividad física. *Revista MHSalud*. 2006;3:1-16.

Garzón Valdés E. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*. 1998;5:155-173.

Gibson BE, Stasiulis E, Gutfreund S, McDonald M, Dade L. Assesment of children's capacity to consent for research: a descriptive quialitative study for reseracher's practices. *J Med Ethics*. 2011;37:504-509.

Giedd J, Blumenthal J, Jeffries NO, et al. Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neurosci*. 1999;2:861–863.

Gil JL, Felipe JL, Burillo P, García-Tascón M, Gallardo L. Detección de necesidades en las instalaciones deportivas de Educación Secundaria Obligatoria: El caso de la provincia de Ávila. *J Sport Health Res*. 2010;2:287-304.

Gil Membrado C. Las decisiones que afectan a la salud del menor exigen consentimiento de ambos progenitores. *Redacción Médica* 2014; 2257.

Gill DL, Gross JB, Huddleston S. Participation motivation in youth sports. *Int J Sport Psychol*. 1983;14:1-14.

Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, All Engl Law Rep 1984 Nov 19-Dec 20 (date of decision); 1985;1:533-559.

Gomà M, Martha C, Murol A. Does the Sensation Seeking trait differ among participants engaged in sports with different levels of physical risk? *Anales de psicología*. 2012;28:223- 232.

González I. Intervención del factor de riesgo sobre la recreación físico-deportiva. *Dimensión europea de la Educación Física y el deporte en edad escolar. Hacia un espacio europeo de la educación superior*. Valladolid. AVAPEF. 2003.

Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH: Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986–1990. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:356–362.

Gould D, Bridges D, Udry E, Beck L. Coping with season-ending injuries. *Sport Psychol*. 1997;11:379–399.

Gould D, Dieffenbach K. Overtraining, under recovery, and burnout in sport. In: Kellmann M, editor. Enhancing recovery: preventing underperformance in athletes. Champaign (IL): Human Kinetics. 2002. pp. 25–35.

Gould D. Personal motivation gone awry: Burnout in competitive athletes. *Quest*. 1996;48:275–289.

Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:179-190.

Greening L, Stoppelbein L, Chandler C, Elkin D. Predictors of Children's and Adolescents' Risk Perception. *J Pediatr Psychol*. 2005;30:425-435.

Guerrero R, Pérez B. Prevención y tratamiento de lesiones en la práctica deportiva. Jaén. Formación Alcalá. 2000.

Guillén M. El estrés fisiológico motivado por actividades físico-competitivas en la edad escolar. Sevilla: Wanceulen. 1999.

Gustafsson H, Hassmén P, Kenttä G, Johansson M. A qualitative analysis of burnout in elite Swedish athletes. *Psychol Sport Exerc*. 2008;9:800–816.

Gustafsson H, Kentta G, Hassmén P, Lundqvist C. Prevalence of burnout in adolescent competitive athletes. *Sport Psychol*. 2007;21:21–37.

Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants *Lancet Glob Health*. 2018 Sep 4. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7.

Hallquist Ch, Tranaeus U, Alricsson M. Responsibility for child and adolescent's psychosocial support associated with severe sports injuries. *J Exerc Rehabil*. 2016;12:589–597.

Halstead M, Walter K, Council on Sports Medicine and Fitness. American Academy of Pediatrics. Clinical report-sport-related concussion in children and adolescents. *Pediatrics*. 2003;126:597-615.

Hansen CP. Personality characteristics of the accident involved employee. *J Bus Psychol*. 2005;2:346-365.

Hanson SJ, McCullagh P, Tonymon P. The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injury. *J Sports Exerc Psychol.* 1992;14:262–272.

Harris MB, Miller KC. Gender and perceptions of danger. *Sex Role.* 2000;43:843–863.

Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, Van Goudoever JB, Lindauer RJ. Accuracy of the MacArthur competence assessment tool for clinical research (MacCAT-CR) for measuring children's competence to consent to clinical research. *JAMA Pediatr.* 2014;168:1147–1153.

Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Goudoever JB, Lindauer RJ. Key factors in children's competence to consent to clinical research. *BMC Med Ethics.* 2015;16:74. doi: 10.1186/s12910-015-0066-0.

Herrador J A, Latorre PA. Análisis de los espacios y equipamiento deportivo escolar desde el punto de vista de la seguridad. *Rev Iberoam Educación.* 2005;34:1-11.

Hillier L, Morrongiello BA. Age and gender differences in school-age children's appraisal of injury risk. *J Pediatr Psychol.* 1998;23:229–238.

Hjelm N, Werner S, Renstrom P. Injury profile in junior tennis players: a prospective two year study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2010;18:845–850.

Horvath P, Zuckerman M. Sensation seeking and risk appraisal and risk behavior. *Pers Individ Dif.* 1993;14:41–52.

Hudson S. An Investigation of School Playground Safety Practices as Reported by School Nurses. *J Sch Nurs.* 2008;24:138-144.

Ivarsson A, Urban J. Psychological factors as predictors of injuries among senior soccer players. A prospective study. *J Sports Sci Med.* 2010;9:347-352.

Jescheck H-H y Weigend T. Tratado de Derecho Penal – Parte General (traducción de Miguel Olmedo Cardenete) – 5ª Edición. Granada. Comares, 2002.

Jinguji T, Krabak B, Satchell E. Epidemiology of youth sports concussion. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2011;22:565-575.

Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health*. 2009;45:216–221.

Johnston LH, Carroll D. The provision of social support to injured athletes: a qualitative analysis. *J Sport Rehabil*. 1998;7:267–284.

Kholberg L. *Psicología del desarrollo oral*. Bilbao. Desclee de Brower. 1992; 188.

Kirschen MP, Tsou A, Nelson SB, Russell JA, Larriviere D, Ethics, Law, and Humanities Committee, a Joint Committee of the American Academy of Neurology, American Neurological Association, and Child Neurology Society. Legal and ethical implications in the evaluation and management of sports-related concussion. *Neurology*. 2014;83:352-358.

Kon AA. Answering the question: “doctor, if this were your child, what would you do?”. *Pediatrics*. 2006;118:393-397.

Kontos A. Perceived Risk, Risk Taking, Estimation of Ability and Injury Among Adolescent Sport Participants. *J Pediatr Psychol*. 2004;29:447-455.

Kvist J, Ek A, Sporrstedt K, Good L. Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2005;13:393–397.

Lam LT, Ross FI, Cass DT. Children at play: The death and injury pattern in New South Wales, Australia, July 1990-June 1994. *J Paediatr Child Health*. 1999;35:572-577.

Langlois J, Rutland-Brown W, Wald M. The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview. *J Head Trauma Rehab*. 2006;21:378.

Latorre PA. Metodología para el análisis y evaluación de la seguridad de los espacios y equipamientos deportivos escolares. *Revista Apunts EF y Deportes*. 2008;93:62-70.

Latorre PA, Pantoja A. Diseño y validación de una escala de percepción del riesgo en actividades físico deportivas escolares. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2012;21:25-29.

Latorre PA y Herrador, JA. Prevención de riesgos y accidentes en la práctica físico-deportiva. Madrid: GRADAGYMNOS. 2008.

Latorre PA, Cámara JC, Pantoja A. Efectos de un programa de educación para la seguridad en el deporte en escolares de secundaria. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2014;25:5-8.

Latorre PA, Jiménez M, Pérez MI, Sierra MD, Molina D, Rentero M, Díaz A. Análisis y evaluación del riesgo de tareas motrices propuestas en la literatura. Revista de Educación Física. 2007;105:25-40.

Latorre PA, Mejía A, Gallego M. Análisis de la seguridad de los espacios y equipamientos deportivos escolares de centros públicos de Educación Secundaria. Tándem. 2010;33:98-108.

Latorre PA, Mejía JA, Gallego M, Muñoz A, Santos M, Adell M. Análisis de la seguridad de las instalaciones deportivas de las sedes de los juegos deportivos provinciales de Jaén. J Sport Health Sci Res. 2012;4:57-66.

Latorre PA, Muñoz A. Manual de control de la seguridad de los espacios y equipamientos deportivos de uso escolar. Jaén: Diputación de Jaén. 2011.

Latorre PA, Pérez Jiménez MI. Gestión de la seguridad de las actividades físico-deportivas escolares. EmásF, Revista Digital de Educación Física. Año 3, Núm. 18 (septiembre-octubre de 2012) <http://emasf.webcindario.com>.

León Vázquez F. Aspectos legales de la atención al adolescente. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid. Exlibris Ediciones. 2012. pp. 15-20.

Lipstein EA, Brinkman WB, Britto MT. What is known about parents' treatment decisions? A narrative review of pediatric decision making. Med Decis Making. 2012;32:246-258.

Little H, Wyver S. Individual differences in children's risk perception and appraisals in outdoor play environments. Int J Early Years Educ. 2010;18:297-313.

Longmuir PE, Colley RC, Wherley VA, Tremblay MS. Canadian Society for Exercise Physiology position stand: Benefit and risk for promoting childhood physical activity. Appl Physiol Nutr Metab. 2014;39:1271–1279 [dx.doi.org/10.1139/apnm-2014-0074](https://doi.org/10.1139/apnm-2014-0074).

López B, Osca A. Factores explicativos de la accidentalidad en jóvenes: Un análisis de la investigación. *Revista de Estudios de Juventud*. 2007;79:75-89.

López M. La problemática de los espacios para la EF. León: Universidad de León. 2002.

Luke A, Lazaro RM, Bergeron MF et al. Sports-related injuries in youth athletes: is over scheduling a risk factor?. *Clin J Sport Med*. 2011;21:307–314.

Luna E. What is legal is not necessarily ethical": the limits of law and drug-testing programs. *Am J Bioet*. 2004;4:41-43.

Lyons RA, Delahunty AM, Kraus D, Heaven M, McCabe M, Allen H. Children's fractures: a population based study. *Inj Prev*. 1999;5:129–132.

Maldonado J. Responsabilidad por la práctica de los deportes de riesgo. *Revista Jurídica del Deporte*. 2004;11:239.

Maniaci G. Contro il paternalismo giuridico. Torino, Giappichelli. 2012. p. 11.

Martín Bravo C. Psicología del desarrollo para docentes. Madrid: Pirámide. 2009.

Martin-Diener E, Wanner M, Kriemler S, Martin BW. Associated of objectively assessed levels of physical activity, aerobic fitness and motor coordination with injury risk in school children aged 7-9 years: a cross- sectional study. *BMJ Open*. 2013;3. doi:10.1136/bmjopen-2013-003086.

Martínez R, Andrade A, Salguero A. Análisis factorial del cuestionario de motivos de participación deportiva de Gill y cols. (1983) Adaptado a una muestra de jóvenes futbolistas. *Memoria del X Congreso Nacional y Andaluz de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Málaga, España. 2005. pp. 291-302.

Meneu R. La perspectiva de los pacientes. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2002;4:3-4.

Messina DF, Farney WC, DeLee JC. The incidence of injury in Texas high school basketball. A prospective study among male and female athletes. *Am J Sports Med*. 1999;27:294–299.

Mir Puig S. Derecho Penal – Parte General – 7ª edición. Barcelona. Reppertor. 2004.

Montalvo J, Felipe JL., Gallardo L, Burillo P, García-Tascón M. Las instalaciones deportivas escolares a examen: Una evaluación de los institutos de educación secundaria de Ciudad Real. Retos. 2010;17:54-58.

Morillas, M. Calidad y seguridad de las instalaciones y el material deportivo en los Centros de Educación Secundaria y Bachillerato de la provincia de Málaga. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga. 2003.

Morrongiello B A, Rennie H. Why do boys engage in more risk taking tan girls? The role of attributions, beliefs, and risk appraisals. J Pediatr Psychol. 1998;29:33–43.

Morrongiello BA, Lasenby-Lessard J. Psychological determinants of risk taking by children: An integrative model and implications for interventions. Inj Prev. 2007;13:20-25.

Morrongiello BA, Matheis S. Addressing the issue of falls off playground equipment: An empirically-based intervention to reduce fall-risk behaviors on playgrounds. J PediatrPsychol. 2007;37:819-830.

Mouradidan WE. Making decisions for children. Angle Orthod. 1999;69:300-305.

Navés J, Salvador A, Puig M. Traumatología del deporte. Barcelona. Salvat. 1986.

Obradovic J, van Dulmen MH, Yates TM, et al. Developmental assessment of competence from early childhood to middle adolescence. J Adolesc. 2006;29:857-889.

Ogando B, García C. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. Pediatr Integral. 2007;11:877-883.

Osuna E. El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002”. Cuadernos de Bioética. 2006;17:27- 42.

Osuna E. La protección jurídica del menor en el ámbito sanitario. En: Morillas Cuevas L. Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios. Madrid. Dykinson. 2010. pp 797-835.

Osuna E. Legal protection of minors. Medicine and Law, 2010;29:217-226.

Palmi J. Componentes psicológicos de las lesiones deportivas. En J. Cruz (ed.), *Psicología del Deporte*, 1997. Madrid. Síntesis Psicología. pp. 215-244.

Palmi J. Visión psicosocial en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 2001;1:69-79.

Partridge B. Adolescent pediatric decision-making: a critical reconsideration in the light of the data. *HEC Forum*. 2014;26:299–308.

Partridge BC. The mature minor: some critical psychological reflections on the empirical bases. *J Med Philos*. 2013;38:283-299.

Pavón AI, Moreno JA, Gutiérrez M, Sicilia Á. Interés y motivaciones de los universitarios: diferencias en función del nivel de práctica. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 2003;3:33-43.

Peiró AM^a, El menor maduro ante las decisiones sanitarias. *Med Clin*. 2011;137:140-141.

Pérez Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Informed consent of the minor. Implications of present day Spanish law. *J Med Ethics*. 2002;28:326.

Peterson L, Brazeal T, Oliver K, Bull C. Gender and developmental patterns of affect, belief, and behaviors in simulated injury events. *J Appl Dev Psychol*. 1997;18:531–546.

Piaget J. *El nacimiento de la inteligencia del niño*. Madrid. Aguilar.1982.

Piaget J. *El nacimiento de la inteligencia*. Barcelona. Crítica.1990.

Piaget J. *La representación del mundo en el niño*. Madrid. Ediciones Morata. 1973.

Piker A. Balancing liberation and protection: a moderate approach to adolescent health care decision-making. *Bioethics*. 2011;25:202–208.

Piñeiro J. Accidentes deportivos: lesiones consentidas. Análisis de la doctrina de la asunción del riesgo en la responsabilidad civil en el deporte. *InDret*. 2005;3:1-46.

Podlog L, Eklund RC. Professional coaches' perspectives on the return to sport following serious injury. *J Appl Sport Psychol*. 2007;19:207–225.

Podlog L, Kleinert J, Dimmock J, Miller J, Shepherd AM. A parental perspective on adolescent injury rehabilitation and return to sport experiences. *J Appl Sport Psychol*. 2012;24:175–190.

Podlog L, Wadey R, Stark A, Lochbaum M, Hannon J, Newton M. An adolescent perspective on injury recovery and the return to sport. *Psychol Sport Exerc*. 2013;14:437–446.

Potts R, Martinez I G, Dedmon A. Childhood risk taking and injury: Self-report and informant measures. *J Pediatr Psychol*. 1995;20:5-12.

Puig N. Joves i esport: Influència dels processos de socialització en els itineraris esportius juvenils. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona. Barcelona, 1992.

Recours RA, Souville M, Griffe J. Expressed motives for informal and club/association-based sports participation. *J Leis Res*. 2004;36:1-22.

Reio TG, Choi N. Novelty seeking in adulthood: Increases accompany decline. *J Genet Psychol*. 2004;165:119-133.

Ríos Corbacho JM. Lesiones deportivas: relevancia y tratamiento jurídico-penal. *Revista de Ciencias Jurídicas*. 2012;129:13-44.

Rivara FP. Developmental and behavioral issues in child hood injury prevention. *J Dev Behav Pediatr*. 1995;16:362-370.

Rodríguez FJ. Tesis: El menor de edad y el proceso de toma de decisiones en el ámbito sanitario. Análisis de la cuestión en menores y sus representantes. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia. 2015.

Rodríguez Mourullo A, Clemente I. Dos aspectos de Derecho penal en el deporte: el dopaje y las lesiones. *Actualidad jurídica Uría & Menéndez*. 2004;9:53-68.

Romer D, Duckworth AL, Sznitman S, Park S. Can adolescents learn self-control? Delay of gratification in the development of control over risk taking. *Prev Sci*. 2010;11:319-330.

Ross LF. Why “doctor, if this were your child, what would you do?” deserves an answer. *J Clin Ethics*. 2003;14:59-62.

Rotella RJ. The psychological care of the injured athlete. In: Bunker LK, Rotella RJ, Reilly AS, editors. Sport psychology: psychological considerations in maximizing sport performance Ithaca. New York. Movement. 1985. pp. 273–287.

Roxin, C. Derecho penal – Parte general – Tomo I – Fundamentos. La estructura de la Teoría del Delito (traducción de la 2ª edición alemana y notas por Diego-Manuel Luzón Peña, Miguel Díaz y García Conlledo y Javier de Vicente Remesal). Madrid. Thomson Civitas, 1999 (reimpresión 2003).

Ruiz Jiménez J. La situación del menor en el ámbito sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:15-37.

Rylance G. Making decisions with children. BMJ. 1996;312:798.

Schumacher J, Roth M. Sensation seeking, gesundheitsbezogene kognitionen und partizipation am risikosport. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2004;12:148-158.

Schwebel D, Barton B. Contributions of Multiple Risk Factors to Child Injury. J Pediatr Psychol. 2005;30:553-561.

Seoane Spielberg JL. Responsabilidad civil en el deporte. En: Consejo General del Poder Judicial, Cuadernos de Derecho Judicial: La responsabilidad civil profesional, VII-2003, Madrid. 2003:478-603.

Shad MU, Bidesi AS, Chen LA, Thomas BP, Ernst M, Rao U. Neurobiology of decision-making in adolescents. Behav Brain Res. 2011;217:67–76.

Sharma P, Luscombe KL, Maffulli N. Sports injuries in children. Trauma. 2003;5:245-259.

Shea, K M. Children's Health and the Environment: Children are Not Little Adults. World Health Organization. Geneva. 2008.

Siesmaa, E, Blitvich, JD, White P, Finch C. Measuring children's self-reported sport participation, risk perception and injury history: Development and validation of a survey instrument. Aust J Sci Med Sport. 2011;14:22-26.

Simón Lorda, P. El consentimiento: alianza y contrato, deliberación y decisión. en Couceiro, A. Ética en cuidados paliativos. Madrid. Triascatela. 2004. pp 91-104.

Smith MJ, Beringer DB. Human factors in occupational injury evaluation and control. En Salvendy G. (Ed.): Handbook of human factors. Nueva York: John Wiley. 1987. pp. 767-789.

Sorenson L, Larsen SE, Rock ND. The epidemiology of sports injuries in school aged children. Scand J Med Sci Sports. 1996;64:281-286.

Soriano A. Análisis de la seguridad en instalaciones y equipamientos deportivos en centros de Educación Primaria de Jaén y Granada. Jaén: Universidad de Jaén. 2014

Sovet L, Metz AJ. Parenting styles and career decision-making among French and Korean adolescents. J Vocat Behav. 2014;84:345–355.

Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ. In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. Nat Neurosci. 1999;2:859–861.

Sowell ER, Thompson PM, Tessner KD. Mapping continued brain growth and gray matter density reduction in dorsal frontal cortex: Inverse relationships during postadolescent brain maturation. J Neurosci. 2001;21:8819–8829.

Spear L. Neurobehavioural changes in adolescence. Curr Dir Psychol Sci. 2000;9:111–114.

Strauch B. The primal teen: What the new discoveries about the teenage brain tell us about our kids. New York. Anchor Books. 2013.

Tator CH. Catastrophic injuries in sports and recreation: causes and prevention, a Canadian Study. University of Toronto Press. Toronto. 2008.

Taylor J, Taylor S. Psychological approaches to sports injury rehabilitation. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers. 1997.

Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Pérez López IJ, Ortega FB, Wärnberg J, Ruiz JR, Delgado M, grupo AVENA. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio AVENA. Nutr Hosp. 2007;22:89-94.

Theisen D, Frisch A, Malisoux L, Urhausen A, Croisier JL, Seil R. Injury risk is different in team and individual youth sport. J Sci Med Sport. 2013;16:200–204.

Thomeé P, Währborg P, Börjesson M, Thomeé R, Eriksson BI, Karlsson J. Determinants of self-efficacy in the rehabilitation of patients with anterior cruciate ligament injury. *J Rehabil Med*. 2007;39:486–492.

Truog RD. Doctor, if this were your child, what would you do? *Pediatrics*. 1999;103:153-154.

Tucker P: The physical activity levels of preschool-aged children: a systematic review. *Early Child Res Q*. 2008;23:547–558.

Van der Pligt J. Risk appraisal and health behavior. In D. R. Rutter y L. Quine (Eds.), *Social psychology and health: European perspectives*. Brookfield VT. Avebury. 1994. pp. 131-151.

Varelius J. The value of autonomy in medical ethics. *Med Health Care Philos*. 2006;9:377-388.

Visser J, Geuze RH, Kalverboer AF. The relationship between physical growth, the level of activity and the development of motor skills in adolescents: differences between children with DCD and controls. *Hum Mov Sci*. 1998;17:573-608.

Waligora M, Dranseika V, Piasecki J. Child's assent in research: age threshold or personalisation?. *BMC Medical Ethics*. 2014;13:15-44. doi: 10.1186/1472-6939-15-44.

Waterman BR, Owens BD, Davey S, Zacchilli MA, Belmont Jr PJ. Epidemiology of ankle sprains in the United States. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92:2279–2284.

Wazana A. Are there injury-prone children? A critical review of the literature. *Can J Psychiatr*. 1997;42:602-610.

Weinberg R, Tenenbaum G, McKenzie A, Jackson S, Anshel M, Grove R, Fogarty G. Motivation for youth participation in sport and physical activity: relationships to culture, self-reported activity levels, and gender. *Int J Sport Psychol*. 2000;31:321-346.

White P, Finch CF, Dennis R, Siesmaa E. Understanding children's perception of injury risk associated with playing with playing junior cricket. *J Sci Med Sport*. 2011;14:115-120.

Wilhelms EA, Reyna VF. Fuzzy trace theory and medical decisions by minors: differences in reasoning between adolescents and adults. *J Med Philos.* 2013;38:268–282.

Williams JM, Andersen MB. Psychosocial antecedents of sport injury: review and critique of the stress and injury model. *J Appl Sport Psychol.* 1998;10:5–25.

Zuckerman M. *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal.* Hillsdale, New York. Erlbaum. 1979.