

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

XXVI CONGRESO

Volumen X
SEP-OCT 2022

Nº 3

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Girona

7 y 8 de Octubre 2022



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

XXVI CONGRESO

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia (SEMA)

Girona
7 y 8 de Octubre 2022



Directora

M.I. Hidalgo Vicario, MD, PhD Madrid

Subdirectores

L. Rodríguez Molinero, MD, PhD Valladolid

M.T. Muñoz Calvo, MD, PhD Madrid

Consejo editorial

G. Castellano Barca, MD, Cantabria

L.S. Eddy Ives, MD, Barcelona

M. Güemes Hidalgo, MD, PhD Madrid

F. Guerrero Alzola, MD, PhD Madrid

P. Horno Goicoechea, PhD Mallorca

L. Liqueste Arauzo, MD, PhD León

F. López Sánchez, PhD Salamanca

F. Notario Herrero, MD Albacete

P.J. Rodríguez Hernández, MD, PhD Canarias

M.J. Rodríguez Jiménez, MD, Madrid

P. Sánchez Masqueraque, MD, PhD Madrid

Traducciones al inglés

English translations

M. Güemes Hidalgo, MD, PhD Madrid

Junta Directiva de la SEMA

Presidente

F. Notario Herrero

Secretaría general

T. Gavela Pérez

Tesorero

L. Liqueste Arauzo

Vocales

M.J. Ceñal González-Fierro

I. Güemes Heras

M.T. Muñoz Calvo

M. Zafra Anta

Asesora de la JD

M.I. Hidalgo Vicario

Directora de la Web

M. Pérez Pascual

Coordinadora editorial

M.I. Hidalgo Vicario

Editado por

SEMA. Sociedad Española de Medicina

de la Adolescencia

www.adolescenciasema.org

Soporte válido publicitario

Nº 13/17-R-CM

Depósito Legal

M-30895-1991

ISSN

Edición impresa: Edición on-line:

ISSN 2695-5474 ISSN 2695-5687

Sumario

003 Editorial

003 Salud mental de los adolescentes en la "era COVID"

F. Notario Herrero

005 Foro de actualización

005 Trastorno por déficit de atención y sus comorbilidades. Enfoque terapéutico

L.S. Eddy Ives

015 Mesa redonda I - Repercusión de la pandemia en la población adolescente

015 Afectación del tiempo de pandemia a nivel educativo en el alumnado adolescente

L. Vera Aguilar

021 Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19

C. Lombardía Fernández, H. Rivera Abello, J. Sánchez Martínez

030 El Programa *Salut i Escola* antes y después de la pandemia

B. Pérez Jiménez

032 Repercusiones de la pandemia en la población adolescente desde la perspectiva de servicios sociales de atención primaria

M. Illa i Creixell

039 Panel de expertos

039 Síndromes de Sensibilidad Central en la adolescencia. Fibromialgia y Fatiga crónica

M. Gispart-Sañch i Puigdevall, T. Clavaguera Poch

046 ¿De qué hablamos cuando hablamos de Sensibilización Central?

C. Goicoechea García

053 Fibromialgia. Fatiga crónica. Abordaje terapéutico. Implicación desde el Servicio de Salud Mental

M. Vila Grifoll

060 Foro de actualización

060 ¿La enfermedad meningocócica eclipsada por la pandemia de COVID-19? Puesta al día de la vacunación antimeningocócica

F. Moraga-Llop

070 Caso clínico

070 Autolesiones

L. Rodríguez Molinero

078 Hipopotasemia asociada a anorexia nerviosa. ¿Tubulopatía adquirida o primaria?

G. Ferrer Campo

084 Mesa redonda II

084 ¿Qué sabemos de la microbiota?

S. Gómez Senent

091 Avances en enfermedad celíaca

M.L. Cilleruelo Pascual

099 Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en los varones

F.J. Mejorado Molano, L. Soriano Guillén

103 Talleres simultáneos

103 Maltrato de la población adolescente a través de las TICS (*grooming, sexting, cyberbullying*)

M.A. Salmerón Ruiz

111 Adicciones en la adolescencia. ¿Cómo abordarlas?

F. Caudevilla Gállego

117 Patología dermatológica prevalente en el adolescente. Tratamiento desde atención primaria

L. Marqués Martín

129 Aspectos éticos y legales en la adolescencia. Del menor maduro al adulto autónomo

M. Vieito Villar

135 Entrevista con el adolescente – Roll Playing

J.L. Iglesias Diz, F. Guerrero Alzola

139 Conferencia "Blas Taracena del Piñal"

139 Pasado, presente y futuro de la atención médica en la adolescencia

G. Alfredo Girard

147 Comunicaciones Orales y Posters

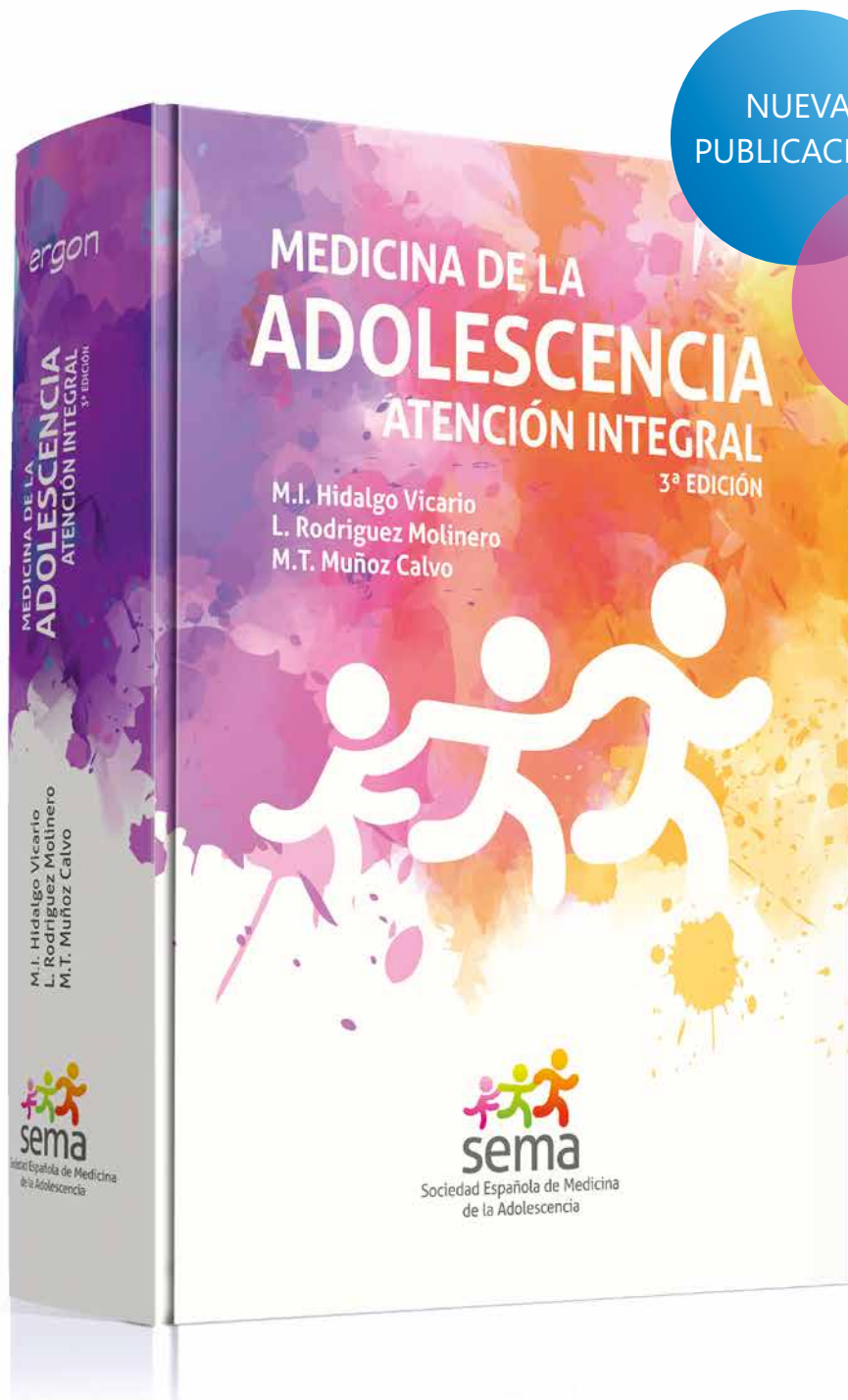
152 Noticias

154 Entrega premios: Presidente y Socio de honor SEMA

155 Crítica de libros

157 Respuestas correctas a las preguntas test

Normas de publicación en www.adolescenciasema.org Secretaría editorial adolescere@adolescenciasema.org



NUEVA
PUBLICACIÓN

3^a
EDICIÓN



Hazte socio

www.adolescenciasema.org



Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia

adolescere

Revista de Formación Continuada de La
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

La cuota de inscripción a Adolescencia SEMA es de sólo 30€ anuales.



Félix Notario Herrero

Pediatra. Presidente de la SEMA. Clínica Nuestra Sra. de Rosario. Albacete.

Salud mental de los adolescentes en la “era COVID”

Los pasados días 7 y 8 de Octubre de 2022, se celebró en Girona, treinta años después de la anterior edición en esta ciudad, el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

El programa del Congreso, que se desarrolla con detalle en este número de ADOLESCERE, acaparó la atención, por su actualidad y abordaje en los temas a un buen número de pediatras y otros profesionales de muy variadas disciplinas interesados en la salud de nuestros adolescentes.

Hoy quiero dedicar estas líneas desde el editorial a la salud mental de los adolescentes. En los últimos años y, en especial, desde el inicio de la pandemia por COVID-19 en el 2020, la llamada “era COVID”, la salud mental en la adolescencia ha ido deteriorándose, con la aparición de síntomas depresivos, ansiosos, trastornos del comportamiento alimentario, autolesiones y conductas suicidas, precedidos en la etapa pre-adolescente con sintomatología vinculada a la ansiedad, miedos desproporcionados y síntomas obsesivos y depresivos. Este ha sido el verdadero impacto de la pandemia en la población infanto-juvenil que de alguna manera ha condicionado el equilibrio emocional en la etapa de la adolescencia, esa fase de cambio y renovación, de crecimiento para el cerebro, que hace abandonar comportamientos infantiles para adquirir conductas propias de la edad adulta.

ONGs como “Save the Children”, han alertado del impacto de esta pandemia, que ha triplicado el número de trastornos mentales de nuestros adolescentes; también aquellos con necesidades especiales sufrieron empeoramiento de sus síntomas debido a las restricciones impuestas por la situación de pandemia. Según encuestas del CIS, más de la mitad de los padres han percibido en sus hijos cambios en la manera de ser, “cambios de humor”, cambios en los patrones de sueño, etc.

En el año 2020, se suicidaron en España 14 niños menores de 15 años, el doble que el año anterior, y entre el grupo de jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es ya la segunda causa de mortalidad, solo superada por los tumores malignos. Antes de la pandemia, se estimaba que el 30% de los menores habían presentado ideación suicida en algún momento, el 10% había realizado alguna tentativa y un 2% de forma seria, requiriendo atención médica. Además los cálculos de autolesiones se encontraba en el 18%. Los estudios recientes indican aumento en estos indicadores, tras el inicio pandémico. La fundación ANAR nos recuerda la atención de un 145% más en llamadas de menores con ideas o intentos suicidas y un 180% más de autolesiones, con respecto a años anteriores.

El confinamiento domiciliario que han sufrido los adolescentes debido al cierre de colegios e institutos ha desencadenado trastornos de salud mental. La interrupción de sus rutinas, la imposibilidad de descargar la energía física, la cancelación de exámenes y las numerosas restricciones sociales y de ocio, con un abuso de tecnologías han causado y todavía están causando consecuencias psicológicas importantes.

Algunos adolescentes y jóvenes han sufrido la infección por SARS-COV-2 e incluso han vivido la experiencia mortal de familiares próximos, familias en situación frágil o de incertidumbre laboral, hacinamiento o culpabilización de contagios, pero sobre todo la incapacidad de la proyección de futuro.

La hiperinformación sobre COVID-19, sin su consecuente explicación por parte de sus padres se ha relacionado con la sintomatología de ansiedad y depresión.

De parte de todo ello pretendía hablar y así ha sido nuestro XXVI Congreso y yo, especialmente, quiero destacar la MESA REDONDA I, que tuve ocasión de moderar, bajo el título: “Repercusión de la pandemia en la población adolescente. Mesa interdisciplinar”. La MESA estaba integrada por una profesora y pedagoga, orientadora de ESO (Luisa Vera), una psiquiatra especialista en Psiquiatría Infantojuvenil (Dra. Cristina Lombardía), una enfermera de un ABS (Área básica de salud) y partícipe de un programa Salud y Escuela (Belén Pérez), y por último, una Educadora Social (Montserrat Illa).

La experiencia fue gratamente estimulante y un ejemplo de lo que es el trabajo en común y la valoración multidisciplinar de la vida del adolescente antes, durante y después de la fase más “crítica” de la pandemia.

La pandemia entró en la vida de nuestros adolescentes, estudiantes, y les trajo de la mano numerosos cambios, que les han llevado a diversas situaciones, una nueva mirada, nuevos sentimientos, como nos han enseñado nuestras ponentes “gironinas”, han puesto voz a estos adolescentes para que nos transmitan lo que han vivido personalmente en estos tiempos de pandemia, desde el principio, con un mundo nuevo y desconocido a su alrededor hasta la situación actual, más conocida y controlada, gracias a la labor de los docentes, entre otros.

La repercusión en su salud mental ha supuesto un impacto negativo en el bienestar del adolescente, nos recordaba “nuestra” psiquiatra, mencionando el estudio Osgood 2021, que aproximadamente el 70% nos informan de algún malestar psicológico, sentimientos de soledad, irritabilidad o inquietud. Se han sentido en resumen: “tristes, deprimidos o infelices”.

Hemos recordado que los centros educativos tienen un papel muy importante en la prevención de la salud, ya que son espacios de aprendizaje y desarrollo, donde los adolescentes pasan muchas horas y donde todo les impacta; por tanto, los programas que fusionen “salud y escuela” son especialmente interesantes después de la pandemia.

Una atención especial para aquellos adolescentes que crecen en familias que viven una situación social, económica y emocional vulnerable.

Todo ello reúne nuestro pensar desde la SEMA y ha sido el hilo conductor de nuestro Congreso.

Tanto es así que la SEMA participa con un gran interés en el GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR SOBRE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, junto a la Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI), la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Su posicionamiento se pone de manifiesto en una publicación que aparecerá en breve en ANALES DE PEDIATRÍA, y en la que destacamos las áreas de mejora, siguiendo estrategias multinivel de forma continuada como las recomendadas por la OMS y otras instancias de ámbito europeo, que implican acciones con varias dianas. La medida más coste efectiva en salud mental como tantas otras veces es invertir en prevención.

Solo me queda desde estas líneas animaros a vivir la adolescencia con plenitud junto a ellos, como nos recuerda David Bueno: Estímulo, Ejemplo y Apoyo, tres palabras mágicas.

Felicitar a la Dra. Graciela Perkal, presidenta del Comité Organizador, por tan magnífico XXVI Congreso, recordar al Dr. Josep Cornellá, pionero en la medicina de la Adolescencia, que nos dejó prematuramente, y que de alguna manera estuvo con nosotros en Girona.

Por último felicitar y agradecer, desde esta tribuna, a la Dra. Maria Inés Hidalgo, directora de ADOLESCERE por nuestra magnífica revista de formación continuada y en pocos meses se celebrará el décimo aniversario de su fundación.

Trastorno por déficit de atención y sus comorbilidades. Enfoque terapéutico

L.S. Eddy Ives. Centre Mèdic Sant Ramon, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. Hospitales HM Sant Jordi y HM Nens, Barcelona.

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más prevalente de la infancia (5,9%) pudiendo persistir en edad adulta (2,5%). Pocas veces se presenta de forma aislada. Alrededor de un 80% de los casos irá acompañado de un trastorno comórbido y un 50% de dos o más. Se repasa la comorbilidad más prevalente: otros trastornos del neurodesarrollo, otros trastornos psiquiátricos, patologías médicas, y conductas de riesgo. Se aborda el enfoque terapéutico según comorbilidad.

Palabras clave: TDAH; Comorbilidad; Tratamiento; Trastornos del neurodesarrollo.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most prevalent psychiatric disorder in childhood (5.9%) and can persist into adulthood (2.5%). It rarely occurs by itself. About 80% of cases will be accompanied by one comorbid disorder and 50% by two or more. The most prevalent comorbidity is reviewed: other neurodevelopmental disorders, other psychiatric disorders, medical pathologies, and risky behaviors. The therapeutic approach according to comorbidity is addressed.

Key words: ADHD; Comorbidity; Treatment; Neurodevelopmental disorders.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más prevalente de la infancia. Además, pocas veces se presenta de forma aislada sino acompañado de comorbilidad, que consiste en la presencia de dos o más condiciones nosológicas simultáneas. Según la experiencia de Barkley, el 80% de los niños presentan un trastorno comórbido y hasta un 50% dos o más trastornos⁽¹⁾. El grado de severidad del TDAH aumenta el riesgo de presentar otro trastorno comórbido, de la misma forma que la adversidad socio-económica también. La presencia de comorbilidad implica un peor funcionamiento y pronóstico, y además dificulta la evaluación del TDAH pudiendo enmascarar su existencia.

Entre las conclusiones basadas en evidencia de la declaración de consenso internacional de la Federación Mundial de TDAH⁽²⁾, cabe destacar: el 5,9% de los niños y adolescentes presentan un TDAH, y el 2,5% de los adultos; la mayoría de los casos de TDAH son ocasionados por la combinación de múltiples riesgos genéticos y ambientales, lo que explica la variabilidad clínica que presentan estos niños; se han encontrado pequeñas variaciones en el cerebro de las personas con TDAH, en comparación con las personas sin TDAH; el TDAH no tratado puede conllevar múltiples situaciones adversas, entre ellas la comorbilidad, objeto de este artículo; y el TDAH cuesta cada año a la sociedad mundial cientos de miles de millones.

Se puede clasificar la comorbilidad que acompaña el TDAH en 4 grupos⁽³⁾: a) otros trastornos del neurodesarrollo; b) otros trastornos psiquiátricos; c) problemas o patologías médicas; d) conductas de riesgo o situaciones adversas.

El TDAH pocas veces se presenta de forma aislada, sino acompañada de comorbilidad

Es frecuente la asociación del TDAH con otros trastornos del neurodesarrollo

Trastornos del neurodesarrollo

Es frecuente que los trastornos del neurodesarrollo se asocien entre sí. Por tanto, es más frecuente que en la población general, que un niño con TDAH pueda además presentar cualquier otro trastorno del neurodesarrollo, tales como: trastornos específicos del aprendizaje, trastornos de la comunicación, trastornos motores, trastorno del espectro autista (TEA), y discapacidad intelectual^(4,5)(Tabla I). Los trastornos del neurodesarrollo presentan problemas vinculados a la maduración del cerebro. No son problemas estáticos, se manifiestan de forma diferente según la etapa del crecimiento. Muchos de sus síntomas son normales pero su intensidad o forma de presentarse les hace anormal. Los límites con la normalidad son arbitrarios y subjetivos ya que no hay marcadores biológicos. Suelen aparecer de forma precoz y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. Afectan la conducta y el aprendizaje.

Además, están los trastornos del neurodesarrollo vinculados a síndromes genéticos y lesiones del sistema nervioso central. Entre los más frecuentes, cabe mencionar: síndrome X-frágil, Prader Willi, Angelman, Williams, Rett, síndrome de Down, neurofibromatosis, parálisis cerebral, daño cerebral adquirido, trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF)⁽⁶⁾.

TDAH comórbido con trastornos específicos del aprendizaje

Los trastornos de aprendizaje más frecuentes son la dislexia y discalculia. La prevalencia en la población general es de alrededor del 5-10%, en cambio en los niños con TDAH se sitúa alrededor del 20-40%⁽⁷⁾. Por tanto, siempre es conveniente descartar su presencia en el sujeto con TDAH, sobre todo si está teniendo dificultades en el aprendizaje académico. Para su cribado disponemos del PRODISLEX⁽⁸⁾ y PRODISCAT⁽⁹⁾. La confirmación diagnóstica se obtiene a través del estudio neuropsicológico con diferentes pruebas como son las pruebas de lectura y escritura TALE, PROLEC, PROLEC-SE, PROESC⁽¹⁰⁾. El tratamiento de los trastornos de aprendizaje consiste en aplicar unas adaptaciones escolares o plan individualizado (PI) que comprende la facilitación de un tiempo extra, exámenes orales, evitar poner en evidencia las limitaciones o dificultades del alumno para que no sea ridiculizado, etc. En cada caso se evaluarán sus necesidades. Además de las adaptaciones escolares se recomienda la reeducación psicopedagógica para ayudar al niño a mejorar su lecto-escritura y para desarrollar estrategias compensatorias que le ayuden a avanzar en sus aprendizajes, sin olvidar el tratamiento farmacológico del TDAH, preferentemente con un psicoestimulante (Metilfenidato o Lisdexanfetamina).

TDAH y trastorno de tics

Los tics pueden ser motores o vocales, transitorios o crónicos. Consiste en un movimiento o vocalización súbito, rápido, recurrente y no rítmico. Su aparición siempre es antes de los 18 años. Se considera transitorio cuando dura menos de un año, y persistente o crónico cuando dura más del año. En el Trastorno de tics, los tics motores o vocales son únicos o múltiples, pero no se presentan ambos a la vez. En el Trastorno de Tourette, que es la forma de presentación más grave de los tics, habrá tics motores múltiples y uno o más de tics vocales, no necesariamente de forma concurrente. Los tics motores simples duran milisegundos, en cambio los tics complejos duran más y pueden ser una combinación de tics simples.

Los tics son más frecuentes en el varón (1,5-4:1). Es difícil precisar su prevalencia en la población general, pero según algunos autores sería del orden del 7,8% en escolares y del 3,4% en la adolescencia, que es cuando tienden a mejorar⁽¹¹⁾. La prevalencia del trastorno de Tourette se sitúa entre 0,4-3%. Ahora bien, los trastornos de tics siguen un orden jerárquico de tal forma que una vez diagnosticado un trastorno de tics en un nivel de la jerarquía no se puede hacer otro diagnóstico por debajo de él. La forma más grave es el Trastorno de Tourette, después viene el Trastorno de tics motores o vocales crónico, y finalmente la forma menos grave es el Trastorno de tics transitorio. Se calcula que el 10% de los niños con TDAH padecen tics. En cambio, el 60% de los niños con Trastorno de Tourette presentan de forma comórbida un TDAH, por tanto, en todo niño con Trastorno de Tourette es importante descartar un TDAH.

Hay factores genéticos, neurobiológicos y autoinmunes que influyen para que un sujeto presente un trastorno de tics. Pero además hay factores ambientales que pueden incrementar su cuadro clínico como es la ansiedad y situaciones estresantes (exámenes).

Actualmente no se considera que la presencia de un trastorno de tics sea una contraindicación para el tratamiento del TDAH con estimulantes, ya que hay estudios que muestran incluso una mejoría en los tics al mejorar el cuadro clínico de TDAH⁽¹²⁾. Si se observa un incremento importante de los tics, el primer paso es reducir la dosis y si persiste el incremento de tics, valorar el tratamiento del TDAH con un no estimulante como es la Atomoxetina o la Guanfacina. En sujetos con Trastorno de Tourette, de entrada, el tratamiento será con un no estimulante y además se valorará añadir un neuroléptico (Aripiprazol, Risperidona).

No se considera la presencia de un trastorno de tics, a excepción de Tourette, una contraindicación para el tratamiento del TDAH con estimulantes

TDAH comórbido con TEA

El niño con Trastorno del Espectro Autista presenta deficiencias en la comunicación e interacción social, y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Puede ir o no acompañado de deterioro intelectual y/o del lenguaje, y deficiencias motoras (caminar extraño, de puntillas). Suelen presentar rigidez cognitiva, por lo que aceptan mal los cambios no previstos, y aumento de sensibilidad según el contexto produciendo sobrecarga sensorial, lo que les ocasiona malestar emocional y conductual⁽⁶⁾. Los síntomas están presentes desde las primeras fases del desarrollo y limitan o dificultan el funcionamiento cotidiano. A veces, la primera alerta es el retraso en el habla y la ausencia de juego simbólico.

El TEA no solo se asocia a otros trastornos del neurodesarrollo como es el TDAH, sino también a la discapacidad intelectual, problemas relacionados con el sueño, la alimentación y eliminación, convulsiones, trastorno por tics, problemas gastrointestinales, alteraciones visuales y auditivas, trastornos genéticos, todo ello dificultando el diagnóstico de un TDAH comórbido. Muchas veces es difícil determinar si la falta de atención es debido a la deficiencia en la interacción social y atención compartida y la presencia de unos intereses restringidos, o es debido a un déficit atencional a consecuencia a la presencia comórbida de un TDAH⁽¹³⁾, pero el cálculo es que el 30-70% de los niños con TEA presentan además TDAH⁽¹⁴⁾.

El tratamiento del TDAH es más complejo en niños con TEA ya que muchas veces los estimulantes les aumenta su irritabilidad e incluso ocasionan agresividad. Es necesario iniciar con dosis bajas y escalar lentamente (en inglés, *start low, go slow*). Si no hay buena tolerancia se pasa a un no estimulante, Guanfacina o Atomoxetina, siendo a veces necesario añadir un neuroléptico (Aripiprazol, Risperidona, Olanzapina) para el control de las conductas disruptivas⁽¹⁵⁾.

El tratamiento del TDAH es más complejo en niños con TEA ya que muchas veces los estimulantes les aumenta su irritabilidad, pudiendo ocasionar agresividad

Otros trastornos psiquiátricos

Según la etapa del desarrollo del sujeto, es más frecuente un tipo de trastorno comórbido. En la etapa infantil (6-12 años) es más frecuente que el TDAH presente de forma comórbida un trastorno negativo desafiante (TND) y trastorno específico del aprendizaje. En la etapa de la adolescencia siguen los trastornos del aprendizaje, el TND suele evolucionar a trastorno de conducta, con o sin un trastorno de consumo de tóxicos, y es cuando también suelen aparecer los trastornos emocionales como ansiedad y depresión. En edad adulta, los problemas conductuales suelen evolucionar a trastornos de personalidad antisocial y trastorno de personalidad límite (TLP).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente comórbidos con el TDAH se agrupan en conductuales y de desregulación emocional. En general, siempre se ha prestado más atención a la comorbilidad con problemas conductuales, que con los de tipo emocional.

TDAH y trastorno negativista desafiante/trastorno de conducta

El trastorno negativista desafiante (TND) consiste en un patrón de enfado o irritabilidad, discusiones o actitud desafiante y conducta vengativa o rencorosa, como mínimo con un individuo que no sea el hermano. La evolución será de un mínimo de 6 meses. Claramente empeora el pronóstico del TDAH. Hay características clínicas del TND que se superponen al TDAH y otros que se observan únicamente en los niños con TND (Tabla II).

El riesgo de presentar comorbilidad con TND aumenta cuando hay muchos factores de riesgo para el TDAH (antecedentes familiares, consumo de tóxicos durante el embarazo) y la presencia de elevada conflictividad en el hogar⁽¹⁶⁾. Requiere intervención psicológica (terapia cognitiva conductual) para

trabajar la empatía y las habilidades sociales y también conviene trabajar con los padres para mejorar su estilo de crianza. El riesgo es que evolucione a un trastorno de conducta en la adolescencia. El tratamiento farmacológico inicial será con un estimulante. Si no hay beneficio o hay mucha clínica de irritabilidad y agresividad se añade un no estimulante y/o un neuroléptico, sobre todo si el TND evoluciona hacia un trastorno de conducta.

TDAH y trastornos de ansiedad

TDAH y ansiedad son los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes de la infancia

Ambos trastornos por separado son los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la infancia. Entre un 25-30% de los niños con TDAH presentan de forma comórbida un trastorno de ansiedad, lo que representa tres veces más que en la población general⁽¹⁷⁾. En la Tabla III se muestran los diferentes tipos de trastornos de ansiedad según el DSM-5, siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación. El miedo es una respuesta de ansiedad ante un peligro inmediato mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Cuando hay ansiedad generalizada habrá una preocupación excesiva, siendo difícil controlar dicha preocupación, y será persistente 6 meses o más. El niño presentará como mínimo uno de los siguientes síntomas (el adulto como mínimo 3): inquietud o "nervios de punta", fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, que puede ser dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio. La ansiedad no solo ocasiona una respuesta de malestar emocional, sino también psicofisiológico, como son las palpitaciones, sudoración, temblores, y también conductual de tipo evitativa de la situación supuestamente peligrosa dejando de realizar actividades cotidianas habituales⁽¹⁸⁾. Los síntomas de ansiedad repercuten en el rendimiento escolar y el funcionamiento social y familiar del niño, y se asocian a un aumento del riesgo de presentar un trastorno depresivo o ansioso en la edad adulta⁽¹⁹⁾.

En cierta manera es lógica la aparición de la ansiedad debido a la experiencia del niño con TDAH con frecuentes situaciones adversas o de fracaso: despistes con consecuencias negativas, reprimendas constantes por mala conducta o por no cumplir con las órdenes recibidas, etc. Pero además hay una base genética, igual que para el TDAH, pero independientemente del TDAH. O sea, si hay antecedentes de ansiedad en familiares directos, mayor riesgo que tenga comorbilidad con ansiedad.

En el caso de TDAH comórbido con trastorno de ansiedad, se inicia el tratamiento con psicoestimulantes. Generalmente la sintomatología ansiosa disminuye, probablemente debido a que el niño comienza a tener menos dificultades en su día a día, se relaciona mejor tanto con iguales como con la familia y su rendimiento académico mejora. Otras veces no, sobre todo cuando observamos una base genética para el trastorno de ansiedad. En estos casos suelen mejorar con un fármaco no estimulante como es la Atomoxetina o Guanfacina. A veces será necesario tratar farmacológicamente la ansiedad añadiendo al tratamiento del TDAH un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS)⁽²⁰⁾.

TDAH y Trastorno obsesivo-compulsivo

En el DSM-5 el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) no está incluido en los trastornos de ansiedad, sino se ha creado un apartado de TOC y otros trastornos afines. El TOC se caracteriza por el hecho que el niño o adolescente presenta obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes y persistentes, no deseados, sino intrusivos que producen malestar. Los temas más frecuentes son de limpieza y contaminación, temas agresivos (temor a hacer daño intencionadamente), temas sexuales, religiosos, morales, y somáticos (preocupación excesiva por enfermedades). Las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que el sujeto siente la necesidad de realizar como respuesta a la obsesión. Se hace con la intención de ignorar o neutralizar los pensamientos obsesivos, y así disminuir el malestar que producen. Ejemplos de conductas compulsivas y repetitivas serían lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas; y de actos mentales repetitivos sería rezar, contar, repetir palabras en silencio. Lo hacen de acuerdo con unas reglas que deben realizar de manera rígida o estricta. Estas obsesiones y compulsiones cada vez van ocupando más horas al día (mínimo una hora/día para considerar que es un trastorno), produciendo un deterioro en la vida académica, social y/o laboral. Se habla de formas subclínicas de TOC cuando no hay afectación funcional. No hay que confundir con rituales normales de la infancia que no producen malestar ni son incapacitantes, sino más bien lúdicos.

Es frecuente que el TOC presente comorbilidad con otros trastornos como es la ansiedad y los trastornos del neurodesarrollo, sobre todo el TDAH, TEA y trastorno de tics y de Tourette. La prevalencia de TOC en la población general es de 1-3%. Alrededor del 11% de los niños con TDAH presentan de forma comórbida un TOC. En cambio, el 17% de los niños y adolescentes con TOC van a cumplir criterios diag-

La presencia de comorbilidad de TDAH y TOC aumenta el riesgo de además presentar comorbilidad con Trastorno de tics y Tourette

nósticos de TDAH^(21,22). Este alto grado de comorbilidad sugiere que puede haber factores genéticos comunes. Por lo general, cuando el TOC y TDAH se presentan de forma comórbida, el inicio del TOC suele ser más temprano, es más severo y su curso es más persistente. La presencia de comorbilidad de TDAH y TOC aumenta el riesgo de además presentar comorbilidad con Trastorno de tics y Tourette⁽²³⁾.

El tratamiento para el TOC, sobre todo en las formas subclínicas, es con terapia cognitivo conductual (exposición y prevención de respuesta). Habitualmente el tratamiento farmacológico con un ISRS suele mejorar la clínica, pero a veces será preciso añadir un neuroléptico (Risperidona o Aripiprazol). En cuanto al tratamiento del TDAH, no hay contraindicación absoluta de utilizar psicoestimulantes, pues según una revisión del 2014 no se evidenció que ocasionara un empeoramiento de la sintomatología del TOC^(14,24).

TDAH y trastorno depresivo

La prevalencia de depresión en la población general está entre 1,8-3,4%⁽²⁵⁾. La prevalencia del TDAH en sujetos con trastorno depresivo se sitúa alrededor del 5-16%⁽²⁶⁾, mientras que alrededor del 20-30% de los sujetos con TDAH tienen un trastorno depresivo asociado⁽⁷⁾. En la adolescencia es cuando es más frecuente la comorbilidad con trastorno depresivo. Habrá sintomatología que puede ser coincidente como es la inquietud, falta atencional, falta de motivación (pero no la anhedonia de la depresión), e irritabilidad. Es importante saber desde cuándo está presente la diferente sintomatología pues el TDAH tiene un curso continuo desde la primera infancia, en cambio la sintomatología depresiva tendrá un inicio claro unos años más tarde. Se considera que las dificultades en el día a día del niño con TDAH favorecen la aparición de la depresión. En un estudio prospectivo de Biederman se detectó que el inicio de la depresión en mujeres con TDAH es más temprano, los episodios depresivos eran más duraderos y la tasa de suicidios más elevado, en comparación con sujetos que no tuvieran TDAH^(27,28).

Habitualmente se prioriza el tratamiento del trastorno más incapacitante. Si la depresión es leve, se puede iniciar primero el tratamiento del TDAH. Si hay ideación suicida, sin duda primero se trata la depresión y luego el TDAH. A veces será necesario combinar ambos tratamientos para lograr la remisión de la depresión. Se puede utilizar un ISRS para la depresión más un psicoestimulante⁽¹⁴⁾.

TDAH y trastorno por consumo de sustancias

Los sujetos con TDAH tienen el doble de riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias (TUS)⁽¹⁴⁾. Se calcula que alrededor de la mitad de los sujetos con un TUS tienen un TDAH. Es más frecuente la presencia de TUS si hay comorbilidad con un trastorno de conducta. Además, el sujeto que presenta TDAH y TUS, es frecuente que también tenga trastornos afectivos como ansiedad y depresión⁽⁷⁾. El TUS en un sujeto con TDAH suele ser de inicio más temprano, progresa más rápidamente hacia un abuso o dependencia y se cronifica siendo más difícil lograr la remisión del problema. La droga ilegal más frecuentemente utilizada en estos casos en la adolescencia es el *cannabis*, y en los adultos el alcohol y la cocaína⁽³⁾.

En el tratamiento del TDAH en un sujeto con TUS, no está contraindicado la utilización del Metilfenidato de liberación prolongada tipo OROS, ya que no puede haber una manipulación del fármaco. Tampoco está contraindicado la Lisdexanfetamina ya que ésta es un profármaco farmacológicamente inactivo hasta que es absorbido en el tracto gastrointestinal e hidrolizado por los glóbulos rojos en dexanfetamina, que es el responsable de la actividad farmacológica. Si además de TDAH y TUS hay ansiedad y/o depresión habría que valorar la utilización de un no estimulante como es la Atomoxetina o Guanfacina.

TDAH y trastorno de la conducta alimentaria

Se calcula que alrededor de un 11% de las personas con un trastorno de conducta alimentaria (TCA) tienen TDAH, y que el TCA es 3,6 veces más frecuente en los sujetos con TDAH. La impulsividad del TDAH favorece conductas de *binge eating* y de bulimia nerviosa. Hay autores que hablan de una conducta alimentaria de tipo adictivo⁽²⁹⁾. Se considera que comparten aspectos neurobiológicos con trastorno por abuso de sustancias, como puede ser el sistema de recompensa, pérdida de control en la ingesta, el *craving*, etc.

Conviene tener presente que personas con un TCA de tipo restrictivo como es la anorexia nerviosa pueden fingir clínica de TDAH con la intención de lograr un estimulante para disminuir el apetito.

Los sujetos con TDAH tienen el doble de riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias

La impulsividad del TDAH favorece conductas de *binge eating* y de bulimia nerviosa

Patologías o problemas médicos

Las patologías médicas asociadas con mayor frecuencia con el TDAH son la epilepsia y la obesidad. También se abordarán en este apartado los problemas del sueño.

Epilepsia

Los estudios muestran una mayor prevalencia de TDAH en niños con epilepsia en comparación con la población general, habiendo algunos autores que lo sitúan en 12-20%, cuando en la población general se sitúa en un 3-7%^(30,31). Por tanto, es frecuente tener que abordar su tratamiento farmacológico en niños ya en tratamiento farmacológico por una epilepsia. La guía de práctica clínica NICE (2018)⁽³²⁾ hace hincapié en la importancia de la intervención psicológica, conductual, psicopedagógica y tener presente el tratamiento farmacológico como parte del tratamiento multimodal. En general, los estudios muestran la seguridad y eficacia del metilfenidato en niños con epilepsia bien controlados^(33,34). No existe evidencia suficiente que pueda inducir una crisis convulsiva, pero es importante tener presente las interacciones medicamentosas⁽³⁵⁾. La mayoría de los fármacos antiepilépticos (fenobarbital, topiramato) no han mostrado una influencia negativa sobre la función cognitiva, pero sí sobre la atención y sintomatología hiperactiva. Hay menos estudios que valoran la eficacia y seguridad de los no estimulantes en comparación con la utilización de metilfenidato y los otros fármacos disponibles para el tratamiento del TDAH. La conclusión del metaanálisis de Wernicke et al. es que no hay diferencia significativa en la incidencia de convulsiones como efecto adverso entre la utilización de Metilfenidato, Atomoxetina y placebo⁽³⁶⁾.

Obesidad

Existen múltiples estudios que muestran una clara asociación entre TDAH y obesidad. Hay diferentes teorías de la causa, pudiendo ser por la impulsividad, falta de conciencia de la ingesta de alimentos realizada, dificultad para seguir una dieta, también por la presencia del trastorno por *binge eating*, anteriormente abordado dentro del apartado de los TCA. Se considera que la inatención e impulsividad del TDAH favorece una desregulación del patrón alimentario⁽²⁹⁾. Estudios prospectivos concluyen que el TDAH predijo la posterior aparición de obesidad. Ambos comparten algunos factores de riesgo como es el bajo nivel socioeconómico. Al tratar farmacológicamente el TDAH en adultos que además tenían obesidad, y en los cuales habían fracasado tratamientos previos de la obesidad, se observó una mejoría en la misma. Se consideró que no era por un efecto anorexígeno del estimulante sino por su efecto sobre el control de la impulsividad y sobre la capacidad organizativa⁽³⁷⁾.

Sueño

Es importante indagar sobre el sueño ya que es frecuente que los niños con TDAH presenten un sueño más inquieto y fragmentado, una fase de sueño retrasada, o un despertar temprano. La falta de descanso de forma crónica suele ocasionar dificultades atencionales, de regulación emocional y de funcionamiento cognitivo, empeorando la clínica del TDAH. Por tanto, es importante evaluar el sueño y actuar en consecuencia. Si es un problema para iniciar el sueño, la melatonina podría ser beneficiosa. También hay que tener en cuenta que, si se está medicando con un psicoestimulante, éste puede ser la causa de los problemas para iniciar el sueño, pudiendo ser necesario un ajuste de dosis.

Ahora bien, a veces el problema de sueño es debido a una actitud de resistencia para ir a dormir, o que presentan ansiedad o miedo a quedarse solos, o también puede ser por malos hábitos, como utilizar el móvil en la cama dificultando el descanso. Entonces habrá que hacer el oportuno abordaje del problema en cuestión.

Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de presentar un sueño inquieto, fragmentado, con fase de sueño retrasada o un despertar temprano

OTRAS SITUACIONES ADVERSAS

Accidentes y conductas de riesgo

Se calcula que los niños con TDAH presentan un riesgo 30% mayor que la población general de sufrir accidentes debido a su falta atencional, su impulsividad y su comportamiento de asumir riesgos, sobre todo si además presentan de forma comórbida un trastorno negativista desafiante⁽¹⁴⁾. Es importante que los cuidadores sean conscientes para proporcionarles la oportuna supervisión sin caer en la sobreprotección.

Los niños con TDAH tienen un riesgo 30% mayor que la población general de sufrir accidentes

En la adolescencia el riesgo de accidentes puede tener consecuencias más graves, como son los accidentes de circulación (bicicletas, patinetes o coche). El perfil del conductor con TDAH no bien controlado es de conducir con exceso de velocidad, de forma distraída y también conducción temeraria o agresiva.

Otras conductas de riesgo en la adolescencia son las relacionadas con la actividad sexual. Tienen mayor riesgo de iniciar más tempranamente relaciones sexuales, tener más parejas, y de no usar la conveniente protección, con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o de tener que afrontar embarazos no deseados⁽³⁸⁾.

También, en la adolescencia hay un mayor riesgo de abuso de sustancias, anteriormente abordado.

Resumen

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo de elevada prevalencia en la infancia que la mayoría de las veces irá acompañada de uno o varios trastornos o situaciones adversas. Por tanto, es importante evaluarlo de forma temprana y además tener presente todas las demás patologías que pueden acompañarle. El factor positivo es que se dispone de un tratamiento farmacológico eficaz en más del 80% de los casos, y además suele beneficiarse de una intervención psicológica de tipo cognitivo conductual.

Tablas y figuras

Tabla I. Trastornos del neurodesarrollo que pueden presentarse de forma comórbida con el TDAH

1.	Trastornos específicos del aprendizaje
	<ul style="list-style-type: none"> — Dislexia — Discalculia
2.	Trastornos de la comunicación
	<ul style="list-style-type: none"> — Trastorno del lenguaje (TEL) — Trastorno fonológico — Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) — Trastorno de la comunicación social (pragmático)
3.	Trastornos motores
	<ul style="list-style-type: none"> — Trastorno del desarrollo de la coordinación — Trastorno de movimientos estereotipados — Trastorno de tics motores o vocales crónico — Trastorno de Tourette
4.	Trastorno del espectro autista (TEA)
5.	Discapacidad intelectual (CI < 71)
	<ul style="list-style-type: none"> — Funcionamiento intelectual límite (FIL) (CI 71-84)

Tabla II. Clínica TDAH *versus* Trastorno Negativista Desafiante (TND)*

Síntomas superpuestos con TDAH	Síntomas típicos del TND
Pérdida de control, rabia	Niega cumplir normas
Enfado, resentido	Deliberadamente molesta a los demás
Quisquilloso, se molesta fácilmente	Culpa a otros de sus errores
Discute fácilmente	Vengativo, rencoroso

* CADDRA, 2020

Tabla III. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-5

- Trastornos de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Bibliografía

1. Barkley RA. La Comorbilidad y su Impacto en el Tratamiento del TDAH. Fundación Mapfre. Cursos para profesionales. Disponible en: <http://www.educacionactiva.com/doc/conferencia-8-comorbilidad-impacto-tratamiento-tdah.pdf>.
2. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Mark A, Bellgrove MA. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 128 (2021) 789–818. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>.
3. Sadek J. *Clinician's Guide to ADHD Comorbidities in Children and Adolescents. Case studies*. Ed. Springer, 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-45635-5>.
4. Artigas-Pallarés J, Narbona J. *Trastornos del neurodesarrollo*. Barcelona, 2011, Viguera Editores SL.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM-5)*. Ed. Panamericana, 2014. p. 31-86.
6. Hernández Martínez M, Pastor Duran X, Navarro Navarro J. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en los niños con síndrome de Down. *Rev Med Int Síndr Down* 2011; 15(2): 18-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-internacional-sobre-el-406-articulo-trastorno-per-deficit-d39aten-cio-amb-X217197481124437X>.
7. Hervás Zúñiga A, Durán Forteza O. El TDAH y su comorbilidad. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (9): 643-654. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>.
8. Salas Vallespir A, Gómez E, Alvarado H, Damians MA, Martorell N, Sancho S (2010). PRODISLEX. Protocolos de detección y actuación en dislexia. Disponible en: <https://www.disfam.org/prodislex/>.
9. Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC). Protocol de Detecció i Actuació en la Dislexia. Àmbit educatiu. Disponible en: https://www.clc.cat/pdf/module_34/10/prodiscat_3er_4art___lLfKbkIctg6VoqdA8C7_ca.pdf.
10. Mardomingo MJ. Trastornos del aprendizaje. En: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Diaz Santos, 2015; 981-1003.
11. Ueda K, Black KJ. A Comprehensive Review of Tic Disorders in Children. *J Clin Med* 2021; 10: 2479-511. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm10112479>.
12. Roessner V, Robatzek M, Knapp G, Banaschewski T, Rothenberger A. (2006). First-onset tics in patients with attention-deficit-hyperactivity disorder: impact of stimulants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2006; 48: 616-621. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-8749.2006.tb01326.x>.
13. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2020. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-020-01587-4>.
14. CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020. Disponible en: https://www.caddra.ca/free-guidelines-copy/?acc_key=69fa32897fed-349222de046d43e70a0b.
15. Mardomingo MJ. Autismo y trastornos generalizados del desarrollo (TGD). En: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Ed. Diaz Santos, 2015; 527-77.
16. Noordermeer SDS, Luman M, Weeda WD, Buitelaar JK, Richards JS, Hartman CA, et al. Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2017) 26:1155–1164. DOI 10.1007/s00787-017-0972-4. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-017-0972-4>.
17. Jarrett MA, Ollendick TH. A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(7): 1266–80. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.004>.
18. Forcadell López E, Lera Miguel S, Ruiz Sanz F. Trastornos de ansiedad: aspectos comunes. En: Lázaro García M, Moreno Pardillo D, Rubio Morell B, ed. *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 306-314.

19. Soutullo C, Figueroa A. *Convivir con niños y adolescentes con Ansiedad*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
20. Álvarez MJ, Soutullo C, Díez A, Figueroa A. TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. En: *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria*. Tarragona: Ed Altaria; 2013.
21. Lázaro García ML. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Lázaro García M, Moreno Pardillo D, Rubio Morell B, ed. *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 286-297.
22. Sheppard B, Chavira D, Assman A, Grados MA, Umaña P, Garrido H, et al. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood-onset OCD. *Depress Anxiety* 2010; 27 (7): 667-674.
23. Coffey BJ, Rapoport JI. Obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder: where are we now? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010; 20(4): 235-6. doi.org/10.1089/cap.2010.2041.
24. Pallanti S, Grassi G. Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder comorbidity. *Expert Opin Pharmacother* 2014; 15(17): 2543-52. doi.org/10.1517/14656566.2014.964208.
25. Martínez-Martin N. Trastorno depresivo en niños y adolescentes. *An Pediatr Contin*. 2014;12(6):294-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281814702070>.
26. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, McIntyre RS, Beaulieu S, Schaffer A, Weiss M; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24(1): 23-37.
27. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCREARY M, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(4): 426-434. doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3.
28. Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P, Larsson H. Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden. *JAMA Psychiat* 2014; 71(8):958-64. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.363.
29. El Archi S, Cortese S, Ballon N, Réveillère C, De Luca A, Barrault S, Brunault P. Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. *Nutrients* 2020; 12, 3292. doi.org/10.3390/nu12113292.
30. Reilly CJ. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy. *Res Dev Disabil* 2011; 32: 883-93. doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.019.
31. Kaufmann R, Goldberg-Stern H, Shuper A. Attention-deficit disorders and epilepsy in childhood: incidence, causative relations and treatment possibilities. *J Child Neurol* 2009; 24: 727-33. doi.org/10.1177/0883073808330165.
32. NICE GPC 2018. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.
33. Tangen RB, Diekroger EA. Practical Considerations for the Assessment and Treatment of ADHD in Children with Epilepsy. *Journal of Pediatric Epilepsy* 2018; 07(03): 089-096. DOI: 10.1055/s-0038-1676584.
34. Tirado Requero P. Epilepsia en el adolescente. *Adolescencia* 2018; VI (1): 44-50. Disponible en: <https://www.adolescencia.es/epilepsia-en-el-adolescente/>.
35. Mulas F, Roca P, Ros-Cervera G, Gandía-Benetó R, Ortiz-Sánchez P. Manejo farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad con metilfenidato y atomoxetina en un contexto de epilepsia. *Rev Neurol* 2014; 58 (Supl 1): S43-S49.
36. Wernicke JF, Holdridge KC, Jin L, Edison T, Zhang S, Bangs ME, et al. Seizure risk in patients with attention-deficit-hyperactivity disorder treated with atomoxetine. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 498-502.
37. Cortese S, Moreira-Maia CR, St. Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde LA, Faraone SV. Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016; 173:34-43; doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020266.
38. Flory K, Molina BSG, Pelham Jr WE, Gnagy E, Smith B. Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2006; 35(4), 571-577. doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿Cuáles son los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes en el niño y adolescente?**
 - a) TDAH y trastorno negativista desafiante.
 - b) Ansiedad y depresión.
 - c) TDAH y ansiedad.
 - d) TOC y ansiedad.
 - e) TDAH y TEA.

2. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
 - a) Alrededor del 80% de los niños con TDAH presentarán un trastorno comórbido.
 - b) La etiopatogenia del TDAH es exclusivamente genética.
 - c) La conducta de *binge eating* no es más prevalente en adolescentes con TDAH en comparación con la población general.
 - d) La presencia de tics contraindica la utilización de psicoestimulantes para el tratamiento del TDAH.
 - e) Todo es correcto.

3. **La causa de mayor accidentabilidad de los niños con TDAH es por:**
 - a) Su falta atencional.
 - b) Su conducta impulsiva.
 - c) El gusto por asumir riesgos.
 - d) Todo.
 - e) Ninguno.

4. **La presencia de TDAH y TEA:**
 - a) Es poco frecuente.
 - b) Facilita el diagnóstico del TEA.
 - c) Mejora el pronóstico de ambos trastornos.
 - d) El tratamiento farmacológico se debe iniciar con dosis bajas y subir lentamente.
 - e) Cuando hay TDAH no se observa deterioro del lenguaje en el TEA.

Respuestas en la página 157

Afectación del tiempo de pandemia a nivel educativo en el alumnado adolescente

L. Vera Aguilar. Maestra y pedagoga. Profesora y Orientadora de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en el Instituto de Cassà de la Selva, Girona.

Resumen

Sin duda, la entrada de la pandemia en la vida de los estudiantes que se encuentran en plena adolescencia, ha provocado numerosos cambios llevando éstos a diversas situaciones que han significado una nueva mirada sobre los hechos a nivel particular (cada adolescente en concreto) y a nivel social (cada adolescente dentro de su contexto) creando varias y distintas repercusiones en este colectivo. Ha despertado sentimientos varios todos ellos muy preciados. El objetivo principal es poner voz al alumnado adolescente, para transmitir cómo han vivido personalmente el tiempo de pandemia y qué repercusión/afectación ha tenido a nivel educativo en su sentido más amplio. ¿Qué han experimentado desde las diferentes fases por las que han pasado desde el inicio de la pandemia a la actualidad? (pues no es lo mismo como se vivió en sus inicios siendo una cosa muy nueva y desconocida para todos a ahora que la situación pandémica es más conocida y está más controlada). A partir de la comunicación con buena parte del alumnado adolescente por varios medios y gracias a la participación e implicación de otros docentes para ayudar a realizar la recogida de datos dentro de la enseñanza secundaria obligatoria en diferentes niveles educativos se ha podido recoger una muestra significativa para establecer los grados de afectación de la temática tratada. Por todo ello, hay que tener en cuenta, las necesidades de cada adolescente, poniendo atención a la afectación psicológica educativa que la pandemia ha podido causarles tomando medidas a través de seguimientos holísticos y sistémicos en la medida de lo posible.

Palabras clave: *Pandemia; Adolescente; Repercusión/afectación a nivel educativo.*

Abstract

Undoubtedly, the arrival of the pandemic into the lives of students who are progressing through adolescence has caused numerous changes, leading them to various situations that require a new look at the facts from a particular level (each adolescent in particular) and social level (each adolescent within their context) creating various and different repercussions on this group. It has awakened several feelings, all of them very precious. The main objective is to give adolescent students a voice, to convey how they have personally experienced the time of the pandemic and what repercussion/affection it has had on the educational level in its broadest sense. What have they experienced in the different phases they have gone through, from the start of the pandemic to the present? (As it is not the same how it was experienced in its beginnings, being something very new and unknown to everyone, to now, when the pandemic situation is better known and more controlled). From communication with a good part of adolescent student body through various means and thanks to the participation and involvement of other teachers to help collect data within compulsory secondary education at diverse educational levels, it has been possible to collect a significant sample to establish the degree of involvement of the subject matter. For these reasons, it is important to take into account the needs of each adolescent, paying attention to the educational psychological impact that the pandemic has caused in them, taking measures through holistic and systemic monitoring, as possible.

Key words: *Pandemic; Teen; Repercussion/affection at the educational level.*

Introducción

La comunicación entre los seres humanos representa la base de la vida y del orden social. Su estudio nos permite entender las relaciones humanas más allá de la comprensión de las mentes individuales de los que nos comunicamos.

Las dificultades que afronta el alumnado adolescente, muchas veces acaban convirtiéndose en problemas que afectan a su bienestar: psicoemocional, social, personal, físico...

En todas las etapas educativas conviene dedicar una atención especial, no menos en la adolescencia. Las dificultades que afronta el alumnado adolescente, muchas veces acaban convirtiéndose en problemas que afectan a su bienestar, en todos los sentidos: psicoemocional, social, personal, físico... las soluciones que adoptamos para afrontar las dificultades tienen un papel clave en la formación de los problemas. ¿Qué podemos hacer cuándo la solución es el problema? La pandemia conforme el tiempo ha ido avanzado, ha ido creando protocolos educativos que han conllevado soluciones que a su vez creaban otros problemas a nivel educativo con el alumnado adolescente. En estas circunstancias se hace necesario un plan de acción para devolverles la confianza a los adolescentes y dar continuamente la bienvenida a cada situación nueva en la vida. Hay que dotarlos de habilidades sociales para reflejar y entender qué les pasa y posicionarse con un criterio frente a situaciones desconocidas hasta ahora, gestionando las inseguridades que esto conlleva. Hay que pensar en grupo y en cada miembro que lo forma ofreciendo a cada persona, a cada ser humano, la oportunidad a reinventarse para poder seguir caminando y afrontar los retos diarios de la vida. No quedarse anclado. Es bueno compartir sentimientos, experiencias, frustraciones, éxitos... Tenemos que enseñar a nuestros adolescentes a "problematizar" el mundo en que vivimos para poder así, transformarlo. Tienen que saber que en el mundo no hay cosas definitivas, sino que pueden ser de otra manera y que *a priori* no se han planteado. Si les enseñamos a tener puntos de vista críticos, les enseñaremos a no encontrar respuestas sino a generar dudas y preguntas donde les lleve a preguntarse por qué las cosas son cómo son y no son de otra manera. Cuando uno se quiere a sí mismo y se acepta tal como es, la capacidad para querer a los demás se multiplica y la recompensa aumenta en la misma medida. El amor es el motor que mueve el mundo, es el más noble y gratificante de los sentimientos. Los adolescentes serán los conductores del futuro formando parte de una nueva sociedad que será diferente a la actual y procurando que sea mejor.

La pandemia de COVID-19 y el alumnado adolescente

Ningún estudiante ha vivido igual la pandemia dado que cada persona, cada ser humano es diferente y tiene sus particularidades

Quisiera empezar este artículo diferenciando al alumnado de 1º y 2º de la ESO del alumnado de 3º y 4º de la ESO dado que el punto de vista de cómo les ha afectado el tiempo de pandemia y las sensaciones que han tenido en las diferentes fases son diferentes, aunque algunas sean similares. Ningún estudiante lo ha vivido igual dado que cada persona, cada ser humano es diferente y tiene sus particularidades, pero hay que destacar que por el hecho de estar cursando un nivel u otro de la ESO, la perspectiva también es diferente. En los centros educativos de secundaria conviven estudiantes de 12 a 16 años y no tiene nada que ver lo que pueda sentir un estudiante u otro primero por ser todos diferentes y segundo por tener una edad que lo diferencia, aunque convivan juntos dentro del centro educativo. Según la OMS⁽¹⁾ define la adolescencia como el "período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años". Teniendo esto en cuenta, en los institutos, si no se ha repetido o se han dado otras variantes en principio conviven alumnado de 12 (o que están a punto de cumplirlos dentro del año escolar cursado) a 16 años (o que los cumplirán dentro del año escolar cursado), es decir, adolescentes todos ellos, pero con la diferencia que se les tiene que tratar y tener en cuenta por separado dado la etapa de la adolescencia en la que se encuentran (preadolescencia). La educación secundaria obligatoria (ESO)⁽²⁾ comprende cuatro cursos académicos. Generalmente se inicia el año natural en que se cumplen 12 años y se acaba con 16 años, aunque los alumnos tienen derecho a permanecer en el centro en régimen ordinario hasta los 18. Dentro de la adolescencia hay diferencias muy pronunciadas según el alumnado se encuentre en un nivel educativo o en otro, sin entrar en casos de educación especial pero sí dedicando unas frases a este alumnado que también ha experimentado el tiempo de pandemia y cómo han cubierto sus necesidades más básicas de socialización teniendo en cuenta los días de aislamiento social y sus reacciones (distintas en cada adolescente).

A partir de las muestras recogidas (100 muestras) y las conversaciones mantenidas con diferentes adolescentes, explicaré cómo ha influido y en qué la pandemia en estudiantes de la ESO, de diferentes niveles educativos pues la diferencia es considerable, aunque cómo he citado anteriormente puede haber también aspectos concordantes.

EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (12-16 AÑOS)

ALUMNADO DE 12, 13 y 14 años

(Afectación de la pandemia)

* A nivel positivo:

- Alegría por cerrar los institutos.
- Al principio me lo pasé bien, el hecho de no tener que ir al instituto.
- Tener más tiempo para hacer los deberes, no tener que hacerlo con prisas, cómo hacía en clase.
- Oportunidad de refugiarse en su habitación, con más tiempo de exposición a pantallas (positivo para ellos).
- Dan las clases virtuales, pudiendo estar en casa y continúan estudiando en su espacio de confort.
- Poder seguir con mi seguimiento por parte de la orientadora del centro, sin interrumpirla a través de videoconferencia (alumnos con TDAH, TEA, disléxicos...)
- Más tiempo libre para el ocio (también importante contemplarlo).
- Pensaba que no tendrían que hacer nada y que les aprobarían igualmente (algunos y algunas).
- El adolescente muchas veces era él o ella que decidía si se conectaba o no, sobre todo en la fase inicial cuando era todo muy nuevo y no se controlaba tanto la situación, luego ya se pasaba lista y se tenía en cuenta quién se conectaba y quién no.
- Levantarse cuando quería, sobre todo al principio del tiempo de pandemia.
- Valorar más las actividades al aire libre cuando se pudo, aunque hubiera toque de queda.
- Cuando se podía salir una hora, iba con los amigos y aprendí más a valorar las amistades que tengo.
- Más tiempo para estar en familia y hacer cosas juntos.
- Saben que afecta a todo el mundo, en distintos niveles, que no les pasa sólo a ellos/ellas.
- Cuando la pandemia ya estaba más controlada también volvimos a hacer vida "normal" y me sentía también más controlado, con la rutina otra vez a mi lado, pero como aspecto a valorar positivamente.

* A nivel negativo:

- Cansancio después de estar mucho tiempo en casa sin ir al instituto.
- Miedo de infectarse con el coronavirus y desarrollar COVID-19.
- Ansiedad y depresión vinculadas al aislamiento social cuando cada día se repetía día tras día estar y sentirse sólo.
- No poder salir con las amistades.
- Trastornos psicológicos por no poder estar con sus amigos: depresión, ansiedad, ira...
- La falta de un abrazo.
- Más enojado e irritable.
- Comer y dormir menos al estar mucho tiempo con el móvil.
- Cuando se pudo ya salir, con el toque de queda, iba a comprar y no veía a nadie en la calle, sentimiento de soledad.
- Más distraído.
- Cuando se volvió a los institutos, en una fase más cercana a la época actual, le costaba más entender las cosas porque no entendía muchas cosas, les costaba adquirir los aprendizajes.
- Estar 6 horas con mascarilla en clase.

ALUMNADO DE 15 y 16 años

(Afectación de la pandemia)

* A nivel positivo:

- En el inicio del tiempo de pandemia no se preocupó, se mostraba con tranquilidad porque no se lo creía del todo porque fue muy repentino. Le costó creérselo. Surrealista.
- Sentido de libertad, sin preocupaciones como las muchas que tengo ahora.
- Buenas expectativas delante del hecho de estar en casa sin tener que hacer nada (primera impresión de la situación, luego cambió), como unas "vacaciones".
- Hacer lo que me gustaba y apetecía: estudiar, jugar en el patio de casa, estar con el móvil, hacer llamadas, mirar películas...
- Aficionarme a la lectura, leer muchos libros que tenía por casa y también los que descargué en internet. Mirar series en inglés, muy bien aprovechado y también cuando ya pasó todo más lo continué haciendo en portugués y francés.
- Proponerse esforzarse más en los estudios para aprovechar más la época de estudiante.
- Nadie de su entorno familiar murió por el COVID-19.
- Se han dado cuenta que dependen mucho de las redes sociales.

Mesa redonda I - Repercusión de la pandemia en la población adolescente

Afectación del tiempo de pandemia a nivel educativo en el alumnado adolescente

- La ansiedad vivida con normalidad y de manera saludable.
- Comunicarse más con la unidad familiar al estar más tiempo con ellos.
- Estado de alerta delante de lo que nos produce daño.
- Tomar consciencia y decidir medidas para protegernos.
- Llegar a entender que la pandemia no es un problema individual sino colectivo. Cuando me protejo estoy protegiendo a mis seres queridos y amigos.
- Comprender que la situación extrema es temporal, así como el cambio en sus vidas.
- Ser más cauteloso con la higiene personal: usar mascarilla si entro a una tienda o lugar cerrado, usar guantes si es necesario, y lavarse las manos con frecuencia. Actualmente ya en menos lugares: farmacias, hospitales, transporte público...
- Cuando ya se pudo salir más (con el toque de queda) hacer deporte.
- Prestar ayuda a los demás que quizás antes del COVID-19 no lo hacía.
- Poder ver, ya en una fase más avanzada, al resto de la familia.
- Valorar más el hecho de vivir en el campo porque podía salir con mi perro a pasear siempre.
- La situación que se está viviendo no es frecuente y la vive todo el mundo.
- Situación mejorada con el tiempo, por suerte.
- Aprender a valorar más a las personas porque no sabes cuando no las podrás volver a ver y si quizás no las verás nunca más (antes esta posibilidad no me la planteaba).
- He aprendido a pasar más tiempo conmigo misma.
- Trasládame a casa de los abuelos junto con el resto de la familia y estar con ellos dándoles compañía y cuidándolos.
- Mi manera de hacer, pensar, actuar ha cambiado y ahora aprovecho más el momento, esté haciendo lo que esté haciendo.
- En las últimas fases de la pandemia, volver a la rutina y que todo se normalice poco a poco.
- Un gran cambio en la Tierra y en la sociedad. Años terribles, pero nos hemos ido recuperando.
- Necesidad de expresar el deseo de que no vuelva a haber un virus como el COVID-19 o peor.

* A nivel negativo:

- Sentimiento de estar poco informado.
- Momentos difíciles y extraños. Sorprendida cuando te hacen recoger todo y salir del instituto. Situación rara.
- Ganas de salir a la calle y ver gente, sobre todo amigos y amigas, viajar..
- Las emociones positivas del principio se iban volviendo con el tiempo negativas.
- El teletrabajo no me gustaba nada. Muy cansado de estar toda la mañana delante de una pantalla sin entender mucho al profesor.
- Veía a las demás personas con miedo.
- Sentimiento de tristeza cuando oía las noticias y decían los contagios y las muertes que cada vez eran más, sobre todo al principio del COVID-19, viendo la muerte muy cerca.
- Me acordaba mucho de los amigos, familia y sobre todo cuando los padres están separados no podía ver a la otra persona si vivía en un pueblo diferente.
- Restricciones de personas.
- Confinamientos municipales.
- Trastornos psicológicos como la angustia, por estar el centro cerrado y sienten que se esfuma todo lo que han hecho y lo que les quedaba por hacer en grupo.
- La falta de contacto humano.
- Depresión, ansiedad e ira.
- Otros problemas emocionales como aumento de los celos y desconfianza en la pareja (si tenían en ese momento).
- Falta de concentración.
- Cuando volvió al INS fue impactante al ver a los compañeros y compañeras con mascarilla y sin poder acercarte.
- Situación desagradable e incómoda.

La salud mental y física queda exteriorizada en los resultados. Hay que tener en cuenta que el 50% de todas las enfermedades mentales de por vida se desarrollan a los 14 años o antes y el 75% se desarrollan antes de los 24 años, según la *National Alliance on Mental Illness*. Los problemas de salud mental ya estaban aumentando considerablemente entre adolescentes y adultos jóvenes antes de la pandemia.

¿Cómo trabajarlo desde los centros educativos? ¿Qué se puede hacer en estas situaciones? ¿Cómo ayudar a los adolescentes en tiempo de pandemia?

Trabajar la educación emocional a nivel práctico con el alumnado de educación secundaria obligatoria sería una buena praxis educativa desarrollando las emociones en uno mismo trabajando el autoconocimiento, la autoimagen, la autoestima y el autoconcepto. Las emociones son diferentes a nivel individual que en grupo o entre iguales, aunque muchas veces también son coincidentes. El equilibrio personal, se basa en aprender a ser y actuar. Hacer un autoanálisis personal ayudará al adolescente a conocerse a sí mismo.

(¿Quién soy?, ¿Dónde estoy?, ¿Cómo soy?, ¿Qué me hace reaccionar?... Es decir, tener en cuenta las capacidades, intereses, aptitudes y oportunidades de cada estudiante. Las emociones, por suerte, son móviles y hay que tener en cuenta que nos encontramos en un proceso. Pensar (saber qué hacer), sentir (hacerlo propio) y actuar (saber cómo hacerlo), nos ayuda a afrontar y gestionar las dificultades. El alumnado adolescente tiene que saber decidir, escoger y sobre todo disfrutar con las decisiones dándole un sentido de singularidad para llevar a cabo una práctica reflexiva. En todo este proceso no hay que olvidar los agentes activos que tienen a su alrededor y que pueden ayudarles y guiarles como son la **familia**, mostrando interés y fomentando una comunicación dialogante donde se consensuen reflexiones y exista una actitud de escucha. Las familias pueden compartir información sobre la pandemia y mostrar sus sentimientos. Los **educadores y educadoras** abriendo perspectivas, ayudándoles en el sentido más amplio, así como mostrando también sus sentimientos como personas adultas y los adolescentes así conocerán los temores y preocupaciones de sus profesores y profesoras, **el entorno** ayudando a superar los temores en diferentes situaciones. Diferenciar aquellos entornos que producen sentimientos negativos *versus* de los positivos.

Hay que ayudarles a practicar el pensamiento en positivo mostrando una respuesta o actitud frente a las emociones de manera **racional** (nunca arbitraria ni impulsiva), **sencilla** (no haciendo ostensión de poder) y **equánime** (justa, positiva, no vengativa).

Se hace necesaria la búsqueda de estrategias para mejorar en el proceso como, por ejemplo, la resiliencia para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, que se ha dado por desgracia en tiempo de pandemia en muchas familias y consecuentemente afectando a muchos adolescentes. La resiliencia potencia la felicidad. No es fácil adaptarse a las situaciones adversas buscando resultados positivos. Los investigadores del siglo XXI entienden la resiliencia como un proceso de baño comunitario y cultural, que responde a tres modelos que la explican: un modelo «compensatorio», otro de «protección» y por último uno de «desafío»⁽³⁾.

Hay que tener en cuenta también que los adolescentes tienen la inmediatez muy impregnada en sus vidas, con los múltiples impactos visuales que tienen y con el uso continuo de las redes sociales, nuevas tecnologías... delante de esta realidad ¿cómo conseguir que el cerebro disponga de tiempo necesario para procesar la información y tomar decisiones oportunas sin sufrir ansiedad?

Se hace necesario acompañarlos para gestionar las emociones dándoles, ofreciéndoles el regalo más grande como es el tener el derecho y el permiso a sentir sus emociones.

Entre todos tenemos que intentar hacer ver la realidad a nuestros adolescentes y entender y comprender su propia realidad para juntos encontrar una motivación para seguir los proyectos de futuro y que ninguna situación vivida cómo puede ser el tiempo de pandemia deje a ningún adolescente parado o bloqueado sin poder seguir los pasos para seguir avanzando.

Tenemos que ayudar desde los centros educativos a que los adolescentes y las adolescentes tomen conciencia de su propio destino y sean artesanos y sus propios protagonistas en su camino y aprendizaje a lo largo de la vida ayudándolos en su proceso formativo como persona humana.

Y ahora para acabar...

“Quién no entiende una mirada, no entiende una larga explicación”
Proverbio árabe

Las emociones son diferentes a nivel individual que en grupo o entre iguales. Hacer un autoanálisis personal ayudará al adolescente a conocerse a sí mismo

Hay que ayudarles a practicar el pensamiento en positivo mostrando una respuesta o actitud frente a las emociones de manera racional, sencilla y equánime

Desde los centros educativos tenemos que ayudarles a que tomen conciencia de su propio destino y sean artesanos y sus propios protagonistas en su camino y aprendizaje a lo largo de la vida ayudándolos en su proceso formativo como persona humana

Mesa redonda I - Repercusión de la pandemia en la población adolescente

Afectación del tiempo de pandemia a nivel educativo en el alumnado adolescente

En tiempo de pandemia la mirada ha tenido un papel fundamental al llevar puestas las mascarillas. La expresión de los ojos nunca había hablado tanto. La transmisión de información a través de la mirada ha sido impactante en tiempo de pandemia. Saber leer la mirada en el otro y recoger la explicación que se da en ella ha sido un medio de comunicación no verbal importante a través de la expresión visual.

No quisiera acabar sin agradecer al alumnado, profesorado y equipo directivo del Instituto de Cassà de la Selva (Girona) la colaboración para poder recoger datos y a los lectores de este artículo el tiempo dedicado en leerlo.

Muchas gracias a todas las personas que están sensibilizadas con los adolescentes, sus preocupaciones, sus logros, sus déficits... pero sobre todo por querer acompañarlos en su camino hacia la etapa adulta y que sean capaces de dejar este mundo mejor de como lo han encontrado.

Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud.
2. Definición del departamento de Educación de la educación secundaria obligatoria.
3. Wikipedia. Consultado septiembre 2022. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_\(psicolog%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_(psicolog%C3%ADa)).

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Pandemia de COVID-19 y el alumnado adolescente. ¿Cuál de estas afirmaciones NO es cierta?

- a) Ningún estudiante lo ha vivido igual.
- b) Dentro de la adolescencia hay diferencias muy pronunciadas según el alumnado se encuentre en un nivel educativo o en otro.
- c) La Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) comprende seis cursos académicos.
- d) En la ESO conviven estudiantes desde los 12 a los 16 años.
- e) Las dificultades que afronta el alumnado adolescente, muchas veces acaban convirtiéndose en problemas que afectan a su bienestar.

2. Según la encuesta realizada en una muestra de escolares de la ESO, ¿cuál de las siguientes emociones se ha descrito como NEGATIVA?

- a) Tener más tiempo para hacer los deberes, no tener que hacerlo con prisas, como hacía en clase.
- b) Comer y dormir menos al estar mucho tiempo con el móvil.
- c) Oportunidad de refugiarse en su habitación, con más tiempo de exposición a pantallas.
- d) Más tiempo libre para el ocio.
- e) Levantarse cuando quería, sobre todo al principio del tiempo de pandemia.

3. ¿Cómo trabajar con adolescentes en tiempo de pandemia desde los centros educativos? ¿Cuál de estas actitudes educativas son las más CORRECTAS?

- a) Trabajar la educación emocional a nivel práctico sería una buena praxis educativa.
- b) Es una buena oportunidad para reflexionar sobre la influencia de las nuevas tecnologías en la formación del pensamiento y en la inmediatez de las conductas.
- c) Hacer un autoanálisis personal ayudará al adolescente a conocerse a sí mismo.
- d) Ayudarles a practicar el pensamiento en positivo.
- e) Todas son correctas.

Respuestas en la página 157

Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19

C. Lombardía Fernández(*), H. Rivera Abello(), J. Sánchez Martínez(**).** (*)Psiquiatra. Especialista en Psiquiatría Infantojuvenil.(**)Psicólogas clínicas infantojuvenil. Cap de Servei del CSMIJ del Gironès i Pla de l'Estany. Institut Assistència Sanitària, Girona.

Resumen

La pandemia originada por el COVID-19 ha supuesto un impacto negativo en el bienestar de la población infantojuvenil como lo reflejan investigaciones realizadas en diversos países, entre ellos España. Desde el comienzo de la pandemia, los adolescentes han experimentado impactos directos e indirectos en su salud mental. El estudio de Osgood 2021, mostró que aproximadamente el 70% de los menores informan de algún malestar psicológico, sentimientos de soledad, irritabilidad o inquietud y el 55% se han sentido más "tristes, deprimidos o infelices". Los síntomas y trastornos de mayor aumento en esta población, especialmente en el género femenino, están relacionados con la depresión, la ansiedad, la ideación suicida y los trastornos alimentarios. En consonancia con estos datos, el acceso a urgencias de adolescentes y adultos jóvenes con crisis de salud mental ha aumentado significativamente en frecuencia. El objetivo de esta ponencia, era comparar los datos que disponemos en nuestro centro CSMIJ (Centro Salud Mental Infanto Juvenil) del Gironès i Pla de l'Estany pre-pandemia 2019 y pandemia 2020-2021-2022, a partir de los registros de actividad. Resultados: En general se observa un aumento del número de visitas e intervenciones realizadas. Destaca el incremento de casos nuevos de trastornos de la conducta alimentaria, los intentos autolíticos, así como la llegada de primeras visitas desde los servicios de urgencia psiquiatría de los hospitales. Hemos querido analizar cómo ha podido impactar la pandemia a nivel de salud mental en colectivos que ya tenían experiencia de adversidades desde edades más tempranas como son los niños y jóvenes que están institucionalizados, en acogimiento residencial CRAES (centros residenciales de acción educativa) y CREI (Centro residencia educativo intensivo). Conclusiones: Los datos recogidos durante estos tres años consecutivos de pandemia confirman lo observado en muchas investigaciones con un aumento en la demanda de casos de TCA y de riesgo de suicidio, también el incremento de urgencias como vía de entrada en la atención de salud mental. Aun así, muchos de los casos, vistos en estos años no tienen un diagnóstico clínico claro y parecen más cuadros de adaptación. Esto va en consonancia con lo que está produciéndose en muchos de los centros de la geografía nacional e internacional.

Palabras clave: *Adolescentes; COVID-19; Salud mental; Trastornos conducta alimentaria; Suicidio.*

Abstract

The COVID-19 pandemic has led to a negative impact on the well-being of the child and adolescent population, as is reflected in research performed worldwide, including in Spain. Since the beginning of the pandemic, adolescents have experienced direct and indirect impacts on their mental health. The study by Osgood 2021 showed that almost 70% of minors expressed some psychological distress, feelings of loneliness and irritability or restlessness, and 55% of them felt more "sad, depressed or unhappy". The symptoms and disorders with larger increases in this population, especially in the female gender, are related to depression, anxiety, suicidal ideation and eating disorders. In line with this evidence, the access to emergency services by teenagers and young adults with mental health crises has increased significantly.

Mesa redonda I - Repercusión de la pandemia en la población adolescente

Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19

The objective of this paper is to compare the data available in our center CSMIJ (Child and Juvenile Mental Health Center) of the Gironès i Pla de L'Estany areas before, during and after the COVID-19 pandemic, from the activity records. Results: In general, an increase in the number of medical interventions and visits can be observed. The rise in eating disorders, suicide attempts and the number of first visits derived from the Emergency Psychiatric Care units of hospitals is also notable. In this study, we have also sought to analyze the impact of the pandemic on mental health in collectives with already problematic – from early ages such as children and youth that are institutionalized or in residential foster care, CRAES (education action residential centers) or CREI (intensive education residential centers). Conclusions: The data collected during the last three years of the pandemic, confirm what previous investigations have observed with an increase in the demand for eating disorder cases and suicidal risk due to an increase in emergencies as a gateway for mental health. Nevertheless, many of the patients visited during this period, do not have a clear clinical diagnosis and they seem like adaptation processes. This is in line with what is happening in other national and international medical centers.

Key words: *Teenagers; COVID-19; Mental Health; Eating disorders; Suicide.*

Introducción

El bienestar y la salud mental de sociedades enteras se han visto gravemente afectadas por la crisis producida por la pandemia del COVID-19. Esta época vivida difiere con respecto a otras (asociadas a diferentes desastres) con la respuesta dada por las administraciones públicas para evitar la propagación del virus y sus secuelas, siendo necesarias medidas drásticas como el distanciamiento social y la cuarentena⁽²⁾.

Aunque la pandemia ha impactado globalmente en la vida de todas las personas, no todas han sido afectadas de la misma manera o en el mismo grado. La inestabilidad económica, vivir en un área fuertemente golpeada por el virus o presentar problemas de salud mental previos se consideran factores de riesgo para aumentar dicho impacto. Estos dos últimos años vividos caracterizados por una suma de factores acumulativos de estrés afecta de forma directa a los/as niños/as, adolescentes y a sus familias⁽³⁾.

Los jóvenes, en comparación con los adultos, son más vulnerables a la influencia de su entorno inmediato y disponen de menos recursos y experiencias vividas para hacer frente a situaciones estresantes y a los sentimientos de incertidumbre y su capacidad de hacer frente a la situación están sujetos a factores de riesgo y resiliencia individuales, como precariedad de recursos materiales o de las funciones parentales⁽⁴⁾. Figura 1.

Un 37% de los jóvenes encuestados reconocían empeoramiento de su salud mental que se mostraba en forma de ansiedad social y generalizada y depresión⁽¹⁾. Ante este escenario de pandemia, los niños, niñas y adolescentes están expuestos a situaciones estresantes como miedo a contraer la enfermedad, frustración, aburrimiento, sobrecarga de información, pérdida económica familiar y cambios drásticos en los patrones de actividad diaria, que dejan en claro las amenazas multifacéticas del COVID-19.

Otro dato de interés de este estudio informado tanto por los adolescentes como los educadores, era que los déficits de aprendizaje eran el obstáculo mayor para la recuperación del proceso de escolarización⁽¹⁾.

Ezpeleta et al., examinaron las condiciones de vida de los jóvenes durante el confinamiento en nuestro país e identificaron qué variables han afectado a su bienestar psicológico⁽⁵⁾. Las variables de mayor influencia fueron: las actividades que realizaban, las preocupaciones que presentaban por la salud, el comportamiento de los adultos, las discusiones familiares y la calidad de las relaciones con los otros⁽⁶⁾.

En este marco, la tecnología parece haber jugado dos roles opuestos: por un lado, ha sido una herramienta de comunicación, sociabilización, intercambio, educación y atención a distancia, ayudando así a los jóvenes a preservar la salud mental durante los períodos de aislamiento. Pero también, el uso excesivo de pantallas (sobre todo en juegos en línea), ha generado consecuencias muy negativas, con abandono de actividades y rutinas del día a día como el cuidado personal, el ejercicio y las propias

Aunque la pandemia ha impactado globalmente en la vida de todas las personas, no todas han sido afectadas de la misma manera o en el mismo grado

Los jóvenes, en comparación con los adultos, son más vulnerables a la influencia de su entorno inmediato y disponen de menos recursos y experiencias vividas para hacer frente a situaciones estresantes

Las tecnologías de la comunicación han jugado dos papeles opuestos: una herramienta de comunicación y socialización, y por otro lado, el abandono de actividades y rutinas

relaciones sociales y dificultades en el sueño, generándose un ambiente muy propicio para las alteraciones conductuales^(7,9).

El estudio de Osgood 2021, mostró que aproximadamente el 70% de los menores informan de algún malestar psicológico, sentimientos de soledad, irritabilidad o ansiedad y el 55% se han sentido más "tristes, deprimidos o infelices"⁽¹⁾.

Un estudio realizado en China con información recogida de más de 1 millón de niños y adolescentes en edad escolar encontró una prevalencia de ansiedad generalizada del 10,5%⁽⁸⁾. Otro en Corea, también⁽⁹⁾ con 8.177 estudiantes, halló como el trastorno de ansiedad antes de la pandemia era del 9%, se incrementó a 16% durante el pico máximo de la infección y disminuyó posteriormente a 12,7%. Destacan como factores de riesgo para la depresión y la ansiedad ser estudiante de secundaria, el sexo femenino y padecer depresión antes de la pandemia con prevalencias de 12,3% y 19,9% para el trastorno de ansiedad y depresión, respectivamente, mientras que se identifica la resiliencia como un factor protector.

No podemos olvidar a los adultos y familiares que son los que dan soporte y atención a los menores y en el contexto de la actual pandemia de COVID-19, la mayoría de los padres tuvieron que reorganizar sus vidas para lidiar con el trabajo en el hogar además de la gestión de los niños. Como resultado, esta sobrecarga repentina ha puesto a los padres en condiciones de estrés adicional, aumentando potencialmente el riesgo de que los niños enfrenten problemas emocionales y de comportamiento. En este sentido, destacamos una investigación realizada en 681 padres de EE.UU., Australia y Nueva Zelanda que señalan un aumento del estrés en los padres que ha impactado negativamente en sus propias capacidades de resiliencia, energía y motivación, siendo más evidente en las mujeres en situaciones financieras desfavorecidas y en ambientes rurales⁽¹⁰⁾.

Además, no podemos olvidar a quienes perdieron a sus familiares por el COVID-19 o son separados de sus padres o cuidadores por razones de seguridad, y también a quienes ya padecían algún trastorno y no pueden recibir un tratamiento de salud adecuado.

Pero también se ha detectado un aumento de las tasas de abuso y violencia doméstica (5,1%) debido al confinamiento⁽¹⁰⁾.

Como mencionamos anteriormente, no todos los jóvenes han sido afectados de la misma manera⁽¹¹⁾. Se ha informado un aumento de los síntomas y la vulnerabilidad durante la pandemia de COVID-19 en personas con trastornos alimentarios, trastorno del espectro autista, demencia, discapacidades intelectuales y trastornos del neurodesarrollo^(12,13,14).

En el caso de los pacientes diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista, y través de una investigación que utilizó una encuesta realizada a 3.502 cuidadores de menores con esta patología TEA⁽¹⁵⁾, mostró que en el 64% de estos pacientes, la falta de servicios había impactado "severamente o moderadamente" en sus síntomas y conductas. Y aunque muchos tratamientos se realizaban vía telemática, al mes de instaurarse la mayoría reconocían no estar aprovechando dicha forma de tratamiento.

También se ha estudiado el impacto de la pandemia en otra de las patologías del neurodesarrollo más prevalentes, como es el TDAH, donde el desafío ha sido doble tanto para los propios pacientes como para sus cuidadores. Un artículo publicado⁽¹⁶⁾ sobre el efecto del confinamiento en 161 padres de jóvenes y niños con TDAH, señalan un empeoramiento de la salud mental de los padres asociado a las dificultades que encontraron para manejar las conductas de autoprotección y el aprendizaje extraescolar de los hijos con TDAH a la vez que observaron un empeoramiento de los síntomas nucleares y emocionales (menos rutinas diarias, cambios en el patrón del sueño, más dificultades en el aprendizaje remoto y más utilización de medios digitales) de estos pacientes, estando esto asociado de manera significativa con el estado de salud mental general deficiente del cuidador.

Es fácil entender como lo descrito con anterioridad ha llevado a un incremento del riesgo de suicidio entre los adolescentes sobre los primeros meses de la pandemia. Un estudio realizado en Corea con 784 adolescentes, identificó las experiencias de relaciones sexuales, el estado de ánimo depresivo y la infelicidad como factores que incidían en las tendencias suicidas^(17,18).

En general, los adolescentes se mostraron optimistas acerca de su capacidad para recuperarse de la pandemia. En el documento de Osgood⁽¹⁾, realizado en adolescentes, el 67% estuvo de acuerdo con la declaración "Tengo la esperanza de que me adaptaré y me recuperaré de los desafíos de la pandemia", curiosamente tanto en el 78% de los chicos que habían referido que su salud mental había mejorado durante el pandemia como en el 79% que habían transmitido que había empeorado. Tal vez estos se puedan interpretar dentro del concepto de "sistema inmunitario de salud mental" muy asociado a la resiliencia innata de los jóvenes.

El estudio de Osgood 2021, mostró que aproximadamente el 70% de los menores informan de algún malestar psicológico

En general, los adolescentes se mostraron optimistas acerca de su capacidad para recuperarse de la pandemia

Método

El Centro de Salud Mental Infantojuvenil del Gironès y Pla de l'Estany tiene un área de referencia de población entre 0 y 18 años de 46.887 personas, correspondiendo a las comarcas del Gironés de 40.248 habitantes y 6.629 habitantes la comarca del Pla de l'Estany.

En julio del 2019, existe un cambio de jefe de servicio que supone un nuevo modelo de atención donde la puerta de entrada en la salud mental es la atención primaria con el fin de reconocer y potenciar el modelo comunitario, lo que suponía incrementar el esfuerzo en primaria para poder atender con mejor calidad a los casos complejos en el CSMIJ.

Destacar que dentro de esta atención existen profesionales, psicólogos, que realizan un trabajo de cooperación e intervención en la salud mental infantojuvenil en primaria (PSP).

El CSMIJ del Girones y Pla de l'Estany tiene entre su población de referencia los niños y jóvenes tutelados por la DGAIA y que viven en residencias (1 Centro de Acogida, 11 CRAES, 1 CREI y pisos tutelados).

Otra población de referencia en nuestro territorio son los jóvenes menores de edad que están internados en el Centro Cerrado de Justicia Infantil de Montilivi.

Los datos han sido obtenidos de varias fuentes. Por un lado, las memorias del servicio como las memorias del programa PSP. Por otro, los propios registros que realizamos donde recogemos primeras visitas, desglosando aquellas que son derivadas desde los servicios de urgencia de psiquiatría, aquellas que vienen a través del código suicido, del programa de colaboración con justicia juvenil, del programa de TCA, y de la Unidad funcional TEA así como las derivadas desde atención primaria.

Presentamos los datos del servicio desde los años 2018 hasta el primer semestre del 2022. (Tabla I).

Mostramos las primeras visitas desglosadas por mes y año en el programa TCA como las derivadas desde los servicios de urgencias de Psiquiatría. (Tabla II, Figura 1, Figura 3) así como primeras visitas con Código Riesgo Suicida (Figura 4).

Conclusiones

Este tiempo que hemos denominado de la "era del COVID-19" ha tenido, tiene y va a tener una consecuencia en las dinámicas sociales que va a incidir en la forma de expresar la enfermedad mental y en la forma de atenderla.

Como ha ocurrido en la mayoría de los centros de salud mental durante el confinamiento generalizado y los meses posteriores se estancó el número de primeras visitas presenciales en nuestro centro aunque se incrementaron las intervenciones telemáticas, muchas de ellas programadas como fines preventivos en algunos colectivos de riesgo (TEA, TDAH, jóvenes tutelados por la DGAIA, TCA) y otras en situaciones de crisis o urgencia.

La mayoría de las intervenciones estaban orientadas a trabajar la angustia, tristeza, rabia y, sobre todo, incertidumbre y ayudar a mantener unos hábitos y rutinas de vida lo más saludable posibles.

Desde el Consell Assessor de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya nos informaron como desde el mes de noviembre de 2021 que, en general, todos los trastornos mentales se habían incrementado en los últimos meses entre los adolescentes, considerando a esta población como la más vulnerable para sufrir descalabros emocionales por su edad y contexto familiar y socioeconómico, este último fuera de su control⁽¹⁹⁾.

Las autoridades sanitarias estimaron que la demanda de jóvenes que querían visitarse, o de familias que lo habían solicitado, se había disparado un 30%, especialmente debido a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), las autolesiones y los cuadros ansioso-depresivos, pero también por los trastornos severos de la conducta y de gestión compleja.

En relación al TCA, múltiples informes de diferentes nacionalidades (Europa, Australia y América del Norte) han mostrado un aumento en la incidencia de TCA y también un deterioro de aquellos ya diagnosticados previos al inicio de la pandemia con síntomas y comorbilidades más graves. En general, la incidencia de TCA se incrementó en un 15,3% en el año 2020 en comparación con años anteriores y el número de consultas sobre esta patología creció un 70% en comparación con el año 2019, según el NEDA (*National Eating Disorder Association*). Este incremento se observó sobre todo en niñas y adolescentes y en trastornos restrictivos. Nuestro centro es una clara muestra de estas estimaciones.

Desde noviembre de 2021 todos los trastornos mentales se incrementaron en los adolescentes, por ser más vulnerables a descalabros emocionales por su edad y contexto familiar y socioeconómico (Consejo de Salud Mental Generalitat de Cataluña)

Los aumentos en TCA se debieron a nuevos casos. El porcentaje mensual de niñas con diagnósticos de trastornos alimentarios aumentó con el tiempo en la cohorte prepandémica, en los primeros meses de pandemia hubo una interrupción que después se incrementa, como ha pasado en muchos países.

Hemos observado un aumento en las primeras visitas por gestos autolíticos los cuales se han ido agravando con el transcurso de los meses.

De manera similar, hemos constatado un aumento de los síntomas y la vulnerabilidad durante la pandemia de COVID-19 en personas con trastornos alimentarios, trastorno del espectro autista, demencia y discapacidades intelectuales y del neurodesarrollo.

Las personas con enfermedades mentales graves y desventajas socio-económicas asociadas corren un riesgo particular de sufrir los efectos directos e indirectos de la pandemia.

La saturación de la red de salud mental, un problema que viene de lejos, se ha visto agravado por la disminución de la actividad general de todos los recursos comunitarios de apoyo en el período del confinamiento y por el aumento posterior de las demandas de visitas.

Promover la investigación en salud mental de la infancia y adolescencia y el cuidado de los jóvenes y sus familias tiene una importancia fundamental en estos momentos de la pandemia.

Debemos avanzar en el estudio de aspectos epidemiológicos, de evaluación, de la neurociencia incluyendo los genéticos y epigenéticos, los biomarcadores de enfermedad mental, pero también en el de los factores de protección y de resiliencia, la prevención y promoción, tratamiento y la respuesta de los sistemas de salud. Las autoridades de salud y los gobiernos deben tratar esto como un problema de salud pública y no como algo cuyo resultado es de corta duración.

Tablas y figuras

Tabla I. Resultados totales

ACTIVIDAD	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022 (1 SEMESTRE)
ACTIVIDAD GLOBAL					
— 1ª visitas realizadas	592	635	423	600	341
Total usuarios	1.782	1.868	2.670	1.913	1.660
Total visitas realizadas	11.607	11.797	12.417	15.215	6.615
Días de espera	62	30	16	16	17
PACIENTES CON TEA					
— 1ª visitas masculino		21	25	25	
— 1ª visitas femenino		14	11	12	
— 1ª visitas TEA Alto.Func		28	28	30	
— 1ª visitas TEA Bajo.Func		7	8	7	
Total pacientes masculino		117	142	142	
Total pacientes femenino		32	43	43	
Total pacientes TEA		149	185	185	
1ª VISITAS TCA	46	22	67	48	43
1ª VISITAS POST-URG PS		13	13	27	33
CÓDIGO SUICIDIO					
— Riesgo bajo suicidio		1	0	6	0
— Riesgo medio suicidio		0	1	8	5
— Riesgo alto suicidio		1	0	1	4
— Sin riesgo suicidio		1	1	4	0
Total		3	2	19	9
PACIENTES TUTELADOS DGAIA					
— Masculino, CRAES		60	77	42	
— Femenino, CRAES		47	67	69	
— Masculino CREI		15	22	22	
— Femenino CREI		12	15	16	
Total		134	181	149	
PACIENTES CENTRO JUSTICIA					
Usuarios nuevos		25	3	20	
Usuarios totales		35	25	31	
PACIENTES ATENDIDOS P.C.P.		1.718		1.703	

Tabla II. Visitas desglosadas por mes y año de TCA y urgencias psiquiátricas

	PRIMERAS VISITAS PROGRAMA TCA				PRIMERAS VISITAS A TRAVÉS DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS		
	TCA 2019	TCA 2020	TCA 2021	TCA 2022	Urgencias 2020	Urgencias 2021	Urgencias 2022
Enero	3	3	4	4	2	3	4
Febrero	7	0	4	8	2	5	3
Marzo	6	0	11	11	3	6	8
Abril	2	0	3	9	0	2	7
Mayo	5	1	6	3	1	0	6
Junio	3	1	11	8	1	1	4
Julio	2	4	5	0	0	0	2
Agosto	3	3	5	0	2	2	0
Septiembre	4	1	2	0	0	0	0
Octubre	5	2	7	0	1	3	0
Noviembre	2	2	4	0	1	3	0
Diciembre	4	5	5	0	0	2	0
TOTAL	46	22	67	43	13	27	33

Figura 1. Factores de riesgo y protección de los TCA

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> — Limitaciones espaciales de la vivienda. — Tensiones padres-hijos previas graves. — Falta de recursos tecnológicos. — Falta de recursos educativos. — Dificultad de comprender la vida emocional de los hijos. — Estilos educativos disfuncionales. — Progenitores con trastornos mentales o adicciones. — Violencia intrafamiliar. — Familias monoparentales con dificultad para conciliar trabajo y vida familiar. — Situación económica vulnerable. — Afectación directa por COVID de un familiar. — Sufrir un trastorno mental previo. — Interrupción desproporcionada en sus horarios de vida y relaciones con los otros pares, y el resto de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> — Buena relación previa padres-hijos. — Activación de sistemas de apego positivos. — El contacto <i>on-line</i> con amigos. — La adecuada estructuración de horarios y actividades. — El respeto de los espacios de privacidad. — Buenas condiciones materiales de vida. — Progenitores que se organizan bien para el cuidado de sus hijos dedicando tiempo a la relación lúdica con ellos. — Hermanos de edad similar que permiten mantener relación y juego con iguales. — Flexibilidad en el nivel de exigencia escolar y acompañamiento de los tutores escolares.

Modificada de: Kelsey Osgood Hannah Sheldon-Dean⁽¹⁾.

Figura 2. Evolución por mes y año de las primeras visitas de TCA

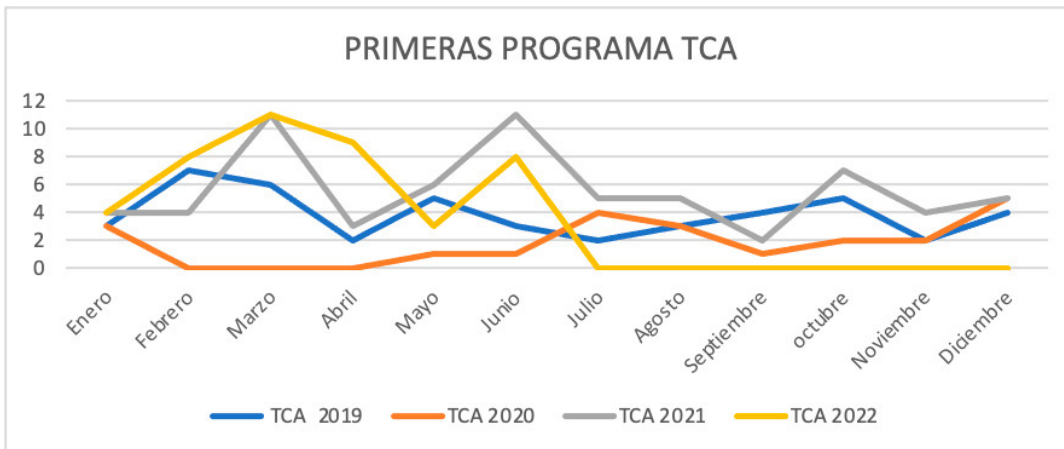


Figura 3. Evolución por mes y año de las primeras visitas derivadas desde urgencias psiquiátricas

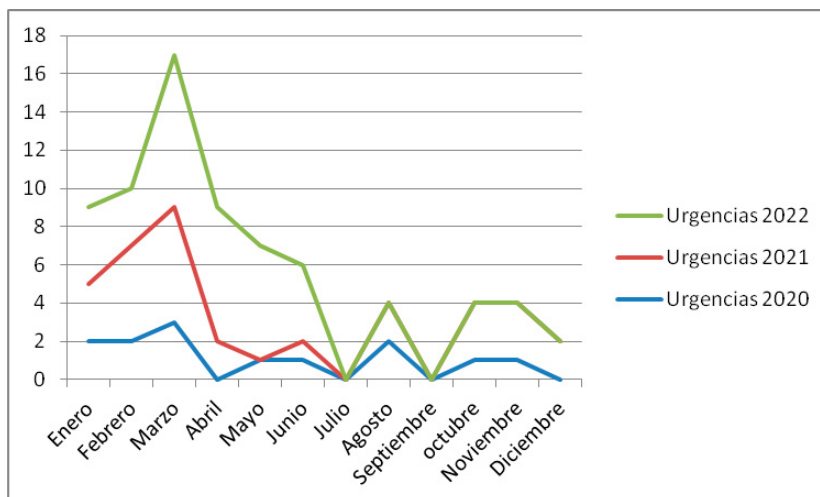
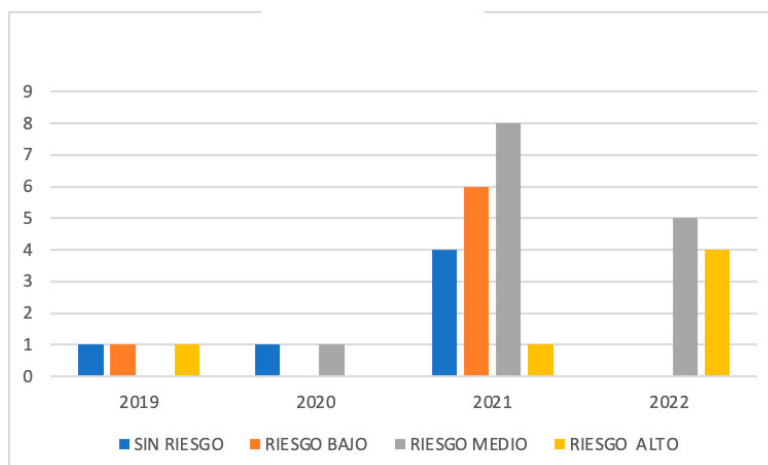


Figura 4. Primeras visitas por código de riesgo suicida por año



Bibliografía

1. Kelsey Osgood Hannah Sheldon-Dean, Child Mind Institute Harry Kimball, Child Mind Institute The Impact of the COVID-19 Pandemic on Children's Mental Health What We Know So Far. 2021 CHILDREN'S MENTAL HEALTH REPORT.
2. Jamile Marchi, Nina Johansson, Anna Sarkadi y Georgina Warner. The impact of the COVID-19 pandemic and social infection control measures on the mental health of children and adolescents: a scoping review. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 711791. Publicado en línea el 6 de septiembre de 2021. doi: 10.3389/fpsy.2021.711791.
3. Camila Saggiore de Figueiredo, Poliana Capucho Sandre, Liana Catarina Lima Portugal, Thalita Mázala-de-Oliveira, Luana da Silva Chagas, Ícaro Raony, Elenn Soares Ferreira, Elizabeth Giestal-de-Araujo, Aline Araujo dos Santos, y Priscilla Oliveira-Silva Bomfim. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: Biological, environmental and social factors *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2 de march of 2021; 106: 110171. Publicado en línea el 11 de noviembre de 2020. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110171.
4. Sélim Benjamin Guessoum, Jonathan Lachal, Emilie Carretier, Sevan Minassian, Laelia Benoi, Marie Rose Moro. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research Volume 291*, September 2020, 113264.
5. Ezepeleta L, Navarro J.B., de la Osa N., Trepal E., Penelo E. Life conditions during COVID-19 lockdown and mental health in Spanish adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:7327. doi: 10.3390/ijerph17197327. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
6. Rosa Bosch, Mireia Pagerols, Raquel Prat, Gemma Español-Martín, Cristina Rivas, Montserrat Dolz, Josep Maria Haro, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Marta Ribasés, y Miquel Casas. Changes in the Mental Health of Children and Adolescents during the COVID-19 Lockdown: Associated Factors and Life Conditions *Int.J. Environ. Res. Public Health* 2022,19(7): 4120. Publicado en línea el 30 de marzo de 2022. doi: 10.3390/ijerph19074120.
7. Claudio Brasso, Silvio Bellino, Cecilia Blua, Paola Bozzatello and Paola Rocca El impacto de la infección por SARS-CoV-2 en la salud mental de los jóvenes: una revisión narrativa. *The impact of SARS-CoV-2 infection on the mental health of young people: a narrative review. Biomedicines*. 2022 april; 10(4): 772. Publicado en línea el 25 de marzo de 2022. doi: 10.3390/biomedicines10040772.
8. Zuguo Qin, MPH, Lei Shi, MD, Yaqing Xue, MD, Huang Lin, MPH, Jinchan Zhang, MPH, Pengyan Liang, MPH, Zhiwei Lu, MPH, Mengxiong Wu, MPH, Yaguang Chen, MPH, Xiao Zheng, MD, Yi Qian, MD, Ping Ouyang, MD, Ruibin Zhang, PhD, Xuefeng Yi, MD, y Chichén Zhang, MD. Prevalence and risk factors associated with self-reported psychological distress among children and adolescents during the COVID-19 pandemic in China. *JAMA Network Open*. 2021 Jan; 4(1): e2035487. Published online January 26, 2021. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.35487.
9. Hojun Lee, Yeseul Noh, Ji Young Seo, Sang Hee Park, Myoung Haw Kim, y Seunghee Won. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of adolescent students in Daegu, Korea. *J Korean Med Sci*. 2021 29 de noviembre; 36(46): e321. Publicado en línea el 10 de noviembre de 2021. doi:10.3346/jkms.2021.36.e321.
10. Douglas K. Novins, MD, Joel Stoddard, MD, MAS, Robert R. Althoff, MD, PhD, Alice Charach, MD, MSc, FRCPC, Samuele Cortese, MD, PhD, Kathryn Regan Cullen, MD, Jean A. Frazier, MD, Stephen J. Glatt, PhD, Schuyler W. Henderson, MD, MPH, Ryan J. Herringa, MD, PhD, Leslie Hulvershorn, MD, MSc, Christian Kieling, Doctora en Medicina, Doctorado, Anne B. McBride, Doctora en Medicina, Elizabeth McCauley, PhD, ABPP, Christel M. Middeldorp, MD, PhD, Angela M. Reiersen, MD, MPE, Carol M. Rockhill, MD, PhD, MPH, Adam J. Sagot, DO, FAPA, Lawrence Scahill, PhD, Emily Simonoff, MD, FRCPsych, S. Evelyn Stewart, MD, Eva Szegedy, MD, PhD, Jerome H. Taylor, MD, Tonya White, MD, PhD, y Bonnie T Zima. Research priorities in child and adolescent mental health emerging from the COVID-19 pandemic. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 may; 60(5): 544-554.e8. Publicado en línea el 17 de marzo de 2021. doi: 10.1016/j.jaac.2021.03.005.
11. Meichun Mohler-Kuo, Shota Dzemaili, Simon Foster, Laura Werlen, y Susanne Walitza Stress and mental health among children/adolescents, their parents and young adults during the first COVID-19 lockdown in Switzerland. *Int.J. Environ. Res. Public Health*. 2021 mayo; 18(9): 4668. Publicado en línea el 27 de abril de 2021. doi: 10.3390/ijerph18094668.
12. Alana K. Otto, Jessica M. Jary, Julie Sturza, Catherine A. Miller, Natalie Prohaska, Terrill Bravender, Jessica Van Huysse; Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, October 2021; 148 (4): e2021052201 <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052201>.
13. Stephen Zipfel, Ulrike Schmidt, Katrin E Giel. The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic. COMMENT| VOLUME 9, ISSUE 1, P9-11, JANUARY 01, 2022.
14. Pål Surén, MD, PhD; Anne Benedicte Skirbekk, MD, PhD; Leila Torgersen, PhD; Lasse Bang, PhD; Anna Godøy, PhD; Rannveig Kaldager Hart, PhD. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic *JAMA Network Open*. 2022;5(7):e2222079 doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.22079 (Reprinted) July 13, 2022.
15. White, L.C., Law, J.K., Daniels, A.M., Toroney, J., Vernioia, B., Xiao, S., The SPARK Consortium, Feliciano, P., Chung, W.K. (2020). Brief Report: Impact of COVID-19 on individuals with ASD and their caregivers: A perspective from the SPARK cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04816-6>.
16. Hui-Wen Tseng, Ching-Shu Tsai, Yu-Min Chen, Ray C. Hsiao, Fan-Hao Chou, y Cheng-Fang Yen. Poor Mental Health in Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Relationship to Caregivers' Difficulties in Managing Behaviors and Worsening of Children's Psychological Symptoms During the COVID-19 Pandemic. *Int.J. Environ. Res. Public Health*. 2021 september; 18(18): 9745. Publicado en línea el 16 de septiembre de 2021. doi: 10.3390/ijerph18189745.
17. John D Lantos 1, Hung-Wen Yeh 2, Fajar Raza 1, Mark Connelly 3, Kathy Goggin 2 4, Shayla A Sullivant 5 Suicide Risk in Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics* 2022 Feb 1;149(2):e2021053486. doi: 10.1542/peds.2021-053486.
18. Park, JY, Lee, I. Factors influencing suicidal tendencies during COVID-19 pandemic in Korean multicultural adolescents: a cross-sectional study. *BMC Psychol* 10, 158 (2022). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00867-9>.
19. Josep Moya, M. Teresa Anguera, Marcos Antonio Catalán, Ester Fornells. La Pandemia de la covid-19 : interrogantes, incertidumbres y algunas respuestas. Febrero 2022.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Las variables que más han afectado a los jóvenes durante la pandemia del COVID-19 han sido:**
 - a) La preocupación por la salud.
 - b) El comportamiento de los adultos.
 - c) Las discusiones familiares.
 - d) La calidad de las relaciones con los otros.
 - e) Todas las anteriores.

- 2. ¿Por qué razón se ha considerado a los jóvenes más vulnerables que a los adultos durante la pandemia COVID-19?**
 - a) Porque son más vulnerables a la influencia de su entorno inmediato.
 - b) Porque disponen de menos recursos y experiencias vividas para hacer frente a situaciones estresantes.
 - c) Porque tienen una capacidad más baja para hacer frente a la situación.
 - d) Porque tienen precariedad de recursos materiales o de las funciones parentales.
 - e) Todas las anteriores.

- 3. ¿Qué malestar psicológico observó Osgood 2021 en su estudio psicológico?**
 - a) Sentimientos de soledad.
 - b) Irritabilidad o ansiedad.
 - c) Tristeza, depresión.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Solamente la b y la c.

Respuestas en la página 157

El Programa *Salut i Escola* antes y después de la pandemia

B. Pérez Jiménez. Enfermera del ABS de Salt y Referente Territorial del PSiE, Girona.

Resumen

La pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 ha sido uno de los acontecimientos más traumáticos vividos en estos últimos años. Estos han generado una serie de consecuencias emocionales, económicas y sociales de elevada amplitud y complejidad. Pero también ha visibilizado fortalezas de nuestra sociedad y hemos comprobado que los niños y adolescentes tienen una gran capacidad de adaptación frente a los cambios.

Palabras clave: *Adolescentes; Programa Salud y Escuela; Pandemia.*

Abstract

The SARS-CoV-2 coronavirus pandemic has been one of the most traumatic events experienced in recent years. It has generated a series of emotional, economic and social consequences of great amplitude and complexity. Nonetheless, it has also made visible the strengths of our society and we have verified that children and adolescents have a great capacity to adapt to changes.

Key words: *Adolescents; Health and School Program; Pandemic.*

Introducción

Como ya sabemos, los centros educativos tienen un papel muy importante en la prevención y promoción de la salud, tanto a nivel mental como físico, ya que son espacios de aprendizaje y desarrollo. Es un lugar en el que los adolescentes pasan muchas horas y donde todo aquello que les pasa impacta en ellos (autoestima, creencias, hábitos, relación con los demás, proyectos de futuro, etc.). Impulsar actuaciones que fortalezcan estos aspectos de forma saludable, supone potenciar y mejorar los factores de protección de la salud del alumnado. Por eso creemos que el Programa *Salut i Escola* (PSiE) es una herramienta fundamental para mejorar este espacio de aprendizaje en colaboración con el equipo docente y los adolescentes.

El PSiE está impulsado por el Departament d'Educació y por el Departament de Salut desde el año 2004 hasta la actualidad. La finalidad del PSiE es mejorar la salud de los adolescentes mediante acciones: de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y atención precoz para los problemas relacionados (salud mental, salud afectiva y sexual, consumo de drogas, alcohol y tabaco), en colaboración con los centros educativos y servicios de salud comunitaria presentes en el territorio.

Su objetivo es acercar los servicios de salud a los centros docentes y a los adolescentes, reducir comportamientos de riesgo, facilitar la promoción de actitudes y hábitos. Detectar problemas de salud y agilizar la intervención. Identificar los activos en salud y recursos para jóvenes.

El objetivo de los PSiE es acercar los servicios de salud a los centros docentes y a los adolescentes, reducir comportamientos de riesgo, facilitar la promoción de actitudes y hábitos, detectar problemas de salud y agilizar la intervención

Las intervenciones en los Centros educativos pueden ser colaborando con actividades de promoción de la salud en las aulas, dando atención personalizada a los alumnos en la consulta oberta o coordinando casos con los servicios de salud especializados.

En la consulta oberta cada profesional de enfermería seleccionado ejerce su actividad en el centro docente, en un espacio habilitado para la consulta. Los adolescentes pueden acceder espontáneamente y libremente para consultar temas relacionados con la salud que les preocupen.

Como ya sabéis, el 14 de marzo 2020 se decreta el estado de alarma y confinamiento de la población. Asimismo, a partir de esa fecha se generalizó la suspensión de la actividad lectiva presencial y el cierre de los centros educativos en todo el país. Y se pasó de una enseñanza presencial a la telemática. Esto hizo que el PSIE tuviese que hacerse vía telemática o telefónica en el mejor de los casos y eran los tutores que contactaban con la enfermera del programa para hacer alguna consulta o derivación del adolescente.

En cuanto a datos cuantitativos, podemos decir que en el año 2019 (prepandemia) se registraron 12.800 consultas en el Programa *Salut i Escola* en Cataluña. En cambio, al año siguiente en el 2020 se pasó a 6.874 visitas registradas, la mitad. Según registro informático a través del E-CAP (Khalix). Las cifras son la consecuencia de este cierre de los centros y de que la consulta oberta tardó en volverse a realizar con normalidad por la falta de enfermeras, ya que muchas estaban doblando turnos para cubrir los puntos de vacunación COVID y otros servicios más prioritarios en ese momento.

Podemos destacar que antes de la pandemia en el 2019, ya el tema más consultado en la consulta oberta era el malestar emocional (29,5% de las consultas) y en segundo lugar la sexualidad con un 16,7% de estas. En el 2020 aumentó a un 33,5% la consulta sobre malestar emocional y en segundo lugar paso a ser la alimentación con un 15,7%. Esto nos hace ver que ya el malestar emocional era uno de los temas más consultados antes de la pandemia.

Como conclusiones podemos decir que, al volver a la normalidad en las aulas, hemos detectado que hacían falta tratar temas como: recuperar rutinas de alimentación, deporte, desvincularse de pantallas, horarios de sueño, salidas nocturnas, alcohol... Y que la mayoría de consultas hechas por los jóvenes en la consulta abierta, estaban relacionadas con el malestar emocional. Recalcar que en este último año se han incorporado dos figuras nuevas al EAP: el Referent de bienestar emocional y comunitari (RBEC) y nutricionista. Ambos trabajarán para mejorar la salud de los jóvenes en las aulas de la mano del PSIE. Ahora la investigación nos orientará qué estrategias se pueden implementar para tener un mejor sistema de salud y más preparado para posibles dificultades futuras.

Bibliografía

1. Programa *Salut i Escola* - Salut Pública - Gencat [Internet]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/Infancia-i-adolescencia/Adolescencia/salut-i-escola/.
2. Efectos del post-covid en niños y adolescentes [Internet]. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/efectos-post-covid-ninos-adolescentes>.
3. Ocupar-se dels adolescents és educar mirades [Internet]. Disponible en: <https://www.som360.org/ca/monografico/recerca-covid-19>.
4. Hem observat un augment significatiu de símptomes emocionals i de conducta en infants i adolescents durant el confinament [Internet]. Disponible en: <https://www.som360.org/ca/monografico/recerca-covid-19/entrevista/hem-observat-augment-significatiu-simptomes-emocionals>.

Repercusiones de la pandemia en la población adolescente desde la perspectiva de servicios sociales de atención primaria

M. Illa i Creixell. Licenciada en Antropología Social y Cultural por la UB. Educadora Social en Servicios Sociales de Atención Primaria del Consorci de Benestar Social Gironès-Salt, Girona.

Resumen

La pandemia de la COVID-19 ha impactado en toda la población adolescente y especialmente en los adolescentes que crecen en familias que viven una situación social, económica y emocional vulnerable. Se han generado casos de desigualdad debido a que no acceden a las mismas oportunidades que las personas que se encuentran en condiciones de más estabilidad. Tal y como se define y reconoce en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia –que fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989–, los niños y las niñas (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social. A pesar de la numerosa legislación de protección hacia la Infancia y la Adolescencia, en estos momentos no se están garantizando estos derechos fundamentales y se detectan situaciones de vulneración de los mismos. Desde los Servicios Sociales de Atención Primaria se tiene un contacto directo con la población adolescente y se detectan numerosas situaciones donde no hay respeto ni garantía de sus derechos. Se nombrarán algunas repercusiones detectadas que abarcan desde la dificultad de acceso a una alimentación saludable o a actividades de ocio hasta las situaciones de maltrato, matrimonios forzados o abuso sexual. Para paliar las situaciones de desigualdad que impactan tan profundamente en la población adolescente es necesario escucharlos y conocer como se sienten, lograr consolidar intervenciones conjuntas de acompañamiento y establecer un trabajo en red colaborativo por parte de los servicios sanitarios, educativos, sociales, de ocio... Además, es crucial que se priorice la cobertura de sus necesidades en las políticas públicas. Desde esta perspectiva, las acciones conjuntas y la cooperación pueden construir los fundamentos para producir cambios y transformaciones en la población adolescente y sus familias.

Palabras clave: *Repercusiones pandemia; Adolescencia; Vulneración derechos Infancia y adolescencia.*

Abstract

The COVID-19 pandemic has had an impact on the whole adolescent population and especially on those teenagers coming from families with vulnerable social, economic and emotional situations. Cases of inequality have emerged since they do not have the same access to opportunities as those who are raised in more stable environments. As stated by the United Nations Convention on the Rights of the Child –approved as a human rights' international treaty on the 20th of November of 1989– children (human beings under 18 years of age) have the right to fully develop –physically, mentally and socially. There is vast legislation in terms of children and adolescent protection. Nevertheless, these fundamental rights are currently not being guaranteed and, in some cases, even infringed. In the Primary Health Care facilities, professionals have direct contact with the adolescent population and multiple situations where the teenagers' rights are not respected nor guaranteed have been detected. To name but a few: difficult access to a healthy diet or leisure activities, mistreatment, forced marriage or sexual abuse.

In order to mitigate the situations of inequality that have a profound impact on the adolescent population it is necessary to listen to them and to learn about how they feel. Additionally, it is crucial to strengthen the collaborative network between the agents who support the teenagers (social care, education centers, leisure...). Meeting their needs should be a priority in the political agenda. From this approach, coordinated actions and cooperation could become the ground to changes and transformations for the adolescent population and their families.

Key words: *Impact; Pandemic; Adolescence; Violation children and adolescent rights.*

“La desigualdad social es la peor de las pandemias”
Joan Benach

La crisis social, económica y emocional derivada de la pandemia de la COVID-19, la guerra de Ucrania y la crisis climática y energética han agravado la situación de precariedad de una parte de la población. Han empeorado las condiciones de vida de personas que antes de la pandemia ya estaban en situaciones de pobreza y exclusión. A la vez, se han incorporado familias y personas que estaban en situación socio laboral, habitacional y económica estable, y ahora se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

El servicio básico de atención social es la principal puerta de acceso a la red de servicios sociales de atención pública. Es un servicio universal y se considera que la población potencialmente demandante es toda la ciudadanía de un territorio determinado.

Los Servicios Básicos de Atención Social tienen la función de detectar, orientar, diagnosticar y prevenir situaciones de necesidad en que se encuentren o se puedan encontrar las personas y familias. Se prevén acciones de intervención, en especial cuando se detecta una situación de riesgo o exclusión social. Los Servicios Sociales de Atención Básica de la comarca del Gironès- excepto Girona- están gestionados por el Consorci de Benestar Social Gironès-Salt, un ente público que garantiza la atención social y tiene como objetivo mejorar el bienestar de las personas.

Las funciones básicas de protección respecto a la adolescencia que se definen en el *“Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2020”*⁽¹⁾ es garantizar que las personas que cuidan a los adolescentes aseguren la supervivencia, un crecimiento y una socialización saludables, establezcan un clima de afecto y soporte a los hijos y las hijas, estimulen las capacidades que tienen y faciliten la apertura a otros contextos educativos. La desprotección en la adolescencia se produce por la desatención de estas necesidades básicas o por maltratos y abusos. Es en la detección de estas situaciones de desprotección o desamparo cuando intervienen los profesionales de los servicios sociales.

En general, en la adolescencia hay una mayor dificultad para entender y regular las emociones y durante la pandemia los hábitos, las rutinas, la libertad de movimiento y horarios fueron restringidos. Se ha escrito mucho sobre el incremento significativo del número de adolescentes con ansiedad, tristeza, desánimo, falta de motivación, baja autoestima, oposicionismo y bajo rendimiento académico. Algunos de los efectos psicosociales de la pandemia que hemos detectado en la toda la población adolescente que se ha atendido desde los servicios sociales ha sido:

1. Incertidumbre y preocupación por el futuro percibido de forma negativa con manifestación de desesperanza y angustia.
2. Problemas de conducta. Aparecen sentimientos de rabia y frustración por asumir una situación de la que no se tiene el control. Se generaron más conflictos familiares por pasar más horas de convivencia.
3. Dependencia de los dispositivos electrónicos. Las redes sociales han sido el contacto con el mundo y medio de interacción y aprobación social.
4. Aumento de sentimientos de tristeza, desánimo, apatía, inestabilidad emocional.

A todas estas repercusiones que han afectado a una parte de la población adolescente se añaden otros impactos sociales. La vulneración de sus derechos no sólo se ha producido en contextos de negligencia, maltrato, abuso y/o de pobreza económica sino que se manifiesta de forma creciente, por ejemplo, en las rupturas conflictivas de pareja⁽²⁾.

Las funciones básicas de protección respecto a la adolescencia son garantizar que las personas que cuidan a los adolescentes aseguren la supervivencia, un crecimiento y una socialización saludables, establezcan un clima de afecto y soporte a los hijos y las hijas, estimulen las capacidades que tienen y faciliten la apertura a otros contextos educativos

Mesa redonda I - Repercusión de la pandemia en la población adolescente

Repercusiones de la pandemia en la población adolescente desde la perspectiva de servicios sociales de atención primaria

La población adolescente que vive estas situaciones de desigualdad, no tienen acceso a las mismas oportunidades que los que se encuentran en una situación de estabilidad. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989. La Convención reconoce que los niños y niñas (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social. En estos momentos, no se están garantizando estos derechos fundamentales y se detectan situaciones de vulneración. Por ejemplo, el artículo 27 reconoce el derecho en la adolescencia a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social y especifica que los estados adoptaran medidas apropiadas para ayudar a las familias y, en caso, necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

En los servicios sociales se atiende directamente a adolescentes que manifiestan su malestar y sufrimiento por las situaciones de precariedad económica de sus familias, la falta de documentación, los trabajos precarios y desvalorizados, las pérdidas de vivienda, el riesgo de corte de suministros básicos... Adolescentes que viven o han vivido situaciones de maltrato o abuso. Adolescentes que viven separaciones conflictivas de los progenitores y que sufren sus consecuencias. Adolescentes que han crecido lejos de sus madres que hicieron un proceso migratorio para poder mejorar sus finanzas y se reencontran como desconocidos, etc.

En los Servicios Sociales se detectan numerosas situaciones de desigualdad que afectan a la población adolescente y tienen una repercusión en su desarrollo y crecimiento. Durante la pandemia y los impactos posteriores, se ha evidenciado la necesidad de visualizar algunos retos para impulsar y garantizar los derechos de la Infancia y la Adolescencia. Algunos de estos desafíos son:

Eliminar la pobreza infantil

La crisis económica derivada de la pandemia ha incrementado significativamente el riesgo de pobreza infantil. Un hogar sin ingresos económicos suficientes se caracteriza por enormes carencias: alimentación insuficiente y poco saludable, falta de medicamentos que no son cubiertos con recetas médicas, dificultades para cubrir gastos de dentista, casas con humedades y temperaturas inadecuadas, dificultades de acceso a actividades de ocio, excursiones escolares... Todo esto afecta a la salud y al desarrollo en la adolescencia. Es necesario tomar medidas para garantizar una buena salud financiera⁽³⁾ para todas las familias y paliar las consecuencias de la crisis.

En este contexto, tal y como se señala en l'Informe 2021 del Síndic de Greuges *"se hace más necesario que nunca avanzar en la redefinición de las prestaciones existentes y en la configuración de un nuevo sistema de protección más ajustado a las necesidades reales de las personas en situación de vulnerabilidad social y económica"*⁽⁴⁾.

Según el informe publicado en 2021 de Save The Children⁽⁵⁾ la pobreza infantil vuelve a crecer en Europa. En este informe se alerta de que casi 20 millones de niños y niñas en toda Europa viven en situación de pobreza o exclusión social, un dato que se había visto reducido en los últimos años pero que ha vuelto a aumentar en 2020 por las consecuencias de la pandemia del coronavirus. España se coloca como el tercer país del continente con mayor tasa de riesgo de pobreza y exclusión social infantil, solo por detrás de Rumanía y de Bulgaria, con un 31,3%. Es decir, uno de cada tres niños y niñas españoles vive por debajo del umbral de pobreza (60% de la mediana de la renta nacional), sufren carencia material severa o viven en hogares con baja intensidad de empleo. Se prevé que la pobreza infantil en España llegará hasta el 33,3% a finales de este año, lo que supone un considerable aumento llegando a 2.777.670 niños y niñas en riesgo.

En nuestro servicio se han detectado los perfiles que sufren con mayor intensidad la pobreza: familias monomarentales, familias migrantes y familias con bajo nivel educativo, entre otras.

Erradicar el maltrato infantil y los abusos sexuales en la Infancia y la Adolescencia

El confinamiento provocó más contacto entre padres, madres y sus hijos e hijas ya que algunos perdieron los trabajos y estaban en casa y otros teletrabajaban. En las familias sanas este contacto los acercó

Uno de cada tres niños y niñas españoles vive por debajo del umbral de pobreza

y convivían en un espacio de confianza y seguridad. En otras familias aumentó la tensión y el riesgo de violencia y se potenciaron los factores que utilizan los agresores (aislamiento, control, justificación...). Los abusos sexuales aumentaron durante el confinamiento. En los hogares donde hay abusos sexuales se impone la ley del silencio y las víctimas quedaron encerradas en casa sin poder recurrir a adultos de referencia del ámbito familiar, escolar o de ocio. Según la Fundación Vicky Bernadet, 1 de cada 5 menores sufre algún tipo de abuso sexual. Se estima que el 80% de las agresiones sexuales se producen en el entorno de confianza (familiares, educadores, monitores...) y un 65% dentro de la familia. El 79% de menores agredidas son niñas o chicas.

1 de cada 5 menores sufre algún tipo de abuso sexual

Erradicar la violencia de género en el ámbito familiar

En los servicios sociales hemos detectado el aumento en la atención a mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas menores de edad en los meses posteriores al confinamiento. Existe una falta de recursos de protección inmediata cuando se detecta una situación de maltrato. Cuando se produce una denuncia, se decreta una orden de protección cautelar y las madres y sus hijos e hijas menores de edad tienen que abandonar su entorno social y escolar. Los juicios suelen tardar entre 10-12 meses. Tal y como señala el psicólogo Raúl Lizana⁽⁶⁾ las consecuencias y daños en los hijos y las hijas que han vivido en hogares donde se ha ejercido violencia de género abarcan diversos ámbitos social, afectivo, cognitivo, físico, económico... Es necesario asegurar que estas criaturas y adolescentes dispondrán de soporte profesional para poder procesar el impacto de esta violencia y no les condicionará su vida adulta. Se quiere visualizar la práctica de los matrimonios forzados que afecta a algunas adolescentes. El informe de UNICEF⁽⁷⁾ advertía que el cierre de las escuelas, las limitaciones económicas, la interrupción de servicios, las muertes de los progenitores debido a la pandemia aumentaron el riesgo de matrimonio para las niñas más vulnerables. Parece una realidad alejada pero no lo es. Se han consultado los informes⁽⁸⁾ sobre matrimonios forzados en Cataluña: en 2019 se detectaron 6 casos de menores de edad (15 casos en total), en 2020 se detectaron 4 casos de menores de edad (18 casos en total), en 2021 6 casos de menores de edad (10 casos en total) y en lo que llevamos del 2022, 8 casos de menores de edad (11 casos en total).

El informe de UNICEF advertía que el cierre de las escuelas, las limitaciones económicas, la interrupción de servicios, las muertes de los progenitores debido a la pandemia aumentaron el riesgo de matrimonio para las niñas más vulnerables

Impulsar que las separaciones de pareja sean respetuosas y no conflictivas

En los últimos años, en los servicios sociales se reciben muchas consultas de padres y madres en procesos de separación. Los hijos y las hijas son instrumentalizados y no quedan protegidos del conflicto de sus progenitores. En los casos abordados desde nuestro servicio, el bienestar de los hijos e hijas no se prioriza y se requiere un trabajo profundo de concienciación y de conocimiento para centrarse en las necesidades y afectos que las criaturas se merecen. Durante la pandemia aumentaron los conflictos en las custodias compartidas con el incumplimiento de visitas, decisiones unilaterales de un progenitor, pérdida de contacto... todo esto ha tenido un efecto en el crecimiento y desarrollo biopsicosocial de la infancia y adolescencia implicada.

Garantizar el acceso a la vivienda digna

El contexto de crisis económica derivada de la pandemia ha hecho aumentar el número de desahucios. Las personas que pasan por un proceso de desahucio, por no poder pagar el alquiler o la cuota hipotecaria, tienen graves dificultades para acceder a una nueva vivienda. En nuestro servicio se han atendido familias que ya sufrieron una pérdida de casa en la crisis del 2008, se recuperaron y encontraron un alquiler y en 2021 volvieron a perder la vivienda. Una adolescente, nacida en el 2004, nos manifestaba su dolor y su rabia y sentía que no tenía casa ya que de todas las "echaban".

Según los datos del informe de Síndic de Greuges, en Cataluña ha habido un incremento del 8,6% en provisión de viviendas de emergencia social en los últimos dos años pero es insuficiente con la demanda existente. Se hace necesario garantizar la inmediatez de adjudicación de viviendas de emergencia social en condiciones residenciales adecuadas para la infancia y la adolescencia, excluyendo las pensiones y centros de acogida temporal.

Garantizar el acceso al ocio educativo

El ocio significa una dimensión de bienestar, libertad y relación así como la posibilidad de educación en valores. Es una actividad esencial y un derecho básico de la infancia y la adolescencia. La pandemia ha incrementado las desigualdades de participación de la población infantil y adolescente en situación social desfavorecida. Según los datos, su participación se redujo a la mitad. La población adolescente con diversidad funcional sufrió especialmente en tiempo de pandemia ya que se alteraron las rutinas y el acceso a soportes de ocio. En Servicios Sociales se atienden a personas que no pueden acceder al coste de las actividades de ocio y solicitan ayudas económicas para costear las cuotas. En el año 2021 y 2022 ha habido un incremento de solicitudes de ayudas para este concepto.

Garantizar la situación administrativa regularizada de la población infantil y adolescente

Hay un elevado número de población infantil y adolescente que han nacido en el estado español pero no disponen de la nacionalidad ni de DNI y mantienen la nacionalidad de uno de sus progenitores durante muchos años. Durante el estado de alarma se suspendieron los plazos administrativos de renovación y se renovaba automáticamente. Posteriormente, muchas familias y adolescentes nos manifestaron su malestar y preocupación por no poder renovar durante un largo periodo de tiempo por las dificultades de acceso a las oficinas de renovación. Según el informe de Save the Children⁽⁹⁾, el número de migrantes en situación irregular y con menos de 19 años era en España en 2019 de casi 147.000 personas, dividido prácticamente a partes iguales entre niños y niñas. Esta cifra representa una de cada cinco personas de nacionalidad extracomunitaria registradas en el padrón municipal para ese tramo de edad. En lo referido a la procedencia, tres de cada cuatro menores de edad en situación administrativa irregular son de América Latina.

En Servicios Sociales de Atención Primaria se atienden a adolescentes y familias que realizan el proceso migratorio para mejorar su situación económica y las familias que realizan el proceso migratorio por razones de seguridad. Para legalizar su situación y poder acceder al mercado de trabajo, deben pasar como tres años para solicitar la autorización de residencia y trabajo o entrar en procesos de solicitud de protección internacional. Mientras no se dispone de autorización de residencia los y las adolescentes no pueden acceder a becas de estudios, a formaciones pre-laborales que requieren inscripción en los servicios de ocupación, a solicitar la Dependencia... Durante la educación primaria pueden ser beneficiarios de becas de comedor si disponen de un informe de los servicios sociales.

Reducir el tiempo de exposición a pantallas y dispositivos digitales

Otro de los impactos de la pandemia ha sido la inmersión de las familias en el mundo digital (se trabaja, se estudia, se compra... por internet) y la aceleración de la digitalización de las relaciones. Se han detectado adolescentes que hacen absentismo escolar y tienen problemas de socialización y relación que pasan el día conectados a una pantalla. Estos hábitos tienen numerosas repercusiones emocionales y de salud ya que favorecen un estilo de vida sedentario y se relaciona con la cefalea, el riesgo de trastornos visuales, el sobrepeso y la obesidad, y por lo tanto, mayor riesgo cardiovascular y problemas musculoesqueléticos.

Un estudio de UNICEF en el estado español⁽¹⁰⁾, realizado a unos 40.000 estudiantes entre 11 y 18 años evidencia que el 98% de los adolescentes tienen cuenta en una red social y muchos tienen perfiles diversos. Los padres y las madres facilitan el primer dispositivo hacia los 10 años. El 40% de adolescentes buscan un espacio para relacionarse porque fuera de la pantalla se sienten en soledad. Uno de cada tres adolescentes está conectado más de 5 horas al día y 2 de cada 10 adolescentes están conectados a partir de las doce de la noche. El estudio refleja que un 10% de adolescentes ha recibido propuestas sexuales por parte de un adulto y 1 de cada 3 sufre acoso escolar y ciberacoso.

Esta exposición abusiva a las pantallas interfiere en la adquisición de hábitos básicos como el descanso, la atención y la concentración y tiene un impacto en el rendimiento escolar o en como se relacionan. Por ello se hace necesario el control parental y la formación de la población adolescente en competencias digitales. Deben ser informados de las consecuencias y ventajas y también de los riesgos de la digitalización.

La exposición abusiva a las pantallas interfiere en la adquisición de hábitos básicos como el descanso, la atención y la concentración

Reducir el consumo de tóxicos

En nuestro servicio se nos requiere intervención para valorar la situación de adolescentes que llevan a cabo conductas de riesgo como es el consumo de alcohol y *cannabis*. El consumo de sustancias tóxicas se suele iniciar en la adolescencia. Durante la etapa de confinamiento tuvo una reducción de consumo de alcohol y posteriormente volvió el consumo como uso recreativo y relacional. Tal y como afirma Lucia Hipólito⁽¹¹⁾ *“como sociedad tenemos que plantearnos que hay que ofrecer alternativas. Estos resultados, junto con otros estudios previos, muestran que los jóvenes consumen drogas como parte de sus relaciones sociales. Es necesario otro tipo de ocio, que no esté siempre tan relacionado con el consumo de alcohol”*.

La cohesión familiar, la supervisión parental, la vinculación con grupo de iguales no consumidor, un centro escolar con un clima positivo, la capacidad de interacción social y disponer de alternativas de ocio y tiempo libre, entre otros, son factores de protección que hacen a los adolescentes menos vulnerables al consumo de tóxicos.

Es necesario otro tipo de ocio, que no esté siempre tan relacionado con el consumo de alcohol

Fomentar una sexualidad sana e igualitaria

Uno de los temas de preocupación de los servicios con los que nos coordinamos es el acceso temprano de criaturas y adolescentes a ver porno. Durante la pandemia y debido al aumento de acceso a internet se sabe que hay criaturas de siete años que ya han accedido a contenido pornográfico con el impacto que puede tener en sus relaciones y desarrollo. Tal y como afirma Anna Salvía⁽¹²⁾, se debe reflexionar sobre como el porno afecta a las criaturas y adolescentes y que se puede hacer a nivel familiar para evitar que se convierta en su educador sexual.

Según un estudio de Save de Children⁽¹³⁾ los y las adolescentes ven pornografía por primera vez a los 12 años y casi 7 de cada 10 (el 68,2%) la consumen de forma frecuente. Este consumo se produce en la intimidad (93,9%) y en el teléfono móvil y se centra en contenidos gratuitos online (98,5%), basados de manera mayoritaria en la violencia y la desigualdad. En este estudio se contó con la participación de 1.753 chicos y chicas de entre 13 y 17 años, y se señala que más de la mitad de los y las adolescentes que ven contenidos pornográficos se inspiran en ellos para sus propias experiencias y que para el 30% estos vídeos son su única fuente de información sobre sexualidad.

Se deberían abordar estos y otros retos para garantizar el cumplimiento de toda la legislación que avale los derechos de la Infancia y la Adolescencia. Se evidencia la necesidad de priorizar un modelo social, sanitario y educativo enfocado en los derechos de las criaturas y adolescentes. Se debe abrir espacio para la esperanza y confiar en que esta crisis social derivada de la pandemia -que ha incrementado la desigualdad y la pobreza- puede ser una palanca para eliminar las causas profundas que originan las desigualdades sociales y se sienten las bases de una sociedad donde ningún derecho sea vulnerado.

Tal y como se nombraba al principio, las acciones conjuntas de profesionales de los diversos ámbitos (sanidad, educación, servicios sociales, ocio, juventud...) pueden construir los fundamentos para acompañar cambios y transformaciones en la población adolescente y sus familias.

Durante la pandemia y debido al aumento de acceso a internet se sabe que hay criaturas de siete años que ya han accedido a contenido pornográfico

Bibliografía

1. Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2020" Departament de Drets Socials, Generalitat de Catalunya publicado en marzo del 2022.
2. La vulneración de los Derechos de la Infancia en las rupturas conflictivas de pareja" ACIM.
3. La salud financiera hace referencia al bienestar y a la estabilidad económica de las personas.
4. Informe al Parlament 2021» Síndic de Greuges.
5. Garantizar el futuro de los niños y niñas: como acabar con la pobreza infantil y la exclusión social en Europa. Save the Children, 2021.
6. A mi también me duele. Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja. Barcelona: Gedisa, 2012
7. Covid-19: A threat to progress against child marriage. Unicef 2021.
8. Dades sobre violencia masculista, anys 2020, 2021 i 2022. Departament d'Interior. Generalitat de Catalunya.
9. Crecer sin papeles en España, realizado por la fundación Por Causa y Save the Children.
10. El impacto de la tecnología en la adolescencia" (2022). Unicef España.
11. Investigadora del proyecto «Impacto del confinamiento por pandemia de Covid-19 en el consumo de alcohol, benzodiacepinas y analgésicos opioides» Plan Nacional sobre drogas (PNSD) del Ministerio de Sanidad.
12. Cuando el porno es quien enseña a hacer el amor. Anna Salvía. Octubre 2020.
13. (Des)información sexual: pornografía y adolescencia. Save the Children.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. El estado español ratificó la Convención de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en 1990. Esto implica que se deben adoptar las leyes y normas y las medidas necesarias para que se cumplan todos los derechos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**
 - a) Los chicos y las chicas con reconocimiento de grado de discapacidad tienen las ayudas y recursos que necesitan.
 - b) En las separaciones conflictivas de parejas, las madres y los padres siempre tienen en cuenta el interés superior de los hijos y las hijas.
 - c) Los derechos de la Infancia y la Adolescencia son vulnerados y, en estos momentos, no están garantizados ni respetados.
 - d) Toda la población adolescente tiene acceso al ocio, al juego y a las actividades recreativas adecuadas para su edad.
 - e) El derecho a recibir una alimentación saludable está asegurado en la mayoría de familias.

- 2. Durante y después de la pandemia de la COVID-19 ha aumentado el índice de pobreza infantil. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**
 - a) La pandemia no ha impactado en la economía de las familias sobre todo, en las que ya estaban en situación de vulnerabilidad.
 - b) Según un informe de Save the children, el índice de pobreza infantil en el estado español es del 31,3%.
 - c) Las medidas como el Ingreso Mínimo Vital y las prestaciones sociales han asegurado la cobertura de las necesidades esenciales de la población adolescente.
 - d) Los chicos y las chicas viven y crecen en hogares con condiciones adecuadas de aislamiento, temperatura, suministros básicos (agua, luz, gas...).
 - e) La población adolescente tiene garantizado un menú diario becado en el comedor escolar.

- 3. Sobre el maltrato y el abuso sexual en la Infancia y la Adolescencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**
 - a) El entorno de confianza de las criaturas y adolescentes es garantía de buen trato y la protección.
 - b) Las consecuencias y los daños en la Infancia y la Adolescencia, de crecer en hogares donde se ejerce violencia de género, son mínimos y se dispone de los recursos y profesionales para abordarla.
 - c) Según la Fundación Vicky Bernadet, los abusos sexuales son sufridos por 1 de cada 5 menores y aumentaron durante la pandemia.
 - d) En el estado español no se detectan casos de matrimonio forzado en adolescentes.
 - e) Durante el confinamiento provocado por la pandemia de la COVID-19 todos los hogares han sido seguros para las criaturas y adolescentes.

Respuestas en la página 157

Síndromes de Sensibilidad Central en la adolescencia.

Fibromialgia y Fatiga crónica

M. Gispert-Saüch i Puigdevall(*), T. Clavaguera Poch().** (*Pediatra, (**Reumatóloga. Unidad Funcional de Reumatología pediátrica del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Resumen

La fibromialgia juvenil (JFM) es un síndrome de dolor musculoesquelético no inflamatorio crónico y debilitante que generalmente se diagnostica en la adolescencia. El diagnóstico es clínico, no existen pruebas médicas específicas o marcadores de enfermedad y se basa en el informe del paciente sobre el dolor y otros síntomas asociados después de descartar otras causas médicas subyacentes. JFM puede ser incapacitante y, por lo tanto, se recomienda una evaluación multidimensional para obtener una imagen completa del alcance de los síntomas junto con su impacto en el funcionamiento físico y emocional y la calidad de vida. El tratamiento es multidisciplinar y se centra en la educación, el cambio conductual y cognitivo y el ejercicio físico. La fatiga crónica juvenil (FCJ) es una enfermedad caracterizada por una fatiga persistente que ocasiona un deterioro del funcionamiento físico y conlleva a menudo alteraciones cognitivas. El diagnóstico de FCJ es clínico y requiere de la exclusión de otras posibles etiologías. El tratamiento se basa en intervenciones no farmacológicas: la programación supervisada de actividades y ejercicio, psicoterapia y una correcta higiene del sueño.

Palabras clave: *Fibromialgia Juvenil; Dolor crónico; Síndrome de dolor musculoesquelético; Síndrome de fatiga crónica.*

Abstracts

Juvenile fibromyalgia (JFM) is a debilitating chronic non-inflammatory musculoskeletal pain syndrome that is usually diagnosed in adolescence. Diagnosis is clinical, there are no specific medical tests or markers of disease, and it is based on the patient's report of pain and other associated symptoms after ruling out other underlying medical causes. JFM can be disabling and therefore a multidimensional assessment is recommended to get a full picture of the extent of symptoms along with their impact on physical and emotional functioning and quality of life. Treatment is multidisciplinary and focuses on education, behavioral and cognitive change, and physical exercise. Juvenile chronic fatigue (JCF) is a disease characterized by persistent fatigue that leads to impaired physical functioning and often leads to cognitive impairment. The diagnosis of JCF is clinical and requires the exclusion of other possible etiologies. The treatment is based on non-pharmacological interventions: the supervised programming of activities and exercise, psychotherapy and proper sleep hygiene.

Key words: *Juvenile fibromyalgia; Chronic pain; Musculoskeletal pain syndrome; Chronic fatigue syndrome.*

FIBROMIALGIA JUVENIL (FMJ)

Introducción

La fibromialgia juvenil (FMJ) es una condición crónica, de etiología desconocida que se caracteriza principalmente por presentar dolor musculoesquelético no inflamatorio, crónico y generalizado con múltiples puntos dolorosos a la palpación. El cuadro se acompaña a menudo de astenia, sueño no

La fibromialgia juvenil es una condición crónica, de etiología desconocida que se caracteriza principalmente por presentar dolor musculoesquelético

reparador, cefalea crónica, manifestaciones digestivas (síndrome de intestino irritable) y alteraciones en el estado de ánimo como ansiedad y depresión. Se describió inicialmente en adultos, pero también puede reconocerse en niños y adolescentes. Se postula que el dolor podría relacionarse con una función anormal de los receptores a nivel central.

La prevalencia de la fibromialgia (FM) en adultos es aproximadamente de un 2% de la población, sobre todo en población caucásica y en mujeres (4:1) alrededor de los 40-50 años. La prevalencia de la FMJ varía según los estudios y se estima que hasta un 2-6% de los niños en edad escolar pueden llegar a cumplir en algún momento los criterios de la FMJ. La FMJ se observa sobre todo en mujeres adolescentes alrededor de los 13-15 años.

Etioopatogenia

La evidencia actual indica que la FM es el resultado de una predisposición genética asociada a diversos estresores externos que acaban produciendo un síndrome de sensibilización central. La sensibilización central es un fenómeno complejo en el que interaccionan factores biológicos, psicológicos y sociales produciendo una hiperexcitabilidad de los circuitos centrales nociceptivos. Este aumento de la sensibilización implica a su vez cambios en los receptores, neurotransmisores, canales iónicos y vías de señalización localizadas en el sistema nervioso central, que se traduce en el paciente con una percepción exagerada, prolongada y/o generalizada de estímulos no nociceptivos inocuos. Se ha detectado, por ejemplo, un incremento de la sustancia P o de glutamato en las vías pronociceptivas y un descenso de la serotonina y noradrenalina en las vías descendentes, así como una disminución de la respuesta adaptativa al estrés con menor producción de hormona adrenocorticotropa (ACTH) y de cortisol.

También pueden existir niveles bajos de la hormona de crecimiento y asociaciones con el HLA-DR4 y polimorfismos de genes asociados al metabolismo de la serotonina, de la dopamina y de la catecolamina.

A nivel emocional se han detectado principalmente trastornos por ansiedad (50%) y alteraciones del estado de ánimo (depresión en un 26%). Entre los antecedentes es posible encontrar acontecimientos traumáticos (accidentes, abuso y/o maltrato) que pueden actuar como desencadenantes o perpetuadores del cuadro.

Estudios familiares han identificado la posibilidad de una predisposición genética *versus* alteraciones en la dinámica familiar y comportamientos perpetuadores del dolor (un 25% de pacientes afectos de FM refieren antecedentes familiares).

Pero la mayoría de las investigaciones se han realizado en adultos y no se puede asumir que la fisiopatología de la enfermedad sea idéntica en niños y adolescentes.

La FMJ se considera a grandes rasgos una forma difusa del síndrome de amplificación del dolor.

Clínica

El síntoma más importante es el dolor crónico generalizado que afecta a todas las áreas corporales, sobre todo a las regiones lumbar y cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica. Se trata de un dolor que no se localiza en un tejido corporal específico y tiende a desplazarse de un lugar a otro. Se describe como un dolor difuso, profundo y continuo, con períodos de exacerbación. Estos síntomas pueden ser modulados por diversos factores como el estrés psicológico, el exceso de actividad física e infecciones virales y puede acompañarse de astenia, alteraciones del sueño, alteraciones cognitivas (dificultades para concentrarse o problemas de memoria), trastornos del estado de ánimo y clínica somática (como dolor abdominal difuso recurrente o cambios en el ritmo intestinal, síndrome del intestino irritable, cefalea e intolerancia ortostática).

Se trata pues de una presentación clínica dispar, con áreas corporales más dolorosas que otras y fluctuaciones en la intensidad del dolor. Entre los pacientes existe también disparidad en relación a la gravedad del deterioro funcional.

En la exploración física es característico un aumento del dolor a la palpación de diferentes áreas corporales que resulta exagerado para la presión ejercida.

La FMJ ha sido menos estudiada que la FM de los adultos y aunque las características clínicas son similares, presentan algunas diferencias como un incremento de hipermovilidad articular y una disminución de las comorbilidades psicológicas en los pacientes afectos de FMJ respecto a la FM del adulto.

La sensibilización central es un fenómeno complejo en el que interaccionan factores biológicos, psicológicos y sociales

Es característico un aumento del dolor a la palpación de diferentes áreas corporales que resulta exagerado para la presión ejercida

Diagnóstico

El diagnóstico de la FMJ es clínico. No existen pruebas diagnósticas específicas y el diagnóstico se basa en la exclusión de otras causas posibles. En la FMJ los estudios analíticos y las pruebas de imagen son normales. En algunos estudios se han detectado alteraciones en la fase REM (*Rapid Eye Movement*) del sueño durante la realización de una polisomnografía.

Algunos estudios han demostrado que los criterios para FM en adultos del ACR (*American College of Rheumatology*) del 2010/11 pueden ser utilizados en adolescentes. Estos criterios se centran en el número de áreas dolorosas corporales, así como la intensidad en escalas de valoración de otras manifestaciones somáticas.

Existen criterios de clasificación para la FMJ propuestos por Yunus et al, pero no han estado validados en la práctica clínica (TABLA I). Estos requieren menos puntos gatillo que en los adultos (5 vs 11) e incorporan clínica adicional como trastornos del estado de ánimo, fatiga, trastornos del sueño y clínica somática.

La revisión de los criterios de FM del ACR del 2016 disminuye el número de manifestaciones somáticas para el diagnóstico y pueden ser más fáciles de aplicar en la práctica. (TABLA II).

El diagnóstico de la FMJ es clínico

Tratamiento y pronóstico

En los pacientes con FMJ el tratamiento debe encararse a disminuir el dolor y fomentar estrategias de afrontamiento para la recuperación funcional y el retorno a las actividades habituales (a pesar de que el dolor no haya desaparecido completamente).

Los objetivos del tratamiento tienen que ser, por tanto: disminuir el dolor, la restauración de las actividades de la vida diaria, la reducción del absentismo escolar, la mejoría del aislamiento social, fortalecer la autoconsciencia, la movilización de recursos domésticos y el desarrollo de estrategias para afrontar el dolor. La inclusión de la familia, la formación de estrategias en la vida cotidiana y el tratamiento de las comorbilidades mentales también son importantes.

El manejo de la FMJ se centra en la educación, el cambio conductual y cognitivo (terapia cognitivoconductual) y el ejercicio físico.

Se ha demostrado que el ejercicio físico regular tiene un efecto beneficioso sobre el dolor, la fatiga y la calidad de vida en pacientes con FMJ (el ejercicio aeróbico de baja intensidad es el más recomendado).

También es importante mantener una buena calidad del sueño, por lo que deber recomendarse: horarios regulares para acostarse y levantarse, evitar siestas, evitar estimulantes y el uso de móviles y otras pantallas en la cama.

Se reserva un papel menor al tratamiento farmacológico con medicamentos como relajantes musculares, analgésicos, antidepresivos y/o estabilizadores del estado de ánimo.

Por lo que refiere al pronóstico, a pesar de que la FMJ se consideraba de mejor pronóstico que la FM de adultos, estudios recientes demuestran que a los 4 años de seguimiento más del 50% de los pacientes continúan cumpliendo criterios de la enfermedad y en más de un 80% persiste el dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño.

Parece que el dolor tiene tendencia a disminuir de intensidad, pero las manifestaciones depresivas tienden a mantenerse y/o empeorar a lo largo del tiempo.

Los objetivos del tratamiento son: disminuir el dolor, la restauración de las actividades de la vida diaria, la reducción del absentismo escolar, la mejoría del aislamiento social...

FATIGA CRÓNICA (FC)

Introducción

El síndrome de fatiga crónica juvenil (FCJ), también conocido como encefalitis miálgica, es una enfermedad caracterizada por una fatiga persistente que ocasiona un deterioro del funcionamiento físico y conlleva a menudo alteraciones cognitivas.

Los niños y adolescentes afectos, presentan una fatiga incapacitante severa que dura un mínimo de 3 meses y en la que a menudo se asocian cefaleas, problemas de sueño, problemas cognitivos, odinofagia, artralgias y molestias musculares, náuseas y mareos.

Los niños y adolescentes afectos, presentan una fatiga incapacitante severa que dura un mínimo de 3 meses y en la que a menudo se asocian otros problemas

El malestar después del esfuerzo es un síntoma central y el más útil para el diagnóstico. Los pacientes refieren un incremento de la fatiga y del malestar general después de la realización de un esfuerzo. También puede verse afectada la función cognitiva y alteraciones en el sueño.

A pesar de que muchos adolescentes refieren FCJ la prevalencia real es menor. Entre el 34-41% de los adolescentes refieren fatiga pero la prevalencia real del FCJ se estima en un 0'4-2'4%. La FCJ es igual de común en niños y niñas < 13 años, pero a partir de los 13 años la prevalencia en niñas se incrementa (2-3 veces más que en niños).

Etiopatogenia

La etiología es controvertida, parece ser que podría haber múltiples factores implicados. Las investigaciones actuales se basan en el sistema inmunitario y suprarrenal, la genética, el modelo biopsicosocial, el sueño y la nutrición.

Se han descrito factores predisponentes, desencadenantes y perpetuadores del cuadro.

- **Factores predisponentes:** en adultos se encuentran factores de riesgo para desarrollar síndrome de fatiga crónica en pacientes con antecedentes de traumas infantiles (abuso sexual o físico, negligencia física y/o emocional) que pueden conllevar alteraciones neuroendocrinas y una disminución de los niveles de cortisol.
Las alteraciones en el estado de ánimo (angustia y depresión) no queda claro si contribuyen al desarrollo del cuadro o son consecuencia de este.
- **Factores desencadenantes:** algunos autores han teorizado que la FCJ puede tener una etiología postinfecciosa, especialmente por el virus de Epstein-Barr. También se han descrito cirugías, situaciones vitales estresantes o traumatismos como desencadenantes del cuadro.
- **Factores perpetuadores del cuadro:** se considera que el principal factor perpetuador es el retraso en el diagnóstico de la enfermedad, debido a la realización de múltiples pruebas complementarias en busca de una causa física que justifique la clínica del paciente. La realización de sobresfuerzos (físicos o mentales), una atención excesiva a las manifestaciones clínicas y la falta de apoyo social son factores que pueden ser perpetuadores.

Se han descrito factores predisponentes, desencadenantes y perpetuadores de la SFC

Clínica

Clínicamente se manifiesta por la presencia de una fatiga descrita como persistente (más de 3 o 6 meses) y una disminución de las actividades académicas y sociales previas. Es muy característico el incremento marcado de la fatiga después de un sobresfuerzo físico o mental y la no mejoría de este con el reposo adecuado.

Incluye también otras manifestaciones posibles como: alteraciones en el sueño (insomnio, sueño no reparador), artralgias o mialgias múltiples, cefaleas, adenopatías dolorosas, odinofagia, alteraciones cognitivas (alteraciones en la concentración y/o la memoria), manifestaciones pseudogripales, náuseas o mareos, palpitaciones o taquicardias en ausencia de patología cardíaca identificable.

Diagnóstico

El diagnóstico de FCJ es clínico y requiere de la exclusión de otras posibles etiologías.

Existen los criterios establecidos por la CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) y los criterios de la guía NICE (*National Institute of Health and Care Excellence*). (TABLA III).

Deben excluirse otras patologías, disponiendo de al menos un hemograma, una bioquímica completa con ferritina y creatinfosfocinasa (CPK), un sedimento de orina, hormonas tiroideas y marcadores de celiaquía.

Tratamiento

El tratamiento se basa en intervenciones no farmacológicas como: la programación supervisada de actividades y ejercicio, psicoterapia (sobre todo terapia cognitivo-conductual) y una correcta higiene del sueño (evitar un exceso de horas de sueño).

Pronóstico

El pronóstico se considera mejor que en adultos, mostrando algunos estudios una recuperación completa de los síntomas en el 50-94% de los casos a los 13-72 meses.

El pronóstico del SFC se considera mejor que en los adultos, mostrando algunos estudios una recuperación completa de los síntomas en el 50-94% de los casos a los 13-72 meses

Tablas y figuras

Tabla I. Criterios diagnósticos para Fibromialgia Juvenil

Criterios mayores (deben cumplirse todos)	
1.	Dolor musculoesquelético generalizado en 3 o más localizaciones durante 3 o más meses
2.	No otras enfermedades que puedan justificar el dolor
3.	Pruebas de laboratorio normales
4.	Dolor en 5 o más puntos gatillo
Al menos 5 de 18 puntos dolorosos característicos	
•	Occipucio: inserción de los músculos occipitales
•	Cervical: cara anterior de los espacios entre las apófisis transversas de C5-C7
•	Trapezio: punto medio del borde superior
•	Supraespinoso: por encima del borde medial de la espina de la escápula
•	2º espacio intercostal: 3 cm lateral al borde esternal
•	Epicóndilo lateral: 2 cm distal a prominencia ósea
•	Glúteo medio: cuadrante superoexterno de la nalga
•	Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérea
•	Rodilla: almohadilla grasa medial a la interlinea articular
Criterios menores (presencia de 3 o más)	
1.	Ansiedad o tensión crónica
2.	Fatiga
3.	Dificultades en el sueño
4.	Cefalea crónica
5.	Síndrome del intestino irritable
6.	Sensación de tumefacción de tejidos blandos subjetiva
7.	Sensación de parestesias
8.	Aumento del dolor con la actividad física
9.	Aumento del dolor con los cambios de temperatura
10.	Aumento del dolor con el estrés o la ansiedad

Adaptado de: Yunus et al. *Arthritis Rheum* 1985; 28:138-145.

Tabla II. Escala de severidad de la Fibromialgia

Criterios (deben cumplirse los 3 primeros)	
1.	Presencia de dolor generalizado, definido como dolor en al menos 4 de 5 regiones corporales.
2.	Duración de los síntomas de al menos 3 meses.
3.	Índice de extensión del dolor (<i>Widespread Pain Index [WPI]</i>) ≥ 7 y puntuación en la escala de gravedad de los síntomas (<i>Symptom Severity Scale [SSS]</i>) ≥ 5 O WPI de 4-6 y SSS ≥ 9 .
4.	Un diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos y no excluye la presencia de otras enfermedades clínicamente importantes.
Índice de dolor generalizado - <i>Widespread Pain Index-WPI</i> (puntuación de 0 a 19)	
Número de áreas en las que el paciente ha presentado dolor en la última semana. ¿En cuántas áreas presenta dolor?	
—	Superior Izquierda (R1): mandíbula, hombro, brazo y antebrazo izquierdos.
—	Superior Derecha (R2): mandíbula, hombro, brazo y antebrazo derechos.
—	Inferior izquierda (R3): cadera, muslo y pierna izquierda.
—	Inferior Derecha (R4): cadera, muslo y pierna derecha.
—	Región axial (R5): cuello, zona superior espalda, zona inferior espalda, pecho y abdomen.
Índice de severidad de síntomas (<i>Symptom Severity Scale – SSS</i>) (puntuación de 0 a 12)	
—	Fatiga
—	Sensación de despertarse sin haber descansado
—	Síntomas cognitivos
Para cada uno de los síntomas, indicar el nivel de severidad durante la última semana	
0= sin problemas	
1= problemas leves, generalmente intermitentes	
2= problemas moderados, frecuentes	
3= problemas severos, continuos o que alteran la actividad normal	
El SSS es la suma de la severidad de los 3 scores anteriores (0-9) más la suma (0-3) del número de los siguientes síntomas que ha presentado el paciente durante los 6 últimos meses:	
—	Cefalea (0-1)
—	Dolor abdominal (0-1)
—	Depresión (0-1)
La Escala de Severidad de la FM es la suma de las puntuaciones del WPI i la SSS	

Adaptada de Wolfe et al, *Sem Arth and Rheum* 2016;46:319-329.

Tabla III. Criterios diagnósticos establecidos por el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) y la guía del *National Institute of health and Care Excellence* (NICE)

	CDC	NICE
Síntoma principal	Fatiga	Fatiga
Otros síntomas	Al menos 4 de: odinofagia, adenopatías cervicales o axilares dolorosas, mialgias, artralgias, cefalea, sueño no reparador, malestar tras sobreesfuerzo, problemas de memoria y concentración	Malestar, cefalea, alteraciones del sueño, dificultades para concentrarse, mialgias o artralgias, adenopatías dolorosas, odinofagia, mareo, náuseas y palpitaciones
Inicio	Definido (no de toda la vida)	Nueva aparición, persistente o recurrente
Duración	≥ 6 meses, persistente o recurrente	≥ 3 meses en niño o joven
Impacto en la función	Disminución significativa a nivel académico, personal y social	Disminución significativa de los niveles de actividad
Exclusiones	La fatiga no se alivia significativamente con reposo y no es el resultado de ejercicio extenuante Inexplicada tras ser evaluada	Fatiga inexplicada por otras entidades. El diagnóstico de SFC debe ser reconsiderado si no aparece ninguno de los siguientes puntos clave: fatiga o malestar tras sobreesfuerzo, dificultades cognitivas, alteraciones del sueño y dolor crónico

Bibliografía

5. D Sherry D, Brake L, L Tress J, Sherker J, Fash K, Ferry K, F Weiss P. The Treatment of Juvenile Fibromyalgia with an Intensive Physical and Psychosocial Program. *J Pediatr* 2015 Sep;167(3):731-7.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46(3):319-29.
7. Gmuca S, Sherry DD. Fibromyalgia: Treating Pain in the Juvenile Patient. *Paediatr Drugs*. 2017;19(4):325-38.
8. Rowe PC, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr*. 2017;5:121.
9. Parslow RM, Harris S, Broughton J, Alattas A, Crawley E, Haywood K, Shaw A. Children's experiences of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *BMJ Open*. 2017 Jan 13;7(1):e012633.
10. Brigden A, Loades M, Abbott A, Bond-Kendall J, Crawley E. Practical management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis in childhood. *Arch Dis Child*. 2017;102(10):981-6.
11. Crawley, E. Pediatric chronic fatigue syndrome: current perspectives. *Pediatr. Heal. Med. Ther.* Volume 9, 27–33 (2018).
12. Conversano C, Poli A, Ciacchini R, Hitchcott P, Bazzichi L, Gemignani A. A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia síndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2019;37 Suppl 116(1):98-104.
13. Kashikar-Zuck S, Cunningham N, Peugh J, Black WR, Nelson S, Lynch-Jordan AM, et al. Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia into adulthood and impact of depressive symptoms on functioning over time. *Pain*. 2019;160(2):433-441.
14. de Sanctis, V. et al. The juvenile fibromyalgia syndrome (JFMS): A poorly defined disorder. *Acta Biomed*. 90, 134-148 (2019).
15. Collard, S. S. & Murphy, J. Management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in a pediatric population: A scoping review. *J. Child Heal. Care* 136749351986474 (2019).
16. Excellence NifHaC. Chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) in children and young people; diagnosis and management. London, National Institute for health and Clinical Excellence.
17. Daffin M, Gibler RC, Kashikar-Zuck S. Measures of Juvenile Fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020 Oct;72 Suppl 10(Suppl 10):171-182. doi: 10.1002/acr.24197.
18. Coles ML, Uziel Y. Juvenile primary fibromyalgia síndrome: A Review-Treatment and Prognosis. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2021 May 18;19(1):74. doi: 10.1186/s12969-021-00529-x.
19. Coles ML, Weissmann R, Uziel Y. Juvenile primary Fibromyalgia Syndrome: epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2021 Mar 1;19(1):22. doi: 10.1186/s12969-021-00493-6.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Acerca de la sensibilización central:

- a) La sensibilización central es un fenómeno complejo en el que interaccionan factores biológicos, psicológicos y sociales.
- b) Produce una hiperexcitabilidad de los circuitos centrales nociceptivos.
- c) El aumento de la sensibilización implica a su vez cambios en vías de señalización localizadas en el sistema nervioso central.
- d) Son correctas la a, b y c.
- e) Solo es correcta la b.

2. Acerca del tratamiento de la fibromialgia juvenil, ¿cuáles deberían ser objetivos del tratamiento?

- a) Disminuir el dolor.
- b) La restauración de las actividades de la vida diaria.
- c) La reducción del absentismo escolar.
- d) La mejoría del aislamiento social.
- e) Todos son objetivos importantes del tratamiento.

3. Acerca de la fatiga crónica juvenil (FCJ), ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas?

- a) La etiología es controvertida, parece ser que podría haber múltiples factores implicados.
- b) Clínicamente se manifiesta por la presencia de una fatiga descrita como persistente (más de 3 o 6 meses) y una disminución de las actividades académicas y sociales previas.
- c) El diagnóstico de FCJ es clínico y requiere de la exclusión de otras posibles etiologías.
- d) El pronóstico se considera peor que en adultos.
- e) a, b y c son ciertas

Respuestas en la página 157

¿De qué hablamos cuando hablamos de Sensibilización Central?

C. Goicoechea García. Catedrático de Farmacología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Resumen

Los cambios que se producen en el sistema nociceptivo cuando un estímulo nocivo se perpetúa en el tiempo explican que el dolor crónico deba considerarse como una patología, diferente del dolor agudo, una señal de alarma que debe mantenerse para la supervivencia del individuo. Algunos de estos cambios se conocen con el nombre genérico de Sensibilización, y puede diferenciarse en central y periférica. La Sensibilización, un mecanismo relacionado exclusivamente con el dolor, no debe confundirse con la Sensibilidad, que puede afectar a cualquier tipo de sistema sensorial. La Sensibilización, una vez establecida, provoca circuitos redundantes que pueden llevar a una generalización del dolor, más allá del lugar de origen del estímulo.

Palabras clave: *Sensibilización Central; Dolor; Cronificación; Nocicepción.*

Abstract

The changes that occur in the nociceptive system when a noxious stimulus is perpetuated in time, explain that chronic pain should be considered as a pathology, different from acute pain, an alarm sign that must be maintained for the survival of the individual. Some of these changes are known by the generic name of sensitization, and can be differentiated into central and peripheral. Sensitization, a mechanism related exclusively to pain, should not be confused with sensitivity, which can affect any type of sensory system. Sensitization, once established, causes redundant circuits that can lead to a generalization of pain beyond the site of origin of the stimulus.

Key words: *Central Sensitization; Pain; Chronification; Nociception.*

Introducción

“No podemos hacer nada más, tiene usted un síndrome de sensibilización central”. Me escribió hace poco una paciente comentándome que su médico le había dicho esta frase mientras se despedía de ella, una paciente con dolor continuado, de alta intensidad, todos (o casi todos) los días desde hace mucho, demasiado, tiempo. Me había localizado buscando en internet y me escribió pidiendo ayuda. Yo no soy médico, solo pude ponerla en contacto con una especialista amiga mía. Lo que sí hice, fue explicarle qué era eso de la Sensibilización Central, de la que todo el mundo habla últimamente y que parece haberse convertido casi en una enfermedad en sí misma. A continuación, repasaremos qué es el dolor, cómo se cronifica, y qué es la Sensibilización Central. Si no tienes ganas de leerte el artículo entero, ve saltando de *spoiler* en *spoiler* (frase resumen), y tendrás una buena visión de conjunto...

Spoiler: La Sensibilización central no es una enfermedad, ni siquiera un síndrome; es un proceso fisiológico implicado en la cronificación del dolor.

El dolor es una sensación, o una emoción, o ambas... Definitivamente ambas. Tal vez debemos definirla como una “experiencia”, un conjunto de aspectos fisiológicos, personales, sociales, culturales, que determinan cómo se encuentra una persona en un momento dado... Porque el dolor no se localiza fácilmente: ¿Duele una rodilla o es el cerebro el que crea ese dolor en base a la información que llega

La Sensibilización central no es una enfermedad, ni siquiera un síndrome; es un proceso fisiológico implicado en la cronificación del dolor

desde la rodilla? Y más preguntas importantes: ¿Cuándo el dolor deja de ser una señal de alarma para convertirse en una patología? ¿Cuándo el dolor deja de ser útil para el paciente, y para el médico? Lo primero que deberíamos diferenciar es el dolor “agudo” del dolor “crónico”. Todos tenemos la idea de que la diferencia entre el dolor agudo y el crónico es la duración, siendo crónico aquel que dura más de 3 meses.

Spoiler: La diferencia entre dolor agudo y crónico no está en la duración (o no solo), sino en cómo cambia el sistema nociceptivo, encargado de transmitir esa información.

El dolor agudo

El dolor es una señal de alarma, encargada de detectar, transmitir y modular, la presencia de señales potencialmente peligrosas para la supervivencia del individuo. Esa información se genera en la periferia (normalmente) y se transmite hacia los centros superiores del Sistema Nervioso Central (SNC) (Figura 1).

La detección de las señales potencialmente dañinas o peligrosas corre a cargo de un conjunto de neuronas, denominadas nociceptores. Son células muy especializadas que cuentan en la superficie de sus membranas con unos receptores especializados en reconocer esas señales: el frío, el calor, la presión, la rotura tisular, un cambio de pH...

Cada una de ellas (al menos en situaciones de dolor agudo) va a ser detectada por un tipo de receptor concreto. Se trata de conjuntos de proteínas, más o menos complejas, agrupadas formando canales que se abren, de forma selectiva, cuando detectan la presencia de estas señales y, al abrirse, permiten la entrada masiva de iones positivos (calcio, sodio) al interior del nociceptor (Figura 1A).

De la importancia de estos receptores da fe el hecho de que dos de los científicos implicados en su descubrimiento y caracterización acaban de ser premiados con el Nobel de Medicina, los Dres. Julius y Patapoutian. David Julius identificó los receptores encargados de detectar los cambios de temperatura: se denominan de forma genérica, receptores TRP (del inglés *Transient Receptor Potential*). Esta familia de receptores es capaz de detectar un gradiente realmente amplio de temperaturas, desde las más “frías”, por debajo de 10°C, hasta muy altas, por encima de 38°C⁽¹⁾. Gracias a estos receptores somos capaces de detectar, y de protegernos, frente a temperaturas potencialmente dañinas. La capacidad de detección de estos receptores está relacionada con la intensidad de la señal, puesto que temperaturas extremas (muy fría o demasiado caliente), hacen que nuestro cerebro no sea capaz de matizar esas diferencias de temperatura y pueden darse situaciones paradójicas como que tocar el frío produzca la misma señal de quemazón que produciría poner la mano en una plancha muy caliente. Como curiosidad científico-culinaria podemos citar el caso de la capsaicina, el ingrediente activo de los chiles, las guindillas, los jalapeños. Esta sustancia, responsable del intenso picor y calor que acompaña el consumo de estos pimientos, produce este efecto porque es capaz de unirse directamente a estos receptores, en concreto a los TRPV1, causando la misma sensación que si el receptor hubiera sido estimulado por una fuente de calor. Este dato sirve para comprender cómo el cerebro puede ser confundido por una señal periférica que no tiene por qué corresponderse con una situación de daño real y la importancia del cerebro a la hora de interpretar dichas señales.

Otros receptores detectan otros tipos de señales, pero todos, como se ha comentado, son canales, que introducen cargas positivas en el interior de la neurona, causando la despolarización responsable de la transmisión de la señal eléctrica, en este caso, nociceptiva, que va a llegar hasta la médula espinal. La despolarización provoca la activación de canales voltaje-dependientes que juegan un papel fundamental en la transmisión de la señal nerviosa, tanto que su bloqueo supone la interrupción de la señal, de cualquier señal, que intente transmitir esta neurona. Son los canales que se inactivan al emplear anestésicos locales como la lidocaína que, al bloquear el poro que forma el canal, impiden físicamente la entrada de cargas positivas al interior de la neurona. Los canales de sodio voltaje-dependientes forman una amplia familia muy relevante farmacológicamente y que, actualmente están siendo estudiados en profundidad dado el papel que algunas alteraciones genéticas en los mismos pueden producir en la detección y percepción del dolor. A modo de ejemplo, un cambio puntual en el gen del canal de sodio Nav1.7 puede causar una insensibilidad congénita al dolor o, al contrario, estar relacionado con una hiperalgesia continua conocida con el nombre de eritromelalgia⁽²⁾.

Esa única neurona, llamada nociceptor termina, en el caso de los nervios espinales, en el asta dorsal de la médula espinal (en el núcleo espinal trigeminal si hablamos de estímulos orofaciales). Allí se establece una sinapsis con una (o varias) neuronas espinales, para así transmitir la información a los centros superiores del SNC (Figura 2). El principal neurotransmisor implicado en esta transmisión es el glutamato que, tras liberarse de la primera neurona, va a unirse a receptores específicos localizados en

La diferencia entre dolor agudo y crónico no está en la duración (o no solo), sino en cómo cambia el sistema nociceptivo, encargado de transmitir esa información

Panel de expertos

¿De qué hablamos cuando hablamos de Sensibilización Central?

la segunda neurona (también canales) y provocar la despolarización que permite la transmisión de la señal nociceptiva (Figura 1B)⁽³⁾.

Desde la médula espinal la información llegará al tálamo y, desde allí, alcanzará distintos núcleos cerebrales implicados en el dolor: la corteza somatosensorial, el sistema límbico, y finalmente, la corteza prefrontal. La estimulación de la corteza somatosensorial permite saber dónde se ha producido el estímulo nocivo y cuál es su intensidad. El sistema límbico, que controla las emociones y la memoria, al activarse provocará la respuesta emocional que se asocia a cualquier estímulo nocivo. Finalmente, todo el proceso se integra en la corteza prefrontal, donde se "añaden" el resto de componentes que acompañan al dolor (educacionales, culturales, genéticos, sociales...), y se crea la "experiencia" dolorosa⁽⁴⁾(Figura 1C).

No hay dos dolores iguales

Spoiler: No hay dos dolores iguales.

La corteza prefrontal del individuo está en continua transformación, como receptora de innumerables estímulos que se generan diariamente, luego no hay dos cortezas iguales y, por lo tanto, no hay dos dolores iguales. La información "periférica" no provoca siempre la misma respuesta, y existen numerosos filtros fisiológicos que van a crear una respuesta única, y personal, en cada paciente. Y, además, no es posible ni predecir la respuesta, ni asegurar que siempre que se vaya a provocar el mismo estímulo, la respuesta vaya a ser la misma. El cerebro, basándose en las experiencias previas del sujeto, en su memoria, en su educación, en su entorno sociocultural e incluso económico, y en todo lo que, finalmente, nos convierte en seres humanos, es capaz de crear un tipo de interpretación única a cada estímulo nociceptivo que le llega.

Y aquí no acaba todo... Nuestro organismo dispone de sistemas de modulación endógena (no del todo voluntarios) para determinar la cantidad de información nociceptiva que alcanza el cerebro. En realidad, se trata de dos sistemas; uno puramente espinal, y otro descendente, cerebro-espinal, que modulan, a nivel espinal ambos, la transmisión nociceptiva.

"Sana, sana, culito de rana" es un remedio eficaz para el alivio del dolor... agudo

Spoiler: "Sana, sana, culito de rana" es un remedio eficaz para el alivio del dolor... agudo.

A la médula espinal llegan diversos tipos de neuronas sensitivas encargadas de transmitir distintos tipos de señales, entre ellas, señales táctiles; se trata de las neuronas/fibras denominadas Abeta. Estas fibras Abeta, además de enviar información a sus propias "segundas neuronas", estimulan unas pequeñas interneuronas inhibitorias que, a su vez, conectan con neuronas espinales encargadas de transmitir información nociceptiva⁽⁵⁾. Por eso, frotar una zona dolorida provoca una inhibición de la señal nociceptiva espinal, va a disminuir la cantidad de información nociceptiva que llega al encéfalo (Figura2A).

Aumentar la actividad física puede disminuir el dolor

Spoiler: Aumentar la actividad física puede disminuir el dolor.

Existe otro mecanismo, en este caso descendente, que regula la información que se genera a nivel espinal⁽⁶⁾. Se trata de vías moduladoras descendentes de dos tipos, estimuladoras ("ON") e inhibitorias ("OFF") que se inician en el cerebro y terminan en el asta dorsal (Figura 1D). Las vías OFF frenan la transmisión de información ascendente, las vías ON la facilitan. Desde un punto de vista de control del dolor, lo interesante es potenciar las vías OFF, las que frenan la transmisión de información nociceptiva. Sin embargo, esas vías no se activan de forma consciente, no son controladas por el paciente. Pero se activan por la liberación de endorfinas, unos neurotransmisores inhibitorios que también se liberan, por ejemplo, mediante el ejercicio físico, así que el movimiento activa su liberación y frenan la transmisión ascendente de información nociceptiva, es decir, menos dolor. Otra situación en la que se liberan endorfinas es cuando se ponen en marcha los procesos que denominamos, de forma genérica, "efecto placebo". Si las expectativas del sujeto son las adecuadas, si existe confianza, por ejemplo, en un determinado terapeuta, remedio o fármaco, el cerebro va a sintetizar endorfinas que van a poner en marcha las vías OFF: el dolor se atenúa, incluso puede desaparecer durante un tiempo determinado (nunca todo el que quisiéramos).

Las experiencias negativas, las malas expectativas del paciente, la falta de empatía por parte del terapeuta, pueden aumentar el dolor

Spoiler: Las experiencias negativas, las malas expectativas del paciente, la falta de empatía por parte del terapeuta, pueden aumentar el dolor.

Recientemente se ha acuñado un nuevo concepto, el denominado "nocebo" para explicar cómo estas vías moduladoras descendentes pueden provocar también un efecto incrementador de la señal nerviosa⁽⁷⁾. Se debe a la activación de un neurotransmisor denominado colecistoquinina. La colecistoquinina se encarga de activar las vías "ON". Y esta colecistoquinina se libera (de nuevo, de forma inconsciente), cuando se desarrollan sensaciones de frustración, de miedo, de desconfianza. Esta señal provoca que el dolor se transmita con más facilidad desde la médula espinal y el sujeto refiere más dolor, más incluso del generador en la periferia.

El dolor agudo, la señal de alarma que indica que algo no funciona bien es necesario, imprescindible para el correcto funcionamiento del organismo y, generalmente, es un buen sistema de alerta, que guarda una buena correlación "causa-efecto". El problema viene cuando el estímulo que provocó ese dolor no finaliza, se mantiene en el tiempo, más allá de lo esperado, y entonces el procedimiento se adapta a ese nuevo estatus de actividad mantenida, modificando completamente el funcionamiento del sistema nociceptivo.

El dolor crónico

El sistema nociceptivo está "diseñado" para enviar una información de alarma a los centros superiores del SNC. Y el sistema no diferencia entre agudo y crónico, ni entre útil e inútil. Si el estímulo no desaparece, lo que va a suceder es que se pone en marcha un mecanismo de amplificación y redundancia, a todos los niveles, para hacer llegar la información al cerebro de la forma más rápida e intensa posible (Figura 2).

Spoiler: Si el estímulo se mantiene en el tiempo, en la periferia, las neuronas se vuelven más sensibles y más activas.

Si el estímulo se mantiene, los receptores de membrana disminuyen su umbral de respuesta⁽⁸⁾, es decir, empiezan a responder (en el caso de los canales, a abrirse) a intensidades menores, de forma que el mismo estímulo va a ser transmitido de forma más intensa y a activarse por otros tipos de estímulos. Por ejemplo, el receptor TRPV1, se activará también por la presencia de otras sustancias que se liberan durante la cronificación, como el factor de crecimiento nervioso (NGF), o incluso la bradiquinina, una importante sustancia inflamatoria (Figura 2A), haciendo que se abra antes, que empiece a responder a intensidades nociceptivas menores. Incluso se produce un aumento de la presencia de receptores TRPV1 en el nociceptor, de forma que su sensibilidad aumenta de forma muy relevante⁽³⁾.

También los canales de sodio voltaje-dependientes que se expresan en situaciones de dolor mantenido tienen una cinética más rápida: se abren antes y permanecen más tiempo abiertos. Estos canales transmiten "más y mejor" la señal nociceptiva hacia la médula espinal⁽³⁾.

Y se genera un cambio importante en la periferia, con la aparición de circuitos redundantes que dan lugar a un círculo vicioso: "Estímulo doloroso genera inflamación...que genera liberación de sustancias proinflamatorias y pronociceptivas...que generan más estímulo...que provoca la llegada de más neurotransmisores... que van a provocar más activación neuronal...que provoca más transmisión del estímulo nociceptivo..." lo que, en suma, va a suponer que la información llegue más rápidamente, y amplificada, a la médula espinal.

Spoiler: La Sensibilización Central amplifica la información y modifica el sistema encargado de transmitirla. La intensidad del estímulo no guarda relación con la cantidad de información enviada al cerebro.

Las neuronas transmiten más información, y más rápidamente, hacia la médula espinal. Cuando esa información penetra por el asta dorsal, va a verse modificado el medio ambiente espinal existente, de forma que también las características de las neuronas espinales se ven modificadas. Estos cambios van a modificar así la secreción de neurotransmisores y activación de otros tipos celulares presentes⁽⁹⁾.

Además de glutamato, la llegada masiva de información desde la periferia va a provocar la liberación de otros neurotransmisores, como la sustancia P, el BDNF (*Brain Derived Neurotrophic Factor*), o el CGRP (*Calcitonin Gene Related Peptide*). Más neurotransmisores significa más capacidad para estimular neuronas, luego más información espinal. Se activarán así otros receptores postsinápticos y las neuronas fabricarán más mediadores citoplasmáticos (COX, óxido nítrico...) que, liberados al espacio intersináptico, aumentan la actividad neuronal tanto pre como postsináptica. En conclusión "sale" de la médula espinal más información nociceptiva de la que entró. A este proceso por el que, a nivel del SNC, se amplifica la información a nivel medular, se le denomina Sensibilización Central⁽⁹⁾ (Figura 2B).

Los cambios producidos a nivel espinal conllevan, igualmente, la activación de las células gliales espinales (la microglía y los astrocitos), el equivalente, a nivel del SNC, de las células del sistema inmune⁽¹⁰⁾. Se trata de células que, al activarse, liberan sustancias proinflamatorias y pronociceptivas, capaces de estimular las neuronas espinales, aumentando la cantidad de información que se transmite a los centros superiores del SNC. Esa "inflamación neurogénica" contribuye al aumento de la señal nociceptiva medular⁽¹¹⁾ (Figura 2B).

Si el estímulo se mantiene en el tiempo, en la periferia, las neuronas se vuelven más sensibles y más activas

La Sensibilización Central amplifica la información y modifica el sistema encargado de transmitirla. La intensidad del estímulo no guarda relación con la cantidad de información enviada al cerebro

Panel de expertos

¿De qué hablamos cuando hablamos de Sensibilización Central?

Un estímulo nociceptivo mantenido empeora el funcionamiento de los sistemas de analgesia endógena espinal y supraespinal

Spoiler: Un estímulo nociceptivo mantenido empeora el funcionamiento de los sistemas de analgesia endógena espinal y supraespinal.

La neuroinflamación presente en la médula espinal, así como la “necesidad” de transmitir más información nociceptiva hacia los centros superiores del SNC hace que los sistemas de control endógeno del dolor no sean tan eficaces en situaciones de dolor mantenido. La actividad de las vías OFF disminuye (lo que supone un predominio de la actividad ON, facilitadora de la llegada de información al cerebro). Por otro lado, las interneuronas inhibitorias espinales ven modificadas sus características fisicoquímicas y, al ser activadas, provocan excitación en lugar de inhibición, contribuyendo al fenómeno de alodinia, muy frecuente en situaciones de dolor crónico, sobre todo con componente neuropático. (Figura 3B).

Una vez establecida la Sensibilización Central, la aparición de esos circuitos redundantes, en la periferia y en la médula espinal, suponen que la importancia del estímulo inicial es claramente menor, y la actividad del sistema nociceptivo se mantiene por acción espinal y puede contribuir a una generalización del dolor, de forma que la percepción del dolor por parte del paciente se extienda más allá de la localización inicial del mismo.

Sensibilización y Sensibilidad no son lo mismo

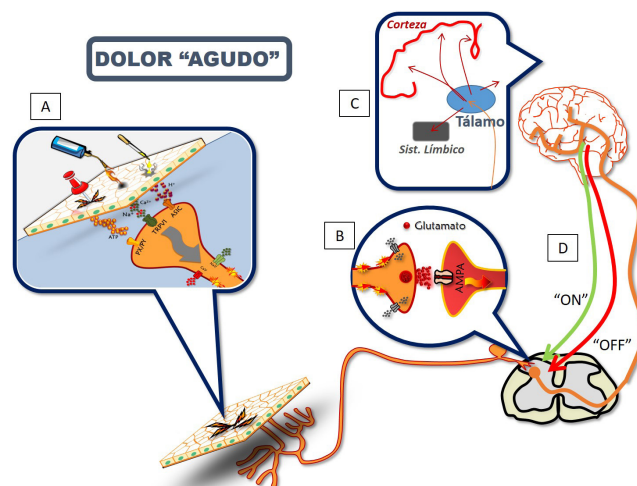
Spoiler: Sensibilización y Sensibilidad no son lo mismo.

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) definió la Sensibilización como “una respuesta aumentada de las neuronas nociceptivas a estímulos normales o presencia de respuesta neuronal a estímulo sub-umbrales”. Cuando ese proceso se produce en la periferia se denomina sensibilización periférica y, cuando afecta a las neuronas de la médula espinal, Sensibilización Central. Por lo tanto, la Sensibilización es el proceso fisiopatológico que está detrás de la cronificación del dolor, el mecanismo que explica la enfermedad de dolor crónico, no una enfermedad en sí, de igual modo que la hiperglucemia mantenida explica la diabetes, pero no es ni un síndrome ni una enfermedad.

La definición de la IASP explica un fenómeno que afecta a las neuronas nociceptivas, no a todas las neuronas en general, ni siquiera a todas las neuronas del SNC. Patologías como la fibromialgia, o la fatiga crónica, no se explican por la presencia de sensibilización central (que puede estar presente o no), sino, por la presencia de un fenómeno de sensibilidad central aumentada, que afecta no solo al componente nociceptivo sino sensorial en un sentido más amplio.

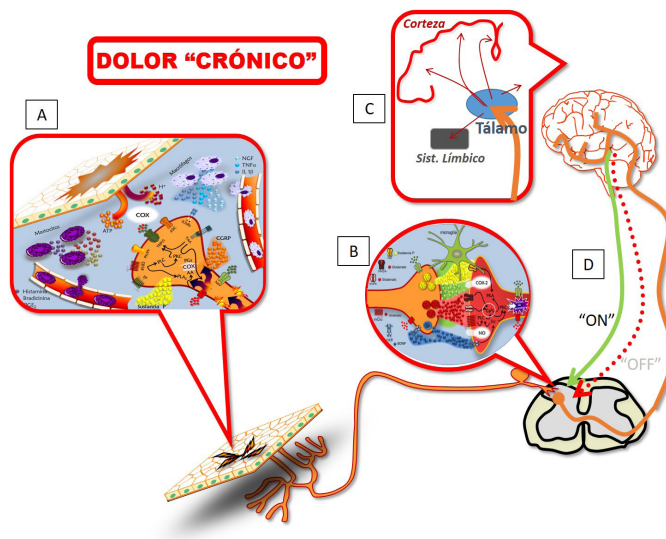
Tablas y figuras

Figura 1. Fisiopatología del dolor agudo



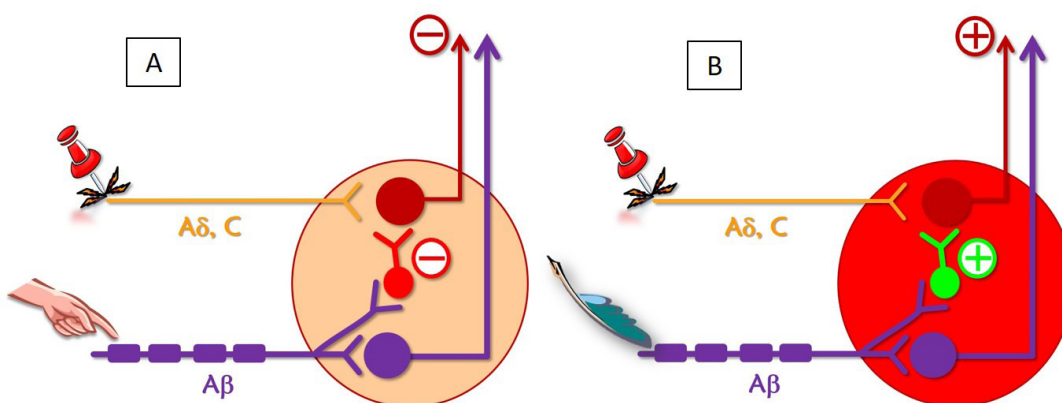
En **A** se muestran los receptores de membrana implicados en la detección de los estímulos, en **B** la neurotransmisión espinal, en **C** la integración cerebral de la nocicepción, en **D** la modulación descendente de la actividad espinal. Ver texto para una información más detallada.

Figura 2. Fisiopatología del dolor crónico



En **A** se muestran los cambios que conducen a la sensibilización periférica, en **B** los procesos de sensibilización central, en **C** la integración cerebral de la nocicepción, en **D** la desaparición de la inhibición descendente por efecto de la sensibilización central. Ver texto para una información más detallada.

Figura 3. Modulación espinal endógena de la información nociceptiva



A: la presencia de interneuronas inhibitorias disminuye la transmisión de información al ser activadas por las neuronas táctiles Aβ. **B:** la sensibilización central modifica las interneuronas que pasan a estimular las neuronas espinales aumentando la transmisión de información táctil que será percibida como dolorosa (alodinia).

Bibliografía

1. Nazroğlu M, Braidy N. Thermo-Sensitive TRP Channels: Novel Targets for Treating Chemotherapy-Induced Peripheral Pain. *Front Physiol.* 2017; 8:1040.
2. Nguyen PT, Yarov-Yarovoy V. Towards Structure-Guided Development of Pain Therapeutics Targeting Voltage-Gated Sodium Channels. *Front Pharmacol.* 2022;13:842032.
3. Bannister K, Kucharczyk M, Dickenson AH. Hopes for the Future of Pain Control. *Pain Ther.* 2017;6(2):117-128.
4. Tracey I y Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron.* 2007; 55 (3): 377-391.
5. Guo D, Hu J. Spinal presynaptic inhibition in pain control. *Neuroscience.* 2014; 283:95-106.
6. Bannister K, Dickenson AH. The plasticity of descending controls in pain: translational probing. *J Physiol.* 2017; 595(13):4159-4166.
7. Blasini M, Corsi N, Klinger R, Colloca L. Nocebo and pain: An overview of the psychoneurobiological mechanisms. *Pain Rep.* 2017;2(2). pii: e585.
8. Julius D y Basbaum AI. Molecular mechanisms of nociception. *Nature* 2001; 413:203-210.
9. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain.* 2011; 152(3 Suppl):S2-15.
10. Watkins LR, Milligan ED, Maier SF. Glial activation: a driving force for pathological pain. *TINS,* 2001; 24: 450-455.
11. Raoof R, Willemen HLD, Eijkelkamp N. Divergent roles of immune cells and their mediators in pain. *Rheumatology (Oxford).* 2018;57(3):429-440.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Señale la opción **CORRECTA**. Con respecto a la transmisión del dolor, las neuronas aferentes se denominan:
 - a) Nociceptores.
 - b) Aferencias primarias.
 - c) Neuronas de primer orden.
 - d) Primera neurona.
 - e) Neurona doliente.
2. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA**. La diferencia entre el dolor agudo y el dolor crónico:
 - a) En el dolor agudo las neuronas tienen el umbral de respuesta más bajo, transmiten la información más rápidamente.
 - b) En el dolor crónico se producen cambios que incrementan la transmisión de la información nociceptiva.
 - c) En el dolor crónico, no se libera sustancia P.
 - d) En el dolor crónico se activan menos receptores de membrana.
 - e) En el dolor agudo se activan las células gliales.
3. Señale la opción **INCORRECTA**:
 - a) Las vías descendentes inhibitorias explican el efecto placebo.
 - b) La vía descendente de control del dolor puede ser activada por las expectativas.
 - c) Uno de los principales neurotransmisores implicados en el control descendente del dolor son las endorfinas.
 - d) El efecto nocebo se debe a la liberación de colecistoquinina.
 - e) El ejercicio, incluso moderado, empeora siempre el dolor por liberar endorfinas.

Respuestas en la página 157

Fibromialgia. Fatiga crónica. Abordaje terapéutico. Implicación desde el Servicio de Salud Mental

M.Vila Grifoll. Psiquiatra Adjunta. Área de Salud Mental Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Resumen

La fibromialgia juvenil y el síndrome de fatiga crónica pediátrica son dos entidades crónicas, de causa desconocida, en que los pacientes sufren dolor musculoesquelético generalizado y fatiga persistente respectivamente, junto con otros síntomas somáticos y cognitivos, que pueden tener un impacto funcional importante en la vida de los niños y adolescentes que los padecen. El tratamiento se basa fundamentalmente en medidas no farmacológicas, que incluyen la combinación de un programa de rehabilitación física progresiva, tratamiento psicológico, principalmente terapia cognitivo conductual e intervención familiar, y medidas de higiene del sueño. Los tratamientos farmacológicos, con evidencia limitada, se usan sólo para el tratamiento sintomático ocasional de los síntomas somáticos y para el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica, sobre todo trastornos depresivos y de ansiedad. Previo al tratamiento es importante la psicoeducación del niño y la familia en relación a la enfermedad y la aproximación biopsicosocial al síntoma. El abordaje es siempre multidisciplinar y requiere de una buena coordinación entre los diferentes profesionales implicados, para promover una buena comunicación con el paciente y su familia y asegurar la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: *Fibromialgia juvenil; Síndrome de fatiga crónica pediátrica; Abordaje multidisciplinar; Programa rehabilitación y terapia psicológica.*

Abstract

Juvenile fibromyalgia and pediatric chronic fatigue syndrome are two chronic entities, of unknown cause, in which patients suffer from generalized musculoskeletal pain and persistent fatigue, respectively, along with other somatic and cognitive symptoms, which can have an important functional impact on the lives of children and adolescents who suffer from them. Treatment is fundamentally based on non-pharmacological measures, which include the combination of a progressive physical rehabilitation program, psychological treatment, mainly cognitive behavioral therapy, family intervention, and sleep hygiene measures. Pharmacological treatments, with limited evidence, are only used for the occasional symptomatic treatment of somatic symptoms and for the treatment of psychiatric comorbidity, especially depressive and anxiety disorders. Prior to treatment, it is important to psychoeducate the child and the family in relation to the disease and the biopsychosocial approach to the symptom. The approach is always multidisciplinary and requires good coordination between the different professionals involved, in order to promote favorable communication with the patient and her family, and ensure adherence to treatment.

Key words: *Juvenile fibromyalgia; Pediatric chronic fatigue syndrome; Multidisciplinary approach; Rehabilitation program and psychological therapy.*

Generalidades, clínica y etiopatogenia

La fibromialgia juvenil (FMJ) y el síndrome de fatiga crónica pediátrica (SFC pediátrica) son dos entidades crónicas y complejas de causa desconocida, que pueden tener un gran impacto funcional en la vida de los niños y adolescentes que las padecen. Muchas de las manifestaciones clínicas son

En la fibromialgia juvenil predomina el dolor musculoesquelético generalizado, en la fatiga crónica predomina la fatiga intensa y persistente

compartidas en ambas enfermedades (quejas somáticas y cognitivas), pero mientras que en la fibromialgia juvenil predomina el dolor musculoesquelético generalizado, en la fatiga crónica predomina la fatiga intensa y persistente. La fibromialgia juvenil es una enfermedad considerada dentro de los síndromes de amplificación del dolor, caracterizada por síntomas de dolor musculoesquelético generalizado de más de 3 meses de duración y múltiples puntos dolorosos a la palpación (11 o más de 18 puntos dolorosos específicos). A menudo se acompaña de fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas como son problemas de concentración o memoria, de organización y de planificación, trastornos del estado de ánimo y otros síntomas somáticos como son dolores de cabeza o dolor abdominal. El dolor no está causado por inflamación local y se postula que podría estar relacionado con una función anormal de los receptores del dolor a nivel central. La evidencia actual indica que la FM es el resultado de la combinación de una predisposición genética y varios estresores externos que resultan en un proceso de sensibilización central, que implica hiperexcitabilidad de circuitos centrales nociceptivos.

El síndrome de fatiga crónica pediátrica es una enfermedad en que los pacientes sufren de cansancio severo e incapacitante, que dura al menos 3 meses, y que no se alivia con el reposo ni con tiempos prolongados de recuperación. Como en la FMJ, también se acompaña de otros síntomas como son alteraciones del sueño, problemas cognitivos, quejas somáticas como la cefalea, el dolor de garganta, dolores y molestias musculares, náuseas y mareos, y alteraciones del estado de ánimo. El malestar post esfuerzo (psíquico o físico) de (baja) intensidad, es un síntoma central y el más útil para hacer el diagnóstico. Los niños experimentan un aumento de la fatiga, malestar general y síntomas después de un esfuerzo, como puede ser asistir al colegio, o incluso bañarse o bajar/subir escaleras. La fisiopatología no está clara, pero parece que podría haber una susceptibilidad genética y múltiples factores que interactúan entre sí para producir los síntomas. En algunos casos se postula una etiología postinfecciosa del SFC.

Ambas entidades son más frecuentes en mujeres, principalmente a partir de la adolescencia

Ambas entidades son más frecuentes en mujeres, principalmente a partir de la adolescencia. La prevalencia de la FMJ se estima en un 2-6% según los estudios, aunque los porcentajes varían en función de la metodología utilizada, y el diagnóstico en la adolescencia suele realizarse en torno a los 13-15 años de edad (en adultos en torno a los 40-50 años). Aunque el síntoma de fatiga severa es frecuente en los adolescentes, sólo entre el 0,1 y el 2% cumplirían criterios de SFC según los estudios, con dos picos de incidencia, de los 10 a los 19 años en jóvenes, y en adultos alrededor de los 30 años. Se ha observado agregación familiar en ambos trastornos.

Afectación funcional y aproximación biopsicosocial al síntoma

Aunque los pacientes difieren en cuanto a la gravedad del deterioro funcional, los síntomas de la FMJ y del SFC pediátrico pueden producir una afectación importante en la calidad de vida de estos niños y adolescentes, afectando a diferentes áreas de su funcionamiento como son el desarrollo, el ajuste social y familiar, y la adaptación escolar presentando absentismo escolar y bajo rendimiento académico. A su vez, ambas entidades están asociadas a un uso frecuente de servicios de salud y en algunos casos a la realización de múltiples pruebas complementarias que buscan comprender el fenómeno.

Ambos trastornos resultan de una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales

Ambos trastornos resultan de una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que una aproximación biopsicosocial al síntoma en la que se analicen factores predisponentes, precipitantes, mantenedores y protectores, es necesaria y útil para la comprensión del trastorno y para el abordaje terapéutico. Los síntomas pueden estar modulados por factores como son el estrés psicológico, la actividad física, los cambios climáticos, la falta de sueño o las infecciones víricas y la fatiga, a la vez que síntomas de depresión y ansiedad pueden también influir en el curso de la enfermedad, agravando y cronificando el cuadro. Como factores predisponentes se han identificado antecedentes de traumas infantiles, problemas emocionales, antecedentes familiares de síndromes de amplificación del dolor o de fatiga crónica, y ejercicio excesivo o inactividad física prolongada en el caso del SFC. Como factores precipitantes se han descrito procesos médicos y quirúrgicos, traumatismos, situaciones vitales estresantes e infecciones en el caso del SFC. Como factores perpetuadores se han identificado, por ejemplo, el retraso en el diagnóstico de la enfermedad, normalmente condicionado por la realización de numerosas pruebas complementarias y la búsqueda prolongada de una enfermedad médica que justifique los síntomas, dinámicas familiares en que se presta excesiva atención a los síntomas, la falta de apoyo social y la realización de sobreesfuerzos físicos o mentales en el caso del SFC.

Diagnóstico y tratamiento

En ambas entidades el diagnóstico es clínico y debe hacerse sólo cuando se han excluido otras causas de dolor musculoesquelético y/o fatiga, por lo que es importante hacer un buen diagnóstico diferencial. No existen pruebas diagnósticas ni hallazgos de laboratorio específicos para ninguno de estos trastornos. El diagnóstico precoz de estos cuadros es importante para evitar la realización de un exceso de pruebas complementarias innecesarias que pueden perpetuar los síntomas, a la vez que permite el inicio de un tratamiento precoz individualizado y multidisciplinar, cuyo objetivo principal es el retorno a las actividades habituales. Es importante tener en cuenta que los familiares y el propio paciente pueden estar preocupados por el posible diagnóstico de "una enfermedad grave". La ansiedad en estos casos puede influir en la expresión del síntoma y justificar la demanda de más pruebas médicas, que actúan a su vez como factores mantenedores del síntoma. Es importante en ambos trastornos realizar una buena psicoeducación en relación a la enfermedad y los síntomas, previo el inicio del tratamiento, resaltando la ausencia de una lesión objetiva en la exploración física y en las pruebas complementarias. Saber que existe una entidad conocida con un tratamiento específico suele tranquilizar al paciente y su familia. Es importante también reconocer la existencia real del síntoma e insistir en que los pacientes 'no son simuladores', a la vez que huir de posibles connotaciones negativas asociadas al diagnóstico.

A nivel terapéutico, es fundamental en ambos trastornos combinar intervenciones psicológicas, con un programa de rehabilitación física progresiva y asegurar una correcta higiene del sueño. La coordinación entre los diferentes profesionales será crucial para una buena comunicación con el paciente y su familia, y asegurar la adherencia al tratamiento.

El abordaje multidisciplinar en que intervienen varios especialistas (reumatología, rehabilitación y fisioterapia, profesionales de salud mental...), se puede realizar en diferentes ambientes en función de la gravedad de los síntomas y del impacto funcional de los mismos. Normalmente se realiza una intervención desde consultas externas de las diferentes especialidades implicadas en el tratamiento, aunque en algunos casos (condicionado fundamentalmente por la gravedad del caso) es necesario un abordaje intensivo en régimen de hospital de día o incluso se puede plantear un ingreso hospitalario, lo que permite por un lado realizar una observación estrecha del paciente y su familia, facilitar un tratamiento intensivo tanto a nivel individual como familiar, y asegurar la adherencia al tratamiento. En algunos centros se hacen abordajes multidisciplinarios a nivel de consulta externa donde intervienen de forma conjunta los diferentes especialistas, lo que asegura una buena coordinación entre profesionales y una buena vinculación y comunicación con la familia. Se recomienda ajustar el tratamiento de una forma individual, guiados por los síntomas de dolor y fatiga, por el resto de quejas somáticas, y por los otros problemas como pueden ser las alteraciones del sueño, la incapacidad funcional y la comorbilidad con trastornos de salud mental. La mayoría de los trastornos comórbidos de depresión y ansiedad se desarrollan durante el curso de la enfermedad, existiendo una asociación bidireccional entre los síntomas físicos y la clínica ansiosa y depresiva en población infantojuvenil.

Es importante resaltar que el abordaje de estos trastornos puede generar frustración en los profesionales implicados en el caso, no solo por las dificultades que pueden surgir en la vinculación, la comprensión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, sino también por, en general, la lenta y fluctuante mejoría de los síntomas a pesar de las intervenciones.

Generalidades del tratamiento (Tabla I)

La base del tratamiento en ambos trastornos son siempre medidas NO farmacológicas, en que se incluyen el ejercicio físico progresivo, una correcta higiene del sueño e intervenciones psicológicas, con el objetivo de reducir los síntomas físicos y mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. El énfasis del tratamiento es inicialmente mejorar la funcionalidad, con la esperanza de que la experiencia de dolor, fatiga y del resto de síntomas disminuya más tarde. Es imprescindible un abordaje multidisciplinar coordinado. En el momento inicial y previo al inicio del tratamiento, se debería facilitar información psicoeducativa respecto a los síntomas, ofreciendo una reformulación del problema desde un modelo más amplio que incluya aspectos biopsicosociales.

Una vez la familia y el paciente han entendido y aceptado la formulación del caso, se desarrollará un plan de intervención médico y psicológico coordinado e individualizado que incluye mantener una vía paralela de actuación en la que se realizará un programa de rehabilitación física progresiva y monitorización de los síntomas por parte del equipo médico, e intervención específica por parte del equipo de salud mental. Se aconseja marcar objetivos realistas centrados en enfatizar la recuperación funcional, más que en la resolución completa de los síntomas.

El diagnóstico es clínico. No existen pruebas diagnósticas ni hallazgos de laboratorio específicos para ninguno de estos trastornos

El abordaje multidisciplinar en que intervienen varios especialistas se puede realizar en diferentes ambientes en función de la gravedad de los síntomas y del impacto funcional de los mismos

La base del tratamiento en ambos trastornos son de medidas no farmacológicas, en que se incluyen el ejercicio físico progresivo, una correcta higiene del sueño e intervenciones psicológicas

Psicoeducación

Es importante reforzar que la experiencia de dolor es real y que los pacientes no son 'simuladores'

La información apropiada a pacientes y padres es fundamental para una buena adherencia al tratamiento. Se resalta la ausencia de una lesión objetiva en la exploración física y en los resultados de las pruebas complementarias. A muchos pacientes y familias les alivia descartar otras causas orgánicas, y saber que existe una entidad conocida con un tratamiento específico para lo que les ocurre. En el caso de la FMJ, puede ser preferible usar el término de síndrome de amplificación del dolor, dadas las connotaciones negativas que puede tener el término. Es importante reforzar que la experiencia de dolor es real y que los pacientes no son 'simuladores'. A su vez, los profesionales deberían resaltar que, aunque se desconoce la duración del cuadro, sí que hay opciones terapéuticas con evidencia para tratarlo, con los objetivos principales de mejorar la funcionalidad y calidad de vida del paciente, reforzando la idea de mejorar los hábitos saludables, a la vez que tratar los síntomas emocionales.

Terapia de Rehabilitación

Desde el inicio del tratamiento es muy importante plantear como objetivo la recuperación funcional del niño y la desfocalización del síntoma (por ejemplo, dolor, fatiga...) a pesar de su persistencia. En este sentido, un programa de rehabilitación física específico y progresivo, realizado desde el servicio de fisioterapia será la estrategia de manejo de elección, especialmente en aquellos pacientes que presenten limitación importante en la movilidad. En estos casos, el paciente se convierte en parte activa de su intervención. La rehabilitación física puede combinarse con pautas de modificación de conducta, incluyendo un programa de refuerzo positivo por las pequeñas mejoras que se vayan consiguiendo en el funcionamiento, permitiendo a su vez, ir reduciendo las posibles ganancias secundarias. En este punto resulta esencial la colaboración y coordinación con la escuela. Dado que muchos pacientes dejan de asistir al centro escolar con regularidad, poder implementar un plan de reincorporación progresiva que permita ir recuperando la normalidad académica y social del colegio es fundamental, ya que cuanto mayor tiempo de absentismo e interrupción de la actividad cotidiana, más riesgo hay de perpetuar los síntomas. En algunos pacientes es necesaria la escolarización en domicilio.

Se sabe que los niños con dolor y fatiga intensa son, en general, menos activos que sus iguales sanos. Además puede haber miedo al movimiento por temor a un aumento del dolor. Numerosos estudios han demostrado la eficacia y beneficios de los tratamientos de rehabilitación en el aumento de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente, la calidad del sueño, a la vez que en la disminución del dolor y la fatiga.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia y beneficios de los tratamientos de rehabilitación en el aumento de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente, la calidad del sueño, a la vez que en la disminución del dolor y la fatiga

Psicoterapia

En población infantojuvenil, las terapias que han demostrado más evidencia en el abordaje de estos trastornos son una combinación de terapia cognitivo conductual individual y terapia familiar. Las técnicas de relajación o medicinas alternativas como el *mindfulness*, también han demostrado ser útiles en menores con dolor crónico.

Terapia familiar

En la intervención familiar se aconseja trabajar la modificación en la interpretación y manejo que se realiza de las quejas del paciente y enseñar a los padres estrategias para que dejen de atender (reforzar positivamente) los síntomas y dirijan la atención a la aplicación de estrategias de afrontamiento que sean útiles, disminuyendo también el estrés familiar. Además, el trabajo con la familia puede poner de manifiesto la presencia de estresores y/o dinámicas disfuncionales que pueden ser relevantes en el mantenimiento de los síntomas del paciente.

Terapia cognitivo-conductual (TCC) individual

Es recomendable que la intervención psicológica se inicie abordando factores biológicos/físicos, por medio de mejorar los hábitos de salud que promueven el bienestar general del cuerpo (ejercicio, sueño, nutrición), permitiendo que el niño focalice su atención en lo que sí puede controlar y modificar. A nivel físico, también se promueve la activación conductual, con planificación e incorporación progresiva a las actividades de la vida cotidiana del paciente (escuela, actividades extraescolares, etc.). A nivel psicológico, se trabajan los factores desencadenantes del síntoma y de las respuestas ante el mismo que permitan modificarlas, evitando la catastrofización y promoviendo estrategias de afrontamiento positivas para sobrellevarlos, como la distracción y el retorno a las actividades a pesar de la persistencia del síntoma. Se ayuda al niño a identificar y manejar pensamientos y sentimientos negativos conectados a los síntomas físicos, a la vez que se trabaja la motivación al cambio. Algunos de los elementos clave del TCC se presentan en la Tabla II.

En población infantojuvenil, las terapias que han demostrado más evidencia en el abordaje de estos trastornos son una combinación de terapia cognitivo conductual individual y terapia familiar

Higiene del sueño

En estos pacientes es habitual la coexistencia de alteraciones del sueño, como pueden ser dificultades para la conciliación, despertares frecuentes y descanso no reparador. Una buena calidad del sueño tiene efectos beneficiosos sobre el dolor y el estrés. Por ello, debe recomendarse establecer unos horarios regulares para acostarse y levantarse (incluidos los fines de semana) con un máximo de número de horas de descanso, evitar siestas o excesos de horas de sueño, evitar el uso de pantallas o bebidas estimulantes como la cafeína antes de acostarse, a la vez que establecer unas condiciones óptimas ambientales para asegurar el descanso nocturno (temperatura ambiental, ruido, estímulos lumínicos...). Tampoco es recomendable hacer ejercicio 2 horas antes de acostarse. En algunos casos será necesario el uso de melatonina o hipnóticos para ayudar con la regulación del hábito del sueño.

Una buena calidad del sueño tiene efectos beneficiosos sobre el dolor y el estrés. Por ello, debe recomendarse una buena higiene del sueño

Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos en estos trastornos suelen tener una eficacia limitada utilizados de forma aislada, pero pueden ser útiles a nivel sintomático para mejorar el sueño, disminuir la intensidad del dolor y aliviar la ansiedad o la depresión que pueden acompañar al resto de manifestaciones clínicas. En estos casos sería recomendable una derivación al psiquiatra para valoración de tratamiento.

En este sentido, los fármacos que más frecuentemente se utilizan en población infantojuvenil son los ISRS, los ansiolíticos y los hipnóticos. En general, el ISRS más utilizado es la fluoxetina. Referente a los ansiolíticos e hipnóticos, las benzodiazepinas se usan en población pediátrica para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad y el insomnio, aunque no existen guías claras para su uso en esta franja de edad. Otros fármacos de uso común con efecto hipnótico son la melatonina y los antihistamínicos. En pacientes donde el síntoma principal es el dolor, el uso de analgesia también está indicado. Tal uso se prescribe generalmente por facultativos de otras especialidades como reumatología, pediatría o anestesia.

Factores de buen y mal pronóstico

De entre los factores de buen pronóstico para la mejoría sintomática y de la funcionalidad, destacan un diagnóstico precoz, una menor discapacidad funcional, mejores estrategias de afrontamiento, la presencia de precipitantes médicos específicos, una personalidad premórbida bien ajustada, una buena adaptación de los padres con mayor flexibilidad parental, una buena adherencia al tratamiento y circunstancias sociales favorables.

De entre los factores asociados a un peor pronóstico destacan la realización de numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones médicas infructuosas, un diagnóstico tardío, la falta de aceptación del diagnóstico tanto por parte del paciente como de la familia y la mala adherencia al tratamiento. Factores sociales y económicos adversos y un estilo cognitivo con tendencia al catastrofismo y miedo al movimiento también han demostrado ser factores de mal pronóstico. Otros son una mayor intensidad del dolor, antecedentes familiares de dolor y enfermedad médica y la presencia de síntomas depresivos. A nivel familiar, un estilo parental rígido, ciertas creencias familiares, la sobreimplicación y el refuerzo de los síntomas por parte de los progenitores y la obtención de beneficios y atención a través de las quejas, pueden reforzar el rol de enfermo en el paciente, evitando que los síntomas desaparezcan. En estos casos, la dinámica familiar suele verse muy alterada, siendo su restablecimiento mediante la intervención familiar uno de los objetivos del tratamiento integral en estos trastornos.

Un estilo parental rígido, ciertas creencias familiares, la sobreimplicación y el refuerzo de los síntomas por parte de los progenitores y la obtención de beneficios y atención a través de las quejas, pueden reforzar el rol de enfermo

Cuestiones específicas del tratamiento de la FMJ

En relación al tratamiento de rehabilitación física en este trastorno, el ejercicio aeróbico de moderada intensidad es el más recomendado y con mayor evidencia de eficacia, a practicar al menos durante 30 minutos 2-3 veces a la semana. Aunque debe avisarse al paciente de la posibilidad de un empeoramiento del dolor y de la fatiga al inicio del programa de ejercicio, la mejoría aparecerá a medida que se habitúan al mismo.

La evidencia de la efectividad de los tratamientos farmacológicos para tratar la FMJ es limitada en la actualidad, no existiendo ningún tratamiento aprobado para la FMJ. Los fármacos como los analgésicos o antiinflamatorios se deben considerar para el tratamiento sintomático del dolor, recomendándose un uso intermitente y a demanda. En ocasiones se han utilizado también anticonvulsivantes o antidepresivos para el tratamiento del dolor.

En cuanto al pronóstico de la FMJ, aunque algunos estudios muestran un buen pronóstico con mejoría sintomática en un plazo de 1 a 7 años, otros, realizados fundamentalmente en entornos hospitalarios, demuestran que a los 4 años de seguimiento más de la mitad de los pacientes continúan cumpliendo

Panel de expertos

Fibromialgia. Fatiga crónica. Abordaje terapéutico. Implicación desde el Servicio de Salud Mental

En la FMJ es habitual un curso crónico y fluctuante que obliga al seguimiento prolongado de los pacientes, incluso después de ser transferidos a las unidades de reumatología de adultos

El pronóstico del SFC pediátrica es, en general, bueno. Estudios muestran una recuperación de los síntomas en el 50-94% de los casos a los 13-72 meses de seguimiento

criterios de la enfermedad y en más del 80% persiste el dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño. Por lo tanto, es habitual un curso crónico y fluctuante que obliga al seguimiento prolongado de los pacientes, incluso después de ser transferidos a las unidades de reumatología de adultos.

Cuestiones específicas del tratamiento del SFC pediátrico

En el caso del SFC pediátrica, es importante el diagnóstico precoz dado el buen pronóstico de estos pacientes con un tratamiento adecuado.

En relación al tratamiento de rehabilitación física en este trastorno, es importante la programación supervisada de actividades y de ejercicio físico. En relación a la actividad, se establece un objetivo con un nivel basal de actividad. Es importante no superar un umbral que provoque un deterioro de los síntomas y evitar las fluctuaciones de actividades, como por ej. realizar exceso de tareas en los días buenos, lo que repercute en un deterioro del funcionamiento en los días posteriores. Una vez mantenido el nivel basal de actividad se aumenta de forma progresiva la siguiente semana (por ej. 10% a la semana), hasta llegar al objetivo marcado. Lo mismo para el ejercicio físico, inicialmente se establece un nivel basal de baja intensidad que se mantiene durante una semana con incremento progresivo durante las posteriores, por ej. inicialmente paseos tranquilos, luego aumentar la intensidad y ritmo de los paseos... En los casos de SFC pediátrica, también es importante el control del peso y una valoración por parte del servicio de nutrición, dada la tendencia a la inactividad/sedentarismo de estos pacientes, y como consecuencia al sobrepeso.

El pronóstico del SFC pediátrica es, en general, bueno. Estudios muestran una recuperación de los síntomas en el 50-94% de los casos a los 13-72 meses de seguimiento. El inicio del tratamiento adecuado de forma precoz aumenta las probabilidades de recuperación completa. La evolución en forma de remisiones y recaídas es frecuente si no se siguen las recomendaciones terapéuticas.

Tablas y figuras

Tabla I. Aspectos relevantes del tratamiento integral

Evaluación y psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">• Detectar posibles estresores (ambientales, personales, familiares, médicos, etc.)• Ofrecer a la familia y al paciente una formulación de los síntomas desde un enfoque biopsicosocial• Evaluar posibles comorbilidades psiquiátricas
Intervenciones específicas	<ul style="list-style-type: none">• Terapia de rehabilitación física• Psicoterapia: incluir intervención psicológica individual (terapia cognitivo conductual) e intervención familiar• Técnicas de higiene del sueño• Monitorización de los síntomas por parte del equipo médico• Farmacología (manejo sintomático y de la comorbilidad psiquiátrica)
Colaboración	<ul style="list-style-type: none">• Escuela: reincorporación progresiva. En algunos casos escolarización domiciliaria• Profesionales médicos (atención primaria, reumatología, rehabilitación, otras especialidades médicas)

Tabla II. Elementos clave de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

<ul style="list-style-type: none">• Fomentar estrategias que permitan incrementar la interacción social y la participación en actividades (activación conductual)• Mejorar hábitos de salud• Estrategias de reestructuración cognitiva que fomenten un procesamiento más ajustado de la información respecto a los síntomas y a la situación actual• Técnicas de distracción y de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación)• Estrategias de resolución de problemas
--

Bibliografía

1. Brigden A, Loades M, Abbott A, Bond-Kendall J, Crawley E. Practical management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis in childhood. *Arch Dis Child*. 2017 Oct;102(10):981-986. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-310622>. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28659269; PMCID: PMC5947766.
2. Coles, M.L., Uziel, Y. Juvenile primary fibromyalgia syndrome: A Review- Treatment and Prognosis. *Pediatr Rheumatol* 19, 74 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12969-021-00529>.
3. Clemente Garulo D. Fibromialgia juvenil y síndrome de fatiga crónica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020;2:311-323.
4. Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Sep 29;9(9):CD003968. doi: 10.1002/14651858.CD003968.pub5. PMID: 30270423; PMCID: PMC6257251.
5. Knight SJ, Scheinberg A, Harvey AR. Interventions in pediatric chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2013 Aug;53(2):154-65. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.009. Epub 2013 May 1. PMID: 23643337.
6. Landry BW, Fischer PR, Driscoll SW, Koch KM, Harbeck-Weber C, Mack KJ, Wilder RT, Bauer BA, Brandenburg JE. Managing Chronic Pain in Children and Adolescents: A Clinical Review. *PM R*. 2015 Nov;7(11 Suppl):S295-S315. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.09.006. PMID: 26568508.
7. Síndromes de amplificación del dolor. Sánchez Manubens J, MD, PhD. *Pediatra reumatóloga. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell, Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues Barcelona. Máster actualización en reumatología pediátrica. Curso 2022-2023.*
8. Stinson J, Connelly M, Kamper SJ, Herlin T, Toupin April K. Models of Care for addressing chronic musculoskeletal pain and health in children and adolescents. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016 Jun;30(3):468-482. doi: 10.1016/j.berh.2016.08.005. PMID: 27886942.
9. Vila M, González L, Polo D. Trastornos somatoformes. En: Luisa Lázaro L, Moreno D y Rubio B. 1a Ed. *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. España: Elsevier; 2021. p.398-407.*

PREGUNTAS TIPO TEST

1. El tratamiento de la fibromialgia juvenil y del síndrome de fatiga crónica pediátrica:

- a) Requiere de un abordaje multidisciplinar por parte diferentes especialistas.
- b) El objetivo principal es el retorno a las actividades habituales y la mejoría en la calidad de vida del paciente.
- c) Los tratamientos que han demostrado más eficacia son las medidas no farmacológicas que combinan un programa de rehabilitación física progresiva, con terapia psicológica cognitivo conductual y medidas de higiene del sueño.
- d) El tratamiento debe ser individualizado dada la heterogeneidad de la presentación clínica.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

2. La psicoeducación en estos trastornos:

- a) Se realiza previo al inicio del tratamiento y es importante para asegurar la comprensión del síntoma y la adherencia al tratamiento.
- b) La aproximación biopsicosocial al síntoma no suele ser útil.
- c) Se refuerza que en estos trastornos la experiencia de dolor o fatiga no es real.
- d) No se abordan los posibles síntomas emocionales comórbidos al cuadro.
- e) Normalmente se enfatiza que no hay opciones adecuadas de tratamiento para estos trastornos.

3. El tratamiento psicológico en estos trastornos:

- a) En población infantojuvenil se suele combinar el tratamiento psicológico individual junto con intervención a nivel familiar.
- b) La terapia psicológica que tiene mayor evidencia en estos trastornos es la terapia cognitivo conductual.
- c) Se refuerzan los hábitos saludables de sueño, actividad y nutrición.
- d) A nivel familiar se enseñan a los padres estrategias para que dejen de atender (reforzar positivamente) los síntomas.
- e) Todas las anteriores son ciertas.

Respuestas en la página 157

¿La enfermedad meningocócica eclipsada por la pandemia de COVID-19? Puesta al día de la vacunación antimeningocócica

F. Moraga-Llop. Pediatra. Vicepresidente de la Asociación Española de Vacunología. Barcelona.

Resumen

La enfermedad meningocócica continúa siendo un importante problema de salud pública por su letalidad, el elevado número de complicaciones y secuelas, y la gran repercusión familiar, social y económica que origina. Además, genera una gran alarma social porque puede destruir vidas en pocas horas, en especial en niños menores de 5 años, la mayoría previamente sanos. El meningococo incluye 12 serogrupos de los cuales seis (A, B, C, W, Y y X) causan más del 95% de los casos de enfermedad. Cinco de ellos son inmunoprevenibles con las vacunas conjugadas monovalentes A y C, y tetravalente ACWY, y la de proteínas recombinantes B. La incidencia de la enfermedad en España, en franca disminución desde principios de siglo, presentó un ligero ascenso en las cinco temporadas previas a la pandemia de COVID-19, aunque con tasas inferiores a 1 caso por 100.000 habitantes. La disminución posterior de la incidencia coincide con el descenso de las enfermedades de transmisión respiratoria durante la pandemia y se debe en gran parte a la implementación de medidas de prevención no farmacológicas. La enfermedad meningocócica es hoy inmunoprevenible; con las vacunas disponibles, la mayor protección se obtiene con la ACWY a los 2 y 4 meses, 12 meses y 12 años, y con la vacunación frente al serogrupo B del lactante y del adolescente.

Palabras clave: *Enfermedad meningocócica; Vacunas antimeningocócicas; Adolescencia; Meningococo B; Calendarios de vacunaciones.*

Abstract

Meningococcal disease continues to be an important public health problem due to its lethality, the high number of complications and sequelae, and the great family, social and economic repercussions it causes. In addition, it generates great social alarm because it can destroy lives in a few hours, especially in children under 5 years of age, most of whom were previously healthy. Meningococcus includes 12 serogroups of which six (A, B, C, W, Y and X) cause more than 95% of the cases of disease. Five of them are immunopreventable with monovalent conjugate vaccines A and C, and tetravalent ACWY, and recombinant protein B vaccine. The incidence of the disease in Spain, in sharp decline since the beginning of the century, showed a slight increase in the five seasons prior to the COVID-19 pandemic, although with rates of less than 1 case per 100,000 inhabitants. The subsequent decline in incidence coincides with the decline in respiratory-transmitted diseases during the pandemic and is largely due to the implementation of non-drug prevention measures. Meningococcal disease is now immunopreventable; with the available vaccines, the greatest protection is obtained with ACWY at 2 and 4 months, 12 months and 12 years, and with vaccination against serogroup B in infants and adolescents.

Key words: *Meningococcal disease; Meningococcal vaccines; Adolescence; Meningococcal B; Immunization schedules.*

La enfermedad meningocócica: una enfermedad inmunoprevenible

La enfermedad meningocócica invasiva (meningitis meningocócica para gran parte de la población) continúa siendo un importante problema de salud pública por su letalidad, el elevado número de complicaciones y secuelas que comporta, y la gran repercusión familiar, social y económica que origina. Además, genera una gran alarma social porque puede destruir vidas en pocas horas, en especial en niños menores de 5 años, la mayoría previamente sanos, sin factores de riesgo. Las manifestaciones clínicas iniciales de la enfermedad suelen ser inespecíficas, pero la evolución puede ser dramática desde la aparición de un leve exantema maculopapuloso, que en pocas horas se convierte en petequiral y este en equimosis y sufusiones hemorrágicas, es decir, todo el espectro clínico de la púrpura. Esta rápida progresión clínica conduce muchas veces a un diagnóstico y un tratamiento tardíos. La categorización del paciente, la valoración de su estado, la monitorización y la oportunidad del tratamiento, adecuándolo a la gravedad, son fundamentales. En la Tabla I se señalan las características más importantes de la enfermedad que justifican la vacunación, incluso en periodos, como el actual, con bajas tasas de incidencia.

Neisseria meningitidis incluye 12 serogrupos (en muchos textos se siguen citando de manera errónea 13, ya que el D se vio posteriormente que era C), de los cuales seis (A, B, C, W, Y y X; el primero y el último excepcionales en nuestro medio) causan más del 95% de las enfermedades meningocócicas (Tabla II). Cinco de ellos son inmunoprevenibles con cuatro grupos de vacunas: una monovalente A, una monovalente C (dos especialidades), una tetravalente ACWY (tres especialidades) y otra frente al serogrupo B (dos especialidades). Están en estudio tres vacunas pentavalentes, de las cuales una incluye el serogrupo X en la tetravalente ACWYX, de gran interés para el continente africano, y otras dos ABCWY a partir de las dos vacunas antimeningocócicas B y las dos ACWY del mismo laboratorio (especialidades de GSK y de Pfizer), que serían de elección en Europa.

Derrotar a la meningitis en 2030: un reto de la Organización Mundial de la Salud para el decenio 2021-2030

En noviembre de 2020, la 73ª Sesión de la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la hoja de ruta para derrotar la meningitis en 2030 (*Defeating meningitis by 2030*). Se trata de un plan ambicioso y muy necesario.

A pesar de los avances significativos en las últimas décadas, la meningitis sigue siendo un problema de salud pública en todo el mundo, con una alta tasa de letalidad y una tendencia a causar epidemias que suponen un gran desafío para los sistemas de salud, las economías y la sociedad. La meningitis causó unas 250.000 muertes en el año 2019 y dejó a una de cada cinco personas afectadas con secuelas graves, además de las graves consecuencias con impacto emocional, social y económico considerable en las personas, las familias y las comunidades.

La meningitis bacteriana constituye un grupo de enfermedades que en gran parte son prevenibles mediante la vacunación. Si bien la hoja de ruta para vencer la meningitis las aborda todas independientemente de su causa, se centra en especial en las producidas por bacterias para las que disponemos de vacunas. Existen vacunas frente a *Haemophilus influenzae* serotipo b, *Streptococcus pneumoniae* (de 10, 13, 15 y 20 serotipos) y *N. meningitidis* (serogrupos A, C, W, Y y B). Sin embargo, no está autorizada una vacuna frente a *Streptococcus agalactiae*, cuarto microorganismo causante de meningitis bacteriana. Estas cuatro bacterias fueron las causantes de más del 50% de las 250.000 muertes por meningitis en 2019.

La OMS, el 3 de noviembre de 2021, hizo una llamada a los científicos para que se acelere el desarrollo de vacunas maternas frente a la enfermedad por *S. agalactiae*, causante cada año de medio millón de embarazos pretérmino con 150.000 fallecimientos y 46.000 abortos. A pesar de la alta cobertura de profilaxis antibiótica que se consigue en algunos países, siguen existiendo graves problemas y riesgos para la salud.

La hoja de ruta de la OMS, conjuntamente con otros socios mundiales, establece una visión integral para 2030, «Hacia un mundo libre de meningitis», con tres objetivos: 1) eliminar las epidemias de meningitis bacteriana, 2) reducir los casos de meningitis bacteriana prevenibles por vacunación en un 50% y las muertes en un 70%, y 3) reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida tras la meningitis.

La incidencia de la enfermedad varía en el tiempo y es impredecible

Manifestaciones iniciales inespecíficas y de evolución impredecible

Seis serogrupos (A, B, C, W, Y, X) causan la mayoría de los casos

La enfermedad meningocócica es hoy inmunoprevenible

Derrotar a la meningitis en 2030: un reto de la OMS

La OMS establece un camino para alcanzar dichos objetivos mediante acciones concertadas sobre cinco aspectos interconectados: 1) prevención y control de las epidemias; 2) diagnóstico y tratamiento; 3) vigilancia de enfermedades; 4) atención y apoyo a las personas afectadas por la meningitis y con secuelas; y 5) garantizar una alta concienciación sobre la meningitis, la consideración en los planes de los países y aumentar el derecho a la prevención, la atención y los servicios de atención posterior.

Uno de los grandes avances en la meningitis en los últimos años ha sido la introducción de una vacuna conjugada frente al meningococo del serogrupo A, MenAfriVac®, desarrollada para su uso en el cinturón africano de la meningitis, donde este serogrupo causaba entre el 80% y el 85% de las epidemias que ocurrían en los 26 países que lo integran.

Epidemiología de la enfermedad meningocócica en España. ¿Se ha visto afectada por la pandemia de COVID-19?

Determinar el serogrupo tiene una gran importancia epidemiológica y vacunológica

En España, la enfermedad meningocócica es de declaración obligatoria desde 1901 y debe notificarse con carácter urgente a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). En los últimos años, la disponibilidad en la mayoría de hospitales de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), realizada en sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido articular, secreción conjuntival, etc., ha permitido confirmar y establecer el serogrupo de un mayor número de casos con sospecha clínica de enfermedad meningocócica. Es muy importante que los casos en los que se desconoce el serogrupo no sean más del 10% y debe disminuir el porcentaje de casos en los que no puede determinarse el serogrupo, para lo cual el laboratorio de referencia de *Neisseria* del Instituto de Salud Carlos III, de Madrid, puede ampliar el estudio de las cepas para determinar el serotipo, el serosubtipo, el inmunotipo y el genotipo, datos que tienen una gran trascendencia epidemiológica. Este hecho es de gran importancia epidemiológica y vacunológica para poder modificar las políticas vacunales, evaluar la efectividad vacunal y estudiar los fallos vacunales.

El cultivo, en especial de sangre y de líquido cefalorraquídeo, sigue siendo el método de referencia, pero en la actualidad la PCR permite el diagnóstico en los casos en que los cultivos han sido negativos, principalmente por una antibioticoterapia previa, y es una prueba de mejor rendimiento y mayor rapidez. En una serie de 75 pacientes con enfermedad meningocócica estudiados en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, el diagnóstico de confirmación y el conocimiento del serogrupo se lograron en el 38,7% de los casos gracias a la PCR.

Incidencia de la enfermedad meningocócica durante la pandemia de COVID-19

La incidencia de la enfermedad meningocócica está en disminución desde principios de siglo

La incidencia de la enfermedad meningocócica en España, en franca disminución desde principios de siglo, presentó un ligero ascenso en las cinco temporadas previas a la pandemia de COVID-19 (2014-2015 a 2018-2019), aunque con tasas anuales bajas, inferiores a 1 caso por cada 100.000 habitantes. La máxima incidencia se observó, como en temporadas anteriores, en los lactantes menores de 12 meses (11,5 casos por 100.000 habitantes). La tendencia fue decreciente para el serogrupo B, que continúa siendo el más frecuente, y creciente para los serogrupos W e Y.

La disminución a partir de la temporada 2019-2020 de la incidencia de la enfermedad meningocócica coincide con el descenso observado en las enfermedades de transmisión respiratoria (en especial la gripe y, en el niño, las infecciones por virus respiratorio sincitial) durante la pandemia, y se debe en gran parte a la implementación de las medidas de prevención no farmacológicas para la COVID-19, sobre todo el distanciamiento físico y la mascarilla, que limitan la transmisión de microorganismos en general. El descenso fue más relevante entre abril y septiembre, meses en que las medidas de contención de la pandemia fueron más rigurosas. Otros factores que hay que tener en cuenta son la posible afectación de los sistemas de vigilancia epidemiológica por la pandemia y la introducción en 2019 de la vacuna antimeningocócica tetravalente a los 12 años en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida.

La incidencia de la enfermedad meningocócica ha disminuido durante la pandemia

Este descenso "pandémico" se ha observado en muchos países de nuestro entorno, como el Reino Unido, Holanda y Francia. En todo el mundo, la repercusión de la pandemia sobre la epidemiología de las enfermedades de transmisión respiratoria ha sido muy importante. Brueggemann y cols. es-

tudieron los cambios en la incidencia de la enfermedad invasiva por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *N. meningitidis* durante la pandemia de COVID-19 (solo incluyen datos desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de mayo de 2020) en 26 países y territorios (37 laboratorios, dentro del programa *Invasive Respiratory Infection Surveillance Initiative*), y observaron una reducción sustancial y mantenida, significativa, en el número de casos de enfermedad invasiva por estos tres microorganismos entre marzo y mayo de 2020, lo que contrasta con las cifras de 2018 y 2019, que fueron muy similares y manteniendo los niveles prepandémicos. Para confirmar la plausibilidad de las medidas de contención en estos cambios de incidencia, lo compararon con los datos (de nueve laboratorios) de la enfermedad invasiva por *S. agalactiae* de transmisión no respiratoria, que permaneció igual que en los 2 años anteriores, al no estar afectada por las medidas de salud pública adoptadas por causa de la pandemia.

La COVID-19 también tuvo su repercusión en las coberturas vacunales. En España, a pesar de las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias, las coberturas vacunales descendieron en todas las comunidades autónomas en los primeros 3 meses de la pandemia entre un 5 y un 60%, dependiendo de la edad y del tipo de vacuna. Las vacunaciones en las escuelas se suspendieron y solo se mantuvo, en general, la cobertura de la vacuna frente al tétanos, la difteria y la tosferina en las embarazadas. La disminución ha sido más manifiesta para las vacunas no financiadas: la primera dosis de vacuna antimeningocócica B disminuyó un 68,4% en la Comunidad Valenciana, y en Andalucía se observó un descenso de las dosis totales de esta vacuna (39%) y de la del rotavirus (18%). A partir del verano de 2020, y con el comienzo del curso escolar 2020-2021, las vacunaciones se han ido recuperando en nuestro país.

Datos de las temporadas pandémicas en España

En la temporada 2019-2020, en especial desde febrero-marzo hasta octubre de 2020, la incidencia de casos notificados disminuyó un 31,3% respecto a la temporada anterior 2018-2019 (270 casos confirmados vs. 390 casos, con tasas de incidencia de 0,57 y 0,83, respectivamente). El descenso fue en todos los serogrupos y en todos los grupos de edad. La máxima incidencia se observó también en los lactantes menores de 12 meses (9,4 casos por 100.000 habitantes).

Durante la temporada 2020-2021 siguió disminuyendo la incidencia de casos notificados, un 75% respecto a la temporada anterior 2019-2020 (64 casos confirmados vs. 270 casos, con tasas de incidencia de 0,14 y 0,57, respectivamente). El descenso fue en todos los grupos de edad y, en cuanto a los serogrupos, se observó un alto porcentaje de casos por serogrupo desconocido, del 28,1%, frente al 5,9% y el 12,9% en las temporadas 2018-2019 y 2019-2020, respectivamente. Hay que destacar el aumento significativo de los casos no serogrupados (hasta cinco veces más en la última temporada en relación con la última prepandémica) en las dos temporadas pandémicas, en relación probablemente con la saturación de los servicios clínicos y de microbiología.

Por último, los datos de la temporada 2021-2022 (de la semana 41/2021 a la 36/2022, a 4 semanas de la finalización de la misma, informe nº 38 de RENAVE) ya indican un aumento de la incidencia, con 89 casos notificados (81 casos confirmados vs. 57 casos en la misma semana de la temporada anterior). Esta tendencia a niveles de incidencia de la época prepandémica parece apreciarse también en otros países, como el Reino Unido y Francia.

Los datos de vigilancia epidemiológica comunicados por la *UK Health Security Agency* en enero de 2022 indican que entre septiembre y noviembre de 2021 se registró un aumento en el número de casos de enfermedad meningocócica por serogrupo B en estudiantes universitarios, coincidiendo con la retirada de las medidas de contención de la COVID-19 en julio de 2021. Según estos datos, los casos en personas de 15 a 19 años ahora superan los niveles previos a la pandemia, con casi todos los casos causados por el serogrupo B. De todos los casos confirmados en los grupos de edad de 15-19 y 20-24 años, el 85% (22 de los 26 casos confirmados) eran estudiantes universitarios. Por el contrario, el meningococo del grupo W representó solo el 6% de los casos y no se observaron casos por los serogrupos Y y C. Esto sugiere que el programa de vacunación ACWY, dirigido a adolescentes desde 2015, mantiene unas tasas bajas de la enfermedad; sin embargo, la baja inmunidad frente al serogrupo B (la vacunación se realiza en el primer año de vida) y la alta transmisión del meningococo entre adolescentes y adultos jóvenes dieron como resultado un repunte de la enfermedad por serogrupo B, en particular en estudiantes universitarios.

En Francia se han registrado 27 casos de meningitis B durante el último año. Desde el 1 de agosto de 2021, la incidencia de enfermedad por el serogrupo B en la región Auvernia-Ródano-Alpes (0,34/100.000 habitantes) se ha duplicado en comparación con el resto de Francia (0,16/100.000 habitantes).

De los 27 casos ocurridos en la región, 12 estaban vinculados a una nueva cepa (ST-3753), cubierta por las dos vacunas antimeningocócicas B. De estos 12 casos, 11 tenían entre 16 y 21 años (92%), con una edad media de 20 años. Esta nueva variante ha provocado la muerte de un joven estudiante y dos formas clínicas graves, una con secuelas y otra con púrpura fulminante. La transmisión parece estar produciéndose en clubes nocturnos. La *Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé* está llevando a cabo acciones para atajar el brote, empezando por una gran campaña vacunal en la que se han enviado 56.000 cartas a jóvenes de edades comprendidas entre los 16 y los 24 años que viven o frecuentan las zonas hiperendémicas, pidiéndoles que acudan a su médico para la administración gratuita de ambas dosis. Además, se han puesto a disposición de la población herramientas comunicativas en la web pública sanitaria francesa, así como un listado de farmacias donde la vacuna está disponible. Los padres de la región con niños en edades comprendidas entre los 0 y los 2 años también han recibido el comunicado para promover la vacunación siguiendo las recomendaciones recientes y su inclusión en el calendario de vacunaciones de 2022.

Cambios en la distribución de serogrupos en la última década: incremento de la incidencia de los serogrupos W e Y

El serogrupo B es el más frecuente en España

Además del descenso de la incidencia de la enfermedad meningocócica, se han producido cambios en la distribución de los serogrupos y destaca el aumento de la incidencia de los serogrupos W e Y en varios países de Europa, primero en el Reino Unido desde 2010, que llevó en el año 2015 a nuevas recomendaciones vacunales, al igual que Holanda hizo 3 años después. En España, el número de casos por los serogrupos W e Y, desde 2014-2015 hasta 2018-2019, ha aumentado de 4 a 86 (48 en la anterior) y de 6 a 50 (37 en la anterior), respectivamente, pero con el mantenimiento del serogrupo B como el más frecuente (38,2% en la última temporada), aunque con menor tasa de incidencia. En la última temporada pre-pandémica, la distribución de los serogrupos por edades fue la siguiente: el serogrupo B fue el más frecuente en los menores de 1 año y en los grupos de 1-4 años, 5-9 años, 20-24 años y 45-54 años; el serogrupo W fue el mayoritario en los grupos de 15-19 años, 25-34 años, 55-64 años, 65-74 años y mayores de 84 años; el serogrupo Y predominó en los grupos de 10-14 años y 75-84 años; y el serogrupo C fue el más habitual en el grupo de 35-44 años. Estos cambios en la incidencia de los serogrupos destacan la importancia de la vigilancia epidemiológica.

Hay que destacar un aumento de la incidencia de los serogrupos W e Y

Conclusión epidemiológica

Conviene no olvidar, confirmando la impredecibilidad de la epidemiología de la enfermedad meningocócica, que durante el pasado siglo y desde 1940 se han producido cinco ondas epidémicas en España, con picos máximos en los años 1944, 1963, 1971, 1979 y 1997, destacando los dos de mayor incidencia de la década de 1970 (tasa en 1979: 17,9 casos por cada 100.000 habitantes, más de 20 veces superior a la de la temporada pre-pandémica). El serogrupo A en la primera onda y el C en la última fueron los causantes; en las tres ondas intermedias lo fue el serogrupo B. Desde principios de este siglo, y después de la incorporación de la vacuna frente al meningococo del serogrupo C en el calendario, el B continúa siendo el mayoritario, aunque en las cinco temporadas pre-pandémicas han aumentado los serogrupos W e Y (Fig. 1).

Vacunación antimeningocócica

Las vacunas antimeningocócicas tienen un pasado, un presente y un futuro (Tabla III). El pasado se inicia en el siglo XX con las vacunas de polisacáridos, al igual que sucedió con las vacunas primero frente a *H. influenzae* serotipo b y después frente a *S. pneumoniae*. El polisacárido capsular de los serogrupos A, C, W e Y es el componente de estas vacunas, que se autorizaron primero en formas monovalentes (A y C) y luego tetravalentes (ACWY). El polisacárido capsular del serogrupo B no se pudo formular para una vacuna por ser poco inmunógeno y por tener en su estructura un ácido siálico similar al presente en las células neuronales embrionarias humanas, que posibilita la aparición de fenómenos de autoinmunidad y de tolerancia inmunitaria.

Las vacunas de polisacáridos tienen limitaciones, ya que son poco inmunógenas y eficaces en niños menores de 18-24 meses, la inmunidad decrece con el tiempo (por lo que la duración de la protección es menor) e inducen escasa memoria inmunitaria después de una dosis de recuerdo (*booster*).

La siguiente línea de investigación fueron las vacunas conjugadas formuladas por la unión del polisacárido capsular a una proteína transportadora (CRM197, una mutante no tóxica de la toxina diftérica, el toxoide tetánico o el toxoide diftérico), que convierte la respuesta inmunitaria independiente del timo en dependiente de este, y que es inmunógena e inductora de memoria inmunitaria a partir de los 2 meses de edad. Sin embargo, la conjugación del polisacárido capsular B puso de manifiesto también tolerancia inmunitaria, con menores respuestas tras la administración de una dosis *booster*, por lo que se abandonó esta tecnología. Las dos vacunas disponibles frente al serogrupo B son recombinantes de proteínas expresadas en la superficie, una de ellas (Bexsero®) obtenida por vacunología inversa (*reverse vaccinology*) y la otra (Trumenba®) por la técnica proteómica.

El futuro de la vacunación antimeningocócica se centra en la investigación que se está llevando a cabo de tres vacunas combinadas pentavalentes. Una de ellas, de extraordinario interés para el continente africano, es la tetravalente con el serogrupo X (vacuna ACWYX). Las dos pentavalentes restantes, con el serogrupo B (vacunas ABCWY), que serían de elección para Europa, están fabricadas a partir de las dos vacunas meningocócicas B y ACWY disponibles actualmente (de GSK y de Pfizer).

Posibles beneficios de la vacunación antimeningocócica B: más allá de la prevención de la enfermedad meningocócica B

Protección cruzada con otros serogrupos de meningococo

La efectividad de las vacunas frente al meningococo del serogrupo B va más allá de este serogrupo; al tener proteínas comunes, sería un importante valor añadido que permitiría hablar de la primera vacuna panmeningocócica, como ya se señaló cuando fue autorizada. En el programa de vacunación del Reino Unido, la implantación de emergencia en 2015 de la vacuna tetravalente ACWY en el adolescente y la inclusión sistemática de la vacuna 4CMenB en el calendario del lactante se hicieron casi en el mismo periodo de tiempo. En 2020 y 2021, Ladhani y cols. reportaron un aumento del número de casos de enfermedad meningocócica por el serogrupo W en las temporadas 2014-2015 y 2015-2016, excepto en dos grupos de edad, los adolescentes de 15-19 años y los lactantes menores de 1 año, que presentaron una disminución del 31% y del 35%, respectivamente. El primer grupo se había vacunado con una vacuna tetravalente que contiene el componente W, y el segundo con la vacuna frente al serogrupo B, por lo que se puede pensar en una protección cruzada de esta vacuna frente al serogrupo W, que se ha confirmado en posteriores trabajos clínicos y de laboratorio (medición de la actividad bactericida frente a los distintos serogrupos).

Prevención de la gonorrea

Un efecto heterólogo de la vacuna 4CMenB es la prevención de la infección producida por otra *Neisseria* (la gonococia por *Neisseria gonorrhoeae*), como ya se demostró en un trabajo realizado con la vacuna OMV (vesícula de membrana externa que contiene porina A como antígeno principal) obtenida de una cepa epidémica neozelandesa de meningococo B (MeNZB), que es el cuarto componente de la vacuna 4CMenB, con una efectividad ajustada frente a la gonorrea del 31% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 21-39). La proteína PorA 1.4 de la OMV y otros antígenos meningocócicos vacunales (NHBA, GNA1030 y GNA2091) tienen una elevada homología con proteínas expuestas en la superficie de *N. gonorrhoeae*, con cierto grado de protección cruzada.

Posteriormente, otros trabajos han confirmado estos datos. En un estudio realizado en jóvenes pertenecientes al *Kaiser Permanente Southern California*, más de 6.000 jóvenes vacunados con 4CMenB y un grupo control con más de 26.000 vacunados con vacuna tetravalente ACWY, se observó que la incidencia de gonorrea fue un 46% inferior en los primeros que en los segundos (análisis ajustado), mientras que la incidencia de la infección por *Chlamydia* fue similar en ambos grupos. En otro estudio de los *Centers for Disease Control and Prevention* de los Estados Unidos con 110.000 personas en las que se identificaron 18.099 casos de gonorrea, se estimó que la vacunación completa con dos dosis ofrecía una protección del 40% (IC95%: 23-53) contra la gonorrea, mientras que con una dosis era del 26% (IC95%: 12-37). Y en otro trabajo realizado en el sur de Australia, donde se desarrolló un programa de vacunación en 53.000 adolescentes, la protección con dos dosis fue del 33%.

Con estos resultados, la prevención de una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, con un aumento de casos en todo el mundo y un incremento de la resistencia a los antibióticos utilizados, podría ser un beneficio adicional de la vacuna 4CMenB; otro importante argumento para incluirla en el calendario del adolescente.

**Vacunación
MenACWY y MenB:
recomendable en
el lactante y el
adolescente**

Estrategias de vacunación antimeningocócica en España

A continuación se resumen los calendarios y las recomendaciones de las autoridades sanitarias y de algunas sociedades científicas sobre la estrategia de vacunación antimeningocócica en el niño sano y con enfermedades de base o condiciones de riesgo.

1. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 2022

La vacunación antimeningocócica en el calendario común (que no es único) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del año 2022 solo contempla para el niño sano la vacuna conjugada monovalente frente al serogrupo C a los 4 y 12 meses, y la tetravalente ACWY a los 12 años.

2. Calendario de vacunación en menores y adolescentes (<18 años) con condiciones de riesgo 2022

Los grupos de riesgo que tienen indicadas las vacunaciones antimeningocócicas ACWY (Tabla IV) y B (Tabla V) son los que establece el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2022.

3. Calendarios de las comunidades autónomas de 2022

Algunas comunidades autónomas han establecido en sus calendarios otras vacunaciones adicionales a las recomendadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

- Vacuna antimeningocócica ACWY conjugada a los 12 meses en lugar de la monovalente C: Andalucía, Castilla y León, Galicia, Melilla y Murcia.
- Vacuna antimeningocócica B en el lactante: Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña y Galicia.

4. Calendario de la Asociación Española de Pediatría de 2022

- Vacuna antimeningocócica C conjugada a los 4 meses y ACWY conjugada a los 12 meses y a los 12 años, con rescate a lo largo de toda la adolescencia.
- Vacuna antimeningocócica B a los 2 y 4 meses, y a los 12-15 meses.

5. Recomendaciones de vacunaciones de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) de 2021

Es un documento de consenso coordinado por la SEMA con la participación de ocho sociedades científicas: la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Asociación Española de Vacunología (AEV), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP), y la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP).

Incluye la vacuna antimeningocócica conjugada ACWY a los 12 años, con rescate a lo largo de toda la adolescencia, y la vacuna antimeningocócica B a los 14-18 años con una pauta de dos dosis.

6. Calendario posible con las vacunas disponibles: calendario de máximos de 2022

- Vacunación antimeningocócica conjugada ACWY del lactante (2 y 4 meses), a los 12 meses y a los 12 años, con rescate a lo largo de toda la adolescencia.
- Vacunación antimeningocócica B del lactante con rescate de los menores de 5 años y del adolescente.

Tablas y figuras

Tabla I. Características de la enfermedad meningocócica: el porqué de la vacunación

1. Enfermedad grave con una alta tasa de letalidad (10 [5-20]%) y un elevado porcentaje de secuelas físicas y psicológicas (10-20 [40]%)
2. Afecta principalmente a lactantes y niños <5 años, con un segundo pico en adolescentes y adultos jóvenes (15-24 años)
3. La mayoría de los afectados son personas sanas
4. Incidencia variable en el tiempo e impredecible
5. Manifestaciones clínicas iniciales inespecíficas
6. Enfermedad temida por la dificultad de un diagnóstico precoz
7. Evolución clínica impredecible, que puede ser devastadora
8. Enfermedad que genera alarma social
9. Coste elevado de la enfermedad, de las secuelas y de la afectación familiar
10. Gastos derivados de gestionar la crisis de salud pública que un caso puede originar

Tabla II. Serogrupos de *Neisseria meningitidis* y enfermedad inmunoprevenible

- Seis serogrupos (A, B, C, W, Y, X) causan la mayoría de los casos (>95%)
- Los seis serogrupos restantes (H, I, K, L, Z, 29E) <5%, y sobre todo en pacientes de riesgo
- Cinco serogrupos (A, B, C, W, Y) son inmunoprevenibles
- El serogrupo X puede ser el sexto inmunoprevenible (vacuna en investigación)

Tabla III. Vacunas antimeningocócicas (2022)

A. De primera generación: vacunas del siglo XX
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas de polisacáridos: mono-, bi-, tri- y tetravalentes (1969-1999) <ul style="list-style-type: none"> — Bivalente AC: se usó en España en el brote de enfermedad por serogrupo C (1996-1999)
B. De segunda generación: vacunas del siglo XXI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunas conjugadas <ul style="list-style-type: none"> • Monovalentes: <ul style="list-style-type: none"> — A: MenAfriVac® — C: Menjugate®, NeisVac-C® • Tetravalentes ACWY: MenQuadfi®, Menveo®, Nimenrix® 2. Vacunas antimeningocócicas B <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas recombinantes expresadas en superficie: <ul style="list-style-type: none"> — Multicomponente 4CMenB: Bexsero® — Bivalente MenB-fHbp : Trumenba®
C. Vacunas de tercera generación: combinadas pentavalentes (en investigación)
<ul style="list-style-type: none"> • ABCWY (4CMenB + MenACWY-CRM, GSK) • ABCWY (MenB-fHbp + MenACWY-TT, Pfizer) • ACWYX

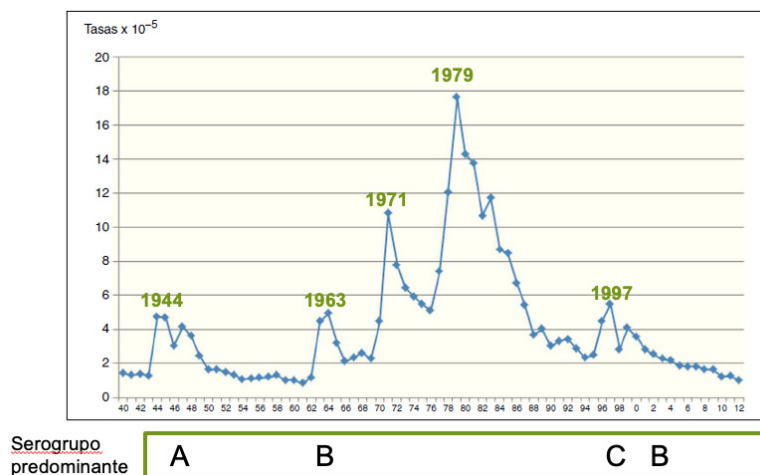
Tabla IV. Vacunación antimeningocócica ACWY y poblaciones de riesgo

1. Asplenia anatómica o funcional
2. Deficiencias del complemento
3. Tratamiento con eculizumab
4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos
5. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana
6. Episodio previo de enfermedad meningocócica
7. Contactos no vacunados de un caso índice por serogrupos A,C,W,Y y brotes comunitarios
8. Viajeros a zonas endémicas (obligatoria en la peregrinación a La Meca)
9. Estudiantes que vayan a residir en países donde la vacuna esté indicada
10. Personal de laboratorio que trabaje con muestras de *Neisseria meningitidis*

Tabla V. Vacunación antimeningocócica B y poblaciones de riesgo

1. Asplenia anatómica o funcional
2. Deficiencias del complemento
3. Tratamiento con eculizumab
4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos
5. Episodio previo de enfermedad meningocócica
6. Contactos no vacunados de un caso índice por serogrupo B y brotes comunitarios
7. Estudiantes que vayan a residir en países donde la vacuna esté indicada
8. Personal de laboratorio que trabaje con muestras de *Neisseria meningitidis*

Figura 1. Incidencia de la enfermedad meningocócica en España. Años 1940 a 2012



Modificada de: P. Garrido*, A. Prat y A. Domínguez.

Bibliografía

- Alderson MR, Arkwright PD, Bai X, Black S, Borrow R, Caugant DA, et al. Surveillance and control of meningococcal disease in the COVID-19 era: a Global Meningococcal Initiative review. *J Infect.* 2022;84:289-96.
- Baker CJ. Prevention of meningococcal infection in the United States: current recommendations and future considerations. *J Adolesc Health.* 2016;59:S29-eS37.
- Brueggemann AB, Jansen van Rensburg MJ, Shaw D, McCarthy ND, Jolley KA, Maiden MCJ, et al. Changes in the incidence of invasive disease due to *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Neisseria meningitidis* during the COVID-19 pandemic in 26 countries and territories in the Invasive Respiratory Infection Surveillance Initiative: a prospective analysis of surveillance data. *Lancet Digit Health.* 2021;3:e360-70.
- Campbell H, Saliba V, Borrow R, Ramsay M, Ladhani SN. Targeted vaccination of teenagers following continued rapid endemic expansion of a single meningococcal group W clone (sequence type 11 clonal complex), United Kingdom 2015. *Euro Surveill.* 2015;20:pii:21188.

- Campins Martí M, Moraga-Llop FA. COVID-19, una lección de la que hay que aprender. *Pediatr Integral*. 2020;24:128-31.
- Clark S, Campbell H, Mensah AA, Lekshmi A, Walker L, Ribeiro S, et al. An increase in group B invasive meningococcal disease among adolescents and young adults in England following easing of COVID-19 containment measures. 2022. Disponible en: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3998164> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3998164>.
- Comisión de Salud Pública: acuerdo alcanzado en relación a la vacunación frente a la enfermedad meningocócica invasiva. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Acuerdo_CSP_Vacunacion_frente_meningitis.pdf.
- Fernández-San José C, Moraga-Llop FA, Codina G, Soler-Palacín P, Espiau M, Figueras C. La reacción en cadena de la polimerasa en el diagnóstico de la enfermedad meningocócica invasiva. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82:139-43.
- Garrido P, Prat A, Domínguez A. Enfermedad meningocócica en España (1940-2012). Tendencias de la incidencia y evolución de los serogrupos antes y después de las campañas de vacunación. *Vacunas*. 2013;14:145-54.
- Gil CJ. Novel assessment of a novel meningitis B vaccine. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:381-2.
- Hidalgo Vicario MI, De Montalvo Jääskeläinen F, Martínón-Torres F, Moraga-Llop F, Cilleruelo Ortega MJ, Montedeoca Melián A, et al. Calendario de vacunaciones del adolescente. Documento de consenso. Madrid: Undergraf; 2021. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/calendario-de-vacunaciones-del-adolescente/>.
- Instituto de Salud Carlos III. Enfermedad meningocócica. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Meningococica.aspx>.
- Ladhani SN, Giuliani M, Biolchi A, Pizzi M, Beebeejaun K, Lucidarme J, et al. Effectiveness of meningococcal B vaccine against endemic hypervirulent *Neisseria meningitidis* W strain, England. *Emerg Infect Dis*. 2016;22:309-11.
- Ladhani SN, Campbell H, Andrews N, Parikh SR, White J, Edelstein M, et al. First real-world evidence of meningococcal group B vaccine, 4CMenB, protection against meningococcal group W disease: prospective enhanced national surveillance, England. *Clin Infect Dis*. 2021;73:e1661-8.
- Martínón-Torres F, Banzhoff A, Azzari C, De Wals P, Marlow R, Marshall H, et al. Recent advances in meningococcal B disease prevention: real-world evidence from 4CMenB vaccination. *J Infect*. 2021;83:17-26.
- Moraga-Llop F, Martínón-Torres F, editores. La enfermedad meningocócica: pasado, presente y futuro. Girona: Editorial Gráficos Montseny; 2013.
- Moraga-Llop FA, Marès Bermúdez J. Estrategias dinámicas de prevención en la enfermedad meningocócica invasiva. *Pediatr Integral*. 2019;23:61-4.
- Moraga-Llop FA. Las vacunas caen durante la pandemia. *Adolescere*. 2020;8:3-6.
- Moraga-Llop FA, Fernández-Prada M, Grande-Tejada AM, Martínez-Alcorta LI, Moreno-Pérez D, Pérez-Martín JJ. Recuperando las coberturas vacunales perdidas en la pandemia de COVID-19. *Vacunas*. 2020;21:129-35.
- Moraga-Llop FA. Calendario de vacunaciones del adolescente. *Adolescere*. 2021;9:14-23.
- Ong JJ, Unemo M, Choong ALC, Zhao V, Chow EPF. Is the end of gonorrhoea in sight? *Lancet Infect Dis*. 2022;22:919-21.
- Organización Mundial de la Salud. Derrotar a la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026407>.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. ¿Cuántos serogrupos de *Neisseria meningitidis* existen?
 - a) 10
 - b) 11
 - c) 12
 - d) 13
 - e) 14

2. ¿Cuántos serogrupos de *N. meningitidis* son inmunoprevenibles?
 - a) 2
 - b) 3
 - c) 4
 - d) 5
 - e) 6

3. ¿Cuál es el serogrupo de *N. meningitidis* más frecuente en España en los últimos 10 años?
 - a) A
 - b) B
 - c) C
 - d) W
 - e) Y

4. La tasa de incidencia de la enfermedad meningocócica en España en los últimos 10 años es:
 - a) <1 caso/100.000 habitantes
 - b) >1 caso/100.000 habitantes
 - c) <1 caso/1.000.000 habitantes
 - d) >1 caso/1.000.000 habitantes
 - e) 10 casos/100.000 habitantes

Respuestas en la página 157

Autolesiones

L. Rodríguez Molinero. Doctor en Medicina. Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Consulta de Medicina de la Adolescencia. Centro Médico La Marquesina, Valladolid.

Resumen

Las lesiones corporales producidas por uno mismo sin intención suicida (ANS) han aumentado en los últimos años de forma preocupante y ha sorprendido a profesionales clínicos de diferentes especialidades. Este aumento ha hecho que sea considerado como un problema de salud pública. Aún no hay criterios para evaluar con rigor y uniformar criterios, por eso, los datos estadísticos son tan variables. Se presentan dos casos clínicos muy distintos. Uno, susceptible de ser tratado ambulatoriamente basado en el seguimiento clínico desde la perspectiva de mantener una buena relación clínica y terapéutica que abunde en las razones personales y ambientales que el modelo asistencial biopsicosocial reconoce. El segundo es más complejo. Desde el inicio se muestra como una situación con alta comorbilidad añadida que exige claramente una asistencia multidisciplinar. Se hace hincapié en una buena derivación a otros niveles, pero sin perder el contacto con el paciente.

Palabras clave: Adolescencia; Autolesiones no Suicidas; Tratamiento multidisciplinar.

Abstract

Bodily injuries caused by oneself without suicidal intent (NSH) have increased in recent years in a worrying way and have surprised clinical professionals from different specialties. This increase has caused it to be considered a public health problem. There are still no criteria to rigorously evaluate and standardize criteria, which is why the statistical data are so variable. Two very different clinical cases are presented. One that can be treated on an outpatient basis founded on clinical follow-up from the perspective of maintaining a good clinical and therapeutic relationship that abounds in the personal and environmental reasons that the biopsychosocial care model recognizes. The second is more complex. From the beginning, it appears as a situation with highly added comorbidity that clearly requires multidisciplinary care. Emphasis is placed on good referral to other levels, but without losing contact with the patient.

Key words: Adolescence; Non-suicidal self-harm; Multidisciplinary treatment.

Introducción

Las lesiones corporales producidas por uno mismo sin intención suicida (ANS) han aumentado en los últimos años de forma preocupante

Las lesiones corporales producidas por uno mismo sin intención suicida (ANS) han aumentado en los últimos años de forma preocupante, y su frecuencia ha sorprendido a profesionales clínicos de diferentes especialidades⁽¹⁾ hasta el punto de considerarlo un problema de salud pública. Aún no tenemos doctrina ni criterios diagnósticos definidos. El DSM5 (2013) contempla unos criterios, pero lo hace en la sección III, dentro de desórdenes pendientes de revisión y nuevas investigaciones, por lo que se deduce que en próximas ediciones se tendrá en cuenta y contaremos con criterios más precisos. (Figuras 1 y 2) (Tabla I).

El interés de los medios de comunicación ha contribuido a extender la “alarma social” y a la divulgación de un hecho sorprendente, y al que nuestra sociedad es muy sensible, por lo que los expertos no descartan que haya influido en la propagación entre la población adolescente^(2,3).

Existe un interés tan creciente para el estudio de este problema, que se han creado varios grupos, tanto a nivel internacional (*Society for the Study of Self-Injury*, ISSS) (<https://www.itriples.org/what-is-nssi>) como a nivel nacional (Grupo de Estudio y Tratamiento de las Autolesiones; GRETA)⁽⁴⁾.

Epidemiología

Las autolesiones han pasado de ser signos clínicos raros y relacionados con enfermedades mentales, a ser una realidad cada vez más frecuente, y en adolescentes sin patología previa. Según los estudios más precoces, hacia los años 80 se consideraba una prevalencia del 0,4%, pero actualmente es del 4%, es decir, diez veces más en unas décadas⁽⁴⁾. Pero estos datos son muy imprecisos debido a la inconsistencia de los criterios clínicos usados, la imprecisión de la edad de los casos o el número de episodios acontecidos. (Tabla II).

En Europa, el 27% de los adolescentes dicen haberse autolesionado al menos una vez en la vida. El 8% de ellos ha reincidido⁽⁵⁾. En un estudio sobre 3.060 adolescentes de 15 a 17 años, se encontró que, mientras que el 35,6% se había autolesionado al menos una vez en el año anterior, solo el 6,7% cumplía los criterios diagnósticos del DSM-5 para ANS⁽⁶⁾.

En España, en una muestra de estudiantes de 18 a 30 años, se detectó una prevalencia del 32% con más de 5 episodios a lo largo de la vida⁽⁴⁾. En una muestra clínica en unidad de psiquiatría infantil durante el año 2016, del total de 110 ingresos, el 27% tuvieron ANS; de ellos el 96% eran mujeres. La edad de inicio fue de 11,8 años⁽⁷⁾.

Existen intentos de evaluar y medir las ANS en población hispanohablante que midan los motivos, la frecuencia, las emociones, los métodos usados para lesionarse, la letalidad, etc. basado en criterios DSM5⁽⁸⁾.

Pronóstico y evolución

Las ANS comienzan en la adolescencia, y muy relacionadas con el desarrollo neuroevolutivo, unido a la impulsividad, emotividad y a factores relacionados con su personalidad.

La evolución es variable, y en estudios longitudinales demuestra la alta probabilidad de recurrencias (63%)⁽⁹⁾. Se han descrito como factores negativos en la evolución: el mal rendimiento escolar, dificultades interpersonales y desregulación emocional⁽¹⁰⁾.

Se describen numerosas formas de hacerse daño físico, pero las más frecuentes con diferencia son aquellas producidas con objetos cortantes o punzantes, pero también golpes y quemaduras⁽¹¹⁾. Las zonas corporales predominantes de autolesiones son las caras anteriores de las extremidades y parte anterior del pecho, pero puede ser cualquier otra.

Las razones por las que los adolescentes se autolesionan son muy variables, pero hay acuerdo en que tienen relación con la falta de regulación de las emociones, constituyen un alivio al dolor emocional, son una forma de autoreproche y un intento de llamada de atención⁽¹²⁾.

Las ANS ha supuesto un reto asistencial en la Atención Primaria de Salud ya que nos ha obligado a usar el modelo asistencial biopsicosocial (MBPS) para atender todas las facetas del enfermar moderno. Entender las ANS es comprender al adolescente en su mundo, y a partir de ahí ayudarle a corregir lo que le pasa⁽¹³⁾. La relación médico-adolescente se produce en un contexto socrático, donde las preguntas ayudan a que el clínico entienda el proceso y el adolescente busque las soluciones. Si queremos **profundizar en el conocimiento** del problema, preguntaríamos: ¿Por qué te haces daño a ti mismo? o ¿Te ha sucedido algo a lo que atribuyes lo que te pasa?, ¿Ha habido algún cambio importante en tu vida últimamente? ¿Colegio, estudios amigos...? ¿Cómo es tu estado de ánimo, humor, ansiedad...? Si nos interesa **explorar sus pensamientos**: ¿Tienes alguna idea que te preocupe actualmente?, ¿Te gustaría comentar algo sobre tu conducta? Si deseamos valorar la **situación sociofamiliar**: ¿Hay algún problema en casa? o ¿Cómo es la relación con tus padres, hermanos, amigos, compañeros de colegio? ¿Tienes muchos amigos y sales con ellos a menudo?...

“El reconocimiento temprano y la modificación de los factores de riesgo es la principal estrategia para prevenir la aparición de ANS, y es una oportunidad para los médicos de atención primaria para impactar en su aparición”⁽¹⁴⁾.

Seguimiento clínico y actitud terapéutica

Las ANS son entidades clínicas multidisciplinares por su propia etiopatogenia. Lo cual no quiere decir que siempre sea necesario recurrir a otras especialidades. Por eso hemos mencionado el modelo asistencial biopsicosocial: porque permite en ocasiones su asistencia. Hay situaciones clínicas sencillas que

Hacia los años 80 se consideraba una prevalencia de las ANS del 0,4%, pero actualmente es del 4%, es decir, diez veces más en unas décadas

Se describen numerosas formas de hacerse daño físico, pero las más frecuentes con diferencia son aquellas producidas con objetos cortantes o punzantes, pero también golpes y quemaduras

Las razones de las ANS son muy variables, pero hay acuerdo en que tienen relación con la falta de regulación de las emociones, constituyen un alivio al dolor emocional, son una forma de autoreproche y un intento de llamada de atención

Hay muchas formas de enfocar las soluciones. Nosotros proponemos y nos hemos entrenado en la Terapia Centrada en Solución de Problemas

auguran buen pronóstico, y otras complejas cuya evolución ya se ve difícil. En el primer caso, se puede actuar desde la Atención Primaria, y en el segundo se impone la interconsulta, incluso la hospitalización en unidades muy específicas.

Hay muchas formas de enfocar las soluciones. Nosotros proponemos y nos hemos entrenado en la **Terapia Centrada en Solución de Problemas**. Proponemos los siguientes pasos para ser prácticos:

- El hecho de relatar o consultar la ANS, ya es, en sí mismo, el principio de la solución. El clima de comprensión y empatía nos va ayudar.
- Valorar si hay relación con enfermedades mentales (EM). Muchos casos suceden en entornos familiares y sociales "normalizados", con muchas posibilidades de colaboración familiar, escolar y de amigos. Si hubiera EM, habrá que pensar en interconsulta.
- Evaluar los riesgos físicos inmediatos.
- Realizar el genograma y un mapa del hogar con indicación del tiempo que pasa en cada lugar.
- Elaborar una lista de problemas de mayor a menor, o situaciones agobiantes que podría realizar el propio adolescente, o los familiares.
- Valorar si hay deseo de recuperarse.
- Dejar que el adolescente proponga alguna solución, o aportar las soluciones nosotros. Evaluar esas soluciones en el seguimiento.
- Psicoterapia del tipo conciencia plena y técnicas de relajación en caso de ansiedad. Estas técnicas están al alcance de los interesados, son fáciles de aprender y eficaces, aunque no en todos los casos^(13,15).

Casos clínicos

Cuando exponemos casos clínicos sabemos que la mayoría tienen rasgos comunes, pero otros aportan detalles muy particulares. Además, el espectro de manifestaciones, trascendencia y gravedad es muy grande. Por razones didácticas me he permitido hacer una diferenciación muy práctica: aquellos casos que son sencillos, susceptibles de tratamiento ambulatorio y con buen pronóstico (Caso A); añadiré detalles procedentes de otros casos que ilustran y enriquecen la experiencia. Otros complejos, que precisan seguimiento y atención multidisciplinaria, y con un pronóstico más reservado (Caso B).

CASO A

Motivo de consulta: Paciente mujer, en cuya revisión de 14 años, se aprecian lesiones lineales cicatriciales en brazo izquierdo y ambas piernas. Estudia 3º de ESO y tiene una asignatura pendiente. Se realiza exploración protocolaria de esa edad.

En otros casos, han sido los padres, informados por amigos de su hijo, quienes han descubierto las ANS. También por el profesor, que conoce el ambiente del aula y al que le llegan las noticias. Presencia de heridas en la cara o brazos, golpes contra la pared o mordiscos...

Solicitamos quedarnos solos con la adolescente, y salen de la consulta la madre y el residente que nos acompañaban. Las experiencias anteriores nos aconsejan buscar la relación clínica personal lo más íntima posible.

Le explicamos que nos preocupaban las lesiones encontradas en brazos y piernas. Dice que unas semanas antes tuvieron una fuerte discusión ella y sus padres, a propósito del horario de vuelta a casa. Vive en una urbanización en el extrarradio de la ciudad y precisa de los servicios de los padres para recogerla. En la discusión se dijeron frases fuertes: "Me tienes hartos...", "Eres una caprichosa..." "Deberías dedicarte a estudiar las asignaturas pendientes...", "La culpa ha sido mía por haberte consentido tantas cosas..."

Antecedentes familiares. Padre universitario y empresario; madre con estudios medios. Nivel económico medio alto. Dinámica familiar de "mala calidad".

Antecedentes personales sin interés. DPM. Normal. Vacunas oficiales más MB y ACWY. Estudia 3º ESO en colegio concertado; actualmente pendiente una asignatura para septiembre.

Carácter reservado, poco habladora, tímida, regulares resultados escolares. No hace deporte ni le gusta. Siempre ha sido así, aunque últimamente esta más "rara".

En casa. No tiene asignadas labores en casa. Ni siquiera su cama. Videojuegos. No hace deporte regularmente. *Tiene smartphone*, pero no hace uso excesivo. Últimamente dice mentiras sobre los resultados del curso. Mantiene escasa relación con el padre. Estilo educativo sobreprotector por la madre y tintes autoritarios del padre.

En el colegio. Malos resultados escolares en último año. Los profesores la notan distraída y en el patio se la ve sola.

Ocio y tiempo libre. Sale poco de casa. Los fines de semana se va al pueblo, donde tiene algún amigo. Aficiones: Videojuegos y ver la televisión. En internet, entra en páginas donde se habla de autolesiones y participa en algún foro.

Amigos, los del colegio y algunos del barrio. Se cambió de casa el último año.

Estado de ánimo. Reconoce que le gustaría divertirse como sus amigos, pero que no sabe cómo. Nunca ha tenido ideas autolíticas.

Dirección y seguimiento del caso. En la entrevista a solas con la adolescente le indicamos la preocupación por las lesiones apreciadas y que como responsables de su salud deseáramos recabar algunos detalles. Con la entrevista logramos crear un ambiente empático de respeto y confidencialidad. Queremos valorar el alcance de las lesiones, el cómo, dónde, con quién y cuántas veces las ha repetido. También deseamos saber las razones, si las conoce. Si ha usado y entrado en páginas de internet donde se habla de estas lesiones y si participa en grupos que se producen lesiones intencionadas ("contagio digital"). Del mismo modo, es necesario informarle del riesgo para su salud física y mental. Y finalmente recordarle que es una menor y que los padres tienen derecho a saberlo, si no lo saben aún. Queremos indagar en los antecedentes familiares de autolisis. Preguntarle si le importa que lo comente con sus padres. En caso de poner inconveniente, debemos ayudarlo a ser intermediarios para que se sienta apoyada por nosotros.

Programamos una próxima entrevista, no lejos, para poder seguir el asunto y profundizar en la estructura familiar (test de APGAR FAMILIAR), investigar su estado de ánimo y emociones mediante cuestionarios como el SDQ (emociones, conducta y sociabilidad), el de Depresión Infantil (CDI) o el de ideación Suicida de Paykel. Los cuestionarios son de gran utilidad en la práctica clínica. Sobre todo, cuando se dispone de poco tiempo y mucha demanda, aportan mucha información y rigor a los diagnósticos.

Una vez recogida la información básica, estamos en disposición de informar a los padres, previo consentimiento de la adolescente, teniendo presente que la chica está en una situación de sufrimiento, pero "no todo el que sufre es un enfermo". Intentaremos quitar dramatismo e intentar comprender y ayudar, para lo que habrá que cambiar algunas pautas de la dinámica familiar. Finalmente, y si es posible y se precisara, solicitar información escolar o de los servicios sociales.

Disponer, con la adolescente, un seguimiento para comprobar si todo lo que se ha hablado en las entrevistas ha surtido efecto y se ha producido un cambio en la conducta.

Durante los meses siguientes, se percibieron cambios en la dinámica familiar que repercutieron positivamente en la evolución de esta adolescente.

CASO B

Motivo de consulta. Acude "María" (16 a.) acompañada de su madre porque la encuentra triste y se niega a ir al colegio desde que ha empezado el curso hace dos meses. Lleva clases "on line" por la pandemia. Se encuentra muy cansada y pasa mucho tiempo sentada. Estudia 1º BUP en un colegio concertado. Buena estudiante y buenas notas; exigente y responsable, le gusta llevar las tareas al día. Los profesores hablan muy bien de su conducta y refieren que en alguna ocasión la han visto llorando en el patio. Duerme mal y poco en los últimos meses, menos de 6 horas todos los días y una hora de siesta. Ve películas cuando se despierta.

Antecedentes familiares. Padre universitario. Madre en paro, trabajó en un estudio de diseño; padece depresión, está medicada, lleva control psiquiátrico y actualmente se encuentra estable. La madre dice que algunas cosas la recuerdan a lo que ella ha sufrido. "María" tiene un hermano dos años mayor que estudia Derecho, con el que tiene buena relación, aunque la reprocha que no hace nada por su salud, lo cual la molesta y obliga a tener una relación distante. La llama "amargada y gorda". El hermano tiene altas capacidades, es guapo y "tiene lo que yo no tengo".

Antecedentes personales. A los 12 años fue intervenida de reflujo G-E con intervención de Nissen. Actualmente toma Omeprazol y lleva control por nutricionista. Hace 1 año tuvo crisis epiléptica por lo que lleva control por neurólogo y tratamiento con Levetiracetam. Apendicitis en últimas semanas.

Con la entrevista logramos crear un ambiente empático de respeto y confidencialidad

Menarquia a los 12 años. Reglas regulares tipo 28/4-5. No dismenorrea. Controles por digestivo, neurólogo y nutricionista (obesidad).

Entrevista a solas: En presencia de Residente-mujer. **Pensamientos** negativos constantes. Duerme mal, falta muchos días al colegio, no le gusta estar con gente, y se pesa varias veces al día porque la relaja. Autolesiones en los últimos meses. **Amigos:** tiene miedo a decepcionarles. En 1º ESO, unas amigas se reían de ella. **Tiempo libre y ocio,** lo pasan en cafeterías no disco. Lee ensayos y disfruta con la música. Tiene una mascota a la que cuida y saca a pasear a horas en que nadie la ve. **Duerme** poco y pasa muchas horas viendo películas en el móvil. **Figura corporal.** Sobrepeso, vómitos espontáneos y provocados. Toma laxantes. No se gusta. Dice que cambiaría muchas cosas de su cuerpo, desearía estar sana, sentirse más segura y ser feliz. Hace unas semanas en un comercio al comprarse un sujetador oyó decir que “estaba muy gorda”. **Relación con la comida:** come con ansiedad y al final de las comidas se va al baño a devolver, lo que le produce mucha culpabilidad. **Ánimo** triste casi siempre. No quiere hacer daño a nadie. Nota que los padres la quieren. Refiere ideas autolíticas, aunque nunca lo haría por no hacer daño a su madre.

Exploración física. P 71 (p97). T. 159,5 (P25-50) IMC: 28 (P95). T.A.: 124/67. FC 62 Tiene cierta reticencia al desvestirse, y se observan unos hematomas en ambas caderas y lesiones residuales en ambos brazos. Tanner IV. **Cuestionario de APGAR familiar:** familia funcional. **CDI:** puntuación 39 (Corte 19). “Pienso en matarme, pero no lo haría” **Cuestionario de Garner y Garfinkel:** 50 (Corte 30) **Test de figura corporal,** sobre una escala de 9 se sitúa en el 5 cuando en realidad está en el 8 (Figura 3).

La guía clínica de este caso es claramente más compleja que el anterior. Con las entrevistas, tanto con los padres como con la adolescente a solas, se deduce que precisa más delicadeza y prudencia. Hay muchos riesgos que valorar, pero nos interesan las mismas cosas del caso anterior: desde cuándo, cómo, con quién..., conocer el alcance de las lesiones, profundizar en las razones y los problemas, aunque algunos ya se han comentado. Comentar el papel protector de los padres y su familia (hermano).

Solicitar información a tutores escolares (se pueden conseguir por teléfono) para conocer cuál es la actitud de la niña en el aula y el recreo, y al equipo psicopedagógico por si tuviera datos que no conocemos. Finalmente ver los recursos con que cuenta para mantener el curso escolar en caso de ingreso o ausencias escolares.

Al final hemos llegado a los siguientes diagnósticos en Atención Primaria:

- TCA. (Cuestionario de Gardner- Garfinkel).
- Dismorfofobia (Test de figura corporal).
- Fobia social (rechazo a ir al cole y salir a la calle).
- Depresión (CDI).
- Autolesiones no suicidas.

La severidad de este cuadro clínico nos hace pensar en la ayuda de especialistas en salud mental infantil. Por tanto, hay que preparar la derivación-interconsulta. Sabemos que una buena y acertada derivación supone un gran avance en el diagnóstico y en el buen resultado de los tratamientos.

Lo primero que hay que considerar es si se trata de una situación “urgente, preferente o normal”.

Las realidades de cada lugar son dispares, los recursos y las listas de espera son muy distintas. Las expectativas de padres y adolescente varían. Los padres desean una solución de calidad, el adolescente quiere mejorar lo antes posible; los especialistas anhelan en que la derivación sea justificada y los gerentes sugieren reducir gastos... Finalmente se impone una buena información de la gravedad de la enfermedad, padres y adolescentes presentes. Destacar la importancia de las ayudas más inmediatas, que son las de la familia y el colegio.

La calidad de una buena derivación-interconsulta crea confianza, facilita una intervención precoz y evita el estigma de la “psiquiatización”, que aún está presente en muchos ambientes sociales.

Finalmente, debemos programar una consulta posterior para evitar perder el contacto y producir la “sensación de abandono” clínico. Dos años después, siguen presentes síntomas derivados de su trastorno alimentario con controles en consulta de psiquiatría y psicología clínica. Escolarmente, los estudios progresan adecuadamente.

La calidad de una buena derivación-interconsulta crea confianza, facilita una intervención precoz y evita el estigma de la “psiquiatización”, que aún está presente en muchos ambientes sociales

Tablas y figuras

Tabla I. Criterios DSM-5 para Autolesiones no Suicidas (ANS)

A.	En al menos 5 días del último año... (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso...) sin intención suicida.
B.	Los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
C.	Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes situaciones:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades interpersonales... 2. Un periodo de preocupación... 3. Pensamientos acerca de autolesionarse...
D.	El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., <i>piercings</i> , tatuajes, parte de un ritual religioso cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.
E.	El comportamiento y sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.
F.	El comportamiento no aparece exclusivamente en individuos con un trastorno del neurodesarrollo, ni por otro trastorno mental...

Fuente: Criterios diagnósticos propuestos para ANS por la Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Página 853.

Tabla II. Frecuencia y prevalencia de diferentes formas de autolesiones *on line*

	1 o 2 veces	3 o 4 veces	5 veces o más	Total
Provocarse algún daño físico y contarlo en Internet.	5,8%	1,3%	0,9%	7,9%
Provocarse algún daño físico y publicar las fotos en Internet.	2,9%	0,4%	0,5%	3,8%
Grabarse haciendo algo humillante y publicarlo en Internet.	6,6%	2,5%	0,5%	9,6%
Grabarse haciendo algo doloroso y publicarlo en Internet.	1,5%	0,3%	0,3%	2,1%
Simular ser acosado de forma anónima en Internet.	0,9%	0,1%	0,3%	1,3%
Publicar de forma anónima en Internet algo malo sobre sí mismo.	2%	0%	0,4%	2,4%

Fuente: Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. RPCNA Vol. 7 no. 1- Enero 2020 – p:9-15.

Figuras 1. Diferentes lesiones-quemaduras producidas por objetos

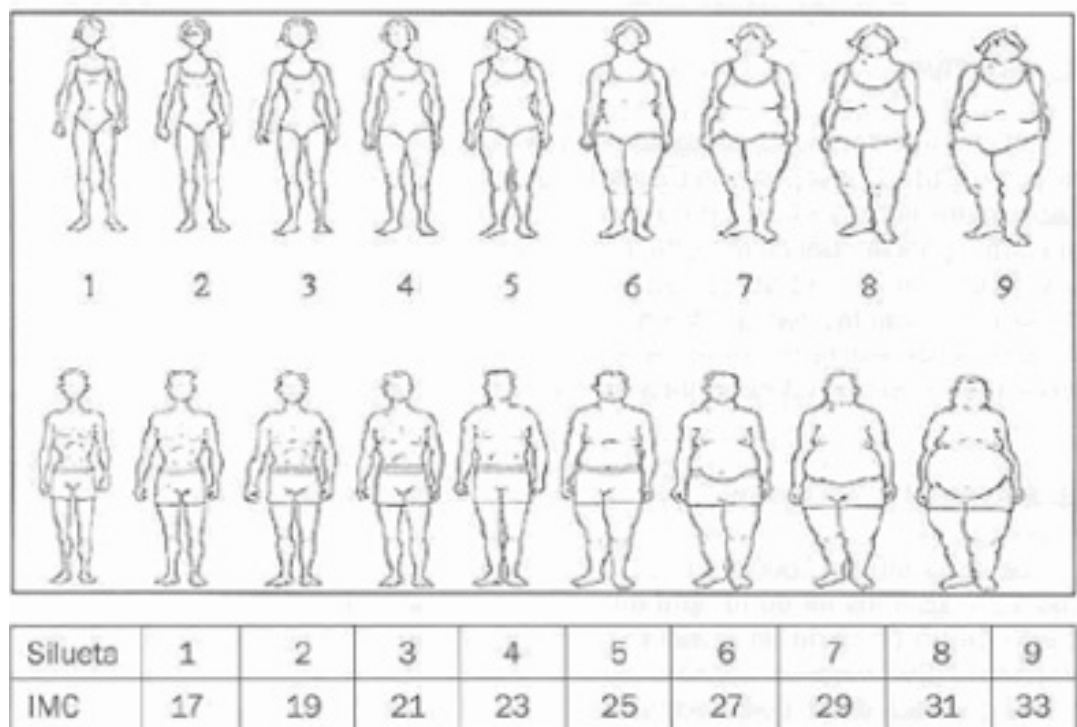


Figura 2: Herida reciente y otras cicatriciales próximas



La mayoría de las ANS en la práctica las encontramos en fase de cicatriz o regresión.

Figura 3. Test de las siluetas de Stunkard



Ref: Stunkard, A. J., Sorenson, T., y Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of neurological and psychiatric disorders*. (pp. 115-120). New York: RavenPress.

Bibliografía

1. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. Fleta Z Zaragozano J. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*, 2017; 47: 37-45.
2. Herrera Ramírez R, Ures Villar M, By Juan José Martínez Jambrina JJ. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.35 no.125 Madrid ene/mar. 2015.
3. Dyson MP, Hartling L, Shulhan J, Chisholm A, Milne A, Sundar P, et al. A systematic review of social media use to discuss and view deliberate self-harm acts. *PLoS ONE*. 2016 May 1;11(5).
4. Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr* 2018;46(4):146-55.
5. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55:337-48.
6. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2015) 9:31.
7. Gómez Sánchez S, Sevillano Benito I, Geijo Uribe S, Mongil López B, Vaquero Casado M, de Uribe Ladrón de Cegama F. Autolesiones en una Unidad de hospitalización Psiquiátrica infantojuvenil. *Psiquiatr Biol*. 2018; 25(1):2-6.
8. Faura-García J, Calvete Zumalde E, Orue Sola I. Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanohablante. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2021 Vol. 42(3), pp. 207-214.
9. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379:236-43.
10. Del M, Flores-Soto R, Cancino-Marentes ME, del Rocio M, Varela F. Systematic Review of Self-Injurious Behaviors without Suicidal Intention in Adolescents [Internet]. Vol. 44, *Rev Cubana Salud Pública*. 2018. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>.
11. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008; 178(3):306-12.
12. Arego Céspedes C. Revisión y actualización del concepto de autolesiones no suicidas. Trabajo fin de grado. Universidad Católica de Valencia. Mayo 2021. (Disponible en internet. Consultado en línea, septiembre de 2022). <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1755/REVISION%20Y%20ACTUALIZACION%20DEL%20CONCEPTO%20AUTOLESIONES%20NO%20SUICIDAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Guía de atención al adolescente. SAMFYC. Junta de Andalucía. 2015. (Disponible en internet. Consultado en línea, abril de 2022) <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>.
14. Ospina Gutierrez ML, Ulloa Rodríguez MF y Ruiz Moreno L. Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. semerg. Vol. 45. Núm. 8, páginas 546-551
15. Autolesiones. *Protocolos de la Asociación Española de Pediatría*. 2008. (Disponible en internet. Consultado en línea, septiembre de 2022). <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Respecto a las autolesiones no suicidas, ¿qué afirmaciones son CIERTAS?

- a) Han aumentado de forma preocupante.
- b) Existen sociedades nacionales e internacionales que están estudiando los ANS.
- c) Los medios de comunicación han contribuido a extender la alarma social.
- d) Los datos epidemiológicos son dispares ante la falta de criterios clínicos definidos.
- e) Todas son ciertas.

2. Respecto al valor de la entrevista a solas con la adolescente del caso clínico A, ¿cuál de estas afirmaciones es FALSA?

- a) Con la entrevista logramos crear un ambiente empático de respeto y confidencialidad.
- b) Deseamos saber las razones de su conducta autolesiva, si las conoce.
- c) Investigamos si ha habido "contagio digital".
- d) No se necesita informar a los padres ya que todo es confidencial.
- e) Debemos tener en cuenta la edad de la chica por razones legales.

3. Respecto al caso clínico B, ¿qué es lo MENOS prioritario sobre los criterios de derivación a especialista en salud mental?

- a) Lo importante es derivarla a los servicios especializados lo antes posible dada la severidad del caso.
- b) Una información a los padres, con la adolescente presente, facilita la comprensión y evita aumentar la estigmatización de los servicios de salud mental.
- c) Una explicación de las razones de la derivación forma parte del resultado final.
- d) Programar una consulta posterior que mantenga la vinculación asistencial.
- e) Hay que intentar el trabajo en red para producir sinergias terapéuticas.

Respuestas en la página 157

Hipopotasemia asociada a anorexia nerviosa. ¿Tubulopatía adquirida o primaria?

G. Ferrer Campo. IAS, Hospital Santa Caterina, Salt. Girona.

Resumen

Se presenta un caso de hipopotasemia asociado a trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa (AN) a partir del confinamiento por la pandemia de COVID-19 en marzo-abril del 2020, con conducta restrictiva progresiva, aumento del ejercicio físico y sin conducta purgativa aparente. El caso intenta discernir entre una alteración iónica asociada a TCA conocida como Pseudo-Bartter en un adolescente de 14 años *versus* un síndrome de Bartter primario no diagnosticado hasta el momento y con asociación temporal con un TCA a partir del cual se descubre.

Palabras clave: *Hipopotasemia; Anorexia nerviosa; Síndrome de Bartter.*

Abstract

We present a case of hypokalemia associated with eating behavior disorder. Anorexia nervosa (AN) commenced during the COVID19 pandemic confinement in March-April 2020, with progressive restrictive behavior, increased physical exercise and no apparent purging behavior. The case tries to distinguish between an ionic alteration associated with eating disorders, known as PseudoBartter, in a 14-year-old adolescent, versus a primary Bartter syndrome not previously diagnosed and with temporary association with an eating disorder, being concomitantly discovered.

Key words: *Hypokalemia; Anorexia nervosa; Bartter syndrome.*

Introducción

La anorexia nerviosa se caracteriza por la alteración de la conducta alimentaria relacionada con el miedo a ganar peso y la distorsión de la imagen corporal, lo que lleva a una malnutrición progresiva. Se distinguen los subtipos restrictivos y purgativos (conductas compensadoras como los vómitos, laxantes y diuréticos o ejercicio excesivo).

Aunque el perfil más frecuente es el de mujer adolescente, delgada y preocupada por la imagen corporal, nuestro caso se trata de un chico adolescente con un sobrepeso inicial, que, a raíz del confinamiento estricto por COVID en la primavera del 2020, inicia un control estricto de la ingesta y empieza ejercicio físico, con la consiguiente pérdida de peso, inicialmente dentro de normopeso, pero en los últimos meses, con conductas cada vez más restrictivas y con IMC en descenso progresivo.

La anorexia nerviosa presenta factores predisponentes que incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. La prevalencia de la AN en adolescentes es del 4%, con un predominio del sexo femenino entre 5-10:1. Actualmente parece que están aumentando las cifras de AN, diagnosticadas a partir de los criterios del DSM-5. Las complicaciones médicas de la AN son múltiples y afectan a todos los órganos y sistemas. Las complicaciones renales representan entre un 7-10% con un descenso de la filtración glomerular, aumento de la creatinina y urea plasmáticas, alteraciones hidroelectrolíticas, edema o nefropatía. En el caso que se describe a continuación, nos centramos en la hipopotasemia con alcalosis metabólica.

Dentro de las tubulopatías secundarias asociadas a TCA encontramos el PseudoBartter o Bartter's like que se caracteriza por ser de causa extrarrenal (diuréticos, laxantes, vómito asociado o algunos casos como efecto secundario de antimicrobianos. También descrito en diarreas crónicas, fibrosis quística, dieta deficiente en cloro).

La anorexia nerviosa presenta factores predisponentes que incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales

Caso clínico

Anamnesis: Varón de 14 años y 9 meses que consulta en urgencias de un hospital provincial por dolor abdominal de unas tres semanas de evolución, se relaciona con las comidas y se asocia a algún vómito alimentario después de la ingesta. Afebril y con deposiciones normales. En alguna ocasión ha presentado calambres en las piernas.

La madre refiere que desde el inicio de la pandemia del COVID-19, ha dejado de comer lo habitual, manifiesta que quiere perder peso y ha iniciado actividad física, con posterior control cada vez más estricto de la alimentación y una pérdida de peso de unos 15 kg en 1 año. Actualmente peso de 42 kg.

Antecedentes familiares: Padres separados con custodia compartida. **Antecedentes personales:** embarazo controlado sin complicaciones. Parto a término con normopeso de 3.180gr. Lactancia materna de 6 meses. Hitos del desarrollo correctos para la edad. Actualmente en el Instituto, según refieren los padres, con dificultades para el aprendizaje, sin haberse realizado pruebas psicotécnicas complementarias hasta la fecha. Antecedentes patológicos: no alergias medicamentosas, no intervenciones quirúrgicas. Dificultad para ganar peso a partir del año de edad con percentiles bajos que se normalizaron a los 2-3 años. No consultas previas en servicios de salud mental. Actualmente sin medicación activa.

Exploración física: Estable hemodinámicamente, exploración física por aparatos y sistemas anodina. Constantes: FC 50lpm. TA 104/59mmHg, 41,5 kg, talla 160cm, IMC 16.2.

Pruebas complementarias en urgencias:

- ECG: ritmo sinusal a 50lpm. Intervalo PR 180ms (normal). Amplitud QRS 80ms (normal para la edad), con progresión de ondas R en precordiales. Eje QRS +60°. Ondas T negativas en V1. QTc 440ms. No alteraciones del segmento ST. No ondas Q patológicas. No bloqueos de rama ni signos de sobrecrecimiento en cavidades ni evidencias de preexcitación.
- Analítica sanguínea: Hemoglobina 14.7g/dL; Glucosa 84 mg/dL; Urea 32 mg/dL; Creatinina * 0.66 mg/dL; Proteína 7.5 g/dL; Albúmina (suero) * 5.5 g/dL; Colesterol 192 mg/dL; Colesterol HDL 84 mg/dL; Colesterol LDL (calcul) 100 mg/dL; Triglicérido 41 mg/dL; Bilirrubina total 0.61 mg/dL; GOT 35 U/L; (GPT) * 44 U/L;; Calcio (II) 10 mg/dL; Fosfato 4 mg/dL; Sodi 139 mEq/L; **Potasio * 2.6 mEq/L**; Cloro * 95 mEq/L.
- Gasometría capilar: pH 7,415, **pCO2 51,8 mmHg**, HCO3 33,2 mmol/L, EB 8,6 mmol/L, Na 138 mEq/L, K 2,5 mEq/L, Ca 4,5 mg/dL, Cl 93 mEq/L, Hto 44%, Hb 15 g/dL, Gluc 92 mg/dL, lact 14 mg/dL, Cr 0,66 mg/dL.

Diagnóstico diferencial:

- Anorexia nerviosa con conductas purgativas → PseudoBartter.
- Anorexia nerviosa + Sd de Bartter primario no diagnosticado.

Tratamiento: ingreso agudo en la unidad de pediatría para corrección hidroelectrolítica con suplementación de potasio inicialmente endovenosa y posteriormente oral.

Evolución: ingreso para control de alteraciones iónicas (hipopotasemia de 2,5mEq/L con hipocloremia 90mEq/L y alcalosis metabólica compensada) y bradicardia sinusal e ingreso en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria durante dos meses, dándose de alta con una recuperación de peso de 7 kg (IMC 19.06) estabilización de la hipopotasemia con medicación y seguimiento desde hospital de día de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria y de nefrología pediátrica.

Inicialmente se sospecha que la hipopotasemia se pueda deber a conductas purgativas, pero el paciente lo niega y durante su estancia hospitalaria, no se llegan a demostrar, por lo que se descarta este origen.

Evolución durante un año y medio de recaídas de la anorexia, con ingreso actual en centro privado y sin normalizar en ningún momento las cifras de potasio (Figura 1). Niega conducta purgativa y no se llega a demostrar en los múltiples ingresos.

Discusión del caso

Enfoque diagnóstico: Se presenta un caso de hipopotasemia asociado a alteración de la conducta alimentaria con desnutrición y alteraciones iónicas como hipopotasemia con hipocloremia y alcalosis metabólica compensada (Figura 2). La primera opción diagnóstica son pérdidas de potasio asociadas a conductas purgativas, pero durante el ingreso se descarta la opción. Hay la posibilidad que el propio

Caso clínico

Hipopotasemia asociada a anorexia nerviosa. ¿Tubulopatía adquirida o primaria?

TCA provoque la hipopotasemia por restricción y atendiendo que el paciente no ha llegado a normalizar la dieta ni recuperar completamente el peso, no se puede en estos momentos descartar esta opción.

En la bibliografía el pseudobartter asociado a conductas purgativas es muy poco conocido, con la publicación de escasos casos, sobre todo adultos que, al no encontrar tubulopatía asociada, se atribuye a las conductas purgativas la pérdida de potasio, con recuperación posterior de los parámetros analíticos una vez recuperado el peso y estabilizado el trastorno de la conducta alimentaria (Figura 2). Hay descritos también en la literatura neonatos con madres con vómitos asociados a conductas restrictivas que presentan un pseudobartter los primeros días de vida, que se resuelve con la alimentación correcta.

Diagnóstico diferencial: No se tiene constancia de analíticas anteriores para poder determinar si en ausencia de trastorno alimentario ya presentaba de base una hipopotasemia leve asintomática, o paucisintomática (recordamos escasa ganancia ponderal los primeros años de vida, con percentiles en el límite de la normalidad).

El diagnóstico diferencial se basa en un pseudobartter por conductas purgativas asociado a TCA o bien un Sd. Bartter primario no diagnosticado hasta el momento (Figuras 3 y 4).

En definitiva, es importante buscar alteraciones hidroelectrolíticas en los TCA atendiendo que están infradiagnosticados e infratratados en la clínica habitual. Se debe incluir la evaluación renal dentro de las manifestaciones metabólicas, no como una alteración aislada sino como una faceta más del trastorno alimentario para poder comprender mejor la fisiopatología y poder ofrecer un mejor tratamiento personalizado.

Enfoque terapéutico: para corregir las alteraciones iónicas se suplementa desde el primer día con dosis ascendentes de potasio, diuréticos ahorradores de potasio e ingesta adecuada según el protocolo establecido en la unidad de psiquiatría para la recuperación ponderal (IMC inicial de 15.9). Aún y con el tratamiento, no se consigue una cifra normal de potasio en ningún momento, motivo por el cual, se deben mantener los aportes hasta la fecha, sin poder esclarecer si hay una tubulopatía de base que impida la normalización de los valores o el hecho de no recuperar el peso adecuado y la persistencia de las conductas restrictivas con múltiples ingresos hace que no se puedan normalizar las cifras de potasio. Por este motivo, se está a la espera de los resultados del panel genético para descartar tubulopatías.

Es importante buscar alteraciones hidroelectrolíticas en los TCA atendiendo que están infradiagnosticados e infratratados en la clínica habitual

Tablas y figuras

Figura 1. Valores de potasio desde el ingreso hasta la actualidad

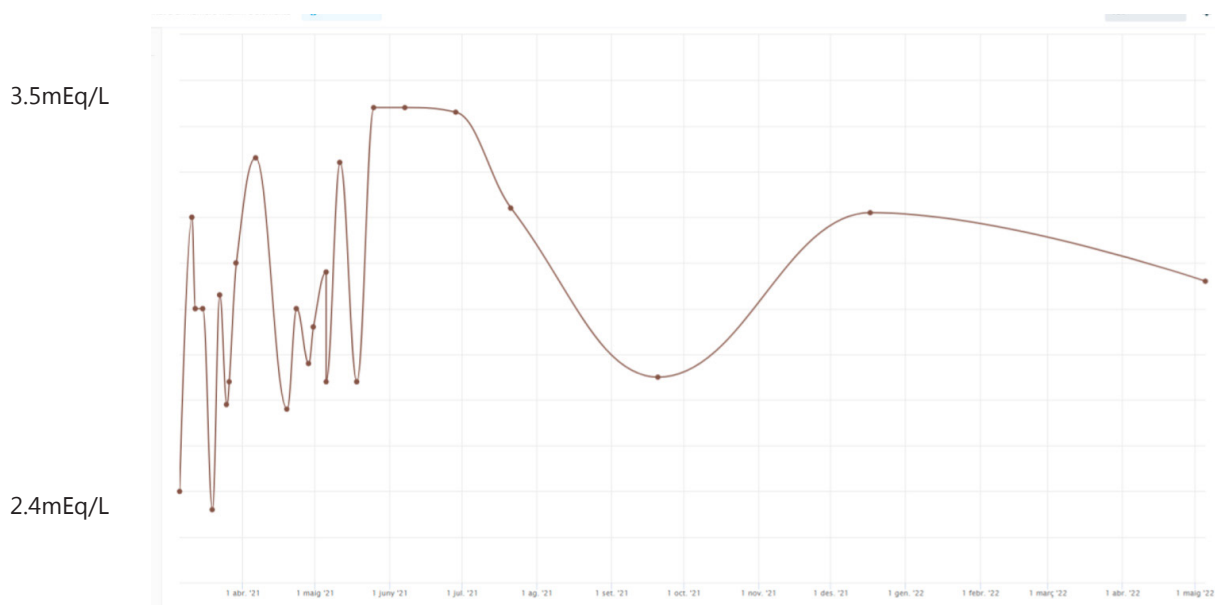
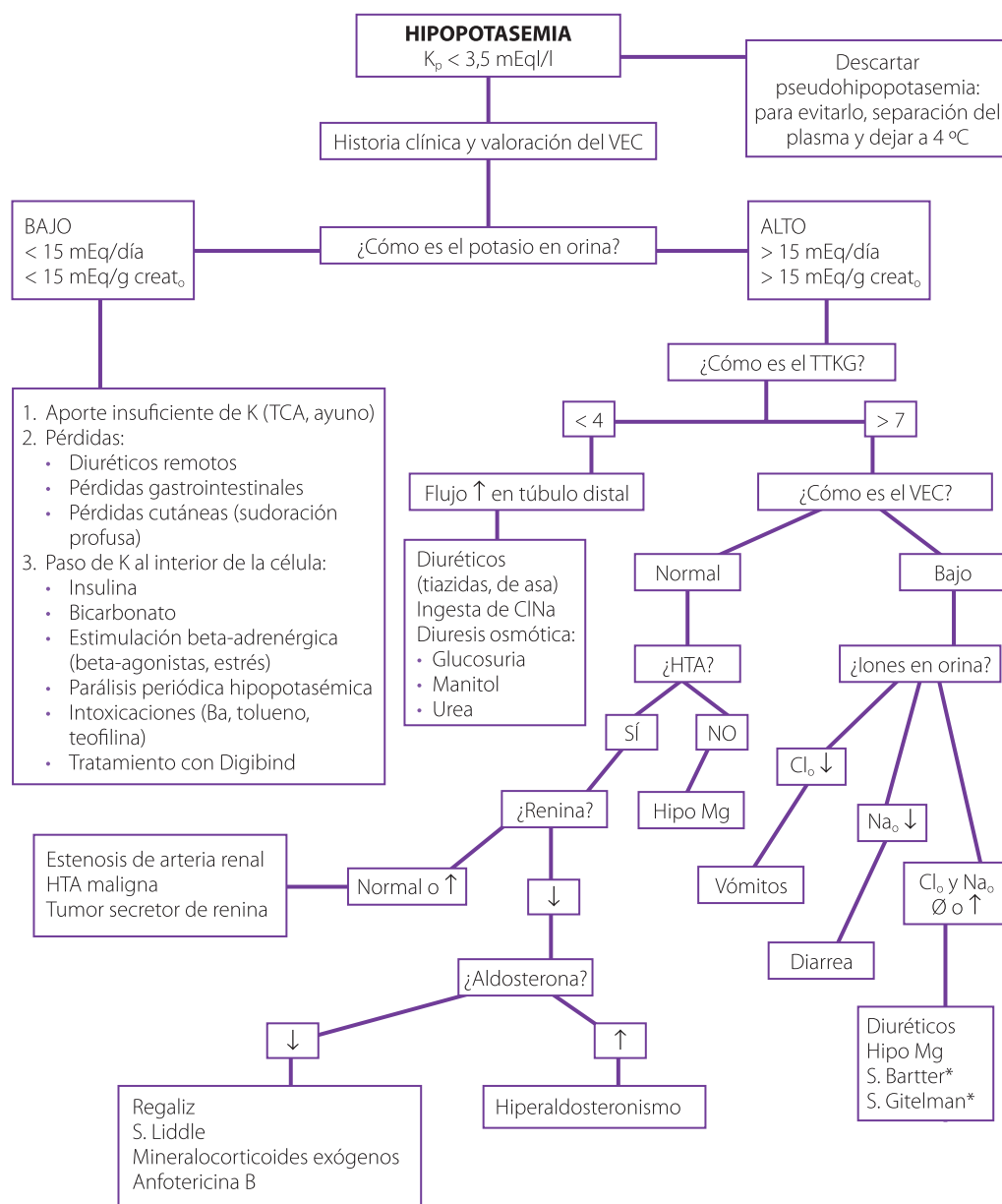


Figura 2. Diagnóstico diferencial de hipopotasemia



*En estas tubulopatías el VEC suele estar normal.

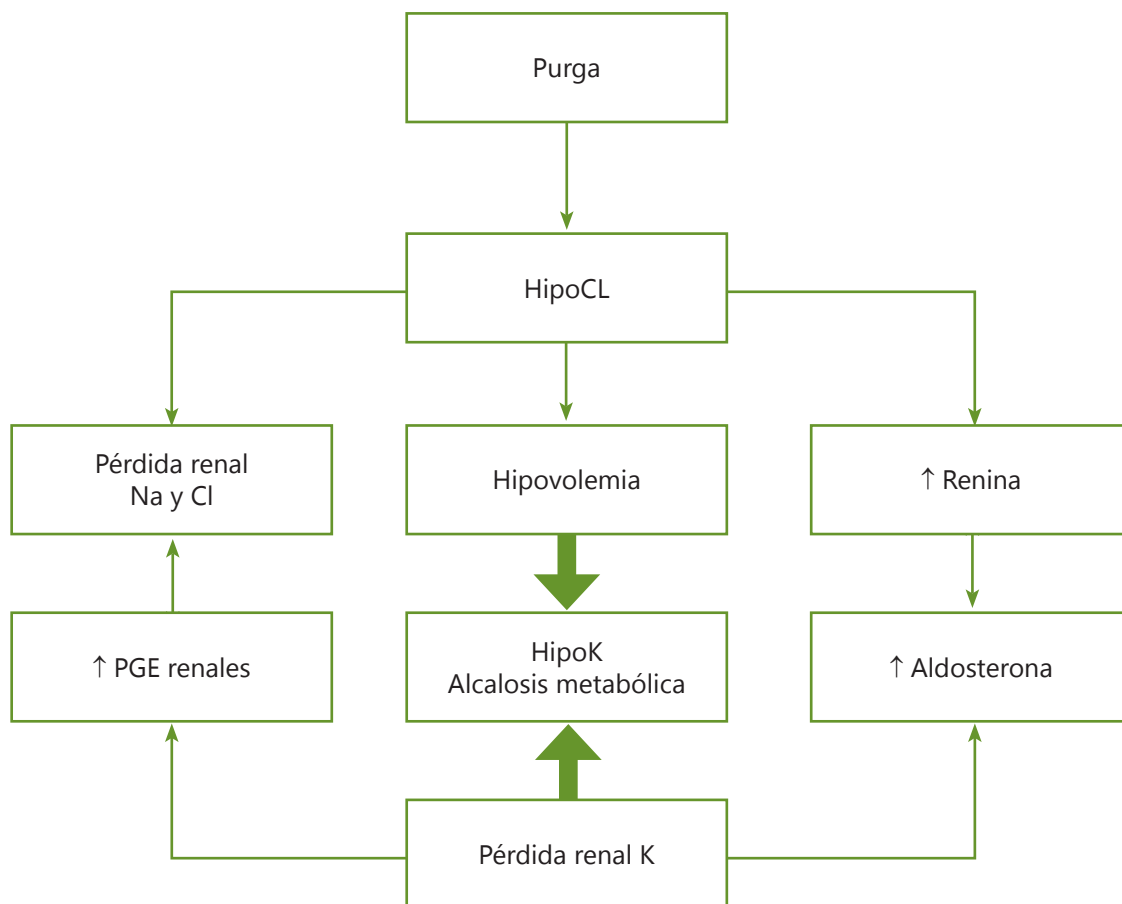
HTA: hipertensión arterial; TCA: trastornos de conducta alimentaria; TTKG: gradiente transtubular de potasio; VEC: volumen extracelular.

Tomado de: Algoritmos SEN: Sociedad Española de Nefrología.

Figura 3. Diagnóstico diferencial entre Síndrome de Bartter y Pseudobartter

	K SÉRICO	CO2 SÉRICO	NA ORINA	K ORINA	CL ORINA	
SD BARTTER	↓	↑	↑	↑	↑	
DIURÉTICOS	PSEUDOBARTTER	↑	↑↓	↑↓	↑↓	
LAXANTES		↓	↓	↑	↓	
VÓMITOS INDUCIDOS		↓	↑	↑↓	↑	↓

Figura 4. Fisiopatología del PseudoBartter



Bibliografía

1. AEPED protocolo Trastornos del comportamiento alimentario. 2019.
2. Bahia A, Mascolo M, Gaudiani JL, Mehler PS. PseudoBartter syndrome in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2012 Jan;45(1):150-3. doi: 10.1002/eat.20906. Epub 2011 Feb 22. PMID: 21344464.
3. Unuma K, Tojo A, Harada K, Saka K, Nakajima M, Ishii T, Fujita T, Yoshida K. Autopsy report on pseudo-Bartter syndrome with renal calcification induced by diuretics and diet pills. *BMJ Case Rep.* 2009;2009:bcr12.2008.1380. doi: 10.1136/bcr.12.2008.1380. Epub 2009 May 25. PMID: 21686346; PMCID: PMC3028182.
4. Jdiaa SS, Walsh SB, Bockenhauer D, Fakhredine SW, Koubar SH. The hypokalemia mystery: distinguishing Gitelman and Bartter syndromes from 'pseudo-Bartter syndrome'. *Nephrol Dial Transplant.* 2021 Dec 31;37(1):29-30. doi: 10.1093/ndt/gfaa100. PMID: 32494811.
5. Konrad M, Nijenhuis T, Ariceta G, Bertholet-Thomas A, Calo LA, Capasso G, Emma F, Schlingmann KP, Singh M, Trepiccione F, Walsh SB, Whitton K, Vargas-Poussou R, Bockenhauer D. Diagnosis and management of Bartter syndrome: executive summary of the consensus and recommendations from the European Rare Kidney Disease Reference Network Working Group for Tubular Disorders. *Kidney Int.* 2021 Feb;99(2):324-335. doi: 10.1016/j.kint.2020.10.035. PMID: 33509356.
6. Ellison D.H., M. Konrad M (Agosto 2022). Inherited hypokalemic salt-losing tubulopathies. UpToDate.
7. Konrad M. (Agosto 2022). Bartter and Gitelman syndromes in children. UpToDate.
8. Mitchell J.E., Zunker C. (Agosto 2022). Bulimia nervosa and binge eating disorder in adults. UpToDate.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. ¿Cuál de las siguientes características del Sd. Bartter no es correcta?

- a) Hipopotasemia.
- b) Alcalosis metabólica.
- c) Acidosis metabólica.
- d) Hipocloremia.
- e) Todas son correctas.

2. ¿Cuándo debemos sospechar conductas purgativas?

- a) Mejoría durante el ingreso.
- b) Siempre hemos de creer lo que dice el paciente con TCA.
- c) No se pueden descartar si no las observamos.
- d) Las conductas purgativas no influyen en los TCA.
- e) Los pacientes con AN no presentan conductas purgativas por definición.

3. El tratamiento de la hipopotasemia del caso debe basarse en:

- a) Suplementación de potasio oral.
- b) Suplementación de potasio endovenoso.
- c) Diuréticos ahorradores de potasio.
- d) Recuperación del peso.
- e) Todas son correctas.

¿Qué sabemos de la microbiota?

S. Gómez Senent. Médico Adjunto. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

La microbiota intestinal es el conjunto de microorganismos que habitan en nuestro intestino, hay grupos de especies estables y otras variables. Encontramos diferentes tipos de microorganismos y en distinta concentración, a lo largo de nuestro tracto gastrointestinal. En el estómago y duodeno tenemos cantidades muy bajas, debido fundamentalmente al ácido gástrico. En yeyuno e íleon disminuye la concentración de oxígeno y aumenta la población de microorganismos, y en el colon es donde hay mayor concentración de microorganismos. En numerosos estudios se describe la relación entre determinados tipos de microbiota intestinal y una gran variedad de enfermedades.

Palabras clave: *Microbiota intestinal, Autismo, Obesidad.*

Abstract

The intestinal microbiota is the set of microorganisms that inhabit our intestine, where there are groups of stable species and other variables. Different types of microorganisms and in different concentrations are found throughout our gastrointestinal tract. In the stomach and duodenum we have very low amounts, mainly due to the gastric acid. In the jejunum and ileum, the oxygen concentration decreases and the population of microorganisms increases, and the colon is where there is a higher concentration of microorganisms. Numerous studies describe the relationship between certain types of gut microbiota and a wide variety of diseases.

Key words: *Intestinal microbiota; Autism; Obesity.*

Composición de la microbiota intestinal

Las bacterias de la microbiota intestinal presentan una estructura muy particular que se asemeja a un gran árbol con pocas ramas principales. Éstas, a su vez, se dividirían en numerosos brazos. Las ramas principales serían los órdenes, representados por sólo seis de los más de cien que existen en la naturaleza: firmicutes (51-76%), bacteroidetes (16-42%), actinobacterias (2-20%), verrucomicrobia (2%), proteobacteria (1%) y fusobacteria (1%).

Los brazos que descienden de esas ramas principales serían los géneros y especies. Y son numerosísimos. Los géneros más representativos de firmicutes son: *faecalibacterium*, *roseburia* y *clostridium*. Por su parte, los más característicos del orden de los bacteroidetes, serían bacteroides y *prevotella*. El género *bifidobacterium* es el más representativo de las actinobacterias intestinales. Además de bacterias, en nuestro intestino también encontramos *archaeas*, virus y formas *eucariotas* (levaduras y protozoos).

El análisis de los genes que se obtuvieron a partir de muestras de heces en adultos europeos logró identificar un total de 3,3 millones de genes. Se estima que cada persona alberga una media de 600.000 genes en el tracto gastrointestinal, de los cuales aproximadamente la mitad son comunes al 50% de los individuos. De los genes identificados, el 98% son bacterianos, y se describieron entre 100 y 1.150 especies bacterianas, con una media por persona de 160 especies.

Aunque los microorganismos más predominantes son las bacterias, también en nuestra microbiota existen virus, hongos y arqueas.

Aunque los microorganismos más predominantes son las bacterias, también en nuestra microbiota existen virus, hongos y arqueas

Funciones de la microbiota intestinal

Nuestra microbiota intestinal lleva a cabo principalmente tres funciones cruciales para nuestro organismo:

- 1. Función metabólica:** consiste en la recuperación de energía y nutrientes de los alimentos.
- 2. Funciones defensivas:** que constituyen el denominado efecto barrera: la presencia de bacterias comensales en sus propios nichos previene la invasión de microbios de fuera y evita su potencial infectividad.
- 3. Funciones tróficas:** las bacterias de nuestro intestino presentan en su superficie una serie de proteínas, que actúan como estimulantes de nuestro sistema inmunológico. De este modo, el contacto continuo entre la microbiota y el sistema inmunitario induce la maduración de éste último en las primeras etapas de la vida y actúa como una especie de entrenamiento continuado que lo mantiene en buena forma para poder repeler con eficacia a los agentes infecciosos.

Las funciones cruciales de nuestra microbiota intestinal son metabólicas, defensivas y tróficas

El ecosistema intestinal desde el nacimiento hasta la edad adulta

El establecimiento de la microbiota intestinal en humanos comienza a producirse incluso antes de nuestro nacimiento. Hasta hace pocos años, estaba generalmente aceptado que el feto era estéril y que el primer contacto con microorganismos se producía en el momento del parto. Hoy, sin embargo, existen varios trabajos -uno de los más importantes publicado en 2014 por el Dr. Aagaard-, que apuntan a una colonización microbiana del feto durante el periodo gestacional. A tenor de estos estudios, se ha descubierto que existen tanto factores perinatales como posnatales que ejercen cierta influencia sobre el desarrollo de la microbiota durante los primeros años de vida.

El establecimiento de la microbiota intestinal en humanos comienza a producirse incluso antes de nuestro nacimiento

Factores perinatales

Fundamentalmente son de cinco clases:

Factores externos

Durante el embarazo, la madre se ve sometida a la influencia de algunos elementos externos, tales como el estrés, el tabaco y otros hábitos de vida poco saludables. El efecto de estos factores en el establecimiento de la microbiota del feto ha sido analizado en diversos estudios. En uno de ellos -el llevado a cabo por el equipo del Dr. Zijlmans-, se comprobó que niños de madres con un alto estrés acumulado durante el embarazo tienen un mayor número de bacterias con potencial dañino (relacionados con los géneros *Escherichia*, *Serratia* y *Enterobacter*) y una menor abundancia de bifidobacterias y bacterias lácticas, lo cual podría estar relacionado con unos mayores niveles de inflamación. Además, otros factores como la exposición con el humo del tabaco durante la gestación, se han relacionado con una diferente composición de la microbiota en neonatos.

Durante el embarazo, la madre se ve sometida a la influencia de algunos elementos externos como el estrés, el tabaco y hábitos de vida poco saludables

Edad gestacional

La edad gestacional influye de forma decisiva en la composición de la microbiota del neonato. Las últimas semanas de embarazo son determinantes en la correcta maduración del intestino y el sistema inmunológico. Los niños prematuros, en los que no se han producido estas últimas etapas de maduración, poseen una microbiota que, comparada con la de neonatos nacidos a término, está caracterizada por una pronunciada disbiosis (desequilibrio de la microbiota intestinal), esto se corrobora en los estudios de los doctores Hilla y Arboleya. Además, el hecho de que el sistema inmunológico no esté bien desarrollado, conlleva a una mayor incidencia de algunas enfermedades. Otros factores asociados a la prematuridad, como el frecuente uso de antibióticos, o las prolongadas estancias hospitalarias durante los primeros días de vida, también influyen en el desarrollo de una microbiota intestinal alterada.

La edad gestacional influye de forma decisiva en la composición de la microbiota del neonato

Obesidad de la madre

Se sabe que los niños nacidos de madres obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad en la infancia. Y se ha sugerido que este efecto podría estar relacionado con alteraciones en la microbiota, concretamente con la transmisión de microorganismos obesogénicos -aquellos que tienen más capacidad para captar energía de los nutrientes de la dieta- de la madre al hijo. Por otra parte, un estudio

La composición y el desarrollo de la microbiota intestinal de niños están relacionados con el índice de masa corporal, el peso y la ganancia de peso de la madre durante el embarazo

Los niños nacidos por cesárea tienen en su microbiota microorganismos que provienen del contacto con la piel y del ambiente hospitalario

En los niños alimentados con leche materna se ha observado una población más abundante de bifidobacterias en su microbiota

publicado en 2011 en la revista *International Journal of Obesity*, muestra que la composición y el desarrollo de la microbiota intestinal de niños están relacionados con el índice de masa corporal, el peso y la ganancia de peso de la madre durante el embarazo.

Tipo de parto

Independientemente de otros factores, el hecho de que el parto sea natural, o por cesárea, condiciona el establecimiento y posterior desarrollo de la microbiota del niño. Esto hace que la composición de la microbiota, sobre todo durante las primeras etapas de la vida, sea diferente:

- **Parto vaginal:** el recién nacido adquiere una parte importante de su microbiota durante el paso por la vagina, por lo que predominarán microorganismos característicos de la vagina, como los lactobacilos.
- **Cesárea:** los niños nacidos por cesárea tienen en su microbiota microorganismos que provienen del contacto con la piel y del ambiente hospitalario, como los estafilococos *Klebsiella*, *Enterobacter* y *Clostridium*. Los niños nacidos por cesárea también tienen una menor diversidad microbiana en su microbiota. Estas diferencias entre las microbiotas (cesárea vs. término) decrecen gradualmente, aunque la disbiosis puede persistir durante largos periodos de tiempo.

Dadas las diferencias entre un bebé nacido por vía vaginal o por cesárea, se llevó a cabo un estudio publicado en la revista *Nature* en 2016, cuyo objetivo era igualar la microbiota de los bebés nacidos por cesárea. Dicho experimento consistía en introducir una gasa en el canal del parto, impregnándolo de la microbiota de la madre en el momento en que ésta se ponía de parto. La gasa fue depositada en un recipiente estéril. Y, una vez que el niño nació por cesárea, se le impregnó la gasa por la boca, la cara y su cuerpo. Días después, se efectuó una comprobación de la microbiota del bebé y se constató que, efectivamente, estaba colonizada por la microbiota de la madre.

Uso de antibióticos

La administración de antibióticos, durante las etapas finales de gestación, se produce normalmente para evitar la infección perinatal por estreptococo del grupo B, que se determina en la semana 37 de gestación, tal como se describió en 2015 en la revista *Journal of Pediatrics*. Se ha demostrado que este tratamiento produce un impacto no solo en la microbiota de la madre, sino también en el establecimiento de la microbiota en el neonato. Como consecuencia, se produce un retraso en la colonización de microorganismos beneficiosos y un aumento de microorganismos potencialmente patógenos.

Factores posnatales

De los que destacaré principalmente cuatro: alimentación, genoma, entorno y empleo de antibióticos.

Durante los primeros meses de vida el bebé, se entra en contacto con un ambiente extraordinariamente rico en microorganismos y su cuerpo ha de aprender a convivir con ellos. En este sentido, el correcto desarrollo y la maduración de nuestro aparato gastrointestinal y del sistema inmunológico -que se producen en armonía con el establecimiento de la microbiota-, son esenciales para alcanzar un estado fisiológico saludable en edades más avanzadas.

En estas primeras etapas, se desarrolla la tolerancia oral, un proceso a través del cual nuestro sistema inmunológico reconoce los antígenos de la dieta y de nuestra microbiota como propios y evita una reacción adversa contra ellos. Y, en el intestino, se establecen algunos microorganismos, como las bifidobacterias, que nos van a ayudar a aprovechar nutrientes fundamentales para nuestro desarrollo.

Alimentación

Los trabajos científicos que comparan la influencia de la alimentación con leche materna con la de leche de fórmula llegan generalmente a las mismas conclusiones. En los dos grupos se produce un patrón de colonización diferente, que se caracteriza por una población más abundante de bifidobacterias en los niños alimentados con leche materna. Asimismo, es importante resaltar que la alimentación con leche materna se ha asociado con una menor frecuencia de obesidad en adolescencia y edad adulta, con una menor incidencia de enterocolitis necrotizante y diarrea durante los primeros meses de vida, así como con una menor incidencia de enfermedades inflamatorias intestinales y diabetes tipo 2.

Por el contrario, la microbiota de niños alimentados con leche de fórmula se caracteriza por tener una mayor diversidad de microorganismos, con abundancia de bacterias potencialmente dañinas, que se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad atópica en etapas posteriores.

Otro factor que condiciona el tipo de microorganismos presentes en nuestro intestino durante el primer año de vida es el paso de la lactancia a la alimentación sólida. Tras el destete, se producen importantes modificaciones en el perfil de nutrientes ingeridos por el niño, introduciéndose por primera vez en la dieta los alimentos de origen vegetal, la carne y el pescado. En consecuencia, es en este momento cuando se empiezan a producir cambios en la microbiota, que tendrán como resultado el establecimiento de una microbiota más parecida a la de la edad adulta.

Factores genéticos

En los últimos años, se han publicado varios estudios -como los de W. Turpin y M. J. Bonder-, en los que se establecen asociaciones entre las características del genoma humano y la composición de la microbiota intestinal. Por ejemplo, se ha comprobado que el patrón de colonización microbiana es muy similar en hermanos gemelos (univitelinos), difiere en los mellizos (gemelos bivitelinos). Y esta diferencia es mayúscula en sujetos sin ningún tipo de parentesco. Lo cual es indicativo del grado de la importancia del fondo genético del individuo en el desarrollo de la microbiota. Se ha comprobado, asimismo, que existen grupos de microorganismos heredables, como es el caso de la colonización por bifidobacterias.

Factores del entorno

Existen diferencias en la microbiota en función de la zona geográfica donde vivamos, así como el tipo de dieta de esa región o de ciertos elementos étnicos y/o culturales. Algunos factores relacionados con el entorno familiar, como la convivencia con hermanos, también han mostrado un papel relevante en el desarrollo de la microbiota, durante los primeros años de vida. Así, en algunos estudios se ha descrito que la convivencia con hermanos mayores, durante los primeros meses de vida, incrementa las poblaciones de bifidobacterias, y que la diversidad de la microbiota está directamente relacionada con el número de hermanos. Por otra parte, también se ha descrito que la presencia de mascotas en el ambiente familiar puede influir en el desarrollo de la microbiota intestinal, durante los primeros meses de vida. Y se han publicado estudios, como el de J. Penders, que describen una mayor diversidad en la microbiota de niños que viven con mascotas, menor abundancia de bifidobacterias y presencia de bacterias relacionadas con una menor incidencia de enfermedad atópica y obesidad en niños.

Uso de antibióticos

Sobre todo durante los primeros meses de vida, es un factor que condiciona el posterior desarrollo de nuestra microbiota, e incrementa el riesgo de padecer diferentes enfermedades. Muchos de los estudios, como el de K. Korpela en 2017, relacionan las disbiosis inducidas por tratamientos antibióticos con posteriores problemas de salud. En un trabajo realizado en 2011 con miles de niños, se llegó a comprobar que la exposición a antibióticos durante los primeros seis meses de vida aumenta el riesgo de sobrepeso en niños de siete años nacidos de madres con peso normal. Cada vez hay más estudios que indican una asociación entre las disbiosis inducidas por antibióticos y el desarrollo de obesidad.

Microbiota y relación con algunas enfermedades en adolescencia

Obesidad y diabetes mellitus 2

La obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 han alcanzado tasas preocupantes en los países industrializados. Además de ciertos factores de riesgo genético que contribuyen a la obesidad, existe un gran número de factores ambientales que influyen en su aparición, como el exceso de calorías en la alimentación, la composición de los alimentos, el grado de ejercicio físico o el gasto energético.

La obesidad se está incrementando en todas las franjas de edad, niveles socioeconómicos o género, por lo que no es posible establecer una única causa de este crecimiento. Los estudios científicos recientes indican que la microbiota intestinal o, mejor dicho, la disbiosis microbiana que se produce en determinadas circunstancias, también contribuye al desarrollo de la diabetes tipo 2 y obesidad. Este argumento se apoya en el hecho de que el conjunto de genes microbianos que pueden detectarse en individuos obesos es inferior al de individuos sanos, lo que indica una menor diversidad bacteriana.

Una dieta inadecuada ejerce un cambio en la microbiota que, a su vez, causa un impacto en el desarrollo de la obesidad, la resistencia a la insulina y trastornos asociados al síndrome metabólico -que es como se conoce a un grupo de factores de riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes y otros problemas

Hay asociaciones entre las características del genoma humano y la composición de la microbiota intestinal

Durante los primeros meses de vida, el uso de antibióticos, es un factor que condiciona el posterior desarrollo de nuestra microbiota, e incrementa el riesgo de padecer diferentes enfermedades

La disbiosis microbiana que se produce en determinadas circunstancias, también contribuye al desarrollo de la diabetes tipo 2 y obesidad

En varios estudios se ha asociado la obesidad a una mayor proporción del filo Firmicutes respecto al de Bacteroidetes en la microbiota intestinal

de salud. Asimismo, el ambiente en casa y centros educativos, los hábitos alimentarios de los padres, la disponibilidad de alimentos y la tendencia al sedentarismo, también se encuentran entre las posibles razones de un cambio en la microbiota que provoque el desarrollo de la obesidad.

La obesidad en la infancia aumenta la posibilidad de ser obeso en la etapa adulta, así como el riesgo de desarrollar las patologías asociadas de síndrome metabólico, riesgo cardiovascular y diabetes tipo 2. En varios estudios se ha asociado la obesidad a una mayor proporción del filo Firmicutes respecto al de Bacteroidetes en la microbiota intestinal. La mayor cantidad de bacterias del filo Bacteroidetes se asocia con mayor formación de ácido propiónico, butírico y acético, que se han descrito como protectores frente a la obesidad.

La contribución de la microbiota intestinal a la recuperación de energía de la dieta, así como el papel de los metabolitos microbianos en la regulación del almacenamiento de grasas son aspectos que apuntan a que exista un papel de los microorganismos en el desarrollo de la obesidad.

Ratones libres de microorganismos -que se han colonizado con la microbiota fecal procedentes de ratones obesos- han desarrollado obesidad y síndromes asociados, aunque no estén sobrealimentados. En los estudios se revela que la microbiota obesogénica es rica en genes relacionados con la recuperación de la energía y que, mediante componentes de la pared de los microbios, contribuye al desarrollo de un estado inflamatorio de bajo grado que se observa en la obesidad, participando en señales inflamatorias y de la regulación del sistema inmune. Esta inflamación se relaciona con un aumento de la permeabilidad intestinal provocado por la microbiota obesogénica y por un consumo elevado de grasa.

Salud mental

Se han relacionado muchas enfermedades del campo de la Salud Mental con una alteración del eje microbiota-intestino-cerebro

En los últimos años, se han relacionado muchas enfermedades del campo de la Salud Mental con una alteración del eje microbiota-intestino-cerebro. Este eje se basa en la comunicación neuroinmunoendocrina, la cual se establece tanto a nivel general como en cada órgano, permitiendo una adecuada homeostasis y, consecuentemente, la salud del individuo. La microbiota intestinal se va a comunicar con los sistemas homeostáticos (el nervioso, el endocrino y el inmunitario) en el intestino y, desde esa localización, a través de diferentes vías, con el cerebro, influyendo en su funcionamiento.

Pero, además de ayudar a mantener las funciones cerebrales, la microbiota intestinal también puede influir en el desarrollo de trastornos psiquiátricos y neurológicos, incluyendo patologías relacionadas con el estrés, como la ansiedad y la depresión, o trastornos del comportamiento como el autismo. Como la microbiota juega un papel importante en el neurodesarrollo cerebral en edades tempranas de la vida, la disbiosis puede contribuir a alteraciones del neurodesarrollo y a enfermedades mentales en edades posteriores.

Autismo

Cada vez hay más pruebas que sugieren que la microbiota intestinal tiene un papel en la fisiopatología del trastorno del espectro autista (TEA). Las diferencias en la composición de la microbiota intestinal en niños con TEA en comparación con hermanos no afectados y/o sanos se han reportado en varios estudios, como el de los Dres. Mingyu y Xuefeng. Las tasas de diagnóstico de TEA han aumentado dramáticamente en los últimos años. Factores de riesgo no genéticos, entre ellos los factores relacionados con la madre y el embarazo, como las infecciones intrauterinas y la exposición a los medicamentos, han aumentado a un ritmo que no puede ser explicado únicamente mediante factores genéticos. Además, hay un creciente interés en la microbiota intestinal en relación con el TEA.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentemente diagnosticados en la etapa infantil.

La causa del TDAH es compleja y se ha indicado que es multifactorial. Dentro de los factores etiológicos destaca el fuerte componente genético, que representa sobre un 70-80%, pero también hay factores ambientales que incluyen los asociados al embarazo y el parto (como la prematuridad y el bajo peso al nacimiento) y unos determinantes psicosociales como la adopción o el abuso infantil.

Entre los factores implicados en el desarrollo de TDAH que se han descrito con posible patogenicidad destacan los colorantes artificiales en la dieta y las dietas con alto contenido en grasas saturadas y azúcares refinados, y baja en frutas y verduras.

La mayoría de las guías clínicas recomiendan un tratamiento combinado que incluya el farmacológico, el psicológico y el psicopedagógico e incluso la modulación de la microbiota intestinal.

Los estudios realizados en personas con TDAH, concluyen que se encuentran alteraciones en la microbiota al compararlo con personas sin TDAH, aunque los resultados son diferentes en los diversos estudios, lo que puede justificarse por las diferencias en el tamaño muestral (que suele contar con pocos pacientes incluidos), la edad estudiada, el clima, la dieta, y el uso de medicamentos (fundamentalmente antibióticos), entre otros.

Anorexia nerviosa

Numerosos estudios han encontrado diferencias en la composición microbiana intestinal de las personas con anorexia nerviosa (AN) y sujetos normales, aunque con una gran variabilidad y poca especificidad en los resultados, de forma que los resultados resultan poco específicos y podrían atribuirse tanto al propio trastorno –que se caracteriza por el desequilibrio dietético para reducir el nivel calórico– como a la “rehabilitación” nutricional llevada a cabo con el enfoque convencional.

Entre los hallazgos más destacables, podemos mencionar la disminución de la bacteria, *Akkermansia muciniphila*, o la elevación de *Methanobrevibacter smithii*, que elimina el exceso de hidrógeno de la fermentación bacteriana de los polisacáridos.

No está claro en qué medida la disbiosis contribuye a la sintomatología característica de la AN, como la pérdida de peso y otras manifestaciones psicopatológicas.

Para profundizar en este dilema, se llevó a cabo un experimento en el que se reconstituyó el microbioma de ratones libres de gérmenes a partir de la microbiota de cuatro pacientes con AN de tipo restrictivo (ratones AN) o cuatro individuos de control sanos (ratones CS), y se examinaron los efectos sobre el aumento de peso y las características de comportamiento.

En comparación con los ratones CS, los ratones AN mostraron una disminución en el aumento de peso corporal, concomitante con una ingesta reducida de alimentos. La relación de eficiencia alimentaria (aumento de peso corporal/ingesta de alimentos) también fue significativamente menor en ratones AN que en ratones CS, lo que sugiere que la disminución del apetito y la capacidad de convertir los alimentos ingeridos en unidades de sustancia corporal pueden contribuir a un aumento de peso deficiente.

En humanos, se ha informado de resultados positivos sobre el peso o la restauración de la diversidad microbiana con intervenciones regeneradoras del microbioma intestinal –en este caso el trasplante fecal. Sin embargo, se necesitan datos sobre la eficacia clínica de determinados probióticos en la AN.

No está claro en qué medida la disbiosis contribuye a la sintomatología característica de la AN, como la pérdida de peso y otras manifestaciones psicopatológicas

Bibliografía

1. Arumugam M, Raes y cols. Enterotypes of the human gut microbiome. *Nature*.2011;473:174-80.
2. Aagaard K, Ma J, Antony KM, y cols. The placenta harbors a unique microbiome. *Science Translational Medicine*. 2014; 6: 237-65.
3. Zijlmans MA, Korpela K, y cols. Maternal prenatal stress is associated with the infant intestinal microbiota. *Psychoneuroendocrinology*. 2015; 53: 233-45.
4. Arbolea S, Binetti A, y cols. Establishment and development of intestinal microbiota in preterm neonates. *FEMS Microbiology Ecology*. 2012; 79: 763-72. 5.
5. Hill CJ, Lynch DB, y cols. Evolution of gut microbiota composition from birth to 24 weeks in the INFANTMET Cohort. *Microbiome*. 2015; 5: 4.
6. Ajslev TA, Andersen CS, y cols. Childhood overweight after establishment of the gut microbiota: the role of delivery mode, prepregnancy weight and early administration of antibiotics. *International Journal of Obesity*. 2011; 35: 522-9.
7. Domínguez-Bello MG, De Jesus-Laboy KM, y cols Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nature Medicine*. 2016; 22: 250-3.
8. Arbolea S, Sánchez B y cols. Intestinal microbiota development in preterm neonates and effect of perinatal antibiotics. *Journal of Pediatrics*. 2015; 166: 538-44.
9. Cryan JF, O'Riordan K. The gut microbiome in neurological disorders. *Lancet Neurol* 2020;19(2):179-194.
10. Li Q, Han Y. The Gut Microbiota and Autism Spectrum Disorders. *Front. Cell. Neurosci.*, 28 April 2017.
11. Xu M, 1, Xu X. Association Between Gut Microbiota and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychiatry*, 17 July 2019.
12. Griffiths J, Mazmanian S. Emerging evidence linking the gut microbiome to neurologic disorders. *Genome Medicine* (2018) 10:98.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Las principales funciones de la microbiota de nuestro organismo SON:

- a) Recuperación de energía y nutrientes de los alimentos.
- b) Efecto barrera frente a otros microorganismos.
- c) Estimulan nuestro sistema inmune.
- d) Favorecen la maduración inmunológica.
- e) Todas son ciertas.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- a) El estrés materno durante el embarazo se acompaña de mayor número de bacterias dañinas.
- b) El uso de antibióticos en prematuros influye en la microbiota intestinal.
- c) El primer contacto con microorganismos se produce en el momento del parto.
- d) El parto natural o por cesárea condiciona la microbiota del niño.
- e) En el parto vaginal predomina el *Lactobacillus* en la microbiota del niño.

3. ¿De las siguientes frases cuál NO es correcta?

- a) La disbiosis contribuye al desarrollo de obesidad y diabetes tipo 2.
- b) La microbiota juega un importante papel en el desarrollo cerebral en etapas precoces de la vida.
- c) Entre los factores implicados en el TDAH se han descrito los colorantes artificiales.
- d) La obesidad se ha asociado a una mayor proporción de bacteroidetes sobre firmicutes.
- e) No está claro como la disbiosis contribuye a la clínica de TCA.

Respuestas en la página 157

Avances en enfermedad celíaca

M.L. Cilleruelo Pascual. Facultativo especialista de Área. Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

La enfermedad celíaca es un proceso sistémico desencadenado por el gluten que cursa con síntomas digestivos y extradigestivos, anticuerpos específicos, haplotipo HLA-DQ2/DQ8 y enteropatía. La guía ESPGHAN 2020 de diagnóstico de la EC en niños y adolescentes recomienda, para el estudio inicial de la EC, la determinación de IgA total y anticuerpos antitranglutaminasa (AATG). Los niños con AATG IgA ≥ 10 veces el límite superior de la normalidad y anticuerpos antiendomysio IgA positivos en una determinación posterior, pueden ser diagnosticados de EC sin biopsia intestinal. Debe realizarse biopsia intestinal si los niveles de AATG IgA son inferiores. El estudio genético se utilizará exclusivamente para el cribado de los pacientes de riesgo y en el caso de diagnóstico dudoso. La base del tratamiento es una dieta estricta sin gluten, pero no hay instrumentos validados que estimen la adherencia. La ESPGHAN ha publicado en 2022 un documento de posicionamiento sobre el seguimiento del niño y adolescente celíaco. En el seguimiento de estos pacientes es especialmente importante el periodo de transición a la consulta de digestivo de adultos. Los adolescentes abandonan con mayor frecuencia el tratamiento, sobre todo en situaciones sociales y durante el periodo de transición a la consulta de adultos. Para evitar esta brecha en el seguimiento, la transición debe tener en cuenta la madurez física y emocional del adolescente, para enseñarle a ser independiente en el manejo de su enfermedad.

Palabras clave: *Enfermedad celíaca; Diagnóstico; Seguimiento; ESPGHAN; Dieta sin gluten; Adolescente; Transición.*

Abstract

Celiac disease (CD) is a systemic process triggered by gluten that involves digestive and extradigestive symptoms, specific antibodies, HLA-DQ2/DQ8 haplotype, and enteropathy. The ESPGHAN 2020 guideline for the diagnosis of CD in children and adolescents recommends, for its initial study, the determination of total IgA and anti-tranglutaminase antibodies (AtTGA). Children with IgA AtTGA ≥ 10 times the upper limit of normal and positive IgA antiendomysial antibodies in a subsequent determination can be diagnosed with CD without intestinal biopsy. Intestinal biopsy should be performed if AtTGA IgA levels are lower. The genetic study will be used exclusively for the screening of patients at risk and in the case of a doubtful diagnosis. The basis of treatment is a strict gluten-free diet, but there are no validated instruments that estimate adherence. The ESPGHAN has published in 2022 a position document on the follow-up of children and adolescents with CD. In the follow-up of these patients, the transition period to the adult digestive consultation is especially important. Adolescents drop out of treatment more often, especially in social situations and during the transition period to the adult consultation. To avoid this gap in follow-up, the transition must take into account the physical and emotional maturity of the adolescent, so as to teach him to be independent in managing his illness.

Key words: *Celiac disease; Diagnosis; Tracing; ESPGHAN; Gluten free diet; Teen; Transition.*

La enfermedad celíaca (EC) es un proceso sistémico inmunológico, desencadenado por el consumo de gluten y otras prolaminas relacionadas (secalinas, hordeínas y, posiblemente, aveninas) que se produce en individuos genéticamente predispuestos. Cursa con una serie de síntomas, anticuerpos específicos, marcadores genéticos (HLA-DQ2/DQ8) y enteropatía⁽¹⁾.

Epidemiología

En las últimas décadas se observa un aumento de la prevalencia de la EC desde el 0,6% en la década de 1991-2000 al 0,8% de 2001 a 2016

La prevalencia de la EC por estudio serológico es del 1,3%, mientras que cuando se confirma la lesión intestinal por biopsia es del 0,8%, superior en el niño que en el adulto (0,9% vs 0,5%) y en mujeres que en hombres (0,6% vs 0,4%). En las últimas décadas se observa un aumento de la prevalencia de esta enfermedad, desde el 0,6% en la década de 1991-2000 al 0,8% de 2001 a 2016. Con el mejor conocimiento de los diversos síntomas de la EC ha aumentado su diagnóstico, a pesar de lo cual, la mayoría de estos pacientes permanecen no detectados, es decir, se encuentran en la parte sumergida del llamado "iceberg celíaco" que describe las formas de presentación, sintomáticas o asintomáticas, de esta enfermedad. La EC es una enfermedad poligénica con un patrón complejo no mendeliano. Por este motivo, una importante población de riesgo son los familiares de un paciente celíaco, en los que la frecuencia de la EC es 7,5% en los familiares de primer grado y 2,3% en los de segundo grado. La prevalencia entre familiares de primer grado varía en función de su relación con el paciente índice, siendo las hermanas e hijas las de más alto riesgo, 1/7 y 1/8 respectivamente, mientras que el riesgo del resto de familiares es de 1/13 en hijos, 1/16 en hermanos, 1/32 en madres y 1/33 en padres⁽²⁾.

Presentación clínica

En el registro español de pacientes pediátricos con enfermedad celíaca (REPAC 2), que recoge 4.838 pacientes diagnosticados de 2011 a 2017 en 73 centros hospitalarios de nuestro país, se observó que los síntomas digestivos se detectaban en el 71,4%

La EC puede presentarse con síntomas digestivos y extradigestivos. En el registro español de pacientes pediátricos con enfermedad celíaca (REPAC 2), que recoge 4.838 pacientes diagnosticados de 2011 a 2017 en 73 centros hospitalarios de nuestro país, se observó que los síntomas digestivos se detectaban en el 71,4%. El 28,6% presentaba síntomas extradigestivos exclusivamente y el 9,8% eran asintomáticos. En los niños menores de 3 años predominaban los síntomas digestivos y este porcentaje disminuía conforme aumentaba la edad, con aparición de un mayor número de casos asintomáticos a partir de los 6 años. Las formas de presentación clínica de esta cohorte de niños y adolescentes se muestra en la Tabla I. Globalmente el 80% presentaron un estado normal de nutrición y la frecuencia de sobrepeso y obesidad fue del 12% y 3,2%, respectivamente⁽³⁾. Si comparamos nuestros resultados con los de un estudio multicéntrico efectuado en 2016 en países del centro de Europa observamos, que en nuestro país, la edad media al diagnóstico es de 4 años y el síntoma más frecuente la diarrea (45,9%) frente al diagnóstico a los 7 años y el dolor abdominal (41,2%) como síntoma predominante en el estudio centro europeo⁽⁴⁾. No conocemos la razón específica de estas diferencias.

La EC se presenta con más frecuencia en algunas patologías constituyéndose los pacientes que las padecen en grupos de riesgo de la EC. En el estudio REPAC 2 se observaron enfermedades asociadas en 207 casos, que se detallan en la Tabla II. El 45% de estos pacientes eran asintomáticos, por lo que es obligado efectuar despistaje de la EC con el fin de evitar el infradiagnóstico en estos grupos de riesgo⁽³⁾.

En los niños menores de 3 años predominaban los síntomas digestivos

Criterios actuales para el diagnóstico de la EC

La elevada precisión diagnóstica de los anticuerpos antitransglutaminasa (AATG) y antiendomiso (AAEM) de tipo IgA ha posibilitado modificaciones sustanciales en la estrategia diagnóstica de la EC. Los cambios fundamentales se produjeron en 2012⁽¹⁾, cuando por primera vez se permitió el diagnóstico de EC sin biopsia intestinal en pacientes sintomáticos si se cumplían las condiciones de presentar los síntomas característicos de la EC, niveles de AATG IgA ≥ 10 veces el límite superior de la normalidad (LSN), AAEM IgA positivos y HLA-DQ2 o DQ8 positivos. En estudios posteriores se demostró que no era necesaria la determinación de los alelos de riesgo de EC, puesto que todos los pacientes diagnosticados de EC los presentaban, por lo que influía poco en el diagnóstico. Además, en los últimos años existen datos que indican que los pacientes asintomáticos que cumplen los mismos criterios serológicos también presentan atrofia intestinal, aunque con un valor predictivo positivo inferior que en pacientes sintomáticos. Toda esta información ha dado lugar a la nueva guía de manejo de la EC ESPGHAN 2020⁽⁵⁾. En el momento actual, en el diagnóstico de la EC hay que considerar:

Globalmente el 80% presentaron un estado normal de nutrición y la frecuencia de sobrepeso y obesidad fue del 12% y 3,2%, respectivamente

- La determinación de la IgA total, porque en el déficit selectivo de IgA deben realizarse anticuerpos tipo IgG (AATG, AAEM o anti-PDG).
- La utilización de los AATG inicialmente y, si son positivos, analizar los AAEM en una determinación posterior, con el fin de minimizar al máximo cualquier posible error de laboratorio.

- Si los títulos de AATG IgA son ≥ 10 veces el LSN y los AAEM IgA son positivos en una determinación posterior, puede diagnosticarse la EC sin necesidad de biopsia intestinal en pacientes sintomáticos, pero también en asintomáticos, aunque con un valor predictivo positivo inferior. En este último caso, se aconseja discutir la no realización de la biopsia intestinal con los padres y el paciente, si su edad lo permite.
- No es necesaria la determinación del HLA-DQ2/DQ8 para poder efectuar el diagnóstico en los casos que cumplen los criterios de no realización de biopsia intestinal ni tampoco cuando va a efectuarse el diagnóstico con biopsia. El estudio genético queda para el cribado de los grupos de riesgo y los casos de diagnóstico dudoso.
- Quedan fuera de estos cambios los casos con déficit selectivo de IgA y los pacientes asintomáticos con diabetes tipo 1.

Por tanto, existen dos excepciones a la posibilidad de efectuar el diagnóstico de la EC sin biopsia intestinal, el déficit selectivo de IgA y el paciente asintomático con diabetes tipo 1. En relación al déficit selectivo de IgA, las guías ESPGHAN 2012 no fueron suficientemente claras, por lo que, en nuestro medio, y a partir de esa fecha, bajó al 62% el número de biopsias que se efectuaban a estos pacientes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, al contrario de lo que ocurre con los AATG IgA, no existen estudios que hayan validado la relación entre títulos elevados de AATG IgG con la existencia de lesión intestinal, por lo que las guías ESPGHAN 2020 recomiendan la realización de biopsia intestinal en todos los casos de sospecha de EC en pacientes con déficit selectivo de IgA⁽⁵⁾. Además, cuando se realiza la dieta sin gluten, los anticuerpos IgG presentan un descenso mucho más lento que los IgA, de modo que a dos años de evolución con dieta sin gluten, el 53% de los pacientes pueden presentar títulos aún positivos, incluso con valores superiores a 5 veces el LSN⁽⁶⁾. Esto puede contribuir a dudar del diagnóstico si no se ha hecho inicialmente una biopsia intestinal. Respecto a los pacientes asintomáticos con diabetes tipo 1, la mayoría de los estudios reflejan que hasta el 20-30% de los que tienen serología positiva presentan una negativización espontánea de los autoanticuerpos, sobre todo si los niveles eran elevados. No obstante, en un estudio reciente de una serie numerosa de pacientes con diabetes tipo 1 y sospecha de EC, los niños con títulos de AATG IgA ≥ 10 veces el LSN tuvieron lesión intestinal en todos los casos, incluso con títulos superiores a 7 veces el LSN, independientemente de los síntomas, por lo que los autores proponen que en el niño y adolescente diabético con sospecha de EC pueda realizarse el diagnóstico de EC sin biopsia intestinal, cuando cumpla las condiciones requeridas⁽⁷⁾. No obstante, y hasta que este punto se clarifique, las guías ESPGHAN 2020 recomiendan hacer siempre biopsia intestinal confirmatoria en este grupo de pacientes en el caso de que sean asintomáticos⁽⁵⁾.

Para efectuar el diagnóstico histológico de la EC se utiliza la clasificación de Marsh para la descripción de las lesiones que, de forma progresiva, se van produciendo durante el desarrollo de la EC. El grado 0, indica una mucosa intestinal normal, el grado 1, aumento de los linfocitos intraepiteliales, el grado 2, lo anterior e hiperplasia de las criptas y el grado 3, cuando existe atrofia de las vellosidades intestinales, descrita en la modificación de Oberhuber en grado 3a (atrofia parcial), 3b (atrofia subtotal) y 3c (atrofia total). Para el diagnóstico de EC se requiere la existencia de lesión de Marsh tipo 2 o 3.

Tratamiento

Dieta sin gluten

El único tratamiento actual de la EC es la dieta sin gluten, que se ha mostrado eficaz y coste-efectiva. Las proteínas del gluten son importantes ya que aportan elasticidad y palatabilidad a un importante número de alimentos. Las dificultades en el seguimiento de la dieta se relacionan con los eventos sociales y los viajes, por lo que en estas situaciones el celíaco puede cometer transgresiones de la dieta. Por ello es importante que tenga un acceso fácil a los productos sin gluten. En esta dirección apunta el estudio efectuado por Babio y cols cuyo principal objetivo fue confeccionar una base de datos de los productos manufacturados sin gluten, dado que no existe nada similar en nuestro país, y también valorar el perfil nutricional de estos productos, cuando se comparan con sus equivalentes con gluten. Utilizando el listado de los alimentos sin gluten proporcionados por la Asociación de Celíacos de Cataluña, estudiaron 216 marcas y 2247 productos. El resumen de sus hallazgos es que el contenido de proteínas es más bajo, sobre todo en el pan y la pasta mientras que el de grasa saturada, azúcares y sodio es similar. Se ha comunicado que los productos sin gluten tienen un elevado índice glucémico y son más calóricos, lo que favorecería el desarrollo de obesidad y enfermedad cardiovascular a largo plazo.

Quedan fuera de estos criterios nuevos de diagnóstico los casos con déficit selectivo de IgA y los pacientes asintomáticos con diabetes tipo 1

El único tratamiento actual de la EC es la dieta sin gluten, que se ha mostrado eficaz y coste-efectiva

Sin embargo, y a la luz de los resultados de este estudio, parece que las compañías españolas están haciendo un esfuerzo para mejorar el perfil nutricional de sus productos sin gluten. En relación al precio, son de 1,3 veces a 6,9 más caros. Parte de estos elevados precios podría justificarse porque están hechos a base de arroz y maíz, que son más caros que el trigo, y porque están sujetos a controles obligatorios que aseguren que contienen menos de 20 ppm de gluten⁽⁸⁾.

Con el objetivo de valorar las consecuencias nutricionales de la dieta sin gluten en el niño y adolescente celíaco, en un estudio reciente efectuado en nuestro medio, se comparó el estado nutricional de los niños celíacos tratados al menos durante un año con dieta sin gluten con el de un grupo de niños con dieta normal. Se valoró la antropometría, dieta, parámetros bioquímicos y densidad mineral ósea. La frecuentación de alimentos fue similar, excepto la de pasta y pan, que fue inferior en celíacos. En la distribución de los principios inmediatos se objetivó una menor ingesta de proteínas, pero dentro de límites normales. Los celíacos ingerían menos folato, hierro, calcio y magnesio, aunque todos los parámetros bioquímicos fueron normales. Sólo hubo una menor ingesta y niveles bajos de vitamina D, hecho que fue común a celíacos y no celíacos, aunque la densidad mineral ósea fue normal en ambos grupos. Todos los niños estudiados, celíacos o no, realizan una dieta rica en lípidos y proteínas y baja en fibra. Un hecho importante es que hasta el 84,3% tomaba dos o tres veces al día productos manufacturados sin gluten y sólo un 4,3% los evitaban completamente⁽⁹⁾.

Nuevas opciones terapéuticas

Están emergiendo diversas opciones terapéuticas, diferentes a la dieta sin gluten, la mayoría de las cuales están en fase preclínica y sólo algunas en fase 2b o 3. Siguiendo la patogenia de la enfermedad las podemos clasificar en:

1. Disminuir la toxicidad del gluten:
 - Modificación genética de los granos de trigo
 - Harinas pretratadas con proteasas
 - Transaminación de la harina de trigo mediante transglutaminasa de uso industrial
2. Secuestro del gluten antes de su absorción o digestión mediante endopeptidasas (Latiglutenasa)
3. Evitar el aumento de la permeabilidad intestinal mediante el bloqueo de la unión de la zonulina a su receptor en el enterocito (Acetato de larazótido)
4. Utilización de un inhibidor selectivo de la transglutaminasa 2
5. Amortiguar la reacción inmunológica:
 - Inhibición de la IL-15
 - Bloqueo del HLA-DQ2
6. Inducir la inmunotolerancia al gluten:
 - Infección por larva de *Necator Americanus*
 - Vacuna (Nexvax 2)
 - Nanopartículas de gliadina

Pueden considerarse prometedoras la terapia enzimática (Latiglutenasa), los inhibidores de la transglutaminasa, el agonista de la zonulina (Acetato de larazótido) y el Inhibidor de la IL-15

Pueden considerarse prometedoras la terapia enzimática (Latiglutenasa), los inhibidores de la transglutaminasa, el agonista de la zonulina (Acetato de larazótido) y el Inhibidor de la IL-15. Es fundamental que las nuevas terapias no sólo sean efectivas sino también seguras. El deseo del celíaco de efectuar un tratamiento que le permita tomar gluten y mantener un intestino sano es aún lejano. La máxima aspiración, a corto plazo, será protegerse frente a las contaminaciones⁽¹⁰⁾.

Seguimiento

El seguimiento del paciente celíaco tiene como objetivos la confirmación del diagnóstico al observar la desaparición de los síntomas con la retirada del gluten, la identificación y prevención de déficits nutricionales, el fomento del conocimiento por parte del paciente de la enfermedad y la dieta sin gluten y la detección de enfermedades asociadas. Se acaba de publicar un posicionamiento de la ESPGHAN sobre el seguimiento de niños y adolescentes diagnosticados de EC que, tras la valoración de 2775 publicaciones, 164 se consideraron finalmente como base para dar respuesta a una serie de cuestiones de interés en la práctica clínica⁽¹¹⁾.

Frecuencia y contenido de las visitas

Se recomienda el seguimiento de estos pacientes comenzando los controles cada 3-6 meses tras el diagnóstico, posteriormente cada 6 meses hasta la negativización de la serología y, después, cada 1-2 años. Se controlará en cada visita la existencia de síntomas digestivos y extradigestivos, antropometría, determinación de AATG y de los parámetros analíticos alterados al diagnóstico, hasta su normalización. Puede considerarse la determinación de TSH y tiroxina y, en relación con los anticuerpos del VHB dependerá del tipo de población. No es necesaria la monitorización de la densidad mineral ósea porque se recupera al año de la dieta sin gluten en la mayoría de los casos que han tenido alteración al diagnóstico⁽¹¹⁾.

Adherencia a la dieta

En una enfermedad con tratamiento dietético es fundamental la adherencia al mismo, pero desafortunadamente no existe un método perfecto para valorar su cumplimiento. Puede hacerse un registro dietético, pero se precisa un dietista y esto no siempre es posible. La valoración de los síntomas no es útil en el paciente asintomático y el uso de la biopsia intestinal es excesivamente agresivo y no puede repetirse tantas veces para confirmar el adecuado seguimiento de la dieta. Por lo que se usa la serología, aunque se sabe que la sensibilidad y la especificidad de los AATG es 50% y 45%, respectivamente, mientras que estos valores son de 83% y 91% para los AAEM⁽¹²⁾. Existen métodos rápidos y simples que, mediante preguntas sencillas, valoran las estrategias que el paciente utiliza para evitar la ingesta de gluten, pero sólo están validados en adultos.

En los últimos años se han desarrollado técnicas que permiten determinar los llamados péptidos inmunorreactivos de gluten (GIPs). Cuando se ingiere gluten los GIPs aparecen en heces durante 2-4 días y en orina durante 4-24 horas. Se detectan mediante anticuerpos anti- α gliadina 33-mer, A1 y G12. Pueden determinarse en heces y orina mediante enzimo-inmunoanálisis y en orina mediante test rápidos inmunocromatográficos, útiles para el autocontrol del paciente. La sensibilidad y especificidad de estos métodos para la detección de la ingesta inadvertida o voluntaria de gluten son superiores al 90%. Sin embargo, la información que aporta es a corto plazo y su medición aislada no identifica trasgresiones puntuales no próximas a la recogida de la muestra⁽¹³⁾. En un estudio en adolescentes y adultos que comparó la eficacia de los AATG y los GIPs en la detección de lesión intestinal, la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de los GIPs fue de 33,3%, 81,4% y 40,9%, respectivamente, similar al del estudio serológico⁽¹⁴⁾. La ESPGHAN 2022 considera que se precisan más estudios para recomendar su uso en la práctica clínica⁽¹¹⁾.

En una revisión sistemática de 49 estudios sobre adherencia a la dieta se observaron niveles muy variables que oscilaban entre el 23% al 98%, independientemente del método utilizado, por lo que todos parecen útiles, aunque no exista consenso sobre el método ideal. La menor adherencia la presentaban los adolescentes y la mayor las familias con un mejor conocimiento de la enfermedad y que formaban parte de una asociación de enfermos. Sin embargo, no existían diferencias en cuando a género, medio rural o urbano y nivel socio-económico. Tampoco hubo relación con la edad al diagnóstico, historia familiar de EC, la existencia o no de comorbilidades y los síntomas al diagnóstico⁽¹⁵⁾.

Situaciones clínicas especiales

Existen una serie de situaciones clínicas que se plantean con frecuencia en el seguimiento de estos pacientes. Si al diagnóstico se detectó anemia por déficit de hierro fundamentalmente, pero también de vitamina B12 o folato, se recomienda su corrección porque tarda en torno a un año en recuperarse bajo la dieta sin gluten, tiempo excesivamente largo para periodos de crecimiento rápido como es la adolescencia. Si existe ferropenia sin anemia se recomienda una actitud expectante sin suplementación si se observa mejoría de los depósitos de hierro.

Una vez iniciada la dieta sin gluten, los AATG deben desaparecer en 18-24 meses. Si no descienden en 6-12 meses hay que reevaluar la dieta. Se realizará biopsia intestinal en casos seleccionados, ya sea por duda en el diagnóstico o por aparición de comorbilidades, ya que los títulos de anticuerpos ligeramente elevados raramente se relacionan con daño en la mucosa intestinal⁽¹¹⁾.

En situaciones en la que se duda del diagnóstico la ESPGHAN 2022 recomienda efectuar una prueba de provocación con gluten, antes de la cual se realizará estudio genético. Si el paciente no es HLA DQ2/DQ8 es muy poco probable que sea celíaco. Si, por el contrario, el estudio genético es positivo puede hacerse una biopsia intestinal, aunque no es obligado, previa a la reintroducción del gluten en cantidad de 10-15 gramos al día, teniendo en cuenta que una rebanada de pan tiene de 3 a 5 gramos de gluten.

Se recomienda el seguimiento de estos pacientes comenzando los controles cada 3-6 meses tras el diagnóstico, posteriormente cada 6 meses hasta la negativización de la serología y, después, cada 1-2 años

En una enfermedad con tratamiento dietético es fundamental la adherencia al mismo, pero desafortunadamente no existe un método perfecto para valorar su cumplimiento

Si al diagnóstico se detectó anemia por déficit de hierro fundamentalmente, pero también de vitamina B12 o folato, se recomienda su corrección porque tarda en torno a un año en recuperarse bajo la dieta sin gluten, tiempo excesivamente largo para periodos de crecimiento rápido como es la adolescencia

En situaciones en la que se duda del diagnóstico la ESPGHAN 2022 recomienda efectuar una prueba de provocación con gluten, antes de la cual se realizará estudio genético

Se realizarán controles clínicos y serológicos cada 3 meses durante el primer año y biopsia intestinal si aparecen síntomas y/o anticuerpos de la EC. Si esto no ha ocurrido al año del comienzo de la prueba de provocación con gluten, el paciente puede realizar una dieta normal y se efectuará control clínico y serológico anual o bianual⁽¹¹⁾.

Pacientes con diabetes tipo 1, déficit de IgA y EC potencial

En los casos en los que el diagnóstico de la EC ha sido diferente, como la diabetes tipo 1 y el déficit selectivo de IgA, el seguimiento, sin embargo, será similar al del resto de celíacos. En el primer caso debe efectuarse de forma coordinada con el endocrinólogo y dietista y se valorará el apoyo psicológico y la función tiroidea. En el segundo caso, se efectuará utilizando anticuerpos de tipo IgG que, como se ha comentado previamente, descienden mucho más lentamente que los de tipo IgA.

Uno de los problemas más complejos que se nos puede plantear es la existencia de la llamada EC potencial. La EC potencial se caracteriza por la existencia de serología positiva, pero con biopsia intestinal normal (Marsh 0) o con aumento exclusivo de los linfocitos intraepiteliales (Marsh 1) en un paciente con o sin síntomas. En una serie amplia de niños con EC potencial se observó que la prevalencia acumulada de atrofia intestinal a 12 años de seguimiento era del 43%, lo que indica que un elevado porcentaje de estos pacientes no van a desarrollar la EC. Los autores recomiendan valorar cuidadosamente la retirada del gluten a estos niños para evitar el sobretratamiento. Los factores que favorecieron la negativización de la serología a lo largo del seguimiento fueron la edad inferior a 3 años, la lesión Marsh 0 y un menor número de linfocitos intraepiteliales γ/δ ⁽¹⁵⁾. Las guías ESPGHAN 2022 plantean la posibilidad de efectuar una prueba de dieta sin gluten en el paciente sintomático. Si el paciente es asintomático o tiene síntomas leves, se mantendrá la dieta con gluten y se realizarán controles anuales en los que se pondrá especial énfasis en el crecimiento y en los parámetros bioquímicos de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, vitamina D e incluso se valorará la realización de una densitometría ósea. Se realizará una nueva biopsia intestinal en el caso de aparición de síntomas y/o ascenso de los niveles de anticuerpos, aunque también se planteará si los anticuerpos se mantienen persistentemente positivos sin ascenso⁽¹¹⁾.

Calidad de vida

La calidad de vida de pacientes cuyo tratamiento es dietético se ve afectada fundamentalmente en los diversos ámbitos de la vida social. Los estudios indican que la calidad de vida del paciente celíaco es peor que la de la población general al diagnóstico de la enfermedad, pero cuando realizan la dieta, a pesar de ser estricta y de por vida, la calidad de vida no parece afectada. La mayoría de los estudios indican que la percepción de los padres es peor que la del propio paciente. Los factores relacionados con una peor calidad de vida en nuestro medio son el no cumplimiento de la dieta y el tener dificultades económicas y/o sociales para realizarla⁽¹⁶⁾. La ESPGHAN 2022 recomienda valorar la calidad de vida mediante cuestionarios específicos, bien en el momento de la visita o previamente *on-line*, para poder comentar los resultados con la familia y el paciente, si la edad lo permite⁽¹¹⁾.

Transición a la consulta de adultos

Por último, el seguimiento es fundamental para poder efectuar la transición a la consulta de digestivo de adultos. La transición es un proceso gradual que se inicia con los especialistas pediátricos y cuyo objetivo es hacer a los pacientes independientes en el manejo de su enfermedad. Hasta la adolescencia, el gastroenterólogo pediátrico dirige las explicaciones sobre la enfermedad y la dieta prioritariamente a la familia, que es la que toma la responsabilidad del tratamiento, por lo que el niño cuando llega a la adolescencia puede tener un conocimiento limitado de su enfermedad. Durante la transición se evidencian las peculiaridades propias del adolescente, como la limitada experiencia de la vida, su vivencia de invencibilidad, la mayor libertad en la gestión de su dieta y una mayor tendencia a efectuar transgresiones en situaciones sociales, que además, no suelen causarle síntomas. Todo ello hace que se trate de un periodo de alto riesgo de abandono de la dieta. Para realizar una transición segura hay que evitar la brecha en el cuidado médico, asegurar el bienestar físico y mental en este complicado periodo y efectuar un plan individualizado. El consenso de Praga dio recomendaciones para abordar la transición en diversas enfermedades crónicas. Se recomienda que se comience a hablar de la transición a los 12-13 años y efectuar el plan entre los 14 a los 16 años, para que sea efectiva a los 18 años, aunque el gastroenterólogo pediátrico la comenzará en función de la madurez del paciente. Se recomienda que se haga un "informe de transición" donde se incluya cómo se hizo el diagnóstico, la evolución de la serología, la antropometría, enfermedades asociadas, si existen, y el cumplimiento de la dieta. Deben efectuarse visitas conjuntas del especialista de niños y adultos con el paciente y la familia, durante las cuales se dará al adolescente la oportunidad de expresar sus expectativas y modalidad de seguimiento⁽¹⁷⁾.

En una serie amplia de niños con EC potencial se observó que la prevalencia acumulada de atrofia intestinal a 12 años de seguimiento era del 43%, lo que indica que un elevado porcentaje de estos pacientes no van a desarrollar la EC. Los autores recomiendan valorar cuidadosamente la retirada del gluten a estos niños para evitar el sobretratamiento

La transición es un proceso gradual que se inicia con los especialistas pediátricos y cuyo objetivo es hacer a los pacientes independientes en el manejo de su enfermedad

Se recomienda que se haga un "informe de transición" donde se incluya cómo se hizo el diagnóstico, la evolución de la serología, la antropometría, enfermedades asociadas, si existen, y el cumplimiento de la dieta

Tablas y figuras

Tabla I. Síntomas de presentación de la enfermedad celíaca en niños y adolescentes

— Diarrea	45,9%
— Distensión abdominal	39,9%
— Pérdida de peso	39,7%
— Dolor abdominal	34,7%
— Disminución apetito	31,7%
— Cambio de carácter	21,1%
— Vómitos	15,6%
— Estreñimiento	15,2%
— Ferropenia	14,4%
— Asintomáticos	9,8%
— Anemia ferropénica	7,6%
— Talla baja	7,5%
— Elevación de las transaminasas	3,7%
— Aftas orales recurrentes	2,4%
— Alteraciones del esmalte dental	0,7%

Modificado de Pérez Solís D, Cilleruelo Pascual ML, Ochoa Sangrador C, García Burriel JI, Sánchez-Valverde F, Eizaguirre Arocena J et al. Spanish National Registry of Paediatric Coeliac Disease: Changes in the clinical presentation in the 21st century. Estudio REPAC 2: 2011-2017. **REPAC**: Registro español de pacientes pediátricos con enfermedad celíaca.

Tabla II. Enfermedades asociadas

— Diabetes tipo 1	93 (1,9%)
— Tiroiditis autoinmune	55 (1,1%)
— Déficit selectivo de IgA	42 (0,9%)
— Síndrome de Down	19 (0,4%)
— Síndrome de Turner	2 (0,04%)
— Síndrome de Williams	1 (0,02%)

Resultados del estudio REPAC 2: 2011-2017. **REPAC**: Registro español de pacientes pediátricos con enfermedad celíaca.

Bibliografía

- Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012; 54:136-60.
- Rajput MS, Chauhan A, Makharia GK. Epidemiology of Celiac Disease. In *Advances in Celiac Disease*. Jose Amil-Dias, Isabel Polanco Ed. Springer 2021; 7-22.
- Pérez Solís D, Cilleruelo Pascual ML, Ochoa Sangrador C, García Burriel JI, Sánchez-Valverde F, Eizaguirre Arocena J et al. Spanish National Registry of Paediatric Coeliac Disease: Changes in the clinical presentation in the 21st century. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2022; 74: 805-11.
- Riznik P, De Leo L, Dolinsek J, Gyimesi J, Klemenak M, Koletzko B, et al. Clinical Presentation in Children With Coeliac Disease in Central Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72: 546-51.
- Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C, et al. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2020; 70: 141-56.
- Vecino López R, Miranda Cid C, Rodrigo García G, García Romero R, Cilleruelo ML, Román Riechmann E, on behalf of the Spanish Working Group on Coeliac Disease. Influence of the 2012 European Guidelines in Diagnosis and Follow-up of Coeliac Children With Selective IgA Deficiency. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;71: 59-63.
- Cerqueiro Bybrant M, Udén E, Frederiksen P, Gustafsson AL, Arvidsson CG, Fureman AL, et al. Celiac disease can be predicted by high levels of tissue transglutaminase antibodies in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2021;22:417-24.
- Babio N, Lladó-Bellette N, Besora-Moreno M, Castillejo G, Guillén N, Martínez-Cerezo F. A comparison of the nutritional profile and price of gluten-free products and their gluten-containing counterparts available in the Spanish market. *Nutr Hosp* 2020;37:814-22.
- Ballester Fernández C, Varela-Moreiras G, Úbeda N, Alonso-Aperte E. Nutritional Status in Spanish Children and Adolescents with Celiac Disease on a Gluten Free Diet Compared to Non-Celiac Disease Controls. *Nutrients* 2019; 11, 2329; doi:10.3390/nu11102329.

10. Gianfrani C, Vitale S, Troncone R. New Therapeutic Strategies in Celiac Disease. In *Advances in Celiac Disease*. Jose Amil-Dias, Isabel Polanco Ed. Springer 2021; 171-91.
11. Mearin ML, Agardh D, Antunes H, Al-Roma A, Auricchio R, Castillejo G et al. ESPGHAN position paper on management and follow-up of children and adolescents with coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2022, Publish Ahead of print. doi: 10.1097/MPG.0000000000003540.
12. Silvester JA. Tests for serum transglutaminase and endomysial antibodies do not detect most patients with celiac disease and persistent villus atrophy on gluten-free diets: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2017;153: 689-701
13. Coto L, Mendia I, Sousa C, Bai JC, Cebolla A. Determination of gluten immunogenic peptides for the management of the treatment adherence of celiac disease: A systematic review. *World J Gastroenterol* 2021; 27: 6306-21.
14. Laserna-Mendieta EJ, Casanova MJ, Arias A, Laura Arias-González L, Majano P, Mate LA et al. Poor Sensitivity of Fecal Gluten Immunogenic Peptides and Serum Antibodies to Detect Duodenal Mucosal Damage in Celiac Disease Monitoring. *Nutrients* 2021; 13, 98.
15. Myléus A, Reilly NR, Green PHR. Rate, risk factors and outcomes of non adherence in pediatric patients with celiac disease: A systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020; 18: 562-73.
16. Barrio J, Cilleruelo ML. Quality of Life in Celiac Disease. In *Advances in Celiac Disease*. Jose Amil-Dias, Isabel Polanco Ed. Springer 2021; 194-213.
17. Ludvigsson JF, Agreus L, Ciacci C, Crowe SE, Geller MG, Green PHR et al. Transition from childhood to adulthood in coeliac disease: the Prague consensus report. *Gut* 2016;65:1242-51.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CIERTA en relación con la enfermedad celíaca?

- a) Se trata de un proceso sistémico.
- b) Afecta con mayor frecuencia a mujeres y a familiares de primer grado del género femenino de un paciente celíaco.
- c) Aunque la frecuencia en el diagnóstico va en aumento, la mayoría de los pacientes celíacos quedan sin diagnosticar.
- d) La mayoría de los niños y adolescentes tienen bajo peso al diagnóstico.
- e) El estudio de HLA debe realizarse para el cribado de los grupos de riesgo.

2. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones en el diagnóstico de la enfermedad celíaca NO es CIERTA?

- a) Puede obviarse la biopsia intestinal si AATG \geq 10 veces LSN y AAEM positivos en paciente asintomático.
- b) Puede obviarse la biopsia intestinal si AATG \geq 10 veces LSN y AAEM positivos en paciente sintomático.
- c) Puede obviarse la biopsia intestinal si AATG \geq 10 veces LSN y AAEM positivos en paciente con déficit selectivo de IgA.
- d) Puede obviarse el estudio genético tanto en pacientes que van a ser biopsiados como a los que no.
- e) La determinación de los AAEM debe realizarse en una extracción posterior a los de AATG.

3. En el seguimiento de los niños y adolescentes celíacos debe realizarse todo lo siguiente, EXCEPTO:

- a) Control clínico cada 1-2 años cuando hayan negativizado los anticuerpos.
- b) Control serológico con determinación de los AATG.
- c) Determinación de péptidos deaminados de gliadina (GIPs) en sangre y orina.
- d) Puede considerarse la determinación de TSH y tiroxina.
- e) Debe efectuarse tratamiento de la anemia ferropénica si existe al diagnóstico.

4. En la prueba de provocación con gluten debe efectuarse todo lo siguiente, EXCEPTO:

- a) Inicialmente se realiza estudio genético.
- b) Si el estudio genético es negativo el paciente podrá realizar dieta normal.
- c) Si el estudio genético es positivo se reintroducirá 10-15 gramos de gluten al día durante un año.
- d) Se efectuará biopsia intestinal si durante la prueba de provocación aparecen síntomas y/o se positivizan los anticuerpos.
- e) Los controles clínico/serológicos durante la prueba de provocación deben realizarse cada 6 meses de forma mantenida en todos los casos.

5. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es CIERTA en relación con la enfermedad celíaca?

- a) Ante un caso de EC potencial retirar siempre el gluten de la dieta.
- b) Debe efectuarse biopsia intestinal en el paciente diabético sintomático con sospecha de enfermedad celíaca.
- c) La menor adherencia al tratamiento la presentan los niños menores de 3 años.
- d) En la actualidad el único tratamiento aceptado de la enfermedad celíaca es la dieta sin gluten.
- e) Los AATG deben desaparecer en 6 meses bajo la dieta sin gluten.

Respuestas en la página 157

Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en los varones

F.J. Mejorado Molano, L. Soriano Guillén. Unidad de Endocrinología Infantil. Servicio de Pediatría. Instituto de Investigación Sanitaria-Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen

El retraso constitucional del crecimiento y desarrollo (RCCD) es una variante de la normalidad que constituye la causa más frecuente de retraso puberal en el varón. Su etiología es desconocida, pero en un alto porcentaje de casos existen antecedentes de retraso puberal en familiares de primer y segundo grado. Una adecuada anamnesis junto con exploración física dirigida y un patrón de crecimiento característico durante la infancia podría permitir orientar el diagnóstico de esta entidad sin necesidad de recurrir a pruebas complementarias. Característicamente, la edad ósea suele estar retrasada. Para algunos autores se trata de una forma de hipogonadismo hipogonadotrofo funcional y, por tanto, debe plantearse diagnóstico diferencial con algunas enfermedades crónicas que pueden condicionar retraso puberal. Asimismo, en ocasiones, resulta muy complicado el diagnóstico diferencial del RCCD con diferentes formas de hipogonadismo hipogonadotrofo congénito. Se trata de un proceso transitorio donde la gran mayoría de los pacientes conseguirán al final un desarrollo espontáneo y completo de la pubertad sin necesidad de tratamiento. Éste se podría plantear en casos donde haya gran afectación psicológica sobre el paciente y consistiría en la administración de un ciclo de tres a seis meses de testosterona intramuscular mensual que trataría de estimular el desarrollo de los caracteres sexuales.

Palabras clave: Pubertad; Pubertad tardía; Hipogonadismo hipogonadotrofo.

Abstract

Constitutional delay of growth and puberty (CDGP) is a variant of normality that constitutes the most frequent cause of delayed puberty in males. Its etiology is unknown, but in a high percentage of cases there is a history of delayed puberty in first and second degree relatives. An adequate history taking together with a focused physical examination and a characteristic growth pattern during childhood could guide the diagnosis of this entity without the need to resort to complementary tests. Bone age is, characteristically, often delayed. For some authors, it is a form of functional hypogonadotropic hypogonadism and, therefore, a differential diagnosis should be considered with certain chronic diseases that can condition pubertal delay. Likewise, the differential diagnosis of CDGP with different forms of congenital hypogonadotropic hypogonadism is sometimes highly complicated. It is a transitory process where the vast majority of patients will eventually achieve a spontaneous and complete development of puberty without the need for treatment. This could be considered in cases where there is great psychological affectation on the patient and would consist of the administration of a cycle of three to six months of monthly intramuscular testosterone that would try to stimulate the development of sexual characteristics.

Key words: Puberty; Delayed puberty; Hypogonadotropic hypogonadism.

Introducción

La pubertad es una etapa crucial entre la infancia y la edad adulta durante la que los niños y las niñas alcanzarán la maduración de los caracteres sexuales secundarios, su talla adulta y la capacidad de reproducción. Este complejo proceso está regulado por cambios biológicos en el hipotálamo que conducen al aumento de la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y, secundariamente, de hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH). El incremento final de esteroides sexuales (estradiol y testosterona) conllevarán la aparición progresiva de los caracteres sexuales secundarios.

En niños, la pubertad normal se inicia con el aumento de volumen testicular (≥ 4 ml) entre los nueve y catorce años

La causa principal de pubertad retrasada es el llamado "retraso constitucional del crecimiento y desarrollo", mucho más frecuente entre varones que en mujeres. Se trata de un proceso transitorio, una variante de la normalidad sin causa identificable

Un 60-80% de los pacientes tienen familiares de primer grado con antecedente de retraso puberal

El motivo de consulta más habitual de las familias es por talla baja para su edad asociada a un escaso o nulo desarrollo puberal

El rango de normalidad de aparición de estos caracteres sexuales secundarios viene definido por criterios estadísticos. En niños, la pubertad normal se inicia con el aumento de volumen testicular (≥ 4 ml) entre los nueve y catorce años. Por tanto, hablaremos de pubertad retrasada cuando este aumento de volumen testicular no se haya producido tras cumplir los 14 años.

La causa principal de pubertad retrasada es el llamado "retraso constitucional del crecimiento y desarrollo", mucho más frecuente entre varones que en mujeres. Se trata de un proceso transitorio, una variante de la normalidad sin causa identificable, donde la gran mayoría de los pacientes conseguirán al final un desarrollo espontáneo y completo de la pubertad. Su etiología es desconocida, pero con un claro origen genético puesto que hasta en un 60-80% de los pacientes tienen familiares de primer grado con antecedente de retraso puberal.

Otras causas de retraso puberal y con las cuales hay que hacer un diagnóstico diferencial son los hipogonadismos. En el hipogonadotropo, encontramos una secreción deficitaria de gonadotropinas centrales y puede ser transitorio secundariamente a enfermedades crónicas o permanente. En el hipergonadotropo, existe un aumento de gonadotropinas por fallo gonadal que no produce suficientes esteroides sexuales, como en el síndrome de Turner o Klinefelter.

Clínica

El motivo de consulta más habitual de las familias es por talla baja para su edad asociada a un escaso o nulo desarrollo puberal que suele crear cierto impacto psicológico negativo sobre el niño. Al nacimiento, estos pacientes presentan datos antropométricos normales para situarse desde los 2-3 años de edad en percentiles bajos de talla, con una velocidad de crecimiento adecuada pero también en percentiles bajos. En general, en estos niños se observa un retraso del crecimiento durante la infancia para su edad cronológica pero acorde al retraso en su maduración ósea. Además, suelen padecer una ralentización muy acusada de la velocidad de crecimiento cercana a la pubertad para iniciar, con posterioridad, un estirón puberal de forma más tardía que la mayoría de adolescentes de su edad. Esta aceleración del crecimiento suele ser menos marcada que en sujetos con pubertad normal. Característicamente, la fusión de los cartílagos de crecimiento es mucho más tardía. Este hecho va a permitir, en la mayoría de ocasiones, alcanzar una talla adulta acorde a su talla genética a edades más avanzadas de lo habitual.

Aproximación diagnóstica

Aunque el RCCD es la causa más frecuente de retraso puberal, se trata de un diagnóstico de exclusión. Por ello, es importante establecer el diagnóstico diferencial con enfermedades crónicas causantes de hipogonadismo hipogonadotropo funcional como por ejemplo, la enfermedad celíaca, desnutrición, hipotiroidismo o enfermedad inflamatoria intestinal. Pero también, con diferentes causas de hipogonadismo hipogonadotropo permanente, particularmente con hipogonadismo hipogonadotropo congénito (HHC). Con este propósito, va a resultar de suma importancia de la realización de una minuciosa anamnesis, el conocimiento de las curvas de crecimiento y un examen físico dirigido.

Anamnesis

Historia reciente

- ¿Desde cuándo se ha dado cuenta que no ha comenzado el desarrollo puberal? ¿Cambios de tamaño de pene? ¿Cambios de tamaño de bolsa escrotal? ¿Pubarquia y/o axilarquia?
- ¿Cómo ha sido el crecimiento en el último año?
- ¿Ha perdido peso? ¿Realiza deporte de élite?
- Breve encuesta nutricional.
- ¿Presenta dolor abdominal recurrente? ¿Cómo es el ritmo deposicional?
- ¿Sufre de episodios frecuentes de cefalea? Si es así, ¿cómo son?

Antecedentes familiares

- Datos antropométricos: cálculo de la talla diana.
- Edad menarquia de la madre.
- Edad del cambio de voz y primer afeitado del padre.
- Alteraciones del olfato: hiposmia/anosmia.
- Infertilidad.

Antecedentes personales

- Edad gestacional.

- Datos antropométricos al nacimiento.
- Gráficas de crecimiento.
- Antecedente de criptorquidia y/o micropene.
- Cuadro sindrómico.
- Retraso psicomotor.
- Anomalías de la línea media.
- Alteraciones del olfato.
- Terapia crónica.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

Examen físico

- Peso, talla, IMC: percentiles y SDS.
- Grado de hidratación.
- Estado nutricional.
- Tensión arterial.
- Fenotipo.
- Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal.
- Estadio puberal de Tanner: describir vello púbico, axilar, volumen testicular, tamaño del pene.
- Examen neurológico que incluya fondo de ojo.

Pruebas complementarias que pudieran resultar de utilidad en la valoración de un varón con RCCP

- **Edad ósea:** generalmente, se encuentra **retrasada de manera llamativa** y es adecuada al desarrollo puberal del niño mientras que en el hipogonadismo hipogonadotrofo congénito suele ser acorde a la edad del paciente.
- **Analítica sanguínea básica** que incluya hemograma, reactantes de fase aguda, función tiroidea y despistaje de enfermedad celiaca para excluir patologías orgánicas habituales.
- **Determinación de testosterona basal:** de poca utilidad en el diagnóstico diferencial del RCCD. Tanto en el RCCD como en diferentes formas de hipogonadismo puede que se encuentre por debajo del límite de detección acorde a un estadio puberal Tanner I.
- **Cuantificación de inhibina B:** es un buen marcador de la función de las células de Sertoli y sus valores sanguíneos guardan una buena correlación con el volumen testicular, incluso en la etapa prepuberal. De mayor utilidad para el diagnóstico diferencial entre RCCD e hipogonadismo hipogonadotrofo congénito. Así, valores inferiores a la normalidad sugieren la presencia de HHC.
- **Valoración de niveles basales de gonadotropinas (LH y FSH):** de utilidad para el diagnóstico diferencial con hipogonadismo hipergonadotrofo en el que encontraremos valores elevados de gonadotropinas. Por el contrario, los niveles de gonadotropinas aparecerán por debajo del límite de detección o en el límite inferior de la normalidad tanto en el RCCP como en el hipogonadismo hipogonadotrofo. Nótese que en el momento actual no existe un punto de corte de LH con la suficiente sensibilidad y especificidad para poder diagnosticar hipogonadismo hipogonadotrofo frente a RCCD.
- **Test de hormona liberadora de gonadotropinas (LHRH):** permite evaluar la integridad del eje gonadotrofo. Para ello, se cuantificarán los niveles de LH y FSH de forma basal y tras la administración de LHRH en varios momentos (30, 60 y 90', dependiendo del protocolo). Esta prueba tampoco presenta una suficiente sensibilidad y especificidad en el diagnóstico diferencial entre RCCD e hipogonadismo hipogonadotrofo. Por lo tanto, no es una prueba que deba generalizarse. A nuestro juicio debería individualizarse teniendo en cuenta los datos recogidos en la anamnesis y el examen físico, así como el resultado de pruebas de primer nivel entre las que se encuentra inhibina B.
- **RM craneal y de bulbos olfatorios:** recomendable en sujetos en los que, tras la realización de las pruebas anteriormente citadas, el diagnóstico diferencial entre RCCP e hipogonadismo hipogonadotrofo sea complejo. En estas situaciones, la mayoría de expertos recomienda su realización a partir de los 15-16 años. No obstante, conviene precisar que, si existe la sospecha nítida de un hipogonadismo hipogonadotrofo permanente, deberá solicitarse de inmediato para descartar patología endocraneal adquirida o la presencia de malformaciones congénitas (ausencia de bulbos olfatorios en el HHC).

Finalmente, conviene apuntar que en no pocas ocasiones únicamente el seguimiento clínico a lo largo del tiempo nos va a permitir discernir si se trata de RCCD versus HHC.

En no pocas ocasiones únicamente el seguimiento clínico a lo largo del tiempo nos va a permitir discernir si se trata de RCCD versus HHC

En general, estos niños no precisarán de ningún tratamiento ya que podrán conseguir de forma espontánea el inicio de la pubertad y su desarrollo completo

Tratamiento

En general, estos niños no precisarán de ningún tratamiento ya que podrán conseguir de forma espontánea el inicio de la pubertad y su desarrollo completo. Por tanto, es importante tranquilizar y explicar a las familias y al propio paciente el curso natural transitorio del proceso, ofreciéndoles un seguimiento clínico periódico para vigilar el desarrollo de los caracteres sexuales y la velocidad de crecimiento.

En casos individualizados, cuando existe una repercusión psicológica por el retraso puberal, puede plantearse el tratamiento hormonal. Éste consiste en la administración mensual a dosis bajas de ésteres de testosterona intramuscular en forma depot, generalmente 50 mg/mes, estimulando el desarrollo de los caracteres sexuales. Es necesario precisar que por el propio tratamiento con testosterona no se va a conseguir aumento del tamaño testicular.

En la mayoría de ocasiones, se recomiendan ciclos de tres a seis meses con posterior valoración clínica. Si se objetiva aumento del tamaño testicular (≥ 4 ml) indica que se ha activado el desarrollo puberal y confirma el diagnóstico de RCCD. Por el contrario, de no objetivar aumento del tamaño testicular, se realizará seguimiento estrecho valorando repetir un nuevo ciclo si persiste preocupación en el paciente por ausencia de progresión de la pubertad. Conforme nos acercamos a los 18 años, si no se ha objetivado incremento del tamaño testicular, aumenta considerablemente la posibilidad del diagnóstico de HHC.

Bibliografía

- Gaudino R, De Filippo G, Bozzola E, Gasparri M, Bozzola M, Villani A, Radetti G. Current clinical management of constitutional delay of growth and puberty. *Ital J Pediatr.* 2022; 48(1): 45.
- Gavela Pérez T, Soriano Guillén L. Hipogonadismos. En: *IV Manual de Pediatría Prof. Cruz. Madrid: editorial Ergon; 2019. p. 806-811.*
- Harrington J, R. Palmert M. An Approach to the Patient with Delayed Puberty. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022; 107(6): 1739–1750.
- Persani L, Bonomi M, Cools M, Dattani M, Dunkel L, Gravholt CH, Juul A. ENDO-ERN expert opinion on the differential diagnosis of pubertal delay. *Endocrine.* 2021; 71(3): 681-688.
- Raivio T, J. Miettinen P. Constitutional delay of puberty versus congenital hypogonadotropic hypogonadism: Genetics, management and updates. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2019; 33(3): 101316.
- Saengkaew T, R Howard A. Genetics of pubertal delay. *Clinical Endocrinology.* 2021;1-10.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. Señale la respuesta INCORRECTA entre las siguientes afirmaciones sobre el retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en varones:**
 - a) Es una variante de la normalidad.
 - b) Es más frecuente en varones.
 - c) Suelen ser casos esporádicos sin antecedentes familiares.
 - d) El inicio de la pubertad viene marcado por el aumento del volumen testicular.
 - e) Es la causa más frecuente de pubertad retrasada.
- 2. Sobre las pruebas complementarias en el diagnóstico de retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en varones, señale la afirmación FALSA:**
 - a) La edad ósea suele estar retrasada de manera habitual.
 - b) El nivel de testosterona en época prepuberal no diferencia retraso constitucional de un hipogonadismo.
 - c) Los niveles de inhibina B guardan relación con el grado de volumen testicular.
 - d) La LH basal es el mejor marcador de pubertad ya que siempre está elevada si hay inicio puberal.
 - e) Una adecuada anamnesis y exploración física pueden evitar realizar pruebas complementarias.
- 3. Señale la afirmación VERDADERA sobre el tratamiento en el retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en varones:**
 - a) Casi el 100% de pacientes precisan testosterona intramuscular para inducir el inicio puberal.
 - b) En el caso de iniciar tratamiento, éste debe mantenerse durante al menos 2-3 años hasta que el paciente haya finalizado su desarrollo puberal.
 - c) La falta de aumento testicular tras varios ciclos de testosterona intramuscular a lo largo del tiempo es sugestiva de hipogonadismo.
 - d) La dosis inicial no debe ser inferior a 100 mg de forma semanal.
 - e) La principal vía de administración de testosterona en el tratamiento del retraso constitucional y del crecimiento es la oral.

Respuestas en la página 158

Maltrato de la población adolescente a través de las TICS (*grooming, sexting, ciberbullying*)

M.A. Salmerón Ruiz. Pediatra. Unidad de adolescencia y pediatría. Hospital Ruber Internacional, Madrid.

Resumen

El ciberacoso constituye una entidad que afecta preferentemente a adolescentes. Su creciente incidencia y su repercusión clínica, con un alto riesgo de depresión y conductas suicidas, hace necesaria una adecuada formación de los pediatras, al ser los síntomas psicósomáticos, en muchos casos, el primer indicio. El objetivo es prevenir la aparición de nuevos casos y la detección precoz, para poder realizar un manejo adecuado de los pacientes. Sin embargo, las características especiales de esta entidad requerirán un trabajo coordinado y multidisciplinar en el ámbito familiar, escolar, policial y judicial.

Palabras clave: *Cyberbullying; Bullying; Grooming.*

Abstract

Cyberbullying is an entity that preferentially affects adolescents. Its growing incidence and its clinical repercussion, with a high risk of depression and suicidal behaviors, make it necessary to adequately train pediatricians, as psychosomatic symptoms are, in many cases, the first indication. The objective is to prevent the appearance of new cases and early detection, in order to carry out an adequate management of patients. However, the special characteristics of this entity will require coordinated and multidisciplinary work in the family, school, police and judicial spheres.

Key words: *Cyberbullying; Bullying; Grooming.*

¿Qué es la salud digital?⁽¹⁾

La OMS⁽²⁾ definió la salud como ausencia de enfermedad y completo bienestar a nivel físico, psicológico y social. Hay muchas definiciones posteriores de salud. Terris⁽³⁾ en los años 80 suprimió de la definición la palabra "completo" por ser irreal e introdujo el término funcionalidad, dando cabida a la diversidad funcional. En la adolescencia además la salud sexual tiene una gran relevancia.

El mundo digital tiene riesgos y beneficios que repercuten en todas las esferas del individuo: a nivel físico, psicológico, social, sexual y funcional. Es decir, el uso inadecuado del mundo digital impacta sobre la salud a cualquier edad, especialmente en niños y adolescentes, al estar en desarrollo^(4,5). La salud digital promueve un uso saludable, seguro, crítico y responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Los objetivos de la salud digital son: 1) promoción de los hábitos saludables digitales; 2) Detección precoz de los riesgos y de las patologías derivadas; 3) tratar de forma adecuada los casos y evitar las secuelas según el riesgo.

Es necesario que los padres sean conscientes del impacto del mundo digital sobre la salud de sus hijos y sean agentes activos en la educación digital a nivel familiar^(4,5,6).

Se entiende como digital a todas aquellas herramientas que nos permiten almacenar y compartir información: televisión, tableta, teléfono inteligente, ordenador, pulseras de actividad...

El mundo digital tiene riesgos y beneficios que repercuten en todas las esferas del individuo: a nivel físico, psicológico, social, sexual y funcional

¿Cuáles son los riesgos digitales que afectan a la salud de niños y adolescentes?⁽¹⁾

Para entender los riesgos de las TIC hay que diferenciar dos etapas^(4,5,6):

- En los menores de dos años. Es una etapa crucial en el desarrollo: el establecimiento del apego y del vínculo, el desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa, el inicio del lenguaje, el aprendizaje del control de las frustraciones y los tiempos. El uso de pantallas en esta edad de forma habitual interfiere directamente en el desarrollo psicosocial, en el sueño y aumenta el riesgo de obesidad al disminuir el tiempo de actividad física.
- En los preadolescentes y adolescentes. El riesgo más frecuente es el acceso a información inadecuada para la edad y el que entraña mayor riesgo es el ciberacoso, por la alta probabilidad de depresión grave y suicidio. Además, el mal uso, el abuso y las conductas adictivas en internet, los trastornos del sueño, el riesgo aumentado de obesidad y problemas atencionales que dificultan el rendimiento académico, en muchas ocasiones coexisten y están aumentando su prevalencia.

Por otro lado, es importante señalar los riesgos asociados al uso indiscriminado de pantallas por parte de los padres. El mayor impacto es sobre la educación digital de los hijos, debido a que los niños adquieren hábitos saludables o no reproduciendo lo que hacen sus padres. Otro riesgo frecuente es como afecta a la identidad digital de los niños cuando los padres comparten información privada, fotos, acontecimientos importantes para ellos tanto con fines comerciales como no y su potencial repercusión en el presente y en el futuro.

El rol de los profesionales de la salud es fundamental en: la prevención, educación para la salud de las familias y los pacientes, así como en la detección precoz y tratamiento de los riesgos.

En la última década se han publicado múltiples artículos científicos sobre el impacto del mundo digital en la salud en la infancia y adolescencia.

Definición de ciberacoso y subtipos⁽⁷⁾

El ciberacoso se define como el maltrato ejercido a través de internet, el cual tiene dos subtipos que afectan a la infancia: el ciberacoso escolar (*cyberbullying*) y el ciberacoso sexual (*grooming*).

El *cyberbullying* es el daño repetido, intencional y consecuente ejercido por un niño o grupo de niños, contra otro mediante el uso de medios digitales

Ciberacoso escolar o *cyberbullying*

Tanto el acoso escolar tradicional como el *cyberbullying* son formas de violencia o maltrato que generalmente coexisten, contra las que todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser protegidos.

El *cyberbullying* se define como: "El daño repetido (no basta con un hecho aislado), intencional y consecuente ejercido por un niño o grupo de niños contra otro mediante el uso de medios digitales"⁽⁸⁾. Sin embargo, no existe actualmente una definición única del concepto de *cyberbullying* a nivel internacional. Por ejemplo, para las Naciones Unidas, es necesario sólo un acto de manifestación de violencia en línea para determinar el acoso a través de internet.

Grooming

Ciberacoso ejercido deliberadamente por un adulto (o dos niños donde pueda establecerse una relación de poder y un control emocional) sobre un niño, siendo el contenido del acoso sexual. En la mayoría de los casos, el fin último es obtener imágenes de pornografía infantil o cometer abuso sexual. Por tanto, para considerarse *grooming* debe existir contenido sexual y obtenerse mediante coacción.

Grooming es ciberacoso ejercido deliberadamente por un adulto (o dos niños donde pueda establecerse una relación de poder y un control emocional) sobre un niño, siendo el contenido del acoso sexual

Epidemiología del ciberacoso⁽⁹⁾

Una encuesta publicada en 2021 por UNICEF⁽⁹⁾, hace un análisis interesante a través de cuestionarios validados del uso y los riesgos de la tecnología en la adolescencia en España. El estudio es de ámbito nacional a través de un cuestionario *on line*. Muestreo bietápico con "n" total de 41.509 adolescentes de ambos sexos que están cursando estudios de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en centros públicos, privados o concertados. La edad de los participantes está comprendida entre los 11 y los 18 años.

De los encuestados, el 19,8% consideran ser víctima de acoso escolar una o varias veces a la semana en los últimos 2 meses, y en un 12,2% para el ciberacoso. Las cifras son algo mayores entre las chicas y en la primera etapa de la ESO.

Respecto a los agresores un 3,2% lo son de acoso escolar y 5,4% de ciberacoso. El agresor de acoso escolar es más frecuente entre los chicos de 3º y 4º de la ESO, en el caso del ciberacoso la diferencia entre sexos es menor.

El 72,9% de las/os adolescentes que sufren acoso *online* también lo sufren *offline*. En otras palabras, en la mayoría de los casos que se detecten conductas de ciberacoso, es muy probable que dichas conductas persistan también fuera de los dispositivos tecnológicos o las redes sociales.

Respecto a las consecuencias percibidas:

- Quienes dicen sufrir o haber sufrido acoso señalan que les ha afectado bastante o mucho fundamentalmente a su autoestima (51%), en las ganas de ir al instituto (43%) y a su estado de ánimo (38,8%).
- Los niveles de bienestar emocional, integración social y satisfacción con la vida son sensiblemente menores entre quienes sufren acoso escolar. Las tasas de depresión grave llegan a multiplicarse por 5, si se compara con los no implicados.
- Tanto en el caso de acoso escolar como del ciberacoso, la tasa de ideación suicida se multiplica por 4.

Respecto a las características del acoso:

- Lo habitual es que el acoso se ejerza en grupo (entre 2 y 5 adolescentes) y, comparativamente, más por chicos.
- En la inmensa mayoría de los casos, el acoso es ejercido cara a cara y por adolescentes de la misma clase (70,2%).
- En más de la mitad de los casos la situación de acoso se prolonga meses, o incluso más de un año. Aunque lo habitual es que cuando los adolescentes sufren acoso lo comuniquen durante el primer mes, al menos 1 de cada 4 (27,3%) tarda más de un año, o no llega a contarlo nunca. Los padres son el principal interlocutor al que los adolescentes acuden, seguido de los amigos.

Respecto a las motivaciones del acoso:

- El físico constituye, a juicio de los propios adolescentes, el principal foco o motivo de acoso, aunque casi 1 de cada 3 alude a que simplemente se trataba de una broma.
- Otras motivaciones como que le tenían manía 29,7% o envidia 28,7% y un 21,9% el hecho de ser diferente.
- Aunque muy pocos se refieren de manera explícita a la orientación sexual, esta pasa a ser el primer argumento en el caso de adolescentes homosexuales (58,8%).

Diferencias entre el acoso escolar presencial y el *cyberbullying*⁽⁷⁾

El medio que utiliza el ciberacoso, las TICs, hacen que este tipo de maltrato presente algunas diferencias con respecto al acoso tradicional:

- Mayor victimización, la víctima está sometida al maltrato sin limitación de tiempo ni espacio, todos los días de la semana, las 24 horas del día, en cualquier lugar. Esto provoca un mayor daño psíquico en la víctima.
- Falsa sensación de anonimato, provocando que personas que no se atreverían a maltratar cara a cara lo hagan a través de la red.
- Mayor audiencia: cualquier persona que pueda acceder a Internet puede ser observadora potencial del maltrato.

Clínica⁽⁷⁾

La clínica más frecuente son los síntomas físicos de origen psicossomático, tanto en víctimas y agresores como observadores: dolor abdominal, trastornos del sueño, cefalea, fatiga, enuresis secundaria, pérdida de apetito, pérdida de peso, tics, mareos y vértigo. Los síntomas psicológicos de mayor prevalencia son: ansiedad, depresión, baja autoestima e ideación suicida. Algunas alteraciones de conducta pueden ser muy indicativas: dejar de conectarse a internet o conectarse con mayor frecuencia de lo habitual, mostrarse frustrado, triste o enfadado después de usar el ordenador o el teléfono móvil o no querer hablar sobre el tema si se le interroga. Ver Tabla I y Tabla II.

Quienes dicen sufrir o haber sufrido acoso señalan que les ha afectado bastante o mucho fundamentalmente a su autoestima, las ganas de ir al instituto y a su estado de ánimo. Tanto en el caso de acoso escolar como del ciberacoso, la tasa de ideación suicida se multiplica por 4

Respecto a las motivaciones del acoso: El físico constituye, a juicio de los propios adolescentes, el principal foco o motivo de acoso, Otras motivaciones son: que le tenían manía o envidia y el hecho de ser diferente

Historia clínica y exploración física⁽⁷⁾

En el maltrato los niños no suelen contar en la primera consulta lo ocurrido; para su detección es necesario abordar la historia social independientemente del motivo de consulta en todas las citas, incluyendo las revisiones de los Programas de Salud, siendo especialmente importante en el adolescente. La historia social debe incluir: el entorno familiar, escolar, aficiones, consumo de sustancias, círculo social y las TICs (Ver Tabla III). Preguntas sobre las TICs en la historia clínica), evaluando prácticas de riesgo en su uso y un eventual uso problemático o adictivo de estas.

A la hora de redactar la historia clínica, al igual que ante cualquier caso de maltrato hay que recoger textualmente el relato del niño o adolescente, entre comillas. El juicio clínico debe ser "sospecha de *grooming* o *cyberbullying*" y abstenerse de especificar el nombre de los agresores.

En el caso del *cyberbullying* recoger los siguientes datos: 1) tiempo de evolución; 2) nombre del centro escolar y curso de los supuestos niños que agreden; 3) nombre de la red social, web o juego donde lo acosan; 4) preguntar acerca de los lugares donde se ha sufrido el acoso: patio, comedor, extraescolares, a la salida del colegio (pues existe la posibilidad de estar sufriendo además un posible acoso cara a cara); 5) sintomatología (ver apartado 6, Clínica); 6) Evaluar trastornos del ánimo y presencia de ideación autolítica o intento suicida, por el alto riesgo que existe en estos pacientes.

En el caso específico de *grooming*: 1) tiempo de evolución del acoso; 2) nombre de la red social, web o juego a través de la cual se hizo envío de las imágenes o vídeos; 3) alias usado por el agresor (pues suelen utilizar un nombre falso); 4) especificar si se ha quedado en persona o no con el agresor; 5) sintomatología, incluir estado de ánimo e ideación suicida.

La exploración física debe ser completa por órganos y aparatos, buscando signos de maltrato tanto físico como sexual. En caso de encontrar algún tipo de lesión sugerente o sospechosa de maltrato se activará el protocolo de actuación según cada caso (ver Figura 1. Algoritmo de actuación).

Atención en consulta⁽⁷⁾

Es esencial, para un manejo adecuado de los pacientes, la detección precoz de los casos de ciberacoso, tanto a la víctima como al agresor. Los observadores deben ser evaluados y valorar si precisan atención.

La actuación debe ser coordinada con los distintos sectores involucrados, según cada caso (profesores, salud mental, fiscalía de menores, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la familia y los niños), y se deben activar los mecanismos necesarios de protección a la víctima y detección y seguimiento del agresor (ver Figura 1. Algoritmo de actuación).

Además, es fundamental considerar que tanto víctima como agresor son niños y han de ser objetos de cuidado e intervención por los profesionales de salud y sectores involucrados en los casos de ciberacoso escolar.

Medidas ante un caso de ciberacoso⁽⁷⁾

Manejo del ciberacoso en consulta:

- Valorar a la víctima: Para lo cual será fundamental realizar una historia clínica y exploración física completa no sólo orientada al ciberacoso, sino también para descartar otro tipo de maltrato, como abuso sexual o maltrato físico, que pueden estar presentes (ver 5 Historia clínica y exploración física). Es imprescindible explorar la ideación autolítica para derivar a Salud Mental, en el caso de ideación activa la derivación debe ser urgente.
- Definir el tipo de acoso (sexual, físico o psicológico) y actuar según el tipo de maltrato (ver algoritmo de actuación).
- Parte de lesiones, irá dirigido a fiscalía de menores si el agresor es menor de 18 años o al juzgado de guardia si el agresor es mayor de 18 años (Ver Figura 2 Parte de lesiones). Es necesario realizarlo en los siguientes casos:
 - *Grooming* si se ha quedado con el agresor: actuar según protocolo abuso sexual.
 - *Grooming* si no se ha quedado con agresor: es recomendable, aunque no haya lesiones, para describir el estado de la víctima por la alta sospecha de maltrato. Además, al ser un delito es necesario cumplimentar el parte de lesiones.
 - Ciberacoso escolar con lesiones físicas o intento de suicidio.

La exploración física debe ser completa por órganos y aparatos, buscando signos de maltrato tanto físico como sexual. En caso de encontrar algún tipo de lesión sugerente o sospechosa de maltrato se activará el protocolo de actuación según cada caso

Se debe realizar una historia clínica y exploración física completa no sólo orientada al ciberacoso, sino también para descartar otro tipo de maltrato, como abuso sexual o maltrato físico, que pueden estar presentes

En el caso del ciberacoso escolar sin lesiones: no realizar parte de lesiones de entrada salvo en casos graves, es necesario la investigación en el centro escolar para conocer exactamente lo que ocurrió. Si se considera la existencia de delito una vez investigado el caso, el centro escolar está obligado a ponerlo en conocimiento de fiscalía de menores.

- Comunicación a Trabajo Social (Figura 3. Comunicación a Trabajo Social) hay que realizarlo ante cualquier sospecha de maltrato, tanto de ciberacoso escolar como de *grooming* o intento de suicidio.
- Denuncia inicial a la policía:
 - En el caso de *cyberbullying* se aconseja inicialmente no denunciar ya que la investigación escolar es fundamental en el manejo inicial de los casos. Si el colegio no realiza la investigación hay que comunicarlo a trabajo social y aconsejar que la familia contacte con participación ciudadana de la policía nacional.
 - En el caso de *grooming* hay que realizar denuncia inmediata dada la gravedad del delito.
- Contactar con el centro escolar (Figura 4. Hoja de comunicación con el centro escolar). En casos de acoso escolar presencial o de un ciberacoso escolar y en los casos de *grooming* cuyo agresor sea del centro escolar. Se recomienda realizar un comunicado al centro escolar con el diagnóstico específico de “sospecha de acoso escolar o ciberacoso”, dado que es imposible establecer un diagnóstico definitivo sin una adecuada evaluación de la situación por parte del centro escolar.

En el caso del ciberacoso escolar sin lesiones: es necesario la investigación en el centro escolar para conocer exactamente lo que ocurrió. Si se considera la existencia de delito una vez investigado el caso, el centro escolar está obligado a ponerlo en conocimiento de fiscalía de menores

Seguimiento clínico⁽⁷⁾

Es necesario asegurarse de que se hayan puesto en marcha las medidas necesarias para detener el ciberacoso por parte del centro escolar y de todos los organismos que se requieran según el caso. Además, se debe acompañar a la víctima para que se sienta protegida, tome las medidas necesarias para realizar un uso seguro de las TICs y sepa cómo actuar en caso de sufrir un nuevo ciberacoso (prevención primaria). Se debe evaluar en cada control la sintomatología de ser víctima o agresor y derivación a salud mental si es necesario.

Prevención

La evidencia científica era tan abrumadora que en el año 2016 la Academia Americana de Pediatría⁽¹⁰⁾ y, posteriormente, en el año 2017⁽¹¹⁾, la Sociedad Canadiense de Pediatría publicaron una revisión sobre los riesgos y recomendaciones que los pediatras debían conocer y transmitir a las familias en la consulta. Ambos artículos comparten mensajes comunes:

1. Alertan de los riesgos desde edades tempranas, especialmente en los menores de dos años.
2. Explican la importancia del juego tradicional para un adecuado neurodesarrollo y fomentar la interacción con otros niños y adultos.
3. Desarrollan la necesidad de establecer límites digitales según edad en: tiempo de uso, tiempo de desconexión y lugares donde se utilizan los dispositivos.
4. Refuerzan a los padres para ser el mejor ejemplo de sus hijos y los animan a realizar un “plan digital familiar”.

El “plan digital familiar” supone una revolución en la promoción de la salud digital, porque los padres en vez de ser agentes pasivos que establecen normas o no, se convierten en agentes activos y modelos que los hijos imitarán. Las TIC son algo más en lo que educar y los padres tienen que implicarse y ser ejemplo.

La Academia Americana de Pediatría en su web dedicada a familias tiene una herramienta de ayuda para que los padres puedan crear su plan digital⁽¹²⁾. Ha sido actualizado en 2022, con grandes cambios:

- Se puede agregar a un mismo plan a todos los miembros de la familia.
- Explicaciones razonadas de por qué las sugerencias que se hacen son importantes y algunos consejos de cómo llevarlas a cabo.
- Se puede compartir e imprimir. Aconsejan dejarlo en un lugar visible como el frigorífico.
- Se puede revisar y cambiar en cualquier momento al quedar almacenado el plan.
- Permite instalar el plan digital familiar en cualquier dispositivo como si fuese una aplicación.

Al entrar en el plan digital familiar se pueden seleccionar propuestas concretas o añadir aquellas que se estimen. Se agrupan en 13 puntos fundamentales: 1) inicio; que nos permite realizar un plan por primera vez, modificar uno existente o acceder a más información si necesitamos ayuda para comenzar; 2) tutorial; 3) mi familia: seleccionando la edad de cada miembro que vamos a incluir en el plan; 4) prioridades; 5) equilibrio entre el mundo *on line* y *off line*; 6) comunicación sobre las pantallas y dispositivos;

El “plan digital familiar” supone una revolución en la promoción de la salud digital, porque los padres en vez de ser agentes pasivos que establecen normas o no, se convierten en agentes activos y modelos que los hijos imitarán. Al entrar en el plan digital familiar se pueden seleccionar propuestas concretas o añadir aquellas que se estimen

7) zonas libres de pantallas; 8) momentos libres de tecnología; 9) amabilidad y empatía; 10) privacidad y seguridad digital; 11) elección de contenido; 12) uso compartido de pantallas; 13) revisión e impresión⁽¹³⁾.

Otro aspecto importante son los factores protectores. En los últimos años se publicaron varios artículos científicos para intentar identificar si existen factores de riesgos o protectores en el mal uso de las TIC. Aunque aún la evidencia es limitada, hay factores que están relacionados: el tipo de personalidad, los estilos educativos de los padres, el sentirse integrado en el grupo de iguales, la autoestima, las aficiones, entre otros⁽¹³⁾.

Tablas y figuras

Tabla I. Sintomatología de ciberacoso en la víctima

CLÍNICA A CORTO Y MEDIO PLAZO			CLÍNICA A LARGO PLAZO
SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	COMPORAMENTALES	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS
Cefalea	Cambios bruscos de comportamiento	En el uso de internet	Cambios permanentes en la personalidad en 3 patrones diferentes: <ul style="list-style-type: none"> • Resignación • Rasgos obsesivos • Rasgos depresivos con sentimientos de indefensión
Dolor abdominal	Ansiedad	Ausencias escolares	Hiperalerta y desconfianza
Mareos	Depresión	Bajo rendimiento	Trastorno por estrés post-traumático
Hipotonía	Baja autoestima	Cambio/ausencia de amistades	Dificultad en relaciones sociales
Imposibilidad de caminar	Indiferencia	Falta defensa ante bromas	Dificultades laborales
Insomnio	Respuestas agresivas	Miedo a salir de casa	Predisposición a desarrollar cualquier enfermedad mental
	Reservas en la comunicación	Aumento de dependencia de los adultos	
	Ideas autolíticas	Elección de espacios escolares	
	Suicidio	Lesiones físicas inexplicables	

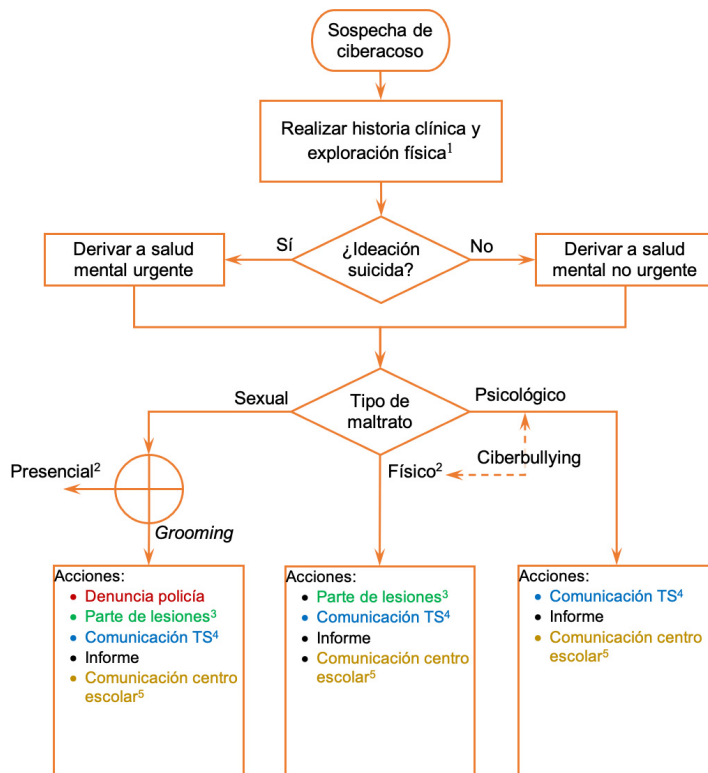
Tabla II. Sintomatología de ciberacoso en el agresor

CLÍNICA DEL AGRESOR
— Ansiedad y conductas depresivas
— Síntomas psicósomáticos
— Problemas académicos
— Desajuste social
— Aislamiento
— Consumo de tóxicos
— Baja autoestima

Tabla III. Preguntas sobre las TIC en la historia clínica

Tiempo diario	Dedicado a pantallas: ordenador, tableta, <i>smartphone</i> , televisión...
Lugar de conexión	Casa, centro escolar, otros. Solo o acompañado
Momentos de conexión	Cuando come, está en la cama, al hacer los deberes, en los tiempos de ocio...
Tipos de aplicaciones	Redes sociales, entretenimiento, email...
Finalidad	Comunicarse, compartir información, entretenerse, evadirse, liberarse...
Contenidos a los que accede	Información inadecuada para la edad, comunidades peligrosas...
Contenidos que publica	Privados o abiertos y tipo de contenido
Redes sociales	Perfil abierto o privado, número de seguidores, si son conocidos o no y si son o no de su misma edad o cercana

Figura 1. Algoritmo de actuación



¹Ver punto 5. ²Seguir protocolo abuso sexual. Ejemplo en Comunidad de Madrid http://www.madrid.org/dat_oeste/descargas/13_14/Protocolo_Abuso_y_Maltrato_Infantil_Mostoles_2013.pdf. ³Seguir modelo según centro sanitario. Ver modelo tipo en Anexo 1. ⁴Ver hoja de Comunicación a Trabajo Social en Anexo 2. ⁵Ver hoja tipo en Anexo 3. En el caso de *Grooming* solo realizar si el agresor es compañero del centro escolar. En el caso de *ciberbullying* realizar en todos los casos.

Figura 2. Parte de lesiones

Figura 3. Comunicación a trabajo social

Figura 4. Hoja de comunicación a centro escolar

A la atención del Equipo Directivo del centro educativo XXX:

Desde el centro sanitario XXX queremos poner en su conocimiento que, tras un diagnóstico preliminar, el paciente XXX, alumno de su centro, parece estar siendo víctima de ciberacoso escolar.

En este sentido, apelamos a la responsabilidad del centro educativo*, a través de sus equipos directivos, de atender de forma pautada y planificada los casos que sean detectados y/o comunicados, de forma que se pongan en marcha los protocolos y procedimientos de abordaje específicos que tengan estipulados para dar rápida respuesta a este tipo de situaciones.

Por lo tanto, esperamos que el Equipo Directivo del centro educativo garantice, a través de las intervenciones que se estimen pertinentes por parte del profesor o profesores que se designen, el adecuado proceso de acogida, cuidada, apoyo y escucha del alumno-víctima, aportándole seguridad y atención incondicional. Asimismo, resulta imprescindible que, sin perjuicio de las acciones de investigación a desarrollar, se pongan en marcha medidas que permitan evidenciar el cese del acoso. Es en este contexto educativo donde han de tener encaje las estrategias de tratamiento de cada conflicto con objetivos muy concretos:

1. Cese del acoso.
2. Protección, cuidado, apoyo de y a la víctima.
3. Reparación del daño producido, el perdón y la reconciliación.
4. Actuación específica con los acosadores.
5. Sensibilización de la comunidad educativa.

Por parte del centro sanitario, se realizará el seguimiento en consulta del paciente con el compromiso de notificar al centro educativo cualquier aspecto que sea de interés para mejorar la gestión de la problemática. Quedamos a su entera disposición para todo aquello que precisen o estimen oportuno. Muchas gracias por su ayuda y colaboración.

Atentamente, XXX

Bibliografía

1. Salmerón Ruíz M.A. Salud digital en tiempos de coronavirus ¿qué cambió? *Adolescere* 2020;7(3):6-10.
2. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. 1946. [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
3. Gavidía V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. 2012; 26. 161-175.
4. American Academy of Pediatrics. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016;138(5). [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162591>.
5. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health*. 2017 Nov; 22(8): 461–468. [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823000/>.
6. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2019;24(6):402-417 [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31528113/>.
7. Salmerón Ruíz M.A. Ciberpatologías: ciberacoso y adicción a nuevas tecnologías. En M.I Hidalgo Vicario et al, compilador. *Medicina de las adolescencia atención integral*. 3º edición. Madrid: Ergon; 2021. P 1107-1116.
8. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/Gu%C3%ADa-de-ciberacoso-para-profesionales-de-la-salud-1.pdf>.
9. Andrade B, Guadix I, Rial A y Suárez F. UNICEF España. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. 2021: [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>.
10. Council on Communications and Media. American Academy of Pediatrics. Media and young minds. *Pediatrics*. 2016;138:e20162591.
11. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health*. 2017;22:461-8.
12. American Academy of Pediatrics. Plan para el consumo mediático de su familia. [Fecha de acceso 5 sep 2022]. Disponible en: www.healthychildren.org/Spanish/media/Paginas/default.aspx.
13. Fischer-Grote I, Kothgassner OD, Felnhofer A. Riskfactors for problematic smartphone use in children and adolescents: a review of existing Literature. *Neuropsychiatr*. 2019;33:179-90.

Adicciones en la adolescencia. ¿Cómo abordarlas?

F. Caudevilla Gáligo. Médico de familia. Grupo de intervención en drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Centro privado Dr. Caudevilla. Madrid.

Resumen

El abordaje del consumo de drogas durante la edad adolescente es un tema en el que los profesionales, y sobre todo los médicos de familia y pediatras, han tenido una escasa formación hasta el momento. Sin embargo, existe una gran (quizá excesiva) preocupación social respecto al uso de sustancias en adolescentes y es importante que los profesionales cuenten con conocimientos y herramientas al respecto. Las drogas legales (alcohol y tabaco) y los fármacos de prescripción sin receta médica (fundamentalmente benzodiazepinas) son las sustancias más consumidas en el rango de edad de población entre 14 a 18 años. Con respecto a las drogas ilegales, el *cannabis* es la única sustancia con prevalencias de consumo significativas. Es importante que el médico aprenda cómo abordar las situaciones más frecuentes que pueden producirse en relación con estas sustancias. Constatado el fracaso de los métodos basados en el miedo y la coacción, herramientas como la Entrevista Motivacional o las estrategias basadas en reducción de riesgos suponen alternativas interesantes que el PAP debe conocer y aplicar de forma adaptada a la población que atiende.

Palabras clave: *Drogas; Adolescente; Adicciones; Tratamiento.*

Abstract

The approach to drug use during adolescence is a topic in which professionals, and especially family doctors and pediatricians, have had little training to date. However, there is a great (perhaps excessive) social concern regarding the use of substances in adolescents and it is important that professionals have knowledge and tools in this regard. Legal drugs (alcohol and tobacco) and prescription drugs without a prescription (mainly benzodiazepines) are the most consumed substances in the population age ranging between 14 and 18 years. Regarding illegal drugs, cannabis is the only substance with a significant prevalence of consumption. It is important for the doctor to learn how to deal with the most frequent situations that may occur in relation to these substances. Having verified the failure of methods based on fear and coercion, tools such as Motivational Interviewing or strategies based on risk reduction represent interesting alternatives that the primary care pediatrician must know and apply in a manner adapted to the population it serves.

Key words: *Drugs; Adolescent; Addictions; Treatment.*

Introducción

Desde el punto de vista clínico, los trastornos adictivos son cuadros patológicos graves, crónicos y con tendencia a la recidivancia. El usuario hace del consumo de la sustancia el centro de su vida, el uso de drogas pasa a ser un elemento nuclear que persiste en tiempo e intensidad a pesar de las consecuencias negativas que se deriven con un patrón de consumo desadaptativo.

Por este motivo suena un poco exagerado hablar de "Adicciones" en adolescentes, simplemente porque vitalmente no han tenido tiempo de desarrollar este trastorno. Quizá tenga que ver con que los adultos tendemos a identificar "las drogas" con "la heroína" (asociándola de forma directa con imágenes de degradación, enfermedad, miseria, delincuencia...) La "crisis de la heroína" vivida en España entre finales de los setenta y principios de los noventa ha dejado una huella sociológica importante para las personas que hemos crecido durante esos años.

Los trastornos adictivos son cuadros patológicos graves, crónicos y con tendencia a la recidivancia

Frente a esta imagen, durante los últimos quince años surgen nuevos patrones de consumo (como el uso de drogas con fines recreativos), nuevas sustancias (*éxtasis*, GHB, ketamina...) y nuevas representaciones sociales de las drogas. Es importante que sepamos detectar y abordar correctamente las situaciones más frecuentes en relación con el uso problemático de sustancias.

¿Cuáles son las drogas más utilizadas entre los adolescentes en edad pediátrica?

Antes de plantearnos cómo abordar el consumo de drogas es imprescindible conocer cuáles son las características epidemiológicas y sociológicas más destacables acerca del uso de drogas entre la población que atiende. En demasiadas ocasiones la fuente de información más habitual es aquella que se obtiene a través de los medios de comunicación de masas. Ésta, por lo habitual, se centra en los aspectos alarmistas o anecdóticos (narcotráfico en las escuelas, discotecas *light* en las que se consumen drogas ilegales, intoxicaciones y problemas asociados al consumo de drogas en edades muy tempranas...). Este hecho puede darnos una perspectiva sesgada y parcial sobre cuáles deben ser los objetivos y estrategias que debemos plantear.

Las encuestas a población escolar entre 14 y 18 años, elaboradas por el Plan Nacional sobre Drogas con periodicidad bianual⁽¹⁾ pueden aportarnos una buena perspectiva para conocer cuáles son las drogas más consumidas en aquella población atendida por el PAP. En el año 2019, y centrándonos en el rango de edad de los 14 años los datos más destacables son los siguientes:

El alcohol es la droga de abuso más prevalente, siendo la edad media de inicio al consumo por primera vez de 13,5 años y la edad media de inicio al consumo semanal de 14 años

- El alcohol es la droga de abuso más prevalente. El 62,56% de los estudiantes de 14 años han probado el alcohol y el 42,3% lo ha tomado alguna vez durante el último mes. En ese rango de edad, la edad media de inicio al consumo por primera vez es de 13,5 años y la edad media de inicio al consumo semanal es de 14 años.
- El tabaco. La edad media de inicio al *cannabis* (14,1) es menor a la del tabaco (14,3 años). A los 14 años, el 23% ha probado el tabaco y un 8,1% había fumado tabaco a lo largo del último mes. Otro dato epidemiológico destacable con respecto al tabaco lo constituye el hecho de que su consumo habitual es más frecuente entre las chicas (32,4%) que entre los chicos (25,1%), al contrario de lo que sucede en la edad adulta.
- El 20,3% de los adolescentes de 14 años ha fumado *cannabis* alguna vez en su vida. El 18% lo ha utilizado en el último año y el 10,3% ha fumado esta sustancia a lo largo del último mes. Este último indicador que se correlaciona con el uso habitual. A los 18 años, las cifras de consumo "alguna vez en la vida", "alguna vez en los últimos 12 meses" y "alguna vez durante el último mes" son del 63,1%, 53,2% y 36,3% respectivamente. Todos los indicadores sobre el consumo de *cannabis* en población escolar muestran una tendencia creciente en las prevalencias de consumo desde 1994⁽²⁾.
- El consumo de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica es otro hecho relativamente frecuente en el rango superior de la edad pediátrica: el 4% de los estudiantes de 14 años los han utilizado en alguna ocasión y un 1,6% refieren utilizarlos de forma habitual.
- Con respecto al resto de las drogas ilegales, las prevalencias de consumo ocasional y habitual a los 14 años son muy poco importantes a nivel epidemiológico (Tabla I), con prevalencias que rara vez superan el 0,5-1%.

El análisis de los datos más relevantes sobre la Encuesta Escolar del 2021 (que recoge datos previos a la pandemia de COVID), nos lleva a una serie de conclusiones prácticas e interesantes. A pesar de la preocupación en los adultos acerca del consumo de drogas ilegales, éste es residual en población pediátrica con la notable excepción del uso de derivados del *cannabis*. Por el contrario, el uso y abuso de drogas legales constituye un fenómeno con prevalencia muy elevada. El tabaco es la única droga que presenta unas menores frecuencias de consumo de forma progresiva. Es probable la relación con el incremento de precios y del control sobre el tabaco. Si esta hipótesis es cierta convendrá aprender del ejemplo: las sustancias legales son susceptibles de control (vía precios, sanciones...): Las ilegales, por definición, no están sometidas a ningún control.

Repercusiones sanitarias del uso de drogas legales

Algunos datos para reflexionar acerca de la importancia de este problema: el tabaco y el alcohol son dos drogas con un elevado potencial de dependencia, que provocan la muerte de forma directa a 55.000 y 12.000 personas al año respectivamente en nuestro país⁽³⁾. El tabaco produce en España el 4,5% de los ingresos hospitalarios, el 6,3% de las consultas extrahospitalarias, el 16% de la mortalidad y el 12% de los años potenciales de vida perdidos. Con respecto al alcohol, su consumo crónico se asocia a cirrosis hepática, pancreatitis aguda y crónica, miocardiopatía alcohólica, polineuropatía alcohólica, amnesia lacunar, celotipia... Se estima que el 30% de los diagnósticos de cirrosis hepática, cáncer de esófago y el 20% de los accidentes de tráfico y homicidios están directamente relacionados con el consumo de alcohol⁽⁴⁾.

Otro dato interesante para la reflexión se encuentra en el uso de psicofármacos sin prescripción médica. Entre los adultos, el abuso de benzodiacepinas es un problema infravalorado, cuyo origen en muchas ocasiones se encuentra en los propios profesionales sanitarios. El hecho de que estas sustancias tengan menos efectos adversos, interacciones y sean más seguras ante sobredosis que otros psicofármacos como los barbitúricos, han dado lugar a un uso masivo. Las benzodiacepinas constituyen el tercer grupo farmacológico en número de envases recetados cada año en España⁽⁵⁾ aunque la prescripción de estos fármacos debería ajustarse a las indicaciones establecidas, en la dosis más baja para aliviar los síntomas y durante un tiempo siempre limitado. El uso a largo plazo debe estar seguido de una supervisión estrecha por los efectos adversos (sedación, confusión, amnesia anterógrada...), riesgo de abuso, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. La preocupación acerca del consumo de drogas ilegales (cocaína, éxtasis, anfetaminas, heroína...) entre adolescentes contrasta con el hecho de que, a los 14 años, las prevalencias de uso de tranquilizantes sin prescripción médica es considerablemente más elevada. Para utilizar estas sustancias ni siquiera es necesario que los adolescentes acudan al mercado negro, ya que pueden encontrarse con facilidad en el botiquín familiar.

El contacto muy precoz con drogas legales se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar problemas en la edad adulta con sustancias legales o ilegales. El inicio precoz en el consumo del tabaco se correlaciona con una mayor dificultad para abandonar el hábito una vez llegado a la edad adulta. Clásicamente se consideraba que el tabaco era la "puerta de entrada" al *cannabis* aunque los datos epidemiológicos recientes sugieren lo contrario. Así, es importante disponer de conocimientos acerca de la cocaína o las drogas de síntesis. Pero es mucho más importante ser capaces de detectar, valorar y aconsejar, tanto al adolescente como a sus padres, acerca del consumo de drogas legales y tranquilizantes de prescripción.

Las benzodiacepinas constituyen el tercer grupo farmacológico en número de envases recetados cada año en España aunque la prescripción de estos fármacos debería ajustarse a las indicaciones establecidas, en la dosis más baja para aliviar los síntomas y durante un tiempo siempre limitado

¿Mi hijo se droga?

Una situación frecuente es aquella en la que la familia tiene dudas o evidencias más o menos directas (signos de intoxicación, hallazgos sospechosos en los bolsillos...) acerca del consumo de una droga (generalmente ilegal) por parte de alguno de sus hijos. Muchos de los síntomas clásicamente asociados al consumo desadaptativo de sustancias en adolescentes (alteraciones en el estado de ánimo, cambio de amistades o en la forma de vestir, apatía, desinterés, rebeldía, problemas de sueño y alimentación...) son muy poco específicos para detectar el consumo de drogas. Estas alteraciones pueden encontrarse en otras muchas patologías de tipo psicológico o en circunstancias vitales no patológicas, como la propia adolescencia.

La sospecha de consumo suele *pillar por sorpresa* a los padres, quienes sufren ansiedad intensa al encontrarse ante una situación que no saben cómo manejar. En muchas ocasiones la demanda directa es la solicitud de pruebas de tóxicos en orina para conocer si su hijo *se droga*. Este tipo de tests (y otros más sofisticados como parches que detectan drogas en sudor) pueden obtenerse a través de Internet o en farmacias sin prescripción facultativa. Desde una perspectiva médica, es importante señalar que este tipo de intervenciones no está justificado en casi ninguna ocasión. El uso de una prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es inaceptable a nivel ético, ya que vulnera los principios bioéticos de autonomía y confidencialidad, además de quebrar la relación médico-paciente (o padre-hijo si la prueba no ha sido solicitada por nosotros) y dificulta de forma muy grave cualquier tipo de intervención o abordaje posterior. Pero además, un resultado cualitativo (positivo o negativo) no nos aporta ninguna información sobre la frecuencia, intensidad, circunstancias y consecuencias del consumo.

La entrevista clínica

La entrevista clínica es el instrumento más importante para valorar el consumo de drogas de un adolescente. Las preguntas deben ser abiertas y exploratorias, dando la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia. Es importante explorar los conocimientos, creencias y actitudes en torno a las drogas

La entrevista clínica es el instrumento más importante que el PAP tiene a su alcance para valorar el consumo de drogas de un adolescente. Una anamnesis correcta es la herramienta de trabajo más eficiente, ya que tiene un bajo coste y se encuentra además al alcance de todos los profesionales. En muchas ocasiones se señala que este tipo de trabajo es muy difícil de abordar con el adolescente, que suele cerrarse y negarse a cualquier tipo de intervención, pero se trata más de un problema de falta de costumbre y habilidades por parte del profesional. Antes de lanzarse a interrogar al paciente es importante reflexionar los objetivos de la intervención: ¿qué vamos a explorar?, ¿cómo vamos a hacerlo? y, sobre todo ¿para qué? (cuáles son los objetivos y qué plan de intervención posterior vamos a desarrollar).

A la hora de abordar un posible consumo de drogas en un adolescente existen elementos que deben ser tenidos en cuenta:

- La confidencialidad es un elemento clave en la relación médico-paciente. En el entorno de PAP lo habitual es que el menor acuda acompañado de alguno de sus progenitores, en general, por su madre. Pero la entrevista sobre drogas (y en general, cualquier entrevista con un adolescente) debe llevarse a cabo sin la presencia de otras personas.
- Para cualquier persona, y mucho más para el adolescente, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo. Es importante cuidar aspectos formales de la entrevista clínica (espacio físico adecuado y sin interrupciones, empatía, escucha activa, lenguaje no verbal...) que faciliten el proceso de la comunicación.
- El PAP debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es fundamental evitar los juicios de valor y los estereotipos (*todos los consumidores de drogas son unos drogadictos, las personas que usan drogas tienen un problema de valores...*).
- Muchos profesionales son además, padres de familia de hijos preadolescentes o adolescentes. Conviene tener claro la separación entre el papel personal y el profesional.
- Las preguntas deben ser abiertas y exploratorias, dando la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia (¿Qué haces cuando sales de marcha?, ¿Te recoges pronto o eres de los que aguanta mucho?). Es importante explorar los conocimientos, creencias y actitudes en torno a las drogas (¿qué sabes del *cannabis*?).
- Por el contrario, las preguntas cerradas (aquellas que pueden responderse con un “sí” o un “no”) son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.
- El modelo de Atención Primaria permite un abordaje continuado en el tiempo. Conviene no obsecarse en obtener toda la información en una primera entrevista ya que será posible reinterrogar y reexplorar en sucesivas ocasiones.

Algunas reflexiones sobre el *cannabis*

El *cannabis* es la única droga ilegal cuyas prevalencias de consumo en adolescentes es muy elevada. Las causas de este fenómeno son complejas e incluyen factores de tipo económico, demográfico, social y político

El abordaje del consumo de *cannabis* en la población pediátrica merece una atención detallada. Se trata de la única droga ilegal cuyas prevalencias de consumo en adolescentes en edad pediátrica es muy elevada. Las causas de este fenómeno son complejas e incluyen factores de tipo económico, demográfico, social y político. No es este el espacio adecuado donde analizarlas, pero sí conviene centrar la atención en algunos aspectos importantes a la forma de abordar el fenómeno.

La disminución en la percepción del riesgo se ha interpretado como una de las *causas principales* del incremento de las prevalencias de consumo. Como consecuencia de este hecho, se impone el objetivo de *eleva la percepción del riesgo* como una de las líneas prioritarias a la hora de disminuir el consumo⁽²⁾.

Esta idea constituye uno de los dogmas de la lucha antidroga en la actualidad. Sin embargo, deben hacerse algunas aclaraciones. En primer lugar, conviene clarificar que la expresión *eleva la percepción del riesgo* es un eufemismo para referirnos a la *estrategia del miedo*. Y el miedo es una herramienta preventiva poco adecuada e insuficiente, sobre todo cuando nos dirigimos a los más jóvenes, entre

cuyas características grupales destaca la búsqueda de sensaciones nuevas, percepción de invulnerabilidad y atracción por el riesgo y lo prohibido. Así, a la hora de abordar los riesgos del *cannabis* conviene *ajustar la percepción del riesgo a la realidad*, considerando aquellas actitudes y riesgos muy elevados como tales, y diferenciándolas de otras menos peligrosas. Por ejemplo, los efectos del *cannabis* sobre la memoria en función del patrón de consumo, están suficientemente demostrados desde un punto de vista científico⁽⁶⁾ y son un mensaje importante para los adolescentes que se encuentran en un periodo formativo y de alto rendimiento intelectual. Por el contrario, mensajes como que el uso de *cannabis* “sexuplica la incidencia de esquizofrenia”⁽⁷⁾, “produce cáncer infantil”⁽⁷⁾, “incrementa la susceptibilidad a padecer SIDA”⁽⁷⁾ o “se asocia a una conducta menos religiosa y más tolerante hacia las conductas desviadas”⁽⁸⁾ carecen de respaldo científico, no son congruentes con la experiencia de los consumidores e incluyen mensajes de tipo moral, cuando menos perturbadores.

Otros factores a tener en cuenta son la progresiva normalización social del *cannabis* (basta pensar en su presencia en películas, canciones de música *rock* o *pop* y otros elementos de las culturas juveniles), su imagen social asociada a la rebeldía y el debate acerca de sus usos terapéuticos. Con respecto a este último punto, señalar que este debate debe pertenecer al ámbito estrictamente científico y no ser mezclado con los usos de esta sustancia con fines lúdicos.

Todos estos elementos deben de ser valorados a la hora de una intervención basada en un modelo transversal, integral y biopsicosocial. La intervención sobre el adolescente consumidor de *cannabis* debe ser siempre personalizada. A la hora de valorar la necesidad y el tipo de intervención es importante considerar factores relacionados con la sustancia (uso de hachís o marihuana, vía y frecuencia de administración, uso simultáneo de otras sustancias...), el individuo (edad, madurez intelectual del menor, consecuencias sobre los ámbitos personal, familiar y escolar, coexistencia de patología orgánica o psiquiátrica...) y el contexto (relaciones familiares, grupo de iguales...). Es importante diferenciar los consumos esporádicos, experimentales u ocasionales de aquellos patrones de consumo desadaptativos con consecuencias objetivables. También conviene detectar y abordar aquellas situaciones en las que, detrás del consumo de drogas del menor, aparecen problemas de tipo familiar o social de importancia y en las que el uso de drogas puede ser un síntoma o un *chivo expiatorio* de otro tipo de situaciones.

La entrevista motivacional

El uso de elementos y estrategias tomados del modelo de la Entrevista Motivacional puede ser útil a la hora de abordar el consumo de drogas en adolescentes. Este modelo concibe la terapia como el resultado de una colaboración entre el paciente y el profesional. Parte de la idea de que la principal dificultad a la hora de abandonar conductas adictivas se encuentra en la ambivalencia: la presencia de emociones contrapuestas con respecto al hábito. En la medida en la que el paciente, con la ayuda del profesional, sea capaz de resolver la ambivalencia, el cambio será más sencillo. Este modelo de intervención no es impositivo: la motivación hacia el cambio debe partir del paciente y nunca puede ser impuesta: la persuasión no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.

El modelo define una serie de estadios (precontemplativo, contemplativo, acción, mantenimiento y recaída). En cada uno de estos estadios el paciente presenta características y necesidades distintas; el papel básico del profesional consiste en reconocer en qué estadio se encuentra el paciente para poder aplicar las estrategias más adecuadas en cada momento (intervenciones hacia el aumento de conciencia del problema, control de estímulos, facilitación de relaciones de ayuda...), además de ayudar a pasar al estadio siguiente. En definitiva, el reconocimiento de la fase en la que se encuentra el paciente es imprescindible para elegir la intervención más adecuada a su estado. El estadio de recaída no se considera como fracaso, sino como parte del proceso natural.

La entrevista motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta. Muchos de sus elementos pueden ser adaptados y empleados en relación con el consumo de otras drogas en población adolescente sin necesidad de que exista una patología adictiva establecida como tal y ya existen experiencias positivas al respecto^(9,10). El PAP tiene mucho que hacer en relación con el abordaje del consumo de drogas. Pero antes de llevar a cabo cualquier intervención en drogas es imprescindible contar con una formación específica al respecto.

La entrevista motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta. Muchos de sus elementos pueden ser adaptados y empleados en relación con el consumo de otras drogas en población adolescente

Tablas y figuras

Tabla I. Prevalencias de consumo de drogas ilegales en población escolar (14 años)

Sustancia	Indicador "alguna vez en la vida"	Indicador "alguna vez en el último año"
Cannabis	20,3%	10,3%
Cocaína	1,3%	0,5%
Éxtasis	0,5%	0,2%
Speed/anfetaminas	0,6%	0,2%
Alucinógenos	0,9%	0,4%

Bibliografía

1. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2019. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid 2021. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf> (Acceso 20/10/07).
2. Informe 2021. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid 2021.
3. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez-Artalejo F, González, Enríquez J, Graciani A et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001;117:692-4.
4. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365: 519-30.
5. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud. Volumen III nº 1 y 2. Anual 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/docpub/internet/ultimos/indicadores_farma2001.pdf (Acceso 20/10/07).
6. Grant I, Gonzalez R, Carey CL Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *J Int Neuropsychol Soc*. 2003 ;5:679-89.
7. Quiroga M Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. En: Bobes García J, Calafat Far A (Eds). *Monografía Cannabis. Adicciones 2000; Supl 2 p.118.*
8. Del Río Muñoz P, Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM. Cannabinoides. En Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM (Eds). *Manual de Drogodependencias*. Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Madrid, 2002. p.97.
9. Project CHAT: a brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:153-65.
10. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18:53-67.

Patología dermatológica prevalente en el adolescente. Tratamiento desde atención primaria

L. Marqués Martín. Dermatóloga. Hospital Santa Caterina I.A.S. Girona.

Resumen

Los problemas dermatológicos suponen un motivo de consulta pediátrica muy habitual, con cifras alrededor del 5-30%⁽¹⁾ de las consultas de Pediatría en Atención Primaria. Las dermatosis más frecuentes son: el acné, en sus distintas formas clínicas, que afecta a más del 90% de los adolescentes en distintos grados de severidad; la dermatitis atópica y seborreica; las alopecias no cicatriciales; la hiperhidrosis y dishidrosis; y las infecciones, dentro las cuales merece una atención especial la escabiosis, por el pico de incidencia en los últimos tiempos en este colectivo. El manejo de estas dermatosis debe ser bien conocido por los pediatras, debido a su prevalencia y a que la demora en su tratamiento puede perjudicar la salud mental de los adolescentes, población psicológicamente vulnerable. Además, las formas leves de los mismos, en la actualidad no son un motivo de derivación aceptado en la atención especializada hospitalaria en nuestro país.

Palabras clave: *Adolescencia; Acné; Alopecias no cicatriciales; Dermatitis seborreica; Infecciones.*

Abstract

Dermatological problems are a very common reason for pediatric consultation, with figures around 5-30% of pediatric consultations in Primary Care. The most frequent dermatoses are: acne, in its different clinical forms, which affects more than 90% of adolescents in different degrees of severity; atopic and seborrheic dermatitis; non-scarring alopecia; hyperhidrosis and dyshidrosis; and infections, within which, scabies deserves special attention, due to the peak incidence in recent times in this group. The management of these dermatoses should be well known by pediatricians, due to their prevalence and the fact that delay in treatment can harm the mental health of adolescents, a psychologically vulnerable population. In addition, their mild forms are not currently an accepted reason for specialized hospital care referral in our country.

Key words: *Adolescence; Acne; Non-scarring alopecia; Seborrheic dermatitis; Infections.*

Introducción

Durante la adolescencia se producen cambios importantes en la piel y anejos que son motivo de consulta frecuente tanto al pediatra como al especialista. Estos son producidos por múltiples factores, dentro de los cuales están los hormonales, inmunológicos, psicológicos y los psicosociales.

Las dermatosis más frecuentes en este grupo etario son: 1) Acné y sus complicaciones (cicatrices) 2) Dermatitis atópica, estigmas atópicos 3) Dermatitis seborreica facial y cuero cabelludo 4) Alopecias no cicatriciales (difusa y circunscrita) 5) Hiperhidrosis idiopática y dishidrosis palmo plantar. Infecciones: virales (verrugas, moluscos contagiosos, herpes simple recidivante), micóticas (tiña cruri, tiña pedis, onicomicosis), parasitarias (escabiosis, phtirus pubis), y bacterianas (impétigo, foliculitis).

Acné

Es una de las enfermedades más frecuentes de la adolescencia, pues afecta a casi el 95% de este grupo etario con distintos grados de severidad. Esta patología es uno de los motivos más frecuentes de consulta y de referencia al especialista en dermatología. El acné corresponde a una enfermedad crónica del aparato pilo sebáceo, en general autolimitada, en la que se forman comedones abiertos y cerrados (puntos negros y blancos), pápulas, pústulas, nódulos y quistes en los casos más severos. Se han descrito varias formas clínicas de acné según edad de aparición y según severidad y extensión de las lesiones. El acné es más frecuente en las mujeres, aunque el acné grave afecta más a los hombres. En las mujeres puede preceder en un año a la menarquia.

El impacto psicológico y físico que ocasiona es comparable a otras enfermedades crónicas como la diabetes o las enfermedades cardíacas⁽²⁾.

El impacto psicológico y físico que ocasiona es comparable a otras enfermedades crónicas como la diabetes o las enfermedades cardíacas

Etiopatogenia

Se trata de un proceso multifactorial. Debido a mayor actividad proliferativa de los queratinocitos, se provoca un taponamiento folicular y formación del microcomedón, comedón cerrado y comedón abierto. Asimismo se produce un aumento de la producción de sebo, inducido por factores hormonales androgénicos, especialmente testosterona y dehidroepiandrosterona (DHEA). En la gran mayoría de los casos no hay una correlación directa entre los niveles androgénicos y la severidad del acné, lo que se explica por una mayor susceptibilidad a nivel de receptores periféricos en estos pacientes. También existe una proliferación de la microflora habitual (*Propionibacterium acnés*, PA) que desencadena reacciones inmunológicas y no inmunológicas, que conllevan un proceso inflamatorio en la zona comprometida, lo que da lugar a la formación de pápulas inflamatorias y pústulas⁽³⁾.

Clínica

Para facilitar las múltiples clasificaciones descritas del acné, independiente de la extensión y grado de severidad, hoy en día se consideran:

1. **Acné no inflamatorio- leve:** donde predominan los comedones abiertos y cerrados y menos de 10-15 lesiones inflamatorias.
2. **Acné inflamatorio-moderado:** 15-30 lesiones inflamatorias, pústulas, pápulas.
3. **Acné inflamatorio-severo:** >30 lesiones inflamatorias, nódulos y subtipos (hemorrágicos, supurativos, aspecto mixto, nódulos confluentes y tractos sinuosos), quistes y abscesos.
4. **Secuelas:** lesiones cicatriciales en áreas seboreicas, cara, pecho y espalda.

Figura 1. Acné comedoniano, retencional y excoriado en una adolescente.

Dependiendo del tiempo de evolución del acné, también se ven lesiones residuales, cicatrices (atróficas, hipertróficas, queloides, en picada de hielo) e hiperpigmentación post inflamatoria en pieles de fototipo más oscuros. Una de las formas más severas es el **acné conglobata**, donde hay nódulos, algunos confluentes supurados que fistulizan. Estas lesiones inflamatorias dejan cicatrices importantes, tanto atróficas como hipertróficas y retráctiles. Este cuadro puede ser acompañado con compromiso del estado general y fiebre. Otra manifestación severa es el **acné fulminans**, que es una forma eruptiva y que se presenta como un agravamiento brusco e intenso de un acné moderado y estable, con múltiples lesiones inflamatorias y nódulos grandes que se ulceran rápidamente, las que se cubren de costras hemorrágicas y material gelatinoso amorfo tipo granuloma. Puede haber fístulas y abscesos en forma concomitante. Se acompaña con compromiso del estado general, fiebre, dolores óseos, artralgias y alteraciones en el hemograma (leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación).

Tratamiento

Cada paciente debe ser manejado en forma individual según edad, severidad, tipo de acné, tiempo de evolución y tratamientos anteriores recibidos, así como establecer una buena relación médico paciente para aumentar la adherencia al tratamiento y controles, con el fin de evitar las secuelas físicas y psicológicas del paciente. El tratamiento consiste en medicaciones tópicas y/o sistémicas para los acnés inflamatorios y severos⁽⁴⁾.

Premisas

- Los jabones limpiadores se recomiendan, en general, en todos los tipos de acné como medida de higiene diaria y se usan mañana y noche para el aseo de la piel y barrido bacteriano y de brillo.
- En acné de aparición súbita, resistencia al tratamiento o asociación a signos de hiperandrogenismo como hirsutismo o menstruaciones irregulares, hace pensar en la posibilidad de ser secundario a una alteración endocrina por lo cual requerirá su diagnóstico y tratamiento específico (ovario poliquistico, *Cushing*, déficit de 21 hidroxilasa u otras endocrinopatías).
- El acné siempre presenta un brote premenstrual. Los orificios de las glándulas sebáceas se estrechan a partir del día 15-20 del ciclo menstrual, facilitando la obstrucción y posterior aparición de acné.
- Al iniciar un tratamiento anticonceptivo los primeros dos-tres ciclos se puede presentar un brote de acné. Al dejar un anticonceptivo puede aparecer un brote que dure hasta un año después de dejar los anticonceptivos. Algunos anticonceptivos que contienen progestágenos androgénicos o antiestrogénicos como el norgestrel, noretindrona o acetato de noretindrona pueden provocar erupciones acneiformes.
- En los casos descritos anteriormente se pueden beneficiar de tratamiento con anticonceptivos, especialmente los que asocian acetato de ciproterona.
- La mayoría de pacientes mejoran del acné durante el verano. En climas muy húmedos o con una sudación excesiva, la queratina se hidrata y obstruye los folículos pilos pudiendo empeorar el acné. Los filtros solares pueden ser comedogénicos (aceites), por lo que es recomendable utilizar geles.
- Las personas expuestas a aceites, grasas o que usan cosméticos grasientos tanto para piel como para el pelo, pueden desarrollar acné (acné retencional).
- El uso de prendas muy ajustadas que provocan fricciones, presión, roce, mascarillas... pueden provocar una acentuación del acné.
- Algunos fármacos como los corticoides, la ACTH, el danazol, los bromuros, el litio, los halotanos, la isoniazida, la vitamina B12 y los yoduros pueden provocar acné.
- En tratamientos muy prolongados con antibióticos se desarrollan resistencias a los antibióticos. Una complicación es el acné por gramnegativos (*Proteus*, *Pseudomona* o *Klebsiella*), que se manifiesta como un empeoramiento del acné en pacientes en tratamiento con antibiótico, con aparición brusca de quistes y abscesos.
- El estrés no es la causa del acné, pero puede provocar un empeoramiento del mismo.
- Si existen erosiones y costras: probablemente el paciente se manipula el acné (acné excoriado).
- Los tratamientos tópicos se aplican con la cara limpia y seca (15 minutos después de haberla lavado).
- Remitir a dermatología: Acné resistente a tratamientos convencionales, Acné nódulo-quístico o cuando cicatrices residuales, Acné con dismorfofobia o repercusión emocional muy importante.

La mayoría de pacientes mejoran del acné durante el verano

En tratamientos muy prolongados con antibióticos se desarrollan resistencias a los antibióticos

Tratamientos tópicos

1. **Acné leve-no inflamatorio:** son peróxido de benzoilo, ácido azelaico, ácido retinoico tópico, antibióticos tópicos. Los productos de parafarmacia formulados a base de queratolíticos, son útiles en niños y en pacientes con piel sensible. Pueden suplir las cremas hidratantes faciales que en ocasiones empeoran el acné.
- Peróxido de benzoilo: su principal función es ser antibacteriano, antiinflamatorio y leve actividad comedolítica. Hay concentraciones al 2,5%, 5% y 10%. Se trata de un bactericida frente a *P. Acnes*, que reduce las resistencias antibióticas. Se aplica de una a dos veces al día en función de la tolerancia. Puede producir dermatitis de contacto y sensación de quemazón al aplicarlo (menor si se aplica con la cara bien seca).
- Ácido azelaico: antiacneico bactericida y queratolítico (disminuye los comedones). Puede ser irritante y es de acción lenta (no actúa hasta las dos semanas del tratamiento). Se inicia con una aplicación diaria y si se tolera se aumenta a dos al día. No es teratogénico (se puede emplear en embarazadas).

En algunos pacientes se observa un empeoramiento del acné las primeras semanas de iniciar el tratamiento

La efectividad de las combinaciones tópicas es mayor que usadas en forma individual. Sin embargo, no se deben usar antibióticos tópicos junto con terapias antibióticas sistémicas por el aumento de la resistencia bacteriana

Las dosis de isotretinoína oral se han ido reduciendo con el tiempo, siendo recomendable hoy día, dosis de 0,1 a 0,5 mg/kg/día

- Antibióticos tópicos: en acné pustulosos leves. Se aplican dos veces al día. Los comedones y los quistes no responden a este tratamiento. La clindamicina 1% gel y la eritromicina 4% loción o gel, son fáciles de usar e igual de efectivas, pero presentan resistencias cruzadas, aunque esta resistencia desaparecería a los dos meses de abandonar el tratamiento. Se aplican dos veces al día.
 - Retinoides tópicos (adapaleno 0,1% y 0,3%, tretinoína 0,025%, 0,05% y 0,1%, isotretinoína tópica al 0,05% y el nuevo trifaroteno): su acción es principalmente comedolítica, siendo de elección en acné comedonianos. Existe riesgo de teratogenicidad. Se debe evitar la exposición solar prolongada, así como el UVA por el riesgo de fotosensibilidad ya que disminuyen la capa córnea. Son irritantes, pudiendo aparecer un cierto grado de rojez y descamación en la cara, que determina la eficacia del tratamiento. Al iniciar el tratamiento no se deberían combinar con otros tratamientos antiacnéicos. En algunos pacientes se observa un empeoramiento del acné las primeras semanas de iniciar el tratamiento, siendo un efecto transitorio e indicativo de eficacia del mismo. Los resultados del tratamiento se consiguen a los tres meses, y su eficacia no se puede valorar hasta pasados mínimo 8 semanas (ideal 12 semanas). El tratamiento se mantiene una vez conseguida la remisión de las lesiones.
- 2. Acné moderado-inflamatorio:** antibióticos sistémicos y tópicos, retinoides tópicos; asociaciones tópicas.
- Combinaciones tópicas: son útiles en formas pustulosas, de acción rápida (2-3 semanas) y se aplican por la noche: retinoide + eritromicina, clindamicina + peróxido de benzoilo y peróxido + adapaleno. Su efectividad es mayor que usadas en forma individual. Sin embargo, no se deben usar antibióticos tópicos junto con terapias antibióticas sistémicas por el aumento de la resistencia bacteriana.
 - Antibióticos sistémicos (tetraciclinas, macrólidos, clindamicina, trimetropin-sulfametoxazol). Indicados en acné moderados o severos de predominio pustuloso. La terapia antibiótica inicia su efecto al cabo de una semana y no puede evaluarse su efectividad hasta las 6 o 8 semanas de tratamiento. Sobre las tetraciclinas: se debe advertir a las mujeres sobre la posibilidad de disminución de la efectividad de los anticonceptivos. No administrar en menores de 14 años por riesgo de pigmentación dental. Posibilidad de esofagitis (no tomar antes de acostarse) y de fotosensibilidad. Contraindicados en el embarazo. Los más usados: minociclina: antibiótico muy efectivo al tratarse de un fármaco muy lipofílico que penetra muy bien en los folículos pilo sebáceos. Dosis: 1 comp. cada 24 horas durante 36-48 días. Efectos secundarios: vértigos, lipotimias, náuseas, vómitos, pseudotumor *cerebri*, vaginitis candidiásica, fototoxicidad, síndrome de hipersensibilidad, lupus farmacológico, pigmentación cutánea. Doxiciclina: En general menos penetración en los folículos, pero menos efectos secundarios. La administración con alimentos disminuye la biodisponibilidad. Macrólidos (eritromicina, josamicina, azitromicina, midecamicina): efectivos en el tratamiento del acné pero con un alto índice de resistencias. De elección en niños. El uso combinado con peróxido de benzoilo tópico reduce las resistencias bacterianas. La azitromicina en pauta de 500 mgrs/día durante 3 días en 4 ciclos cada 10 días es útil en el acné, y se puede administrar para concomitante con la isotretinoína. La eritromicina es el medicamento de elección, en pacientes embarazadas, en lactancia y en alérgicos a las tetraciclinas, siendo menos efectivo como bactericida. Clindamicina: Muy efectiva frente al acné, pero el alto riesgo de colitis pseudomembranosa limita su uso.
 - Tratamiento hormonal: Las combinaciones más usadas son el etinilestradiol-acetato de ciproterona. Está especialmente indicado en mujeres con ovario poliquístico. Se produce una remisión durante el tratamiento, pudiendo recidivar al dejarlo. Se recomienda una duración entre 4 meses y un año.
- 3. Acné grave:** más de 30 lesiones inflamatorias y/o quistes, abscesos, nódulos, cicatrices. Para este acné tenemos isotretinoína oral y antibióticos sistémicos.
- Isotretinoína oral: Tratamiento más efectivo para el acné, indicado en acné nódulo-quístico, cicatricial, acné Conglobata y Fulminans, o en los que han fallado otros tratamientos. Prescripción solo dermatológica. Una dosis acumulada de 120 mgrs/kg/peso consigue un índice de curación elevado, aunque actualmente se permite su suspensión o en caso contrario, continuación, si se cree conveniente. Las dosis se han ido reduciendo con el tiempo, siendo recomendable hoy día, dosis de 0,1 a 0,5 mg/kg/día. El tratamiento puede durar de 6 a 9 meses, iniciándolo preferentemente en Octubre-Noviembre (evitar verano por fotosensibilidad). Efectos secundarios: sequedad de piel y mucosas, epistaxis, fotosensibilidad, hepatotoxicidad, dislipemias, alteraciones muculoesqueleticas, teratogenia (hasta un mes finalizado el tratamiento), empeoramiento al iniciar el tratamiento, depresión.

Consideraciones

- Dieta⁽⁵⁾: Si bien este tema ha sido controversial, últimas publicaciones refieren que la reducción de dietas hiperglicémicas, lácteos y comidas hipergrasas disminuirían el acné. Se ha publicado que hormonas de la leche como IGF-I, esteroides y α -lactalbúmina afectarían la unidad pilosebácea, además que IGF-1 se asociaría a acné en mujeres adultas. Estudios randomizados y controlados mostraron que la dieta con alto índice glicémico aumenta la concentración de insulina sérica (que estimularía la producción de sebo), disminuye los niveles de globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG) y aumenta los de andrógenos. También demostró en forma inversa que la dieta con baja carga glicémica producía una mejoría en el número de lesiones acnéicas, disminuía los niveles de andrógenos y aumentaba la sensibilidad a la insulina y los niveles de SHBG. El aumento en los niveles de SHBG se correlacionó con una disminución en el número de lesiones.
- Suplementos nutricionales: el gluconato de zinc ha demostrado actuar como antiinflamatorio y bacteriostático contra el *P. acnes*. Otros con ácidos grasos omega-3 y gamma-linoleico también se han utilizado con poca evidencia científica.
- Tratamientos cosméticos, alternativas y herbales: derivados botánicos y fotoquímicos (árnica, antioxidantes como el té verde, aceite de jojoba, calabaza, resveratrol, *Rhodomyrtus tormentosa*, rui-barbo, *Rosa damascena*, *bakuchiol*, romero, *Ruta graveolems*, aceite de girasol, sándalo. Péptidos antimicrobianos. Probióticos.
- Tratamientos físicos: *peelings* químicos, crioterapia, cryo slush, electrocoagulación, corticoides intralesionales.
- Láseres y tratamientos lumínicos: LED, terapia fotodinámica, láser colorante pulsado, IPL, Nd Yag, radiofrecuencia, 1550 nm, *microneedles* para el tratamiento de las cicatrices.
- Futuro: nuevas terapias emergentes: nuevos antimicrobianos tópicos y sistémicos con efecto antiinflamatorio (minociclina 4%, dapsona 7,5%, nadifloxacino 1%, levamisol, óxido nítrico), fármacos con efecto antiandrógeno (finasteride, antagonista de la melanocortina, cortexolona) y desarrollo de agentes biológicos anti IL-1a y anti IL-1b y uso de anti IL 17.

La reducción de dietas hiperglicémicas, lácteos y comidas hipergrasas disminuirían el acné

Dermatitis seborreica facial y cuero cabelludo

Es una enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial, que afecta por lo menos al 10% de la población⁽⁶⁾. Se manifiesta principalmente en las áreas de piel con mayor población de glándulas sebáceas y se presenta de 2 formas clínicas, la infantil y la del adulto.

Etiología

No está clara la etiopatogenia y aún se discute si la forma infantil y la del adulto son la misma entidad. No se describen factores genéticos involucrados, pero sí hay una tendencia familiar a presentar esta enfermedad. Pacientes con daño neurológico como la enfermedad de Parkinson, desórdenes del ánimo, Síndrome de Down o pacientes con VIH se asocian a dermatitis seborreica más severas y con compromiso facial⁽⁷⁾. Se ha discutido el rol de la *Malassezia Furfur* (*Pityrosporum ovale*) y algunos subtipos de ésta en el rol de la inducción de la inflamación en la dermatitis seborreica, siendo poco claros los mecanismos, pero se conoce que también interactuarían factores inmunológicos, hormonales y el estrés.

Manifestaciones clínicas

Afecta del 2 al 5% de los adolescentes, con predominio en el sexo masculino. En el adulto y adolescente se caracteriza por una erupción eritemato escamosa y placas y presencia de escamas grasas y amarillentas, con prurito variable. Afecta el cuero cabelludo, zonas seborreicas de la cara, pliegue naso geniano, zona interiliar, cejas y pliegue retro auricular; en ocasiones también puede comprometer conductos auditivos externos, zona alta de la espalda, zona pre esternal y pliegues axilares e inguinales. El cuero cabelludo es la zona más frecuentemente afectada y se puede observar desde una descamación simple, con escamas pequeñas blanquecinas (pitiriasis simple), hasta un proceso inflamatorio con prurito, eritema, pelo graso y escamas gruesas adheridas a los pelos, lo que se denomina dermatitis seborreica de cuero cabelludo. En algunos casos las escamas son muy adherentes,

En algunos casos las escamas son muy adherentes, gruesas y amarillentas, aglutinando los pelos como en pinceles, lo que corresponde a la pseudo tiña amiantácea (variante de la dermatitis seborreica), que es más frecuente en niños

gruesas y amarillentas, aglutinando los pelos como en pinceles, lo que corresponde a la pseudo tiña amiantácea (variante de la dermatitis seborreica), que es más frecuente en niños. El diagnóstico diferencial es con la psoriasis de cuero cabelludo, dermatitis atópica cuando hay compromiso facial, más infrecuente con lupus discoide, rosácea y erupciones medicamentosas.

Tratamiento

Tratamiento: uso de champús medicados con ketoconazol, piritionato de zinc, alquitrán, selenio o la combinación alternada de estos para no crear tolerancia

Uso de champús medicados con ketoconazol, piritionato de zinc, alquitrán, selenio o la combinación alternada de estos para no crear tolerancia. En las dermatitis seborreicas de cuero cabelludo donde predomina la inflamación, se pueden agregar lociones o champús con corticoides por períodos cortos. En la cara no deben usarse lociones en base a alcohol, irritantes ni abrasivos. Se recomienda usar lociones de limpieza neutras, antimicóticos tópicos y, eventualmente, cremas corticoidales de baja potencia por períodos muy cortos. En algunos casos hay buena respuesta al pimecrolimus tópico como terapia para disminución del uso de corticoides tópicos. En los casos refractarios a tratamiento, se deben considerar infecciones bacterianas asociadas y pacientes HIV(+). Debido a la cronicidad de la enfermedad, son frecuentes las recaídas y se deben usar distintas estrategias de tratamiento según cada caso en particular.

Hiperhidrosis

Se caracteriza por un aumento excesivo del sudor producido por las glándulas sudoríparas ecrinas, localizadas principalmente en zona axilar, palmas, plantas y craneofacial, siendo la cantidad de sudor mucho mayor que la necesaria para la regulación térmica. La principal acción de las glándulas sudoríparas es la termo regulación. La sudoración es la respuesta a estímulos de los centros corticales superiores directamente relacionado al estrés y el calor, siendo más raro por estímulos gustatorios. La hiperhidrosis se ha clasificado en primaria o idiopática y secundaria:

- 1. Hiperhidrosis primaria:** es más común en la niñez y adolescencia. Generalmente corresponde a una disautonomía simpático-parasimpática, se agrava con el estrés emocional y el sueño y se han descrito casos familiares. Esta entidad puede causar mucho distrés emocional y alterar significativamente la calidad de vida. Afecta principalmente las zonas palmares, plantares y axilas, teniendo distintos grados de severidad⁽⁸⁾.
- 2. Hiperhidrosis secundaria:** puede ser de forma generalizada o localizada. En las formas generalizadas se incluyen las causas neurológicas, drogas (cocaína), antidepresivos, algunos síndromes como S. de *Cushing*, feocromocitoma, estímulos emocionales, hipertiroidismo, diabetes mellitus, hipopituitarismo, TBC. En las formas localizadas que son más raras, depende de un daño de la vía simpática desde la corteza cerebral hasta los nervios periféricos, que desencadenan sudoraciones segmentarias según la zona comprometida. Como ejemplo está el Síndrome de Ross (hipohidrosis, pérdida de reflejos y pupila dilatada) como compensación hay hiperhidrosis de la zona afectada, algunos tumores cerebrales o de la columna vertebral y la enfermedad Granulosis Rubra Nasi, que compromete mejillas y nariz, dando sudoración en esa zona y eritema nasal generalmente secundario a una hiperactividad del sistema simpático.

Tratamiento

La iontoforesis usada en palmas y plantas es efectiva mientras se usa. La toxina botulínica intralesional tiene buenos resultados en axila

Los tratamientos tópicos para disminuir la sudoración son en base a formaldehído 1-10% y glutaraldehído 10%. Son efectivos, pero muy irritantes, lo que limita su uso. Los preparados con sales metálicas de aluminio (cloruro de aluminio) en soluciones y spray se usan en la noche, 2 a 3 veces a la semana. La iontoforesis usada en palmas y plantas es efectiva mientras se usa. La toxina botulínica intralesional tiene buenos resultados en axila, pero con una duración limitada entre 6 a 9 meses, intervalo que no cambia significativamente después de múltiples tratamientos⁽⁹⁾. En otras zonas (manos y plantas) su aplicación es muy dolorosa. Los tratamientos sistémicos, con anticolinérgicos, sedantes y tranquilizantes, tienen resultados parciales; sí se pueden usar como coadyuvantes de terapia tópica. En los casos severos y refractarios a todos los tratamientos, una alternativa segura y eficaz es la simpatectomía endoscópica transtorácica, que consiste en la interrupción de la cadena simpática por electrocauterio o corte R3 o R4, pero hay que advertir al paciente de la sudoración compensatoria post cirugía; según la técnica alcanza hasta el 20% de los casos.

Dishidrosis palmo plantar

Es una enfermedad crónica y recurrente. Es una simétrica vesicular y/o bullosa que afecta zonas palmares y laterales de los dedos y plantares de los pies. Algunos autores la denominan Pompholix, eczema dishidrotico y/o dermatitis aguda y recurrente vesiculosa de manos y pies.

Etiología

La etiología no está clara, pero muchos elementos pueden gatillar la enfermedad: infecciones por dermatofitos, dermatitis atópica, dermatitis de contacto irritativas, sudoración excesiva e hipersensibilidad a metales, principalmente níquel⁽¹⁰⁾. Si bien la alergia de contacto al níquel no se da en todos los casos de dishidrosis, debe incluirse como un factor a buscar en estos pacientes y hacer dietas restrictivas de níquel y cobalto si el *patch test* es positivo a estos metales. En estos casos se reducen las recidivas de las dishidrosis.

Tratamiento

El tratamiento consiste en eliminar los factores de riesgo y gatillantes, usando corticoides tópicos solos o asociados a inmunomoduladores tópicos (pimecrólimus o tacrólimus), junto con evitar el exceso de sudoración y eliminar los contactantes. En casos severos, los pulsos de corticoides hacen remitir la enfermedad pero no previenen las recaídas. Cuando hay sobreinfección bacteriana se deben usar antibióticos sistémicos de amplio espectro. El estudio histológico se hace cuando hay duda diagnóstica y/o los tratamientos se hacen refractarios; en esos casos hay que descartar una psoriasis palmo plantar.

La etiología no está clara, pero muchos elementos pueden gatillar la enfermedad: infecciones por dermatofitos, dermatitis atópica, dermatitis de contacto irritativas, sudoración excesiva e hipersensibilidad a metales, principalmente níquel

Alopecias no cicatriciales

Una causa frecuente de consulta en Dermatología es la pérdida del cabello o la falta de pelo o alopecia, patología que también afecta a adolescentes hombres y mujeres.

Alopecia androgenética

Es la calvicie común y la forma más frecuente de alopecia en los hombres, la que se puede iniciar desde temprana edad en la adolescencia y en adultos mayores, según la carga genética del individuo. Este tipo de alopecia es la causa más frecuente de pérdida de pelo en el adolescente. En el hombre comienza con una disminución del volumen de cabellos fronto parietal y la coronilla, luego estas zonas se van uniendo dejando zonas calvas y una franja alrededor de cuero cabelludo. En la mujer el cuadro es más difuso y más tardío.

La causa es una hipersensibilidad de los folículos pilosos a las concentraciones normales de testosterona circulante en zonas específicas andrógeno-dependientes. Esto determina un empequeñecimiento del folículo piloso o miniaturización progresiva, con disminución del diámetro del pelo y atrofia. El pelo terminal en las zonas afectadas va siendo reemplazado por vello. Los factores genéticos y los andrógenos juegan un rol importante en la patogénesis de esta alopecia. Existe un polimorfismo de los genes receptores de andrógenos asociados con la alopecia androgenética; últimos estudios identifican nuevos genes susceptibles en los cromosomas 3q26 y 20p11, no dependientes de andrógenos, que podrían tener un rol en la patogenia⁽¹¹⁾. La alopecia androgenética en el hombre se clasifica según severidad por una tabla de Hamilton (1951) que fue modificada por Norwood en 1975. La alopecia femenina fue clasificada en 1977 por Ludwig, según extensión y severidad de ésta. La pérdida de pelo de patrón femenino es un problema cada vez más frecuente en la mujer. La alopecia femenina con aumento de andrógenos es la alopecia femenina androgenética (FAGA) y sin aumento de andrógenos es la pérdida de pelo de patrón femenino (FPHL).

La alopecia androgénica es la causa más frecuente de pérdida de pelo en el adolescente

Alopecia difusa en la mujer joven o pérdida de pelo de patrón femenino (FPHL)

Se debe hacer un chequeo general para descartar algunas endocrinopatías, como hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipopituitarismo, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, déficit de proteínas (posterior

Efluvio Telógeno: caída de pelo ya que gran parte de los cabellos pasan a fase telógena y en 4 a 5 meses se caen. Esta caída de pelo es temporal y se recupera

a regímenes dietéticos extremos), déficit de hierro, síndromes de mala absorción, déficit de zinc, déficit de biotina, ácidos grasos esenciales, etc. El diagnóstico debe hacerse con la historia clínica, el examen clínico, dermatoscopia, videoscán, tricograma y exámenes de laboratorio especialmente de determinación androgenética⁽¹²⁾. En la mujer y adolescentes la alopecia difusa se relaciona frecuentemente con anemia ferropénica debido a ciclos menstruales abundantes, post parto o dietas estrictas (Figura 2).

Efluvio Telógeno: Es una de las causas más frecuentes de alopecia y agrupa las patologías anteriores de alopecia difusa femenina no androgénica. La caída de pelo se debe a que gran parte de los cabellos pasan a fase telógena y en 4 a 5 meses se caen simultáneamente, siendo característico los pelos con el bulbo como palo de fósforo. Esta caída de pelo es temporal y se recupera.

Efluvio Anágeno: Es una alopecia difusa rápida debido a una detención de la síntesis de la generación del cabello a nivel del bulbo piloso. Generalmente es por la acción de fármacos citotóxicos, anticoagulantes, ciclosporina o antitiroideos.

Tratamiento

Lo que está aprobado por la FDA es el uso de minoxidil tópico, en concentraciones de 2 al 5%, y finasteride oral. Estos medicamentos son de uso diario y requieren períodos prolongados de un año mínimo para ver su efectividad en cuanto a aumento de la densidad del cabello, disminución de la progresión de la enfermedad, obtener recrecimiento parcial del pelo y evitar el paso de pelo terminal a vello. El inicio precoz de este tratamiento da mejores resultados, mientras que la suspensión del medicamento lleva nuevamente a la caída progresiva del cabello. Estudios recientes proponen el uso de dutasteride (inhibidor del tipo I y II 5 alfa reductasa), aunque están aún en estudio de Fase III. En el caso de la mujer, se pueden usar antiandrógenos orales, acetato de ciproterona, espironolactona y el finasteride, pero en dosis más altas que en el hombre y con menor eficacia que éste. Además, está contraindicado en el embarazo y lactancia. La combinación de tratamientos médicos y cirugía de trasplante de pelo han mostrado los mejores resultados. Recientemente se está incrementando el uso de minoxidil oral tanto en hombres como en mujeres a dosis creciente 0,5-5mg/día en función hombre/mujer o sus efectos secundarios (hirsutismo, cefalea, edema maleolar). Se puede asociar también a los fármacos anteriormente descritos como, por ejemplo, con la espironolactona, reduciendo los efectos secundarios⁽¹³⁾. Por último, ha salido al mercado la finasteride tópica comercializada, incrementándose las combinaciones para hacer frente a esta patología.

Escabiosis

Entre las principales causas de la escabiosis se encuentra el fracaso terapéutico, cada vez más documentado por los profesionales sanitarios y de origen multifactorial

La escabiosis es una enfermedad ancestral que en la actualidad continúa planteando importantes problemas epidemiológicos. Es una infección producida por el ácaro *Sarcoptes Scabiei*. En nuestro entorno su incidencia y prevalencia están en aumento, sobre todo desde los inicios de la pandemia por SARS-CoV-2. Entre las principales causas de este problema se encuentra el fracaso terapéutico, cada vez más documentado por los profesionales sanitarios y de origen multifactorial. Por este motivo, el desarrollo de pautas de tratamiento efectivas, un abordaje común y basado en la evidencia actual por parte de los diferentes profesionales y un mejor conocimiento del parásito y su transmisibilidad es fundamental para alcanzar una gran asignatura pendiente: el control de la escabiosis⁽¹⁴⁾. La clínica es debida a una reacción de hipersensibilidad frente a los antígenos de los ácaros, los detritus y los huevos del mismo. Presenta un prurito de predominio nocturno con afectación familiar. Existen dos tipos de lesiones:

1. Reacciones de hipersensibilidad: placas eczematosas, vesículas, escoriaciones, impetiginizaciones.
2. Lesiones específicas: surco acarino en forma de S itálica en las manos, pies, areolas mamarias, genitales.

Figura 3. Surcos acarinos en un paciente varón joven de meses evolución.

Con el objetivo de combatir esta epidemia, en 2012 nace la *International Alliance for the Control of Scabies* (IACS), que propone unos criterios para facilitar el diagnóstico de la escabiosis sin necesidad de grandes recursos (Tabla I). Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud clasificó la escabiosis como una enfermedad tropical desatendida en 2017, y actualmente colabora con organismos como la IACS con el objetivo de desarrollar estrategias conjuntas para su control⁽¹⁵⁾.

Tratamiento

Respecto al tratamiento cabe mencionar que, si se realiza de manera adecuada, después de 24h la infección no contagia. El tratamiento se basa en dos pilares:

Terapéutico

Hay que tratar a todos los convivientes y a los contactos estrechos en el último mes; deben ser tratados simultáneamente –independientemente de que tengan sintomatología.

Permetrina al 5%: 1 aplicación por la noche (mantener durante 9-12 horas) del cuello a los pies y repetir a los 7 días (no es ovicida); es apto para > 2 meses de edad y probablemente seguro en < 2 meses; aplicar también en la cabeza en < 2 años. La ivermectina oral (se comercializa en España en comprimidos de 3mg) se da a dosis de 200 microg/kg el primer día, y se va a repetir la misma cantidad en el plazo de 7 días, en ayunas de 2 horas y no ingerir hasta 30 min después; es apto en > 15 Kg, y probablemente también seguro en < 15 Kg, pero sin indicación en ficha técnica. Valorar su uso fuera de ficha en casos resistentes a tratamiento tópico. En < 15Kg administrar el tratamiento triturando un comprimido -o medio comprimido en función del peso-, o mediante formulación en suspensión oral. En un metanálisis realizado en 2018⁽¹⁶⁾ no se encontraron diferencias significativas entre las tasas de curación con permetrina tópica (74%) y la ivermectina oral (68%) tras dos semanas de tratamiento⁽¹⁴⁾. La combinación de ivermectina oral y permetrina tópica se ha propuesto como el tratamiento que tiene una mayor probabilidad de alcanzar la curación a las 3-6 semanas en un metanálisis en red. Otra opción disponible es el benzoato de bencilo (FM al 10-25%), y ambos constituyen los tratamientos de elección propuestos en la «*European guideline for the management of scabies*». Su aplicación es al día 1,2 y 7 y hay que aplicar durante 24h. El malatión y el crotamitón no son considerados tratamientos de primera línea, no están financiados y disponen de menor evidencia y experiencia en nuestro entorno.

La combinación de ivermectina oral y permetrina tópica se ha propuesto como el tratamiento que tiene una mayor probabilidad de alcanzar la curación a las 3-6 semanas

Medidas higiénicas y ambientales estrictas

- Lavar la ropa a 50-60° o ponerla en bolsa de plástico durante 5-8 días. También tener en cuenta las fundas de sofá, cortinas y otros textiles de casa, coche...
- Se pueden dar corticoides tópicos para los eczemas, antibióticos tópicos para las lesiones impetiginizadas y antihistamínicos vía oral para el picor.

Existen varios motivos que podrían explicar el incremento en el fracaso del tratamiento de la escabiosis^(17,18)

1. Aplicación o pautas incorrectas y reinfestación: en un estudio se describió que los principales predictores de fracaso terapéutico fueron: el uso de una única dosis de ivermectina oral o la administración de un único tratamiento, ya sea oral o tópico en comparación con la administración de ambos, no realizar medidas higiénicas ambientales y la existencia de convivientes afectados. Además, los autores mostraron cómo la combinación de una dosis de tratamiento tópico y dos dosis de tratamiento oral tiene una mayor proporción de curación (86%) a los 3 meses⁽¹⁷⁾. Una parte del fracaso del tratamiento tópico podría ser, además, atribuible a una mala aplicación. En un estudio con crema fluorescente se observó cómo de 21 pacientes ninguno fue capaz de aplicar correctamente el tratamiento, a pesar de ser instruidos para ello⁽¹⁸⁾. Por este motivo, cabe destacar que se requiere mantener 12h el tratamiento y tener en cuenta la dificultad que existe para aplicar correctamente el tratamiento tópico en todos los miembros de las familias numerosas y, más aún, cuando existe una cierta desestructuración familiar con varios núcleos involucrados.
2. Disminución de sensibilidad al tratamiento tópico. La resistencia a los tratamientos de la escabiosis es un tema controvertido. Se han descrito mecanismos de resistencia a la permetrina en *S. scabiei* diferentes a la variedad *hominis* en estudios *in vitro*, pero no son concluyentes.
3. Transmisión entre animales y humanos: se ha observado infectividad cruzada. Las variedades de *S. scabiei*⁽¹⁷⁾: a falta de estudios adicionales, sugieren examinar clínicamente la mascota de los casos con una sarna resistente y descartar que se trate de sarna zoonótica.
4. Prurito residual: un falso fracaso terapéutico. Recordar que el prurito, al igual que la persistencia de algunas lesiones reactivas, pueden durar hasta 4-6 semanas después de haber finalizado el tratamiento, aunque se haya erradicado la infestación.

Si tras 4 semanas del tratamiento de las escabiosis los síntomas continúan, deberíamos considerar la infección activa y se recomienda buscar dónde se ha podido producir el error en el tratamiento para corregirlo

¿Qué hacemos ante un fracaso terapéutico?

Ante una nueva consulta en un paciente diagnosticado de escabiosis y tratado correctamente, lo primero es realizar una minuciosa exploración física, para la que es útil incluir el examen con dermatoscopia, si disponemos de ella, buscando signos activos de enfermedad. Teniendo en cuenta que el recambio epitelial es de aproximadamente un mes de duración y el parásito se establece en los estratos más superficiales de la epidermis, si tras 4 semanas del tratamiento estos continúan, deberíamos considerar la infección activa y se recomienda buscar dónde se ha podido producir el error en el tratamiento para corregirlo. Existe un *checklist* del tratamiento de la escabiosis elaborado como un listado de comprobación adaptado de la propuesta de la Societat Catalana de Dermatologia i Venerologia, disponible en: http://webs.academia.cat/societats/dermato/docs/SCD_Informacion_medica_listado_de_comprobacion_V10_castellano.pdf.

Cuando la enfermedad siga activa a pesar de no encontrar ningún error, utilizaremos el segundo escalón terapéutico disponible según las características del paciente. Sin embargo, si persisten signos de actividad a pesar de utilizar varios escalones terapéuticos, actualmente, no existen guías globalmente aceptadas de cómo proceder. En caso de un número grande de convivientes afectados, de pacientes con importantes lesiones eczematosas o erosivas en la piel, o si consideramos improbable que vaya a haber una correcta aplicación del tratamiento tópico –pacientes dependientes, problemática social o dificultad para entender la aplicación del tratamiento–, la ivermectina oral sería el tratamiento de elección, como ya plantean algunos autores⁽¹⁶⁾ y cabría considerar la posibilidad de aplicar concomitantemente la permetrina.

Otra opción es aumentar la dosis de ivermectina. Esto se fundamenta, por un lado, en que las dosis actuales están basadas en decisiones razonadas pero arbitrarias, sin que existan estudios de rango de dosis y, por otro, en los buenos resultados obtenidos tras aumentar la dosis en otras infecciones parasitarias como la pediculosis⁽¹⁷⁾. Actualmente existe un ensayo clínico en marcha comparando la eficacia de ivermectina oral a doble dosis (0,4mg/kg) con el tratamiento convencional (0,2mg/kg) en los pacientes con una escabiosis grave (NCT02841215)⁽¹⁸⁾.

Expectativas de futuro

Recientemente la *Food and Drug Administration* (FDA) ha aprobado el **spinosad al 0,9%**, un insecticida utilizado para la pediculosis capitis, para el tratamiento de la escabiosis en pacientes mayores de 4 años. Dicho fármaco ha demostrado unas tasas de curación completa en pacientes con una escabiosis confirmada del 78,1% y del 85% de curación microscópica y/o dermatoscópica a los 28 días de una única aplicación, con una baja tasa de efectos adversos, ninguno de ellos grave⁽¹⁹⁾.

La **moxidectina**, una molécula de la misma familia que la ivermectina, está aprobada por la FDA para el tratamiento de la oncocercosis y es una de las mayores esperanzas en el tratamiento de la escabiosis. Esta molécula presenta algunas características ventajosas como una semivida media de 23 días (que cubre todo el ciclo vital del *S. scabiei*) y una mayor concentración en la piel respecto a la ivermectina. En estudios realizados en modelos porcinos, se ha demostrado más eficaz que aquella en una sola dosis de 0,3mg/kg⁽⁸⁾. Actualmente existe un EC en marcha para establecer la eficacia y la dosis adecuada de moxidectina para el tratamiento oral de la escabiosis (NCT03905265)⁽²⁰⁾.

Tablas y figuras

Tabla I. Simplificación de los criterios diagnósticos de escabiosis propuestos por la *International Alliance for the Control of Scabies* (IACS)

Criterios diagnósticos de la escabiosis	
Diagnóstico de confirmación*	Observación directa del ácaro, huevos o escibalos
Diagnóstico clínico Al menos uno de los siguientes	Surcos acarinos Nódulos escabióticos en genitales masculinos
	Lesiones típicas en regiones frecuentemente afectadas**, prurito y contacto con paciente diagnosticado de escabiosis
Diagnóstico de sospecha Al menos uno de los siguientes	Lesiones en regiones típicas y prurito o contacto con paciente diagnosticado de escabiosis Lesiones o distribución atípica, pero prurito y contacto con paciente con sarna

Otros diagnósticos son menos probables

*No se puede realizar el diagnóstico de confirmación sin instrumentos diagnósticos (microscopio, dermatoscopio).

**Lesiones eccematosas, pápulas eritematosas y en ocasiones nódulos afectando principalmente manos, axilas, ingles, nalgas y miembros inferiores. En niños es típica la presencia de vesículas y pústulas sobre todo palmo-plantares.

Figura 1. Acné comedoniano, retencional y excoriado en una adolescente



Figura 2. Alopecia difusa en la mujer joven



Figura 3. Surcos acarinos en un paciente varón joven de meses evolución



Bibliografía

1. Menéndez Tuñón S, Sariego Jamarco A, Fernández Tejada E, Fernández García N, López Vilar P, Meana Meana A. Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten*. Vol 12 no 45 Madrid (2010), pp. 200-25.
2. Silva S, Pérez-Cotapos ML, Hasson A. Acné y rosácea. En *Dermatología: Ed Universidad Católica de Chile*, (2003), pp. 173-181.
3. Herane MI. Enfermedades de las glándulas sebáceas y sudoríparas. En *Dermatología Pediátrica III*, pp. 806-809
4. Molina MT. Vulgaris Acné. *Proposiciones del grupo de trabajo Chileno de Acné*. Editorial científico. *Rev Chilena Dermatol*, 21 (2005), pp. 168-170.
5. Bowe WP, Joshi SD, Chalita AR. Diet and acne. *J Am Acad Dermatol*, 63 (2010), pp. 124-141.
6. Seborreic dermatitis. *Clin Evid (Online)*, 7 (2010).
7. Aschoff R, Kempter W, Meurer M. Seborreic dermatitis. *Hautartz*, 62 (2011). pp. 297-307.
8. Diagnosis and treatment of primary focal hiperhidrosis in children and adolescents. *Semin Cutan Med surg*, 29 (2010), pp. 121-126.
9. Doft MA, Kasten JL, Ascherman JA. Treatment of Axillary Hyperhidrosis with Botulinum Toxin: A single Surgeon's Experience with 53 consecutive patients. *Aesthetic Plast Surg*, (2011).
10. Pitché P y cols. Factors associated with palmoplantar or plantar pompholyx: a case control study. *Ann Dermatol Venereol*, 133 (2006), pp. 139-143.
11. González ME, J. Cantatore-Francis J, Orlow SJ. Androgenetic alopecia un the peadiatric population: a retrospective review of 57 patients. *Br J Dermatol*, 163 (2010), pp. 378-385.
12. Camacho-Martínez FM. Hair loss in women. *Semin Cutan Med Surg*, 28 (2009), pp. 19-32.
13. Pindado-Ortega D, Vsñó-Galbán S. Minoxidil oral en el tratamiento de la alopecia androgénica femenina y otras alopecias. *Actas dermosif*. Vol 110, num 10 (2019). pp 861-862.
14. Lluch-Galcerá J, Carrascosa JM, Boada A. Epidemia de escabiosis: los nuevos retos de una enfermedad ancestral. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 11 August 202.
15. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol*, 183 (2020), pp. 808-820.
16. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Típlica GS. European guideline for the management of scabies. *JEADV*, 31 (2017), pp. 1248-1253.
17. Aussy A, Houivet E, Hébert V, Colas-Cailleux H, Laaengh N, Richard C, et al. Risk factors for treatment failure in scabies: a cohort study. *Br J Dermatol*, 180 (2019), pp. 888-893.
18. Nemecek R, Stockbauer A, Lexa M, Poepl W, Mooseder G. Application errors associated with topical treatment of scabies: an observational study. *JDDG*, 18 (2020), pp. 554-559 Efficacy study between two different dosages of an antiparasitic in patients with crusted scabies – *ClinicalTrials.gov*. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02841215>.
19. Seiler JC, Keech RC, Aker JL, Miller W, Belcher C, Mettert KW. Spinosad at 0.9% in the treatment of scabies: Efficacy results from 2 multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled studies. *J Am Acad Dermatol*, 86 (2022), pp. 97-103, [10.1016/j.jaad.2021.07.074](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.07.074).
20. Dose-finding study of moxidectin for treatment of scabies– *ClinicalTrials.gov*. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03905265>.

Aspectos éticos y legales en la adolescencia. Del menor maduro al adulto autónomo

M. Vieito Villar. Abogado especialista en Derecho Sanitario y Derecho anti-discriminatorio. Vocal del Consello de Bioética de Galicia. Vocal del Comité de Ética Asistencial del Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos, Lugo.

Resumen

Es nuestra intención con el presente taller, ofrecer una visión de conjunto y general sobre la autonomía decisoria de las personas menores de edad, en un contexto de decisiones de salud. Se trata de un área con recientes modificaciones legislativas que, en términos generales, han pasado desapercibidas para buena parte de la profesión sanitaria. En relación con el Derecho aplicable, sostendremos que no solo es "posible" el consentimiento con independencia de la edad objetiva del paciente, sino que se trata del régimen general (la regla, no la excepción); contrario a la aplicación, de facto, de una mayoría de edad sanitaria indisolublemente unida a los 16 años cumplidos.

Palabras clave: *Consentimiento informado; Autonomía sanitaria; Menor de edad; Toma de decisiones.*

Abstract

It is our intention with this workshop, to offer an overall and general view of the decision-making autonomy of minors, in a context of health decisions. This is an area with recent legislative changes that, in general terms, have gone unnoticed by a large part of the health professionals. In relation to the applicable law, we will maintain that not only is consent "possible" regardless of the objective age of the patient, but that it is the general regime (the rule, not the exception); contrary to the application, de facto, of a health age of majority indissolubly linked to 16 years of age.

Key words: *Informed consent; Health autonomy; Minor; Decision making.*

Introducción: la mayoría de edad y la "mayoría de edad sanitaria"

La mayoría de edad, entendiendo por esta la frontera objetiva que supone para la persona la asunción de buena parte del ejercicio autónomo de los derechos subjetivos, ha tenido una comprensión dispar en el conjunto de nuestra sociedad, y específicamente en la profesión sanitaria.

Verificamos como, para buena parte de las personas legas, los 18 años cumplidos parecen suponer un muro infranqueable, una suerte de frontera absoluta que, a un lado, permite la toma de decisiones autónoma, abre a la escucha activa y el diálogo interpersonal con el ayer menor, y desvanece la sombra de cualquier duda sobre capacidad. El que tiene 18 años puede decidir, mientras que el que no los tiene carece de este poder, y, en esta visión, de cualquier otro siquiera remotamente conectado.

En concreto, parece haberse elevado a hito inmóvil el artículo 246 del Código Civil:

- *El mayor de edad puede realizar todos los actos de la vida civil, salvo las excepciones establecidas en casos especiales por este Código.*

La mayoría de edad ha tenido una comprensión dispar en el conjunto de nuestra sociedad

Para buena parte de las personas legas, los 18 años cumplidos parecen suponer un muro infranqueable

El plantel de la salud ha venido realizando su propia adaptación de este enfoque que llamaremos “objetivista”, a través de la figura del “menor maduro” y su identificación indisoluble con los 16 años cumplidos

Por su parte, el plantel de la salud ha venido realizando su propia adaptación de este enfoque que llamaremos “objetivista”, a través de la figura del “menor maduro” y su identificación indisoluble con los 16 años cumplidos. Ha llegado incluso a conocerse este momento como una (mal llamada) “mayoría de edad sanitaria”.

La lectura dada a las normas ha sido y sigue siendo similar a la siguiente: el mayor de edad (tenga 18 en la vida civil, o 16 en la sanitaria) puede realizar todos los actos, mientras el menor no puede realizar ninguno.

Es así que en la casuística médico-legal en relación a pacientes, así como en el apoyo y asesoramiento a personas menores de edad no sea extraño el posicionamiento médico que exige, siempre y en todo caso, la firma del consentimiento informado por parte de las personas titulares de la patria potestad con independencia de la edad del menor. Dentro de este supuesto, además, se demanda la firma de todas ellas (padre y madre conjuntamente), con independencia de la naturaleza de la decisión clínica a tomar e ignorando cualquier advertencia sobre sentencias, por ejemplo, de atribución exclusiva de la patria potestad a uno de los progenitores.

La mayoría de edad como concepto cambiante

La consideración arbitraria de los 18 años como límite objetivo que marca la capacidad o falta de ella para decidir ni siquiera ha sido históricamente una constante

La consideración arbitraria de los 18 años como límite objetivo que marca la capacidad o falta de ella para decidir ni siquiera ha sido históricamente una constante. Mencionemos únicamente en este punto que la mayoría de edad eran los 23 años cumplidos cuando nació el Código Civil, allá por 1889, y eran los 21 años cumplidos en la reforma del mismo acaecida en 1972. Solamente pasarían a ser 18 en una nueva modificación ya en 1978.

Desde entonces se han aprobado modificaciones de las normas civiles tendentes a reconocer capacidad decisoria plena a personas por debajo de los 18 años, haciendo que, a día de hoy y como sostendremos a lo largo de este trabajo, sean pocas las esferas donde los 18 años marcan realmente una frontera; y siendo que el escenario sanitario, adelantamos ya, no es una de ellas.

Son numerosos los ejemplos en el Código Civil, y fuera de este, que subvierten esta regla inmutable de los 18 años como un todo:

- La edad para poder adoptar son los 25 años, y no los 18 (art. 175.1 del Código Civil).
- La ley que regula el derecho al honor y la intimidad personal¹ recoge en su artículo 3 que será el menor quien consienta [las posibles intromisiones en estos derechos], “si sus condiciones de madurez lo permiten”; esto es, sin exigencia de un límite objetivo de edad específico.
- Las personas con 14 años cumplidos pueden hacer válidamente testamento (art. 663.1º del Código Civil).
- El permiso de conducción AM, que puede obtenerse desde los 15 años, faculta para conducir determinado tipo de ciclomotores.

La DGT reconoce un total de 4 licencias diferentes para conducción por debajo de los 18 años².

- Los menores de edad son responsables penalmente por los delitos cometidos desde los 14 años (art. 1.1 de la conocida como Ley Penal del Menor³).
- La denominada “edad de consentimiento sexual” son hoy los 16 años en nuestro país (art. 181 del Código Penal⁴), pero hasta 2015 fueron los 13 años.

Nótese que son los 14 en países como Alemania, Italia, Portugal, Austria o Hungría; o los 15 en Francia, Suecia o Dinamarca⁵.

¹Ley 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.

²Cfr. Espacio web “Los menores también conducen” de la Dirección General de Tráfico.

Puede consultarse en el siguiente enlace: <https://revista.dgt.es/es/reportajes/2022/06JUNIO/0629-Permisos-menores-edad.shtml>.

³Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

⁴Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

⁵Cfr. Circular de la Fiscalía General del Estado 1/2017, de 6 de junio, sobre la interpretación del art. 183 quater del Código Penal.

El Derecho y la capacidad como sistema complejo

En contraposición a lo que venimos mencionando, el profesional del Derecho se aproxima a la capacidad decisoria de un modo totalmente diferente: ni los 18 años son una barrera infranqueable que determine el todo o la nada; ni las personas menores de 18 años carecen de cualquier control sobre su vida.

Como primera llamada de atención corresponde advertir que la legislación civil no se agota en el Código y en su artículo 246 ya aludido. En tal sentido, la lectura aislada del mismo, sin considerar las normas concurrentes a la materia de estudio, supondría dibujar un cuadro incompleto y sesgado.

A modo únicamente de ejemplo y sin ser la siguiente una lista exhaustiva, cabría apuntar las siguientes normas de rango legal que pueden ser aplicables al régimen legal de personas menores de edad:

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- 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.
- 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.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Normativa estatal que habría de completarse incluso con los distintos Ordenamientos Jurídicos autonómicos. Citando solo a modo de ejemplo el gallego, más cercano para quien escribe, podrían citarse:

- Ley 11/2007, de 27 de julio, para la prevención y el tratamiento integral da violencia de género.
- Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia.
- Ley 4/2011, de 30 de junio, de convivencia y participación de la comunidad educativa.
- Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia.
- Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

A estas normas habría que añadir incluso las resoluciones de nuestro Juzgados y Tribunales, que a lo largo de los años han ido perfilando los detalles de la capacidad decisoria de las personas⁶. Incluso podríamos incluir, a efecto interpretativo, otros textos como las Circulares e Instrucciones de la Fiscalía General del Estado⁷.

Es decir, el sistema jurídico-civil aplicable a la capacidad de las personas se nutre de una lista importante de cuerpos legislativos más o menos complejos, y cuya comprensión puede escapar, como es perfectamente comprensible, a una persona ajena al ámbito jurídico.

Ni los 18 años son una barrera infranqueable que determine el todo o la nada; ni las personas menores de 18 años carecen de cualquier control sobre su vida

El sistema jurídico-civil aplicable a la capacidad de las personas se nutre de una lista importante de cuerpos legislativos más o menos complejos, y cuya comprensión puede escapar, como es perfectamente comprensible, a una persona ajena al ámbito jurídico

⁶Mencionando, a modo de ejemplo:

- Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio (sobre transfusión de hemoderivados a menor de edad Testigo de Jehová).
- Sentencia del Tribunal Supremo 1158/2021, de 25 de marzo (sobre responsabilidad de los menores por deudas con la Administración Tributaria).
- Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio (sobre menores de edad a identidad sexual).

⁷Entre otras, destacando las siguientes:

- 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.
- Circular 2/2016, de 24 de junio, sobre el ingreso de menores con problemas de conducta en centros de protección específicos.
- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

La “mayoría de edad sanitaria”. El (posible) origen del error

Como hemos mencionado, en este marco general de incompreensión parcial del sistema de capacidad de las personas, se enmarca una concepción peculiar del consentimiento en materia sanitaria, especialmente de los menores de edad, por parte de los profesionales de salud.

El origen de esta confusión se antoja pudiera ser una lectura aislada de los siguientes incisos de la Ley que regula el consentimiento informado⁸:

- 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 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”.

Sintetizando el inciso 3º, obtendríamos que es el paciente quien decide, sin tercero que consienta en su lugar, en caso de que sea capaz de comprender el alcance de la intervención en salud. En concreto, para el caso de personas menores de edad, serán capaces para decidir cuando “no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”. Y si el artículo hubiese finalizado en ese punto, a buen seguro este trabajo no sería necesario.

Hasta ese momento la norma nos habla de dos elementos esenciales: capacidad e individualización. El primero de ellos, en relación a la habilidad y aptitud subjetiva de comprensión de la información clínica; y el segundo operando como marco para el primero, de tal modo que es la situación clínica de que se trate la que determinará el examen de capacidad.

No obstante, la deficitaria redacción del 4º epígrafe, y dentro de este, una cifra objetiva de edad (los 16 años), origina disrupción y confusión.

El inciso 4º, que resulta aplicable solamente a mayores de 16 años, nos dice que en caso de que sean capaces de comprender la información, no hay consentimiento por terceros; operando como una suerte de presunción, o un indicio; como una particularización de la regla general ya explicada en el punto anterior. Es decir, no nos dice que por debajo de los 16 no se pueda consentir autónomamente, sino que nos reafirma que sobre los 16 el consentimiento por representación también tiene condicionantes⁹.

Elementos para una interpretación “subjetivista” del consentimiento

Siendo que es nuestra intención el convencer al lector sobre la autonomía decisoria por debajo de los 16 años en ámbito sanitario, corresponde a nuestra responsabilidad acercar argumentos suficientes que apoyen este modo de ver la materia.

En primer término cabe citar las Resoluciones de la Dirección General de los Registros y del Notariado, de 3 de marzo de 1989 y de 14 de mayo de 2010:

⁸Ley 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.

⁹En un sentido similar, Vid. DEL CAMPO: “Mientras este artículo 9.4 resulta de aplicación para los emancipados y menores de edad mayores de dieciséis años, el artículo 9.3.c está pensando en el menor cuya edad es inferior a los dieciséis años”.

Es el paciente quien decide, sin tercero que consienta en su lugar, en caso de que sea capaz de comprender el alcance de la intervención en salud

La norma nos habla de dos elementos esenciales: capacidad e individualización

No nos dice que por debajo de los 16 no se pueda consentir autónomamente, sino que nos reafirma que sobre los 16 el consentimiento por representación también tiene condicionantes

- “no existe una norma que, de forma expresa, declare la incapacidad de los menores para obrar en el ámbito civil, norma respecto de la cual habrían de considerarse excepcionales todas las hipótesis en que se autorizase a aquí para actuar por sí mismo; y no cabe derivar esa incapacidad para obrar ni del art. 322 CC en el que se establece el límite de edad a partir del cual se es capaz para todos los actos de la vida civil ni tampoco de la representación legal que corresponde a los padres o tutores respecto de los hijos menores no emancipados”.
- “(...) Si a partir de los 18 años se presupone el grado de madurez suficiente para toda actuación civil (con las excepciones legales que se establezcan), por debajo de esa edad habría de atenderse a la actuación concreta que se pretenda realizar cubriendo la falta de previsión expresa por cualquiera de los medios integradores del ordenamiento legal (arts. 1,3 y 5 del Código Civil) y no por el recurso a una regla general incapacidad que además no se aviene con el debido respeto a la personalidad jurídica del menor de edad”.

Nos acercan estas dos resoluciones a uno de los puntos de anclaje de la capacidad en el ámbito jurídico, y fundamento de cualquier comprensión ulterior del sistema: la capacidad de las personas se presume; y los obstáculos a esta capacidad son pues los elementos que, quien pretenda hacerlos valer, debe probar.

Vemos pues como, desde hace más de 20 años nuestro Derecho clama a la individualización de la decisión en aras a evaluar capacidades. En caso de que, para una decisión concreta, un menor no fuese considerado capaz, habremos pues de argumentar el motivo, no considerándose adecuada una “regla general de incapacidad” en la minoría de edad.

En segundo lugar, y si acaso resonase como lejana del ámbito sanitario la reflexión anterior, debemos traer aquí la Instrucción de la Fiscalía General del Estado 1/2012, que como vemos cumple ya 10 años:

- “La edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño, porque el desarrollo cognitivo y emocional no va ligado de manera uniforme a la edad biológica. La información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo recibido condicionan decisivamente la evolución de la capacidad del menor para formarse una opinión propia. Por ese motivo, se impone siempre una evaluación individualizada y tanto más exhaustiva cuanto más joven sea el paciente - caso por caso de las opiniones y deseos expresados, y por ende, del grado de madurez de cada menor”-.

Se trata de una reflexión específica del campo sanitario, y en concreto en sede de transfusión de hemoderivados a menores de edad. Esto es, la Fiscalía nos habla no de la autonomía de menores, en términos generales, sino de la capacidad para tomar decisiones en el ámbito sanitario y asistencial.

No es pues la edad objetiva lo que nos puede hacer delimitar capacidades, siendo el criterio de capacidad para comprender el que debe primar. Y no uno general, sino como veíamos con anterioridad, en función de la decisión concreta a abordar¹⁰.

Por último, y únicamente como nota argumental final, corresponde recoger que las personas titulares de la patria potestad no representan a sus hijos en relación a aquellos derechos personalísimos que puedan ejercer por sí¹¹; y que el consentimiento informado, que constituye según nuestra jurisprudencia un verdadero Derecho Fundamental¹², es uno de estos derechos personalísimos.

Como apoyo a esta última cuestión, la Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2000, de 29 de mayo apunta:

- “Desde la perspectiva del art. 16 CE 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, cuya incidencia sobre el disfrute del menor de sus derechos fundamentales se modulará en función de la madurez del niño y los distintos estadios en que la legislación gradúa su capacidad de obrar”.

¹⁰En el mismo sentido, cabría mencionar la Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio, que resuelve cuestión de inconstitucionalidad respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

En esta, se declara inconstitucional excluir a las personas trans menores de edad del cambio registral, permitiéndose este en situaciones de madurez, estabilidad y persistencia; esto es, prescindiendo de límites objetivos de edad.

¹¹Cfr. art. 162.1º del Código Civil.

¹²Entre otras, Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo.

No existe una norma que, de forma expresa, declare la incapacidad de los menores para obrar en el ámbito civil

Si a partir de los 18 años se presupone el grado de madurez suficiente para toda actuación civil (con las excepciones legales que se establezcan), por debajo de esa edad habría de atenderse a la actuación concreta

La edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño

Se impone siempre una evaluación individualizada

Los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales

El interés superior del menor como marco decisional

Aún en los casos en que el menor no decida por sí, en todo caso debe ser informado

Que una persona menor de edad pueda decidir potencialmente, no implica, necesariamente, que todas las personas menores de edad puedan hacerlo. Como hemos manifestado, serán criterios como la madurez o la capacidad de manejo y comprensión de la información, los factores a analizar a la hora de determinar que una persona menor es o no capaz.

Mas sí es preciso mantener en consideración que, aún en los casos en que el menor no decida por sí, en todo caso debe ser informado, en la medida de sus posibilidades de comprensión y de un modo ajustado a las mismas. Así lo exige la normativa que hemos recogido, y especialmente la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor. Esta se convierte en particularmente relevante pues transcribe a nuestro derecho una institución clave para entender el consentimiento sobre un menor cuando este no lo toma: el interés superior del menor.

Así, cuando sean los titulares de su patria potestad quienes decidan, o cuando lo haga el equipo asistencial, los criterios que guíen esta decisión no habrán de ser los propios, sino los del menor. Sirva como ilustración y apoyo el artículo 2.1 de la norma aludida:

- “Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir. Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor”.

Como vemos de inmediato “todo menor” tiene derecho a que su interés se valore; es decir, con independencia de su edad e incluso de su capacidad de comprensión. De este modo, criterios como la protección de las necesidades emocionales del menor, la consideración a sus sentimientos u opiniones, su derecho a participar o la preservación de sus convicciones deben guiar las decisiones por representación.

Estos criterios deben ponderarse en función de factores como la madurez del menor, la igualdad y no discriminación, la minimización de riesgos o la preparación del tránsito a la edad adulta; todos ellos, dice la norma “de forma que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara”.

Conclusión

Como hemos sostenido a lo largo de la presentación/resumen de este taller, la capacidad decisoria es posible por debajo de los 16 años en un contexto sanitario.

La interpretación monolítica que considera una decisión en mayoría de edad sanitaria, y rechaza la autonomía por debajo de esta edad, no es, en nuestro parecer, una visión que se cohoneste con el Ordenamiento Jurídico aplicable.

Es pues nuestra intención en el taller hacer repaso comprensivo de los argumentos expuestos, incluso añadiendo alguno adicional; para posteriormente ofrecer herramientas que ayuden al profesional de salud a guiarse en la toma de decisiones compartida con una persona menor de edad, sea decidiendo esta (trabajaremos el “como” se debe medir la capacidad de comprensión), o cuando son sus representantes legales quienes deciden (analizando los poderes de la patria potestad y de las figuras de apoyo).

Bibliografía

- Blasco Igual MC. El consentimiento informado del menor de edad en materia sanitaria. *Revista de Bioética y Derecho*; (35): 32-42.
- Del Campo Álvarez B. El consentimiento informado de los menores. *Situaciones problemáticas y el menor maduro: especial referencia a la STC 154/2002. Actualidad Jurídica Iberoamericana*. 2018 feb; (8): 213-219.
- Die Badolato F. El consentimiento informado en el menor de edad en España: mayoría de edad, representación y teorías determinantes de la minoría de edad. *Cuadernos de medicina forense*. 2016 Dic ; 22(3-4): 106-112.
- Markova Ivanova A. S. El derecho de autodeterminación del menor maduro en el ámbito de la salud. *Bioderecho*. 2018; (6): 28.
- Moure González E. El consentimiento informado como derecho fundamental. *Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo. La Ley*. 2012; (7912).
- Vieito Villar M. Derecho a no saber y privilegio terapéutico de menores de edad en patología de base genética. *Bioderecho*. 2019; (7):13.

Criterios como la protección de las necesidades emocionales del menor, la consideración a sus sentimientos u opiniones, su derecho a participar o la preservación de sus convicciones deben guiar las decisiones por representación

Entrevista con el adolescente – *Roll Playing*

J.L. Iglesias Diz(*), F. Guerrero Alzola().** (*)Pediatra. Acreditado en Medicina de la Adolescencia. Santiago de Compostela. (**)Pediatra especializado en Medicina de la Adolescencia. Hospital Ruber Internacional, Madrid.

Resumen

La atención del adolescente representa un reto para el médico. Todos los cambios que comienzan con la pubertad deben ser afrontados de una manera diferente, no basta conocer las características de su desarrollo, sus enfermedades o sus conductas, es necesario también tener la capacidad de sentirse a gusto con ellos y adquirir experiencia en el trato con la gente joven. Hoy más que nunca necesitamos estar al corriente de ese mundo propio en que ellos se mueven, internet, las redes sociales, los videojuegos, la forma de divertirse, sus gustos musicales u otros aspectos de su cultura. Cómo si no vamos a poder relacionarnos con ellos y ayudarles. Todo ese bagaje y un aprendizaje de la estrategia de la entrevista nos harán más eficaces para preservar una relación fluida con el adolescente mejorando su salud y ayudarles a resolver sus problemas.

Palabras clave: *Entrevista; Adolescente.*

Abstract

The care of the adolescent represents a challenge for the doctor. All the changes that begin with puberty must be faced in a different way, it is not enough to know the characteristics of their development, their illnesses or their behaviors, it is also necessary to have the ability to feel comfortable with them and gain experience in dealing with young people. Today more than ever, we need to be aware of the particular world in which they move, the internet, social networks, video games, the way they have fun, their musical tastes or other aspects of their culture. How else are we going to be able to relate to them and help them? All this background and learning the interview strategy will make us more effective in maintaining a fluid relationship with the adolescent, improving their health and helping them solve their problems.

Key words: *Interview; Adolescent.*

La entrevista

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tenga como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Debido a las características evolutivas de este grupo de edad, muy a menudo la entrevista representa la única y última oportunidad que tiene el médico para informar, orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes de que se estructure como ser adulto. De ahí la importancia de una entrevista bien planteada, que pueda ser satisfactoria tanto para el médico como para su paciente, para que el médico haya podido obtener la información clínica pertinente y para que el adolescente haya descubierto a un adulto que sabe escucharle y puede orientarle en lo que a su salud integral se refiere.

Ha sido tema de inacabables discusiones el debate sobre las características físicas que debe reunir una consulta específica para atender adolescentes. Y sabemos que no siempre es fácil conseguir un lugar idóneo. A menudo, estas discusiones esconden un temor, más o menos explícito, a enfrentarse con la realidad del adolescente, con lo que se retrasa el inicio de actividades.

La entrevista representa la única y última oportunidad que tiene el médico para informar, orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes de que se estructure como ser adulto

Sin embargo, en acertada frase de J. Roswell Gallagher, considerado “padre de la medicina del adolescente”, el hecho de proporcionar al adolescente un lugar específico no es garantía de su cooperación: lo que realmente cuenta es la manera como el médico habla con él y lo trata. De aquí la importancia de adquirir una buena capacidad para la entrevista.

El entrevistador, el entrevistado y la comunicación entre ambos

Debemos tener claro cuáles son los objetivos de la entrevista médica:

1. Determinar la naturaleza de los problemas de salud desde una perspectiva biopsicosocial, y tratarlos.
2. Valorar el desarrollo evolutivo del adolescente.
3. Crear y conservar la relación terapéutica.
4. Educar para la salud y motivar al paciente para que lleve adelante los planes del tratamiento.

Para conseguir estos objetivos, el pediatra que trata adolescentes debe de cultivar unas cualidades que incluyen: capacitación profesional, paciencia, respeto, saber escuchar, dar apoyo y afecto, equilibrio entre comprensión y el ejercicio de la autoridad, no juzgar, neutralidad moral y sentido del humor. El profesional debe conocer las peculiaridades de la Medicina de la Adolescencia y sentirse cómodo con sus pacientes y sus padres. Si no le gustan o se encuentra incómodo con ellos es mejor que los remita a otro profesional.

Hay algunos aspectos que conviene recordar para actuar positivamente en la entrevista:

1. Actuar como abogado del adolescente destacando las cualidades positivas del paciente sin apoyar las conductas inadecuadas.
2. Escuchar más que hablar, escribir poco y observar mucho.
3. Inculcar responsabilidad, que los adolescentes se sientan responsables de su propio cuidado.
4. Demostrar interés por lo que nos cuentan y no minimizar sus preocupaciones.
5. Ser positivo, el humor puntual genera buen ambiente pero no necesitan un médico chistoso, sino alguien que les ayude.

Por otro lado, el entrevistador debe evitar algunos posicionamientos erróneos en su relación con el adolescente como son:

1. Adquirir el papel de un adolescente. El adolescente busca un profesional que le resuelva sus problemas no un “colega”.
2. Asumir el papel sustituto de los padres. El pediatra escuchará y evitará juicios como los que proceden de los padres del paciente.
3. Entrar en rivalidad con el adolescente. Debemos recordar que no se puede forzar a la acción y que nadie hace de adolescente mejor que ellos, por lo que resultará muy difícil vencerlos en su propio juego.

La atención del adolescente requiere algo más de tiempo que en otras edades. Es también imprescindible efectuar parte de esta entrevista a solas con el adolescente y volver a dar toda la información final tanto a los padres como al paciente, preservando siempre el secreto y la intimidad.

El médico debe tener presente que, la mayoría de las veces, tiene ante sí una persona en desarrollo pero con un grado de madurez suficiente para decidir acertadamente sobre temas que le incumben a él. Se deben evitar las actitudes paternalistas; no dar sermones ni infundir miedos ante algunas actitudes que, subjetivamente, no nos parecen acertadas. El médico no debe imponer sus normas morales o de conducta. Ha de intentar entender la manera de ser del adolescente, con el que quizás habrá una gran brecha de edad. Esta diferencia de edad entre ambos puede influir en la relación médico paciente que se puede identificar más fácilmente con el paciente o con sus padres. La postura idónea es la neutral. No se ha de convertir en un padre salvador ni en un aliado de los padres. El entrevistador no debe citarse como ejemplo ni recordarle su adolescencia. Tampoco es una buena táctica querer ponerse a la altura del adolescente imitando sus ademanes, vocabulario o manera de vestir. No debe demostrar al adolescente que él es más amigo que los otros adultos y que con él se puede confabular. El médico,

El pediatra que trata adolescentes debe de cultivar unas cualidades que incluyen: capacitación profesional, paciencia, respeto, saber escuchar, dar apoyo y afecto, equilibrio entre comprensión y el ejercicio de la autoridad, no juzgar, neutralidad moral y sentido del humor

La atención del adolescente requiere algo más de tiempo que en otras edades. Es imprescindible efectuar parte de esta entrevista a solas con el adolescente y volver a dar toda la información final tanto a los padres como al paciente, preservando siempre el secreto y la intimidad

para el adolescente, ha de ser eso, el médico, no un amigo. Debe actuar como consejero y, sobre todo, como informador. Aunque el adolescente no solicite ninguna información concreta, es conveniente que el pediatra intuya sus necesidades en materias de salud y le facilite información, útil y concreta, sobre los temas de su interés.

Se debe abandonar la idea de que el adolescente es, por definición, un paciente difícil. Como en otras edades, habrá chicos y chicas de carácter poco comunicativo y otros más abiertos y colaboradores. Según el temperamento de la persona, el solo hecho de estar ante un médico y más aún si se está enfermo, cambia el carácter del sujeto. Reacciones de llanto, de no querer hablar o de mentir, pueden ser reacciones pasajeras que irán desapareciendo en posteriores entrevistas.

Algunas estrategias de la entrevista

La elección de la pregunta adecuada no es siempre fácil, pero debemos ser conscientes de la importancia de “saber preguntar” para realizar preguntas precisas con las que hacer pensar y obtener una buena información. Como regla general:

1. Realizar preguntas indirectas y abiertas permiten una mayor libertad expresiva. Las preguntas abiertas suelen comenzar con las palabras cómo, por qué, dónde, quién, cuándo, qué, de qué manera... Ej.: Un paciente te comenta que consume *cannabis*. En lugar de preguntar, “¿te gusta consumir?” [respuesta: sí], se puede preguntar “¿qué cosas buenas y malas te trae el consumo?” [respuesta: bueno, estoy más relajado, bla, bla, bla...].
2. También se pueden usar preguntas en espejo, animando al adolescente a que profundice o amplíe una cuestión. “¿Qué tal en casa?” “Mi madre me riñe siempre”. “¿Te riñe siempre?” “Bueno, en realidad lo que ocurre...”
3. Clarificación. Abre el diálogo y se le da importancia a la forma expresiva del adolescente. “Ayer estuvimos de rollo por la tarde...” “Perdona, ¿qué quieres decir con eso de estar de rollo?”
4. Preguntas que generen tranquilidad con afirmaciones que faciliten la discusión al abordar temas complicados: “Es frecuente que chicos de tu edad vean o les salga pornografía en Internet, ¿crees que es así?”
5. Es de utilidad para animar a seguir hablando reconocer los sentimientos del paciente con palabras cortas o interjecciones (“oh”, “vaya”, “claro”, “umm”, “ya veo”...).
6. Transmitir apoyo y ánimo cuando el adolescente comparte una situación que es difícil o dolorosa para él. “Lo has pasado mal, pero pudiste pedir ayuda, que no es nada fácil en esa situación”.
7. Preguntas generales de interiorización: nos informan sobre su modo de vida sus cualidades, gustos y aspiraciones. Ej.: ¿Qué cosas se te dan bien?, ¿qué deseo querrías ver cumplido?, ¿cuándo te sientes más feliz?, ¿qué haces cuando estás de mal humor?, ¿cómo te ves a los 25 años?, ¿qué haces cuando no tienes clase/trabajo?
8. Problemas especiales en la entrevista:
 - El adolescente hablador, que con su verborrea desvía la atención del entrevistador. En este caso la entrevista debería estar más estructurada y hay que marcar los límites de ésta. Se debe frenar su locuacidad amablemente con preguntas como: “Hablas mucho sobre este tema, ¿por qué?”.
 - El adolescente callado. Hablar de temas generales y que puedan ser del agrado del paciente, fijarse en los detalles personales que nos pueden ayudar a iniciar la conversación, como un colgante, un tatuaje...
 - El adolescente nervioso o inquieto. Emplear frases que ayuden a tranquilizar: “sé que es difícil hablar de algunas cosas...”
 - El adolescente lloroso. Ser comprensivo, dejarlo que llore (disponer y ofrecerle pañuelos de papel, pensará así que no es el único que llora).
 - El adolescente desafiante o agresivo. Habitualmente esa rabia no va dirigida a nosotros como profesionales, y cuando se les reconoce esos sentimientos (“veo que estás muy enfadado”) y se descubre la causa, suelen bajar las barreras.

El médico para el adolescente debe actuar como consejero y, sobre todo, como informador. Es conveniente que el pediatra intuya sus necesidades en materias de salud y le facilite información, útil y concreta, sobre los temas de su interés

El adolescente hablador, que con su verborrea desvía la atención del entrevistador. En este caso la entrevista debería estar más estructurada y hay que marcar los límites de ésta. Se debe frenar su locuacidad amablemente con preguntas

La entrevista motivacional consiste en ofrecer al paciente una guía en forma de interrogantes que se refieran a sus propios problemas y con nuestra ayuda, provocar un deseo de cambiar los hábitos mediante el razonamiento, siempre respetando sus puntos de vista y su libertad para escoger

9. Entrevista motivacional y escucha activa. Los pediatras debemos aprender a utilizar recursos que faciliten la comunicación con el adolescente y mejorar así las opciones terapéuticas de las que disponemos. La entrevista motivacional consiste en ofrecer al paciente una guía en forma de interrogantes que se refieran a sus propios problemas y con nuestra ayuda, provocar un deseo de cambiar los hábitos mediante el razonamiento, siempre respetando sus puntos de vista y su libertad para escoger. Facilitamos que ellos mismos sean los que van encontrando las respuestas. El adolescente muchas veces conoce o intuye las soluciones, pero necesita reafirmarse, adquirir seguridad y nosotros podemos ayudarle en este sentido. Por otro lado, la escucha activa es permitir que el paciente se exprese con libertad, con tiempo, hablando de lo que le interesa, quiere, aspira o teme, encontrando en nosotros la persona que recoge esos sentimientos sin juzgarlos. Esta forma de comunicación, es en sí misma terapéutica.
10. Confidencialidad. Recordamos aquí la importancia de la confidencialidad, que se debe de explicar al paciente y a la familia antes de iniciar la entrevista a solas con el adolescente. De esta forma se sentirá más seguro y podrá contarnos aspectos importantes de su comportamiento que de otro modo podrían quedar ocultos. Solo existe una condición para romper esa confidencialidad: que exista riesgo grave para la salud del paciente o de terceros, y así se debe explicar al adolescente y a sus padres. "No hay medicina sin confidencia, no hay confidencia sin confianza y no hay confianza sin secreto".

Además de disponer del tiempo necesario, se deben incluir en la entrevista preguntas no relacionadas directamente sobre temas médicos. Para ayudarnos a maximizar el tiempo y llevar cierto orden, hay varios acrónimos que nos ayudan en esta tarea:

- La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia propone F.A.V.O.R.E.C.E.R. la salud (Familia, Amigos, Vida sana, Objetivos, Religión, Estima, Colegio, Estado mental, Riesgos), sustituyendo al antiguo F.A.C.T.O.R.E.S. (Familia, Amigos, Colegio, Tóxicos, Objetivos en la vida, Riesgos, Estima, Sexualidad). Son útiles como guión de la anamnesis y, a la vez que se realiza la entrevista, también se puede dar al paciente información sobre algunos temas relacionados.
- De la misma forma que la Academia Americana de Pediatría propone H.E.A.D.S.S.S.S.S. (Hogar, Educación, Actividades, Drogas, Sexualidad, Sadness-depression-suicide, Safety, Spirituality, Strengths).

Conocer otras áreas de la vida del paciente, es una manera legítima de conocer más íntimamente su vida, lograr entenderla y así poder ayudarle. La atención médica del adolescente obliga al profesional a conocer la patología habitual en estas edades y sospecharla tras una correcta entrevista y exploración clínica.

El objetivo de este taller es ofrecer una sistemática útil de actuación y aprender también como interrogar y obtener información en situaciones difíciles. La presentación de casos prácticos en la que los participantes son puestos a prueba entrevistando a hipotéticos pacientes completa el taller en el que se obtendrán suficientes conocimientos teóricos y prácticos para la práctica diaria.

Bibliografía

- Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Entrevista clínica y examen físico. En: Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G, Muñoz Calvo MT, editores. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 3ª edición. Madrid: Ergón; 2021. p. 11-22.
- García-Tornell S, Gaspá Martí J. Entrevista clínica del adolescente. Atención al adolescente. En: del Pozo Machuca J, Redondo Romero A, Gancedo García MC, Bolívar Galiano V, editores. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria SEPEAR. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2011. p.1263- 74.
- Woods ER, Neinstein LS. Office visit, Interview Techniques, and Recommendations to Parents. En: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 5ª Edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 32-43.
- Committee on Adolescence American Academy of Pediatrics. Achieving quality health services for adolescents. Pediatrics. 2008 Jun;121(6):1263-70. doi: 10.1542/peds.2008-0694. PMID: 18519499.
- Cornellà i Canals J, Llusent Guillemet A. Particularidades de la entrevista con un adolescente. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2005; 12(3): 147-154.

Pasado, presente y futuro de la atención médica en la adolescencia

G. Alfredo Girard. SASIA/ALAPE/CODAJIC. Argentina.

Resumen

Este artículo, busca relatar como ha ido cambiando, desde hace más de 2.500 años la concepción que la Sociedad Cultural tenía sobre esta etapa de la Vida y así brindar aportes que pueden facilitar su interpretación en la actualidad. Son múltiples los factores que influyen en un proceso de esta naturaleza por lo cual este trabajo solo puede representar una mera aproximación. Conociendo el desarrollo de la Adolescencia y Juventud se puede encontrar también la mejor forma para actuar en la prevención, atención y recuperación de su Salud, a la vez que capacitar al adolescente y al joven sobre la responsabilidad que le toca en su autocuidado. De una etapa de la cual nadie se ocupaba por considerarla sana, fueron surgiendo indicadores que mostraban lo contrario. El trabajo hacia la Salud Integral no provino exclusivamente de profesionales médicos, sino que requirió un apoyo de múltiples disciplinas para constituir equipos interdisciplinarios. En un principio surgieron los Pioneros que intuyeron esta necesidad, y en forma paulatina pero creciente se fueron creando centros especializados para esta atención a la vez que surgían sociedades de profesionales, nacionales primero, que se congregaron posteriormente formando Confederaciones Regionales y a nivel mundial con posterioridad. Una breve reseña se realiza en este trabajo, que no termina, en esta presentación sino que pretende ser una base para que desde diferentes espacios se puedan ir realizando aportes que lo conviertan en un aporte significativo.

Palabras clave: *Adolescencia Historia; Salud Integral Adolescencia; Medicina de la Adolescencia.*

Abstract

This article seeks to relate how the conception that the Cultural Society had about this stage of Life has been changing for more than 2500 years and thus provide contributions that can facilitate its interpretation today. There are multiple factors that influence a process of this nature, for which this work can only represent a mere approximation. Knowing the development of Adolescence and Youth, it is also possible to find the best way to act in the prevention, care and recovery of their Health, while training adolescents and young people about their responsibility in their self-care. From a stage that no one took care of considering it healthy, indicators were emerging that showed the opposite. The work towards Comprehensive Health did not come exclusively from medical professionals, but rather required support from multiple disciplines to form interdisciplinary teams. Initially, the Pioneers who sensed this need arose, and gradually but increasingly specialized centers were created for this care, at the same time that professional societies emerged, first national, which later came together to form Regional Confederations and subsequently worldwide. A brief review is made in this work, which does not end in this presentation but rather aims to be a base so that contributions can be made from different spaces that make it a significant contribution.

Key words: *Adolescence History; Comprehensive Health Adolescence; Medicine of Adolescence.*

El pasado y su evolución

Cada época con sus características significó para la Juventud nuevos desafíos para poder integrarse en sus correspondientes sociedades.

“Nuestros jóvenes son amantes del lujo, tienen pésimos modales y desprecian la autoridad. Se muestran poco respetuosos con sus superiores y prefieren las conversaciones insulsas al ejercicio. Son tiranos y no los servidores de sus hogares. Ya no se levantan cuando alguien llega a su casa. No respetan a sus padres, hablan entre ellos cuando están entre los adultos, devoran la comida y tiranizan a sus maestros”, estos conceptos del siglo IV AC atribuidos a Sócrates, los cita **Josep Cornellá** en su libro “Hablemos de la Adolescencia”.

Veinticuatro siglos después muchas de estas características podrían ser aplicadas a la actual etapa adolescente, pero han surgido otros que son propios de la época que transitamos. El término ADOLESCENCIA. Se comienza a emplear al final del siglo XIX y en el año 1904 **Stanley Hall** publica su monumental obra sobre esta etapa de la vida, desde un punto de vista psicológico. Hall en casi toda su obra se refiere únicamente a los varones y asociándolo con la etapa puberal, con total exclusión de la adolescencia femenina.

A fines del siglo XVII, era común que la mayoría de la población ignorara su propia edad, que comienza a registrarse recién en el siglo XVIII y en forma muy gradual. Esto repercutía también en la escolaridad, en la que en el mismo nivel de aprendizaje convivían alumnos de varias edades.

Recordemos que, en la Medicina, no existía ni la Ginecología, ni la Pediatría. Las sociedades nunca han prestado atención a aquellos grupos que socialmente no eran valorizados o hacia los cuales existía una subestimación. Quién podría (ni siquiera pensar) hace solo 50 años que hoy hablaríamos de Derechos de la mujer y más tarde niños, niñas y adolescentes.

Gran parte de los comportamientos humanos fueron regidos por normas morales, basadas en las creencias de las diferentes religiones, y en general reforzadas por el pensamiento científico. Solo y a modo de ejemplo podemos citar lo que ocurría con la masturbación que además de representar un grave desorden e incluso un pecado mortal, era considerada desde la medicina una enorme pérdida de energía y una de las causantes de la TBC, por pérdida de las defensas. En los casos en que resultaba muy frecuente y cotidiana, el “vicio”, podía desencadenar psicosis graves. Esto era asimismo reforzado desde la psicología. Freud era sumamente crítico de la masturbación y también lo era Wilhelm Reich, y en su libro, la Revolución Sexual, que provocó escándalo en los años 30 (por lo avanzado) se manifestaba crítico de esta práctica. Más cercana a nuestros días, en 1988, Francoise Doltó en su libro: La Causa de los Adolescentes, en el capítulo 1, afirma: “Los adolescentes penetran en un falso nivel expansivo de la sexualidad, que depende de lo imaginario: la masturbación y explica que como se satisface de manera imaginaria, carece ya de la fuerza para ir a buscar en la realidad, en otro ser humano, la camaradería o el amor”. Pero más adelante, en la citada obra, en el Capítulo VII aclara y en cierto sentido rectifica: “ya no se culpabiliza la masturbación”.

Existía, una condena social al orgasmo femenino, que en caso de producirse en una relación sexual que conllevara un embarazo podría producir importantes alteraciones fetales. En occidente ya entrado el siglo XX aún se practicaban ablaciones del clítoris y de la ablación de los labios menores y esto era recomendado por la medicina para tratar a esas mujeres consideradas como “enervadas”. Como contrapartida el ejercicio de la sexualidad, por parte de los hombres con prostitutas, estaba aceptada y el inicio por parte de los adolescentes, frecuentemente recomendado, contribuía a evitar la “perversión de la homosexualidad”.

El escritor e historiador uruguayo, José Pedro Barrán, nos habla con claridad, en uno de sus magníficos libros sobre la **Moralización de la Medicina y la Medicalización de la Moral**.

El solo considerar que el “licor seminal” era el que portaba la semilla totipotencial del varón que solo requería del útero para su desarrollo, o que la ovulación solo se producía ante el estímulo de la penetración sexual de la mujer por el varón, llevaban a implantar en la sociedad conceptos no solo erróneos sino que conllevaban a una total desjerarquización de lo femenino. Es en el año 1842 que Pouchet en Francia, como naturalista considera la similitud de seres humanos en su categoría de mamíferos y basándose en el descubrimiento de los Folículos descritos años antes por Graaf, habla por primera vez de la **Ovulación espontánea y cíclica** en forma totalmente independiente de la participación de lo masculino. Von Bischoff, tres años más tarde refuerza este descubrimiento). Estos avances conllevan un importante paso para el nacimiento de la Ginecología.

Años más tarde comienzan a mejorar las tasas de mortalidad infantil que va llevando a que la niñez, también sea valorada y propende al nacimiento de la **Pediatría**.

Es con referencia a la adolescencia desde su proceso evolutivo que, en 1970 se publica un pequeño gran libro denominada la **Adolescencia Normal** escrito por A. Aberastury y Mauricio Knobel, que pasa a representar un aporte fundamental como interpretación de la adolescencia.

Terminada la segunda guerra mundial, y con una Europa pujante, las Universidades comienzan a recibir enorme cantidad de alumnos que, se agrupan en asociaciones estudiantiles. Es así como, en mayo de 1968, surge el movimiento conocido como el mayo francés. En 1970, desde la Sociología **Erik Erikson** publica su libro “Sociedad y Adolescencia” y partiendo de como la crisis de identidad ingresa en el adolescente y las estructuras sociales y de cómo ambas interactúan. El movimiento Hippie y el reclamo para el fin de la guerra en Vietnam, deja de ser privativo de los EE.UU. para alcanzar nivel mundial. Los movimientos pacifistas se universalizan en la población estudiantil, que adquiere de esta manera un poder difícil de imaginar pocos años antes. Guillermo y Silvia Obiols, en su libro: Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria, nos relatan como el crecimiento de la etapa adolescente conlleva a un cambio en la misma sociedad que, se ha “adolescentizado”.

Los pioneros

Cómo intuyendo la necesidad en atender problemáticas de salud que la Adolescencia requería, comprobando por los hechos que había situaciones que comprometían o ponían en serio riesgo la Salud Integral de púberes de ambos sexos y atendiendo a las definiciones de Salud que la OMS predicaba y que iban más allá del concepto tradicional de salud, limitado a la ausencia de enfermedad, van surgiendo en diferentes lugares y desde diferentes realidades, profesionales médicos que comienzan a atender primero y a investigar después lo que ocurría con la Salud en esta etapa de la vida. Surgen los que hoy podemos considerar: Pioneros de la Medicina de la Adolescencia, que dará paso a la Salud Integral de la Adolescencia y la Juventud.

Esto ocurre en la década de los 50 y me limitaré, sabiendo que, seguramente cometo omisiones, a citar a: **Roswell Gallagher** de Boston en los EE.UU., **Paula Peláez** en Chile y **Nydia Gomez Ferrarotti** en la Argentina. Pese a la distancia, estas tres personas se conocieron y ambas mujeres trabajaron con Gallagher en el proyecto de fundar una Sociedad en lo que es hoy la *Society for Adolescent Medicine* cuyos estatutos fueron aprobados en 1968 (estas pioneras de Latinoamérica no figuran ya en la 1° Comisión Directiva de SAM).

Imaginemos, aunque sea por un instante lo que significaba y podía significar trabajar para, por y con adolescentes y jóvenes en la mitad del siglo XX y pensemos por un instante los problemas que tenemos aún en la actualidad en hablar de sexualidad en la adolescencia, el IRS, orientaciones sexuales diversas, concepto de género, etc, etc. Lo mismo ocurre con la educación sexual en las escuelas. La Dra. Ferrarotti que había instalado en 1951 un consultorio para adolescentes, en el Hospital Rawson de la ciudad de Buenos Aires, había diseñado una pelvis articulada, que enseñaba por ejemplo, el mecanismo del parto y la incluía en sus clases con adolescentes. Se la criticaba en la medida que la denominaban la máquina de fornicar. Corría el año 1977 cuando en el Hospital de Clínicas de la Universidad de BsAs se hicieron unas primeras jornadas de adolescencia para pediatras. Sin estar invitada apareció Nydia y cuando fue reconocida por las autoridades de la Cátedra, fue invitada a retirarse por considerarla persona no grata. Comenzaba en ese momento la dictadura militar. Presencé la escena y sin entender demasiado a que se debía esta actitud, sentí una sensación corporal de amargura y rechazo. Años después pude acercarme a ella y cuando en 1987 se inauguró el Programa Interdisciplinario de Adolescencia ella fue invitada junto con Enrique Dulanto Gutiérrez a cortar la cinta inaugural.

Surgen a partir de allí, historias diferentes en cada uno de los países. Mientras en EE.UU., a poco más de 15 años de comenzar su trabajo con Adolescentes, Roswell Gallagher crea la *Society for Adolescent Medicine* de los EE.UU., que no deja de crecer desde entonces. En América Latina la Adolescencia tiene un desarrollo no solo más tardío sino incluso azaroso, debido sin duda a los sistemas socio políticos imperantes.

Pasan 20 años con posterioridad a la obra de los Pioneros que, **Enrique Dulanto Gutiérrez**, desde su Centro de Adolescencia en el Hospital Infantil de México, pudo mantener viva esta llama. Formado en endocrinología, a la que agregó un profundo contenido social, pudiendo captar la esencia de la Adolescencia. Con una oratoria brillante y cautivadora recorrió América Latina. Pocos años más tarde, comienzan a trabajar: **Anita Colli** y **Verónica Coates** en Brasil, Carlos Bianculli y Jorge Vukasovic en Argentina y esta nómina queda abierta para ir incorporando nombres de quienes contribuyeron al desarrollo de la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

La declaración de Alma Atta en 1978 sobre la A.P.S. implica un cambio importante en el concepto de la Salud en sinergia con la definición, aportada por la O.M.S. La Declaración de Derechos del Niño (1959), implica un antes y después en todo este proceso.

A partir de esta etapa, limitaré citar a profesionales que intervinieron, dado su enorme número y que me llevaría a cometer injustas y dolorosas omisiones.

Centros de adolescencia

La semilla que los Pioneros brindaron en forma lenta pero constante comienza a crecer y a desarrollarse.

Dichos centros fueron creados por quienes nos consideramos discípulos del grupo de pioneros y comenzamos a trabajar con, para y por los y las adolescentes. No existían cursos ni estudios de post grado jerarquizados, y muy poca era la bibliografía con que se contaba. Como si todo esto fuera poco, se carecía de apoyo por parte de leyes que permitieran trabajar con adolescentes, normas internacionales que lo avalaran o bibliografía o investigaciones que la respaldaran. Instalar los primeros consultorios en centros hospitalarios era un trabajo artesanal que solo se autorizaba a hacerlo en lugares “libres” o de poca utilización. Por ello se llegó a recurrir... desde un baño en desuso, como lo hizo quien escribe estas líneas, hasta una pieza placard en el caso del Dr. Gerardo Vaucheret, incansable luchador que, ya no esta entre nosotros. Pese a esta labor totalmente autodidacta, estos centros fueron creciendo y adquiriendo importancia y lugar en los ambientes hospitalarios. Además de falta de apoyo, surgía desconfianza y rechazo cuando se mencionaba el abordaje interdisciplinario, la confidencialidad, ejercicio y cuidados de la sexualidad, etc. La misma necesidad de estos centros era puesta en tela de juicio y los profesionales tradicionales los consideraban una traición a las más rígidas estructuras monodisciplinarias.

Las sociedades científicas

Su inicio estuvo dado por profesionales médicos provenientes del área de la Pediatría, y/o Ginecología, dentro de las Sociedades Pediátricas, a través de los Comités Nacionales de Estudio, pero se amplía a otras disciplinas tales como: Salud Mental, (psicólogos y psiquiatras), Ciencias Sociales (Sociología y Trabajo Social) y desde la educación (Docentes y Psicopedagogos).

Pronto se ve la necesidad de que se creen sociedades interdisciplinarias que permitan agrupar a quienes se comprometieran con la adolescencia. Recuerdo esto como un hecho doloroso en la medida que muchos de quienes permanecieron en las Sociedades Pediátricas consideraron este paso como una traición a sus raíces.

El accionar va mostrando la necesidad de modificar obsoletas legislaciones, que sin tener en cuenta los cambios, interferían gravemente en el accionar cotidiano.

Los distintos gobiernos se mostraban reacios y desconfiados ante esta nueva disciplina y es por ello de significativa importancia cuando la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, y la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** avalan y promueven esta situación.

El cambio que se produce en los países con el advenimiento de gobiernos democráticos genera sin duda un campo propicio y de enorme importancia. Herbert Fridman desde la OMS y sucesivamente: Yoao Yunes, Elsa Moreno, C. Serrano, Solum Donas Burak y Matilde Maddaleno desde la OPS, significaron un inmenso apoyo para el desarrollo de las nacientes sociedades y permitieron que las mismas fueran visualizadas en sus propios territorios. Más recientemente merece destacarse el aporte de **UNICEF**, que tardó mucho más en reconocer la necesidad de trabajar en la adolescencia y que hoy se ha convertido en un aporte importante y fundamental en el desarrollo de muchas de las Políticas Públicas. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) también hizo su aporte.

Años después se crea **ALAMPYONAF**, sociedad de profesionales del derecho que colaboran activamente en estos procesos.

Los finales del siglo XX representan asimismo un profundo cambio a nivel internacional. En el año 1989 se constituye el **Comité de Adolescencia de ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría)**, después de casi dos años que se enviaron cartas a todas las Sociedades Pediátricas para que nombraran sus respectivos delegados. Esto va permitiendo el ingreso de temas de Adolescencia en todos los Congresos que en el Continente se realizaban. En el mes de octubre del año 1992 se desarrolla en Buenos Aires el 1° Congreso de Adolescencia, organizado por los Ctes de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría y la Sociedad de Ginecología Infantojuvenil, con cerca de 1000 participantes

provenientes de muchos países de América Latina. Representó un importante apoyo para el primer Plan Nacional de Adolescencia en Argentina.

Diez años más tarde (2002) agrupando las Sociedades Interdisciplinarias se crea, en un magnífico congreso en La Habana en el cual se constituye la **CODAJIC (Confederación de Adolescencia y Juventud de IberoAmérica, Italia y El Caribe)**. Quisiera destacar el fundamental apoyo que en este proceso recibimos de los compañeros cubanos personalizados en la figura de Francisca Cruz Sánchez. La presencialidad en un trabajo exento totalmente de recursos de nuestros respectivos países era fundamental en la medida que no existían los medios actuales de comunicación.

En España se dio una situación particular. La **Sociedad Española de la Medicina de la Adolescencia** se crea en el año 1987, siendo su primer presidente el Dr. Blas Taracena del Piñal, médico pediatra de reconocida trayectoria en su país como en el extranjero. Proveniente del campo de la Pediatría, poco conocía con respecto a la Adolescencia, como el mismo me confesara cuando fui invitado al 2º Congreso en Murcia. No obstante, intuye como ocurriría con los Pioneros ya citados que, de esta etapa de la vida había que ocuparse y preocuparse. A partir de allí la Atención e Importancia de la Adolescencia, comienza a crecer y desarrollarse y la regularidad de los Congresos y publicaciones da cuenta de ello. A diferencia de lo que ocurría con otras Sociedades Pediátricas, las de Adolescencia se abrieron a la interdisciplina.

Excede esta publicación reseñar los logros que las distintas Asociaciones vienen realizando en los últimos años, pero deseo destacar el crecimiento de CODAJIC. Hoy la integran instituciones de 21 países y se ha abierto a 16 universidades. Más recientemente, un sueño de los Fundadores se hizo realidad y la **Red Joven** se ha constituido dentro de la Sociedad, con fuerza y pujanza como era de esperar de este grupo a quienes está destinado este esfuerzo.

Un signo de esta apertura estuvo dada por la página web con un sinnúmero de visitas, y que se complementa con la presencia activa en la misma y en todas las redes sociales. No podemos dejar de destacar en este espacio el trabajo incansable de la Dra. Mónica Borile, quien ocupara los más altos cargos de la institución. La página web de CODAJIC se encuentra abierta a todos quienes la deseen consultar sin costo alguno.

Mientras esto ocurría en América Latina a nivel mundial, en el año 1987, se crea **IAAH (International Association for Adolescent Health)**. En forma previa se venían desarrollando Simposios Internacionales sobre Adolescencia, desde el año 1974 en que se realizó el Primero en Finlandia. La IAAH, si bien en teoría abierta a todas las naciones estuvo en su gran mayoría integrada por países de la Comunidad Anglóparlante con una mínima representación de América Latina. Verónica Coates, Evelyn Eisenstein y quien escribe esta reseña éramos en la práctica los únicos representantes de América Latina pese a que en nuestro territorio ya se daba un mayor desarrollo de lo que ocurría en otros países del Mundo. Es por ello que la realización en noviembre de 2021 del Congreso Internacional en Lima, con la incorporación de países de habla hispana, el español como lengua oficial y la presidencia de Mari Carmen Calle, representa un hecho fundamental para Latinoamérica.

Resulta importante destacar que en EE.UU., la entonces SAM de la que ya hablamos con anterioridad, decide cambiar su nombre por el de **SAHM (Society for Adolescent Health and Medicine)**. Con Congresos anuales, se convierte en un centro de capacitación importantísimo para países de todo el mundo. Esta oportunidad es aprovechada para la creación del **IRC (International Regional Chapter)**. Esta agrupación de profesionales de todo el mundo que concurríamos a estas reuniones representó asimismo la posibilidad de que quienes participábamos en la IAAH tuviéramos un lugar de reunión en forma anual. Durante 9 años me tocó ser *cochair* de dicho capítulo, espacio que facilitara la **Dra. Diana Birch** de Londres.

No quisiera terminar este aspecto referido a las Sociedades Científicas sin citar como queda el panorama integrado a nivel mundial.

Desde la Pediatría, las sociedades nacionales se agrupan en **ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría)** cuyos comités de Adolescencia comienzan a funcionar en el año 1989. A su vez las Sociedades Continentales se juntan para formar la **I.P.A. (International Pediatric Association)** donde paulatinamente la Adolescencia comienza a ocupar un lugar.

Desde la Ginecología Infantojuvenil las sociedades nacionales se agrupan en **ALOGIA (Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia)** en 1993 y son ellas que a nivel mundial conforman la **FIGIJ (Federación Internacional de Ginecología Infantojuvenil)**, ya creada en el año 1971.

De esta manera América Latina se incorpora con fuerza en el Panorama Internacional, con el agregado de un hecho de enorme trascendencia y me refiero a la página Web.

Para finalizar este apartado, me permito recordar lo que expresara hace casi 20 años, (abril de 2003) en el 2° Congreso Internacional organizado por la SPAJ con referencia al rol de las Sociedades Científicas como nuevos paradigmas, desde la naciente CODAJIC:

- Captar la realidad compleja y cambiante.
- Auscultar los signos de los tiempos.
- No limitarse a una visión endogámica de la realidad.
- Abrirse a todos los actores sociales, particularmente los marginados.
- Investigar sobre las auténticas necesidades de nuestros pueblos.
- Promover políticas públicas de Salud.
- Comprometerse en su accionar.

Políticas públicas

Merece destacarse que es recién en la última década del siglo XX, en que desde el Poder Político comienza a hablarse con referencia a Políticas Públicas en Adolescencia y Juventud. Se realizan distintos intentos referidos a la Juventud, creando espacios como secretaría de la Juventud con rasgo ministerial o similar, pero suelen ser de corta duración y escasa influencia como para diseñar Políticas Públicas referidas al sector. En general suelen finalizar su accionar al terminar el período del gobierno de turno y el siguiente gobierno suele introducir modificaciones que por falta de continuidad suelen perderse y limitarse por innumerables trámites burocráticos.

Desde los Ministerios de Salud en forma lenta pero constante, al irse incrementando la presencia de las Sociedades Científicas, va surgiendo la imperiosa necesidad de que los estados asuman su compromiso referido a la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Al momento de implementarlas se buscan recursos humanos capaces de conducirlos y la mayoría de las veces se recurre a quienes provienen de las Sociedades Científicas y que por su experiencia conocen de lo que la APS requiere de los Ministerios Públicos.

Una estrategia que desde muchos países se utilizó y que a mi entender resultó primordial fue la de desagregar a **nivel estadístico** la base de datos referidos a la morbilidad en adolescentes y jóvenes. Las edades que se consideraban en las estadísticas oficiales contribuían a invisibilizar la Adolescencia. La mayoría de las veces la etapa escolar terminaba ya entrada la adolescencia y la juvenil por su parte también la abarcaba. Fue al dividir la edad adolescente entre los 10-14 años y entre los 15-19 que surgieron datos en la morbilidad, especialmente referidos a la Salud Sexual y Reproductiva, (embarazos, ITS, HIV) accidentes, violencias y, muy especialmente el suicidio. Datos fuertes que exigían elaborar políticas que estuviesen a la altura de las circunstancias.

Presente y futuro

En la reseña referida al pasado, he tratado de ser objetivo en la crónica de los hechos. 120 años desde la publicación de Stanley Hall y menos de 70 años en que percibimos los inicios de los pioneros de la Medicina de la Adolescencia.

Por eso y solo como recurso pedagógico me permito aplicar el Plan FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Como todo análisis tiene sus límites y en procesos tan complejos como el que estamos analizando, resulta imposible de abarcar en su totalidad. Recordemos que no hay una adolescencia y juventud sino: Adolescencias y Juventudes. Pero como algo lúdico, que nos permita pensar comencemos:

FORTALEZAS:

- Adolescencia y juventud importantes para la Sociedad en la actualidad.
- Poder inexistente en otras etapas de la humanidad.
- Deseos de cambio en post de sus ideales y sueños.
- Sentido crítico y disconformidad hacia la sociedad en la que viven.
- Ansias de autenticidad.
- Voluntad en progresar.
- Manejo de TICs (Tecnologías de Información y Comunicación).
- Energía Vital para lograr esos objetivos.

- Ansias de solidaridad.
- Fuertes sentimientos referidos a la ecología y preservación del medio ambiente.

OPORTUNIDADES:

- Mayor acceso a la información y más diversificada.
- Niveles de escolaridad crecientes, aunque con grandes falencias.
- Mayor posibilidad de cambio: bio / psico / social / religioso.
- Mayor independencia de mandatos sociales, culturales y religiosos.
- Posibilidad de cuestionar las normas socialmente establecidas.

DEBILIDADES:

- Impacientes ante el cambio, escepticismo y descreimiento de que el mundo pueda mejorar.
- Inequidad social en el acceso a los recursos. Sensaciones de impotencia.
- Dificultad en expresar los diversos sentires.
- Carencia de desarrollo espiritual (más allá de lo religioso).
- Dificultades en lidiar con la incertidumbre y la impermanencia.
- Disconformismo y violencia social imperante.

AMENAZAS:

- Convivencia en una sociedad, inequitativa y violenta.
- Una sociedad poco contenedora y/o cuidadora de débiles y marginados, entre los cuales ellos se incluyen.
- Dificultad en valorarse a sí mismo, de donde se desprende el autocuidado.
- Inmadurez en la maduración cerebral y neuro endocrina.
- Manipulación por partes de poderes económicos y/o políticos.
- Fácil accesibilidad al ejercicio de una sexualidad meramente hedonista.
- Accesibilidad sustancias psicoactivas.
- Medios de comunicación masivos que presentan, inciden y promueven la violencia en sus diferentes formas.

El futuro de la salud en la adolescencia y juventud

Si analizar el presente puede ser encarado desde diversos ángulos y miradas; mucho mayor es lo que nos ocurre con respecto al futuro. No debemos confundir lo que podamos pensar del futuro de la Adolescencia y Juventud, sino lo que el mundo adulto, debería aportar como sociedad. Es por ello que deberíamos propender a:

Una educación personalista. Pilar fundamental que requiere un cambio radical en los planes de estudio, e implicaría hacerlo desde una Filosofía de la Educación, hacia el SER persona algo común a todos y que nos incluye como humanidad. No debe ser confundida con una educación personalizada (que también es necesaria) pero que en ese caso estaría centrada en la individualidad. Cuando se habla del ser, es desde una perspectiva óptica o sea el “ser en sí”, que es cuando la persona se habilita para ser capaz de atisbar lo más profundo de sí mismo y desde esa coherencia es donde cada uno encuentra **su dignidad** que permite cuidar, atender y proteger a sí mismo y a los demás. Representa un proceso.

Autovaloración de la Vida. La masificación lleva a una carencia de la valoración de la vida, con todas sus características y en todos sus estadios. Sin esta valoración, tampoco la tendremos en el autocuidado que como seres humanos nos merecemos. Un aforismo popular afirma: “nadie cuida lo que no valora”. Hoy las neurociencias nos presentan con claridad, la integridad que como seres vivientes tenemos y que en forma paulatina y constante hemos ido perdiendo y que resulta central en la problemática actual de la violencia, en todas sus formas.

Respetar la personalidad diferencial. No por lo anteriormente expresado existe una uniformidad generalizada sino que a través de la personalidad es como las personas se manifiestan hacia el afuera, pero que debe representar coherencia con la interioridad. Se han descrito otros tipos de personalidades, como por ejemplo, la **personalidad circunstancial**, esto no implica dualidad sino que es diferente de como la persona actúa en las diferentes circunstancias por las que le toque atravesar.

Aplicar la **Pedagogía de la ternura.** Fue hace ya varios años que en uno de los Congresos de la Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud conocí al maestro Alejandro Cussianovich, quien disertó sobre Aprender la Condición Humana y desde allí nos presentó su ensayo sobre la Pedagogía de la

Ternura. Esto puede parecer disonante en un artículo de esta naturaleza. Es este autor que afirma: “La pedagogía de la ternura, apunta a desarrollar las distintas expresiones, de lo que se ha dado en llamar el “contagio afectivo”, que es el resultado de la interacción en la transmisión afectiva. Representa un proceso de realimentación positiva en la relación médico paciente. Si bien es útil en muchas situaciones es en la adolescencia en que esto se torna imprescindible y marca sin duda una diferencia para tratar las situaciones más complejas.

Incorporando la espiritualidad. Cuando surge la modernidad a partir del siglo XV, se tensan hasta la completa ruptura la relación con las creencias religiosas, generando un divorcio con las mismas. En forma lenta los procesos religiosos van evolucionando para poder entrar en sintonía con aquellos avances que la Ciencia demuestra. La postmodernidad genera procesos que otorgan mayor libertad al individuo, que busca respuestas a sus grandes cuestionamientos filosóficos y no satisfecho con las respuestas que podían otorgar las religiones oficiales, busca en diferentes espacios otras más cercanas a sus sistemas individuales de creencias. Va surgiendo así una espiritualidad, no necesariamente religiosa, pero que va adquiriendo una importancia cada vez mayor. En la adolescencia y en su desarrollo podemos encontrar como la espiritualidad sea por presencia o ausencia está presente y representa un papel importante en esta etapa de la vida e influye en diversas situaciones por las que el/la adolescente deba atravesar.

A modo de conclusión

En el desarrollo de esta presentación he pretendido a través de los últimos 100 años analizar el Crecimiento y Desarrollo de la Medicina de la Adolescencia, sus particularidades, y la interacción que ha tenido y tiene a través del tiempo con la Sociedad / Cultura.

Esta etapa se inserta en el Curso de Vida y de como se viva, mucho dependerá la salud integral de las personas en sus etapas futuras.

Resulta tan particular esta etapa, que una medicina organicista o centrada en el síntoma o la urgencia, no solo no resulta satisfactoria, sino que se convierte en inútil. La complejidad de la Vida actual y el aporte de las neurociencias nos recuerdan el tema de la integridad del ser humano y en sus características de cuerpo / mente / psiquismo y espíritu. **De esta manera en la adolescencia, la Medicina Basada en la Evidencia va dando paso a la Medicina basada en la Complejidad.**

Desde todo punto de vista a diferencia de otras edades, los adolescentes y jóvenes son quienes más tiempo suelen pasar fuera de sus hogares y se convierten en receptores de los beneficios del afuera pero también de sus contradicciones.

Enrique Dulanto Gutiérrez, solía repetir, que el desafío de atender un adolescente implica: entenderlo, respetarlo y quererlo.

Más recientemente la querida maestra en temas de Adolescencia: Dina Krauskopf, presente siempre en este recorrido histórico, suele repetir que sobre como actuemos con los adolescentes y acorde con los sentires que ellos nos despierten, es desde donde se desprenderán nuestras acciones:

Si no los valoramos adecuadamente... los invisibilizaremos.

Si los consideramos peligrosos, adictos o enfermos, los patologizaremos.

Si por el contrario, los consideramos valiosos, capaces y auténticos los podremos valorar como promotores de su desarrollo humano y de la comunidad a la que pertenezcan.

Bibliografía

- *Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L y Muñoz Calvo MT. Medicina de la Adolescencia, Atención Integral, 3ra Edición. Madrid 2021.*
- *Aberasturi A, Knobel M. Adolescencia Normal, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1970.*
- *Erikson E. Sociedad y Adolescencia, Buenos Aires, 1970.*
- *Obiols G, Di Segni Obiols S. Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria, Buenos Aires, 1994.*
- *Cussiánovich A. Aprender la Condición Humana. Ensayo sobre la Pedagogía de la Ternura, Lima 2010.*
- *Quiles I. Filosofía de la Educación Personalista, DePalma, Buenos Aires 1982.*

COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL XXVI CONGRESO DE GIRONA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA (SEMA)

COMUNICACIONES PREMIADAS

1^{ER} PREMIO

COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y EQUIPO DE SOPORTE A LA CRONICIDAD Y ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA: ATENCIÓN DE UN PACIENTE EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA. Ausió Sala C, Devesa Canals R, Pérez Jiménez B, Pascual Sala C. *Institut Català de la Salut, Girona.* **Caso clínico:** Niña, 14 años diagnosticada de encefalopatía grave de etiología desconocida, grave afectación neurológica y epilepsia. Detectada importante desnutrición en la consulta de pediatría, con irritabilidad y afectación del estado general. Se solicita valoración por el equipo de soporte a la cronicidad pediátrica. Primera visita: se orienta como situación de enfermedad avanzada y alta fragilidad. Se propone atención centrada a domicilio por deseo de la familia, evitando traslados innecesarios, medidas invasivas. **Objetivo:** Controlar los síntomas para permitirle el máximo confort. Se confecciona Plan de intervención individualizada y compartida. **Exploración:** Dormida, hipoactiva y poco reactiva, facies tranquila, respiración eupneica. Hipotonía axial, escoliosis grave. Palidez cutánea, caquexia, hipoperfusión distal. Vía oral no segura, refieren tos a la deglución. Vómitos puntuales. Sensación de dolor sobre todo a la movilización. Durante la noche se despierta con llanto. **Tratamiento:** Ácido valproato y carbamazepina. Se decide iniciar PCA de morfina por vía subcutánea. **Evolución:** Se consigue controlar el dolor, con recuperación de la vía oral. Se mantiene más despierta, se muestra sonriente y más activa. **Discusión:** La coordinación multidisciplinar en este tipo de pacientes mejora la calidad asistencial puesto que se hace un abordaje integral del paciente y su familia y se unifican decisiones.

COMUNICACIONES PREMIADAS

2 PREMIO

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y VEGANISMO. Gaspà Garmundi A, Ciscar Grau ME, Carítg Bach N, Roca Fusalva A, Fons Gaya C. *EAP Sarrià, Barcelona.* **Caso clínico:** Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) parecen aumentar después de la COVID-19. Presentamos una chica de 20 años con TCA grave con dificultad por conseguir un tratamiento en el sistema público de salud por la condición de ser vegana. Buena estudiante y buen entorno familiar. Con 14 años, empieza dieta vegana con disminución de la ingesta y pérdida de peso. Se recomienda ingresar en hospital de día. Al no querer renunciar a la dieta vegana no es admitida. Con 16 años, ingresa en centro privado, con 46 kg. Abandona el centro porque no podía mantener dieta vegana. Durante el confinamiento de la COVID-19 presenta empeoramiento clínico. No puede ingresar en el hospital de día por bajo peso (Índice de Masa Corporal de 13,2, peso 38,2 kg) y renuncia a ingreso hospitalario para realimentación porque debe abandonar la dieta vegana. Actualmente seguimiento psicológico y psiquiátrico a nivel privado. Sigue una alimentación restrictiva y está aislada de la vida social. Se trata de una Anorexia Nerviosa Grave, que precisa ingreso hospitalario pero la paciente rechaza por tener que abandonar la dieta vegana. ¿Una creencia y una actitud de vida puede ser suficiente para desestimar la posibilidad de mejoría en una paciente en situación límite de supervivencia?

MI HIJO HA DEJADO DE COMER. IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS. Sánchez Mateo A, Lojo Pons, P. Cap Josep Masdevall, Figueres. *Girona.* **Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria en España suponen la tercera enfermedad crónica en las adolescentes. Existe una entidad infradiagnosticada denominada desorden de ingesta alimentaria evitativa o restrictiva (ARFID). **Caso clínico:** Anamnesis: Niño de 11 años que acude a consulta de pediatra de atención primaria por restric-

ción de la ingesta de un mes de evolución. No refiere disconformidad corporal, intención de adelgazar ni miedo a engordar. La madre refiere que hace un mes presentó un episodio de vómitos y diarreas (GEA) auto-limitado. No antecedentes relevantes de interés. Exploración física normal y constantes vitales normales. Pruebas complementarias: analítica sanguínea normal con TSH de 4,33 mUI/L e índice de saturación de transferrina 20%. **Diagnóstico:** Gracias a una exhaustiva anamnesis, el paciente refirió temor a la ingesta por posible vómito secundario y él mismo reconoció que desde el episodio de GEA comía menos por dicho miedo. Se diagnosticó de ARFID. **Tratamiento y evolución:** Gracias a los consejos dados en consulta y el acompañamiento de los padres al mes presentó aumento de la ingesta y disminución del temor hasta desaparecer a los 3 meses. **Discusión:** al ser una patología poco frecuente es importante tenerla presente en restricciones alimentarias para evitar su cronificación.

INCIDENCIA DE ITS Y PRINCIPALES CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES. Casimiro González D. *Hospitales Sanitas, Madrid.* **Introducción y objetivos:** El aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual a nivel mundial está siendo una constante en los últimos años, siendo la población adolescente una de las más afectadas, debido sobre todo a sus características intrínsecas que les predispone a la práctica de conductas de riesgo. **Material y métodos:** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo en adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 19 años que acudieron por primera vez a consulta de una clínica monográfica de ITS en Madrid en el periodo que abarca desde junio de 2016 hasta diciembre de 2018, siendo el total de los pacientes recogidos en el estudio de 374. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario epidemiológico estructurado y anonimizado con variables cualitativas. **Resultados y conclusiones:** La incidencia de ITS fue del 42,8%.

REVISIÓN DE LOS 14 AÑOS: DESPEDIDA DEL PEDIATRA. Muñoz González L, Fuente Blanco L. *C.S Ciudad San Pablo, Coslada.* Madrid. Revisamos los controles de salud realizados durante el periodo de 12 meses, a los pacientes de 14 años. Analizamos los hallazgos más destacados en antecedentes personales, patologías médicas, problemática emocional y social, vacunación y posibles mejoras en la calidad de los controles de salud. Centro de salud de población urbana con 2 cupos de pediatría, total de 1.505 pacientes, un 8% de 14 años (121). Durante 12 meses hemos registrado 106 citas, han asistido 96 pacientes (90% de los citados), 55% mujeres y 45% varones destacan como antecedentes rinitis y/o asma en el 44,7%, hallazgos clínicos: obesidad 10,4% y sobrepeso 9,3%, patología psicoemocional 10,4%, en menor frecuencia enfermedad celiaca, TDHA, artritis idiopática juvenil y talasemia menor (2,08%) y otras como diabetes mellitus tipo 1, insuficiencia renal, disforia de género, enfermedad de Crohn, esofagitis eosinofílica en el 1,04%. Ningún paciente registra consumo de tabaco, alcohol ni drogas, ni adicción a pantallas y solo uno refiere mantener relaciones sexuales. Han recibido la vacuna para coronavirus el 84,37%, y hay registro de haber pasado la infección en el 35,4%. **Conclusiones:** se constata un buen seguimiento de los pacientes, pero pensamos que no conectamos con ellos en el proceso de investigación de conductas de riesgo.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES. Vila Cortavitarte E⁽¹⁾, Díaz Gómez N⁽²⁾, Díaz Gómez JM⁽³⁾. ⁽¹⁾Centro de Salud San Benito, Tenerife, ^(2,3)Universidad de La Laguna, Tenerife. **Introducción:** La violencia de género (VG) es un importante problema social y de salud pública. El **objetivo** de este estudio ha sido evaluar si un programa dirigido a la promoción de la igualdad y prevención de la VG en adolescentes, disminuye las actitudes sexistas explícitas e implícitas. El estudio fue financiado por la Fundación Caja Canarias-Fundación La Caixa (PI:2020EDU09). **Método:** Estudio de intervención educativa (pre-post), controlado y aleatorizado.

Comunicaciones Orales y Posters

Comunicaciones presentadas en el XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Se incluyeron 327 adolescentes en el grupo intervención (GI) y 274 en el grupo control (GC), de 16,1±0,6 años. El GI recibió una intervención para la prevención de la VG que incluyó: charlas, debates, ejercicios, vídeos, lectura de un cómic y un escape-room y el GC recibió una sobre anticoncepción. Sus actitudes sexistas explícitas se midieron con las escalas EVAMVE y EARG, y sus actitudes implícitas con 2 preguntas sobre un relato de elaboración propia. **Resultados:** Comprobamos que en el GI disminuyeron de forma significativa las actitudes explícitas e implícitas sexistas, inmediatamente después, a los 6 meses y al año de la intervención, mientras que en el GC se mantuvieron estables. **Conclusión:** La intervención educativa desarrollada en este estudio ha demostrado ser una herramienta válida para disminuir las actitudes sexistas en adolescentes.

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE EN ADOLESCENTES.

Weisweiler Luque C, Sitjà Bou A, Serrat Palmada P, Álvarez Vila A, Pera-poch López J. *Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** El sangrado menstrual abundante (SMA) es una causa común de anemia en las adolescentes. Las causas más comunes son la anovulación y coagulopatías. **Caso clínico. Anamnesis:** Paciente de 12 años, consulta por astenia y anemia secundaria a hipermenorrea. Menarquia con 11 años y sangrado abundante desde el primer día (>6 compresas/día), irregularidad menstrual y duración media de 12 días. Controles ambulatorios con anemia ferropénica (Hemoglobina 7.8 g/dL, ferritina 1 ng/mL) y tratamiento con hierro oral (5 meses) con parcial cumplimiento. Análítica de control destacando Hemoglobina 5.7 g/L, ferritina 2ng/mL, por lo que se remite al Hospital. Exploración física normal,

con palidez leve. Hemodinámicamente estable. Estudio de coagulación, hormonal y ecografía ginecológica sin hallazgos destacables. Orientada de anemia crónica bien tolerada, secundaria a SMA, se inicia hierro endovenoso (3 dosis), antifibrinolíticos y naproxeno. Se realiza analítica de control después del tratamiento con resolución de la anemia (Hemoglobina 14.3 g/dL, ferritina 52ng/ml). Descartada alteración en la coagulación por hematología pediátrica. Controles ginecológicos, rechazando tratamiento con anticonceptivos orales y regulación posterior del ciclo menstrual. **Discusión:** El diagnóstico precoz del SMA, mejora la calidad de vida de las adolescentes y evita el desarrollo de anemia con la consecuente necesidad de transfusiones y hospitalización.

INFECCIONES PERIAMIGDALINAS EN ADOLESCENTES. TAMBIÉN CON CULTIVO DIFERENTE DE ESTREPTOCOCCO BETAHEMOLÍTICO.

INGRESOS EN UN HOSPITAL (2021-22). De La Peña Gallo L, Zafrá Anta MA, Quílez Calleja B, Galán Del Río P, García García C. *Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid*. **Introducción:** Las infecciones periamigdalinas son potencialmente graves por el riesgo de complicaciones locales. En la etiología se implica al estreptococo beta hemolítico (EBHE), también se acepta un origen en ocasiones polimicrobiano. Se describen 3 casos (de 7 ingresados) con cultivo no EBHE en el periodo 2021-22. **(VER TABLA). Discusión:** Reconocer la clínica y evolución es fundamental para diferenciar la faringoamigdalitis aguda de las mucho menos frecuentes infecciones periamigdalinas. Se deben tener presentes en el diagnóstico diferencial. Pueden tener una participación etiológica de bacterias no-EBHE. Se precisa un manejo diferenciado en antibioterapia, y considerar el drenaje especializado.

CASO	SEXO, AÑOS	CLÍNICA	EXPLORACIÓN	CULTIVO	ANALÍTICA (PCR ELEVADA)	DRENAJE	AMOXICILINA-CLAVULÁNICO/CORTICOIDES	OTROS
1	Varón 15	Cervicalgia, odinofagia. Afebril	Asimetría amígdalas Contractura cervical	Frotis: S. Disgalactiae	+	No (riesgo cirugía por localiz)	+ / +	-Precisa TC (área flemonosa posterior y por espacios retrofaringeo y carotídeo ipsilateral) -Favorable
2	Mujer 14	Otalgia, odinofagia. Afebril.	Trismus, abombamiento	Punción: S. mitis	+	Sí (2)	+ / +	Favorable
3	Mujer 14	Odinofagia.Fiebre	Trismus, hipertrofia amigdalal	Punción: S. grupo C/G	+	Sí	+ / +	Favorable

LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2.

Albaladejo Moreno R, Gispert-Sauch Puigdevall M. *Hospital Doctor Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** Las visitas en los servicios de urgencias pediátricas (SUP) han disminuido durante la pandemia por SARS-CoV2, pero, se ha observado un incremento porcentual de los intentos autolíticos (IA). **Objetivo:** Comparar la frecuencia y características de los IA durante los dos años previos y posteriores al inicio de la pandemia. **Material y métodos:** Se realiza una revisión de historias clínicas del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021 de las visitas al SUP de un hospital de tercer nivel por IA. Se han descartado aquellos casos con intencionalidad evasiva o ansiolítica. **Resultados y conclusiones:** Se han incluido 5 casos en el primer periodo (2018-2019) y 14 en el segundo (2020-2021). Durante la pandemia, se ha triplicado el número de consultas por IA (0,017% vs 0,083%) sobre el total de consultas al SUP. La edad media es similar, pero predominan las niñas en el 2020-2021 (80% vs 100%). El mecanismo más usado es la sobreingesta medicamentosa (80% vs 78%). En 2020-2021 observamos más antecedentes de patología psiquiátrica conocida (40% vs 70%), más intentos autolíticos previos (0% vs 35,7%), más gravedad (0% vs 57% ingresos) y derivaciones a la unidad de hospitalización de psiquiatría (25%).

¿DÓNDE CONSULTAN LOS ADOLESCENTES SUS DUDAS MÉDICAS?

Florensa Roquet-Jalmar E, Prados Prados A. *CAP Roger de Flor, Barcelona*. El programa salud y escuela tiene como objetivo mejorar la salud de los

adolescentes mediante la promoción de la salud, prevención de situaciones de riesgo, atención precoz, problemas relacionados con salud mental, afectiva, sexual y consumo de tóxicos estableciendo una colaboración entre centros de salud y escuelas. Desde nuestro centro de salud hemos impartido sesiones en las escuelas del barrio abordando esta temática según las necesidades detectadas en su alumnos. En la sesión relacionada con las TIC: redes sociales, YouTube, internet... preguntamos a los alumnos dónde consultan cuando tienen una duda médica y así informar de webs oficiales con información fiable. Durante la sesión preguntamos a los 52 alumnos de tercero ESO a quién consultan si tienen una duda médica: familiar 43, amigo 14, docente 9, personal sanitario 30, internet- YouTube-redes sociales 28. Referente al apartado TIC les preguntamos si conocían webs de departamento salud o joves.cat, <50% las conocen, aprovechamos para navegar aprendiendo cómo encontrar información. Al objetivar el desconocimiento de los alumnos de webs y recursos del departamento de salud y juventud referente a temas sanitarios es importante hacer formación y explicar dónde consultar inquietudes y dudas porque es una generación digital y buscan respuesta online.

USO DE PANTALLAS EN POBLACIÓN DE 10 A 15 AÑOS Y PROBLEMAS DE SUEÑO DERIVADOS.

Baixauli López L. *Hospital General Universitario Castellón, Castellón*. El uso de internet y tecnologías de la información y comunicación (TICs) ha aumentado mucho en la última década y especialmente entre los adolescentes y preadolescentes de 10 a 15 años. Este aumento se ha visto favorecido por la pande-

mia por SARS-CoV2, especialmente el uso tanto lúdico como docente de éstas. El uso abusivo se ha relacionado con problemas de sueño y nuestro objetivo es determinar el tiempo de uso y los posibles problemas de sueño relacionados. Se pasan cuestionarios anonimizados (n=178) en consultas externas de hospital terciario. Se valoran problemas de sueño con cuestionario BRUNI y se interroga sobre horas de uso de pantalla. La edad media de los pacientes es de 12 años y 11 meses. El 15,2% presenta un trastorno global del sueño (TGS) y el 28% refiere una disminución de la calidad del sueño durante la pandemia. El 83,1% tiene teléfono inteligente propio y el uso medio semanal es de 3,8 horas/día sin diferencias entre sexos. Es llamativo que el 30% de los pacientes con TGS refieren un tiempo de uso >5 horas/día pero no fue posible detectar y relacionar significativamente el tiempo de uso de pantallas y presencia de problemas de sueño o calidad del sueño.

TEA FEMENINO: ANÁLISIS DE UNA MUESTRA RECOGIDA EN EL CSMIJ DE GIRONÈS I PLA DE L'ESTANY EN UN AÑO. Rivera Abelló H⁽¹⁾, Lombardía Fernández C⁽²⁾, Sánchez Martínez J⁽³⁾, Vendrell S⁽⁴⁾. ^(1,2,3)Centro de Salut Mental Infantil i Juvenil Gironès i Pla de l'Estany, Girona. 2. ⁽⁴⁾CDIAP Fundació Ramon Noguera, Girona. **Introducción y objetivos:** La prevalencia de TEA (4:1 o 3:1), diagnóstico más tardío en el sexo femenino. En TEA de alto funcionamiento el motivo de consulta está unido a comorbilidades. El objetivo de nuestro estudio es el análisis de toda la población TEA de sexo femenino atendida en nuestro CSMIJ y del CDIAP de zona. **Material y método:** Se realiza un registro de los casos TEA femenino atendidos en el CSMIJ y el CDIAP, durante 2021. Variables: fecha nacimiento, derivante, motivo de derivación, fecha diagnóstico, comorbilidades, cambios escuela, *bullying*, epilepsia, asistencia a Atención Precoz. Google Form y Excel. **Resultados:** La muestra (n = 56) de edades comprendidas de los 12 meses hasta los 18 años. El motivo de consulta fue muy heterogéneo, solo un 18% por "sospecha TEA". La mitad había sido atendida en CDIAP. La mitad refieren haber sufrido *bullying* y la mitad refieren un cambio de centro escolar. **Discusión:** Dos momentos de derivación, uno en la primera infancia y otro en la adolescencia. Motivo de derivación heterogéneo. Observamos un retraso importante en el momento de diagnóstico. Lo que supone un mayor riesgo de comorbilidades y más severidad de las mismas.

EPISODIO HIPOMANIACO INDUCIDO POR ANTIDEPRESIVOS EN ADOLESCENTES CON ALTO RIESGO DE TRASTORNO BIPOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO. Losada Brunet D⁽¹⁾, Fornells Pujol M⁽²⁾, Lombardía Fernández C⁽³⁾. ^(1,3)CSMIJ-Gironès i Pla de l'Estany, Girona. ⁽²⁾CREI La Ginesta, Juià. Girona. **Introducción:** detección y prevención en población infantojuvenil con alto riesgo de padecer TAB (antecedentes familiares y clínica subsindrómica). Especificidad del episodio maniaco inducido por antidepresivos como marcador de futuro TAB o "TAB tipo III". **Caso clínico: Anamnesis:** Mujer, 14 años. Tutelada por DGAIA, institucionalizada en centro de menores. Antecedentes psiquiátricos personales: disregulación emocional, intentos autolíticos, trastorno adaptativo. Requirió un ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantojuvenil. Antecedentes psiquiátricos familiares: madre y abuela materna con TAB tipo I, padre con TUS (alcohol). Tratamiento: Fluoxetina 20mg/día, Quetiapina 150mg/día. **Exploración física:** disregulación emocional con tendencia a la hipotimia, sentimientos de desvalorización e ideación autolítica. Se realiza aumento Fluoxetina 40mg/día, Quetiapina 200mg/día. Presenta de manera progresiva síntomas hipomaniacos (referidos por educadores del centro y por la paciente): estado de ánimo expansivo y elevado, sensación de euforia, aumento de la autoestima, más habladora, taquipsiquia, conductas de riesgo (conductas sexuales de riesgo y una autolesión grave). **Diagnóstico:** Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos (Antidepresivos). DSM-V. **Tratamiento:** Que-

tiapina 200mg/día, disminución Fluoxetina 20mg/día, inicio Oxcarbazepina 300mg/día. **Evolución:** disminución de sintomatología y eutimia. **Discusión:** dificultad en el diagnóstico diferencial de clínica maníaca en menores, síntomas menos específicos e intensos. Poco consenso en la psicopatología del TAB en menores.

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. GUÍA RÁPIDA. Bello Miró S, Mengibar Garrido JM, Cantero García J, Roca Comas A, Sánchez Jiménez J. *Corporació del Maresme i la Selva, Blanes y Calella. Girona.* **Introducción y objetivo:** Presentamos una guía rápida como ayuda para resolver las diferentes consultas urgentes de pediatría, desde el lactante hasta el adolescente, tanto en la atención primaria como en el hospital. Inicialmente el documento lo creamos para nuestro uso interno pero la buena acogida por compañeros de otras entidades nos impulsó a su difusión, por si era de utilidad en pro de una mejora en la atención urgente pediátrica, siendo éste el único objetivo que pretendemos. **Material y métodos:** Durante el 2020 y 2021 revisamos protocolos, publicaciones o cursos de diferentes entidades (Sociedades: SEUP, AEP, AEPAP, SCP, SEMA...), hospitales: HSJD,HVH,H.C. de Bilbao... y propios de nuestra entidad. Realizamos una última actualización en el 2022. Los autores somos pediatras que atendemos urgencias pediátricas, subespecialistas pediátricos y de adultos contamos con la colaboración de enfermeras de urgencias y de pediatría. La guía es de rápida y fácil lectura e interpretación, informa de la actitud terapéutica a seguir y de lo que no debemos hacer, de dosis de fármacos según edad o peso, indicación o no de exámenes complementarios o derivación. Abarca patologías propias del adolescente. **Resultado:** La guía que ofrecemos a compañeros que crean pueda ser útil en su quehacer pediátrico.

ASCETISMO. VIEJAS FORMAS PARA NUEVOS DILEMAS. Montserrat Royuel A, Sánchez Martínez J. *CSMIJ Girona i Pla de l'Estany, Girona.* **Introducción:** Se presenta el caso de una adolescente con psicopatología franca de rápida evolución de características místico-religiosas, valorando estrecha relación con su momento vital y factores culturales familiares. **Caso clínico: Anamnesis:** Paciente de 15 años que acude derivada de pediatra por presencia de pensamientos y comportamientos focalizados en su creencia religiosa y la figura de Dios. Natural de Rumania, mayor de 4 hermanos. Evangelistas Pentecostales. Exploración: Enlentecimiento psicomotriz marcado, contacto poco sintónico, evitación de la mirada, perpleja. Escasa expresividad facial. Discurso monótono, con bajo tono de voz, coherente. Pensamientos intrusivos persistentes en torno a culto religioso, reiterativos con repercusión conductual e interferencia en todas sus AVBD. Reconoce interpretaciones con el entorno en forma de posibles mensajes de Dios, alucinaciones auditivas ocasionales en forma de pasos y sensación de extrañeza y desconfianza. Rituales compulsivos de limpieza como acto de purificación. Hipotimia con anhedonia e hipoergia. Insomnio mixto. Restricción alimentaria con pérdida de 10 kg en 6 meses que justifica como acto de culto. Diagnóstico: TOC grave. Tratamiento: Fluoxetina. Evolución: Favorable, con remisión de la clínica en 12 meses. **Discusión:** ¿Cómo llegó tan grave? ¿Podría tratarse de un caso de psicosis? ¿Fue acertada la elección del tratamiento? ¿Hay influencia familiar?

PRESENTACIÓN DE UNA GUÍA RÁPIDA PARA LAS EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. Bello Miró S, Hernández Vega Y, Sevilla Homedes C, Herrero Espinet X, Bianconi MA. *Corporació del Maresme i la Selva, Blanes y Calella. Girona.* **Introducción:** Presentamos una guía de fácil y rápida interpretación, diáfana, para la atención médica de las emergencias pediátricas más frecuentes elaborada por pediatras de urgencias y de otras subespecialidades pediátricas (digestivo, neumología, neurología, endocrinología y cardiología). Básicamente se compone de esquemas "paso a paso", cuadros y tablas de pautas de actuación ante las emergencias pediátricas,

prioridades, dosis adecuadas a la edad y peso, contraindicaciones, indicación de derivación... toda la información que, creemos útil para la primera atención del niño crítico, desde la edad del lactante hasta la adolescencia, sin pérdida de tiempo, evitando errores y disminuyendo estrés para el profesional que lo recibe (en algunas ocasiones en la soledad como pediatra de la guardia o en atención primaria). Justificación: La todavía elevada iatrogenia en la atención de la urgencia y la emergencia pediátrica. **Material y método:** revisión de protocolos actualizados y publicaciones de sociedades científicas pediátricas, hospitales de tercer nivel y propios. **Objetivo:** Difundir este recordatorio actualizado con las dosis, recomendaciones, prioridades en la emergencia pediátrica de lo que hay que hacer y lo que no. **Resultados:** Esperamos con esta guía pueda contribuir a mejorar la atención y evitar la iatrogenia en la urgencia-emergencia pediátrica.

CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTE ADOLESCENTE TESTIGO DE JEHOVÁ. Serrat Palmada P, Weisweiler Luque C, Álvarez Vila A, Justo Cuerdo JC, Sitjà Bou A. *Hospital Doctor Josep Trueta, Girona.* **Introducción:** El rechazo al tratamiento es una forma de ejercer la propia libertad y es un derecho, reflejado en la ley de Autonomía del paciente (41/2002). En el caso de pacientes menores de edad, dichas decisiones se toman por representación, la cual, para ser considerada, debe de ir en el mayor interés del representado. **Caso clínico:** Paciente de 14 años, testigo de Jehová, acude a urgencias acompañada de su madre por traumatismo. La paciente está hemodinámicamente estable y presenta heridas incisivas en extremidad inferior derecha. Se decide intervención quirúrgica urgente, explicándose el procedimiento a la menor y a la representante legal (madre), quien firma el consentimiento informado. Durante el ingreso presenta anemia de 2g/dL en 48 horas. Dada la negativa por parte de la paciente y su representante de la realización de una transfusión y la ausencia de riesgo vital, se decide tratamiento con hierro y eritropoyetina endovenosa, como alternativa a la transfusión de hemáties. **Discusión:** Los menores de 16 años precisan de consentimiento por representación para tomar cualquier tipo de decisión respecto a su salud. Dicha decisión por representación debe respetarse, siempre y cuando no suponga un riesgo importante para el mismo, buscando alternativas y respetando su autonomía.

LA ESCALA DE USO COMPULSIVO DE INTERNET EN ADOLESCENTES: EXPERIENCIA DE USO. Liqueste Arauzo L⁽¹⁾, Hernández Molledo Z⁽²⁾, Pérez Ruiz E⁽³⁾, Fernández Sánchez A⁽⁴⁾, Pérez Garrido, JB⁽⁵⁾.^(1,2,4)CS Villamuriel de Cerrato, Palencia, ⁽³⁾Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, ⁽⁵⁾CS Pintor Oliva, Palencia. **Introducción-objetivos:** La pandemia COVID-19 ha incentivado el uso de Internet como una manera "saludable" de tener contacto socialmente. Empero, un mayor acceso a Internet puede conllevar a un uso inadecuado o disfuncional de Internet, especialmente en colectivos vulnerables. Con un fin preventivo, instauramos la Escala de Uso compulsivo de Internet (CIUS) en las revisiones rutinarias. **Material-métodos:** Estudio transversal de periodo (18 meses), Muestra=143 adolescentes de 12-14 años (M=12,9±1), 52,4%♂. Variables analizadas: Factores sociodemográficos y CIUS. Análisis estadístico: SPSSv15 y Epidatv4. **Resultados:** Media en CIUS: 18,6±7,2. sin diferencias por sexo, edad ni trimestre de realización. No obstante, hay diferencias de sexo en las frecuencias: 1. Con la que otros (padres, amigos...) les dicen que debería usar menos internet (2,3♂ versus 1,8), en el deseo intrusivo de conectarse a Internet (2♂ versus 1,3) y en la frecuencia con la que acaban otras tareas rápidamente para conectarse (1,4♂ frente a 0,9). Consistencia interna: 0,81 en ♂. y 0,89 en ♀. **Conclusiones:** La escala de CIUS está destinada a identificar aquellos sujetos que presentan un mayor riesgo de uso patológico de Internet (≥24). En base a esta escala, el 30,1% de adolescentes entre 12 y 14 años presentan este riesgo, sin diferencias en edad ni en sexo.

POR UN PUÑADO DE LIKES. Liqueste Arauzo L⁽¹⁾, Hernández Molledo Z⁽²⁾, Pérez Ruiz E⁽³⁾, Fernández Sánchez A⁽⁴⁾, Chávez Gil VE⁽⁵⁾.^(1,2,4,5)CS Villamuriel de Cerrato, Palencia, ⁽³⁾Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Introducción:** Los retos virales triunfan entre los adolescentes en Internet. La recompensa es un puñado de "likes". Hay retos inofensivos pero también los hay "challenger" o peligrosos. Analizamos la relación entre la puntuación en Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) y la implicación posterior en retos "challenger" en adolescentes 12-14 años. **Material-métodos:** Estudio transversal periodo (18m). 143 jóvenes 12-14 años. 52,4%♂. Variables: CIUS, IMC, patologías psiquiátricas e implicación en retos. SPSSv15. Ene2.0. **Resultados:** 13,9% se implicaron en retos peligrosos en 18 meses - 8 tipo "autolesiones encadenadas" que subían a TikTok- y otros 12 -intentaban, el "reto24h Fornite. La detección es fruto de un trabajo coordinado entre profesionales. Tener CIUS≥24 en revisión previa se asoció con un incremento de Riesgo (OR)=17,3 veces mayor de implicarse en estos retos [IC95%:5,3-55,6]; Siendo esta OR de 38,5 [4,5-324,4] en ♂ y de 9,9 [2,2-45] en ♀. Tener sobrepeso/obesidad no se asoció con una mayor implicación en "retos challenger" en adolescentes; De hecho, no tener sobrepeso/obesidad en ♂ adolescentes duplicó el riesgo de implicarse en "retos challenger" (OR=1,93 [1,2-3,2]). **Conclusiones:** Los retos "challenger" tienen consecuencias negativas para el adolescente (absentismo, cicatrices...). Así, detectar un uso compulsivo de Internet, mediante CIUS en adolescentes de 12 a 14 años, podría reducir el riesgo de implicarse en "retos challenger" en los siguientes 18 meses.

"ME CUESTA CONCENTRARME". De Las Heras Gómez L⁽¹⁾, Pérez Pascual M⁽²⁾.⁽¹⁾Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.⁽²⁾Hospital Universitario La Paz, Madrid. **Introducción:** La "falta de concentración" es un síntoma que debe ser abordado de forma integral en el paciente adolescente. **Caso clínico:** Adolescente mujer de 14 años presenta dificultad para concentrarse. Recibió una charla sobre Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el instituto y cree que puede tenerlo. Excelentes notas hasta el momento, no es hiperactiva, atenta, tranquila, introvertida y perfeccionista. En el último año la madre se ausentó del domicilio familiar, malas relaciones entre los padres y de la paciente con su padre. Dificultades socioeconómicas de la familia importantes que hacen que desde hace unos meses no salga de su cuarto, come poco, ha bajado de peso, alteraciones del sueño, ideas autolíticas. Exploración física y neurológica y analítica normal. Se diagnostica de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo e insomnio. Se inicia tratamiento con fluoxetina y melatonina y se deriva a psicología. **Discusión:** El diagnóstico diferencial de un adolescente con problemas en la concentración es amplio incluyendo patologías biológicas, sociales y psicológicas. Realizar una buena entrevista y una completa historia clínica es clave para un diagnóstico correcto.

CUANDO ALGO NO ENCAJA. Liqueste Arauzo L⁽¹⁾, Pérez Ruiz E⁽²⁾, Ramos Güemes A⁽³⁾, Hernández Molledo Z⁽⁴⁾, Pérez Garrido, JB⁽⁵⁾.^(1,4)CS Villamuriel de Cerrato, Palencia. ⁽²⁾Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁽³⁾Hospital rio Carrión, Palencia. ⁽⁵⁾Centro de Salud Pintor Oliva, Palencia. **Introducción:** La enfermedad de Sgood-Schlatter es frecuente en varones de 10 a 15 años, especialmente si practican deportes intensos que requieren chutar (fútbol), saltar (baloncesto), arrodillarse o agacharse. Describimos un caso atípico de Sgood-Schlatter atípico como debut y su posterior evolución. **Caso clínico: Anamnesis:** mujer 11 años que refiere dolor intensísimo y deformidad en región tibial derecha superior tras chutar al balón en clase de gimnasia. No dolor contralateral. No deportista habitual. Exploración física: deformidad palpable y dolorosa en meseta tibial. Pruebas: Radiografía: Osgood-Schlatter derecho grado II. Diagnóstico: Osgood-Schlatter II. Tratamiento: reposo, estiramientos e Interconsulta Traumatología. 2 meses después, en revisión rutinaria de 12 años: Puber S2P2A3, no menarquia, Talla: 148 cm, Adams giba Dorsal derecha 5° en bipe, 6-7° sedestacion y 3°

prono. Teleradiografía: escoliosis (T8-T12) de 19°. Hemivertebral T9. Risser 1. Se deriva a Rehabilitación dónde se confirma el diagnóstico y se prescribe Corse Chenau. **Discusión:** Una presentación atípica (unilateral, púber mujer de baja estatura y no deportista) de un cuadro clínico frecuente -sgood-schalatter- exige una exploración más extensa al diagnóstico.

EL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y LOS TRASTORNOS RELACIONADOS EN LA ADOLESCENCIA. Muriscot Niell L, Casellas Vidal D. *Hospital Trueta, Girona*. **Introducción:** Los trastornos de síntomas somáticos son frecuentes en la población pediátrica (25%), siendo el dolor abdominal y la cefalea los de mayor incidencia. Dichos trastornos pueden interferir con el funcionamiento de los adolescentes y motivar a múltiples consultas médicas. **Casos clínicos:** Presentamos el caso de una niña de 11 años que consulta por dolores abdominales intermitentes en epigástrico de 2 años de evolución. En los últimos meses, refiere aumento dolor abdominal e inestabilidad de la marcha. La situación familiar de progenitores divorciados. Exponemos el segundo caso, niña de 13 años que consulta por cefalea frontal e inestabilidad de la marcha que le impide la deambulación de 1 día de evolución. Realiza gimnasia rítmica. En ambos casos, la exploración física y neurológica y las pruebas complementarias no muestran alteraciones compatibles con patología orgánica. Se realiza valoración conjunta con psicología y psiquiatría y se orienta de trastorno de síntomas somático (el dolor abdominal y la cefalea) y un trastorno de conversión (inestabilidad de la marcha). **Discusión:** Dado que es una patología frecuente, remarcar la importancia de una anamnesis detallada e identificación de factores de riesgo. Una vez detectada, evitar pruebas innecesarias, realizar seguimiento conjunto con psicología y valorar derivar a salud mental.

DEBILIDAD MUSCULAR, ¿TRASTORNO ORGÁNICO O FUNCIONAL? Lalwani Lalwani V, Montoya Carbó M, Casellas Vidal D. *Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** La pérdida de fuerza de las extremidades plantea múltiples diagnósticos; trastornos inflamatorios, infecciosos, desmielinizantes o psicósomáticos, entre otros. **Caso clínico:** Adolescente de 14 años con sensación de pérdida de fuerza en las extremidades inferiores (EEII) y alteración de la marcha de 36h de evolución. Una semana antes había presentado cuadro de diarreas autolimitado. Exploración física con marcha en estepaje. Fuerza conservada con reflejo rotuliano presente y reflejo aquileo abolido. Disminución de la motricidad fina de la mano con fuerza y sensibilidad conservadas. Presenta análisis de sangre, tóxicos en orina y bioquímica en líquido cefalorraquídeo (LCR) normales. Electromiograma con una polirradiculoneuritis de las fibras motoras en EEII y patrón desmielinizante. Posteriormente se obtiene resultado positivo de bandas oligoclonales en LCR. Se orienta de forma leve del síndrome de Guillain-Barré (SGB). Se inicia tratamiento con rehabilitación física y resolución clínica a los 6 meses. **Discusión:** El SGB es la causa más frecuente de parálisis aguda y subaguda en niños. Existen formas leves e infrecuentes con afectación únicamente distal y sin progresión ascendente que dificultan el diagnóstico pudiéndose confundir con un trastorno somático. Hay que tenerlo en cuenta ante una debilidad muscular progresiva, total o parcial, con alteraciones mínimas a la exploración.

MOTIVOS DE CONSULTA PSIQUIÁTRICOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA POR COVID-19. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN HOSPITAL DE 2º NIVEL. Domínguez Hurtado P, Zafra Anta MA, Vázquez de la Torre Escalera P, García Barba S; Belmonte Martín de Santa Olalla B. *Hospital Fuenlabrada, Fuenlabrada-Madrid*. **Introducción-objetivos: Objetivo:** caracterizar la alteración en la SM en adolescentes que consultan en Urgencias durante la segunda fase de la pandemia COVID, tras el confinamiento, y compararla con el curso previo. **Métodos:** Retrospectivo, descriptivo, de prevalencia de trastornos de SM como motivo de consulta en adolescentes de 10-15 años en Urgencias. Datos: Registro electrónico de historias clínicas. Comparación de prevalen-

cias del periodo preexposición (curso 2018-19) y el periodo de pandemia (curso 2020-21). Aprobado por CEIm. Estadístico: SPSS v22. Presentado parcialmente como TFGM de estudiante Medicina. **Resultados:** Datos iniciales: Consultas: prepandemia 70, intrapandemia 75. Significación $p < 0,05$ si seguimiento previo en Centro de SM o consultas previas de SM. En el segundo periodo: menor porcentaje de consultas previas por SM. OR 0,514. IC 95% (0,261-0,997). Los resultados obtenidos no fueron los esperados inicialmente. Limitación: estudio retrospectivo. Revisadas las urgencias Psiquiátricas en Pediatría se localizan 34 pacientes (44 visitas) más en periodo pandemia, 24 mujeres. **Conclusiones:** La pandemia por COVID ha afectado a la SM de la población adolescente, y a los dispositivos de atención. Han precisado utilizar el recurso de urgencias para recibir tratamiento. Se requieren más estudios, así como buscar implementar mejoras en los servicios de ayuda y apoyo.

EL PAPEL DEL EQUIPO DE SOPORTE EN CRONICIDAD COMPLEJA Y ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA DE GIRONA (ESCCAPP-GI) EN ADOLESCENTES. Crehuet Almira M, Pascual Sala C, Cebrià H, Ausió Sala C, Artigas Graells N. *Hospital Josep Trueta, Girona*. **Introducción:** La atención de adolescentes con enfermedad crónica compleja y necesidades de atención paliativa constituye un reto asistencial. **Objetivos:** Analizar y evaluar tras 2 años de funcionamiento el papel de ESCCAPP-GI en la atención de adolescentes. **Material y Métodos:** Revisión de actividad del equipo en lo referente a la atención a pacientes adolescentes desde su creación hasta la actualidad. **Resultados:** Seguimiento de 31 adolescentes con enfermedad crónica compleja y/o tributarios de atención paliativa (noviembre 2019-septiembre 2022). Se han acompañado 6 adolescentes durante el proceso de final de vida, se ha realizado transición y coordinación a equipos de primaria en 15 casos. Actualmente del total de 51 pacientes en activo, 14 son adolescentes (entre 10 y 15 años): 6 con parálisis cerebral, 2 con encefalopatía epiléptica, 1 con enfermedad mitocondrial, 2 con síndromes neurológicos de origen genético, 1 con distrofia muscular de cinturas, 1 con meduloblastoma, 1 en proceso de reconstrucción esofágica. En cuanto a dispositivos tecnológicos que necesitan: 1 es portador de traqueostomía, 6 portadores de gastrostomía, 2 portadores de sonda nasogástrica, 1 de ventilación no invasiva tipo CPAP. Analizamos experiencia. **Conclusiones:** ESCCAPP-GI puede ser una pieza clave para mejorar la atención de estos adolescentes.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME DE SCHÖNLEIN-HENOCH. Armangué Marquéz M, Reyes Amargant Z, Morales Albert CR Batalle Robert N. *ABS Girona-2, Girona*. **Introducción:** El síndrome de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en edad pediátrica. Cursa con la tríada de púrpura no trombocitopénica, artritis y abdominalgia, de causa autoinmune, siendo la complicación más grave un síndrome nefrótico. **Caso clínico:** Niña de 11 años acude el 20/10 al ambulatorio por erupción cutánea en glúteo y extremidades inferiores (EEII). Presenta maculopápulas eritematosas en EEII y petequias en dorso del pie izquierdo. Se orienta como exantema vírico. El 3/11 aparición de púrpura palpable en EEII y tercio distal extremidades superiores (EES) con edema en tobillo derecho. Abdominalgia leve. Urianálisis: proteinuria y microhematuria. Se orienta como PSH. El 9/11 presenta lesiones ulceradas. Se cura con hidrocortisona en crema. El 16/11 nuevas flictenas en codos y muslos. Proteinuria de rango nefrótico. Dada la presencia de nefropatía se deriva al hospital de referencia e ingresa en nefrología pediátrica. Se inicia tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona y micofenolato. Valorado por Dermatología y Cirugía Plástica se pautan curas de las úlceras con sulfadiazina argéntica y cloxacilina oral. **Discusión:** En las flictenas por PSH se debería realizar tratamiento sistémico con corticoides y curas con sulfadiazina de plata. No se vio mejoría con cortisona tópica como describe la bibliografía.

XXVI Congreso Nacional de Medicina de la Adolescencia en Girona



Los días 7 y 8 de octubre hemos celebrado, en la ciudad de Girona, el “**XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia**”. Después de 30 años, nuestra ciudad ha vuelto a ser la sede de este evento y un lugar de reencuentro “presencial” en el cual, profesionales de distintas áreas tales como: pediatras, médicos de familia, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, educadores sociales y docentes hemos podido aprender, compartir y discutir sobre los distintos problemas que afectan la Salud Integral del Adolescente, participando en mesas redondas, foros de actualización, panel de expertos y cinco talleres, en los que se han tratado temas tan actuales y conflictivos como: el maltrato a través de las TICs, adicciones y los aspectos éticos y legales en la adolescencia; y otros, más centrados en la clínica médica, como la patología dermatológica prevalente en estas edades y un *roll playing* de cómo debería ser la entrevista con el adolescente. La conferencia de clausura “Blas Taracena del Piñal” corrió a cargo del Dr. Girard (Argentina), socio de honor de la SEMA.

La asistencia ha sido de 133 inscritos y se han recibido 26 comunicaciones, de las cuales dos han sido seleccionadas para el primer premio: “**Coordinación entre atención primaria y equipo de soporte a la cronicidad y atención paliativa pediátrica: atención de un paciente en situación de enfermedad avanzada**” y segundo premio: “**Trastorno de conducta alimentaria y veganismo**” de la SEMA, y presentadas oralmente; las restantes, han sido defendidas como posters. Como actividad paralela a la celebración del congreso, se desarrolló un Taller para Padres: “**Hijos ADOLESCENTES: el papel de los PADRES**”, a cargo del Dr. José Valdés Rodríguez.

XXVI CONGRESO

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Girona
7 y 8 de Octubre 2022





Sin embargo, la organización de este congreso ha tenido una motivación personal añadida, la de rendir un homenaje a nuestro querido compañero, el **Dr. Josep Cornellà i Canals**, un "gironí" pionero, junto a otros pediatras como el Dr. Blas Taracena del Piñal, de la Medicina de la Adolescencia en nuestro país. Además de su titulación como Pediatra, también obtuvo la de especialista en Paidopsiquiatría por la Univ. Autónoma de Barcelona, en el año 2001 y la de Diplomado experto en Autismo por la Universidad de Montpellier, en el año 2009.

Siendo Jefe de Pediatría del Hospital Provincial de Girona, "Santa Caterina" y también del orfanato "Hogar Infantil Nuestra Señora de la Misericordia", emprendió diversas reformas destinadas a mejorar las condiciones higiénicas y afectivas de los niños y adolescentes que

allí residían, mereciendo la pena destacar: la escolarización fuera del orfanato, en diversos centros de educación de la ciudad y la creación de los dos primeros pisos tutelados, en los que convivían los adolescentes con sus educadores, creando así un entorno similar a lo que sería una familia. También creó la primera consulta específica para la atención de Adolescentes dentro del área de Pediatría, en un Área Básica de Salud, embrión del posterior programa "Salut i Escola" en Cataluña, cuyo objetivo es acercar la asistencia sanitaria a los Institutos de Enseñanza Secundaria.

De su pertenencia a diferentes sociedades científicas, cabe destacar:

- Presidente de la Asociación Española de Medicina de la Adolescencia, en el período 1996–2004.
- Socio de honor de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente.
- Asesor del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría.
- Secretario general de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y Caribe (CODAJIC) 2008-2012.
- Vocal de la Asociación Española de Pediatría.
- Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantojuvenil, desde el año 2011 hasta su fallecimiento.

Además de sus innumerables publicaciones científicas en revistas y capítulos de diversos tratados de pediatría, en el año 2008 publica su libro " Parlem de l'Adolescència"/"Hablemos de la Adolescencia", cuya presentación, así como el prólogo del mismo, estuvieron a cargo del Dr. Manuel Cruz Hernández.

Espero que con esta breve reseña de la trayectoria profesional del Dr. Josep Cornellà i Canals, los más jóvenes, que no llegaron a conocerlo, entiendan el porqué de la dedicatoria de este congreso a su persona y a sus logros dentro de la Medicina de la Adolescencia.

***"Aquellos cuyo trabajo no puede perecer,
cuya influencia sigue viva después de ellos,
cuyos discípulos pueden perpetuar y
multiplicar sus dones a la humanidad,
son realmente inmortales".***

Watson Jones

Graciela Perkal Rug
Presidenta del Comité Organizador

ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS: PRESIDENTE Y SOCIO DE HONOR DE LA SEMA

Tras la Conferencia de Clausura realizada por el Dr. Girard, se entregaron dos importantes reconocimientos aprobados previamente y por unanimidad por la Asamblea General de la SEMA a propuesta de la JD de la Sociedad:

- La Dra. MT Muñoz Calvo entregó a la Dra. MI Hidalgo Vicario la distinción de **Presidente de honor de la SEMA** en reconocimiento a sus méritos, compromiso, trayectoria y el trabajo realizado en favor de la Medicina de la Adolescencia así como haber llevado la presidencia de la SEMA durante 8 años+1 de pandemia, desde marzo 2012 - mayo 2021.



De izquierda a derecha: Dres. Muñoz, Perkal, Notario e Hidalgo.



De izquierda a derecha: Dres. Ceñal, Perkal, Notario y Rodríguez.

- La Dra. MJ Ceñal González-Fierro, entregó al Dr. L Rodríguez Molinero la distinción de **Socio de honor de la SEMA** en reconocimiento a sus méritos, compromiso y trabajo realizado en favor de la adolescencia así como haber sido el tesorero de la Sociedad desde marzo 2012 - mayo 2021.

Posteriormente los Drs. Hidalgo y Rodríguez expresaron su agradecimiento a la Sociedad por el honor recibido.



De izquierda a derecha: Dres. Zafra, Liquete, Hidalgo, Moraga, Perkal, Muñoz, Gavela y Ceñal.

Crítica de libros



Manual de telemedicina y diabetes

SED Sociedad Española de Diabetes

Autores: V. Bellido Castañeda. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; E. Aguilera Hurtado. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona; E. Ugarte Abasolo. Hospital Universitario Basurto, Bilbao; C. Quirós López. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; R. Barrio Castellanos. Clínica D-Medical, Madrid; C. González Blanco. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; D. Fernández García.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; E. Menéndez Torre. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; J. Ares Blanco. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; M. Pazos Couselo. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; J.D. Royo Sanchis. Hospital Universitario La Fe, Valencia; A. Martínez-García. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; C. Luis Parra-Calderón. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Uno de los retos más importantes en la atención a los niños y adolescentes con diabetes es la capacidad de responder a las demandas de las situaciones que surgen a los pacientes en el momento en que lo necesitan más allá de la periodicidad de las consultas de seguimiento establecidas. La telemedicina, en su modalidad diferida o en tiempo real puede resultar aquí de gran ayuda marcando una diferencia de calidad asistencial y contribuyendo a reducir el impacto sociosanitario de la diabetes. Sin embargo, para conseguir que este tipo de asistencia resulte exitosa es necesario establecer, al igual que para las consultas presenciales, los recursos necesarios y los estándares de calidad y evaluación adecuados.

En este contexto, la Sociedad Española de Diabetes ha elaborado recientemente el **Manual de telemedicina y diabetes**, documento que recoge, desde la evidencia, los beneficios y barreras de la aplicación de la telemedicina en diabetes, los recursos necesarios para su implementación, la sistemática de la consulta telemática, la integración con los programas de educación terapéutica, la explotación de los datos, los aspectos legales y las posibilidades de evaluación de la misma.

Tal y como aporta el Manual, el análisis sistemáticos del perfil de glucosa obtenido de la descarga de los datos de los sistemas de monitorización continua de glucosa, plumas inteligentes y sistemas de infusión continua de insulina constituye la base sobre la cual se apoya la telemedicina en la consulta de diabetes.

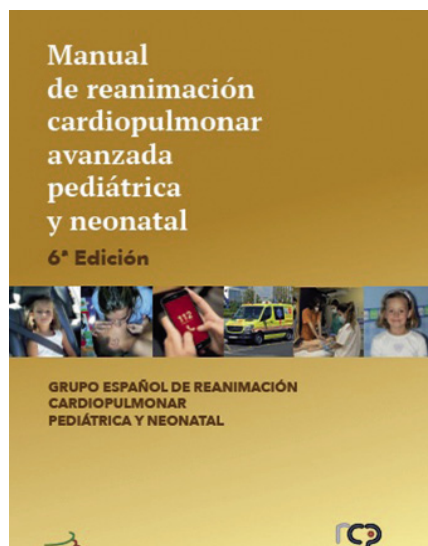
El Manual elaborado por la SED es una guía útil y necesaria para plantear con éxito la telemedicina en el tratamiento de la diabetes como herramienta de comunicación apoyada en la tecnología que permite la mejora de los resultados de control metabólico y satisfacción de los pacientes. Sienta las bases para la integración de la telemedicina en sus diferentes modalidades en la estructura asistencial y más allá, abre la puerta a las posibilidades derivadas de la integración de la inteligencia artificial en conjunto con la telemedicina aplicada al tratamiento de la diabetes.

La telemedicina en diabetes consigue igualar los resultados de las visitas convencionales y sus beneficios más importantes son:

- Facilitar la accesibilidad independientemente de la zona geográfica.
- Facilitar la interacción entre los pacientes y el equipo de salud.
- Mantener la calidad y el nivel asistencial, pero ahorrando tiempo en desplazamientos y visitas.
- Mejorar los conocimientos y empoderar al paciente permitiendo una mayor autogestión.
- Disminución de los costes para el propio paciente y para el equipo de salud.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.

Patricia Enes Romero

Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid



Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 6ª Edición.

Autor: Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal, 2022

El grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPPYN) se fundó en 1992, con el objetivo de mejorar la formación en soporte vital pediátrico, tanto de los profesionales sanitarios como la población general. Sus miembros pertenecen a diversas sociedades científicas (entre ellas la SEPEAP) que cooperan en diversas actividades relacionadas con la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica y neonatal.

Hace más de 20 años, el GERCPPYN publicó su primer manual de RCP, que supuso un hito al ser el primero en español y servir desde entonces de soporte formativo en los centenares de cursos de RCP pediátrica que se han realizado hasta el momento actual. Aunque se había revisado en sucesivas ediciones, los nuevos conocimientos en el tema, la experiencia docente acumulada y la incorporación de nuevas tecnologías y recursos para la formación y la práctica clínica, hacían necesaria una 6ª edición, que en realidad es un manual completamente nuevo. Si bien, la esencia de los contenidos se mantiene, este nuevo texto reúne los requisitos de un manual moderno, atractivo, de lectura sencilla y con iconografía de calidad, que facilita el aprendizaje, el repaso y la consulta de dudas.

El manual está actualizado según las más recientes recomendaciones internacionales y consensos de tratamiento, con adaptaciones a la realidad española, si bien es válido y aplicable en otros países de habla hispana, muchos de cuyos instructores se han formado como profesores del GERCPPYN.

Este nuevo manual se desarrolla en 300 páginas, tiene un tamaño manejable y un formato muy atractivo, incluyendo 20 capítulos con un contenido claro y conciso, en el que se destacan los conceptos claves y se refuerza el aprendizaje con imágenes (totalmente renovadas y de gran calidad), tablas, figuras y algoritmos. El recuadro de "puntos clave" al final de cada capítulo es otra novedad, que junto a las cuestiones de autoevaluación reforzarán el aprendizaje.

Es un texto para el estudio concentrado y reposado, pero también una guía rápida para consultar "a la cabecera del paciente", en caso necesario. Entre los capítulos incluidos, además de los dedicados a la atención al niño que ha sufrido una parada, son reseñables los que abordan su prevención, la valoración de los niños de riesgo y los planes de atención a la parada cardiorrespiratoria pediátrica.

Finalmente, destacamos que ha sido coordinado por tres de los pediatras más expertos en el tema y que han colaborado otros 36 con dilatada experiencia en la atención a los niños graves y la docencia de la RCP, lo que asegura su calidad y lo hace un manual de referencia. Por ello, estamos convencidos de que este manual debería incorporarse a la biblioteca de los profesionales y los centros sanitarios que deban asistir a niños enfermos.

Os animamos a leerlo y aprovecharlo.

Eva Civantos Fuentes

Pediatra. Centro de Salud Barranco Grande, Santa Cruz de Tenerife

Antonio Rodríguez Núñez

Pediatra. Catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela

Respuestas correctas a las preguntas test

Trastorno por déficit de atención y sus comorbilidades. Enfoque terapéutico: 1c) TDAH y trastornos de ansiedad son los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes de la infancia, al margen que pueden presentarse de forma comórbida. **2a)** La comorbilidad es la norma, no la excepción. En la etiopatogenia también influyen factores ambientales. La conducta de *binge eating* es una conducta impulsiva, factor muy presente en los niños y adolescentes con TDAH. Únicamente un trastorno de Tourette contraindica la utilización de psicoestimulantes. **3d)** Los 3 ítems son factores que explican la mayor accidentabilidad de los sujetos con TDAH. **4d)** Es importante iniciar el tratamiento con dosis bajas y escalar lentamente: *start low, go slow*, en inglés. Es frecuente la asociación de diferentes trastornos del neurodesarrollo. Cuando hay comorbilidad es más difícil realizar el diagnóstico de los diferentes trastornos presentes al mezclarse la clínica de ambos trastornos. Cuantos más trastornos, peor es el pronóstico. No influye la presencia de TDAH en que pueda o no haber lenguaje. **Afectación del tiempo de pandemia a nivel educativo en el alumnado adolescente: 1c)** La ESO comprende solamente cuatro cursos académicos. **2b)** Según dicha encuesta "Comer y dormir menos al estar mucho tiempo con el móvil", ha sido vivida como una emoción negativa. **3e)** Todas las actitudes descritas y otras, contribuyen a superar las dificultades escolares y pedagógicas en alumnos de ESO en tiempo de pandemia. **Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19: 1e), 2e), 3d).** **Repercusiones de la pandemia en la población adolescente desde la perspectiva servicios sociales de atención primaria: 1c), 2b), 3c).** **Síndromes de Sensibilización Central en la adolescencia. Fibromialgia y Fatiga crónica: 1d)** La sensibilización central es un fenómeno complejo en el que interaccionan factores biológicos, psicológicos y sociales produciendo una hiperexcitabilidad de los circuitos centrales nociceptivos. Este aumento de la sensibilización implica a su vez cambios en los receptores, neurotransmisores, canales iónicos y vías de señalización localizadas en el sistema nervioso central, que se traduce en el paciente con una percepción exagerada, prolongada y/o generalizada de estímulos no nociceptivos inocuos. **2e)** Todas estas actividades, se describen como influyentes en el tratamiento de la fibromialgia juvenil. **3e)** La única no correcta es la d, ya que el pronóstico es mejor que en adultos. **¿De qué hablamos cuando hablamos de Sensibilización Central? 1a), 2b), 3e).** **Fibromialgia. Fatiga crónica. Abordaje terapéutico. Implicación desde el Servicio de Salud Mental: 1e), 2a), 3e).** **¿La enfermedad meningocócica eclipsada por la pandemia de COVID-19? Puesta al día de la vacunación antimeningocócica: 1c)** En algunos trabajos se citan 13 serogrupos porque incluyen el serogrupo D, que posteriormente se vio que correspondía a un C. **2d)** Son cinco: A, B, C, W e Y. Se pueden prevenir con la vacuna tetravalente ACWY y con la antimeningocócica B. Una de la vacunas pentavalentes incluye el serogrupo X, pero está todavía en fase de ensayos clínicos. **3b)** A pesar de que la incidencia de la enfermedad meningocócica es muy baja en los últimos años, el serogrupo B sigue siendo el más frecuente. En la última temporada prepandémica (2018-2019) causó el 38,5% del total de los casos confirmados; además, por edades, lo fue en los grupos de menores de 10 años, de 20-24 años y de 45-54 años. **4a)** A pesar de que en las cinco últimas temporadas prepandémicas (2014-2015 a 2018-2019) se observó un ligero ascenso en la incidencia (de 0,50 a 0,83 casos por 100.000 habitantes), siempre fue inferior a 1 por 100.000 habitantes y muy lejana de la máxima de 17,9 casos por 100.000 habitantes que se alcanzó en 1979. **Autolesiones: 1e)** En efecto, todas las afirmaciones son correctas. Existe una alarma social evidente que ha sido propiciada por los medios de comunicación y las redes sociales. Aún el DSM 5 no tiene definidos los criterios por lo que los resultados epidemiológicos son dispares. **2d)** Los padres necesitan saber el alcance y la repercusión de las lesiones, así como el pronóstico a corto y medio plazo. En caso de que la menor se niegue, comentar con ella la necesidad de informar a los padres haciendo nosotros de mediadores para evitar un enfrentamiento que deteriore posteriores encuentros. **3a)** Una vez indicada la derivación, no hay que hacerla precipitadamente. Se impone una explicación e información sobre las ventajas de otros tratamientos más especializados que garanticen, hasta donde se pueda, la mejor evolución. **Hipopotasemia asociada a anorexia nerviosa. ¿Tubulopatía adquirida o primaria? 1c), 2a), 3e).** **¿Qué sabemos de la microbiota? 1e), 2c), 3d).** **Avances en enfermedad celíaca: 1d)** En el momento actual la mayoría de los pacientes de nuestro medio al diagnóstico de la enfermedad no presentan afectación del peso, como se ha podido objetivar en una serie amplia de celíacos (estudio REPAC 2) en los que el 80% presentaban un peso normal. Es conocida la mayor frecuencia de la EC en mujeres, pero también este riesgo es mayor en familiares de primer grado del género femenino (hermanas: 1/7 e hijas: 1/8) de un paciente celíaco. La EC no se limita al intestino si no que es un proceso sistémico con síntomas digestivos y extradigestivos. Esta enfermedad afecta en torno al 1% de la población y evidentemente el diagnóstico dirigido por síntomas y por cribado de pacientes pertenecientes a grupos de riesgo es inferior. Por tanto, la mayoría se encuentran sin diagnosticar, es decir, en la parte

sumergida del llamado "iceberg celiaco", que es como se representan las distintas formas clínicas de esta enfermedad. El estudio HLA ha quedado reducido a pacientes de los grupos de riesgo y también a los casos de diagnóstico dudoso. **2c)** Debe efectuarse biopsia intestinal a pacientes con déficit selectivo de IgA y sospecha de EC porque no está demostrada la misma correlación entre los niveles elevados de anticuerpos de tipo IgG y la lesión intestinal, como ocurre en pacientes con IgA normal. En las guías ESPGHAN 2012 se planteó por primera vez la realización del diagnóstico de EC sin biopsia intestinal en pacientes sintomáticos que cumplieran los criterios serológicos. Años después, y en función de los estudios realizados posteriormente a 2012, se ha podido observar que también los pacientes asintomáticos con niveles elevados de anticuerpos presentan lesión intestinal, si bien con un valor predictivo positivo inferior, por lo que siempre hay que comentar con el paciente y sus padres la realización del diagnóstico sin biopsia intestinal en estos casos. Esto último se ha recomendado en las guías ESPGHAN 2020, así como la no necesidad de efectuar el estudio HLA puesto que en la mayoría, si no en todos los pacientes, con serología positiva el estudio genético es positivo. Siempre debe realizarse la determinación de AAEM, como anticuerpos de confirmación, en una muestra separada de la de los AATG para obviar cualquier posible error de laboratorio. **3c)** Aunque la determinación de los GIPs en heces o en orina se muestra prometedora para la valoración de la adherencia a la dieta, quedan aún algunos temas por resolver, como el hecho de que, al tener una vida media corta, no se detectan a no ser que la transgresión sea muy próxima a la recogida de la muestra. Por eso la guía ESPGHAN 2022 de seguimiento de la EC no recomienda su determinación en el momento actual. Deben efectuarse controles clínicos y serológicos cada 6 meses hasta la negativización de los anticuerpos y después cada 1-2 años. Los anticuerpos a realizar son los AATG. No se considera obligatorio, pero si conveniente, que se efectúe control de TSH y tiroxina libre. Aunque previamente no se recomendaba tratar la anemia ferropénica detectada al diagnóstico de la EC, porque con una dieta sin gluten se recuperaban los depósitos de hierro en un año, se considera actualmente que se trata de un tiempo excesivamente prolongado, sobre todo en periodos de crecimiento rápido como la adolescencia, por lo que se indica que se trate. **4e)** Deben efectuarse controles cada 3 meses durante la prueba de provocación el primer año de la reintroducción del gluten; si al año no hay síntomas y la serología es negativa, pueden efectuarse cada 1-2 años. Cuando va a efectuarse una prueba de provocación por diagnóstico dudoso, es importante efectuar en primer lugar el estudio genético (HLA DQ2/DQ8) porque su negatividad hace que el diagnóstico de la EC sea extremadamente improbable. Si por el contrario, el estudio genético es compatible, se procederá a reintroducir el gluten y se efectuará biopsia intestinal para confirmar la lesión si aparecen síntomas y/o se positivizan los anticuerpos. **5d)** Aunque hay muchos estudios en marcha sobre fármacos para el tratamiento de la EC, la mayoría están en fase preclínica o en fase 2b o 3, por lo que a corto plazo el único tratamiento seguro y eficaz es la dieta sin gluten. En el caso de EC potencial (serología positiva con biopsia intestinal Marsh 0 o 1 con o sin síntomas), no debe retirarse el gluten de la dieta, salvo síntomas graves, ya que en menos de la mitad de los pacientes se confirma finalmente la lesión intestinal, para así evitar el sobretratamiento. En niños con diabetes tipo 1 y sospecha de enfermedad celíaca se puede realizar el diagnóstico sin biopsia si presentan síntomas compatibles con la EC y cumplen los criterios serológicos; si el paciente es asintomático, hecho que ocurre en la mayoría de estos niños, debe efectuarse siempre la biopsia, independientemente del título de anticuerpos. El niño pequeño está muy tutelado por la familia y entorno, por lo que es poco frecuente que realice transgresiones dietéticas. Sin embargo, el adolescente tiene un mayor grado de independencia y socialización, que puede aumentar el riesgo de efectuar transgresiones dietéticas. Además, en muchas ocasiones estas transgresiones no le producen síntomas, lo que le induce a tener una falsa seguridad y aumenta la posibilidad de que abandone la dieta. Por todo ello, son especialmente importantes las "consultas de transición" al digestivo de adultos. Hay que tener en cuenta que los anticuerpos de la EC pueden tardar en desaparecer, tras iniciar la dieta sin gluten, entre 18-24 meses, sobre todo si los títulos al diagnóstico eran muy elevados. **Retraso constitucional del crecimiento y desarrollo en los varones: 1c)** Pese a no tener una etiología claramente conocida, hasta en un 80% de los pacientes se encuentran casos de retraso puberal en sus familiares de primer y segundo grado. **2d)** Al inicio de la pubertad y por el carácter pulsátil de la LH, podemos encontrar valores bajos o indetectables de la hormona por lo que no es de utilidad para marcar el inicio puberal. Además, en los hipogonadismos hipogonadotropos va a encontrarse muy elevada sin haber iniciado la pubertad. **3c)** En general, la mayoría de pacientes no precisarán tratamiento ya que iniciarán la pubertad de manera espontánea. En casos seleccionados con gran afectación psicológica, puede plantearse un ciclo de 3-6 meses de testosterona intramuscular mensual depot (generalmente 50 mg al mes) para estimular la aparición de caracteres sexuales secundarios. Una nula respuesta al tratamiento del volumen testicular mantenido en el tiempo es indicativa de hipogonadismo.

adolescere

Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia



sema

Sociedad Española de Medicina
de la Adolescencia