

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

GRA  
NA  
DA 2016  
26-28 MAYO



SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

# Patología emergente del preadolescente en AP ¿cómo abordarla?

Ignacio Redondo García



# La importancia de la salud mental infantil



“La OMS considera la salud mental infanto-juvenil como un área prioritaria para el buen desarrollo económico y social . Así, una comunidad que cuide de su presente y vele por su futuro tendría que invertir en la salud mental de niños y jóvenes”.

# ¿Por qué es importante la SMIJ?

Aproximadamente el **20%** de los niños a nivel mundial (independientemente de la cultura o zona de origen ) presentan trastornos mentales.

Se estima que **1/5** de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema emocional o de conducta.



# ¿Por qué es importante la SMIJ?

Consecuencias

- Niño/adolescente
- Familia
- Entorno
- Escolar /nivel laboral
- Económicas



El **70 %** de los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta tienen su origen en la infancia o adolescencia”

# SMIJ

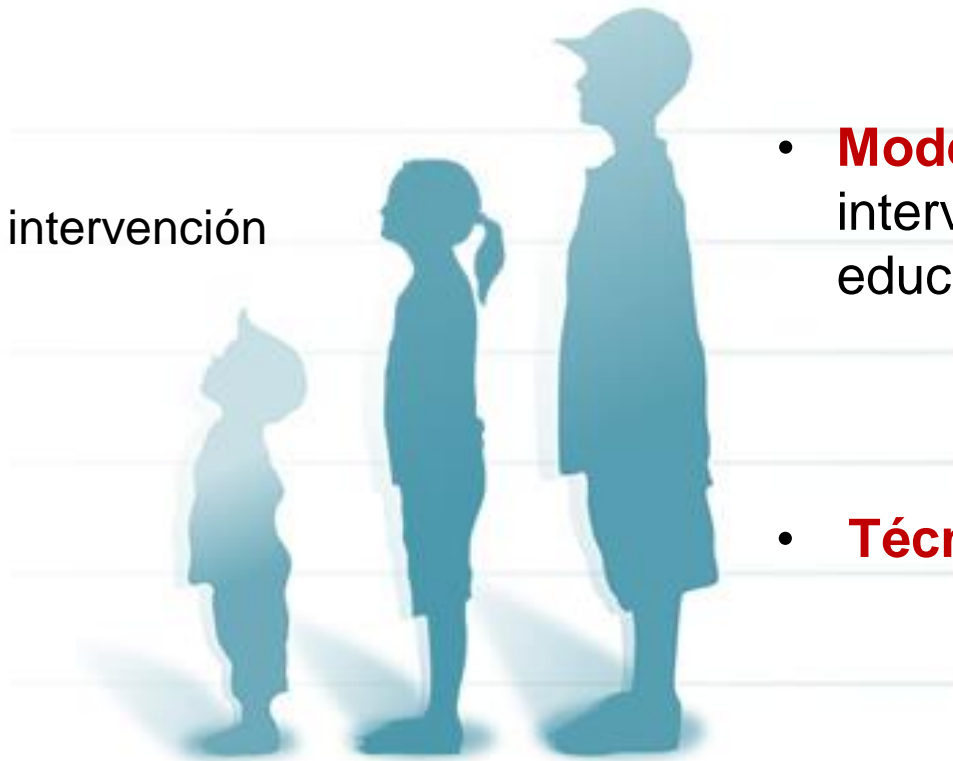
GRANA  
DA 2016  
20-26 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

## PROPIA IDENTIDAD

- **Tiempos** de intervención

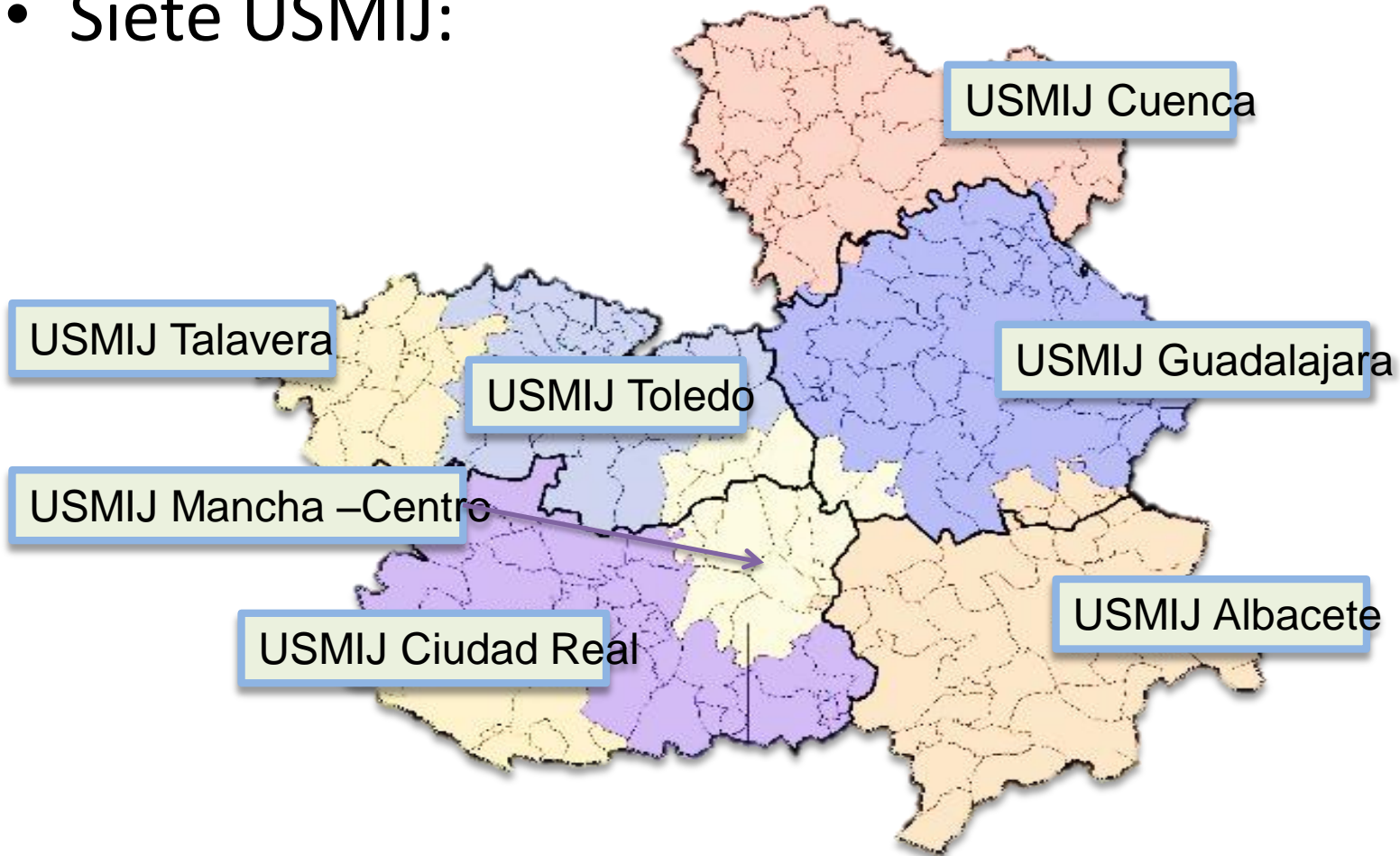


- **Modelos** de intervención: Familia, educativos y sociales
- **Técnicas** específicas

Tipo de población: cambiante , en evolución.

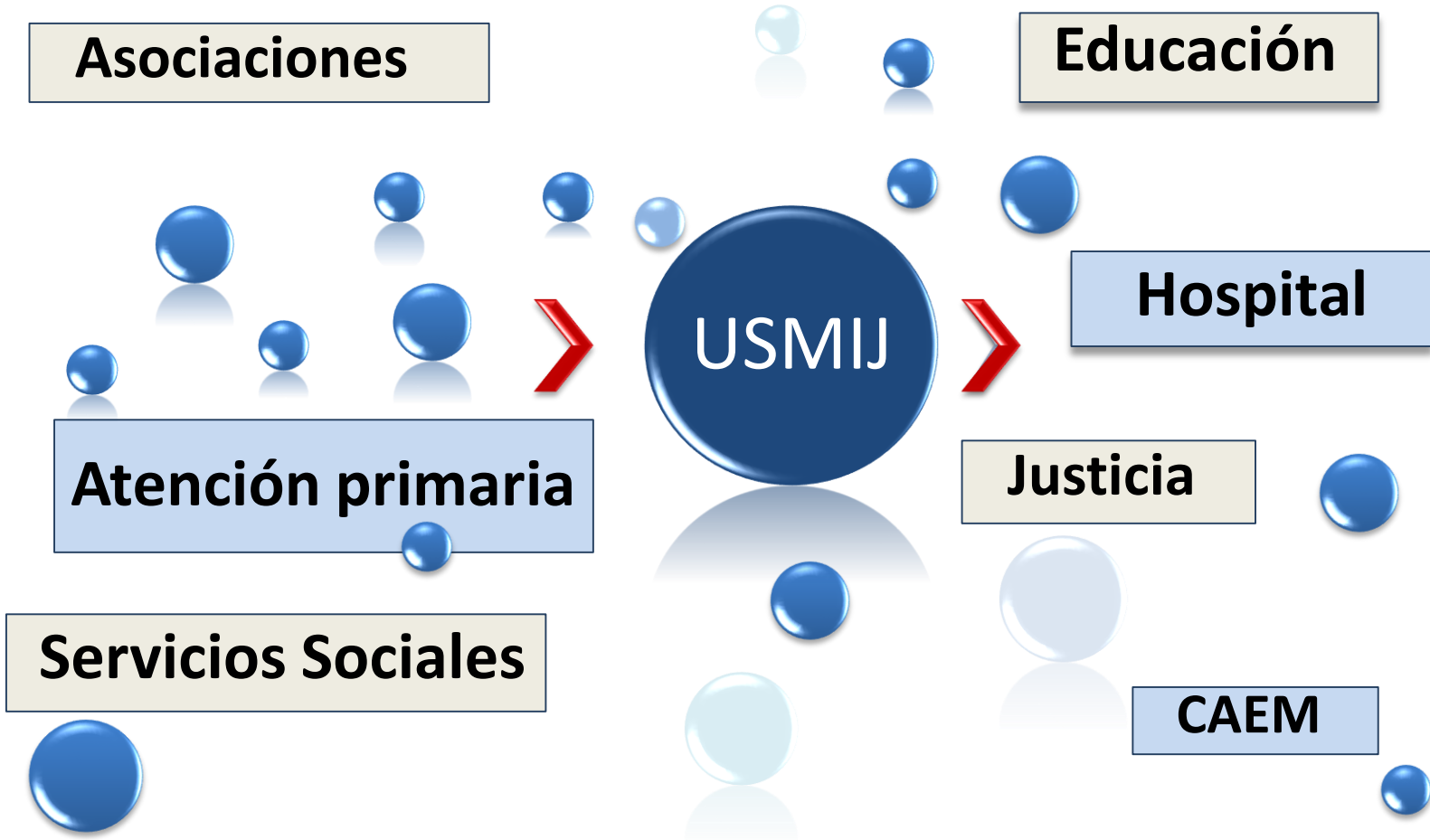
# USMIJ DISPOSITIVOS

- Siete USMIJ:



# USMIJ Definición

Orden de la Consejería de Salud y Bienestar Social de 18/11/2010(D.O.M.C de 29/11/2010)  
“ Centro o Servicio Sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas menores de edad”



## Coordinación/ derivaciones a otros recursos

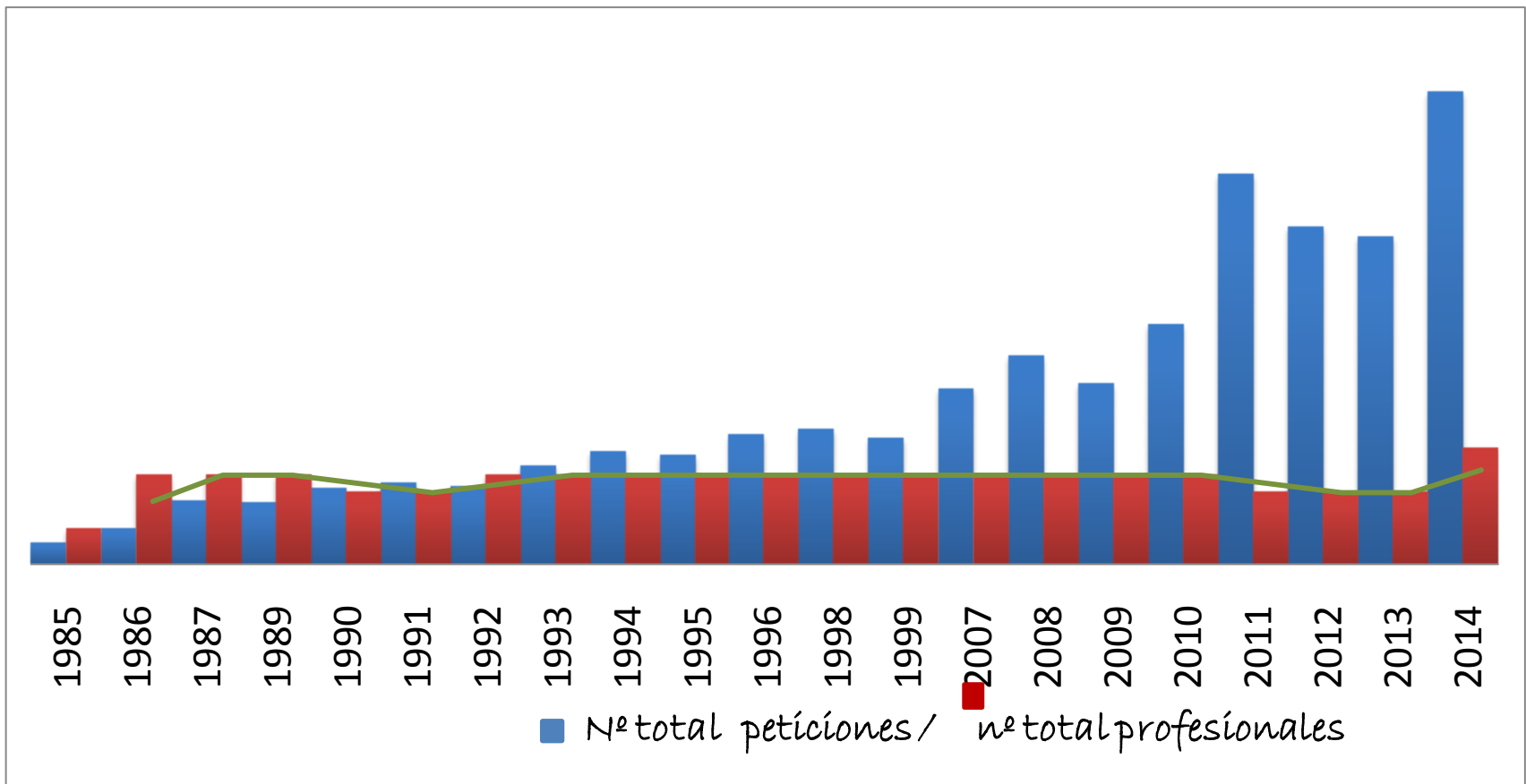
- **U.V.A.S.I.** Unidad de **valoración** de abuso sexual infantil de CLM.
- **REVELAS-m.** Programa e prevención e **intervención** en abuso sexual infantil.
- **CMIF.** Centro de **Mediación** e Intervención **familiar** CLM.



## Coordinación/derivación a otros recursos

- **AMFORMAD.** Programa de Intervención en **violencia familiar.**
- **UCA.** Unidad de Conductas Adictivas
- **Atención Temprana/ C. Base.**
- **Centro de Atención a la Familia( C. Roja)**

# Incremento de la demanda USMIJ Toledo



# USMIJ



# Valoración y tratamiento

T. afectivos y de las emociones.

T. Psicósomáticos.

T. de Conducta Alimentaria(TCA).

T. Generalizados del Desarrollo(TGD).

T. Psicótico.

TDAH

T. Tics

Fobias Escolares

Inadaptación social

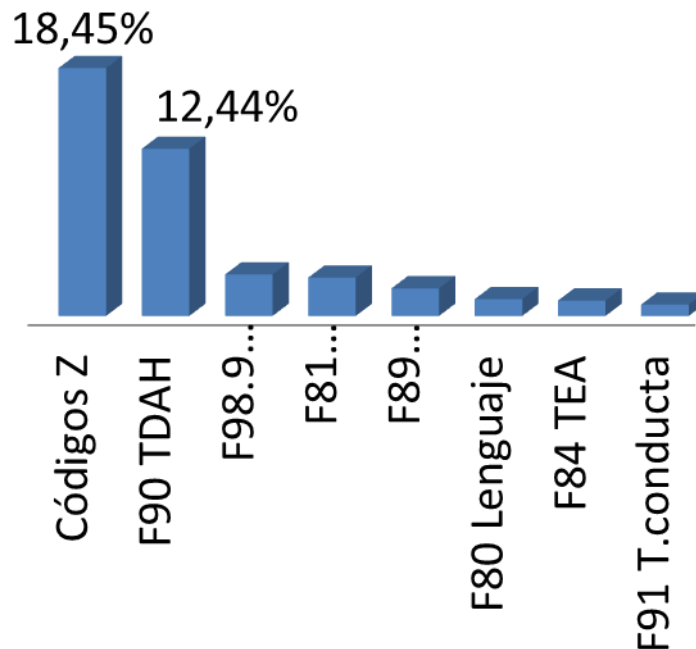
T. Conducta

T. del sueño

T. del Control de esfínteres

# Diagnósticos más frecuentes

## Diagnósticos SMIJ Toledo. 2015



## Libro blanco USMIJ Canarias 2006

- “**28%-50%** de las consultas de pediatría son por dificultades de los padres”
- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias (2006)”

# Motivo de consulta



Información lo más específica y detallada posible.

Valoración directa con el paciente.



# USMIJ : Preferentes

## PREFERENTES

- INTENTOS/ IDEACIÓN AUTOLITICA
- TCA. REPERCUSIÓN ORGANICA/ POCO TIEMPO DE EVOLUCIÓN
- ALTERACIONES GRAVES CON REPERCUSIÓN EN EL MENOR Y SU ENTORNO
- CUADROS PSICÓTIVOS

# USMIJ: Preferentes según intensidad y frecuencia

Patologías de años de evolución.

Alteraciones de la conducta mantenidas.

Trastornos del control de esfínteres.

Trastornos del sueño.

Trastornos leves de la conducta alimentaria(niños selectivos).

Miedos y fobias no incapacitantes.

TDAH.

Problemas de la vida cotidiana.

Problemas de manejo en casa.

Problemas relacionados con iguales o progenitores o entre las parejas.

Adicciones con/sin sustancias.

# Derivar: USMIJ/otras especialidades

- Adicciones con /sin sustancias → UCA
- P. rendimiento escolar sin patología  
Valoración Psicopedagógica → C. Educativos
- Separación de padres sin  
repercusión en los menores → C. Mediación  
e Intervención Familiar
- Trast. del Lenguaje → Serv. de Rehabilitación  
del lenguaje
- Trast. del desarrollo → At. Temprana y/o  
Neuropediatría.
- Sit. de Riesgo Social → SSSS de zona.

## Pruebas complementarias y diagnóstico diferencial

- T. del Lenguaje verbal/ escrito ➡ ORL y OFTA
- T. Control de esfínteres ➡ analítica, cultivo, ECO
- TDAH ➡ analítica TSH y SNAP-IV
- T. Ansiedad ➡ descartar alteración tiroidea
- TCA ➡ analítica TSH, iones, EKG, IMC y percentil

## USMIJ

- Los profesionales de **Atención Primaria** (pediatras, médicos de familia, personal de enfermería, trabajadores sociales) trabajan en el nivel asistencial idóneo desde el que pueden prevenir y promocionar la Salud Mental de los niños y adolescentes.

# Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

## TDAH



# TDAH: Definición datos estadísticos

Trastorno del neurodesarrollo con una elevada carga genética,(76 %), la interacción entre esta carga y el ambiente explican en gran medida la presencia del trastorno.

inicio en la infancia

presente 4-6 % de la población infantil,

más propenso en niños (3-4 veces más que en niñas)

más frecuente a los 6-9 años de edad

persiste durante la adolescencia en un 70 %

en la edad adulta en más del 50 % de los afectados.

# TDAH: Derivación

## Circuito asistencial



# TDAH: Derivación



**Plan  
individual  
de  
intervención**

- Información escolar
- Información de AP /neurología
- Pruebas o test
- USMIJ: Diagnóstico clínico

# TDAH: Diagnóstico

## ¿Existe un sobrediagnóstico del TDAH?

En EEUU 1/10 niños  
entre 4 a 17 años  
presenta TDAH

### Motivos

- Sistemas de clasificación
- DSM\_5 /CIE10.
- >sensibilidad
- >conocimientos
- Estilo de educación

(Esfuerzo /motivación / autocontrol).



### Consecuencias

- Efectos del tratamiento innecesario.
- Estigma de ser designado.
- Coste para la familia y el sistema ....

# TDAH: Diagnostico

Diagnóstico es clínico

Identificación de los  
síntomas nucleares

Repercusión funcional a  
nivel familiar, social y  
académico

Exclusión de otros  
trastornos

# TDAH: Diagnostico

Falta de  
atención

Hiperactividad

Impulsividad



# TDAH: Diagnostico Falta de Atención

No prestar atención suficiente a los detalles o incurrir en errores por descuido.

Tener dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

Parecer no escuchar cuando se le habla directamente.

No seguir instrucciones y no finalizar tareas, encargos u obligaciones.

Tener dificultades para organizar tareas y actividades.

Evitar o ser reticente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.

Perder objetos necesarios para tareas o actividades.

Distraerse fácilmente por estímulos irrelevantes.

Ser olvidadizo.

# TDAH: Diagnostico Hiperactividad

Mover en exceso manos o pies o moverse en su asiento.

Levantarse del asiento en situaciones en que se espera permanecer sentado.

Sentirse inquieto.

Tener dificultades para dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

Estar en marcha a menudo o sentir como si se estuviera impulsado por un motor.

Hablar en exceso.

## TDAH: Diagnostico Impulsividad

Responder antes de que se haya concluido una pregunta.

Tener dificultades para esperar turno.

Interrumpir o entrometerse en las actividades de otros.

## Criterio Diagnóstico

Cinco (o más) síntomas de inatención o cinco (o más) síntomas de hiperactividad/impulsividad.

Estos síntomas deben haber persistido al menos durante 6 meses

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

# Síntomas asociados

Baja autoestima

Baja tolerancia a la frustración

Dificultades del manejo de la rabia

Búsqueda de sensaciones fuertes

Irritabilidad

Inestabilidad afectiva

Inseguridad

## Comorbilidad psiquiátrica

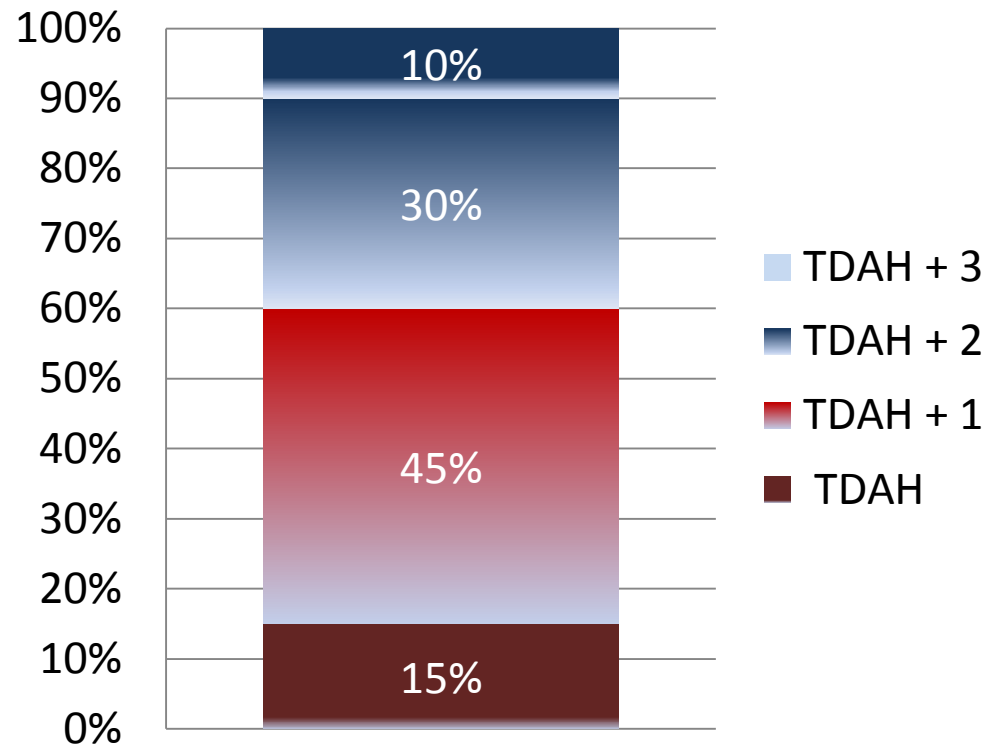
Aproximadamente un 70 % de los pacientes padece o tiene algún otro trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida, los mas frecuentes:

- ✓ Trastornos por uso de sustancias.
- ✓ Trastornos del estado del ánimo (depresión).
- ✓ Trastornos de ansiedad (TOC).
- ✓ Trastornos de personalidad .
- ✓ Trastornos disruptivos (TN-D).

# Comorbilidad psiquiátrica

## Porcentaje de uno a varios Trastornos comórbidos TDAH

Diagnóstico  
diferencial



# Factores ambientales asociados

Estrés

Negligencia/Maltrato

Abuso infantil

Malnutrición

Inconsistencia en pautas educativas



# TDAH: Tratamiento

El tratamiento del TDAH incluye cuatro pilares básicos:



# SNAP - IV

## GUÍA PRÁCTICA PARA LOS TRASTORNOS DE DÉFICIT ATENCIONAL CON/SIN HIPERACTIVIDAD

### Escala SNAP-IV (versión abreviada)

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Curso escolar: \_\_\_\_\_

Profesor. Rellenado por: \_\_\_\_\_

Tipo de Colegio:  Público  Concertado  Privado Núm. alumnos/clase: \_\_\_\_\_

Padres. Rellenado por:  Padre  Madre

Situación familiar:  Soltero/a  Separados/divorciados  Viudo/a

Número de miembros de la familia que conviven en el mismo domicilio (incluido el paciente): \_\_\_\_\_

Para cada uno de los apartados debe responder y puntuar de acuerdo con lo que mejor describa la actitud del niño/a:

0 = No o no del todo	2 = Sí, bastante
1 = Sí, un poco	3 = Sí mucho

#### Período de tiempo considerado para la evaluación:

1ª Evaluación:  La semana pasada  El mes pasado  El año pasado  Otro período: \_\_\_\_\_

2ª Evaluación:  La semana pasada  El mes pasado  El año pasado  Otro período: \_\_\_\_\_

3ª Evaluación:  La semana pasada  El mes pasado  El año pasado  Otro período: \_\_\_\_\_

4ª Evaluación:  La semana pasada  El mes pasado  El año pasado  Otro período: \_\_\_\_\_

Puntos de corte	Profesores	Padres
Punto de corte al 5% de la inatención (Valor SUMA INATENCIÓN /9)	<2,56	<1,78
Punto de corte al 5% de la hiperactividad (Valor SUMA HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD /9)	<1,78	<1,44
Punto de corte al 5% de la suma total (Valor SUMA TOTAL /18)	<2,00	<1,67

Alberto Espina y Asunción Ortega

### PUNTUACION

Por cada apartado evalúe de 0-3 de acuerdo con la intensidad que mejor caracterice al niño. Puntúe todos los apartados. Sílameto de un valor (0,1,2 ó 3)

0 1 2 3

1. Frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o tiene descuidas en los trabajos escolares o en otras tareas
  2. Frecuentemente tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas
  3. Con frecuencia parece que no escucha cuando le hablan
  4. Frecuentemente no sigue bien las instrucciones para poder finalizar una tarea escolar o tareas que se le encomiendan
  5. Con frecuencia tiene dificultad para ordenar
  6. Frecuentemente evita o no le gusta o se niega a aceptar tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, deberes o tareas de casa)
  7. Con frecuencia pierde materiales necesarios para hacer sus tareas (por ejemplo, libro de deberes, juguetes, lápices o herramientas)
  8. Frecuentemente se distrae por cualquier ruido o cosas que ocurren a su alrededor
  9. Con frecuencia es olvidadizo con las tareas diarias
  10. Frecuentemente mueve los dedos o los pies o se mueve en la silla cuando está sentado
  11. Frecuentemente se levanta de su asiento en clase o en otras situaciones en otras situaciones cuando no debiera hacerlo
  12. Frecuentemente da vueltas o se columpia en exceso en situaciones en las que esta actitud no es apropiada
  13. Frecuentemente tiene dificultades para jugar o hacer actividades en silencio
  14. Frecuentemente se mueve muy rápidamente como «si tuviera un motor»
  15. Con frecuencia habla en exceso
  16. Frecuentemente responde antes de hayan terminado la pregunta
  17. Frecuentemente tiene dificultad para esperar su turno
  18. Frecuentemente interrumpe o se intrucuye en las cosas de los demás (por ejemplo, se entromete en una conversación o en un juego)
- Suma total
- Suma de puntuación TDAH-inatención (apartados 1-9)
- Suma de puntuación TDAH-hiperactividad/impulsividad (apartados 10-18)

## WEBS DE INTERES

[www.fundacionadana.org](http://www.fundacionadana.org)

[www.fundacioncadah.org](http://www.fundacioncadah.org)

[www.iaqqs.net](http://www.iaqqs.net)

[www.feadah.org/es](http://www.feadah.org/es)

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



¿QUIÉN HAY DETRÁS  
DEL ESPEJO?

## TCA

# Trastornos alimentarios: Definición

Conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso disfuncionales y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos (Kirszman y Salgueiro, 2002).

- ✓ Anorexia nerviosa
- ✓ Bulimia nerviosa
- ✓ T. por atracón
- ✓ Otros t. alimentación no especificados

# ¿Qué es la anorexia nerviosa?

- 1-** Peso más bajo del esperable para su edad y talla, generalmente un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 17,5 .
- 2-** Esta pérdida de peso, o la falta de ganancia ponderal propia del periodo de crecimiento, está originada por el propio enfermo y no se explica por otras circunstancias.

# ¿Qué es la anorexia nerviosa?

**3-** Alteración en la percepción de la imagen corporal y actitudes anormales ante la comida y el peso. La alteración en la percepción de la propia imagen corporal a veces es negada por la paciente.

**4-** Amenorrea en mujeres, o falta de interés sexual en varones. En pacientes prepúberes existe una falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios

## ¿Qué es la bulimia nerviosa?

- 1-. Preocupación por el peso y la figura corporal como en la anorexia nerviosa, pero no hay una pérdida de peso tan grave que comprometa su estado físico.
- 2-. Episodios de atracones de comida con sensación de pérdida de control.
- 3-. Deseo de delgadez y preocupación con la dieta y el peso.
- 4-. Maniobras compensadoras posteriores orientadas a prevenir la ganancia de peso secundaria a la ingesta, tales como vómitos, laxantes, diuréticos o ejercicio.



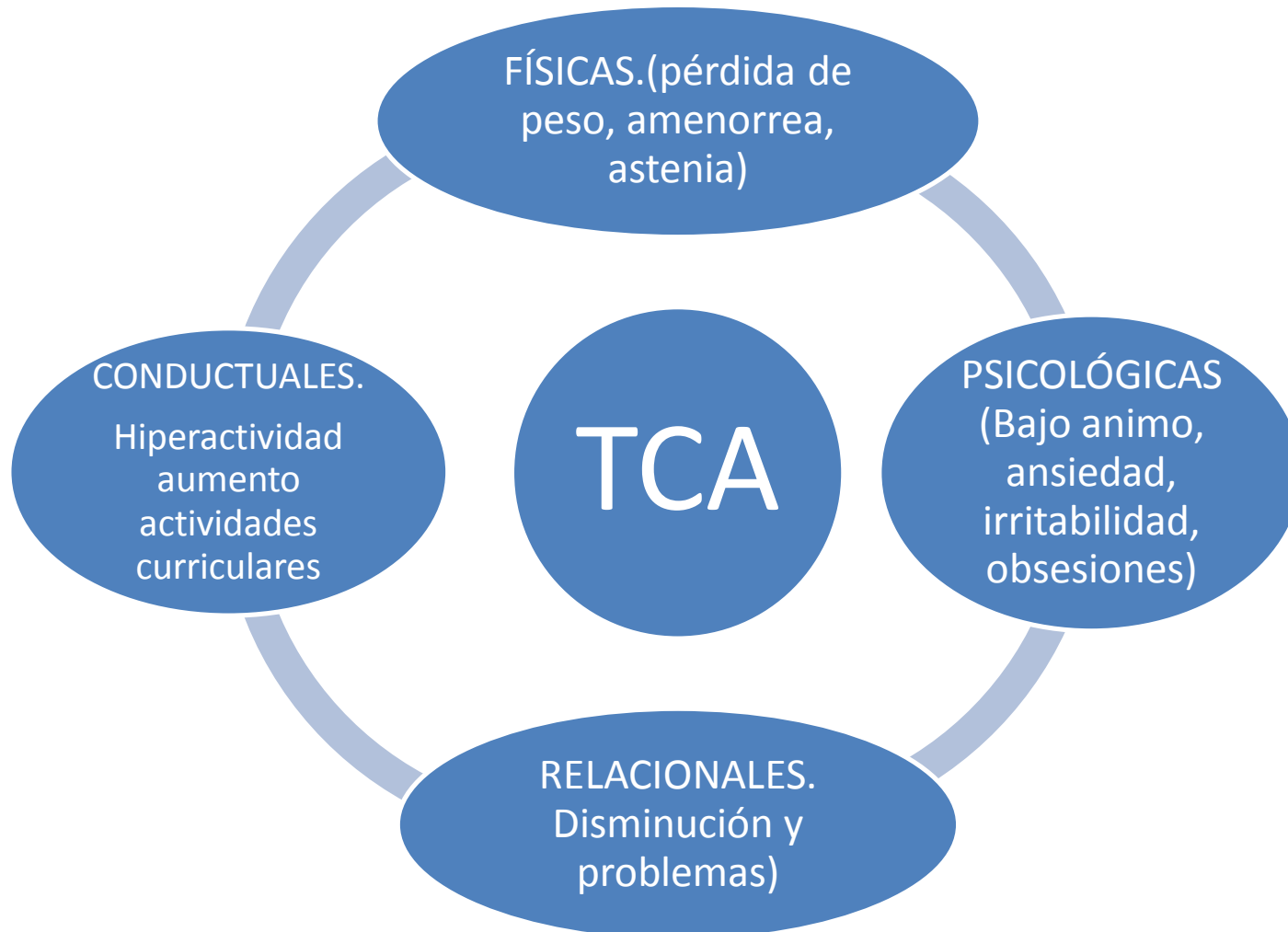
# TCA: Datos estadísticos

- Afecta al 1% de población adolescente.
- En el caso de la bulimia a más del 2% de la población adolescente.
- Los casos de formas parciales o incompletas hasta al 5% de esta población

# TCA: Pronóstico

- El pronóstico depende de diversos factores siendo uno de los más importantes la detección precoz y la posibilidad de un tratamiento adecuado.
- El tiempo normal de evolución en pacientes en tratamiento es de unos **4 años**.
- En seguimientos a largo plazo - **20 años** -, **la mortalidad de la anorexia nerviosa llega a ser del 18%** por causas directamente relacionadas con la enfermedad y un tanto por ciento más elevado (**30-35%**) **llegan a la cronicación**. En menos del 50% hay resolución completa del cuadro una vez diagnosticado.
- Para **la bulimia** se acepta una valoración **pronóstico ligeramente mejor** en lo que se refiere a mortalidad pero las tasas de **cronicidad llegan al 50%** .

# TCA: alteraciones



## ¿Cuándo preocuparse?

- El primer criterio diagnóstico IMC menor de 17,5.
- En preadolescentes aceptamos como criterio diagnóstico un peso inferior al 85% del esperable.
- Cifras inferiores acrecientan el riesgo de complicaciones orgánicas y su manejo puede requerir ingreso hospitalario para la reposición ponderal y el control conductual.

# ¿Cuándo preocuparse?

## Otros criterios de gravedad son:

- La pérdida de peso rápida (mayor del 20% en 6 meses).
- El ambiente familiar muy desestructurado (nadie se responsabiliza adecuadamente de la dieta).
- La existencia de psicopatología grave asociada (depresión, riesgo de suicidio, vómitos incoercibles).

# ¿Qué preguntar conducta alimentaria?

- ✓ ¿Qué comes durante todo el día?
- ✓ ¿Qué alimentos tomas sin preocupación y cuáles evitas?
- ✓ ¿Has vomitado, usado laxantes, diuréticos, o aumentado tu ejercicio? ¿Desde cuándo y en que medida?
- ✓ ¿Controlas excesivamente lo que comes? o ¿Has perdido en algún momento el control de tu ingesta?

# ¿Qué preguntar conducta alimentaria?

## Psicopatología

- ✓ ¿Qué piensas de tu peso actual?, ¿Cuál considerarías tu peso ideal?, ¿Estás preocupada por tu figura?
- ✓ ¿Cómo te sentirías si pesaras 'X' kg. ('X' sería el peso normal según el IMC de 20 a 25).
- ✓ ¿Cuánto tiempo del día dedicas a pensar en el peso y en la comida?, ¿Te pesas con más frecuencia?
- ✓ ¿Te obsesiona lo que has comido o lo que has de comer? ¿Te sientes deprimida o culpable? ¿Piensas en la muerte?

# ¿Qué preguntar conducta alimentaria?

## Físicos y vegetativos

- ✓ ¿Se ha modificado tu peso en las últimas semanas?  
¿Cuándo fue tu última regla?
- ✓ ¿Has notado debilidad en tus músculos? ¿Te agotas al subir escaleras, al peinarte o al cepillarte los dientes?
- ✓ ¿Cómo duermes?
- ✓ ¿Tienes mareos o sensación de desvanecimiento?
- ✓ ¿Tienes mayor sensación de frío?, ¿Tienes estreñimiento?



# Signos físicos y complicaciones

1.

• ENDOCRINOLÓGICAS

2.

• CARDIOVASCULARES

3.

• MUSCULOESQUELÉTICAS

4.

• RENAL

5.

• PIEL Y ANEJOS

6.

• METABÓLICAS

7.

GASTROINTESTINALES

8.

• SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

## ¿Qué explorar?

- Prestando especial atención a **demandas de dietas** o peticiones de **laxantes, diuréticos**, presencia de **síntomas gastrointestinales atípicos**, y en general ante las condiciones referidas anteriormente en cuanto a pérdida de peso.
- Si en la anamnesis evidenciamos la presencia de un **comportamiento alimentario alterado** (importante restricción en la ingesta, atracones, vómitos u otros métodos patológicos para controlar el peso) e intensa preocupación por la comida, el peso y/o la figura corporal, **nos encontraremos ante un trastorno de la conducta alimentaria**.
- **Despistada causalidad orgánica** y valorada la repercusión somática del trastorno, procederemos a su **derivación** al servicio especializado.

# Determinaciones y peticiones de pruebas

Es importante señalar que en la mayoría de los pacientes los hallazgos están dentro de la normalidad.

- **Constantes.** Tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca.
- **Bioquímica general.** \* Potasio (si  $< 3,5$  mmol./l. sospechar vómitos o abuso de laxantes) \* Alcalosis metabólica (sospechar vómitos) \* Acidosis metabólica (sospechar el abuso de laxantes)
- **Hemograma.** \* Anemia (Hb. de 9 a 12g/100ml, generalmente normocítica y normocrómica) \* Leucopenia ( 2-4 x 1.000/100 ml.) \* Plaquetopenia (raro) \* V.S.G. (normal)
- **Hormonales.** \* TSH, T3 libre (Descarta hipertiroidismo)
- **Electrocardiograma.** Alteraciones en el trazado secundarias a las modificaciones metabólicas e hidroelectrolíticas derivadas de la desnutrición y de las maniobras purgativas.

# Pautas para la derivación a la unidad de salud mental

- ✓ La derivación se efectuará ante la primera sospecha del cuadro, siendo recomendable:
- ✓ Señalar que la derivación se motiva por la complejidad del cuadro y el alto componente psicológico.
- ✓ Evitar decir que es un problema del paciente o que hay problemas en la familia.
- ✓ Resaltar que derivar no es un alta o un abandono, sino que es un abordaje conjunto de la situación.
- ✓ Señalar que la derivación es para estudio, evaluación y posible tratamiento.
- ✓ Presentarlo como ayuda para todos.
- ✓ Interconsultas conjuntas favorecen la visión integral de la situación y de la intervención ante la familia y entre los diversos niveles asistenciales

## Herramientas

- EDI-3 /EDI 3-RF
- GARDNER, VALORACIÓN DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL
- ESCALA DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES
- APGAR FAMILIAR
- AUTOREGISTROS
- DATOS ANTROPOMETRICOS
- TENSIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA
- VALORACIÓN SUBJETIVA GLOBAL

## EDI-3

- EDI-3
- 91 ITEMS EN 12 ESCALAS
- 3 ESPECÍFICAS DE TCA (bulimia ,insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez).
- 9 PSICOLÓGICAS GENERALES (altamente relevantes pero no específicas de TCA).
- 6 ÍNDICES ( 1 RIESGO DE TCA Y 5 INDICES DE CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS INTEGRADORES: ineficacia ,problemas interpersonales, problemas afectivos ,exceso de control ,desajuste psicológico general.
- ESCALAS DE VALIDEZ (permiten al profesional detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños).
- NOVEDAD: EDI-3 RF

# EDI-3

GRANA  
DA 2016  
20-25 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

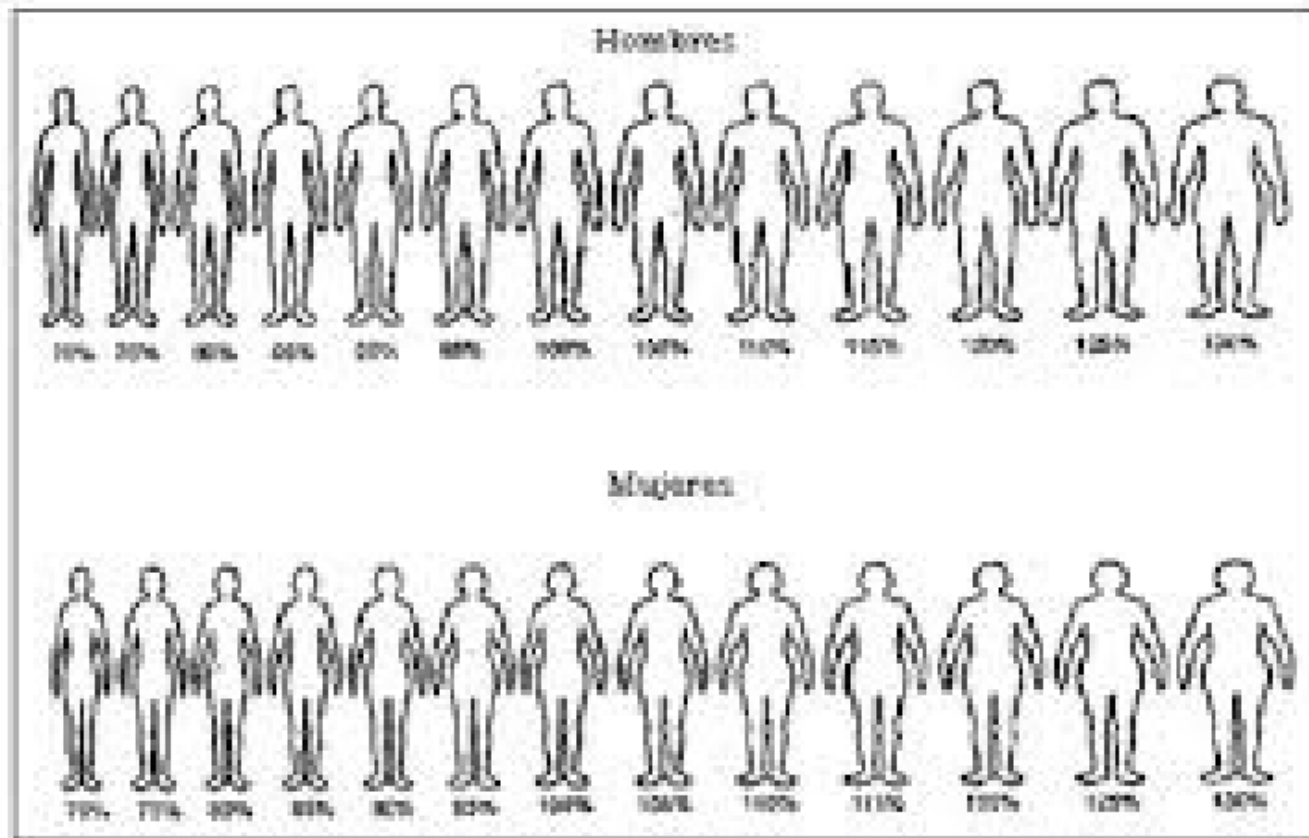






# GARDNER E IMAGEN CORPORAL

Figura 1. Escala de los trece dibujos del contorno de la figura (13-CS)



# Trabajo interdisciplinar

Valoración orgánica  
Tratamiento psicofarmacológico

Valoración orgánica  
Psicoeducación mecanismos fisiológicos implicados  
asociados al trastorno

Valoración psicopatológica  
Psicoeducación mecanismos psíquicos implicados  
asociados al trastorno  
Psicoterapia

PSIQUIATRÍA

ENFERMERÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Valoración psicológica  
Intervención psicológica

Valoración inicial  
Educación nutricional  
(EPS)  
Técnicas de regulación  
de activación  
Normalización de patrones  
(alimentación, sueño...)

ENDOCRINO

Formulación del caso  
Línea de tto  
RT específicas

Valoración orgánica  
Nutrición. Secuelas de desnutrición  
Tto farmacológico s.p.

## Factores predictores de éxito

- Solamente un 50% de los pacientes llegan a recuperarse completamente
- Un 20% (0-35) abandona el tratamiento prematuramente
- Peor resultado
  - Baja autoestima
  - Bajo peso o AN
  - Gravedad o frecuencia de los atracones
  - Comorbilidad con TP
  - Depresión
  - Actitudes hacia el peso y la figura
  - Historia previa de obesidad

## Áreas de especial atención

- Información científica clara sobre nutrición
- Normalizar los patrones alimentarios
- Enfatizar la adquisición de señales adecuadas de saciedad y hambre
- Seguimiento del peso hasta IMC normalizado

# Los objetivos terapéuticos básicos del plan de cuidados

Estabilizará su peso de forma progresiva, a medida que interiorice y ponga en practica los conocimientos adquiridos en el programa terapéutico, en lo referente a dieta y cuidados y necesidades nutricionales.

Identificará y expresará los problemas derivados de su trastorno a nivel físico, psicológico, social y familiar.

Expresar una imagen mas realista sobre sus dimensiones corporales.

El nivel de estrés y preocupación familiar, disminuirá a niveles basales.

El acto de alimentarse se realizará sin ansiedad añadida y procurará disfrute a la persona.

El desarrollo físico y mental del menor seguirá el curso de la normalidad, no viéndose afectado por déficits nutricionales.

# Maltrato entre iguales



# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales? Otros términos...

- Inicialmente, el término utilizado fue el sueco **“möbbing/ mobbing”**.
- Posteriormente, se han utilizado la palabra inglesa **“bullying”** que significa intimidación, “maltrato”, “abuso”, “acoso”, “meterse con alguien”, etc.
- A partir del Informe del Defensor del Pueblo ( 2000) “maltrato entre iguales por abuso de poder” o **“maltrato entre iguales”**.

# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales? Definición

Alumno/a que se ve expuesto, de **forma repetida** y **durante un tiempo** a diferentes **formas de acoso** u hostigamiento por parte de **un compañero/a** o **grupo de compañeros** en el que la víctima queda situada en una **posición de inferioridad** frente al agresor/es de la que no es capaz de salir por sus propios medios.





# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales?

## Datos

- Estudio estadístico avalado por La OMS realizado a escolares de 32 países revelo que un **24.8% de los niños españoles entre los 11 y los 18 años sufrían acoso escolar.**
- Los índices son aún más levados en países como EEUU, Francia, Reino Unido o Alemania.
- En España se realizó el informe Cisneros X sobre “Acoso y violencia Escolar en España”, a cargo de los profesores Piñuel y Oñate. Este estudio reveló que un **23.4% de los alumnos matriculados entre 2º de primaria y 1º de bachillerato eran víctimas del bullying.**

# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales?

## Datos

- Se puede deducir que el porcentaje de casos en nuestro país es **demasiado alto** para seguir pensando que se trata de casos aislados.



# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales? Características

- **la intención de hacer daño**, físico o psicológico.
- La **reiteración** de las conductas
- **El desequilibrio de poder** entre víctima y agresor, dejándola en una situación de indefensión.
- El triángulo formado por el **agresor/a, víctima y espectador/a**, con distinto grado de responsabilidad, es un esquema que se repite en todo fenómeno de maltrato y abuso entre iguales (Rosario Ortega).
- La situación de maltrato entre iguales se mantienen debido a **la ignorancia o pasividad** de las personas que rodean a los agresores, el suceso suele ser conocido por otros compañeros, que no contribuyen con suficiente fuerza para que cese la agresión.
- Las víctimas, sea cual sea su edad, **no siempre cuentan los hechos**, y cuando lo hacen, se lo dicen a los amigos, en menor medida a las familias y por último al profesorado.

# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales? Tipo Físico

Directo: Empujones, patas, golpes , agresiones con objetos.

Indirecto: Esconder, robar o dañar propiedades ajenas.



# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales?

## Tipo Verbal

- Directo: Insultar a la víctima y a su familia, menosprecio en público, resaltar defectos físicos.
- Indirecta: Poner motes, sembrar rumores dañinos.



# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales? Exclusión/ Marginación /Aislamiento

- No dejar participar a la victima , ignorar su presencia, no contar con él o con ella para actividades de grupo





# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales? Tipo Psicológico

- Intimidación, amenazas verbales o físicas , chantaje obtener dinero, objetos, obligar a la víctima a hacer cosas que no quiere.

Minar la autoestima y fomenta la sensación de temor...



# ¿Qué es el Maltrato entre Iguales?



**Racial :** Usar motes racistas o frases estereotipadas...

**Homófono :** Daños hacia las personas, tanto, psicológico, físico y moral por tener o aparentar tener una orientación sexual diferente...

**Sexual :** Agresiones verbales obscenas...



# Ciberacoso /Ciberbullying

- La conducta del agresor puede ser puntual pero el efecto es exponencial.



# Ciberacoso/Ciberbullying

- Las nuevas tecnologías proporcionan capacidades por su mayor habilidad a la hora de utilizar estos recursos y las falsas apariencias de anonimato en la red.
- El anonimato alimenta la sensación de poder sobre la víctima.



# Ciberacoso/Ciberbullying

El escenario virtual limita la percepción del daño causado.



# Ciberacoso /Ciberbullying

La inmediatez de las comunicaciones hace que los acosadores accedan a la víctima desde cualquier lugar y a cualquier hora del día, no solo en el ámbito escolar.

Los contenidos publicados se hacen incontrolables, la víctima no tiene conocimiento de quien lo ha podido ver, eliminando la posibilidad de que no se vuelva a repetir.

Provocando un mayor impacto sobre la víctima que aumenta su sufrimiento ante su indefensión.

# ¿Dónde aparece?

- El maltrato ocurre en cualquier lugar del centro escolar, son **menos frecuentes** en aquellos momentos y lugares en que hay **adultos presentes**.
- También se producen **y fuera del centro** hay un aumento significativo del acoso a través de las **redes sociales**.

Aula con/sin profesor

Autobús

Pasillo

Fuera del  
centro (alumnos,  
personas ajenas)

Patio

Aseos/  
gimnasios/Vestuario

Comedor

Salida/Entrada  
del centro



# Signos y síntomas

**Somatizaciones** (por la mañana se encuentra mal, en la escuela y piden que le vayan a recoger).

**Cambios de hábitos**(no quiere ir a la escuela o en el transporte escolar, pide que le acompañen, cambia de ruta, no quiere ir con los amigos, falta a clase, pasa mucho tiempo solo, no habla nada del colegio, enuresis secundaria, tics, miedos, falta de energía

**Cambios en la actitud hacia las tareas escolares**(baja el rendimiento académico, dificultad para concentrarse)

**Cambios de carácter**(esta irritable, se aísla, se muestra introvertido, angustiado o deprimido, triste, decaído, ansiedad, nerviosismo empieza a tartamudear, pierde confianza en si mismo, se muestra absorto, distraído

# Signos y síntomas del maltrato

**Alteraciones en el apetito**(pierde el apetito, o vuelve con hambre porque le han quitado el bocadillo o el dinero)

**Alteraciones en el sueño**(grita por la noche, tiene pesadillas, le cuesta dormir o se despierta muy pronto)

Vuelve a casa regularmente con la ropa o el material roto, perdido, tiene moratones, heridas o cortes inexplicables.

**Empieza a amenazar o agredir** a otros niños o hermanos menores

Rehúsa decir por que se siente mal o insiste en que no le pasa nada. Da excusas extrañas para justificar lo anterior.

**En casos graves llegar a tener ideaciones o realizar intentos de suicidio**

# Anamnesis

- Tiempo/ reiteración.
- Tipo de maltrato.
- Lugar del maltrato.
- Persona/s agresoras.
- Signos y síntomas.
- Si tiene conocimiento el c. educativo.
- Medidas.



# Decreto 3/2008, de 08-01-2008 de la convivencia escolar en CLM

CLM pretende establecer el marco general para que a los centros docentes públicos y privados concretos no universitarios regulen la convivencia escolar y definir un conjunto de actuaciones y medidas básicas / mínimas para la promoción y mejora de la convivencia.

# Decreto 3/2008, de 08-01-2008 de la convivencia escolar en CLM

Tipificación de las conductas gravemente perjudiciales para la convivencia escolar.

Situaciones que pueden agravar o atenuar las medidas correctoras.

Lugar donde se llevan a cabo las conductas.

Medidas correctoras: ante conductas contrarias a las normas de convivencia.

Otras medidas: Mediación / Protocolo de Acoso Escolar

-

# Protocolo De Maltrato Entre Iguales.

Resolución de 20-1-06; D.O.C.M 31 de Enero de 2006

El Protocolo no es una solución a todos los problemas de violencia escolar, tan solo un conjunto de actuaciones que han de ser impulsadas desde el propio centro educativo con el común objetivo de la promoción de la convivencia escolar.

# Maltrato entre iguales: normativa Resolución 20-1-06. DOCM 31 de enero2006

Ante el conocimiento por parte del centro educativo de una situación de maltrato entre iguales se requiere:

- Intervención inmediata. Una actuación rápida y firme corta el acoso de raíz.
- Proteger a la víctima durante todo el proceso.
- Garantizar la confidencialidad. Para evitar la exposición a situaciones de riesgo.
- Crear un contexto de colaboración de todas las personas implicadas.

# Maltrato entre iguales. Fases del proceso

1.

- **Identificar la situación**

2.

- **Primeras medidas en el centro educativo**
- **Comunicación a las familias**

3.

- **Recogida de información**
- **Análisis de la misma**

4.

- **Elaboración de un plan de actuación**

5.

- **Informar nuevamente a las familias implicadas**

6.

- **Plan de evaluación y seguimiento**

7.

- **Derivación/ actuación de oficio**

# Recomendaciones a padres

- ✓ **Ponlo en conocimiento del Centro Escolar, pero nunca intentes hablar con los agresores directamente ni con sus padre.**
- ✓ **Acudid a la entrevista** con los responsables del centro educativo.
- ✓ Tratad de **evitar la confrontación**; Se trata de recabar toda la información posible.
- ✓ **No es conveniente buscar culpables** de la situación, ni tener una actitud sancionadora
- ✓ Solicitar que el lenguaje que utilicen para facilitar os resulta lo mas comprensible

# Recomendaciones a padres

- ✓ Muestra a tu hijo **confianza** y **no quites importancia** al asunto, **déjale que hable** y te **explique** todo.
- ✓ Dad apoyo incondicional al hijo o hija, **él no tiene la culpa** de lo que le está pasando.
- ✓ **Solicitud apoyo** social y psicológico, si es preciso, para ayudar a vuestro/a hijo/a
- ✓ **Si tu hijo es testigo**. Hay que ponerse en lugar de la víctima, rompiendo la ley del silencio y alertando a los profesores de lo que han visto, porque esto no les convertirá en “Chivatos” todo lo contrario. No debe tener miedo a represalias por parte del agresor, porque cuando este no se sienta apoyado por el resto dejara de actuar. La unión hace la fuerza y siempre deben estar del lado de la víctima, apoyándola.

## Ideas Falsas generales

- “Son bromas o cosas de niños” o “No es para tanto”.
- “El / Ella se lo ha buscado”, “Algo habrá hecho”.
- “Ha sucedido desde siempre y no puede cambiarse”.
- “Estas situaciones imprimen carácter y forman parte del proceso de crecimiento”
- “La mejor defensa es devolver el ataque”



# Ideas Falsas generales/alumnos

- “El maltrato es cosa de chicos”
- “Estas cosas solo suceden en barrios marginales” o “Los acosadores siempre son chicos con problemas familiares”
- “Las victimas son niños débiles”
- “Es mejor mantenerse neutral ante las peleas”
- “Si lo cuento, seré un chivato”
- “Castigando a los niños agresores dejaran de hacerlo”

# Ideas Falsas padres

- “El agresor no necesita ayuda.”
- “El agresor es sólo un niño, no es responsable de lo que hace.”
- “Si mi hijo fuese acosado, me lo diría.”
- “Los profesores nunca saben lo que esta sucediendo.”
- “Todos hemos pasado por esto y no es tan grave.”

# Ideas Falsas centro educativo

- “Es mejor ocultar lo que ocurre para no dañar la imagen del centro.”
- “Los profesores saben enfrenarse a las situaciones de maltrato”
- No debe creer que “en mi escuela no puede haber maltrato porque todos nos llevamos bien” o “hay un buen clima de convivencia”

# Nuevas tecnologías nuevas adicciones

## USO Y ABUSO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

# Introducción

**Adolescencia:** un fenómeno psicológico, biológico, social y cultural. Periodo donde el individuo se desarrolla hacia la adquisición de la madurez psicológica a partir de construir su identidad personal (Castellana, 2003; 2005).

# Introducción

**Características evolutivas:** omnipotencia, tendencia a buscar la causa de sus problemas en el otro (culpar al exterior), poca experiencia de vida, dificultad de reconocer adicciones sutiles y necesidad de normalizar conductas

# Introducción

Todas estas características convierten a la adolescencia en un periodo sumamente **susceptible de sufrir conductas adictivas u otros trastornos psicológicos** relacionados con el uso de alguna de las aplicaciones de las TIC.

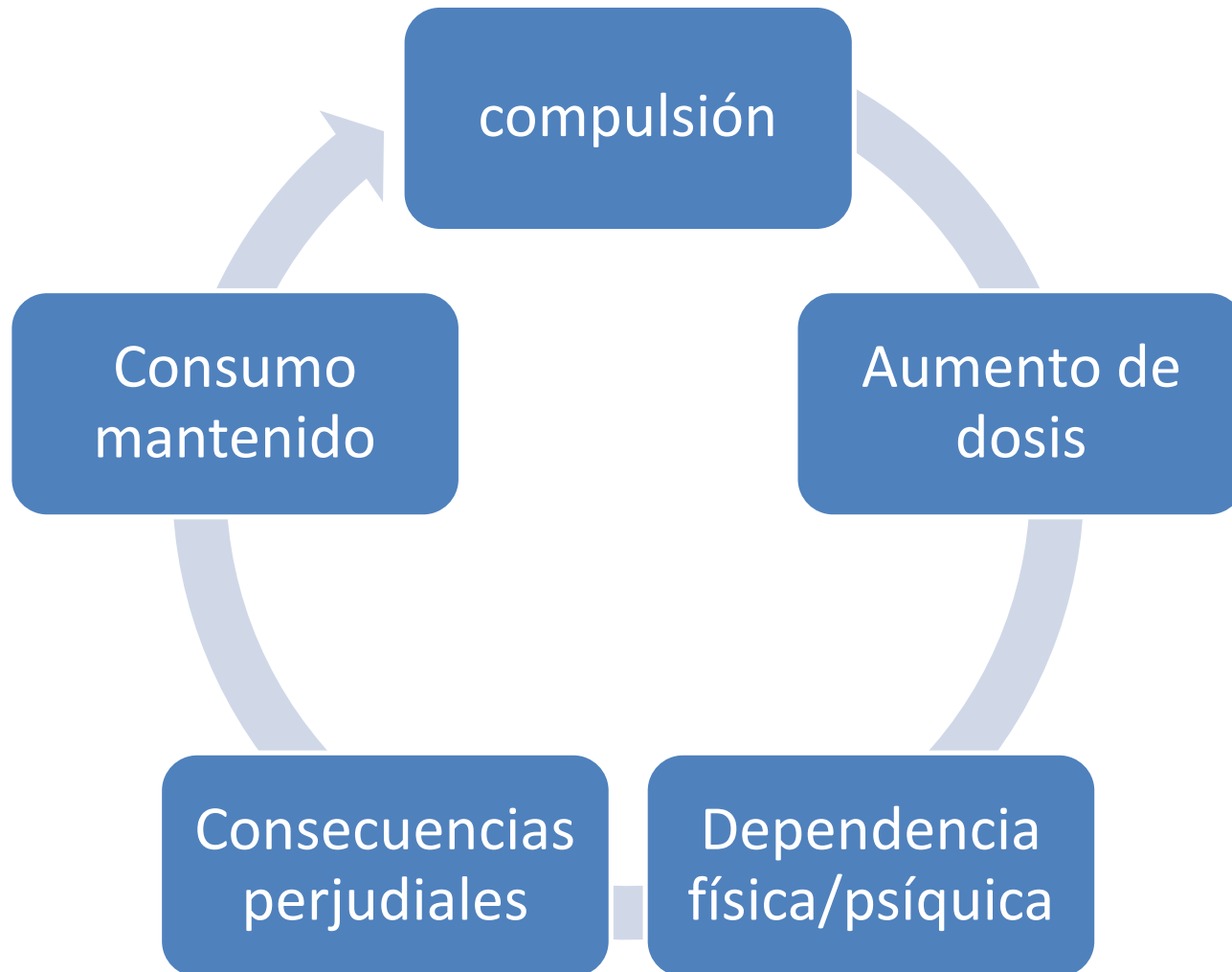
# Introducción

**ADICCIÓN:** Según la OMS.

Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:



# Adicción



# Sistema de recompensa

El **área tegmental ventral** y el **núcleo acumbens** constituyen los centros de recompensa

Son centros liberadores de **dopamina** y se ha implicado este neurotransmisor como el principal modulador de las respuestas en los centros de recompensa.

Otros neurotransmisores y receptores implicados en los sistemas de placer y recompensa incluye los **opioides, el glutamato, la serotonina y la acetilcolina.**

# Sistema de recompensa

Los estímulos que producen recompensa son diversos e incluyen sustancias como el **alcohol, la nicotina, el opio y sus derivados, la cocaína, los canabinoides y las anfetaminas.**

Los sistemas de recompensa también son estimulados en forma natural por los **alimentos, el sexo y el afecto.**

Las conductas de recompensa pueden ser estimuladas en forma positiva o negativa.

En el **reforzamiento positivo** la búsqueda de la sustancia se hace para obtener placer para su administración.

En el **reforzamiento negativo** la búsqueda de la sustancia se hace para aliviar el dolor, la depresión y el aislamiento social.

## ¿Por qué adolescentes?

Puede afectar a todas las edades, si bien, es el adolescente el más vulnerable

- Características evolutivas concretas
- Permiten un mundo de fantasía, irreal, y a veces impersonal
- Pueden manifestarse como les gustaría ser.

## Elemento compensador.....

de sus desventajas en otras áreas o esferas funcionales, sirviendo de refugio, pero esta solución agravará la compulsión de uso, agravando sus problemas, y generando dependencia emocional

# Diagnostico

El diagnóstico de la adicción a las TIC parte del mismo principio que las adicciones a sustancias. Se señalan tres síntomas nucleares (Echeburúa, 1999; Griffiths, 2000; Washton y Boundy, 1991)

# Síntomas

- **Incapacidad de control e impotencia.** La conducta se realiza pese al intento de controlarla y/o no se puede detener una vez iniciada.
- **Dependencia psicológica.** Incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible (**craving**) y la polarización o focalización atencional (la actividad se convierte en la más importante al dominar pensamientos y sentimientos).
- **Efectos perjudiciales graves en diferentes ámbitos para la persona** (conflicto intrapersonal: experimentación subjetiva de malestar) y/o su ámbito familiar y social (conflicto interpersonal: trabajo, estudio, ocio, relaciones sociales, etc.).

## Los síntomas no esenciales más frecuentes son:

- a) Tolerancia y abstinencia
- b) Modificación del estado de ánimo.  
Sensación creciente de tensión que precede inmediatamente el inicio de la conducta. Placer o alivio mientras se realiza la conducta. Agitación o irritabilidad si no es posible realizar la conducta
- c) Euforia y trance mientras se desarrolla la actividad;
- d) Negación, ocultación y/o minimización
- e) Sentimientos de culpa y disminución de autoestima.
- f) Riesgo de recaída y reinstauración de la adicción



# Adicciones vs uso excesivo

Investigaciones actuales están de acuerdo en que la adicción a las nuevas tecnologías, no existe como tal, y proponen como Dx el USO EXCESIVO.

ES CIERTO QUE ES DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO, MÁS  
HOY EN DÍA

- Nativos tecnológicos
- Necesidades académicas
- Necesidad para todo

## Sin consenso en la nomenclatura

internet addiction (Young, 1998),

internet addiction disorder (Grohol, 2005; Simkova y Cincera, 2004),

compulsive internet use (Black, Belsare y Schlosser, 1999; Meerkerk, Van den Eijnden y Garretsen, 2006),

pathological internet use (Davis, 2001),

problematic internet use (Shapira y cols., 2000; Shapira y cols. 2003),

unregulated internet usage (LaRose, Lin y Eastin, 2003)

# Excepciones que SI se consideran adicción

## Juegos de rol

- Word of warcraft
- O-game
- Line age

## cibersexo

## Compras on line

## Subastas,casinos y apuestas

## Chats/relaciones

# Adicciones químicas

## Adicciones N Tec

PRIORIDAD

CONSECUENCIAS NEGATIVAS

# Prioridad

GRANA  
DA 2016  
20-28 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

 SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

Deseo intenso y  
persistente

Compulsividad

Falta de control

Aumento del  
tiempo de  
ocupación

Abandono de  
otras  
actividades  
vitales

# Consecuencias

## FISIOLÓGICAS:

cansancio, sedentarismo,  
fatiga ocular, problemas  
musculares

## PSICOLÓGICAS:

Depresión, inestabilidad  
emocional, agresividad,  
empobrecimiento afectivo,  
confusión mundo real/no  
real (inmersión)

## PSICOSOCIALES

Aislamiento social,  
conflictos familiares-  
escolares-laborales,  
incumplimiento de  
actividades cotidianas

# Negación

GRANA  
DA 2016  
20-25 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

 SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

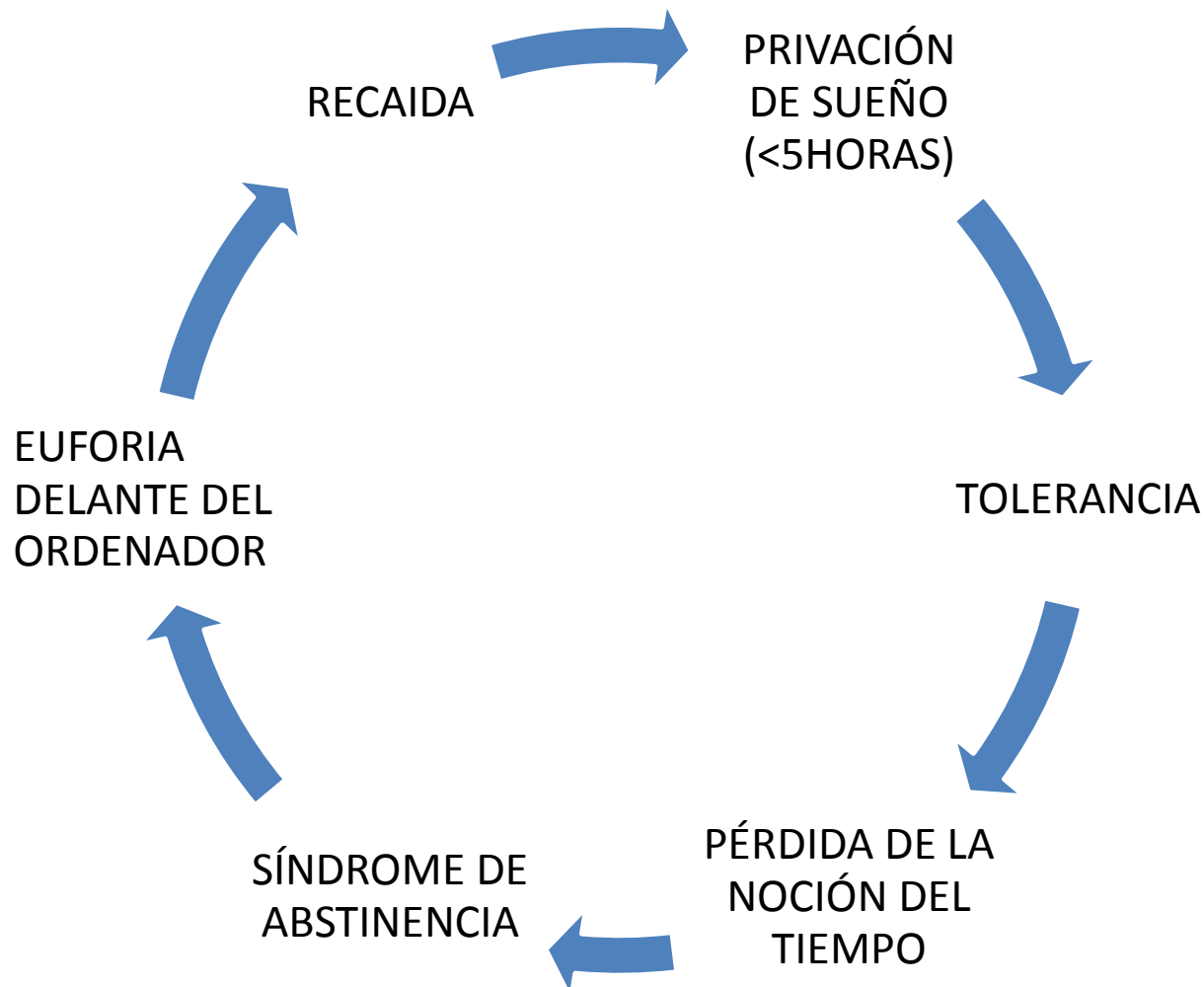
Distorsión cognitiva general

Racionalización

Minimización

Ocultación

# Ciclo





# Tecno-ansiedad

Pablo Muñoz Gacto, psicólogo, define 3 niveles de tecno-ansiedad:

**LEVE:** casi todo el mundo, sobre todo los profesionales que necesitan estar conectados

**PREOCUPANTE:** escapa al control, angustia y estrés

**ALARMANTE:** círculo vicioso de ansiedad-dependencia

# Tecnodelirios

J.Carroll,RMIT University,Melbourne

GRANA  
DA 2016  
20-28 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia



**SENSACIÓN DE ANULACIÓN:** si no te conectas, no existes

**APEGO ENFERMIZO:** bajo rendimientoaccidentes,caidas,

**TEXIEDAD:** estrés al no poder enviar ni recibir mensajes, o no tener rápida respuesta

**TEXTO MÚLTIPLE:** envió compulsivo de mensajes a mucha gente, para recibir más respuestas

**TEXTOFRENIA:** creencia errónea y obsesiva de que se ha recibido un mensaje.(también sonido)

**NOMOFOBIA:** miedo exagerado a perder el móvil

# Hikikomori

Renuncian a la vida exterior/real

Poseen en su habitación toda clase de elementos tecnológicos

Miedo al rechazo, al fracaso

Se comunican, pero no arriesgan

Evitan la tolerancia a la frustración, elemento madurador

# NIÑOS, ADOLESCENTES Y REDES SOCIALES #KON3CTADOS O ATRAPA2?



PREMIAL POR UNA COMUNICACIÓN RESPONSABLE - PRODUCTO Y PUBLICIDAD DE UNILEVER - 1.000.000.000

Logos of sponsors and partners including Unilever, Congreso de Pediatría, and various medical associations.

el chupete logo and website information: [www.elchupete.com](http://www.elchupete.com)

## Pantallas hoy en día

Antes, menos activas; hoy **PROACTIVAS**  
no es un mero espectador (cine, tv), es parte del  
escenario y factor de desarrollo de la acción,  
**DECIDE** el desenlace, por lo tanto...sensación de  
**CONTROL, DOMINIO, DESTREZA**, lo que impulsa a  
repetir y de aquí a la reiteración compulsiva, y de no  
mediar, a la **DEPENDENCIA**.

# Elementos que hacen que aumente la compulsividad

Accesibilidad---- en todo momento

Anonimato ----- un simple Nick

Excitación ----- permanente

Inmediatez ----- TODO en un instante

Económico ----- tarifas planas (relativo)

## Elementos que hacen que aumente la compulsividad

Por otro lado los jóvenes crecen en entornos de vértigo con constantes estimulaciones que les acostumbra a gratificaciones fáciles e inmediatas con lapsos de atención cortos, de ahí la fascinación por los videojuegos con su reto atractivo, con su intensa interactividad con el medio audiovisual que absorbe, subyuga y evade.

# Adultos y autoridad

Nueva relación de autoridad y poder

Antes los padres eran mediadores de las tecnologías

Ahora los jóvenes van por delante

Clara ventaja, mayor destreza, cuestionadores de la autoridad

Nativos tecnológicos: forma parte intrínseca de su cotidianeidad



**Cosas a las que se dedica menos tiempo por utilizar Internet.  
Respuesta múltiple (15-29 años), 2011 (%)**

	Total	15-19	20-24	25-29
Ver la tele	47,2	49,3	49,2	44,0
Estar sin hacer nada	45,7	48,5	48,0	41,7
Buscar información en bibliotecas, catálogos, guías...	27,0	11,8	26,3	26,1
Leer	25,1	33,1	24,0	20,4
Dormir	18,8	22,9	18,6	15,9
Ir al cine	18,8	19,0	20,7	17,1
Estudiar	18,4	5,8	19,1	7,3
Oír la radio	18,1	20,4	21,2	13,9
Practicar algún deporte	17,4	28,9	17,7	14,9
Pasear, salir con amigos/as, estar con la pareja	16,7	20,4	17,0	13,8
Trabajar	4,5	20,7	4,9	3,3
Ninguna	17,6	13,8	17,9	21,4
TOTAL (N)	1.301	363	429	509

# Estrategias Preventivas

GENERALES:

Seno de la familia

Medio escolar/educativo

En base a: riesgo y características demográficas

# Estrategias preventivas

Limitar uso y pactar horas

Fomentar las relaciones sociales clásicas

Potenciar el cine, la lectura...

Deporte y actividades de equipo

Fomentar las relaciones familiares

## Estrategias preventivas internet (young 1999)

Practicar lo contrario, en el tiempo de uso

Interruptores externos (relojes, alarmas)

Fijar metas(realista, esquema de conexiones)

Abstinencia de una aplicación particular

Usar tarjetas recordatorias

Inventario personal

Educar en el uso de internet



# Estrategias preventivas internet (young 1999)

Herramientas y recursos de prevención  
(pageaddict.com)

Hablar de internet con el adolescente

Exceso de internet como reacción al malestar psicológico  
(escucha activa)



# Redes sociales

## ESTADÍSTICA: Las redes sociales y los adolescentes



- 73% participa activamente en las redes sociales
- 37% envía mensajes a sus amigos todos los días
- 8% de los niños americanos usan Twitter
- El 22% de los adolescentes hacen login en Facebook más de 10 veces al día
- El 25% de los usuarios tienen menos de 10 años
- La media de amigos en Facebook es de 201

¿pedro\_2001@yahoo.com,  
aceptas a marta\_sg@hotmail.com  
como tu legítima esposa?





# Estrategias preventivas móvil

## Usos propios del adolescente

- Alto porcentaje de posesión
- Tarjetas prepago
- Uso intensivo de juegos y sms
- Necesidad de personalización
- Conversación con los amigos
- No delimitan espacios de uso

## Actuaciones preventivas

- Retardar la edad de posesión
- Pedagogía del esfuerzo
- Autoregulación, tolerancia a la espera
- Permitir personalización, marcando límites
- Conciencia de tiempo
- Marcar espacios de uso

# Estrategias preventivas videojuegos

GRANA  
DA 2016  
20-28 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia



**Ubicación: espacio común**

**Compartir: jugar con ellos**

**Duración: uso no educativo**

**Tipo de videojuego: código PEGI**

**Autoregulación: pactar con ellos**

# Codigo PEGI



# Argumentos Favorables

Entretienen y divierten

Estimulan la coordinación óculo-manual

Promueven procesos cognitivos complejos:  
atención, percepción visual, memoria, secuenciación de información...

Se adquieren estrategias para aprender a aprender en entornos  
nuevos(simuladores)

Refuerzan el sentido de dominio y control personal

Potencian la autoestima y relación con otros jugadores



## Tratamiento y objetivo

Control de estímulos y exposición gradual,  
seguido de programa de prevención de recaídas.

A diferencia de otras adicciones, el objetivo no es  
la abstinencia total, sino el

**uso controlado**

# Problemas respecto al tratamiento

Negación del problema

No buscar ayuda

Abandono del tratamiento

Otros abandonan los hábitos adictivos por si solos...



## Centros de tratamiento

**Fundación Gaudium** es la primera entidad de ámbito nacional que se ha dedicado a la investigación y a la prevención de las adicciones a las nuevas tecnologías en la población infantil y juvenil, desde que en 2006, en colaboración con la **Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid**, pusiera en marcha el primer programa preventivo que se hizo en España.



## Conclusiones

El origen del conocimiento sobre TIC, son los medios de comunicación, no siempre fiables.

Alarma Social, por lo tanto fomentar la investigación.

Prevención de Futuros problemas

Necesidad de definir criterios diagnósticos sólidos

# Bibliografía



**Plaza del Pino FJ, Martínez Gálvez L, Plaza del Pino MD. Taxonomía NANDA, NIC y NOC en el Trabajo de Enfermería con Adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Enfermería Docente 2007;86:31-5.**

**MIOTTO WRIGHT M. La contribución de la Enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en América Latina: un proceso en construcción. CIENCIA Y ENFERMERIA 2002;8(2).**

**Faraone S.V. TDHA y trastornos por consumo de drogas. RET, Revista de Toxicomanías 2006;48:15-9.**

**Espada Sánchez JP, Méndez Carrillo FX. Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS 2001;(1):25-55.**

**Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Factores de riesgo familiares para el uso de las drogas: un estudio empírico español. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS 2001;(2):57-112.**

**Becoña Iglesias E. Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS 2001;(3):113-40.**

**) Ramón Florenzano U, Patricia Sotomayor C, Magdalena Otava T. Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. Rev chil pediatr 2001;72(3).**

**“El mejor medio  
para hacer buenos a los niños  
es hacerlos felices”  
(Oscar Wilde)**

**[ignacior@sescam.jccm.es](mailto:ignacior@sescam.jccm.es)**