

Tema 14. Ciberpatologías: ciberacoso y adicción a las nuevas tecnologías

M.^ªA. Salmerón Ruiz, P. Sánchez Mascaraque

RESUMEN

Internet es una herramienta llena de oportunidades, pero con diferentes riesgos que impactan sobre la salud de los usuarios según la edad. En este capítulo se tratarán en profundidad el ciberacoso y la conducta adictiva a internet. El ciberacoso es un tipo de maltrato, cuya prevalencia real es desconocida debido a la escasa evidencia científica de los estudios al respecto. El impacto sobre la salud de las víctimas, agresores y observadores del *ciberbullying* es similar al de cualquier tipo de maltrato, y muestran sintomatología a corto y largo plazo. Las víctimas presentan un índice mayor de depresión grave y suicidio que en el acoso escolar presencial, al estar sometidas en cualquier momento y lugar. Los pediatras gozan de una posición privilegiada para realizar una prevención primaria y una detección precoz de los casos, al ser consultados por los síntomas físicos. El abordaje debe ser integral. La conducta adictiva a internet aún se encuentra en fase de estudio, con una escasa evidencia, pero reviste una gran relevancia clínica. Aún no ha sido reconocida entre las entidades recogidas en el DSM-5. Su sintomatología es similar a la de otras adicciones sin sustancias, con una pérdida del control en el uso de internet, que podría conllevar el abandono de otras esferas personales. El uso y el abuso de internet están relacionados con ciertas variables psicosociales, como la vulnerabilidad psicológica, los factores estresantes y el apoyo familiar y social.

Introducción

Internet es una herramienta llena de oportunidades que ha avanzado enormemente en la última década, provocando que muchos adultos y profesionales de diferentes ámbitos, que son responsables de proteger a la infancia (padres, educadores y médicos, entre otros), no tengan los conocimientos suficientes para garantizar un uso responsable y adecuado. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

también comportan riesgos, por lo que es necesario que los pediatras estén formados al respecto, ya que impactan directamente y de forma negativa sobre el bienestar físico y mental del niño¹.

Para entender los riesgos de las TIC hay que diferenciar dos etapas o grupos de edad:

- **Menores de 2 años.** Es una etapa crucial en el desarrollo psicoevolutivo, en la que se establecen el apego y el 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 psicoevolutivo y en el sueño. Según la Academia Americana de Pediatría, los menores de 2 años no deben usar dispositivos electrónicos².
- **Preadolescentes y adolescentes.** El riesgo más frecuente en esta población es el acceso a una información inadecuada para su edad. El que entraña mayor riesgo es el ciberacoso, por la alta probabilidad de depresión grave y suicidio que comporta, pero también el uso inadecuado de la identidad digital, el abuso y las conductas adictivas a internet, los trastornos del sueño y los problemas atencionales¹.

El rol del pediatra es fundamental en la detección precoz y el tratamiento de los riesgos, así como en la educación para la salud de las familias y los pacientes¹.

Ciberacoso

Definición y subtipos

El ciberacoso se define como el maltrato ejercido a través de internet. Pueden diferenciarse dos subtipos que afectan a la infancia: ciberacoso escolar (*ciberbullying*) y ciberacoso sexual (*grooming*).

Ciberacoso escolar, o «ciberbullying»

Tanto el acoso escolar tradicional como el *ciberbullying* son formas de violencia o maltrato que generalmente coexisten, contra las que todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser protegidos³.

En España, el *ciberbullying* 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»⁴. Sin embargo, no existe actualmente una definición internacional única de este concepto, ya que diversas instituciones han intentado llegar a un consenso sin conseguirlo. 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, lo cual difiere de otras definiciones disponibles de ciberacoso escolar⁵.

Ciberacoso sexual, o «grooming»

Es el ciberacoso con contenido sexual ejercido deliberadamente por un adulto sobre un niño (o entre 2 niños en los que pueda establecerse una relación de poder y un control emocional), cuyo fin último, en la mayoría de los casos, es obtener imágenes de pornografía infantil o cometer un abuso sexual. El principal riesgo es enviar o compartir imágenes con contenido sexual de forma voluntaria (*sexting*) a desconocidos. Es un delito tipificado como abuso sexual infantil⁴; por tanto, para considerarse *grooming* debe haber un contenido sexual obtenido mediante coacción.

Epidemiología

Su prevalencia es desconocida debido a que no existen una definición consensuada ni unos instrumentos de detección homogéneos, por lo que la medición del fenómeno difiere según los distintos países y estudios realizados. Las tasas de prevalencia son muy variables: del 1-30% para la perpetración del *ciberbullying* y del 3-72% para la victimización por *ciberbullying*. Una revisión sistemática sobre la prevalencia del *ciberbullying*, realizada en Estados Unidos en 2015, concluyó que la calidad de los estudios es baja en general, detectándose también una prevalencia del ciberacoso con una variedad muy amplia: del 1-41% para el agresor y del 3-72% para las víctimas⁶. En Europa, el informe «Net Children Go Mobile Report», que incluyó a 7 países y a 3.500 niños de la misma edad, mostraba un 12% de víctimas de ciberacoso⁷.

En España, Save the Children, junto con un equipo de investigación experto, realizó un estudio en una muestra representativa de ámbito estatal. Se realizó una encuesta a 21.487 estudiantes de diferentes centros educativos que cursaban Educación Secundaria Obligatoria (de 12-16 años de edad). En la encuesta se realizó la distinción entre ciberacoso ocasional (1 o 2 veces) y frecuente (con una repetición de 1-2 veces al mes hasta más de 1 vez a la semana). Los resultados muestran que un 6,9% se consideraba víctima de ciberacoso (el 5,8% de forma ocasional y el 1,1% frecuentemente)³.

Diferencias entre acoso escolar presencial y «ciberbullying»

El medio que utiliza el ciberacoso, las TIC, conlleva que este tipo de maltrato presente algunas diferencias con respecto al acoso tradicional⁴:

- Mayor victimización (dado que 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).
- Falsa sensación de anonimato, lo que facilita que los agresores que no se atreverían a maltratar cara a cara lo hagan a través de la red.
- Mayor audiencia: cualquier persona que pueda acceder a la red social es observadora potencial del maltrato.

Clínica

La clínica más frecuente son los síntomas físicos de origen psicossomático, tanto en las víctimas y agresores como en los 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 interroga⁴ (tablas 1 y 2).

Al analizar las características de la personalidad afectadas en la víctima y el agresor de ciberacoso, destaca que ambos tienen problemas de autoestima y de habilidades sociales comunicativas. Llama la atención, además, que el agresor en ciberacoso presente una afectación de las habilidades sociales de asertividad y resolución de conflictos, y también dificultad para la empatía cognitiva y la asertividad³.

Tabla 1. Sintomatología del ciberacoso en la víctima⁴

| Clínica a corto y medio plazo | | | Clínica a largo plazo |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| Síntomas físicos | Síntomas psicológicos | Síntomas comportamentales | Síntomas psicológicos |
| Cefalea | Cambios bruscos de comportamiento | En el uso de internet | Cambios permanentes en la personalidad en 3 patrones diferentes: – Resignación – Rasgos obsesivos – Rasgos depresivos con sentimientos de indefensión |
| Dolor abdominal | Ansiedad | Ausencias escolares | Hiperalerta y desconfianza |
| Mareos | Depresión | Bajo rendimiento | Trastorno por estrés postraumático |
| Hipotonía | Baja autoestima | Cambio/ausencia de amistades | Dificultad en las relaciones sociales |
| Imposibilidad de caminar | Indiferencia | Falta de 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 2. Sintomatología del ciberacoso en el agresor

| |
|---------------------------------|
| Ansiedad y conductas depresivas |
| Síntomas psicósomáticos |
| Problemas académicos |
| Desajuste social |
| Aislamiento |
| Consumo de tóxicos |
| Baja autoestima |

Tabla 3. Preguntas sobre las TIC en la historia clínica⁴

| | |
|------------------------------------|---|
| 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 momentos de ocio... |
| Tipos de aplicaciones | Redes sociales, entretenimiento, correo electrónico... |
| 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 |

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

Historia clínica y exploración física

Los niños que han sufrido maltrato 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, incluidas las revisiones de los programas de salud, sobre todo en el adolescente. La historia social debe incluir el entorno familiar y escolar, las aficiones y el círculo social, así como el uso que se hace de las TIC (tabla 3), evaluando las prácticas de riesgo y un eventual uso problemático o adictivo de éstas^{4,8}.

Es importante determinar si el paciente ha sido conocedor de situaciones conflictivas en internet: si algún amigo ha intimidado o sufrido intimidación a través de ellas; si él/ella ha sido víctima; si ha agredido alguna vez, o si ha sido testigo y cómo ha actuado en dicho caso (protegiendo a la víctima, apoyando al agresor o ignorando lo sucedido)⁴.

En el caso del *ciberbullying* o el *grooming*, al igual que ante cualquier caso de maltrato, hay que recoger textualmente el relato del niño o adolescente, entre comillas. En el juicio clínico deberá constar «sospecha de *grooming* o *ciberbullying*» y nunca contener el nombre de los agresores.

En el caso del *ciberbullying* se deberán recoger los datos siguientes:

- Tiempo de evolución.
- Nombre del centro escolar y curso de los supuestos niños que agreden.
- Nombre de la red social o juego en que lo acosan.
- Preguntar acerca de los lugares donde se ha sufrido el acoso: patio, comedor, actividades extraescolares, a la salida del colegio (pues existe la posibilidad de estar sufriendo además un posible acoso cara a cara).
- Sintomatología (veáse apartado de Clínica).
- Evaluar los posibles trastornos del ánimo y la presencia de ideación autolítica o intento suicida, por su alto riesgo en estos pacientes.

En el caso específico del *grooming* se deberán recoger los datos siguientes:

- Tiempo de evolución del acoso.
- Nombre de la red social o juego a través del cual se hizo el envío de las imágenes o vídeos.
- Alias usado por el agresor (pues se suele utilizar un nombre falso).
- Especificar si se ha quedado en persona o no con el agresor.
- 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. Si se observa algún tipo de lesión sugerente o sospechosa de maltrato, se activará el protocolo de actuación según cada caso (veáse algoritmo de actuación).

Atención en consulta

Para un manejo adecuado de los pacientes es esencial la detección precoz de los casos de ciberacoso, con el fin de realizar un tratamiento precoz y efectivo tanto para la víctima como para el agresor.

La actuación debe ser coordinada con los distintos sectores involucrados, según cada caso (profesores, Fiscalía de Menores, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, familia, protección a la infancia...), y debe activar los mecanismos necesarios de protección a la víctima y de detección y seguimiento del agresor (veáse algoritmo de actuación)^{1,4}.

Además, es fundamental considerar que tanto la víctima como el agresor son niños y han de ser objeto de cuidado e intervención por parte de los profesionales de la salud y los sectores involucrados en los casos de ciberacoso escolar.

Medidas ante un caso de ciberacoso

El manejo del ciberacoso en la consulta constará de las siguientes medidas:

- **Valoración de la víctima.** Será fundamental realizar una historia clínica y una exploración física completa, no sólo orientada al ciberacoso sino también para descartar otro tipo de maltrato, como abuso sexual o maltrato físico, que puedan estar presentes (veáse apartado correspondiente a la historia clínica y exploración física). Es imprescindible explorar la ideación autolítica para derivar al paciente al servicio de 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 (veáse algoritmo de actuación).
- **Parte de lesiones.** Dirigido a la Fiscalía de Menores si el agresor es menor de 18 años o al Juzgado de Guardia si el agresor es mayor de 18 años (anexo 1). Es necesario realizarlo en los siguientes casos:
 - *Grooming* si se ha quedado con el agresor: actuar según el protocolo de abuso sexual⁹.
 - *Grooming* si no se ha quedado con el agresor: es recomendable realizarlo, aunque no haya lesiones, para describir el estado de la víctima por la alta sospecha de maltrato.
 - Ciberacoso escolar con acoso escolar cara a cara y presencia de lesiones físicas o intento de suicidio.
 - Ciberacoso escolar sin lesiones. No hay que realizar parte de lesiones: debe primar la intervención educativa. Si se considera la existencia de delito una vez investigado el caso, el centro escolar está obligado a ponerlo en conocimiento de la Fiscalía de Menores.
- **Comunicación a Trabajo Social** (anexo 2). 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 *ciberbullying* se aconseja no denunciar inicialmente, ya que la intervención escolar debe ser el pilar fundamental del manejo.
 - En el caso de *grooming* hay que realizar una denuncia inmediatamente, dada la gravedad del delito.
- **Contactar con el centro escolar** (anexo 3). Es uno de los pasos fundamentales en el manejo de un acoso escolar presencial o de un ciberacoso escolar, así como 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», dado que es imposible establecer un diagnóstico definitivo sin una adecuada evaluación de la situación por parte del centro escolar. La coordinación con los centros escolares y Trabajo Social es fundamental, ya que hay acosos

escolares aparentes que pueden deberse a múltiples causas, como maltratos en el ámbito familiar o de otro tipo¹⁰. En el caso de ciberacoso escolar no debe constatar el nombre de los supuestos niños que agreden, y se debe alentar al colegio a investigar y adoptar las medidas necesarias, según sus protocolos, y a considerar derivar a los agresores al centro de salud.

- **Seguimiento clínico.** Hay que 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 (véase algoritmo de manejo de ciberacoso). Además, se debe acompañar a la víctima para que se sienta protegida, tome las medidas necesarias para realizar un uso seguro de las TIC y sepa cómo actuar en caso de sufrir un nuevo ciberacoso (prevención primaria). Se deben evaluar en cada control la sintomatología de ser víctima o agresor y la posible derivación al servicio de salud mental si es necesario.

Medidas iniciales de los dispositivos electrónicos

- **Objetivo:** alejar a la víctima del agresor con el fin de evitar que pueda seguir agredirla.
- **Grooming.** Al ser un delito grave, las pruebas deben ser extraídas por la policía. Los dispositivos electrónicos (teléfono, ordenador, tabletas, etc.) no deben ser manipulados; se recomienda dejarlos en el estado en el que se encuentren, encendidos o apagados, y acudir a denunciar de forma inmediata.
- **Ciberacoso escolar o *ciberbullying*:**
 - Guardar las pruebas por medio de captura de pantalla (teléfono) o imprimir pantalla en el ordenador y obtener certificado digital (se puede conseguir de manera gratuita a través de la página web www.egarante.com, siguiendo las instrucciones especificadas en el sitio web).
 - Denunciar a la plataforma lo ocurrido. En la mayoría de las redes sociales existe un menú desplegable en cada comentario, una de cuyas opciones permite denunciar en la plataforma el mensaje ofensivo. No es una denuncia policial, ya que son las redes sociales las que rastrean los perfiles denunciados y pueden borrar aquellos que hayan provocado daños a otros.
 - Borrar los comentarios ofensivos para que no sean compartidos ni permanezcan accesibles.
 - Eliminar al agresor de todos los perfiles sociales para evitar que pueda seguir en contacto con la víctima.

Tratamiento

De la víctima

En el servicio de salud mental, el tratamiento de las víctimas de maltrato es complejo e individualizado y depende de múltiples factores: edad del niño, relación con el agresor (en este caso, si el ciberacoso viene de desconocidos o de un amigo), tiempo de duración del maltrato, cómo lo vive el niño, si se asocia a otros tipos de

maltrato... El tratamiento se centra en el daño que presente el niño: clínica de ansiedad, depresión, fobia a ir al colegio, imitación y adopción del rol de agresor para protegerse y, en casos graves, trastornos por estrés postraumático. Hay niños víctimas de acoso y sin psicopatología debido a la resiliencia de cada uno y a los factores protectores. Hay que descartar una psicopatología previa en el niño que le haya podido conducir o facilitar ser víctima del acoso, y tratarla adecuadamente.

Una vez que ha cesado el ciberacoso, las víctimas deben aprender poco a poco a recuperar su autoestima (ahora frágil y quebradiza), así como la confianza en las relaciones interpersonales, antes de volver a la vida que llevaban antes. Se trata de un proceso lento y gradual, que dependerá mucho del tiempo de exposición al acoso y de la merma que ha producido en su confianza y en su personalidad. En todo caso, en este proceso de reestructuración de su vida, será preciso que la víctima del ciberacoso esté acompañada por un terapeuta, psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo u orientador que, a través de un acercamiento empático, le eduque, enseñe y ayude a enfrentarse a las situaciones de estrés, a la vez que, con un lenguaje cercano, trabaje para reforzar su autoestima. Además, deberá intentar la rehabilitación de las relaciones sociales, así como volver a recuperar un normal desempeño en sus tareas académicas, para lo cual se utilizarán una serie de técnicas: entrenamiento en inoculación de estrés, terapia cognitivo-conductual y terapia ocupacional⁴.

Igualmente, el tratamiento puede implicar el uso combinado de psicoterapia y psicofármacos para abordar los trastornos internalizantes o externalizantes, los trastornos emocionales, afectivos (somatización, insomnio, ansiedad, depresión) o conductuales (agresividad, oposicionismo desafiante) que pudieran haber surgido por el *ciberbullying*, con el objetivo de reducir sus síntomas⁴.

Del agresor⁴

La psicoeducación también forma parte del tratamiento del ciberacosador, para intentar explicar con palabras llanas los motivos y las consecuencias de sus actos.

El *ciberbullying* es un acto que se realiza a escondidas de los adultos y se ve reforzado por situaciones específicas: el agresor o agresores no tienen que presenciar la reacción de la víctima, lo cual inhibe mecanismos que podrían poner en marcha la empatía presencial; muchos usuarios de internet comparten la falsa creencia de que la red garantiza el supuesto anonimato de sus usuarios, por lo que tienden a pensar que su identificación será poco probable; además, es un acto muy fácil de realizar: con un solo clic, un golpe de teclado, muy poco esfuerzo y desde cualquier lugar⁴.

Es necesario trabajar la inteligencia emocional: comprender (vocabulario) y controlar los sentimientos (escribir sentimientos en un diario, respirar apropiadamente, dibujar), automotivarse (autocontrol, aplazar la gratificación), aprender a gestionar las re-

laciones y a sentir empatía. Asimismo, hay que implicar al agresor en la resolución de conflictos/mediación y en las prácticas de restauración: justicia restaurativa, reparar el daño emocional sufrido y aceptar la responsabilidad de arreglar la situación. Se deben negociar los pasos para reparar, y también es importante la intervención a través de las familias: identificación con modelos de empatía y democracia.

Prevención

La Academia Americana de Pediatría recomienda a los pediatras mejorar sus conocimientos acerca de las posibles repercusiones de las TIC sobre la salud, dado que gozan de una posición privilegiada para educar a los pacientes y a las familias sobre los beneficios y riesgos que implica el uso de internet⁸.

La prevención primaria de los riesgos está enfocada a evitar su aparición. Incluye establecer recomendaciones dirigidas a las familias y la entrega de información directamente al niño y al adolescente en las consultas programadas de revisión de salud o por demanda asistencial, para indicarles pautas sobre el uso seguro y responsable de las TIC y alertarlos sobre sus riesgos⁴ (se pueden descargar hojas tipo en la página web [https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_Herramientas_Consulta_FB\(1\).pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_Herramientas_Consulta_FB(1).pdf)).

El objetivo de la prevención secundaria es detectar precozmente a los niños y adolescentes que puedan estar padeciendo o provocando el ciberacoso o que sean meros espectadores o colaboradores de éste, para lo cual son fundamentales la búsqueda activa del problema y la detección temprana de los síntomas.

Por último, la prevención terciaria es una intervención que se realiza ante situaciones violentas ya consolidadas, cuyo objetivo es ofrecer ayuda a los implicados, asesorarlos y minimizar los daños, además de controlar a los agresores.

Adicción a las nuevas tecnologías

Definición

En la adicción a las nuevas tecnologías, el problema se presenta cuando una actividad placentera, como pueden ser los videojuegos o conectarse a internet para relacionarse con otras personas, escapa al control del que la realiza y acaba interfiriendo seriamente en la realización de sus actividades de la vida diaria. Asistimos a un alarmante abuso por parte de los niños y adolescentes de las TIC que lleva a plantearse un nuevo diagnóstico en psiquiatría infantil, una nueva adicción sin sustancia química pero que genera de igual manera dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y deterioro funcional en sus vidas. A diferencia de las otras adicciones, el fin del tratamiento no es la abstinencia total, ya que hoy en día es inconcebible la vida sin el uso de estas tecnologías; supone una tarea difícil por la exposición habitual a

estímulos que incitan a las conductas adictivas. El objetivo del tratamiento es el aprendizaje de un uso racional de las TIC. Los niños y adolescentes no suelen acudir a la consulta del pediatra por este motivo, pero en muchas ocasiones tras un problema de conducta en el entorno familiar, un descenso llamativo del rendimiento académico o un aislamiento social, nos encontramos con una adicción a las TIC. Es muy importante la detección de los niños en riesgo de desarrollar estas patologías para su abordaje precoz.

La novedad de este fenómeno hace que aún no aparezca como diagnóstico en los Manuales de Clasificación de Trastornos Mentales (DSM-5) y que no haya muchos estudios publicados sobre su tratamiento. En este capítulo se revisan los aspectos clínicos y terapéuticos más relevantes.

En la actualidad no existe una definición consensuada del término «ciberadicciones». A falta de criterios específicos, se define la adicción a las TIC (uso de ordenador, videoconsolas, teléfono móvil y otros dispositivos electrónicos) como la pérdida de control de estas conductas placenteras que genera una dependencia de ellas cada vez mayor, con una interferencia grave en la vida académica, familiar y social de los usuarios. Griffiths es un autor pionero en la descripción de estas adicciones¹¹⁻¹³.

Como ya hemos señalado, los síntomas de este tipo de adicción son comparables a los de otras adicciones.

Epidemiología

Hay muchos estudios realizados en población general sobre el uso de las TIC en niños y adolescentes, en relación con el tiempo que se dedica a esta actividad, de los que se infieren datos de su uso excesivo. Según un estudio realizado por la Fundación Pfizer en 2009, el 3-6% de los adolescentes hacía un uso abusivo de internet. En otro estudio realizado en 2013 por Protégeles, una ONG española, en colaboración con otros países de la Unión Europea, se indica que el 21,3% de los adolescentes españoles está en riesgo de desarrollar una adicción a internet en relación con el tiempo que le dedican, frente al 12,7% de la media de todos los adolescentes que participaron en dicho estudio de los diferentes países europeos (Alemania, Grecia, Islandia, Países Bajos, Polonia y Rumanía). El 92% eran miembros de, al menos, una red social, y el 39,4% pasaba alrededor de 2 horas conectado a alguna red social en un día. Los estudios epidemiológicos también ponen de manifiesto que las chicas hacen más uso del móvil y los chicos del ordenador y los videojuegos. Los chicos buscan el ocio lúdico fundamentalmente, y las chicas el ocio comunicativo. La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por la búsqueda de novedades, por lo que los adolescentes constituyen una población de riesgo para el abuso de internet, cuyo uso es atractivo por su respuesta rápida, recomendaciones inmediatas, interactividad, presencia de múltiples ventanas con diferentes actividades...

pero, por el contrario, ofrece la posibilidad de ocultar o simular una falsa identidad en niños y adolescentes con problemas psicológicos.

Etiopatogenia

Como en otras adicciones, la etiopatogenia es compleja y multifactorial. Existen factores genéticos que ponen de manifiesto la base neurobiológica compartida con otras adicciones, e implican el circuito de recompensa dopaminérgico que incluye el núcleo *accumbens* y el hipocampo¹⁴. El mismo modelo explicativo de adicción a sustancias se extiende a la adicción a ciertas conductas. La gratificación recibida al ejecutar las conductas activa el circuito de recompensa. Se ha observado que durante la ejecución de este tipo de tareas hay una mayor actividad en las áreas cerebrales dopaminérgicas¹⁵. Otros estudios¹⁶ demuestran que las personas con adicción a internet tienen un aumento del metabolismo de glucosa en la corteza orbitofrontal derecha, el núcleo caudado izquierdo y la ínsula derecha. Hay algunos estudios sobre los cambios cerebrales estructurales en personas adictas a internet y videojuegos que no son concluyentes, en los que no se puede discernir si los hallazgos son causa o consecuencia de la adicción.

El modelo etiopatogénico conjuga factores de riesgo y factores protectores para explicar cómo se llega a estas adicciones.

Los factores de riesgo son de tipo individual, familiar y social¹⁷.

Los factores psicológicos individuales descritos pueden ser variables de personalidad o vulnerabilidad emocional. Las variables de personalidad que predisponen a estas adicciones son la impulsividad, la búsqueda de emociones, la baja autoestima, la timidez excesiva, el rechazo de la imagen corporal, la intolerancia a los estímulos no placenteros y el estilo de afrontamiento inadecuado de las dificultades. La vulnerabilidad emocional viene dada por un estado de ánimo disfórico (percepción de sentirse a disgusto, con cambios de humor frecuentes), la carencia de afecto, una débil cohesión familiar y la escasez de relaciones sociales.

En cuanto a los factores familiares, los estilos educativos autoritarios rígidos y los permisivos o desestructurados no favorecen el autocontrol del adolescente ni conllevan el apoyo emocional apropiado. Los factores sociales de riesgo son el aislamiento social o las relaciones con grupos de personas que abusan de las tecnologías actuales.

Entre los factores protectores, podríamos citar los siguientes: adecuada autoestima, buenas habilidades sociales y de comunicación, autocontrol emocional y afrontamiento adecuado del estrés y buena utilización del tiempo de ocio. En el entorno de la familia actuarían como factores de protección una buena comunicación familiar, el

hábito de escucha a los adolescentes y establecer con los hijos normas y límites claros, todo acompañado de afecto y de actividades de ocio compartido.

También se está estudiando¹⁸ el papel que ejercen las características estructurales de algunos videojuegos en la adquisición, el desarrollo y el mantenimiento de la adicción; por ejemplo: que faciliten ir ganando puestos de experto, los tiempos de carga rápida, el manejo de recursos en el juego con percepción de alta competencia, conseguir el 100% del juego, las posibilidades de metajuego, etc. Estas recompensas facilitan patrones de respuesta repetitiva a los estímulos en el tiempo, que a menudo son resistentes a la extinción conductual.

Clínica y diagnóstico

Como ya se ha comentado, estas nuevas adicciones no aparecen reflejadas en el DSM-5. Se considera que un niño es adicto cuando el uso de las TIC pasa de ser una actividad agradable y controlada inicialmente por reforzadores positivos (aspecto placentero) a ser controlada por reforzadores negativos (alivio de la tensión emocional). El uso de internet, por ejemplo, ya no se hace por utilidad o placer, sino buscando alivio de un malestar emocional (aburrimiento, soledad, ansiedad...). Para hacer el diagnóstico de estas adicciones debe haber una interferencia negativa en la vida del niño que se manifiesta en el abandono o merma en sus estudios, no salir con los amigos y aislarse en su habitación.

El síndrome de abstinencia se manifiesta como malestar (disforia), insomnio, irritabilidad o inquietud psicomotriz cuando no se pueden conectar. La dependencia lleva consigo la necesidad de pasar cada vez más horas conectado para sentirse tranquilo.

En la práctica clínica es infrecuente que los niños reconozcan que tienen este problema, considerando completamente normal el tiempo que le dedican. Presentan habitualmente trastornos del sueño, ya que se conectan por la noche aprovechando el descanso de los padres y la falta de control, lo que conlleva dormirse por la mañana, llegar tarde a clase y, en casos graves, un absentismo escolar total. En las adicciones severas, los pacientes se niegan a salir de su habitación, reaccionando con agresividad cuando se les obliga a realizar alguna actividad social. También hay efectos sobre la salud, ya que adquieren hábitos sedentarios y pierden los de una alimentación saludable.

Young¹⁹ estableció unos criterios para el diagnóstico de adicción a internet, recogidos en la tabla 4.

El motivo por el que las familias suelen traer a sus hijos a nuestras consultas es la aparición de las consecuencias de esta adicción. La adicción a internet y redes sociales está relacionada con puntuaciones más altas en ansiedad social y dificultades

Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de adicción a internet de Young¹⁹

| |
|--|
| 1. ¿Te sientes preocupado por internet (pensamientos acerca de la última conexión o anticipas ésta)? |
| 2. ¿Sientes la necesidad de aumentar la cantidad de tiempo de conexión para lograr la satisfacción? |
| 3. ¿Has tratado de controlar, reducir o incluso detener de forma eficaz el uso de internet? |
| 4. ¿Te has sentido inquieto, deprimido o irritable cuando has tratado de reducir o detener el uso de internet? |
| 5. ¿Te quedas más tiempo conectado de lo que inicialmente habías pensado? |
| 6. ¿Has perdido o puesto en peligro alguna relación significativa, trabajo, oportunidad educativa o profesional debido al uso de internet? |
| 7. ¿Has mentido a los miembros de tu familia u otros para ocultar tu grado de implicación en internet? |
| 8. ¿Usas internet como un medio de evadirte de los problemas o de aliviar un estado de ánimo desagradable? |

Una persona puede considerarse adicta si responde afirmativamente a 5 o más de los ítems.

en habilidades sociales²⁰. Los niños vulnerables, tímidos o con déficit en habilidades sociales encuentran una manera en la que les es fácil comunicarse, evitando contactos sociales «reales», lo que perpetúa sus dificultades sociales. También presentan niveles más bajos de autoestima, sentimientos de soledad y una mayor tendencia a mostrar síntomas depresivos. Se altera la calidad del sueño por utilizar la noche para conectarse, lo que conlleva la pérdida del ritmo circadiano vigilia-sueño.

Las consecuencias negativas incluyen el fracaso escolar, la pérdida de amigos y la grave alteración de la convivencia familiar. Los padres ven cómo sus hijos se convierten en personas hurañas que dejan de hablar con ellos, y muestran alteraciones conductuales al intentar limitarles el uso de estas tecnologías que pueden evolucionar a conductas agresivas.

Diagnóstico diferencial

La posible adicción a las TIC no plantea problemas de diagnóstico diferencial, pero sí es muy importante diagnosticar y tratar las patologías que hayan podido ser un factor de riesgo para su desarrollo o hayan aparecido como consecuencia de tal adicción.

Los psiquiatras infantiles observamos la aparición de esta grave complicación en diversas patologías: niños con TDAH, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del espectro autista y déficit de habilidades sociales. Es importante buscar si hay otra adicción asociada, ya sea a otra conducta (videojuegos, apuestas *online*, ludopatía) o a sustancias químicas, en especial el tabaco y el cannabis. Debe explorarse si hay ansiedad y depresión.

Se han descrito dos tipos de adicción: la adicción generalizada a internet, referida a un uso patológico, y la adicción específica de internet, es decir, el uso específico de aplicaciones concretas dirigidas a conductas concretas, como aplicaciones destinadas a ver pornografía o realizar apuestas. En este segundo caso, la gravedad es mayor y estos pacientes podrían desarrollar comportamientos similares en otros contextos no relacionados con internet.

Los riesgos del abuso de las TIC pueden llevar a los niños a un acceso a contenidos inadecuados, como pornografía, violencia, racismo y a páginas incitadoras a la anorexia nerviosa, al suicidio y a las conductas autolesivas. En ocasiones, los propios adolescentes realizan selfis que cuelgan en las redes, lo que conlleva una pérdida de su intimidad y la exposición a situaciones de riesgo.

Por tanto, hoy en día, en cualquier paciente que acude a una consulta de psiquiatría infantil debemos explorar activamente el uso de las nuevas tecnologías.

Tratamiento

En un primer lugar, el tratamiento se fundamenta en motivar al paciente en técnicas cognitivo-conductuales. Existen pocos estudios sobre la utilidad de los psicofármacos en este tipo de adicciones, y aparece la «psicoinformática» como nuevo recurso en el que se aplican las nuevas tecnologías a la psicología.

Algunos autores, como Griffiths, Delfabbro y King, diseñaron determinadas técnicas para el tratamiento de la dependencia a los videojuegos basadas en el registro del uso que se realiza, la toma de conciencia de un uso excesivo, el establecimiento de objetivos, la psicoeducación y la modificación de pensamientos irracionales. Estas técnicas han demostrado ser eficaces en el abordaje de estos problemas.

Young¹⁹ estableció unas pautas de tratamiento de la adicción a internet:

- 1. Practicar actividades contrarias al uso de internet:** reorganizar cómo gestionar el tiempo de uso, para así romper con los hábitos de conexión y establecer nuevos horarios y hábitos.
- 2. Establecer tiempos límite de conexión.** Consiste en determinar una hora a la que la persona debe cerrar la sesión de internet, para conseguir que controle los estímulos relacionados con la adicción y no disminuya las horas de sueño, elimine comidas, etc.
- 3. Establecer objetivos o metas, con el fin de evitar recaídas.** Consiste en establecer tiempos de conexión, que deben ser breves pero frecuentes, para evitar la abstinencia.
- 4. Abstenerse de una aplicación en particular,** según el tipo de adicción (redes sociales, juegos *online*...).

5. Utilizar tarjetas recordatorias donde consten tanto los problemas que causa la adicción a internet como los beneficios que se obtienen reduciendo su uso, con la finalidad de que el paciente obtenga lo que quiere y no aparezcan recaídas.

6. Elaborar un inventario personal. Consiste en realizar un autorregistro de las horas que el usuario dedica tanto a internet como a otras actividades a modo de *feedback*, por una parte para cobrar conciencia de la disminución del tiempo que le dedica a internet y de las nuevas actividades que ha empezado a realizar debido a dicha reducción.

7. Grupos de apoyo y terapia de familia.

Como siempre que se trabaja con niños y adolescentes, es imprescindible la colaboración de padres y educadores. Hay que reducir el nivel de tensión emocional que hay en estas familias y mejorar la comunicación. Los padres deben pactar con sus hijos las horas de uso, facilitar las relaciones sociales y las actividades deportivas, y compartir con ellos tiempo de ocio.

Los fármacos que se pueden utilizar en estas adicciones son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; los antagonistas de los receptores opioides, como la naltrexona; los estabilizadores del ánimo y el bupropión, aunque todavía no hay datos concluyentes sobre su eficacia²¹, ya que, además, los estudios al respecto suelen estar realizados en adultos jóvenes, no en niños.

Tabla 5. Señales de alarma de la adicción a las nuevas tecnologías, según Echeburúa y Corral²²

| |
|---|
| 1. Privarse de sueño (menos de 5 h) para estar conectado a la red, a la que se dedican unos tiempos de conexión anormalmente elevados |
| 2. Descuidar otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud |
| 3. Recibir quejas en relación con el uso de la red o del <i>smartphone</i> de alguien cercano, como sus padres o sus hermanos |
| 4. Pensar en la red o en el <i>smartphone</i> constantemente, incluso cuando no se está conectado, y sentirse irritado excesivamente cuando la conexión falla o resulta muy lenta |
| 5. Intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo y perder la noción del tiempo |
| 6. Mentir sobre el tiempo que se está conectado o jugando a un videojuego |
| 7. Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el nivel en los estudios |
| 8. Sentir una euforia y una activación anómalas cuando se está delante del <i>smartphone</i> |

Prevención

Hay que saber identificar las señales de alarma, tal como indican Echeburúa y Corral²² (tabla 5). La detección por parte del pediatra de estas señales de alarma debe ir seguida de una intervención terapéutica. En todo niño o adolescente con una patología psiquiátrica hay que explorar el uso de las nuevas tecnologías por la alta prevalencia de adicción que comporta.

Por otra parte, y en mi opinión, la industria que se dedica a estas tecnologías, en particular a los videojuegos, debería colaborar en la prevención, eliminando los elementos de los juegos con mayor poder adictivo que pueden poner en peligro la salud física y psíquica de nuestros hijos.

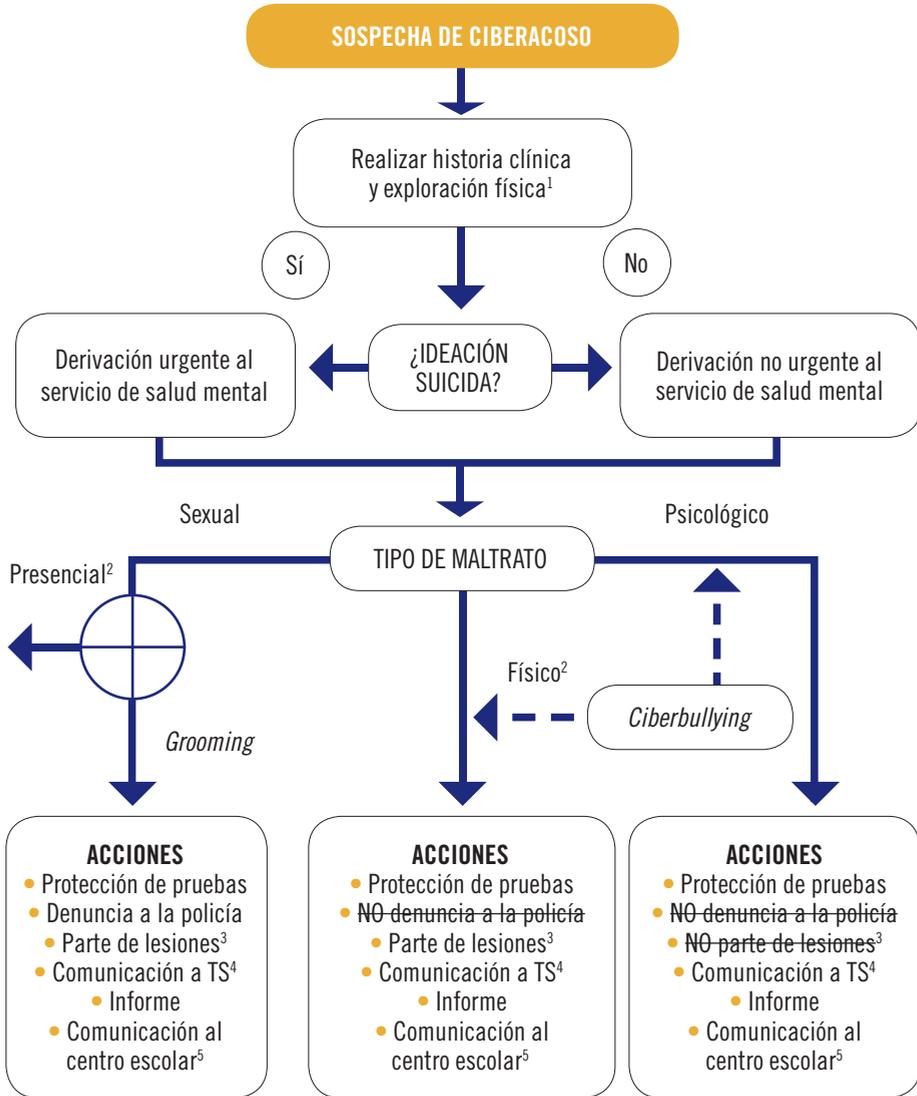
Los padres deben controlar el tiempo que sus hijos dedican a las TIC desde el inicio de su uso, y no utilizar la tableta como medida de distracción en niños pequeños de forma habitual. En todo momento deben saber qué hacen sus hijos con estos dispositivos para evitar que en la adolescencia puedan desarrollar un trastorno mental de complicado tratamiento.

Bibliografía

1. Salmerón Ruiz MA, Campillo i López F, Casas Rivero J. Acoso a través de internet. *Pediatr Integral*. 2013; 17(7): 529-533.
2. AP Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics*. 2016; 138(5): 1-6.
3. Save the Children [sede web]. España: Save the Children España, 2016. Yo a eso no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia [consultado el 20 de junio de 2017]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf
4. Grupo de Trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital. Madrid: Ministerio de Industria, Energía y Turismo, Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es, 2015.
5. European Parliament [sede web]. European Union, 2016. Cyberbullying among young people [consultado el 20 de junio de 2017]. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)
6. Selkie H, Fales J, Moreno M. Cyberbullying prevalence among United States middle and high school aged adolescents: a systematic review and quality assessment. *J Adolesc Health*. 2016; 58(2): 125-133.
7. De Mascheroni G, Ólafsson K. Net Children Go Mobile [sede web]. Risks and opportunities. Milán: Educatt, 2014 [consultado el 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://netchildrengomobile.eu/>
8. Salmerón Ruiz MA. Influencias de las TIC en la salud del adolescente. *Adolescere*. 2015; 3(2): 18-25 [consultado el 20 de junio de 2017]. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_18-25_Influencia_de_las_TIC.pdf
9. Comisión de Redacción. Protocolo en abusos sexuales y otros malos tratos a la infancia en el partido judicial de Móstoles. Madrid, 2013.
10. Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos, 2017. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Madrid [en línea] [consultado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM016330.pdf>

11. Griffiths MD. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*. 1995; 76: 14-19.
12. Griffiths MD. Does internet and computer «addiction» exist? Some case study evidence. *Cyberpsychol Behav*. 2000; 3: 211-218.
13. Griffiths MD. Videogame addiction: further thoughts and observations. *Int J Mental Health Addiction*. 2008; 6: 182-185.
14. Holden C. Behavioral addictions: do they exist? *Science*. 2001; 294: 980-982.
15. Han DH, Kim YS, Lee YS, Min KJ, Renshaw PF. Changes in cue-induced, prefrontal cortex activity with videogame play. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2010; 13(6): 655-661.
16. Park HS, Kim SH, Bang SA, Yoon EJ, Cho SS, Kim SE. Altered regional cerebral glucose metabolism in internet game overuse: a 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography study. *CNS Spectrums*. 2010; 15: 159-166.
17. Echeburúa E. Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*. 2012; 37(4): 435-447.
18. Griffiths MD, Nuyens F. An overview of structural characteristics in problematic video game playing. *Curr Addict Rep*. 2017; 4(3): 272-283.
19. Young SK. Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in Clinical Practice*. 1996; 17: 1-17.
20. Torrente E, Piqueras JA, Orgiles M, Espada JP. Asociación de la adicción a internet con la ansiedad social y la falta de habilidades sociales en adolescentes españoles. *Ter Psicol*. 2014; 32: 175-184.
21. Song J, Park JH, Han DH, Roh S, Son JH, Choi TY, et al. Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on internet gaming disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016; 70(11): 527-535.
22. Echeburúa E, Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes, un nuevo reto. *Adicciones*. 2010; 22: 91-96.

Algoritmo de actuación en el ciberacoso: *ciberbullying* y *grooming*



¹Ver historia clínica y exploración física.

²Seguir el protocolo de abuso sexual. Ejemplo en la Comunidad de Madrid:

http://www.madrid.org/dat_oeste/descargas/13_14/Protocolo_Abuso_y_Maltrato_Infantil_Mostoles_2013.pdf

³Seguir el modelo según el centro sanitario. Ver modelo tipo en el anexo 1.

⁴Ver hoja de Comunicación a Trabajo Social en el anexo 2.

⁵Ver hoja tipo en el anexo 3. En el caso de *grooming*, sólo realizar si el agresor es compañero del centro escolar.

En el caso de *ciberbullying*, realizar en todos los casos.

Anexo 1

Etiqueta identificativa

Firmar sobre la etiqueta y el parte

PARTE DE ASISTENCIA DE LESIONES

Doña/Don
Médico de Guardia del Hospital Infantil Universitario La Paz, N° Colegiado.....

CERTIFICO: Que a lashoras del día...../...../.....
se presentó, acompañada de
la persona cuyos datos figuran en la etiqueta identificativa, hijo/a de.....
y de..... nacida enprovincia de.....
país.....
y reconocida que fue, se le observó

.....
.....
.....
.....
.....

Impresión diagnóstica:
Este párrafo se cumplimenta a modo de orientación para el equipo judicial y forense. El médico que firma el parte añadirá su impresión sobre la posibilidad de que las lesiones descritas hayan sido provocadas intencionalmente o sean resultado de un abuso o negligencia de cualquier tipo.

.....
.....

La lesión es de pronóstico.....
Y para que conste doy el presente certificado en Madrid
a.....de.....de 20.....

Firmado: El médico de guardia

Ilmo. Sr. Juez de guardia
 Ilmo. Sr. Fiscal. Fiscalía de Menores (Marcar si el supuesto agresor es menor de 18 años)

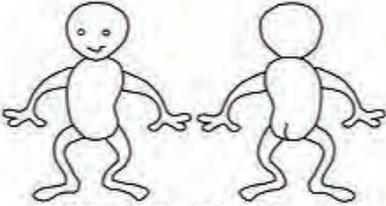


Ocurrió en.....

Pasó a.....

Cód. 0081472

Anexo 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|---|-----------------------------------|---|---|--|--|--|---|---|--|
| LOGOTIPO COMUNIDAD AUTÓNOMA | HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL AMBITO SANITARIO L = Leve M = Moderado G = Grave Para una explicación detallada de los indicadores, vease el dorso | Sospecha <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MALTRATO FÍSICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Magulladuras o moratones¹</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Quemaduras²</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Fracturas óseas³</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Heridas⁴</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Lesiones viscerales⁵</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Mordeduras humanas⁶</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Intoxicación forzada⁷</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Síndrome del niño zarandeado⁸</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Magulladuras o moratones ¹ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Quemaduras ² | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Fracturas óseas ³ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Heridas ⁴ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Lesiones viscerales ⁵ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Mordeduras humanas ⁶ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Intoxicación forzada ⁷ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Síndrome del niño zarandeado ⁸ |  <p style="text-align: center;">Señale la localización de los síntomas</p> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Magulladuras o moratones ¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Quemaduras ² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Fracturas óseas ³ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Heridas ⁴ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Lesiones viscerales ⁵ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Mordeduras humanas ⁶ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Intoxicación forzada ⁷ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Síndrome del niño zarandeado ⁸ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NEGLIGENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Escasa higiene⁹</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Falta de supervisión¹⁰</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Cansancio o apatía permanente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Problemas físicos o necesidades médicas¹¹</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Es explotado, se le hace trabajar en exceso¹²</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>No va a la escuela</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Ha sido abandonado</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Escasa higiene ⁹ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Falta de supervisión ¹⁰ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Cansancio o apatía permanente | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | No va a la escuela | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Ha sido abandonado | Otros síntomas o comentarios: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Escasa higiene ⁹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Falta de supervisión ¹⁰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Cansancio o apatía permanente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | No va a la escuela | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Ha sido abandonado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MALTRATO EMOCIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Maltrato emocional¹³</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Retraso físico, emocional y/o intelectual¹⁴</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Cuidados excesivos / Sobreprotección¹⁵</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Maltrato emocional ¹³ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Maltrato emocional ¹³ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Intento de suicidio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G | Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABUSO SEXUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Sin contacto físico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración¹⁶</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Con contacto físico y con penetración</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dificultad para andar y sentarse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor o picor en la zona genital</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Explotación sexual</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Semen en la boca, genitales o ropa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermedad venérea¹⁷</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Apertura anal patológica¹⁸</td></tr> <tr><td>Configuración del himen¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> Sin contacto físico | <input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ | <input type="checkbox"/> Con contacto físico y con penetración | <input type="checkbox"/> Dificultad para andar y sentarse | <input type="checkbox"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada | <input type="checkbox"/> Dolor o picor en la zona genital | <input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal | <input type="checkbox"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos | <input type="checkbox"/> Explotación sexual | <input type="checkbox"/> Semen en la boca, genitales o ropa | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea ¹⁷ | <input type="checkbox"/> Apertura anal patológica ¹⁸ | Configuración del himen ¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sin contacto físico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Con contacto físico y con penetración | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para andar y sentarse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dolor o picor en la zona genital | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Explotación sexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Semen en la boca, genitales o ropa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea ¹⁷ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Apertura anal patológica ¹⁸ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Configuración del himen ¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Identificación del niño</td> <td style="width: 50%;">Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI</td> </tr> <tr> <td>Apellidos <input style="width: 80%;" type="text"/></td> <td>Nombre <input style="width: 80%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Domicilio <input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td>Localidad <input style="width: 20%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M</td> <td>Teléfono <input style="width: 20%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 20%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 40%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identificación del notificador Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 20%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Centro: Servicio / Consulta:</td> </tr> <tr> <td>Nombre: <input style="width: 60%;" type="text"/></td> <td>Área sanitaria <input style="width: 20%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo</td> <td>N.º Colegiado <input style="width: 20%;" type="text"/></td> </tr> </table> | | | Identificación del niño | Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI | Apellidos <input style="width: 80%;" type="text"/> | Nombre <input style="width: 80%;" type="text"/> | Domicilio <input style="width: 40%;" type="text"/> | Localidad <input style="width: 20%;" type="text"/> | Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | Teléfono <input style="width: 20%;" type="text"/> | Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 20%;" type="text"/> | | Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 40%;" type="text"/> | | Identificación del notificador Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 20%;" type="text"/> | | Centro: Servicio / Consulta: | | Nombre: <input style="width: 60%;" type="text"/> | Área sanitaria <input style="width: 20%;" type="text"/> | Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo | N.º Colegiado <input style="width: 20%;" type="text"/> |
| Identificación del niño | Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos <input style="width: 80%;" type="text"/> | Nombre <input style="width: 80%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio <input style="width: 40%;" type="text"/> | Localidad <input style="width: 20%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | Teléfono <input style="width: 20%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 20%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 40%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación del notificador Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 20%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro: Servicio / Consulta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: <input style="width: 60%;" type="text"/> | Área sanitaria <input style="width: 20%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo | N.º Colegiado <input style="width: 20%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 3

2.c. Coordinación con centros educativos: ciberacoso 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, cuidado, 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. la protección, cuidado, apoyo de y a la víctima;
3. la reparación del daño producido, el perdón y la reconciliación;
4. la actuación específica con los acosadores;
5. la sensibilización de la comunidad educativa.

Por parte del centro sanitario se realizará el seguimiento en consulta del paciente con el com-

promiso 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

* La normativa específica derivada de lo establecido en el artículo 124 (Normas de organización, funcionamiento y convivencia) de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) precisa de manera explícita la elaboración de planes de convivencia que deben acoger acciones específicas para la atención a situaciones de conflicto entre iguales, entre otras, las de ciberacoso escolar.

