

Salud digital y ciberacoso



M.A. Salmerón Ruiz

Pediatra. Hospital Ruber Internacional. Madrid. Coordinadora del grupo de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Resumen

Los medios digitales impactan en la salud a todos los niveles (físico, psicológico, social y sexual) y a cualquier edad (desde el nacimiento hasta el final de la vida). Los adolescentes y niños son un grupo de edad, especialmente vulnerable al estar en desarrollo. El pediatra tiene una posición privilegiada para acompañar a los padres, desde el nacimiento de los hijos, en el establecimiento y mantenimiento de una adecuada salud digital en la familia y poder detectar precozmente los riesgos como el ciberacoso. Ante un caso de ciberacoso, es esencial el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar la depresión grave y el suicidio.

Abstract

Digital media impact health at all levels (physical, psychological, social and sexual) and at any age (from birth to the end of life). Adolescents and children are an especially vulnerable age group, as they are developing. The pediatrician has a privileged position to accompany parents, from the birth of their children, in the establishment and maintenance of adequate digital health in the family and to be able to detect risks early, such as cyberbullying. In a case of cyberbullying, prompt diagnosis and treatment is essential to avoid severe depression and suicide.

Palabras clave: Medios digitales; Salud de la Familia; Uso de pantallas en adolescentes; Ciberacoso.

Key words: Digital Media; Family Health; Screens use Adolescents; Cyberbullying.

OBJETIVOS

- Conocer el impacto de los medios digitales en la salud física.
- Tener en cuenta que existen factores de riesgo y protectores, a nivel individual y del entorno, que es necesario conocer, para detectar a aquella población que es especialmente vulnerable a una mala salud digital.
- Conocer los tipos de ciberacoso y sus diferencias.
- Saber qué datos recoger en la historia del paciente en caso de *cyberbullying*.

Salud digital

Definición de salud digital⁽¹⁾

Los medios digitales e Internet afectan a la salud a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la ancianidad, y en todas las esferas de la salud (física, psicológica, sexual y funcional).

La OMS⁽²⁾ definió la salud como: la ausencia de enfermedad y el completo bienestar a nivel físico, psicológico y social. Hay muchas definiciones posteriores de salud. Terris⁽³⁾, en los años 80, suprimió de la definición la palabra “completo” por ser irreal e introdujo el término funcionalidad, dando cabida a la diversidad funcional. En la adolescencia, además, la salud sexual tiene una gran relevancia.

Se entiende como “medios digitales” a todos aquellos dispositivos que permiten almacenar y compartir información: televisión, tableta, teléfono inteligente, ordenador, pulseras de actividad, etc.

Los medios digitales afectan a la salud desde el nacimiento⁽⁴⁻⁶⁾ hasta el final de la vida, a nivel físico, psicológico, social, sexual y en la funcionalidad, según la edad; por ejemplo, un mayor tiempo de pantalla se asocia con: 1) mayor riesgo de insomnio de conciliación; 2) mayor riesgo de síntomas depresivos; y 3) afectación de la interacción social cara a cara. El consumo de pornografía a edades tempranas puede producir que se normalicen conductas sexuales de riesgo.

En la consulta, es frecuente encontrar pacientes que los medios digitales afectan en funcionalidad: niños con retraso del lenguaje, con dificultades psicomotoras, sociales o con problemas de sueño, y que al hacer una disminución del tiempo de pantalla, mejoran la funcionalidad sin ser un problema orgánico, psicológico o del entorno, más allá de un tiempo de uso excesivo de los medios digitales.

Hay que tener en cuenta que existen factores de riesgo y protectores, a nivel individual y del entorno, que es necesario conocer para detectar a aquella población que es especialmente vulnerable a una mala salud digital.

La salud digital promueve un uso saludable, seguro, crítico y responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Los objetivos de la salud digital son:

- Promoción de los hábitos saludables digitales.
- Detección precoz de los riesgos y de las patologías derivadas.
- Tratar de forma adecuada los casos y evitar las secuelas según el riesgo.

Epidemiología y evidencia científica

La evidencia científica disponible en salud digital es débil, por el tipo de estudios realizados. Tanto en la etapa adolescente como en la infancia, existe desconocimiento e incumplimiento de las recomendaciones científicas.

En la actualidad, los datos a nivel mundial tienen escasa evidencia científica, porque la mayoría de los estudios son transversales y se realizan mediante cuestionarios autoinformados por padres en edades tempranas o por adolescentes que pueden no ser conscientes del uso que realizan de los medios digitales, o tener dificultades en la comprensión de los ítems propuestos. En general, los estudios transversales con cuestionarios autoinformados tienden a obtener datos con mayor riesgo de sesgos y no se pueden obtener relaciones de causalidad⁽⁷⁾. En España, además, los análisis realizados lo son por comunidades autónomas con pocos estudios nacionales.

Epidemiología en la adolescencia

Una encuesta publicada en 2021 por UNICEF⁽⁸⁾, hace un análisis interesante a partir de cuestionarios validados, del uso y riesgos de la tecnología en la adolescencia. El estudio fue de ámbito nacional, a través de un cuestionario *online*. Participaron un total de 41.509 adolescentes de ambos sexos. La edad de los participantes estaba comprendida entre los 11 y los 18 años.

- **Acceso al teléfono móvil e Internet.** Según este estudio, el 94,8 % de los adolescentes dispone de teléfono móvil con conexión a Internet, dispositivo al que acceden a los 10,96 años por término medio. La mitad cuenta con una conexión vinculada a un contrato y, al menos, 1 de cada 4 dispone de datos ilimitados.
- **Tiempo de uso.** Un 31,6 % pasa más de 5 horas diarias conectado a Internet un día de la semana cualquiera, cifra que asciende al 49,6 % durante el fin de semana.
- **Límites en casa.** Solo el 29,1 % refiere que sus padres les ponen normas sobre el uso de la tecnología: al 24 %, le limitan las horas de uso y al 13,2 % los contenidos a los que acceden. 1 de cada 4 tiene discusiones todas las semanas en casa por el uso de la

tecnología. Paradójicamente, el 36,8 % informa de que sus padres acostumbran a utilizar el móvil en las comidas. El establecimiento de normas y límites se reduce a la mitad en la segunda etapa de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Menores de 10 años

En una encuesta publicada en el año 2021 por la revista de Salud Pública⁽⁹⁾, se pone de manifiesto que, en general, los padres no han recibido información sobre cómo impacta la tecnología en la salud de sus hijos y que, en general, no se siguen las recomendaciones de las sociedades científicas (v. más adelante, apartado de: recomendaciones de las sociedades científicas).

La media de minutos a la semana dedicados a la televisión y los videojuegos según edad son:

- Menores de 2 años: 71 minutos de media a la semana.
- De 2 a 6 años: 112,8 minutos a la semana.
- De 6 a 10 años: 133 minutos a la semana.

El tiempo de uso aumenta con la edad y aumenta el tiempo de pantalla los días no lectivos. Los tiempos referidos en dicho estudio ponen de manifiesto que no se siguen las recomendaciones de las sociedades científicas, especialmente en los menores de dos años.

En dicho estudio, pasar más de dos horas al día de pantalla se relaciona significativamente con: 1) los niños prefie-

ren como actividad de ocio los videojuegos y las pantallas; 2) un uso frecuente de los dispositivos en el almuerzo o la cena; 3) ver la televisión solos (los niños, sin acompañamiento de los adultos); 4) el uso de la TV “de fondo” (no apagarla aunque no se esté viendo); 5) tener TV en el dormitorio; 6) tener 5 pantallas o más en el hogar; y 7) un tiempo de uso mayor de dos horas en los progenitores.

Se pone de manifiesto que los padres que han recibido formación e información de cómo impactan los medios digitales en sus hijos, el tiempo de uso de pantallas es menor frente a los que no han recibido información.

Evidencia científica

La evidencia científica es en general débil, debido al tipo de estudio realizado con mayor frecuencia (transversales y con cuestionarios autoinformados) y a que la mayoría de ellos se centran en el tiempo de pantalla como único factor (hay factores de riesgo y protectores que han sido poco estudiados) (Tabla I-III)⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Recomendaciones de las sociedades científicas

Existen recomendaciones científicas para disminuir el impacto del mundo digital en la salud. Es necesario que los pediatras las conozcan y se realice una adecuada labor preventiva en consulta en la salud digital.

Las recomendaciones para disminuir el impacto del mundo digital sobre la

Tabla I. Impacto de los medios digitales en la salud física

Sueño	– Insomnio de conciliación – Disminución de la somnolencia nocturna – Reducción de la secreción de melatonina – Retraso del reloj circadiano – Disminución y retraso en el sueño REM	Evidencia débil
Alimentación	– Mayor ingesta de energía – Dieta menos saludable	Evidencia intermedia
Actividad física	– El uso de pantallas por sí solo no disminuye directamente la actividad – Los adolescentes que ya son inactivos pasan más tiempo usando pantallas	Evidencia débil
Adiposidad	– Aumenta	Evidencia intermedia
Dolor	– Cuello/hombro, cabeza y dolor lumbar	Evidencia débil
Atención	– Menor rendimiento académico	Evidencia débil

Tabla II. Impacto de los medios digitales en la fatiga visual

Definición

– Síntomas oculares, visuales y en otras localizaciones, por el uso excesivo de pantallas

Síntomas visuales y oculares

- Ojo seco
- Picazón
- Sensación de cuerpo extraño
- Lagrimeo
- Visión borrosa
- Aumento de miopía (este síntoma solo se da en la infancia y adolescencia)

Síntomas extraoculares

- Cefalea
- Dolor cervical, dorsal y lumbar

Frecuencia

- +50 % en la pandemia

salud, se resume en la siguiente tabla (Tabla IV).

Plan digital familiar

Los padres tienen una labor fundamental en la prevención en salud digital. El ejemplo de los padres en el buen uso de la tecnología es esencial para la educación digital de los hijos. El plan digital familiar es una herramienta sencilla para usar en consulta y cuya perspectiva es que los límites establecidos sean para toda la familia.

El “plan digital familiar” supone una revolución en la promoción de la salud digital, porque los padres en vez de ser agentes pasivos que establecen normas o no, se convierten en agentes activos y modelos que los hijos imitarán. Es una herramienta sencilla, medible y flexible, que permite a los padres empezar a cuestionarse qué papel desean que los medios digitales tengan en su familia y sensibilizar sobre la salud digital. Las TIC son algo más en lo que educar y los padres tienen que implicarse y ser ejemplo.

La Academia Americana de Pediatría⁽¹²⁾ en su web dedicada a familias, tiene una herramienta de ayuda para que los padres puedan crear su plan digital, siendo una herramienta muy útil para utilizar en consulta. Ha sido actualizada en 2022.

Al entrar en el plan digital familiar, se pueden seleccionar propuestas concretas o añadir aquellas que se estimen. Se agrupan en 13 puntos fundamentales: 1) inicio, que nos permite realizar un plan por primera

Tabla III. Impacto de los medios digitales en la salud psicosocial

Salud mental

- Síntomas depresivos (evidencia intermedia)
- Alteraciones del comportamiento, ansiedad, hiperactividad y falta de atención (evidencia baja)
- No hay evidencia clara de una asociación con trastornos alimentarios o ideación suicida

Social

Los efectos podrían ser, tanto perjudiciales (las interacciones negativas y la comparación social) como beneficiosos (conexión social y el apoyo). Depende de:

- La calidad de las interacciones (escasa red social en la persona)
- Factores individuales (síntomas depresivos, rumiación)

Tabla IV. Recomendaciones para disminuir el impacto del mundo digital sobre la salud

Tiempo de uso (según edad)	<18 meses: limitar el uso. Solo videoconferencias 18-24 meses: si los padres desean introducir contenido digital, que sea adaptado a la edad y en compañía de los padres 2-5 años: <1 hora al día y en compañía de los padres >5 años: deben limitar el tiempo que dedican a actividades sedentarias, especialmente el tiempo de ocio que pasan delante de una pantalla.
Sueño	Evitar el uso de pantallas 1-2 horas antes de acostarse Mantener los dispositivos apagados y fuera de la habitación
Alimentación	Evitar el uso de pantallas durante las comidas Dieta saludable
Actividad física	Actividad física regular según recomendaciones por edad
A nivel ocular y evitar dolor muscular	Ergonomía: posición adecuada Parpadeo durante 20 segundos y visión lejana 20 segundos tras 20 minutos de pantalla (regla 20/20/20)
Atención	En los momentos de estudio o trabajo, los dispositivos que no sean necesarios, apagados o fuera de la habitación
Lugar de uso	Comunes del hogar como el salón Evitar las pantallas en lugares privados (baño y dormitorio)
Dispositivos	Apagar los dispositivos que no se estén utilizando (ruido de fondo) Eliminar del dispositivo las aplicaciones que no se usen
Tiempos de desconexión	Leer, comer, ejercicio físico, juegos en familia, socialización, etc. Los dispositivos estarán silenciados y en un lugar previamente pactado
Seguridad	Evitar compartir información o fotos sensibles o que puedan alterar nuestra privacidad Cambiar las contraseñas con frecuencia y que estas sean seguras

vez, modificar uno existente o acceder a más información, si necesitamos ayuda para comenzar; 2) tutorial; 3) mi familia, seleccionando la edad de cada miembro que vamos a incluir en el plan; 4) prioridades; 5) equilibrio entre el mundo *online* y *offline*; 6) comunicación sobre las pantallas y dispositivos; 7) zonas libres de pantallas; 8) momentos libres de tecnología; 9) amabilidad y empatía; 10) privacidad y seguridad digital; 11) elección de contenido; 12) uso compartido de pantallas; y 13) revisión e impresión.

Función del pediatra de Atención Primaria en la detección precoz de los riesgos de salud digital

El pediatra de Atención Primaria tiene una labor fundamental en la prevención y en la detección precoz de los riesgos en salud digital. Es necesario tener los conocimientos necesarios para un adecuado abordaje.

A pesar de las limitaciones de la evidencia científica disponible, los médicos pueden utilizar el conocimiento en su práctica clínica, para instaurar hábitos de vida saludables en Pediatría desde el nacimiento^(10,11).

Es necesario que en la consulta se realicen preguntas acerca del uso de la tecnología en la familia (a edades tempranas sobre el uso de los padres, cuando hacen uso autónomo los niños, hay que preguntar por los padres y los hijos) e informar del impacto de la tecnología en la salud.

Las preguntas básicas son:

- Tiempo de uso de los padres y de los hijos (el tiempo recomendado varía según la edad).
- Lugares de uso de la tecnología (baño y dormitorio son lugares de riesgo).
- Existencia de límites en la familia (durante el sueño, en las comidas, cuando hacen actividades juntos en familia...).
- Necesidad de estar conectado.
- Tiempos de desconexión.
- Aplicaciones y redes sociales que usa.
- Número de seguidores en las redes sociales, si el niño las tiene (por encima de 500 se considera de riesgo).
- Información que buscar en Internet.
- Si ha encontrado información o alguien le ha hecho sentir incómodo.

Además, es importante valorar los factores de riesgo y los factores protectores en los ámbitos familiar, escolar, social y de salud mental; por ejemplo: un adolescente con una familia con estilo educativo democrático, con buena aceptación social, con actividades de ocio y tiempo libre, que practique deporte y no tenga enfermedad mental, tendrá un menor riesgo.

Es interesante abordar la salud digital con un enfoque de reducción del daño, sugiriendo un uso saludable de los dispositivos en el ámbito familiar que incluya límites, tanto para los hijos como para los padres. Si los padres son un ejemplo adecuado, se consigue que los hijos cumplan las normas con mayor facilidad.

Animar a los padres a participar de manera proactiva en la limitación del uso de los dispositivos y las redes sociales en el ámbito familiar. En la edad escolar, establecer límites es efectivo. Sin embargo, en la adolescencia, hay que hacerlos partícipes y mantener un diálogo abierto en la familia, con orientaciones positivas.

En resumen, las funciones del pediatra de atención primaria en la salud digital son:

- Informar y realizar una adecuada educación para la salud sobre salud digital desde el nacimiento.
- Acompañar a los padres y ayudar a establecer un plan digital.
- Detectar un mal uso de los medios digitales precozmente.

Ciberacoso⁽¹⁾

Definición de ciberacoso y subtipos

El ciberacoso es un maltrato psicológico ejercido en Internet. Existen dos subtipos que afectan a los niños y adolescentes: *ciberbullying* o ciberacoso escolar y *grooming* o abuso sexual online.

El ciberacoso se define como el maltrato ejercido a través de Internet, el cual tiene dos subtipos que afectan a la infancia: el ciberacoso escolar (*ciberbullying*) y el 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 protegidos.

El *ciberbullying* se define como: “el daño repetido (no basta con un hecho aislado), intencional (con la intencionalidad de provocar daño) y consecuente (genera daño en la víctima) ejercido por un niño o grupo de niños contra otro mediante el uso de medios digitales”⁽⁸⁾. Sin embargo, no existe actualmente una definición única del concepto de *ciberbullying* a nivel internacional. Por ejemplo, para las Naciones Unidas, es necesario solo un acto de manifestación de violencia en línea, para determinar el acoso a través de Internet.

Grooming o abuso sexual online

Ciberacoso ejercido deliberadamente por un adulto (o dos niños, donde pueda establecerse una relación de poder y un control emocional) sobre un niño, siendo el contenido de acoso sexual. En la mayoría de los casos, el fin último es obtener imágenes de pornografía infantil

o cometer abuso sexual. Por tanto, para considerarse *grooming*, debe existir contenido sexual y obtenerse mediante coacción.

Epidemiología del ciberacoso⁽⁸⁾

El ciberacoso suele darse junto con el acoso escolar. El agresor suele ser un adolescente hombre, de 3º o 4º de la ESO. Las víctimas suelen tener más riesgo de depresión grave que los adolescentes que no hayan sufrido ciberacoso. Entre las motivaciones más frecuentes para ser maltratado está, que el grupo identifica a la víctima como diferente al grupo.

La encuesta de UNICEF⁽⁸⁾, anteriormente citada, también hace un análisis interesante sobre el ciberacoso.

De los encuestados, el 19,8 % consideran ser víctima de acoso escolar una o varias veces a la semana en los últimos 2 meses y el 12,2 % de ciberacoso. Las cifras son algo mayores entre las chicas y en la primera etapa de la ESO.

Respecto a los agresores, un 3,2 % son de acoso escolar y el 5,4 % de ciberacoso. El agresor de acoso escolar es más frecuente entre los chicos de 3º y 4º de la ESO; en el caso del ciberacoso, la diferencia entre sexos es menor.

El 72,9 % de los adolescentes que sufren acoso *online* también lo sufren *offline*. En otras palabras, en la mayoría de los casos en que se detecten conductas de ciberacoso, es muy probable que dichas conductas persistan también fuera de los dispositivos tecnológicos o de las redes sociales.

Respecto a las consecuencias percibidas:

- Quienes dicen sufrir o haber sufrido acoso, señalan que les ha afectado bastante o mucho, fundamentalmente a: su autoestima (51 %), las ganas de ir al instituto (43 %) y su estado de ánimo (38,8 %).
- Los niveles de bienestar emocional, integración social y satisfacción con la vida son sensiblemente menores entre quienes sufren acoso escolar. Las tasas de depresión grave llegan a multiplicarse por 5, si se compara con los no implicados.
- Tanto en el caso de acoso escolar como del ciberacoso, la tasa de ideación suicida se multiplica por 4.

Respecto a las características del acoso:

- Lo habitual es que el acoso se ejerza en grupo (entre 2 y 5 adolescentes) y, comparativamente, más por chicos.
- En la inmensa mayoría de los casos, el acoso es ejercido cara a cara y por adolescentes de la misma clase (70,2 %).
- En más de la mitad de los casos, la situación de acoso se prolonga meses, o incluso más de un año. Aunque lo habitual es que, cuando los adolescentes sufren acoso, lo comuniquen durante el primer mes, al menos, 1 de cada 4 (27,3 %) tarda más de un año o no llega a contarlo nunca. Los padres son el principal interlocutor al que los adolescentes acuden, seguido de los amigos.

Respecto a las motivaciones del acoso:

- El físico constituye, a juicio de los propios adolescentes, el principal foco o motivo de acoso, aunque casi 1 de cada 3 alude a que simplemente se trataba de una broma.
- Otras motivaciones, como que le tenían manía (29,7 %) o envidia (28,7 %), o el hecho de ser diferente (21,9 %).
- Aunque muy pocos se refieren de manera explícita a la orientación sexual, esta pasa a ser el primer argumento en el caso de adolescentes homosexuales (58,8 %).

Diferencias entre el acoso escolar presencial y el ciberbullying⁽¹⁾

El ciberacoso puede mantenerse durante las 24 horas del día en cualquier lugar, lo que provoca una mayor revictimización.

El medio que utiliza el ciberacoso, las TICs, hacen que este tipo de maltrato presente algunas diferencias con respecto al acoso tradicional:

- Mayor victimización, la víctima está sometida al maltrato sin limitación de tiempo ni espacio, todos los días de la semana, las 24 horas del día, en cualquier lugar. Esto provoca un mayor daño psíquico en la víctima.
- Falsa sensación de anonimato, provocando que personas que no se atreverían a maltratar cara a cara, lo hagan a través de la red.

- Mayor audiencia: cualquier persona que pueda acceder a Internet puede ser observadora potencial del maltrato.

Clínica⁽¹⁾

Los niños que sufren cualquier tipo de maltrato tienen un riesgo más elevado de padecer enfermedades físicas y mentales: corto, medio y largo plazo.

La clínica más frecuente son los síntomas físicos de origen psicossomático, tanto en víctimas y agresores como en observadores: dolor abdominal, trastornos del sueño, cefalea, fatiga, enuresis secundaria, pérdida de apetito, pérdida de peso, tics, mareos y vértigo. Los síntomas psicológicos de mayor prevalencia son: ansiedad, depresión, baja autoestima e ideación suicida. Algunas alteraciones de conducta pueden ser muy indicativas: dejar de conectarse a Internet o conectarse con mayor frecuencia de lo habitual, mostrarse frustrado, triste o enfadado después de usar el ordenador o el teléfono móvil o no querer hablar sobre el tema si se le interroga.

Historia clínica, exploración física y medidas ante un caso de ciberacoso^(1,13)

Ante un caso de ciberacoso, es necesario realizar una historia clínica, recogiendo el testimonio textual de la víctima. Las preguntas tienen que ser abiertas y no dirigidas. La exploración física es completa para descartar posibles lesiones de maltrato.

En el maltrato, los niños no suelen contar en la primera consulta lo ocurrido; para su detección es necesario abordar la historia social, independientemente del motivo de consulta en todas las citas,

incluyendo las revisiones de los Programas de Salud, siendo especialmente importante en el adolescente. La historia social debe incluir: entorno familiar, escolar, aficiones, consumo de sustancias, círculo social y las TICs (v. apartado salud digital).

Al recoger los datos de la historia clínica, al igual que ante cualquier caso de maltrato, hay que recoger textualmente el relato del niño o adolescente, entre comillas. El juicio clínico debe ser: “sospecha de *grooming* o *ciberbullying*” y abstenerse de especificar el nombre de los agresores.

La exploración física debe ser completa por órganos y aparatos, buscando signos de maltrato, tanto físico como sexual. En caso de encontrar, por la historia clínica o exploración, datos sugerentes o sospechosos de maltrato, se activará el protocolo de actuación según cada caso (Algoritmo).

Medidas ante un caso de ciberacoso^(7,13)

Manejo del ciberacoso en consulta:

- Valorar a la víctima: para lo cual será fundamental realizar una historia clínica (Tablas V y VI). Datos que recoger en la historia en caso de *grooming* y exploración física completa, no solo orientada al ciberacoso, sino también para descartar otro tipo de maltrato, como abuso sexual o maltrato físico, que pueden estar presentes. Es imprescindible explorar la ideación autolítica para derivar a Salud mental, en el caso de ideación autolítica estructurada, la derivación debe ser urgente.
- Definir el tipo de acoso (sexual, físico o psicológico) y actuar según el tipo de maltrato (Algoritmo).
- Parte de lesiones: irá dirigido a la fiscalía de menores, si el agresor es menor de 18 años; o al juzgado de

Tabla V. Datos que recoger en la historia en caso de ciberbullying

- Tiempo de evolución del acoso
- Nombre del centro escolar y curso de los supuestos niños que agreden (abstenerse de recoger el nombre de los supuestos agresores)
- Nombre de la red social, web o juego donde lo acosan
- Preguntar acerca de los lugares donde se ha sufrido el acoso: patio, comedor, extraescolares, salida del colegio (pues existe la posibilidad de estar sufriendo además un posible acoso cara a cara)
- Sintomatología que sea compatible con la sospecha de acoso
- Evaluar trastornos del ánimo y presencia de ideación autolítica o intento suicida

Tabla VI. Datos que recoger en la historia en caso de grooming

- Tiempo de evolución del acoso
- Nombre de la red social, web o juego a través de la cual se hizo el envío de las imágenes o vídeos
- Alias usado por el agresor (suelen utilizar un nombre falso)
- Especificar si se ha quedado en persona con el agresor o no
- Sintomatología que sea compatible con la sospecha de acoso
- Explorar trastornos del ánimo e ideación suicida

guardia, si el agresor es mayor de 18 años (Fig. 1). Es necesario realizarlo en los siguientes casos:

- *Grooming*, si se ha quedado con el agresor: actuar según protocolo de abuso sexual.
- *Grooming*, si no se ha quedado con el agresor: es recomendable, aunque no haya lesiones, para describir el estado de la víctima por la alta sospecha de maltrato. Además, al ser un delito, es necesario cumplimentar el parte de lesiones.
- Ciberacoso escolar con lesiones físicas o intento de suicidio.

En el caso del ciberacoso escolar sin lesiones: no realizar parte de lesiones de entrada salvo en casos graves, es necesaria la investigación en el centro escolar para conocer exactamente lo que ocurrió. Si se considera la existencia de delito, una vez investigado el caso, el centro escolar está obligado a ponerlo en conocimiento de la fiscalía de menores.

- Comunicación a Trabajo Social (Fig. 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 inicialmente no denunciar, ya que la investigación escolar es fundamental en el manejo inicial de los casos. Si el colegio no realiza la investigación, hay que comunicarlo a Trabajo Social y aconsejar que la familia contacte con participación ciudadana de la policía nacional.

- En el caso de *grooming*, hay que realizar una denuncia inmediata, dada la gravedad del delito.
- Contactar con el centro escolar (Fig. 3). En casos de acoso escolar presencial o de un ciberacoso escolar, y en los casos de *grooming* cuyo agresor sea del centro escolar. Se recomienda realizar un comunicado al centro escolar con el diagnóstico específico de “sospecha de acoso escolar o ciberacoso”, dado que es imposible establecer un diagnóstico definitivo sin una adecuada evaluación de la situación por parte del centro escolar.

Función del pediatra de Atención Primaria en la detección precoz del ciberacoso⁽¹⁾

El pediatra tiene una labor fundamental en la prevención, detección precoz, abordaje y coordinación de los casos.

Es esencial, para un manejo adecuado de los pacientes, la educación para la salud y la detección precoz de los casos de ciberacoso, tanto a la víctima como al agresor.

La actuación debe ser coordinada con los distintos sectores involucrados, según cada caso (profesores, Salud Mental, Fiscalía de Menores, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la familia y los niños), y se deben activar los mecanismos necesarios de protección a la víctima y detección y seguimiento del agresor (Algoritmo).

Además, es fundamental considerar que, tanto la víctima como el agresor son niños, y han de ser objetos de cuidado e intervención.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

Figura 1. Parte de lesiones tipo.

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, Nº Colegiado.....

CERTIFICO: Que a las horas del día/...../.....
 se presentó, acompañada de
 la persona cuyos datos figuran en la etiqueta identificativa, hijo/a de
 y de nacido/a en provincia 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

**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA**

**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

L = Leve M = Moderado G = Grave

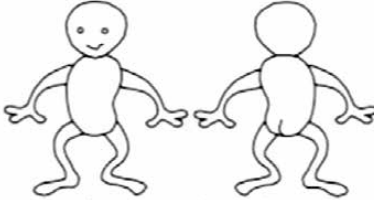
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha

Maltrato

MALTRATO FÍSICO

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Magulladuras o moratones ¹
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quemaduras ²
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracturas óseas ³
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heridas ⁴
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones viscerales ⁵
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mordeduras humanas ⁶
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intoxicación forzada ⁷
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome del niño zarandeado ⁸



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escasa higiene ⁹
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de supervisión ¹⁰
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansancio o apatía permanente
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No va a la escuela
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maltrato emocional ¹³
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

ABUSO SEXUAL

<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"/>

Otros síntomas o comentarios:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño Caso Fatal (fallecimiento del niño) Sí

Apellidos Nombre

Domicilio Localidad Teléfono

Sexo V M Fecha de Nacimiento (día día / mes mes / año año)

Acompañante Padre Madre Tutor Policía Vecino Otro (especificar)

Identificación del notificador Fecha de Notificación (día día / mes mes / año año)

Centro: Servicio / Consulta:

Nombre: Área sanitaria

Profesional Médico Enfermera Trabajador Social Matrona Psicólogo N° Colegiado

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio de la autora.

1. Salmerón-Ruiz MA. Maltrato de la población adolescente a través de las TICS (grooming, sexting, cyberbullying). *Adolescere*. 2022; 10: 103-10. Disponible en: https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n3-2022/2022-n3-103_110_Taller-MA-Salmeron-Ruiz.pdf.
2. Official Records of the World Health Organization. 1946; 2. 100. Disponible en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
3. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. 2012; 26: 161-75.
4. American Academy of Pediatrics. *Media and Young Minds*. *Pediatrics*. 2016; 138: e2016259. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162591>.
5. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health*. 2017; 22: 461-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5823000/>.
6. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2019; 24: 402-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31528113/>.
7. Abi-Jaoude E, Naylor KT, Pignatiello A. Smartphones, social media use and youth mental health. *CMAJ*. 2020; 192: 136-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012622/>.
- 8.*** Andrade B, Guadix I, Rial A, Suárez F. UNICEF España. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. 2021. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>.
9. Pons M, Bordoy A, Alemany E, Hugué O, Zagaglia A, Slyvka S, et al. Hábitos familiares relacionados con el uso excesivo de pantallas recreativas (televisión y videojuegos) en la infancia. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 1-13.
10. Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2019; 3; 9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30606703/>.
11. Kaur K, Gurnani B, Nayak S, Deori N, Kaur S, Jethani J, et al. Digital Eye Strain-A Comprehensive Review *Ophthalmol Ther*. 2022; 11: 1655-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9434525/>.
- 12.*** American Academy of Pediatrics. Plan para el consumo mediático de su familia. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/fmp/paginas/mediaplan.aspx>.

Figura 2. Hoja de comunicación a Trabajo Social.

A la atención del Equipo Directivo del centro educativo

Desde el centro sanitario queremos poner en su conocimiento que, tras un diagnóstico preliminar, el paciente, 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. Protección, cuidado, apoyo de y a la víctima.
3. Reparación del daño producido, el perdón y la reconciliación.
4. Actuación específica con los acosadores.
5. Sensibilización de la comunidad educativa.

Por parte del centro sanitario, se realizará el seguimiento en consulta del paciente, con el compromiso de notificar al centro educativo cualquier aspecto que sea de interés para mejorar la gestión de la problemática. Quedamos a su entera disposición para todo aquello que precisen o estimen oportuno. Muchas gracias por su ayuda y colaboración.

Atentamente,

Figura 3. Hoja de comunicación con el centro escolar.

- 13.*** Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf.
14. Paniagua Repetto H. El impacto de las pantallas: televisión, ordenador y videojuegos. *Pediatr Integral*. 2018; XXII : 178-86. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-06/el-impacto-de-las-pantallas-television-ordenador-y-videojuegos/>.

Bibliografía comentada

- Andrade B, Guadix I, Rial A, Suárez. F. UNICEF España. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. 2021. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>. Estudio publicado por UNICEF, mediante una encuesta *online* realizada en todo el ámbito nacional, con un muestreo adecuado y utilizando cuestionarios validados en la etapa adolescente. Aborda cómo impacta la tecnología y cuáles son los hábitos de uso en los adolescentes españoles.
- American Academy of Pediatrics. Plan para el consumo mediático de su familia. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/fmp/paginas/mediaplan.aspx>.

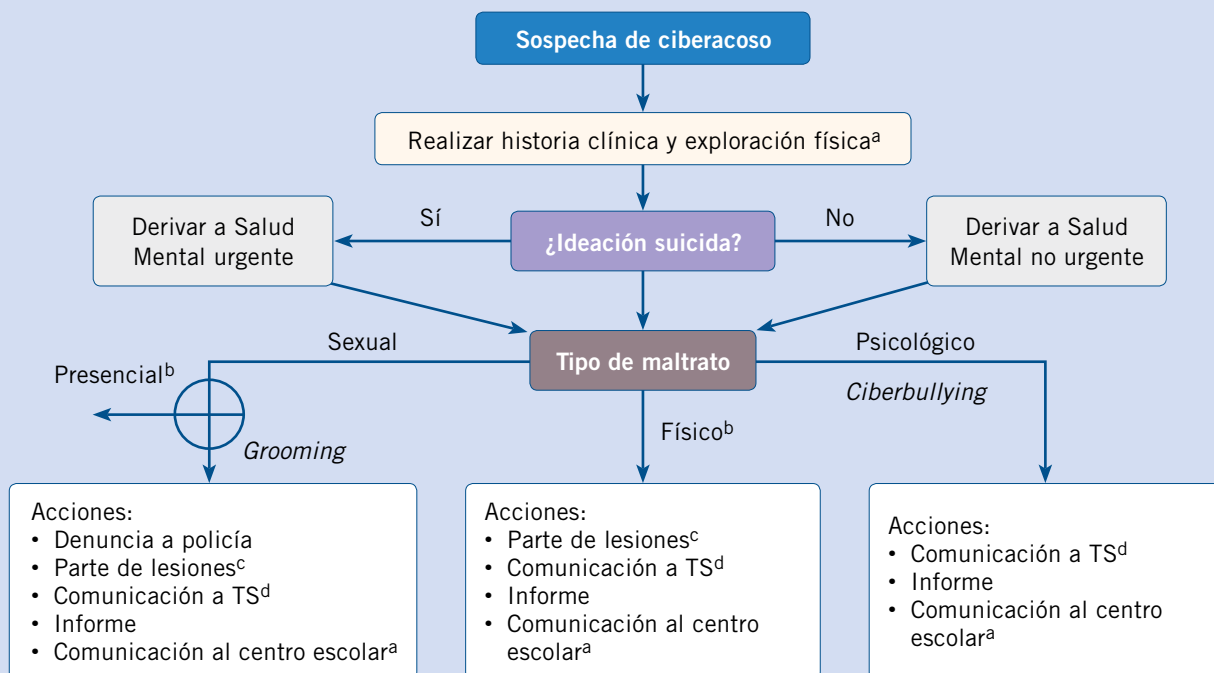
Plan digital familiar de la Academia Americana de Pediatría. Una herramienta útil para el abordaje de la salud digital en la consulta.

- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf. Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud. Aunque fue publicada en 2015, es una guía práctica para el conocimiento del ciberacoso con mayor profundidad.

Caso clínico

Margarita tiene 13 años y acude a la consulta, porque sus padres están preocupados por: falta de apetito de un mes de evolución; epigastralgia que aumenta su intensidad el domingo por la noche, llegando a despertarla; insomnio de conciliación y mantenimiento; y astenia marcada. Mejoría evidente los sábados. Antecedentes personales de múltiples alergias alimentarias. Menarquia a los 12 años, regulares con flujo muy abundante. Antecedentes familiares sin interés. Exploración: se constata pérdida de 2 kg de peso en un mes, resto de la exploración sin hallazgos significativos.

Algoritmo de actuación ante sospecha de ciberacoso



^aVer figura 3. En el caso de *Grooming*, solo realizar si el agresor es compañero del centro escolar. En el caso de *ciberbullying* realizar en todos los casos. ^bSeguir protocolo 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. ^cSeguir modelo según centro sanitario (Fig. 1). ^dVer hoja de Comunicación a Trabajo Social (Fig. 2). TS: Trabajo Social.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

Salud digital y ciberacoso

- Señale la respuesta **INCORRECTA**, respecto a la definición de salud digital:
 - Los medios digitales pueden impactar en todas las esferas de la salud, en los ámbitos: físico, psicológico, social, sexual y funcional.
 - El mundo digital impacta desde los primeros años de vida hasta la edad adulta.
 - La salud digital promueve un uso saludable, seguro, crítico y responsable de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
 - La promoción de los hábitos saludables digitales es uno de los objetivos de la salud digital.
 - Tratar de forma adecuada los casos y evitar las secuelas según el riesgo es otro objetivo de la salud digital.
 - Señale la respuesta **INCORRECTA**, respecto a la epidemiología de la salud digital:
 - En España, la media de edad de acceso al móvil es a los 9 años.
 - Los límites en la adolescencia en España disminuyen con la edad al tener un uso más autónomo de la tecnología.
 - El 36,8 % de los padres españoles hace uso del móvil en las comidas.
 - El tiempo de uso de los medios digitales aumenta con la edad.
 - En España, no se siguen las recomendaciones científicas, especialmente en los menores de dos años.
 - Señale la respuesta **CORRECTA**, respecto a la evidencia científica de la salud digital:
 - En la actualidad, los datos a nivel mundial tienen una fuerte evidencia científica.
 - La mayoría de los estudios son longitudinales.
 - No se utilizan cuestionarios autoinformados por padres, en edades tempranas o por adolescentes.
 - Los estudios transversales con cuestionarios autoinformados tienden a obtener datos con mayor riesgo de sesgos y no se pueden obtener relaciones de causalidad.
 - En España, la mayoría de los estudios realizados son de ámbito nacional.
 - Pasar más de dos horas frente a la TV se ha asociado significativamente con todo lo siguiente, excepto con unas de las siguientes opciones. Señale la respuesta **INCORRECTA**:
 - Con un uso frecuente de los dispositivos en el almuerzo o la cena.
 - Ver la televisión acompañados.
 - El uso de la TV “de fondo” (no apagarla aunque no se esté viendo).
 - Tener TV en el dormitorio.
 - Tener 5 pantallas o más en el hogar.
 - Señale la respuesta **INCORRECTA**, respecto a las recomendaciones para disminuir el impacto del mundo digital sobre la salud:
 - En los tiempos de desconexión, los dispositivos deben estar silenciados o apagados y en un lugar pactado previamente.
 - Durante el sueño, las pantallas se apagan y están fuera de la habitación.
 - Los dispositivos pueden usarse en el dormitorio.
 - Para prevenir la fatiga ocular seguir la regla 20/20/20.
 - Evitar el ruido de fondo, apagando los dispositivos que no se estén utilizando.
 - La derivaría al gastroenterólogo para la valoración de una esofagitis eosinofílica, puesto que tiene dolor epigástrico, pérdida de peso y múltiples alergias alimentarias.
 - Solicitaría una analítica para descartar patología orgánica.
 - Realizaría una entrevista a los padres y a la paciente para completar la historia bio-psico-social, y actuaría según los hallazgos.
 - Completaría la historia a solas con la paciente.
- La paciente comenta que desde principio de curso, cuatro meses, se siente excluida de clase, no quieren jugar con ella y la llaman gorda en el grupo de mensajería instantánea que comparte con la clase. No ideación anoréxica. No ideación autolítica. Señale la respuesta **CORRECTA**:
 - Derivación preferente a Salud mental ante el diagnóstico de ciberacoso, ya que estos pacientes tienen mayor riesgo de depresión y suicidio.
 - El diagnóstico sería sospecha de *ciberbullying*.
 - El diagnóstico sería sospecha de *grooming*.
 - El diagnóstico sería sospecha de *sexting*.
 - Recomendaría a los padres realizar denuncia a la policía.
 - ¿Qué documentos necesitaría cumplimentar? Señale la respuesta **INCORRECTA**:
 - Realizar informe médico, recogiendo el testimonio del paciente, entre comillas de forma literal, y con el diagnóstico de sospecha de acoso escolar y *ciberbullying*.
 - Parte de lesiones.
 - Comunicación a la Unidad de Trabajo Social.
 - Comunicación al centro escolar.
 - Es necesario preguntar sobre los lugares donde es agredida verbal o físicamente.

Caso clínico

- ¿Qué es lo PRIMERO que haría de las siguientes opciones posibles? Señale la respuesta correcta, respecto a la actitud más razonable:
 - Solicitaría a la paciente una agenda de sueño para valorar qué está ocurriendo.