

Salud mental y adolescencia. Experiencia del Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del CHUIMI, en Gran Canaria, en el último año

Sabrina González Santana*¹, Inmaculada Herrera Suárez*², Alicia Batista Quevedo*², David Moreno Sandoval *³, Encarnación Muñoz Díaz*⁴

¹FEA Psiquiatría. Hospital de Día Infanto Juvenil de Gran Canaria (HDDIJ GC). Jefa de Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

²DUE especialista en Salud Mental del HDDIJ GC

³FEA de Psicología clínica del HDDIJ GC

⁴FEA de Psiquiatría Infanto Juvenil, Unidad de Salud Mental de Canalejas, Gran Canaria

Resumen

La OMS define la adolescencia como una etapa de transición que se da entre los 10 y 19 años, y se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambio. Pero también se trata de un momento de máxima vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología y problemas de salud mental. Entre el 10 y 20 % de los adolescentes presentan patología mental, que no siempre es atendida. Sabemos además, que hasta 2/3 de la patología adulta psiquiátrica ha tenido su debut en la adolescencia.

En la adolescencia comienzan a aparecer algunos trastornos psiquiátricos que no habían debutado previamente: trastornos afectivos, de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos, conducta suicida, rasgos disfuncionales de la personalidad o consumo de sustancias, y pueden agravarse o resolverse otros trastornos ya presentes en la infancia (trastornos vinculares, trastornos de la ansiedad y TEA). Es imprescindible una adecuada intervención en este momento para evitar la cronificación de estos trastornos y el posible mal pronóstico.

La situación de la salud mental en niños y adolescentes en contexto de pandemia se ha agravado, multiplicándose la demanda de atención por 2 y por 3, en función del trastorno y del nivel de atención, suponiendo un importante factor desencadenante para el debut y agravamiento de patología psiquiátrica en adolescentes. Así lo hemos visto en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil en Gran Canaria.

La adolescencia supone un período ventana relevante para una adecuada valoración e intervención precoz de la patología psiquiátrica, ya que es un período de máxima vul-

nerabilidad, pero a la vez, de oportunidad. Favorece que las intervenciones sean más efectivas, mejorando el pronóstico de dichos trastornos.

Palabras clave: adolescencia, incidencia, factores de riesgo, trastorno mental

Mental health and adolescence. Experience of the CHUIMI Child and Youth Psychiatry Service, in Gran Canaria, in the last year

Abstract

The WHO defines adolescence as a transitional stage that occurs between the ages of 10 and 19, and is characterized by an accelerated rate of growth and change. But it is also a time of maximum vulnerability for the development of psychopathology and mental health problems. Between 10 and 20 % of adolescents present mental pathology, which is not always attended to. We also know that up to 2/3 of adult psychiatric pathology has had its debut in adolescence.

In adolescence, some psychiatric disorders that had not previously debuted begin to appear: affective disorders, eating disorders, psychotic disorders, suicidal behavior, dysfunctional personality traits or substance use, and other disorders already present in the childhood (relationship disorders, anxiety disorders and autism spectrum). An adequate intervention is essential at this time to avoid the chronification of these disorders and the possible poor prognosis.

The mental health situation in children and adolescents in the context of a pandemic has worsened, multiplying the demand for care by 2 and by 3, depending on the disorder and the level of care, assuming an important triggering factor for the onset and worsening of

psychiatric pathology in adolescents. This is how we have seen it in the Child and Adolescent Psychiatry Service in Gran Canaria.

Adolescence is a relevant window period for an adequate assessment and early intervention of psychiatric pathology, since it is a period of maximum vulnerability, but at the same time, of opportunity. It favors that the interventions are more effective, improving the prognosis of these disorders.

Key words: adolescence, incidence, risk factors, mental disorder

Introducción

La preocupación por la salud mental de niños y adolescentes se ha convertido en un tema frecuente en las noticias regionales y nacionales durante este último año. La irrupción de la COVID 19 en nuestras vidas, y todo lo que se ha generado a su alrededor, ha supuesto un factor de riesgo que ha sacado a la luz la vulnerabilidad de este grupo etario, poniendo en el foco de la atención mediática que la existencia del trastorno mental en niños y adolescentes es una realidad tristemente olvidada y obviada.

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo de cada individuo por ser una fase de transición. Se trata de una etapa en la que se elabora la identidad definitiva de cada sujeto, y que por sus características de crisis del desarrollo, presenta un gran potencial de problemas en múltiples áreas, que la hacen susceptible a la patología. Necesitamos entender la adolescencia como un período en el que los *chic@s* se encuentran sometidos a enormes presiones, internas y externas, y con ello se vuelven vulnerables¹.

¿Por qué enferman los adolescentes?

El modo de enfermar en salud mental se entiende desde el modelo clásico de Vulnerabilidad- Estrés de Zubing y Spring (1977), por el cual se explicita la necesidad de interacción entre factores internos-genéticos que generan una vulnerabilidad, con factores externos e internos secundarios que funcionan como estresores (detonantes, condicionantes y mantenedores de una situación de estrés), para

que se dé la patología².

Si hablamos de factores que suponen un importante estrés en el individuo, hablamos de factores de riesgo. Operativamente los dividimos en factores biológicos y factores ambientales. En relación a los primeros, es importante entender que todos están condicionados también por la genética propia (el sexo, el cociente intelectual, el temperamento y posterior personalidad, alteraciones cerebrales y enfermedades médicas y/o psiquiátricas) pero cada uno de ellos va a contribuir de un modo diferente al debut y presentación de la patología.

En relación a los factores ambientales es preciso enfatizar que el niño y el adolescente es un individuo dependiente del entorno en el que está, siendo difícil que rompa con el mismo sin ayuda. Entendemos como factores de riesgo ambiental desde las alteraciones en el periparto hasta la respuesta inadecuada a eventos estresantes, pasando por un bajo nivel educativo, una familia negligente (en el amplio sentido del concepto), la pobreza o la cantidad de acontecimientos estresantes vividos (acoso escolar, abusos, maltrato, trauma...). Estos factores pueden funcionar como desencadenantes del trastorno y pueden condicionar tanto el mantenimiento como la evolución. A mayor número de factores de riesgo presentes, peor pronóstico³.

Con la situación derivada de la pandemia los factores de riesgo ambientales se han multiplicado, por todas las consecuencias socio-económicas secundarias y la afectación de las dinámicas familiares.

Epidemiología y perfil general de la psicopatología adolescente

Es importante tener en cuenta que la etapa de la infancia y la adolescencia, con su gran plasticidad y sus múltiples cambios evolutivos, es un período clave en el desarrollo de patología mental, siendo imprescindible su detección precoz, el correcto diagnóstico y un tratamiento eficaz para poder mejorar el pronóstico^{4,5}. Cada edad se caracteriza por unos hitos evolutivos concretos y, en caso de patología, por una presentación diferente de un mismo cuadro clínico, puesto que la expresión de la enfermedad viene condicionada por la madurez del individuo; conocer estos patro-

nes es importante para detectar posibles alteraciones en los mismos, poder realizar un diagnóstico diferencial y determinar si se trata de alguna entidad patológica o son adaptaciones evolutivas a acontecimientos vitales estresantes.

En relación a la epidemiología, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la prevalencia de trastornos psicológicos/psiquiátricos en la infancia oscila entre el 10 y el 20 %, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en diversos estudios^{6,7}, variando entre el 7 y el 30,2 %, de los cuales hasta un 4% se considera Trastorno Mental Grave (trastorno con tendencia a la cronicidad que genera importante disfunción en la vida cotidiana)⁸.

Los trastornos mentales de niños y adolescentes son un gran reto sanitario, tal y como lo fueron previamente las enfermedades pediátricas. Entre un 10-20 % de los niños y adolescentes sufrirán un trastorno psiquiátrico -Tabla I⁹ - y lamentablemente, solo una quinta parte son correctamente diagnosticados. Además, encontramos un

número nada desdeñable de menores, que tienen problemas que, aunque no cumplen los criterios diagnósticos usados para el diagnóstico de un trastorno mental, son fuente de sufrimiento; si no son tratados pueden terminar derivando en patología franca⁸. En España, las prevalencias parecen ser similares a las de otros países¹⁰. Los datos epidemiológicos disponibles sugieren que hay una prevalencia del 20 % de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo. De este 20 %, se reconoce que entre el 4 % y 6 % de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave⁸.

Kessler et al. plantean que, al menos la mitad de los trastornos mentales graves, crónicos, del adulto debutan sobre los 14 años de edad¹¹. Levav señala que la cobertura y calidad de los servicios para los jóvenes es generalmente peor con relación a los de adultos, peor si hablamos de países de bajos ingresos¹². La estimación realizada es que entre el 5 y el 20 % de la población infanto juvenil precisa de un servicio de salud mental⁸.

La incidencia de trastornos mentales en po-

Tabla I. Porcentajes de trastornos en función de la edad. Modificado de Navarro-Pardo et al.⁹

Diagnóstico	< 12 años	12-15 años	> 15 años
Discapacidad intelectual	<0,72	1,12	2,21
Trastornos del espectro autista	4,3-11,11	2,25	0,74
Trastorno de conducta	22,4	22,4	19,1
TCA	<5,5	2,8	9,5
Trastornos de ansiedad	5,5-12,3	21,3	15,4
Trastornos afectivos	<0,72	3,9	4,4
Trastornos somatomorfos	<1,45	1,12	1,47
Trastornos psicóticos	<0,7	1,69	2,94
Trastornos del control impulsivo	2,1-11,1	3,9	4,4
Problemas de relación	<2,1	3,37	4,41

blación infantil no es bien conocida, ello se debe a la carencia de instrumentos estandarizados con significación pronóstica¹³, por los distintos enfoques teóricos que pueden llevar a diferentes diagnósticos o tratamientos y por el manejo de varias clasificaciones diagnósticas, ninguna específica para la población infanto juvenil.

Respecto a la edad, encontramos distinta incidencia de los diferentes trastornos en función de la etapa de madurez. Así, en el ciclo infantil (0-5 años) predominan los trastornos funcionales, y los relacionados a los hitos evolutivos propios de la edad como los trastornos de conducta, de comunicación y lenguaje, los trastornos del espectro autista, los trastornos de eliminación y los de control de impulsos¹⁴. En la fase de 6-11 años destacan los trastornos de conducta, con la mayor incidencia, y el TDAH, relacionado con un menor autocontrol, menor asunción de los límites y normas, propios de la edad¹⁵. En la etapa de 12-15 años siguen los trastornos de conducta, y se produce un claro aumento de los de ansiedad, relacionados con la importancia que tiene en estas etapas el autoconcepto y la autoestima para la socialización y el ajuste psicosocial^{16,17,18}, así como la importancia de la imagen y la autoestima corporal¹⁹. Ésta, es la etapa en la que destacan los trastornos de alimentación⁹ (tabla II).

Tener un trastorno mental tiene grandes consecuencias en el desarrollo y evolución de niños y adolescentes, en todas las áreas: a nivel escolar, social y, en general, en la vida. Minan la imagen y concepto que se va generando de sí mismos, lo que genera una falta de autoestima y con ella de motivación y sentimiento de utilidad que le lleve a un proyecto escolar/laboral

que le permita ser autónomo.

Promover la salud mental de este grupo etario, hacer prevención, diagnosticar de forma temprana e intervenir correctamente sobre los trastornos mentales, es “un acto de justicia social así como una medida de ahorro y de buena gestión económica”⁸.

La sociedad, incluso la científica, ha minimizado la existencia de trastornos mentales en niños; la falta de clasificaciones propias, la diferente presentación de la clínica, la menor capacidad de verbalización y análisis por parte de éstos, unido a la necesidad de creer en la “infancia feliz” ha dificultado que se le de la importancia que realmente tienen. Sin embargo “la realidad es bien distinta, ya que más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y ya nadie duda en el mundo científico, de que exista una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta”⁸.

Nuestros datos y perfiles psicopatológicos

Con los datos del RECAP (Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias) sabemos que el pasado año (2020), en la isla de Gran Canaria, se atendieron 3641 pacientes, menores de edad, con patología mental, generándose 31.381 consultas de intervención. De estos, 1162 fueron pacientes nuevos. Esta cifra se dio, pese a que durante algunos meses, la derivación desde Atención Primaria apenas se realizó. Aunque aún no tenemos todos los datos de 2021, con toda seguridad se incrementarán, ya que tanto los datos mensuales de interconsultas re-

Tabla II. Edad de aparición de los distintos trastornos en la etapa infanto-juvenil. Modificado de OMS, 2005 ⁹

Trastorno	Edad (años)																
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Trastorno del vínculo	X																
TEA	X	x	x	x													
T. conducta	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	
T. ánimo y ansiedad				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	
Consumo de tóxicos										x	x	x	x	x	x	X	
Psicosis														x	x	X	

cibidas como la lista de espera se han incrementado notablemente (en función de la zona de la USM, duplicado o triplicado).

Los principales diagnósticos atendidos en los primeros meses tras el confinamiento fueron las alteraciones conductuales evidenciables: alteraciones de conducta en contexto de TDAH, Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). También fue muy evidente el incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). En un segundo momento, y ya comenzando 2021, empezamos a notar un incremento de la patología internalizante, aquella que es algo más difícil de notar puesto que implica un sufrimiento “sordo” que va generando consecuencias poco a poco, como son: los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), los trastornos afectivos, fundamentalmente los depresivos y los episodios psicóticos. Cabe destacar también un importante incremento de las conductas suicidas en contexto de patología mental grave y en contexto de rasgos disfuncionales de personalidad (cuya capacidad de contención y afrontamiento en esta situación de incertidumbre pandémica global se ha volatilizado).

Cuando los cuadros clínicos se hacen difícilmente abordables desde lo ambulatorio (la intensidad de la clínica y la falta de contención externa genera un riesgo para el paciente o terceras personas) requieren hospitalización. Hasta el pasado año, los pacientes debían ingresar en planta de hospitalización pediátrica del Hospital Materno Infantil por falta de recursos especializados. En años anteriores la media de ingresos por causa psiquiátrica había sido de unos 30-35 pacientes menores de 14 años/año. En 2020, se duplicó la cifra de ingresos. Se pasó de una tasa de ocupación de camas de 2-4/semana a 8-10/semana.

De entre las patologías, inicialmente destacaron los TCA con debuts más tempranos, pérdida ponderal de más de 20 kg y cuadros floridos. Posteriormente, las alteraciones conductuales en forma de agresividad y las conductas suicidas con diagnósticos de base de distinta gravedad. En relación a los ingresos en planta han ingresado más mujeres que hombres (tres de

cada cuatro ingresos), y más de la mitad tenían antecedentes previos de atención en salud mental.

En el Hospital de Día, dispositivo de tercer nivel para la atención del *Trastorno mental grave*, también se han incrementado las derivaciones, recibiendo en un solo trimestre (primer trimestre de 2021) las mismas derivaciones que en todo 2019 (un total de 15). Aunque oficialmente se cuenta con 45 plazas para pacientes de 18 meses a 18 años, en este momento se está atendiendo por encima de nuestra capacidad, para tratar de sostener la gravedad clínica de algunos pacientes y evitar reingresos.

La infancia y la adolescencia, etapa dependiente del entorno, ha estado sujeta a estímulos concretos de la pandemia (afectación familiar, miembros de la familia afectados, posibles ingresos, fallecimientos, la supresión de la escolaridad, el confinamiento) y que a lo largo de todo este periodo ha tenido resultados contradictorios (informaciones diversas según las fuentes de información, las creencias familiares, la posibilidad o no de padecer la enfermedad en la infancia) pero, a pesar de ello, el impacto en la infancia y adolescencia de las decisiones que se tomaban era muy patente (por ejemplo, cierre de la escolaridad, confinamiento total)¹³.

La pandemia ha dejado tres grupos claramente diferenciados en relación a la salud mental:

1. Población Infanto Juvenil general que ha presentado una reacción a estrés de mayor o menor intensidad en función del contexto y de los factores protectores biológicos y ambientales
2. Población Infanto Juvenil que debuta con un trastorno psicopatológico del que no se tenía conocimiento previo (hemos visto pacientes con síntomas subclínicos o de intensidad menor, sostenidos hasta que la estresante situación vivida intensificó los mismos como para consultar)
3. Pacientes Infanto Juveniles que ya tenían un diagnóstico y cuya psicopatología se ha agravado por la situación actual

¿Cómo detectar un trastorno mental?

Ante esto, es importante destacar que debemos estar atentos a los síntomas que presentan nuestros pacientes. Pensar en la posibilidad es el primer paso para un diagnóstico. Algunos signos de alerta que pueden ser útiles en pediatría son los siguientes²⁰ (tabla III):

1. Cambios en el rendimiento académico/social
2. Cambios en el patrón alimenticio o de sueño
3. Conducta suicida. Nunca se deben ignorar, ya que es posible que sea la primera señal de la existencia de un trastorno grave
4. El consumo de tóxicos. Puede ser el desencadenante de un episodio

psicótico o puede ser la “automedicación” de un sufrimiento no explicado

5. La irritabilidad: puede ser indicador de la sintomatología depresiva
6. Las quejas somáticas que no tengan base orgánica. También, pueden ser indicativas de la existencia de psicopatología, especialmente de la esfera ansiosa

Conclusiones

La presencia de patología mental en la adolescencia es un hecho innegable. La vulnerabilidad que presentan les hace más susceptibles al desarrollo de esta patología.

Ya que no es posible impedir el desarrollo de la misma, sí es importante, por un lado

Tabla III. Posibles preguntas ante la sospecha de un diagnóstico de salud mental. Modificado de Rodríguez Hernández²⁰

Trastorno de sospecha	Preguntas para orientar y evaluarlo
Trastornos de ansiedad	¿Notas nerviosismo o preocupación de forma excesiva?, ¿Todo el día?, en algún momento o lugar concreto? ¿Sientes miedo por cosas que antes no te lo provocaba?
Trastorno de pánico	¿Has tenido ataques de ansiedad súbitos e intensos? ¿Has temido que te pasara algo grave o que pudieras morir?
Trastorno obsesivo compulsivo	¿Tienes pensamientos molestos y repetitivos que no puedes sacar de tu cabeza y que te impide hacer otras cosas? ¿Miedo a contagiarte o enfermarte? ¿Necesidad de comprobar cosas o hacer algo concreto? ¿Qué pasa si no lo haces?
Trastornos afectivos	¿Has notado tristeza, preocupación, desmotivación o irritabilidad marcada en las últimas semanas? ¿Sigues haciendo las mismas actividades de siempre? ¿Disfrutas con ellas?
Trastornos del espectro autista	¿Te cuesta relacionarte y hacer amigos? ¿Tus gustos e intereses no son compartidos por tus iguales? ¿Te cuesta entender las bromas? ¿Te molestan estímulos que los demás toleran bien?
Conducta suicida	¿Has pensado en desaparecer o en la muerte? ¿Y en hacerte daño? ¿Tienes algo planificado? ¿Alguna vez lo has intentado antes?
Psicosis	Suele ser difícil la entrevista, por desconfianza o desorganización del pensamiento. Actitud de escucha de las voces alucinatorias. La familia suele contar que ha habido cambio marcado en su conducta, que presenta intensa angustia y temor, que se ha aislado y parece responder a personas que no están presentes. Ha dejado de hacer cualquier actividad normalizada

conocer los factores de riesgo que condicionan la evolución de la misma para minimizar su impacto con medidas preventivas, y por otro lado, conocer los síntomas y signos más frecuentes, y las presentaciones según edad, para poder realizar un diagnóstico lo más temprano posible y evitar, en lo posible, la cronicidad.

La situación derivada de la pandemia por SARS-COV-2 ha multiplicado los factores de riesgo, que, en población vulnerable, ha generado un incremento de la demanda en Salud Mental, con hasta tres veces más ingresos e interconsultas en nuestros dispositivos.

Bibliografía

- Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev Asoc Esp Neuropsiq nº 90, Madrid abr/jun 2004
- Lemos Giráldez S. La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. Papeles del Psicólogo 2003; 24:19-28
- Figueroa Quintana A, Díez Suárez A. Factores de riesgo de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). Edición *on-line*
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública de México 2002; 44:492-498
- Jiménez AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2002; 22:115-126
- Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González-Juárez C, Pérez-Pérez E et al. Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. Gaceta Sanitaria 2005; 19:448-455
- Pedreira JL, Sardinero E. Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en atención primaria pediátrica. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines 1996; 24:173-190
- Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. AEN. Cuadernos Técnicos nº 14 Madrid, 2009. Disponible en <http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>
- Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. Psicothema 2012; 24:377-383
- Espín Jaime JC, Belloso Roperó JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2009; 29:329-354
- Kessler R. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593-602
- Levav I. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13:395-401
- Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública 2020; 94: e202010141
- Baeyens D, Roeyers H, Walle J, Hoebeke P. Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: A literature review. Eur J Pediatr 2005; 164:665-672
- Montiel-Nava C, Montiel-Barbero I, Peña JA. Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Psicología Conductual 2005; 13:297-310
- García-López LJ, Piqueras JA, Díaz-Castela MM, Inglés CJ. Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. Psicología Conductual 2008; 16:501-533
- Fuentes MC, García JF, Gracia E, Lila M. Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. Psicothema 2011; 23:7-12
- Olivares J, Caballo VE, García-López LJ, Rosa AI, López-Gollonet C. Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. Psicología Conductual 2003; 11:405-427
- Perpiñá C, Borra C. Estima corporal y burlas en mujeres con atracones: desarrollo de una imagen corporal negativa. Psicología Conductual 2010; 18: 91-104
- Rodríguez Hernández PJ, Hernández González ER. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. Pediatr Integral 2017; 21:334-342