

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

Acta Pediatr Esp. 2019; 77(11-12): e204-e206

El tiempo frente a una pantalla se asocia con problemas de inatención en preescolares: resultados del estudio de la cohorte de recién nacidos CHILd

Screen-time is associated with inattention problems in pre-schoolers: results from the CHILd birth cohort study

Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, Lefebvre DL, Azad MB, Moraes TJ, et al. PLoS One. 2019; 14(4): e0213995.



Los niños comienzan cada vez antes a utilizar dispositivos basados en pantallas, y a pasar más tiempo delante de las mismas, lo cual se asocia con patrones de dieta insanos, una pobre calidad de sueño, un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y una mayor frecuencia de obesidad, así como consecuencias negativas para la salud mental.

En este trabajo los autores examinan la asociación entre el tiempo que los preescolares están delante de una pantalla y las posibles alteraciones del comportamiento. El estudio se realizó analizando los datos del estudio CHILd (Canadian Healthy Infant Longitudinal Development), un ensayo de cohortes desde el nacimiento, observacional, inicialmente diseñado para examinar la interacción entre los genes y el ambiente sobre el desarrollo de asma y atopia. Se reclutaron mujeres embarazadas, mayores de 18 años, durante el segundo y tercer trimestre de su embarazo, entre 2009 y 2012 en 4 ciudades de Canadá (Edmonton, Toronto, Vancouver y Manitoba). Se incluyeron 3.455 díadas padres-niños. Los padres completaban cuestionarios sobre la familia y las características del niño (estatus socioeconómico, etnia, estado de nutrición de la madre y el niño, y estrés de la madre al inicio y durante el seguimiento). En las visitas clínicas de los 3 y los 5 años, las familias participantes completaban cuestionarios acerca del tiempo que los niños pasaban delante de las pantallas, la calidad del sueño y la actividad física. A los 5 años, los padres completaban cuestionarios para valorar el comportamiento de sus hijos (Child Behavior Checklist [CBCL], medida validada empíricamente de 99 ítems sobre problemas de comportamiento). De las 3.455 familias incluidas, a los 5 años completaron el CBCL 2.427 (70,2%).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Toronto y se recogió el consentimiento informado en todos los casos.

Los datos sobre potenciales covariantes asociadas con el tiempo que los niños pasaban delante de las pantallas o el comportamiento se recogieron de las historias del hospital (sexo, peso al nacer, edad gestacional, número de orden de nacimiento, diabetes gestacional, edad materna) o a través de cuestionarios estandarizados (duración y tipo de sueño, actividad física, estatus socioeconómico, estado marital, etnia, ex-

posición al tabaco en convivientes, lactancia materna, depresión materna, interacción padre-niño y estrés de los padres en los 5 años de seguimiento).

El tiempo delante de las pantallas (TV/DVD, ordenadores, tabletas, móviles o videojuegos) se valoró a los 3 y 5 años. Se agruparon los participantes en 3 categorías: menos de 30 minutos al día, entre 30 minutos y 2 horas diarias, y más de 2 horas al día. El umbral más alto para el tiempo total de pantalla a la edad de 3 años estaba ajustado a 1 h/día, y a los 5 años a 2 h/día, basado en las guías canadienses.

Las puntuaciones más altas obtenidas en las encuestas específicas (CBCL) indican problemas mayores de comportamiento, tanto internos (ansiedad/depresión, abstinencia, somáticos, emocionalmente reactivos), como externos (inatención, agresividad) y totales (internos, externos, problemas de sueño y otros). El punto de corte (≥ 65) indica problemas de comportamiento clínicamente significativos.

Al analizar los datos del CBCL, se observaron problemas de comportamiento externo clínicamente significativo en el 1,2% de los niños ($n=28$) y problemas de comportamiento interno en el 2,5% ($n=61$). Menos del 1% de los niños ($n=18$) tenían ambos problemas. Los niños tenían una puntuación media en el CBCL más alto (media de $40,6 \pm 9,9$) que las niñas (media de $38,7 \pm 9$) ($p \leq 0,001$). No se encontraron diferencias respecto a los problemas de comportamiento interno cuando se evaluó por sexos.

En cuanto al tiempo que los niños pasaban delante de alguna pantalla, a los 5 años, el 13% ($n=317$) estaban expuestos a más de 2 h/día, mientras que el 83% ($n=2.005$) de los niños cumplieron con las pautas canadienses de tiempo de pantalla recomendadas de menos de 2 h/día. A los 3 años, el 58% de los niños ($n=1.415$) cumplieron con las pautas canadienses de tiempo de pantalla recomendadas de menos de 1 h/día. No hubo diferencias significativas por sexos.

Los niños expuestos a más tiempo de pantalla a los 3 y 5 años mostraron una mayor morbilidad conductual a los 5 años, con una relación dosis-respuesta entre el tiempo de pantalla y los problemas de comportamiento. Los niños que pasaban delante de una pantalla más de 2 h/día obtuvieron puntuaciones más altas en los problemas de comportamiento externo (sobre todo

de inatención) clínicamente relevante, comparados con los que pasaban menos de 30 minutos. No había ninguna asociación significativa entre el tiempo de pantalla y los problemas de comportamiento agresivo.

La asociación entre el tiempo de pantalla y la morbilidad del comportamiento fue mayor que cualquier otro factor de riesgo, incluida la duración de sueño, el estrés parental y los factores socioeconómicos. Realizar más de 2 horas de actividad física a la semana se relacionaba con una menor morbilidad de salud mental.

Una de las limitaciones de este estudio es que los datos, el tiempo de pantallas, dormir y la actividad física no se validaron con medidas objetivas, sino que se recogieron de la información facilitada por los padres. También era posible que los padres pudieran responder a los niños que mostraban más dificultades de comportamiento externo ofreciendo más tiempo de pantallas como una estrategia para tranquilizarlos.

Un tiempo de pantalla por encima del umbral de las 2 horas a los 5 años se asoció con un riesgo aumentado de morbilidad externa clínicamente relevante, y específicamente con problemas de inatención. La asociación entre el tiempo de pantalla y la morbilidad comportamental era mayor que cualquier otro factor de riesgo, como dormir, el estrés parental y los factores socioeconómicos. Los hallazgos de este estudio indican que la edad preescolar puede ser un periodo crítico en el que apoyar a los padres y a las familias acerca de limitar el tiempo de pantalla y favorecer la actividad física. ■■■

Lo que aporta este trabajo:

Las nuevas formas de comunicación y de ocio, basadas fundamentalmente en el uso de imágenes a través de dispositivos móviles u otro tipo de pantallas, ha cambiado de forma radical nuestra forma de vida e, indudablemente, la forma de entender el ocio. En el caso de los niños, ha significado una disminución de la forma de jugar y también de interactuar con el medio y con sus iguales. A pesar de que el tiempo transcurrido desde este cambio de paradigma todavía es escaso para poder valorar las consecuencias a largo plazo, se publican cada vez más estudios que señalan un aumento de la morbilidad, fundamentalmente en el ámbito del comportamiento, ya en edades tempranas. Como en otras esferas de la maduración del niño, las edades más tempranas son especialmente sensibles, lo que implica que debemos prestar especial atención a estos periodos. Este artículo no hace sino reforzar el papel de los pediatras para ofrecer recomendaciones a las familias sobre el tiempo adecuado de permanencia delante de una pantalla de los niños. En España las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría son coincidentes con los de la Asociación Pediátrica de Canadá y de la Academia Americana de Pediatría, que recomiendan un máximo de 2 h/día en los niños de 5 años y de 1 h/día en los de 3 años.

M.J. Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

Uso de concentrados de cannabis en adolescentes

Cannabis concentrate use in adolescents

Meier MH, Docherty M, Leischow SJ, Grimm KJ, Pardini D. *Pediatrics*. 2019; 144(3): e20190338.



Resumen

Los concentrados de cannabis, compuestos por extractos de plantas que contienen altas concentraciones del tetrahidrocannabinol (THC), se han ido haciendo cada vez más populares entre los adultos de Estados Unidos. El presente estudio pretende conocer el uso de estas sustancias entre los adolescentes. Para ello, se reclutaron durante el año 2018 un total de 47.142 estudiantes de 8.º, 10.º y 12.º grado de 245 colegios de Arizona, pertenecientes a grupos raciales y étnicos diversos, con edades entre 14 y 19 años. Los participantes contestaron a una encuesta que contenía, entre otras, 4 preguntas relacionadas con el consumo de cannabis. Se les preguntaba si habían consumido marihuana, concentrado de cannabis u otras sustancias en alguna ocasión, y si lo habían hecho en el último mes. También se les preguntaba sobre el consumo de alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos y otras drogas, así como la edad de comienzo de su uso. Especial interés tenían las pre-

guntas realizadas sobre los factores de riesgo personal, compañeros, familia, colegio y comunidad.

Se compararon 3 grupos (consumidores de concentrados cannabinoides, consumidores de cannabis no concentrado y no consumidores de cannabis), para comprobar si había distinciones en cuanto a factores sociodemográficos, uso de otras sustancias o factores de riesgo o de protección relacionados con el uso de drogas.

En los resultados destaca que el 33% de los adolescentes había consumido cannabis, y el 24% concentrados cannabinoides en alguna ocasión en su vida. Como era de esperar, la prevalencia de consumo se incrementaba con la edad, desde el 19,9% en los participantes de menor edad hasta el 46,6% en los mayores, variando el consumo de concentrados de cannabis en esos mismos grupos de edad del 14,7 al 32,9%. La mayoría (72%) de los adolescentes que habían consumido marihuana había utilizado también concentrados de cannabis en alguna ocasión.

En este estudio, la prevalencia de consumidores de cannabis era ligeramente superior en las chicas que en los chicos. El consumo también era superior en los adolescentes cuyos padres no habían completado los estudios de Educación Secundaria. En cuanto a la asociación con el consumo de otras drogas, los consumidores de concentrados de cannabis también utilizan cigarrillos electrónicos 24 veces más frecuentemente que los que no consumen cannabis, y habían iniciado el uso de sustancias antes de los 17 años. Además, es 13,86 veces más frecuente el consumo de alcohol antes de los 17 años en los adolescentes consumidores de cannabis que en los no consumidores.

Como señalan los autores de este artículo, los consumidores de concentrados de cannabis asocian más factores de riesgo, como son: no percibir los daños de la marihuana, tener amigos que también consumen, permisividad de los padres y disponibilidad de las drogas en sus entornos próximos. Además, estos adolescentes presentan menos factores de protección frente al consumo de drogas.

Comentario y situación en España

El consumo de cannabis se está incrementando de forma paralela a la disminución de la percepción del riesgo que supone para la salud. El THC es el principal constituyente psicoactivo del cannabis y tiene relación dosis-efecto en la adicción, la discapacidad cognitiva y las experiencias psicóticas. Se ha pasado de contenidos del 12% de THC de la marihuana a contenidos superiores al 39-69% o incluso más del 80%, según los medios utilizados para producir los concentrados de cannabis. El uso de estos concentrados incrementa enormemente los efectos adversos.

En España, según el Informe 2018 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, el cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia entre los estudiantes de 14-18 años, y se indica que, en 2016, 3 de cada 10 (31,1%) habían consumido esta sustancia alguna vez en la vida. Durante los años 2004-2012 su consumo descendió. Sin embargo, desde 2014 se ha producido un cambio de tendencia (crecimiento). En cuanto a la edad, los jóvenes comienzan a consumir esta droga antes de cumplir los 15 años.

El porro o canuto es la forma más extendida (el 97,7% de los alumnos que han consumido cannabis en los últimos 30 días así lo han señalado), seguido del uso de pipas de agua, bongos, cachimbos o shishas, aunque mucho menos habitual (17%). El consumo de hachís (resina o chocolate) se encuentra menos extendido que la marihuana: una minoría (el 12,2% de los consumidores) señala que lo que ha fumado principalmente en los últimos 30 días ha sido hachís. El consumo por vía oral (pasteles, galletas...) o usando cigarrillos electrónicos es minoritario: tan sólo el 5,7 y el 1,8%, respectivamente, han utilizado estos métodos.

En España el consumo de cannabis se encuentra más extendido entre los varones (a diferencia de los datos reflejados de los adolescentes de Arizona), y se ha observado que en el grupo de 18 años ya son 1 de cada 2 los que lo han consumido en alguna ocasión (56,3%).

En cuanto a la hora de valorar estrategias para frenar el consumo de drogas, los expertos indican que los jóvenes, en general, conocen en parte los riesgos, pero les compensan los beneficios que consiguen, como son la evasión y la satisfacción inmediata. En cualquier caso, hay que asegurar que les llegue la información correcta de los riesgos tanto a corto como a largo plazo. La evidencia científica señala que se incrementa entre 3 y 5 veces el riesgo de sufrir brotes psicóticos o incluso esquizofrenia, especialmente al consumir cannabis de mayor concentración. En los estudios de neuroimagen de consumidores crónicos de cannabis se observa una disminución del tamaño de áreas del cerebro, como el hipocampo y el lóbulo frontal, con una mayor densidad de receptores cannabinoides, que conlleva la pérdida, por ejemplo, de la capacidad de reflexionar. Estos cambios estructurales en el cerebro no se observan en un consumo puntual, pero sí en los grandes consumidores, sobre todo cuando empiezan a consumir cannabis desde la adolescencia. La edad de inicio y la concentración del cannabis consumido son los principales predictores del daño cerebral.

Además de las consecuencias para la salud, el consumo de drogas afecta a otras esferas de la vida, ya que propicia la aparición de problemas judiciales o legales, el aumento del absentismo y el fracaso escolar y probables problemas delincuenciales para obtener las drogas. El porcentaje de repetidores de curso en consumidores de cannabis es del doble respecto a los que no consumen, así como los problemas de agresividad que desencadenan en el entorno familiar. ■

Lo que aporta este trabajo:

Los estudios a través de encuestas están sujetos a limitaciones, pero son herramientas útiles para conocer datos poblacionales. Los investigadores de este artículo aportan así información sobre el alcance del consumo de drogas entre los adolescentes del estado de Arizona, y reflejan unas tendencias que son comunes en otros países como España. Los resultados indican que las cifras del consumo de cannabis a estas edades son realmente alarmantes, especialmente el uso de concentrados cannabinoides y la asociación con el consumo de otras drogas.

Artículos como este deben impulsarnos a insistir en la población, especialmente a los adolescentes, sobre los riesgos reales del consumo de drogas. No se puede trivializar. El consumo de concentrados de cannabis se está convirtiendo en un problema de salud pública de una magnitud que todavía no ha alcanzado sus cotas máximas, ya que sigue aumentando. Los psiquiatras nos alertan de que las altas prevalencias del consumo de cannabis en los adolescentes están incrementando el número de jóvenes con depresión, psicosis y suicidios, así como el desarrollo de trastornos mentales crónicos en la edad adulta.

C. Esteve Cornejo

Pediatra. Clínica Universidad de Navarra. Madrid