

Journal

OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

Órgano oficial de la Asociación Para el Progreso de la Biomedicina Órgano oficial
del Instituto de Estudios Superiores Elise Freinet, Pachuca, Hidalgo, México



Órgano oficial de la Asociación Para el Progreso de la Biomedicina Órgano oficial del Instituto de Estudios Superiores Elise Freinet, Pachuca, Hidalgo, México

DIRECTOR

JESÚS M. CULEBRAS

De la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid y del Instituto de Biomedicina (IBIOMED).

Universidad de León (Spain). Ac. Profesor Titular de Cirugía

culebras@jonnpr.com

COMMUNITY MANAGER

ANTONIO CRUZ

Neurólogo de la Unidad de Ictus Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Scientific Advisor Neurologic International

community@jonnpr.com

Journal of Negative and No Positive Results es una revista internacional, sometida a revisión por pares y Open Access, Órgano oficial de la Asociación Para el Progreso de la Biomedicina, (CIF G24325037) que centra su enfoque en los resultados negativos, neutros o no positivos de las investigaciones en ciencia, salud y farmacia.

Journal of Negative and No Positive Results is an international rapid peer-reviewed journal, open access, oficial organ of the Association for the Progress of Biomedicine (CIF G24325037), focused in negative, neutral or not positive results from research in science, health and pharma.

NORMAS DE PUBLICACIÓN EN LA REVISTA:

<http://www.jonnpr.com/Normas%20de%20publicacion%20v01%20Mayo%202016.pdf>

GUIDELINES OF PUBLICATION IN THE JOURNAL:

<http://www.jonnpr.com/Guidelines%20of%20publication%20v01%20May%202016.pdf>

Dirección postal

Ismael San Mauro Martín
C/ De los Artistas 51, 2º-6
28020 Madrid (España)

Soporte editorial

Ismael San Mauro Martín
C/ De los Artistas 51, 2º-6
28020 Madrid (España)

Contacto principal

ceo@jonnpr.com

Contacto de soporte

Responsable editorial

Correo electrónico: ceo@jonnpr.com

Dep. Legal: Exento según R.D. 635/2015

ISSN-L: 2529-850X

VOLUMEN 8, NÚMERO 3, 2023

SUMARIO

REVISION

Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria	568
Elvira Lucas Oliver, Pedro Juan Tárraga López, Almudena Tárraga Marcos	
Retos de la investigación en la evaluación de la nutrición y la salud de los inmigrantes: Una revisión narrativa	586
Gülşah Okutan, María Carmen Cuadrado Vives, Beatriz Teresa Beltrán de Miguel	
Beneficios de la dieta mediterránea y la actividad física en adolescentes	596
Marta Cebrián Marcilla, Loreto Tárraga Marcos, Pedro J. Tárraga López	

Revisión

Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria

Adaptive disorders and their management in primary care

Elvira Lucas Oliver¹, Pedro Juan Tárraga López² , Almudena Tarraga Marcos³ 

¹ Grado de Medicina Universidad Castilla la Mancha.

² Profesor de Medicina Departamento de Ciencias Médicas, Universidad Castilla la Mancha

³ Medico Centro Base Consejería Bienestar Social. Castilla la Mancha

*Autor para correspondencia:

Pedro J. Tárraga López. Correo electrónico: pedrojuan.tarraga@uclm.es. Departamento de Ciencias Médicas, Universidad Castilla la Mancha

Recibido: 2 de junio 2023. Aceptado: 30 de junio 2023

Cómo citar este artículo:

Oliver E. L., Tárraga López P. J., Tarraga Marcos A. Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. JONNPR 2023; Vol 8 (3): 568-585 DOI: 10.19230/jonnpr.4909

How to cite this article:

Oliver E. L., Tárraga López P. J., Tarraga Marcos A. Adaptive disorders and their management in primary care. JONNPR 2023; Vol 8 (3): 568-585 DOI: 10.19230/jonnpr.4909



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos

Resumen

Introducción. El trastorno de adaptación describe una respuesta emocional y conductual desproporcionada a uno o más estresores psicosociales identificables. Existen múltiples situaciones capaces de generarnos una situación de estrés agudo. Sin embargo, uno de los requisitos necesarios para poder hablar de trastorno adaptativo es que ese o esos factores estresantes supongan un deterioro en el funcionamiento normal del individuo.

Objetivos. El objetivo principal de este trabajo es analizar, mediante una revisión bibliográfica, el diagnóstico y abordaje de los trastornos adaptativos dentro del ámbito de Atención Primaria. El objetivo secundario es destacar la importancia de la detección y el tratamiento precoces, así como de la gestión multidisciplinar y la promoción de la salud mental.

Resultados: Los principales factores de riesgo de los trastornos adaptativos son el desempleo, los bajos ingresos, el escaso apoyo social, las enfermedades físicas y la salud mental. La prevalencia es mayor en jóvenes, especialmente entre las mujeres, y existe un riesgo aumentado de suicidio en el subtipo de estado de ánimo depresivo. El Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos es actualmente la principal herramienta diagnóstica, por establecer sus criterios diagnósticos en base a la definición teórica establecida por la CIE-11. El manejo de estos trastornos se realiza principalmente mediante terapia cognitivo-conductual.

Conclusiones: Los trastornos de adaptación surgen como respuestas anormales ante ciertas situaciones estresantes. El papel de los médicos de Atención Primaria en el abordaje de este trastorno es primordial, siendo necesaria su detección y manejo precoz para disminuir los niveles de ansiedad disfuncionales que presentan los pacientes.

Palabras clave: Trastorno adaptativo, Atención primaria, salud mental, ADN, CITA, psicoterapia, tratamiento farmacológico

Abstract

Introduction: Adjustment disorder describes a disproportionate emotional and behavioral response to one or more identifiable psychosocial stressors. There are multiple situations capable of generating an acute stressful situation. However, one of the requirements to be able to speak of an adaptive disorder is that the stressor(s) in question should lead to an impairment of the individual's normal functioning.

Objectives: The main objective of this work is to analyze, through a literature review, the diagnosis and approach to the diagnosis and management of adaptive disorders in the Primary Care setting. The secondary objective is to emphasize the importance of early detection and treatment, as well as multidisciplinary management and mental health promotion.

Results: The main risk factors for adjustment disorders are unemployment, low income, low social support, physical illness, and personal history of mental health. The International Questionnaire of Adaptive Disorders is currently the principal diagnostic tool, as it establishes its diagnostic criteria based on the theoretical definition established by the ICD-11. The management of these disorders is mainly through cognitive behavioural therapy.

Conclusions: Adjustment disorders arise as abnormal responses to certain stressful situations. The role of primary care physicians in dealing with this disorder is essential, and early detection and management are necessary to reduce the levels of dysfunctional anxiety that patients present.

Key words: Adaptive disorder, primary care, mental health, ADN, CITA, psychotherapy, pharmacological treatment

Lista de Abreviaturas

TA: Trastorno de adaptación.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

TEA: Trastorno de estrés agudo.

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

TDM: Trastorno depresivo mayor.

DAI: Desfibrilador automático implantable.

ADNM: Trastorno de Adaptación – Nuevo Módulo.

SCID-I: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV.

CITA: Cuestionario Internacional de Trastornos de adaptación.

HAM-A: Escala de Ansiedad de Hamilton.

TCC: Terapia cognitivo conductual.

ISRS: Inhibidores de la recaptación de serotonina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Introducción

En nuestra sociedad actual, las personas nos enfrentamos continuamente a situaciones estresantes que debemos afrontar y superar, cuando no somos capaces de gestionar el impacto de estas situaciones, podemos desarrollar un trastorno de adaptación (TA).

El trastorno de adaptación describe una respuesta emocional y conductual desproporcionada ante uno o varios estresores psicosociales identificables¹. Existen múltiples situaciones capaces de generarnos una situación de

estrés agudo (problemas económicos, rupturas de pareja o el diagnóstico reciente de una enfermedad). Sin embargo, uno de los requisitos necesarios para poder hablar de trastorno adaptativo es que ese o esos factores estresantes supongan un deterioro en el funcionamiento normal del individuo.

1. Criterios diagnósticos según DSM-V y CIE-11

Actualmente disponemos de dos sistemas de clasificación de los diferentes trastornos mentales que pueden acontecer en cualquier etapa de la vida: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El DSM-V incluye los TA dentro de la categoría *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Este grupo de trastornos incluye también el trastorno del apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo (TEA). Todos ellos tienen en común la necesidad de exposición a un acontecimiento estresante o traumático para el desarrollo de la sintomatología. El DSM-V especifica también diferentes subtipos de TA dependiendo de la sintomatología predominante y de la duración del trastorno².

El CIE-11 también agrupa los TA junto con otros trastornos relacionados con eventos traumáticos o estresantes, categoría denominada en este caso *Trastornos específicamente asociados con el estrés*.

A continuación, se exponen los criterios diagnósticos de los trastornos adaptativos de acuerdo con sus últimas versiones (DSM-V y CIE-11).

1.1 TRASTORNOS ADAPTATIVOS SEGÚN DSM-V
A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas. 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. La alteración relacionada con el estrés no cumple criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
D. Los síntomas no representan el duelo normal.
E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.
<i>Especificar si:</i>
309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.
309.24 (F43.22) Con ansiedad: predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.
309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: predomina una combinación de depresión y ansiedad.
309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: predomina la alteración de la conducta.
309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta: predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.
309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Especificar si:

Agudo: Si la alteración dura menos de 6 meses.

Persistente (crónico): Si la alteración dura 6 meses o más

Tabla 1. Criterios diagnósticos de los trastornos de adaptación. DSM-V¹

1.2 TRASTORNOS ADAPTATIVOS SEGÚN CIE-11
<p>1.2.2 ESENCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción desadaptativa a un factor estresante psicosocial identificable o a múltiples factores estresantes que suele aparecer en el mes siguiente al factor(es) estresante. Entre los ejemplos figuran el divorcio o la pérdida de una relación, la pérdida de un empleo, el diagnóstico de una enfermedad, la aparición reciente de una discapacidad y los conflictos en el hogar o el trabajo. • La reacción al factor estresante se caracteriza por la preocupación por dicho factor o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, los pensamientos recurrentes y angustiosos sobre el factor estresante, o la constante rumia sobre sus implicaciones. • Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno del estado de ánimo, otro trastorno específicamente asociado con el estrés) • Una vez que el factor estresante y sus consecuencias han terminado, los síntomas se resuelven en seis meses. • La falta de adaptación al factor estresante da lugar a un deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene, es solo a través de un esfuerzo adicional significativo.
<p>1.2.2 CARACTERÍSTICAS ADICIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas de preocupación tienden a empeorar con cualquier recordatorio de los factores estresantes, lo que da lugar a que se eviten los estímulos, los pensamientos, los sentimientos o las discusiones asociados a los factores estresantes para evitar la preocupación. • Entre los síntomas psicológicos adicionales del trastorno de adaptación pueden figurar síntomas depresivos o de ansiedad, así como síntomas impulsivos <<externalizantes>>, en particular, el aumento del consumo del tabaco, alcohol u otras sustancias. • Los individuos con trastornos de la adaptación suelen recuperarse cuando se elimina el factor estresante, cuando se proporciona el apoyo suficiente o cuando la persona desarrolla mecanismos o estrategias adicionales para hacerle frente.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de los trastornos de adaptación. CIE-11³

2. Distinción de otros trastornos psiquiátricos

Dentro de la psiquiatría existe mucha superposición de síntomas entre los distintos trastornos mentales. Esto se pone de manifiesto al querer asignar una definición clara al TA que lo diferencie de otros trastornos incluidos en su misma clasificación. Algunos de los trastornos con los que comparte similitudes comprenden el trastorno de estrés posttraumático (TEPT), trastorno por estrés agudo (TEA), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el trastorno depresivo mayor (TDM).

El TEPT es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente horribles como puede ser una agresión sexual, un combate, una muerte violenta o un accidente grave. Se caracteriza por la experimentación constante del evento traumático en forma de pesadillas o flashbacks, tendencia a la evitación de pensamientos y recuerdos del evento o de personas o situaciones que

recuerden a él y estado de hiperexcitación que interfiere con el sueño, con la concentración o que se manifiesta como una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados³. Según el DSM-V, estos síntomas deben durar más de un mes además de producir un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento¹.

En el TA el factor precipitante del estrés no necesariamente debe ser un evento traumático, sino que el rango de eventos que pueden precipitar el desarrollo de TA incluye eventos vitales negativos más comunes en la población general tales como enfermedades graves o problemas laborales⁴.

El TEA se podría considerar una especificación del TEPT. La principal diferencia es la duración de los síntomas y el énfasis del primero sobre las reacciones disociativas al trauma.⁵ En el TEA los síntomas aparecen durante el periodo de dos días hasta cuatro semanas tras el evento traumático¹, lo que hace incompatible su diagnóstico con el TEPT que sólo puede diagnosticarse pasadas cuatro semanas.

3. Prevalencia

La investigación y los estudios epidemiológicos en relación con los trastornos adaptativos han permanecido durante muchos años relegados a un segundo plano en relación con otros trastornos mentales debido, principalmente, a la falta de criterios diagnósticos claros. Es por ello por lo que los estudios más antiguos pueden subestimar su prevalencia⁶. Gracias a las últimas versiones del DSM-V y CIE-11, los TA se han visto mejor definidos, pero al ser versiones relativamente recientes, hay todavía pocos estudios epidemiológicos basados en estos últimos criterios. Cabe destacar también la variabilidad acerca de la prevalencia en función de las poblaciones estudiadas y de las herramientas diagnósticas utilizadas, tal y como se expone a continuación. El proyecto ODIN (Outcome of Depression International Network) realizó un estudio comunitario transversal con el objetivo de evaluar la prevalencia de los trastornos depresivos en cinco países europeos (España, Reino Unido, Grecia, Noruega y Finlandia).

En éste se incluía el subtipo de Trastorno Adaptativo con estado de ánimo deprimido. La muestra seleccionada para el estudio incluía hombres y mujeres tanto en población rural como en población urbana de entre 18 a 64 años.

Para su análisis se utilizó en una primera fase el Inventario de Depresión de Beck y en una segunda fase el Programa de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Los resultados sobre la prevalencia de TA con estado de ánimo deprimido fueron sorprendentemente bajo, menor del 1%⁷. Una de las limitaciones planteadas ante esta baja prevalencia radica en las herramientas diagnósticas utilizadas puesto que las encuestas, dirigidas a la calificación de la depresión, podrían haber fijado el umbral demasiado alto para establecer un diagnóstico de TA.

Un estudio realizado en Zúrich sobre una población de entre 65 y 96 años, encontró una prevalencia de TA del 2,3%, sin diferencias de sexo ni edad. Se observó una probabilidad condicional de desarrollar un TA del 8,6% cuando el sujeto experimentaba una enfermedad grave, del 9,1% cuando experimentaba problemas económicos y del 5,6% al abandonar la vida laboral. Para ello, utilizó como herramientas diagnósticas

entrevistas estandarizadas o cuestionarios de autoinforme⁸. En otro estudio⁹ dirigido a personas mayores de 60 años, se estimó una tasa de prevalencia de 3,7%.

En un estudio de cohorte multicéntrico, se evaluó la prevalencia del TA en los primeros 12 meses tras una lesión grave, utilizando para ello entrevistas clínicas. Los resultados estiman una prevalencia del 19% a los 3 meses de sufrir la lesión y del 16% a los 12 meses. Además, se encontró que el TA a los 3 meses aumentó significativamente el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico (excluyendo el TA) a los 12 meses¹⁰.

Los estudios de la prevalencia del TA en el ámbito de atención primaria son escasos, algunos realizados hace más de veinte años, con excepción de un estudio realizado en Cataluña¹¹, el cual obtuvo una prevalencia de 2,94% de los trastornos adaptativos en sus centros de atención primaria. Con respecto a la prevalencia de trastorno adaptativo en el ámbito hospitalario, un metaanálisis¹² encontró una prevalencia de TA en el contexto de cuidados paliativos del 15,4% y del 19,4% en pacientes oncológicos y hematológicos.

ESTUDIO	AUTORES	SUJETOS	OBJETIVOS	MÉTODO	PRINCIPALES RESULTADOS	CONCLUSIONES
Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study⁷	<i>Ayuso-Mateos et al.</i>	Adultos de 18 a 64 años procedentes de España, Reino Unido, Noruega, Grecia, Noruega y Finlandia.	Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos en cinco países europeos.	Estudio comunitario transversal.	Prevalencia global de trastornos depresivos: 8,56% Prevalencia de TA con estado de ánimo deprimido: <1%.	El trastorno depresivo tiene una prevalencia elevada en Europa. La prevalencia del TA con estado de ánimo deprimido fue baja quizás porque las herramientas diagnósticas utilizadas establecían un umbral demasiado alto.
Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey⁸	<i>Maercker et al.</i>	Personas mayores de entre 65-96 años de Zúrich.	Estimar la prevalencia de los TA de acuerdo con un nuevo modelo psicopatológico que permita distinguirlos de otros trastornos.	Estudio comunitario transversal.	Prevalencias: TA: 2,3%, siendo los subtipos con emociones mixtas los más frecuentes. Comorbilidad de TA con otros diagnósticos del DSM-IV del 46% TEPT: 0,7% TDM: 2,3%.	El TA constituye un trastorno bien diferenciado. La mayor prevalencia (2,3%) de TA puede deberse a que la edad avanzada se relaciona con una mayor cantidad de eventos estresantes. La probabilidad de desarrollar un TA por problemas financieros era del 9,1%. La búsqueda de ayuda es baja; solo el 5% de la muestra recibió tratamiento.
Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care⁹	<i>Arbus et al.</i>	Pacientes ambulatorios >60 años.	Evaluar la prevalencia de TA. Examinar si existen diferencias entre los pacientes con TA de atención primaria y de salud mental.	Estudio comunitario trasversal	Prevalencia del TA: 3,7%. El evento estresante más frecuente: enfermedad personal. >50% presentaba una importante incapacidad funcional. Pacientes de AP eran de mayor edad y recibieron menos psicoterapia y más tratamiento farmacológico (benzodiazepinas).	Los TA suponen una causa importante de ansiedad e incapacidad funcional en las personas mayores. Se necesita un diagnóstico precoz y una mayor aplicación de la intervención psicoterapéutica para disminuir el uso de benzodiazepinas en estos pacientes.
A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure¹⁰	<i>O'Donnell et al.</i>	Pacientes hospitalizados	Estimar la prevalencia del TA en los primeros 12 meses tras una lesión grave. Determinar si el TA es menos grave en comparación con otros trastornos.	Estudio de cohorte multicéntrico.	Prevalencia del TA a los 3 meses de la lesión del 19%, a los 12 meses del 16%. Los pacientes con TA tuvieron peores resultados respecto a la resolución de sus lesiones que aquellos sin ningún diagnóstico psiquiátrico, pero mejor en comparación con otros trastornos.	Este estudio apoya la recategorización de los TA y pone de manifiesto la necesidad de una mayor investigación.
Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services¹¹	<i>Fernández et al.</i>	Pacientes de diferentes centros de salud de Cataluña	Estimar la prevalencia de los TA en AP, explorar diferencias entre los TA y otros trastornos y evaluar el reconoci-	Estudio transversal.	Prevalencia de los TA del 2,94%. Mejor calidad de vida que en el caso de TDM, pero peor que los individuos sin trastorno mental. Reconocimiento bajo por los médicos de AP.	Los TA se postulan como una categoría intermedia entre la ausencia de trastorno mental y otros trastornos afectivos.

			miento y tratamiento de los TA por parte de los médicos de AP		37% de los diagnósticos de TA estaban en tratamiento farmacológico.	
<i>Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncologicalhaematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies</i> ¹²	<i>Mitchell et al.</i>	-	Prevalencia de depresión, ansiedad y TA en el ámbito hospitalario.	Metaanálisis.	Prevalencia de TA en cuidados paliativos del 15,4% y del 19,4% en pacientes onco-hematológicos Prevalencia de TDM en cuidados paliativos del 14,3% y del 14,9% en pacientes onco-hematológicos Prevalencia de ansiedad en cuidados paliativos del 9,8% y del 10,3% en pacientes onco-hematológicos.	La depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer es menos frecuente de lo que se pensaba. Es importante el reconocimiento de los distintos trastornos del estado de ánimo en estos pacientes susceptibles.

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos adaptativos

4. Atención primaria como puerta de entrada a los trastornos mentales

En la mayoría de los países occidentales, los trastornos mentales suelen ser atendidos en primer lugar en los centros de atención primaria¹³.

Las consultas motivadas por problemas mentales atendidas por los médicos de éste ámbito alcanzan una prevalencia de entre el 22-29%¹⁴⁻¹⁶. Además, un estudio realizado a pacientes de atención primaria en Cataluña encontró que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad ocupan el segundo y tercer puesto en pérdida de años de vida ajustados por calidad, siendo superados únicamente por el dolor crónico¹⁷.

Muchos de estos pacientes reciben tratamiento en este primer escalón de atención sanitaria y no llegan a ser derivados al servicio de psiquiatría^{18,19}. Existen múltiples razones por las cuales los pacientes acuden en primera instancia a sus médicos de cabecera, entre las que se encuentran la mayor confianza depositada en éstos al presentar una atención continuada, las largas listas de espera de los servicios de psiquiatría en el ámbito de la salud pública o la estigmatización que supone acudir a un psiquiatra²⁰.

Todo esto supone que los médicos de atención primaria precisan recibir la formación adecuada para ser capaces de detectar precozmente estos problemas de salud, poder tratarlos de forma correcta y elaborar estrategias de prevención de salud mental desde sus consultas.

Metodología

La metodología utilizada para la realización del TFG ha consistido en una revisión bibliográfica sobre los estudios más relevantes relacionados con los trastornos adaptativos y su manejo desde Atención Primaria. Dicha revisión se ha llevado a cabo en el intervalo de tiempo desde octubre de 2022 hasta abril de 2023. La información se ha obtenido a partir de la base de datos de *Web Of Science (WOS)* y de los siguientes libros de texto:

- *Association AP. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014.*
- *Association AM. CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión. 2022.*
- *Ortiz-Tallo M. Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5. 2019.*
- *First M-B. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington, DC: 2000.*

- Murthy RS. *The world health report. 2001, Mental health: new understanding, new hope.* Geneva: World Health Organization; 2001.

Se realizó una primera búsqueda en WOS con el término “*adjustment disorder*” obteniendo un total de 28.017 artículos. Para aumentar la especificidad de la búsqueda se añadió el término “*management*” junto con el operador booleano “AND”, disminuyendo el número de resultados a 3.127. Posteriormente se acotó la fecha de publicación, incluyendo sólo aquellos estudios posteriores al año 2000, obteniendo 2.362 artículos. Para encontrar los artículos más relevantes se ordenaron por número de veces citado y se excluyeron aquellos publicados en revistas de bajo impacto, los artículos duplicados y los que no disponían de acceso abierto, quedando finalmente 216 artículos. De estos se eliminaron 79 con la lectura del título y posteriormente se excluyeron 61 tras hacer una lectura del resumen. De los 76 artículos restantes, se eliminaron 15 artículos tras la lectura completa, quedando finalmente los 61 artículos incluidos en el estudio.

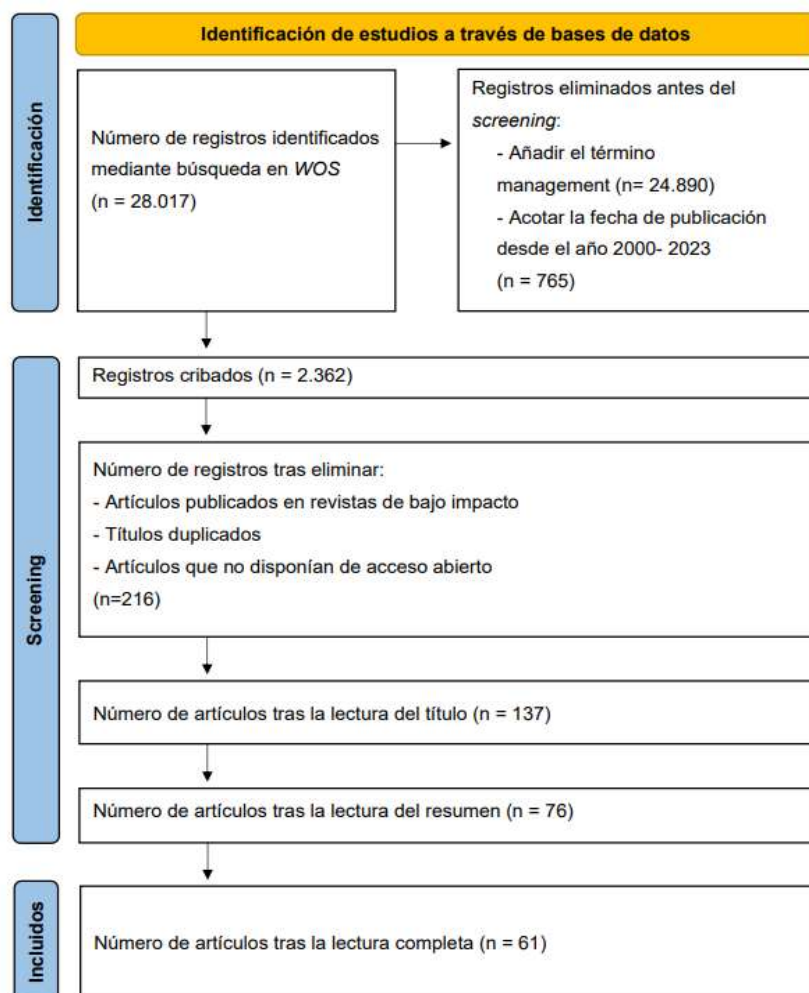


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los estudios incluidos en el presente trabajo siguiendo la Declaración PRISMA 2009 (29)

Resultados

1. Factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de adaptación

Tal y como se ha descrito anteriormente, la presencia de uno o varios factores estresantes es requisito indispensable para poder establecer el diagnóstico de trastorno de adaptación. Sin embargo, la manera en la que cada individuo reacciona a un mismo factor estresante es variable en función de diferentes factores, tanto del propio individuo como del entorno en el que éste se desenvuelve. Esta variabilidad individual es la que determina que, ante un mismo evento estresante, ciertos individuos desarrollen un trastorno adaptativo y otros no. Según el estudio de *Maercker et al.*²¹, menos de uno de cada 15 individuos desarrollaría un trastorno adaptativo ante un evento cualquiera de la vida.

El estudio de *Kelber et al.*²² comparó la probabilidad de desarrollar un TA frente a ningún diagnóstico de salud mental y frente a otros diagnósticos de salud mental. Encontró que el género femenino, el desempleo, los bajos ingresos, el bajo apoyo social, las enfermedades físicas y los antecedentes personales de salud mental presentaban mayor riesgo de TA frente a ningún diagnóstico de patología mental. Sin embargo, algunos de estos factores también se postulan como factores de riesgo para el desarrollo de otras patologías mentales. De hecho, el género femenino presenta más riesgo de desarrollar ansiedad o depresión que desarrollar un TA, aunque más probabilidad de desarrollar un TA frente a ningún diagnóstico psiquiátrico, tal y como se ha expuesto.

Fue también en el estudio de *Kelber et al.*²² donde se observó que los jóvenes presentaban más riesgo de TA que de otra patología mental, sin embargo los resultados variaron en función de las poblaciones estudiadas por lo que la edad no se estableció como factor de riesgo de TA.

Las agresiones, abusos sexuales o las situaciones de maltrato fueron más frecuentes en los individuos con TEPT establecido que en aquellos con diagnóstico de TA²². Este hecho entra en concordancia con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V y el CIE-11, ya que mientras que el TEPT se asocia a eventos más traumáticos, los TA se relacionan con eventos estresantes más comunes en la vida diaria⁴.

2. Suicidio y trastornos de adaptación

El suicidio constituye un problema de gran magnitud en nuestra sociedad actual, según los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan cerca de 700.000 personas y si bien conocemos la relación existente entre la conducta suicida y los trastornos depresivos, es menos investigada la asociación con los trastornos adaptativos.

La ideación suicida consiste en el inicio de los pensamientos dirigidos a quitarse la vida, exista o no un plan elaborado para llevarlo a cabo. El suicidio supone el final de este proceso, cuando el individuo termina con su propia vida²³.

Los TA se relacionan con síntomas más leves y con un mejor pronóstico que otros trastornos psiquiátricos. A pesar de esto, se ha encontrado que los individuos diagnosticados de TA con estado de ánimo deprimido presentaban la tasa más alta de intentos de suicidio en jóvenes²⁴. El suicidio, entendido como el acto ya

realizado, presentaba tasas más altas en aquellos individuos con diagnóstico de depresión mayor o trastorno por abuso de sustancias. En un estudio realizado acerca del suicidio en adolescentes se encontró que todos ellos presentaban un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte. El trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido representaba el 21,1% de los casos²⁵. Los jóvenes, el estado civil soltero y la mayor gravedad de los síntomas depresivos se postulan como los principales factores de riesgo de ideación suicida y de suicidio tanto en el TA como en los trastornos depresivos²⁶. Además, el intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas de TA y el suicidio es menor que en otros trastornos clásicamente relacionados con los trastornos suicidas, como la depresión. En el caso del TA, el suicidio se lleva a cabo de forma más impulsiva, sin una estricta planificación y sin manifestar indicios de que la persona está pensando en llevarlo a cabo, lo que constituye un problema a la hora de tratar de prevenirlo.

3. Detección precoz y técnicas diagnósticas

Diversos trabajos señalan las dificultades encontradas a la hora de establecer un diagnóstico correcto respecto a una patología mental en el ámbito de atención primaria²⁸⁻³⁰ y que podrían explicar el motivo del infradiagnóstico. Por una parte, una gran proporción de los individuos que acuden a sus centros de atención primaria lo hacen manifestando síntomas somáticos tales como cefalea, insomnio, fatiga o pérdida de peso, los cuales pueden ser atribuidos a enfermedades físicas en lugar de relacionarlas con trastornos mentales. Sin embargo, se ha encontrado que cuando el paciente consulta directamente por un motivo psicológico, la tasa de detección mejora considerablemente. También se ha visto que aquellos médicos de atención primaria que tienen un conocido cercano con alguna patología mental, se encuentran más sensibilizados y presentan mayores tasas de diagnóstico de patología mental³¹. Las diversas causas que suponen un obstáculo para la correcta identificación de los trastornos mentales se exponen a continuación.

OBSTÁCULOS PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA MENTAL
Manifestación por parte del paciente de síntomas somáticos, en lugar de síntomas emocionales, que desvían el diagnóstico a una enfermedad física
Tiempo de consulta limitado
No relación previa con su médico de familia
Falta de formación de los profesionales en materia de salud mental
Barreras en la comunicación (idioma, lenguaje, culturales)
Estigmatización de los problemas de salud mental
Superposición de síntomas entre algunos diagnósticos psiquiátricos
Menor gravedad del cuadro psicológico y por ende del umbral requerido para el diagnóstico

Tabla 4. Obstáculos para la detección de patología mental en atención primaria

Puesto que la atención primaria se postula como la puerta de entrada para el abordaje de los trastornos mentales, se hace evidente la necesidad de disponer de herramientas sencillas que puedan aplicarse en las consultas para mejorar las tasas de diagnóstico de éstos.

4. Intervenciones terapéuticas

4.1. Psicoterapia

Como se ha descrito, los trastornos adaptativos surgen a partir de un/os acontecimiento/s estresante/s, pero no todos los individuos expuestos a una determinada situación estresante presentan el mismo riesgo de desarrollarlo.

La capacidad de afrontamiento ante los diversos problemas a los que nos enfrentamos en nuestro día a día, así como la forma en la que los interpretamos y elaboramos respuestas ante ellos son infinitamente variados.

Se trata de una clase de intervención psicoactiva y científicamente estudiada que pretende manipular tanto las formas de pensamiento como los comportamientos que son disfuncionales con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico. En los distintos trastornos mentales que cursan con síntomas de ansiedad, la valoración exagerada de una situación o amenaza es un componente fundamental de la ansiedad subyacente⁴⁸.

Los objetivos y estrategias de la TCC para el TA se exponen a continuación⁴⁹:

- Alivio del paciente a través de la empatía, el apoyo y la aceptación.
- Reducción de la excitación
- Regulación de las emociones
- Ofrecer al paciente información
- Reestructuración y reevaluación de la situación estresante.
- Mantener y restaurar la autoestima y la sensación de control.
- Orientar y ofrecer los recursos disponibles para el futuro.
- Enfoque multidisciplinar y manejo conjunto del médico y terapeuta.
- Prevenir recurrencias.

La educación para la resiliencia es una intervención englobada dentro de la TCC. La resiliencia es la capacidad para recuperarse de una alteración en el comportamiento causada por una situación estresante, volviendo al funcionamiento normal del individuo. Consiste en aprender a gestionar las situaciones difíciles de forma más eficaz y ayudando al individuo a percibir un mayor control sobre la situación. Los individuos que son “resilientes” experimentan los cambios como un reto y una oportunidad de salir fortalecidos, mientras aquellos con baja capacidad de resiliencia experimentan más síntomas de ansiedad y estrés ante un mismo cambio⁵⁰.

4.2. Farmacoterapia

El hecho de que los TA se definen, generalmente, como trastornos breves, hace que algunos expertos se inclinen por tratar los TA únicamente a través de intervenciones psicológicas, mostrando rechazo a la utilización de fármacos. Sin embargo, existen ciertas circunstancias en las que con terapia psicológica no se alcanzan los objetivos y el paciente no muestra resultados. Es en estos casos donde la farmacoterapia puede ser de gran utilidad para impulsar una mejora.

Un ensayo realizado por *Stein*⁵¹ comparó la eficacia y seguridad de la etifoxina, un ansiolítico no benzodiazepínico, con el alprazolam, una benzodiazepina. Se encontró que, en el último día de tratamiento,

ambos presentaban reducciones en los síntomas de ansiedad (evaluados a través de la escala HAM-A) con una leve diferencia a favor del alprazolam. Sin embargo, tras la suspensión de éstos, los participantes que habían recibido tratamiento con etifoxina seguían mejorando sus síntomas de ansiedad mientras que en el grupo que había recibido alprazolam, los síntomas aumentaron. Además, se observaron más efectos adversos en el grupo de los pacientes tratados con alprazolam. Por tanto, se concluyó que la etifoxina es una buena opción de tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con TA con ansiedad, tanto por su eficacia, como por presentar una ventaja clave frente a las benzodiazepinas: la etifoxina no asocia desarrollo de dependencia al fármaco. Otro estudio que comparó la etifoxina con otra benzodiazepina, el lorazepam, obtuvo resultados muy similares⁵².

En el año 2005 se registró un aumento de la tasa de prescripción de antidepresivos en distintos trastornos, entre ellos los TA de subtipo depresivo⁵³; sin embargo, la evidencia de su beneficio para el tratamiento de estos trastornos es escasa. Un estudio evaluó la respuesta de los antidepresivos, concretamente los ISRS, en pacientes con depresión mayor y pacientes con TA, ambos diagnosticados en atención primaria. Sus resultados mostraron el doble de probabilidad de respuesta en los TA, concluyendo que podrían ser de utilidad en el tratamiento de ciertos TA con estado de ánimo deprimido⁵⁴.

Existen otros estudios⁵⁵⁻⁵⁷ que compararon la eficacia entre placebo, psicoterapia, antidepresivos y ansiolíticos para el tratamiento de trastornos de adaptación, sin embargo, estos estudios datan de antes de 1999, razón por la que no se han incluido en esta revisión ya que su nivel de evidencia era escaso y, dada su antigüedad, las evaluaciones se hacían de acuerdo a las primeras definiciones de TA. En cualquier caso, el manejo general de los TA y la decisión de incluir o no fármacos en su tratamiento debe realizarse de forma individualizada, valorando las propias características del paciente, su entorno y la propia evolución de éste.

5. Promoción de salud mental desde los centros de atención primaria

Los centros de atención primaria constituyen un pilar fundamental para la prevención de las enfermedades mentales. No solo se configuran como la puerta de entrada de estos trastornos en muchas ocasiones, sino que su función va más allá y pretende instruir y educar a sus pacientes en materia de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵⁸. Es por esto por lo que los médicos de atención primaria no solo deben prestar atención a los síntomas físicos que presentan sus pacientes, sino que también deben evaluar sus estados emocionales y atender a los individuos en toda su esfera de salud.

Un ensayo clínico⁵⁹ realizado en España realizó una formación específica a 140 médicos de familia, los cuales realizaron una entrevista de 10 minutos a una serie de pacientes, previamente seleccionados, al inicio y a los 6, 12 y 18 meses. En estas entrevistas, a partir de un algoritmo de riesgo conocido como *predictD*, se informaba a los pacientes de su nivel de riesgo de padecer ansiedad y depresión y se elaboraba un plan de prevención personalizado a cada individuo. Al final del estudio, aquellos que habían sido sometidos a este plan de prevención vieron reducido en un 21% y un 23% su riesgo de desarrollar depresión y ansiedad, respectivamente,

en comparación con aquellos que siguieron con su atención médica habitual. Además, la intervención fue costo-efectiva⁶⁰ y los médicos de familia se mostraron satisfechos con esta intervención⁶¹.

Los pacientes con enfermedades crónicas o limitantes tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales. En este sentido, los médicos de atención primaria pueden planificar la atención de éstos programando una serie de visitas en las cuales puedan preguntarle acerca de síntomas ansiosos o depresivos, proporcionar cursos o incluso libros que puedan ayudar a las personas a entender que esas emociones negativas son comunes en personas con patologías crónicas y recordar que el bienestar mental puede ayudar en gran medida a disminuir los síntomas físicos. Desde los centros de atención primaria es importante enseñar a las personas a cuidar de sí mismas. Fomentar estilos de vida saludables a través de ejercicio regular, una dieta adecuada, animando a los pacientes a buscar un propósito en la vida a través de realización de aquellas actividades que les gusten o enseñar técnicas de relajación para emplear en el tiempo libre⁶². En definitiva, establecer hábitos de vida saludables que ayuden a mejorar la salud física, mental y social de los individuos, con el fin de alcanzar esa definición multidimensional de la salud establecida por la OMS.

Discusión

El ritmo de vida que marca el mundo actual unido a las exigencias establecidas en nuestra sociedad actual hace que los individuos estemos expuestos casi de forma inherente a una multitud de acontecimientos presumiblemente estresantes. Los problemas financieros, laborales o aquellos derivados de las relaciones interpersonales son un constante en nuestro día a día, estos, junto con otros eventos como el reciente diagnóstico de una enfermedad propia o de un ser querido pueden generar en nosotros respuestas desadaptativas^{21,22}. Uno de los dilemas que surgían en torno a este trastorno es cómo discernir si la respuesta ante un evento estresante es normal y cuándo comienza a considerarse como desadaptativa. Las últimas versiones del DSM-V¹ y CIE-11³ concluyeron que para considerar una respuesta como desadaptativa debe afectar a nuestro funcionamiento, uno de los requisitos indispensables para poder hablar de diagnóstico de trastorno adaptativo.

A pesar de que los eventos estresantes asociados a este tipo de trastorno son de menor gravedad que los asociados a otros trastornos como el trastorno de estrés postraumático, la respuesta que desencadena es tan variada como la propia heterogeneidad de los seres humanos y debe ser objeto de atención ya que, tal y como exponen los estudios de Nock et al.²³, Bhatia et al.²⁴ y Portzky et al.²⁵. El problema del suicidio está presente pese a la aparente benignidad del cuadro, especialmente en jóvenes con TA y estado de ánimo deprimido. De hecho, los trastornos adaptativos representan la principal causa de intento de suicidio en jóvenes²⁴, mientras que el suicidio consumado presenta mayor asociación con el trastorno depresivo mayor. Aún así, el estudio realizado por Portzky et al.²⁵ encontró que los trastornos adaptativos representaban el 21,1% de las causas de suicidio en esta población, un porcentaje nada despreciable que remarca la importancia de prevenir y atender adecuadamente estos trastornos.

Las consultas de Atención Primaria constituyen los lugares de abordaje de estos trastornos^{13,20}, al menos en un primer escalón asistencial aunque, en la mayoría de los casos, el manejo se realiza en su totalidad por parte de

los médicos de familia^{18,19}. El problema radica en la dificultad para detectar y clasificar adecuadamente estos trastornos. Muchos de estos pacientes acuden a consulta refiriendo síntomas somáticos lo que pueden desviar el diagnóstico a una enfermedad física. Esto, unido al tiempo limitado de las consultas o de la estigmatización que aún rodea a los problemas de salud mental pueden llevar al infradiagnóstico de esta entidad²⁸⁻³⁰, lo que podría explicar la baja prevalencia encontrada por diversos estudios^{7-9,11}. El problema respecto a la correcta identificación de los TA, unido a la reciente consideración de este trastorno como entidad independiente y a las definiciones cambiantes y en muchos casos imprecisas⁶, han puesto de manifiesto la necesidad de elaborar herramientas específicas para su detección. La forma clásica de identificar los TA se realizaba a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I).

Este instrumento, basado en la realización de cinco preguntas a los encuestados, consideraba los trastornos adaptativos como una categoría residual que sólo podía establecerse en caso de que no se cumpliesen los criterios para otro diagnóstico del Eje I³³. Esta concepción de los TA como diagnóstico de exclusión se vio superada por las nuevas definiciones teóricas establecidas por DSM-V y CIE-11, cuando se comenzó a considerar esta entidad como equiparable a las demás^{1,3}. En el marco de la definición propuesta por el DSM-IV, *Maerckel, Einsle y Köllner*³³ presentaron una definición más exacta de los TA. A partir de ésta, se elaboró la primera versión de los Trastornos de Adaptación-Nuevo Módulo (ADNM) de 29 ítems, suceso que impulsa posteriormente el desarrollo de otras versiones más abreviadas^{35,37,38}.

Los cuestionarios ADNM se dividen en dos secciones. En la primera parte se enumeran una lista de acontecimientos estresantes y en la segunda se exponen una serie de ítems acordes a los síntomas asociados a esta entidad. La primera versión del ADNM fue superada por distintas versiones abreviadas ADNM-20, ADNM-8 y ADNM-4 de 20, 8 y 4 ítems respectivamente. La elaboración de versiones más cortas facilitaba su aplicación en el ámbito clínico. El problema de esta herramienta es que parte de la definición teórica establecida por *Maerckel, Einsle y Köllner*³³ y no tiene en cuenta los criterios establecidos por la CIE-11. En contraposición, el Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos (CITA) se elaboró siguiendo las directrices de esta última versión de la CIE. Éste ha sido validado en irlandés³⁶, suizo⁴⁰, israelí⁴⁰, alemán⁶³ e italiano⁶⁴, demostrando fiabilidad y consistencia interna en todos ellos. Al establecer un algoritmo diagnóstico siguiendo específicamente las pautas establecidas, se postula como la mejor herramienta disponible para evaluar la existencia de un probable trastorno adaptativo.

Diversos estudios^{43,44,48,49} señalan las intervenciones psicológicas como el eje central del tratamiento de los TA, siendo la terapia cognitivo-conductual la terapia psicológica de elección. Puesto que los TA surgen por reacciones desadaptativas ante ciertos eventos, esta intervención pretende modificar la forma en la que el individuo interpreta, siente y responde a estos acontecimientos estresantes. Otras técnicas orientadas a disminuir los niveles de ansiedad también pueden ser útiles para ayudar a los pacientes a afrontar el malestar psicológico asociado a este trastorno, como las técnicas de mindfulness^{45,46} o aquellas encaminadas a trabajar la resiliencia⁵⁰. En ocasiones, cuando la terapia no es suficiente y los síntomas de ansiedad son muy manifiestos, la farmacoterapia puede ser necesaria. Los ansiolíticos son los fármacos más utilizados en este trastorno. Los estudios de *Stein et al.*⁵¹ y de *Nguyen et al.*⁵² concluyeron que la etifoxina, un ansiolítico no benzodiazepínico,

podría ser de gran utilidad ya que disminuye los niveles de ansiedad de forma similar a las benzodiazepinas sin presentar uno de sus efectos más indeseables, la dependencia al fármaco.

El uso de antidepresivos no ha sido muy investigado pero puede ser de utilidad en caso de aquellos pacientes con TA con estado de ánimo deprimido⁵⁴. Los Centros de Atención Primaria se sitúan como los principales lugares de abordaje de estos trastornos, con el aumento de la incidencia tanto de este como de otros trastornos mentales, se hace necesaria la correcta formación de los profesionales en materia de salud mental, así como la promoción de estilos de vida saludables necesarios no solo para mantener una buena salud física, sino también para cuidar la salud social y mental⁶².

Conflicto de interés

Ninguno.

Conclusión

- a. Los trastornos adaptativos surgen como respuestas anormales a uno o varios eventos estresantes.
- b. Los principales lugares de abordaje son los centros de Atención Primaria.
- c. Los criterios diagnósticos del trastorno adaptativo han variado a lo largo del tiempo, lo que ha dificultado su detección, existiendo diversas herramientas para la identificación de los trastornos adaptativos, siendo la más importante el Cuestionario Internacional de Trastornos Adaptativos.
- d. La base del tratamiento son las intervenciones psicológicas, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual.
- e. El uso de fármacos puede ser eficaz en casos de respuesta insuficiente a la psicoterapia o cuando los síntomas sean especialmente intensos. Se usan fundamentalmente los ansiolíticos, prefiriendo los no benzodiazepínicos (como la etifoxina) para no desencadenar dependencia.
- f. Los Centros de Atención Primaria también son importantes para promover hábitos de vida saludables que ayuden a mantener y mejorar la salud mental, física y social.

Referencias

1. Association AP. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014.
2. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología, vol II. 2020.
3. Association AM. CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión. 2022.
4. Baumeister H, Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(4):409–12. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832cae5e.
5. Ortiz-Tallo M. Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5. 2019.
6. Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *J Affect Disord* 2018;227:243–53. doi: 10.1016/j.jad.2017.10.034.
7. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308–16. doi: 10.1192/bjp.179.4.308.

8. Maercker A, Forstmeier S, Enzler A, et al. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiatry* 2008;49(2):113–20. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.07.002.
9. Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *Eur Psychiatry* 2014;29(4):233–8. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.04.002.
10. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, et al. A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure. *Am J Psychiatry* 2016;173(12):1231–8. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010071.
11. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry* 2012;201(2):137–42. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096305.
12. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12(2):160–74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
13. Jenkins R, Goldberg D, Kiima D, et al. Classification in primary care: Experience with current diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35(2–3):127–31. doi: 10.1159/000065132.
14. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* 2018;50:83–108. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30364-0.
15. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, et al. [Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire]. *Aten Primaria* 1999;23(5):275–9.
16. Morera-Llorca M, Romeu-Climent JE, Lera-Calatayud G, Folch-Marín B, Palop-Larrea V, Vidal-Rubio S. Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. *Gac Sanit* 2014;28(5):405–7. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>
17. Fernández A, Saameño JÁB, Pinto-Meza A, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 2010;196(4):302–9. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074211.
18. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The Hidden Mental Health Network: Treatment of Mental Illness by Nonpsychiatrist Physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(1):89–94. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790240091010.
19. Hartley D, Korsen N, Bird D, Agger M. Management of Patients With Depression by Rural Primary Care Practitioners. *Arch Fam Med* 1998;7(2):139. doi: 10.1001/archfami.7.2.139.
20. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1579–86. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1579.
21. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(11):1745–52. doi: 10.1007/s00127-012-0493-x.
22. Kelber MS, Morgan MA, Beech EH, et al. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *J Affect Disord* 2022;304:43–58. doi: 10.1016/j.jad.2022.02.038.
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30(1):133–54. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
24. Bhatia MS, Aggarwal NK, Aggarwal BB. Psychosocial profile of suicide ideators, attempters and completers in India. *Int J Soc Psychiatry* 2000;46(3):155–63. doi: 10.1177/002076400004600301.
25. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *J Affect Disord* 2005;87(2):265–70. doi: 10.1016/j.jad.2005.04.009.
26. Casey P, Jabbar F, O'Leary E, Doherty AM. Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *J Affect Disord* 2015;174:441–6. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.003.

27. del Valle-Lopez P, Bermudez Navas E. Descriptive study on adaptative disorders in mental health consultation. *Norte Salud Ment* 2016;14(54). doi: 10.1157/13080295.
28. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* 2020;34:20–6. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.05.013.
29. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Medrano LA, et al. A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *J Affect Disord* 2018;234:247–55. doi: 10.1016/j.jad.2018.01.030.
30. Samples H, Stuart EA, Saloner B, Barry CL, Mojtabai R. The Role of Screening in Depression Diagnosis and Treatment in a Representative Sample of US Primary Care Visits. *J Gen Intern Med* 2020;35(1):12–20. doi: 10.1007/s11606-019-05192-3.
31. Baldomero EB, Ruiz JS, Chavarino AP. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clínica* 2001;116(13):504–9.
32. Bley S, Einsle F, Maercker A, Weidner K, Joraschky P. [Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58(12):446–53. doi: 10.1055/s-2007-986294.
33. Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology* 2007;40(3):135–46. doi: 10.1159/000099290.
34. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res* 2015;229(3):940–8. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010.
35. Liang L, Ben-Ezra M, Chan EWW, Liu H, Lavenda O, Hou WK. Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *J Anxiety Disord* 2021;81:102406. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102406.
36. Shevlin M, Hyland P, Ben-Ezra M, et al. Measuring ICD-11 adjustment disorder: the development and initial validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141(3):265–74. doi: 10.1111/acps.13126.
37. Kazlauskas E, Gegieckaite G, Eimontas J, Zelviene P, Maercker A. A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology* 2018;51(1):10–5. doi: 10.1159/000484415.
38. Lavenda O, Mahat-Shamir M, Lorenz L, et al. Revalidation of Adjustment Disorder-New Module-4 screening of adjustment disorder in a non-clinical sample: Psychometric reevaluation and correlates with other ICD-11 mental disorders. *Psych J* 2019;8(3):378–85. doi: 10.1002/pchj.286.
39. Levin Y, Bachem R, Karatzias T, Shevlin M, Maercker A, Ben-Ezra M. Network structure of ICD-11 adjustment disorder: a cross-cultural comparison of three African countries. *Br J Psychiatry* 2021;219(4):557–64. doi: 10.1192/bjp.2021.46.
40. Levin Y, Bachem R, Hyland P, et al. Validation of the International Adjustment Disorder Questionnaire in Israel and Switzerland. *Clin Psychol Psychother* 2022;29(4):1321–30. doi: 10.1002/cpp.2710.
41. Zimmerman M, Thompson JS, Diehl JM, Balling C, Kiefer R. Is the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview a valid measure of anxiety in patients with generalized anxiety disorder: A comparison to the Hamilton Anxiety Scale. *Psychiatry Res* 2020;286:112859. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112859.
42. Landa González N, Goñi Sarriés A, de Jalón Aramayo EG, Lizasoain Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria* 2008;40(6):285–9. doi: 10.1157/13123680.
43. Casey P. Adjustment Disorder. *CNS Drugs* 2009;23(11):927–38. doi: 10.2165/11311000-000000000-00000.
44. Fielden JS. Review: Management of Adjustment Disorder in the Deployed Setting. *Mil Med* 2012;177(9):1022–7. doi: 10.7205/milmed-d-12-00057.

45. Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol* 2017;68(1):491–516. doi: 10.1146/annurev-psych-042716-051139.
46. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84(4):822–48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
47. Killingsworth MA, Gilbert DT. A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. *Science* 2010;330(6006):932–932. doi: 10.1126/science.1192439.
48. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety* 2018;35(6):502–14. doi: 10.1002/da.22728.
49. Reschke K, Teichmann K. Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms für Patienten mit Anpassungsstörung. *Psychosom Kons* 2008;2(2):98–103. <https://doi.org/10.1007/s11800-008-0099-z>
50. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *J Am Coll Health* 2008;56(4):445–53. doi: 10.3200/JACH.56.4.445-454.
51. Stein DJ. Etifoxine Versus Alprazolam for the Treatment of Adjustment Disorder with Anxiety: a Randomized Controlled Trial. *Adv Ther* 2015;32(1):57–68. doi: 10.1007/s12325-015-0176-6.
52. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2006;21(3):139–49. doi: 10.1002/hup.757.
53. Olfson M, Marcus SC. National Patterns in Antidepressant Medication Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(8):848–56. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.81.
54. Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K, West RL, Bertone F. Antidepressant Treatment in the Primary Care Office: Outcomes for Adjustment Disorder Versus Major Depression. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17(2):77–81. doi: 10.1080/10401230590932344.
55. De Leo D. Treatment of Adjustment Disorders: A Comparative Evaluation. *Psychol Rep* 1989;64(1):51–4. doi: 10.2466/pr0.1989.64.1.51.
56. Ansseau M, Bataille M, Briole G, et al. Controlled Comparison of Tianeptine, Alprazolam and Mianserin in the Treatment of Adjustment Disorders with Anxiety and Depression. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1996;11(4):293–8. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(199607\)11:4<293::AID-HUP771>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(199607)11:4<293::AID-HUP771>3.0.CO;2-Z)
57. Razavi D, Kormoss N, Collard A, Farvacques C, Delvaux N. Comparative Study of the Efficacy and Safety of Trazodone versus Clorazepate in the Treatment of Adjustment Disorders in Cancer Patients: A Pilot Study. *J Int Med Res* 1999;27(6):264–72. doi: 10.1177/030006059902700602.
58. World Health Organization. (2001). The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
59. Bellón JÁ, Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, et al. Intervention to Prevent Major Depression in Primary Care. *Ann Intern Med* 2016;164(10):656–65. doi: 10.7326/M14-2653.
60. Fernández A, Mendive JM, Conejo-Cerón S, et al. A personalized intervention to prevent depression in primary care: cost-effectiveness study nested into a clustered randomized trial. *BMC Med* 2018;16(1):28. doi: 10.1186/s12916-018-1005-y.
61. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Fernández A, et al. Family physicians' views on participating in prevention of major depression. The predictD-EVAL qualitative study. *PLOS ONE* 2019;14(5):e0217621. doi: 10.1371/journal.pone.0217621.
62. Gupta S, Jenkins R, Spicer J, et al. How primary care can contribute to good mental health in adults. *Lond J Prim Care* 2018;10(1):3–7. doi: 10.1080/17571472.2017.1410043.

63. Perkonig A, Strehle J, Beesdo-Baum K, et al. Reliability and Validity of a German Standardized Diagnostic Interview Module for ICD-11 Adjustment Disorder. *J Trauma Stress* 2021;34(2):275–86. doi: 10.1002/jts.22597.

64. Jannini TB, Rossi R, Socci V, Reda F, Pacitti F, Di Lorenzo G. Psychometric and factorial validity of the International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ) in an Italian sample: A validation and prevalence estimate study. *Clin Psychol Psychother* 2023;30(2):436–45. doi: 10.1002/cpp.2813.

Revisión

Retos de la investigación en la evaluación de la nutrición y la salud de los inmigrantes: Una revisión narrativa

Research challenges in the assessment of immigrants' nutrition and health: A narrative review

Gülşah Okutan¹ , María Carmen Cuadrado Vives² , Beatriz Teresa Beltrán de Miguel² 

¹Centros de Investigación en Nutrición y Salud

²Departamento de Nutrición y Ciencia de los Alimentos UCM

*Autor para correspondencia.

Gülşah Okutan, Centros de Investigación en Nutrición y Salud. Email: investigacion@grupocinusa.es

Enviado: 1 de julio 2023. Aceptado: 25 de julio 2023.

Cómo citar este artículo:

Okutan G, Cuadrado Vives MC, Beltrán De Miguel BT. Retos de la investigación sobre los hábitos alimentarios de los inmigrantes vulnerables: Una revisión narrativa. JONNPR. 2023; Vol 8 (3): 586-595. DOI: 10.19230/jonnpr.4805

How to cite this article:

Okutan G, Cuadrado Vives MC, Beltrán De Miguel BT. Challenges of research on vulnerable immigrants' eating habits: A narrative review. JONNPR. 2023; Vol 8 (3): 586-595. DOI: 10.19230/jonnpr.4805



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos

Resumen

Introducción: Esta revisión narrativa examina los métodos de investigación utilizados para comprender los hábitos alimentarios y el acceso a la salud de los migrantes vulnerables. A menudo se enfrentan a retos que afectan a sus hábitos alimentarios y a su bienestar general. Esta revisión plantea cuestiones metodológicas que los investigadores deben abordar, como la sensibilidad cultural, las barreras lingüísticas, la orientación de los investigadores sobre la selección de herramientas y estrategias adecuadas para garantizar la solidez de su investigación.

Objetivos: Esta revisión contribuye a mejorar el rigor metodológico de futuros estudios e informa las intervenciones basadas en la evidencia, dirigidas a abordar las disparidades en salud y nutrición dentro de las poblaciones inmigrantes vulnerables y destaca la colaboración interdisciplinaria para mejorar las intervenciones dirigidas a promover hábitos alimentarios más saludables entre esta población.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos académicas para identificar bibliografía relevante centrada en los métodos de investigación y nutrición y salud en inmigrantes. Se incluyeron tanto estudios cualitativos como cuantitativos publicados en la última década. Los estudios seleccionados se revisaron críticamente para analizar las metodologías empleadas, los retos afrontados y los principales hallazgos obtenidos.

Conclusiones: Esta revisión destaca la necesidad de adaptaciones metodológicas específicas para cada contexto y subraya la importancia de la sensibilidad cultural y la colaboración entre investigadores, profesionales y responsables políticos para desarrollar intervenciones específicas que promuevan prácticas alimentarias más saludables y mejoren el bienestar de los inmigrantes en circunstancias vulnerables.

Palabras claves: *migración, dieta, asistencia sanitaria, estado nutricional, asistencia social*

Abstract

Introduction: This narrative review examines the research methods and analytical approaches used to understand the dietary habits and health access of vulnerable migrants. They often face unique challenges that affect their eating habits and overall well-being. This review raises methodological issues that researchers must grapple with, including cultural sensitivity, language barriers, the collection of accurate nutrition data, and guidance to researchers on selecting appropriate tools and strategies to ensure the robustness of their research.

Objectives: This review contributes to enhancing the methodological rigor of future studies and informs evidence-based interventions aimed at addressing healthcare and nutrition disparities within vulnerable immigrant populations, and highlights the potential for interdisciplinary collaboration to enhance the effectiveness of interventions targeted at promoting healthier eating habits among vulnerable immigrants from different countries.

Methods: A systematic search of academic databases was conducted to identify relevant literature focusing on the research methods and nutrition and health in immigrants. Both qualitative and quantitative studies published within the last decade were included. The selected studies were critically reviewed to analyze the methodologies employed, the challenges faced, and the key findings obtained.

Conclusion: This review highlights the need for context-specific methodological adaptations, and emphasizes the importance of cultural sensitivity and collaboration among researchers, practitioners, and policymakers to develop targeted interventions that promote healthier dietary practices and improve the well-being of immigrants in vulnerable circumstances.

Key words: *migration, diet, healthcare, nutritional status, social care*

Introducción

La migración es el movimiento de personas de un lugar a otro para establecerse en un nuevo lugar y puede ser voluntaria o involuntaria. Puede producirse por diferentes motivos, entre ellos económicos, medioambientales y sociales. Debido a los continuos y dinámicos cambios demográficos que se producen en el ámbito internacional como consecuencia de la migración masiva a escala mundial y la globalización, es necesario comprender mejor la adaptación de los inmigrantes a su nuevo entorno cultural de acogida y hacer frente a las experiencias de aculturación (1). Los hábitos alimentarios dependen de la disponibilidad de alimentos, las prácticas culturales y religiosas y las experiencias individuales, por lo que la comida está estrechamente vinculada al mantenimiento de la identidad y la cultura. Las dificultades para acceder a alimentos culturalmente apropiados durante el proceso de asentamiento pueden repercutir negativamente

en los hábitos alimentarios, que están estrechamente relacionados con la salud pública. Si bien esto ofrece una perspectiva sobre su adaptación a una nueva sociedad, también plantea cuestiones sobre los retos metodológicos de la investigación.

Según el Informe sobre las Migraciones en el Mundo, la estimación global actual es de unos 281 millones de migrantes internacionales en el mundo en 2020, lo que equivale al 3,6% de la población mundial (2). Pueden tener un estatus migratorio que limite sus derechos y acceso a la asistencia sanitaria, y también pueden enfrentarse a bajos niveles de alfabetización sanitaria, falta de competencia cultural entre los proveedores de servicios sanitarios y servicios de interpretación inadecuados (3). Aunque cada vez se reconoce más que la migración es un factor determinante de la salud, la relación bidireccional entre migración y salud no se conoce bien y las medidas al respecto siguen siendo limitadas. (4). Los investigadores se pueden enfrentar a desafíos derivados de las sensibilidades culturales, las barreras del idioma y los sesgos metodológicos, y las posibles soluciones y metodologías ayudarán a ser culturalmente sensibles al fomentar un diálogo matizado en la intersección de las experiencias de los inmigrantes y la salud pública.

Inmigración en España

España ha experimentado un aumento sustancial de su población inmigrante, debido sobre todo a razones económicas, sociales y políticas. En 2019, España admitió a 337.000 nuevos migrantes de larga duración o permanentes, un aumento del 5,6% en comparación con 2018, de los cuales el 41,3% fueron migrantes de libre circulación, el 10,2% fueron migrantes laborales, el 39,3% fueron familiares (incluida la familia acompañada) y el 0,9% fueron migrantes humanitarios (5). A medida que aumenta la migración, especialmente en el contexto de la migración internacional o de larga distancia, entran en juego varios factores que hacen que la nutrición y la salud sean especialmente importantes para este grupo. Un factor importante a tener en cuenta es el nivel socioeconómico, ya que las nacionalidades inmigrantes presentes en España tienen una situación socioeconómica difícil y un estatus socioeconómico más bajo se asocia a dietas de menor calidad (6). Por otro lado, el uso del sistema sanitario parece ser menor en la población inmigrante en España y, en particular, en las zonas rurales (7). Esto puede dar lugar a problemas de salud no tratados, lo que hace que una nutrición adecuada sea aún más crucial para mantener el bienestar general en esta población.

Esta revisión tiene como objetivo destacar los métodos de investigación, los enfoques innovadores para estudiar los hábitos alimentarios de los inmigrantes que enfrentan condiciones difíciles y las implicaciones más amplias para la salud pública y el desarrollo de políticas, al contribuir a una comprensión integral de la vida de los inmigrantes en situación de vulnerabilidad. La comparación de estudios entre distintos países puede aportar ideas sobre qué enfoques son eficaces y podrían aplicarse en otros contextos e inspirar iniciativas similares en otros países que se enfrentan a retos parecidos.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas, incluidas PubMed y Scopus. La búsqueda se realizó mediante una combinación de palabras clave, como "inmigrantes", "salud", "hábitos

alimenticios", "nutrición", "poblaciones vulnerables" y "bajos ingresos". La búsqueda se limitó a artículos publicados entre enero de 2011 y diciembre de 2022 para incluir investigaciones recientes sobre el tema.

Resultados

Se analizaron 14 artículos y se organizaron según la clasificación temática descrita en la figura 1. La bibliografía revisada relacionada con los hábitos alimentarios de los inmigrantes en situación de vulnerabilidad se organizó en las siguientes áreas de interés: patrones alimentarios, acceso a los alimentos, influencias culturales, factores socioeconómicos y resultados en materia de salud. Los motivos de exclusión incluyen temas irrelevantes (que no abordan cuestiones de salud y nutrición entre inmigrantes), fecha de publicación (artículos fuera del rango de fechas predefinido) y duplicados (más de una copia del mismo artículo).

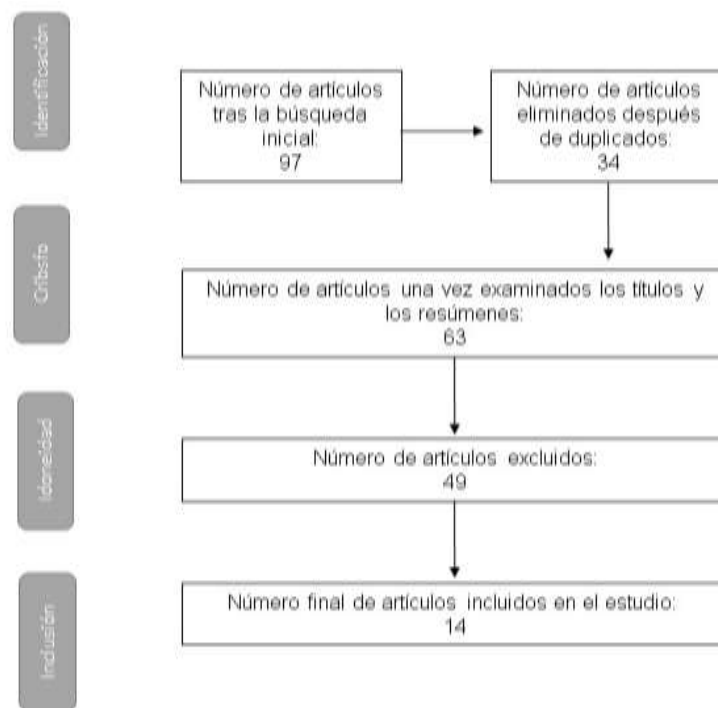


Figura 1. Proceso de selección de estudios

Barreras a la participación en los estudios

La participación en estudios relacionados con la inmigración puede verse influida por diversas barreras que dificultan la voluntad o la capacidad de los individuos para participar. Estas barreras pueden ser sociales, culturales y económicas. El dominio del idioma es un obstáculo importante, sobre todo para los inmigrantes que no dominan la lengua del país de acogida, y las normas, creencias y prácticas culturales pueden influir en la percepción que tienen las personas de la investigación y la participación en la misma. Así lo explica un estudio realizado en Alemania (8), que identifica los dos modelos diferentes más importantes para explicar este fenómeno, como el cuidado cultural y el contacto y la participación. El primero afirma que la identidad cultural y los rasgos culturales distintivos son importantes y, por tanto, se mantienen, mientras que el segundo se refiere a la medida en que los inmigrantes interactúan con otros grupos culturales. En caso de separación, los inmigrantes se aferran a su cultura original y evitan la interacción con otras culturas. La integración, en cambio, consiste en mantener la cultura auténtica y la vida cotidiana y también interactuar con otras culturas.

Otro estudio realizado en España reveló que las poblaciones migrantes incluidas en el estudio eran muy diversas en cuanto a origen, tiempo de residencia en España, edad y motivos de la migración, lo que dificulta extraer conclusiones generales y cuantitativas sobre la nutrición de los migrantes en España, ya que proceden de diversos países con características culturales y geográficas diferentes (9).

Por último, en otro estudio comparativo de países europeos se llegó a la conclusión de que, aunque la migración es un fenómeno que se da en todos los países europeos, la mayoría de los estudios se han realizado en el norte de Europa y predominantemente entre poblaciones de origen sudasiático, y se ha detectado una laguna en los estudios que comparan los impulsores de las conductas alimentarias en una amplia gama de grupos étnicos minoritarios que viven en diferentes contextos en Europa (incluidos el centro y el sur de Europa) (10).

Problemas de seguridad e integridad

Los inmigrantes pueden tener recursos, situación legal o apoyo social limitados. Pueden haber sufrido traumas, discriminación o explotación en el pasado, lo que puede aumentar su desconfianza hacia las autoridades, incluidos los investigadores. Revelar información personal, especialmente la situación de inmigración puede ser arriesgado para las personas vulnerables.

Los artículos revisados demuestran la importancia de garantizar que los participantes tengan acceso a los resultados positivos del estudio y que el proceso de investigación respete la dignidad y la autonomía de los inmigrantes vulnerables. Un estudio realizado en el Reino Unido reveló que una de las mejores prácticas encontradas cuando se trabajaba con grupos minoritarios era recompensar a los participantes en el estudio y que, la comunicación y el seguimiento continuo, aumentaron la calidad de los datos y la probabilidad de mantener los vínculos con los miembros de la comunidad para futuros estudios (11). Otro estudio realizado en Suecia enfatizó la necesidad de tener en cuenta el contexto más amplio de los determinantes sociales de la salud a la hora de planificar intervenciones para inmigrantes, señalando que a los inmigrantes con un alto nivel educativo les puede resultar más fácil buscar, recibir y comprender información relacionada con la salud, mientras que los inmigrantes con un bajo nivel educativo pueden ser

más tradicionales, por ejemplo en sus dietas, y la información adaptada a ellos mismos puede no ser apropiada para ellos (12).

Un estudio realizado en Estados Unidos destacó la importancia de la información obtenida para la salud pública, incluida la salud de los inmigrantes indocumentados, la necesidad de una amplia difusión de los resultados concienciación sobre la publicación de estos resultados limitados, que pueden contribuir a mejorar la salud pública al reducir las barreras de acceso a la atención sanitaria para estas personas (13).

Problemas de comunicación e información

Comunicar información sanitaria a los inmigrantes y llevar a cabo investigaciones con esta población puede plantear varios retos. Las barreras lingüísticas pueden impedir una comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios y los inmigrantes, lo que puede dar lugar a malentendidos sobre los problemas de salud, los planes de tratamiento y las medidas preventivas.

Uno de los estudios realizados en España demostró que la barrera lingüística y cultural es una limitación importante en el trabajo con el grupo de inmigrantes chinos que viven en la región de Cataluña y que la promoción de la salud puede ser posible planificando intervenciones adaptadas a las necesidades y características de esta población (14). Por otro lado, en un estudio realizado con inmigrantes ghaneses en el Reino Unido, hubo discusiones sobre los efectos de la traducción en la investigación, afirmando que el sesgo lingüístico es una de las dificultades de su investigación, lo que afectó la validez de las interpretaciones ya que la elección de palabras o terminología específica puede afectar la percepción de los resultados de la investigación (15). También se demostró que en el Reino Unido, debido al limitado dominio de la lengua inglesa por parte de la población inmigrantes, alimentos engañosos pueden influir en la percepción de alimentación y en las prácticas alimentarias y, por tanto, puede afectar la elección de alimentos, la comprensión de los términos dietéticos y la salud general del individuo (16).

Una revisión sistemática que evaluó 14 países europeos diferentes con un enfoque general en el acceso a la atención primaria identificó una falta de intérpretes, competencia cultural limitada de los profesionales, falta de formación y conocimiento de los profesionales, falta de información accesible para los inmigrantes, dificultades en la comunicación con los pacientes y barreras del idioma (17).

Uso de la sanidad pública por la población migrante

El uso de los servicios de salud pública por parte de la población migrante puede ser un desafío por diversas razones, y estos desafíos pueden tener implicaciones para varios aspectos de la salud, incluida la nutrición. El coste de la atención médica y de una alimentación adecuada puede no ser asequible y afectar negativamente a la calidad de las elecciones dietéticas.

Según un estudio francés, el acceso regular a la medicación y al seguimiento nutricional es complicado en las poblaciones desfavorecidas, ya que solo el 9,5% de los entrevistados tuvo algún tipo de seguro médico, y la escasez de recursos lleva a las personas que viven en condiciones muy precarias a comer sin una nutrición adecuada, lo que puede favorecer problemas de salud como diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares (18). Otro estudio realizado en Turquía reveló que los movimientos migratorios causados por la guerra, los incidentes terroristas y los desastres naturales tienen un impacto

significativo en la salud de las personas y quienes pueden acceder fácilmente a los servicios de salud en sus países de origen no pueden beneficiarse de servicios de salud similares en los países de acogida debido a la falta de seguridad social, falta de información, barreras idiomáticas y culturales, así como obstáculos para brindar servicios de salud preventivos y curativos (19).

En cuanto al estudio español revisado, aunque la normativa nacional actual amplía significativamente el acceso a la atención médica a todos los residentes, incluidos los inmigrantes indocumentados, los inmigrantes irregulares continúan experimentando dificultades para acceder a la atención médica en España, y sigue existiendo una necesidad fundamental de aclarar los derechos legales de los inmigrantes indocumentados a nivel nacional (20).

Discusión

La mayoría de los artículos revisados se centraron en la importancia de mejorar las intervenciones o enfoques para los métodos de investigación y análisis de los hábitos alimentarios en estudios de población migrante.

Se deben desarrollar intervenciones que sean culturalmente sensibles y respetuosas de las tradiciones, creencias y prácticas dietéticas de la población migrante, colaborando con líderes comunitarios, organizaciones y personas influyentes locales para obtener conocimientos y generar confianza en la participación comunitaria. Proporcionar materiales e instrucciones en varios idiomas hablados por la comunidad para garantizar una comunicación abierta y utilizar traductores o investigadores bilingües para facilitar las interacciones y la recopilación de datos, ayudará a desarrollar proyectos de investigación relacionados con esta población. Las consideraciones éticas también deberían ser una prioridad al realizar investigaciones con poblaciones vulnerables. Éstas incluyen obtener el consentimiento informado, garantizar la confidencialidad y respetar la autonomía de los participantes.

Cada comunidad de inmigrantes es única, por lo que las intervenciones deben adaptarse al contexto cultural, social y económico específico de la población estudiada. Al tomar estas medidas, se podrán diseñar intervenciones y enfoques más eficaces, que contribuirán a una mejor comprensión de los hábitos alimentarios y promoverán dietas más saludables en las poblaciones de migrantes vulnerables.

Conclusión

La evidencia de diferentes países muestra desigualdades entre los migrantes en materia de salud y acceso a los servicios de salud. Al abordar los desafíos únicos que enfrentan estas comunidades en este trabajo, se ha colaborado a una mayor comprensión de los posibles factores que afectan al comportamiento alimentario de la población inmigrante de un país y, consecuentemente, a un esclarecimiento de las bases para estrategias de salud pública más efectivas.

Los resultados de este estudio contribuyen al diálogo continuo sobre equidad en salud y justicia social. Al fomentar una apreciación más profunda de la diversidad cultural y su impacto en las prácticas

dietéticas, nos acercamos a un mundo donde las poblaciones de inmigrantes vulnerables puedan acceder a los recursos que necesitan para llevar una vida más saludable.

Referencias

1. Kuo BCH. Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychol Behav Med.* 2014;2(1):16–33. <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2013.843459>
2. World Migration Report 2022. *Iom.int.* Disponible en: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>
3. Refugee and migrant health. *Who.int.* Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
4. Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A.B. et al. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 18, 987 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
5. OECD. Spain. Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD); 2021. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2021_d107a20b-en
6. Benazizi I, Martínez-Martínez JM, Sanz-Valero J, Pérez ER. Factors related to the feeding of immigrants in Spain through a systematic review of epidemiological studies. *Clin Nutr.* 2018;37:S132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.1495>
7. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health.* 2016 May 27;16:450. doi: 10.1186/s12889-016-3127-5.
8. Steinhilber A, Dohnke B. Adolescent Turkish migrants' eating behavior in Germany: A comparison to nonmigrants in the home and host countries based on the prototype-willingness model. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2016 Jan;22(1):114-25. doi: 10.1037/cdp0000042
9. Benazizi I, Blasco-Blasco M, Sanz-Valero J, Koselka E, Martínez-Martínez JM, Ronda Pérez E. ¿Cómo es la alimentación de la población inmigrante residente en España? Resultados a partir de una revisión sistemática [What is the diet of the immigrant population resident in Spain? Results based on a systematic review]. *An Sist Sanit Navar.* 2019 Apr 25;42(1):55-68. Spanish. doi: 10.23938/ASSN.0389
10. Osei-Kwasi HA, Nicolaou M, Powell K, Terragni L, Maes L, Stronks K, Lien N, Holdsworth M; DEDIPAC consortium. Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: a DEDIPAC study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016 Jul 28;13:85. doi: 10.1186/s12966-016-0412-8
11. Garduño-Díaz SD, Husain W, Ashkanani F, Khokhar S. Meeting challenges related to the dietary assessment of ethnic minority populations. *J Hum Nutr Diet.* 2014 Aug;27(4):358-66. doi: 10.1111/jhn.12153.
12. Lecerof SS, Westerling R, Moghaddassi M, Östergren PO. Health information for migrants: the role of educational level in prevention of overweight. *Scand J Public Health.* 2011 Mar;39(2):172-8. doi: 10.1177/1403494810395824.
13. Achkar JM, Macklin R. Ethical considerations about reporting research results with potential for further stigmatization of undocumented immigrants. *Clin Infect Dis.* 2009;48(9):1250–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1086/597587>
14. Benazizi I, Ferrer-Serret L, Martínez-Martínez JM, Ronda-Pérez E, Casabona I, Barbarà J. Factores que influyen en la dieta y los hábitos alimentarios de la población inmigrante china en Cataluña [Factors that

- influence the diet and eating habits of Chinese immigrant population in Catalonia (Spain)]. *Gac Sanit.* 2021 Jan-Feb;35(1):12-20. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.08.014.
15. Osei-Kwasi HA, Nicolaou M, Powell K, Holdsworth M. "I cannot sit here and eat alone when I know a fellow Ghanaian is suffering": Perceptions of food insecurity among Ghanaian migrants. *Appetite.* 2019;140:190–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.018>
 16. Boehl T. Linguistic issues and literacy barriers in nutrition. *J Am Diet Assoc.* 2007 Mar;107(3):380-3. doi: 10.1016/j.jada.2007.01.022.
 17. Evenden R, Singh N, Sornalingam S, Harrington S, Paudyal P. Language barriers for primary care access in Europe: a systematic review: Priyamvada Paudyal. *Eur J Public Health.* 2022 Oct 25;32(Suppl 3):ckac129.724. doi: 10.1093/eurpub/ckac129.724.
 18. Laurence S, Durand E, Thomas E, Chappuis M, Corty JF. Food insecurity and health status in deprived populations, 2014: a multicentre survey in seven of the social and medical healthcare centres (CASOs) run by Doctors of the World, France. *Public Health.* 2017 Feb;143:97-102. doi: 10.1016/j.puhe.2016.11.004.
 19. Tengilimoğlu D, Zekioğlu A, Budak F, Eriş H, Younis M. Refugees' Opinions about Healthcare Services: A Case of Turkey. *Healthcare (Basel).* 2021 Apr 21;9(5):490. doi: 10.3390/healthcare9050490.
 20. Hsia RY, Gil-González D. Perspectives on Spain's legislative experience providing access to healthcare to irregular migrants: a qualitative interview study. *BMJ Open.* 2021 Aug 26;11(8):e050204. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050204.

REVISIÓN

Beneficios de la dieta mediterránea y la actividad física en adolescentes

Benefits of the Mediterranean diet and physical activity in adolescents

Marta Cebrián Marcilla¹, Loreto Tarraga Marcos², Pedro J. Tárraga López³ 

¹Grado Medicina Universidad Castilla la Mancha.

²Enfermería Hospital de Almansa

³Profesor Departamento de Ciencias Médicas, Universidad Castilla la Mancha.

* Autor para correspondencia:

Pedro J. Tárraga López. Correo electrónico: pedrojuan.tarraga@uclm.es, Departamento de Ciencias Médicas, Universidad Castilla la Mancha

Recibido: 18 de junio 2023. Aceptado: 05 de julio 2023

Cómo citar este artículo:

Cebrián Marcilla M., Tarraga Marcos L., Tárraga López P. J. Beneficios de la dieta mediterránea y la actividad física en adolescentes. JONNPR 2023; Vol 8 (3): 596-614. DOI: 10.19230/jonnpr.4803

How to cite this article:

Cebrián Marcilla M., Tarraga Marcos L., Tárraga López P. J. Benefits of the Mediterranean diet and physical activity in adolescents. JONNPR. 2023; Vol 8 (3): 596-614. DOI: 10.19230/jonnpr.4803

Resumen

Introducción: Más de 340 millones de niños y adolescentes en todo el mundo presentan

sobrepeso o obesidad, lo que convierte la obesidad en un problema urgente para la población mundial. Este período de la vida es crucial ya que los rápidos cambios cognitivos, físicos, psicológicos y emocionales afectan la salud y el bienestar. Participar en comportamientos de estilo de vida saludables, como la actividad física o seguir una dieta, se asocia con un menor riesgo de sufrir enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta.

Objetivo: Describir la importancia de la dieta y la actividad física en adolescentes, valorar el grado de adherencia a estos patrones y resaltar los beneficios que supone participar en estilos de vida saludables.

Método: Búsqueda sistemática de la literatura científica publicada en materia de dieta mediterránea y actividad física en este grupo de población.

Resultados: Los niños y adolescentes se han ido alejando de estos estilos de vida saludables, generando la necesidad de aplicar estrategias de intervención que promuevan nuevos hábitos en adolescentes, entre los que se incluya una adecuada alimentación basada en la dieta mediterránea, asociada a un programa de actividad física semanal, lo aporta múltiples beneficios tanto a nivel cardio respiratorio, metabólico, musculoesquelético, como cognitivo y emocional.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos

Conclusiones: Se puede resaltar la importancia de aplicar la dieta mediterránea y la actividad física en los hábitos de vida de los adolescentes ya que incluyen numerosos beneficios a nivel físico, cognitivo y psicológico, necesarios para un correcto desarrollo en esta etapa del desarrollo.

Palabras clave: *adolescentes, dieta mediterránea, actividad física, adherencia, beneficios en salud*

Abstract

Introduction: Over 340 million children and adolescents worldwide are overweight or obese, which makes obesity an urgent problem for the world's population. This period of life is crucial since rapid cognitive, physical, psychological, and emotional changes affect health and well-being. Engaging in healthy lifestyle behaviors, such as being physically active or following a diet, is associated with a lower risk of chronic and degenerative diseases in later life.

Objective: Describe the importance of diet and physical activity in adolescents, assess the degree of adherence to these patterns, and highlight the benefits of participating in healthy lifestyles.

Method: Systematic search of the published scientific literature on the Mediterranean diet and physical activity in this population group.

Results: Children and adolescents have been moving away from these healthy lifestyles, generating the need to apply intervention strategies that promote new habits in adolescents, including an adequate diet based on the Mediterranean diet, associated with a program of weekly physical activity, which provides multiple benefits both at the cardio-respiratory, metabolic, musculoskeletal, cognitive, and emotional levels.

Conclusions: The importance of applying the Mediterranean diet and physical activity to the lifestyle of adolescents can be highlighted since they include numerous benefits at physical, cognitive, and psychological levels, which are necessary for correct development at this stage of development.

Keywords: *adolescents, mediterranean diet, physical activity, adherence, benefits*

Introducción

La obesidad es actualmente un importante problema de salud a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 340 millones de niños y adolescentes entre 5 y 19 años presentan sobrepeso u obesidad (1). La adolescencia se define como el período de crecimiento y desarrollo que ocurre entre la niñez y la edad adulta, abarcando desde los 10 a los 19 años y este período puede ser especialmente importante en el transcurso de la vida ya que produce rápidos cambios cognitivos, físicos, psicológicos y emocionales que afectan salud y bienestar (2). Por ello, participar en comportamientos de estilo de vida saludables, como la actividad física o seguir una dieta, en nuestro caso la dieta mediterránea (DM), se asocia con un menor riesgo de sufrir algunas enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta, lo que a su vez supone un aumento de la esperanza y calidad de vida.

A pesar de estos beneficios, en las últimas décadas este segmento de la población se ha ido alejando de la DM en la mayoría de los países mediterráneos y este hecho genera la llamada "transición nutricional", donde problemas como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación se han convertido en nuevos desafíos para los sistemas de salud pública de estos países (3).

En lo referido a la actividad física, la OMS nos deja como resultados que más del 80% de los adolescentes no cumplen con los 60 minutos de actividad física diaria recomendados, siendo el sedentarismo y la inactividad física la característica principal que marca el estilo de vida de nuestros jóvenes (4).

Con motivo de estos resultados, se hacen necesarios estudios que aborden este tema e intervengan en la planificación de estrategias para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en niños y adolescentes. Las escuelas podrían ser la clave para este tipo de intervenciones (3,4).

Además de describir la importancia de la DM y la actividad física en la prevención de las enfermedades crónicas, en la presente revisión queremos dar a conocer otros múltiples beneficios que se obtienen al adoptar estos comportamientos de vida saludables en las esferas psicológica, biológica y física.

Materiales y Métodos

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en materia de dieta mediterránea y actividad física en adolescentes. Para su elaboración, se han seguido las directrices de la declaración PRISMA (Figura 1). A continuación, se detalla el proceso de elaboración en sus distintas fases.

Búsqueda sistemática

Las primeras búsquedas se realizaron mediante los términos “health benefits”, “mediterranean diet”, “physical activity”, “adolescents” en las bases de datos Web Of Science y PubMed. Posteriormente, se amplió usando el operador booleano AND, quedando de la siguiente manera: (((health benefits) AND (mediterranean diet)) AND (physical activity)) AND (adolescents).

La búsqueda se realizó de acuerdo a los siguientes principales criterios: Estudios con un intervalo temporal no superior a diez años, con índices de impacto superiores al segundo trimestre, y aquellos que no sean de libre acceso.

En esta sección se analizaron 12 artículos y se organizaron de acuerdo con la temática descrita anteriormente. La figura 1 describe el proceso de selección.

Búsqueda manual

Tras haber seleccionado los 12 estudios, y tras su lectura en profundidad, se incluyó un nuevo artículo escrito por lo Miembros del Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil y ampliado de la Sociedad Argentina de Pediatría, que entraba en el rango establecido.

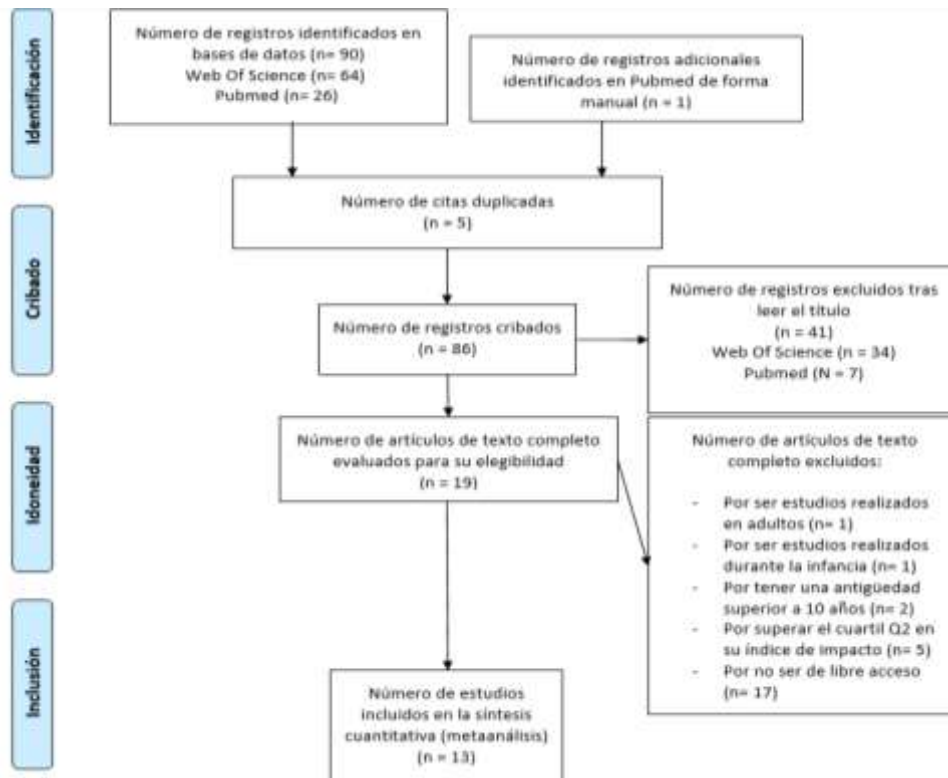


Figura 1. Diagrama de flujo según la declaración PRISMA

Resultados

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud más relevantes a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que aproximadamente 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones de niños y adolescentes entre 5 y 19 años padecen sobrepeso u obesidad (5).

La adolescencia se refiere al período de crecimiento y desarrollo humano entre las edades de 10 y 19 años, que ocurre después de la niñez y antes de la edad adulta; este período puede ser particularmente desafiante a lo largo de la vida debido a los rápidos cambios cognitivos, físicos, psicológicos y emocionales que pueden afectar la salud y el bienestar (2).

El objetivo de esta revisión sistemática es resumir los patrones alimentarios saludables y sostenibles descritos en la literatura para la adolescencia, así como las recomendaciones de actividad física, evaluar su adherencia y determinar los beneficios para la salud relacionados con su seguimiento.

1. Patrones saludables

1.1. Alimentación

Se puede definir un patrón dietético valioso donde las recomendaciones de las pautas dietéticas se pueden ajustar al consumir diferentes grupos de alimentos, y seguir este patrón dietético puede reflejar la cantidad de todos los requerimientos de nutrientes y energía necesarios para proporcionar una dieta equilibrada y saludable (6).

La Dieta Mediterránea en un ejemplo de ello, la cual es reconocida por una alta frecuencia de consumo de aceite de oliva, verduras, frutas, legumbres, cereales, frutos secos, pescado y lácteos bajos en grasa, con alto contenido en antioxidantes, micronutrientes, fibra y ácidos grasos esenciales (1). Además, las recomendaciones de la Dieta Mediterránea fomentan un consumo reducido de alimentos procesados y dulces, alcohol y tabaco (7). Este tipo de dieta es tradicionalmente la que presenta mayor porcentaje de adherencia en España y coexiste con otros patrones dietéticos menos conocidos como la dieta atlántica en el noroeste de España (4).

1.2. Actividad física

En lo que se refiere a la actividad física, podemos definirla como cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos que conlleva un gasto de energía. La OMS (Organización Mundial de la Salud) aconseja que los niños de 5 a 17 años realicen al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada, mientras que las personas de 18 años o más deben hacer un mínimo de 150 minutos por semana (7).

En este sentido, los niños y adolescentes deben acumular al menos 60 min de actividad física moderada a vigorosa diariamente para lograr beneficios óptimos para la salud, ya que la actividad física representa el elemento más variable del gasto energético total (8).

Por tanto, podemos decir que la actividad física y la práctica deportiva, se han convertido en elementos esenciales de un estilo de vida saludable, junto con patrones alimenticios beneficiosos.

1.3. Adherencia a los patrones saludables

El objetivo del segundo apartado es resaltar en qué medida los adolescentes siguen los comportamientos de vida saludable mencionados previamente. Con este propósito, hemos escogido investigaciones que utilizaron diversos cuestionarios para evaluar los patrones alimentarios y los niveles de actividad física en este grupo de edad. Algunos de estos cuestionarios son detallados a continuación:

- Por una parte, contamos con el estudio HELENA (5) un proyecto europeo dirigido a comprender y mejorar de forma eficaz los hábitos nutricionales y el estilo de vida de los adolescentes en Europa. Este proyecto se llevó a cabo en 10 ciudades europeas, con un total de 3528 niños y niñas de 12,5 a 17,5 años. Un tercio de los adolescentes seleccionados se sometieron a una muestra de sangre aleatoria, además se midió la altura y el peso para calcular el IMC.
- Para evaluar la ingesta dietética y el consumo de alimentos se obtuvo la Herramienta de evaluación dietética HELENA (HELENA-DIAT), una herramienta de evaluación del recuerdo dietético de 24 horas auto informada basada en seis ocasiones de comida. Los participantes completaron el HELENA-DIAT en dos días no consecutivos según un protocolo estandarizado (9).
- La actividad física se evaluó mediante un cuestionario de autoinforme, y aquellos que no alcanzaron los 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa se clasificaron como con un nivel de actividad física no ideal (9).
- Sumado a eso, contamos con otros instrumentos empleados como el Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea (KIDMED), el Cuestionario de Actividad Física para Adolescentes (PAQ-A) y el Formulario Corto de Estrategias de Motivación y Aprendizaje (MSLQ-SF) (4,7).

- Por último, he querido resaltar un estudio transversal realizado en la Rioja (10) que se llevó a cabo sobre una muestra de 761 estudiantes, de entre 14 y 16 años, de 25 centros educativos de La Rioja (España).

En este se valoró el nivel de actividad física, horas de sueño nocturno, consumo máximo de oxígeno, calidad de vida relacionada con la salud, autoestima, satisfacción con la imagen corporal, adherencia a la dieta mediterránea, índice de masa corporal, rendimiento académico y factores sociodemográficos de los participantes. Para ello se emplearon instrumentos como el Cuestionario de Actividad Física, el Cuestionario KIDSCREEN-27 para estimar la calidad de vida relacionada con la Salud, la Prueba de Course-Navette para valorar la aptitud cardiovascular, nuevamente el Cuestionario KIDMED, el Cuestionario Ambiental ALPHA para la valoración del entorno para la realización de actividad física y, por último, para evaluar la satisfacción con la imagen corporal se utilizó el método descrito por Stunkard y Stellar.

De acuerdo con los estudios previamente mencionados y coincidiendo con otros estudios similares (3) hemos observado que los niños de primaria presentan un mayor grado de adherencia a la Dieta Mediterránea que los niños de secundaria.

Esto podría explicarse por la supervisión y control que los adultos tienen sobre la dieta de los niños, influencia que se pierde progresivamente a medida que el individuo crece. El mencionado control parental está asociado con el seguimiento de hábitos y patrones dietéticos saludables. De la misma manera, podría deberse a que los adolescentes de mayor edad dedican más tiempo libre a actividades sedentarias (Internet, videojuegos), mayor presión en el contexto deportivo, más tiempo con sus pares y mayores cargas académicas (10).

Además, aunque la Dieta Mediterránea ha sido reconocida por su valor nutricional y sus beneficios para la salud, su adherencia ha disminuido en las generaciones jóvenes de muchos países mediterráneos en las últimas cuatro décadas, experimentándose la denominada “transición nutricional” hacia una dieta más occidentalizada, donde resaltamos un aumento en el consumo de alimentos procesados, productos de origen animal, azúcar refinada, grasas saturadas y colesterol y una menor ingesta de alimentos de origen vegetal (2,3).

Al enfocarnos en los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios de actividad física, se encontró que más del 80% de los adolescentes no logra cumplir con la recomendación de 60 minutos de actividad física diaria de intensidad moderada a vigorosa recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo el sedentarismo y la inactividad física los dos principales determinantes del estilo de vida y salud en niños y adolescentes (4).

Respecto a España, recientemente se ha informado de que más del 63% de los niños y adolescentes españoles (de 8 a 16 años) no cumplen con la recomendación de la OMS de realizar actividad física diaria de moderada a vigorosa, así como con los indicadores de actividad en la Matriz Global 3.0 del informe español de actividad física en niños mostró niveles muy bajos de actividad física y destacó la falta de datos periódicos sobre estos niveles (8).

Además, se ha demostrado (10) que la participación en actividades deportivas extracurriculares es un fuerte predictor de los niveles de actividad física en adolescentes. Aquellos que no participaban en estas actividades tienen más probabilidad de tener bajo nivel de actividad física.

Es interesante observar cómo la satisfacción con la imagen corporal puede influir en el nivel de actividad física de los adolescentes. En efecto, los jóvenes que se sienten insatisfechos con su cuerpo pueden ser menos propensos a involucrarse en actividades físicas, lo que puede resultar en un menor nivel de actividad física y, a su vez, afectar negativamente a su salud (10). De hecho, los niños con obesidad tienden a tener una menor percepción de su capacidad para realizar ejercicio (1) y esta disminución de la confianza en sí mismos lleva a los niños y adolescentes a evitar actividades o entornos altamente competitivos.

Por último, en cuanto a los resultados sobre hábitos de vida, Dieta Mediterránea y duración del sueño, encontramos valores inferiores en los adolescentes con bajo nivel de AF.

En cuanto a las horas de sueño nocturno, la actividad física regular parece tener un efecto beneficioso sobre la duración total, la eficiencia, la calidad y la latencia del sueño (10).

De esta forma, podemos concluir que actualmente los adolescentes se están alejando de los patrones saludables recomendados por las organizaciones de salud y adoptando hábitos menos saludables y más sedentarios.

2. Beneficios de la adherencia a estos patrones

Múltiples estudios han sugerido que un alto grado de adherencia a la DM se asocia con un menor riesgo de síndrome metabólico y de varios tipos de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que a su vez aumenta la esperanza de vida y la calidad de vida (3).

2.1. Beneficios a nivel de marcadores inflamatorios y riesgo cardiovascular

Anteriormente destacamos que la Dieta Mediterránea se caracteriza por un elevado consumo de aceites vegetales, frutos secos, lácteos, pescados, frutas y verduras, que, en conjunto, ejercen efectos antioxidantes, antiinflamatorios y antitrombóticos y se sabe que contribuyen al retraso del inicio y la progresión de las enfermedades cardiovasculares.

De esta forma, se ha llegado a la conclusión de que los niveles plasmáticos de carotenos/TAG se correlacionan con la frecuencia de consumo de alimentos ricos en carotenos en niños de peso normal, y disminuyen debido al efecto acumulativo de la obesidad y el estado metabólico no saludable. Además, se ha descubierto que estos niveles están asociados negativamente con el IMC, el daño endotelial y biomarcadores del metabolismo de la glucosa en niños y adolescentes (1).

Por otro lado, un patrón alimentario menos saludable se caracteriza por una alta frecuencia de consumo de alimentos con mayor contenido en ácidos grasos saturados, sal, alto índice glucémico y bajo contenido en fibra y micronutrientes. Estos elementos contribuyen a niveles más altos de glucosa y ácidos grasos libres en sangre, lo que a su vez genera más radicales libres que agotan los sistemas de defensa antioxidantes y contribuyen aún más a la inflamación, lo que interrumpe varias vías metabólicas (1).

En la obesidad infantil se han descrito mecanismos relacionados con el estrés oxidativo y la inflamación, así como el papel modulador de la dieta en estos procesos. Por lo tanto, los resultados demostraron que un patrón dietético basado en la Dieta Mediterránea puede asociarse con un fenotipo

metabólicamente saludable y un bajo riesgo cardiometabólico bajo en niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad (1).

Además, se ha demostrado que existe una asociación inversa entre la aptitud muscular y las puntuaciones de biomarcadores inflamatorios y se ha observado que los adolescentes con baja fuerza muscular y una puntuación alta en biomarcadores inflamatorios tienen un peor perfil de riesgo metabólico, lo que significa que los adolescentes con baja aptitud muscular y un estado inflamatorio adverso pueden tener un mayor riesgo de disfunción metabólica (11).

En presencia de un alto riesgo metabólico, un estado inflamatorio crónico puede ser atenuado mediante niveles más altos de aptitud muscular. Estas determinaciones tienen implicaciones importantes para la salud pública y clínica, ya que la adolescencia se caracteriza como un periodo de la vida con varios cambios metabólicos y una mayor disminución de la actividad física. La mejora del perfil metabólico junto con el aumento de la condición física muscular, puede ser una estrategia eficaz para la reducción de la inflamación sistémica de bajo grado y la mejora de la trayectoria de salud de los niños y adolescentes (11).

Por otro lado, al analizar los resultados de las diferentes pruebas de aptitud física en cuanto a la adherencia a la DM, se confirma que los deportistas con mayor adherencia a la DM son los que presentan mayor rendimiento en las diferentes pruebas de aptitud física (4). Los resultados revelan cómo la alta adherencia a la DM parece estar relacionada con una mayor aptitud cardiorrespiratoria (4), lo que se asoció positivamente con el índice ideal de salud cardiovascular determinado por la Asociación del Corazón en adolescentes europeos (9).

Se encontró un umbral hipotético de aptitud cardiorrespiratoria asociado con un perfil de salud cardiovascular más favorable, siendo más discriminante para los niños que para las niñas. Además, se demostró una relación entre los niveles más altos de aptitud cardiorrespiratoria y una mayor cantidad de componentes ideales de salud cardiovascular tanto en niños como en niñas (9).

La razón de este fenómeno podría ser el mejor perfil corporal y cardiorrespiratorio que se logra a través de la práctica de actividad física por parte de los participantes.

Un estilo de vida activo, que fomente la práctica de actividad física, podría aumentar el nivel físico de los adolescentes. Además, el Handgrip Test (4) mostró resultados similares, con una asociación positiva entre la fuerza muscular del tren superior y una alta adherencia a la Dieta Mediterránea. Esta combinación parece proporcionar la mayor protección contra el riesgo cardiometabólico.

El concepto de salud cardiovascular ideal ha demostrado tener una relación inversa con el grosor de la íntima-media aórtica y la incidencia de enfermedad cardiovascular, así como una relación directa con la elasticidad aórtica en adolescentes. Estos hallazgos pueden tener un impacto en la edad adulta, incluso hasta 21 años después. Aunque los eventos de enfermedades cardiovasculares ocurren con más frecuencia en la quinta década de la vida o después, los precursores de la enfermedad cardiovascular parecen tener su origen en la niñez y la adolescencia (9). Por lo tanto, estos resultados subrayan la importancia de entender la asociación entre los patrones dietéticos y los marcadores de riesgo cardiometabólico relacionados con el estrés oxidativo, la inflamación y el daño endotelial, que pueden estar presentes en la infancia y determinar la aparición de enfermedades futuras cardiometabólicas.

2.2. Beneficios a nivel endocrinológico

Las distintas formas de ejercicio, ya sea aeróbico, de resistencia o combinado, son eficaces para reducir la resistencia a la insulina en niños y adolescentes con obesidad. En particular, se ha observado que el entrenamiento aeróbico y combinado tiene un mayor impacto positivo en la mejora de la resistencia a la insulina en comparación con el entrenamiento de resistencia. Además, los enfoques dietéticos equilibrados con una cantidad normal o reducida de calorías también son opciones viables para tratar la resistencia a la insulina (1).

La resistencia a la insulina ocurre cuando la insulina no puede estimular la utilización de la glucosa por parte del tejido muscular y adiposo o suprimir la producción de glucosa hepática, lo que afecta el metabolismo de las proteínas, los lípidos y la función endotelial vascular, y factores como la genética, la obesidad, el origen étnico, el sexo, los factores perinatales, la pubertad, el estilo de vida sedentario, y la dieta pueden influir en la sensibilidad (1).

El tejido adiposo tiene un papel importante en el desarrollo de la resistencia a la insulina, ya que produce varias sustancias como metabolitos, hormonas y adipocitoquinas que pueden influir en la acción de la insulina. La distribución de la grasa en el cuerpo también parece estar relacionada con la gravedad de la inflamación y la aparición de resistencia a la insulina. De hecho, la grasa visceral se relaciona más con una baja sensibilidad a la insulina y un mayor nivel de inflamación de la grasa subcutánea. (1,3)

La ingesta alta de energía, grasas, carbohidratos y una dieta baja en fibra pueden aumentar el riesgo de desarrollar resistencia a la insulina en niños con obesidad. La prevención de la obesidad y la resistencia a la insulina debe implementarse en las primeras etapas de la vida mediante una dieta sana y equilibrada, una ingesta calórica adecuada y la práctica de actividad física desde la primera infancia (3,4). Una dieta bien balanceada y una mayor actividad física son generalmente las piedras angulares del tratamiento de la obesidad y la resistencia a la insulina en niños y adolescentes.

2.3. Beneficios del ejercicio sobre la resistencia a la insulina

Además de mejorar la condición física en general y apoyar la pérdida de peso, se ha demostrado que el ejercicio tiene múltiples efectos beneficiosos en la salud de niños y adolescentes que padecen sobrepeso u obesidad. Estos efectos incluyen una mayor sensibilidad a la insulina, una mejor función cardiovascular y endotelial, niveles más bajos de lipoproteínas de baja densidad y niveles más altos de lipoproteínas de alta densidad, lo que reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad (1).

Por una parte, tenemos el ejercicio aeróbico, el cuál aumenta la absorción de glucosa en las células musculares, lo que a su vez fomenta la oxidación de la glucosa. Además, este proceso regula la liberación de glucosa e insulina, lo que se traduce en una disminución de la resistencia a la insulina al reducirse los niveles de insulina (3,4).

Por otra parte, contamos con el entrenamiento de resistencia, el cual ha demostrado disminuir los niveles de insulina en ayunas y mejorar la sensibilidad a la insulina en niños y adolescentes con obesidad. Este tipo de entrenamiento mejora la sensibilidad a la insulina a través del aumento de las contracciones musculares, lo que temporalmente incrementa la captación de glucosa por parte de las células musculares.

Además, el aumento de la masa muscular esquelética que se logra con este entrenamiento también proporciona una mayor “reserva” metabólica para la eliminación de glucosa y otros sustratos energéticos (1,3).

En resumen, el ejercicio es un componente crucial para mantener un estilo de vida saludable y ayuda a mejorar la salud y reducir la resistencia a la insulina en niños y adolescentes con obesidad. La revisión de la literatura actual indica que todos los tipos de ejercicio, incluyendo el aeróbico, la resistencia y el entrenamiento combinado, pueden reducir la resistencia a la insulina en este grupo de pacientes. Aunque no se sabe con certeza qué tipo de ejercicio es más efectivo, parece que el entrenamiento aeróbico y combinado pueden generar mayores mejoras en la resistencia a la insulina en comparación con el entrenamiento de fuerza.

2.4. Efectos moleculares del ejercicio sobre la resistencia a la insulina

La actividad física mejora la sensibilidad a la insulina a nivel molecular mediante varios mecanismos. Por un lado, aumenta la actividad del transportador de glucosa-4 (GLUT-4) en el músculo esquelético, lo que aumenta la captación de glucosa independientemente de la insulina, y estimula la traslocación de GLUT-4 a la membrana plasmática.

La actividad física también regula el factor de transcripción PPAR γ coactivador 1 α (PGC-1 α) y sus genes aguas abajo, lo que induce la entrada de lípidos en el músculo esquelético y aumenta la biogénesis mitocondrial. Además, reduce el estrés oxidativo, disminuye la inflamación y modula el perfil de adipocinas, como la leptina y la adiponectina, y se ha demostrado que puede revertir las alteraciones epigenéticas en varios genes implicados en el metabolismo. También se están investigando otras moléculas, como los ARN largos no codificantes (lncRNA) y los micro-ARN (mi ARN) en la respuesta aguda y la adaptación crónica al ejercicio.

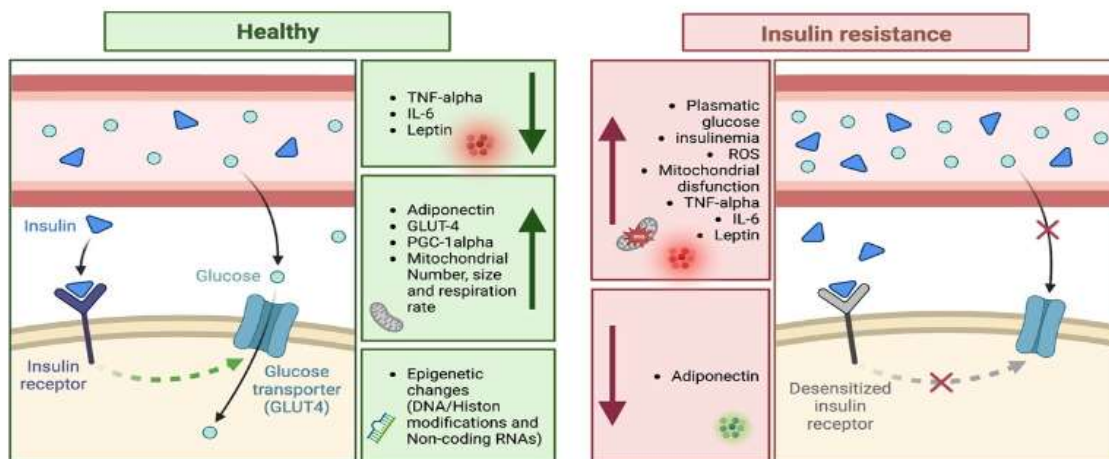


Figura 2. Inflamación, ejercicio y resistencia a la insulina (1)

2.5. Beneficios a nivel musculoesquelético

Un programa de entrenamiento de fuerza diseñado de manera apropiada puede brindar beneficios para la salud y para el acondicionamiento físico de niños y adolescentes. Cuanto más temprano se incorpore,

mayores serán las mejoras en su sistema motor y estarán más aptos para las actividades físicas o deportivas en su vida futura.

Durante la niñez, el aumento de la fuerza está relacionado con la madurez del sistema nervioso central. A lo largo de esta etapa, se producen adaptaciones neuromusculares que incluyen el reclutamiento de unidades motoras, una mayor capacidad de contracción y relajación de las fibras y adaptaciones musculares intrínsecas y, en el periodo de la adolescencia, los cambios hormonales se suman al mayor desarrollo neural, lo que en los varones facilita la hipertrofia muscular y destaca las diferencias de fuerza muscular en relación al sexo, siendo mayor en los varones que en las mujeres (12).

Si se prescribe y supervisa adecuadamente, el entrenamiento de fuerza puede mejorar el rendimiento de habilidades motoras como saltar, correr y lanzar en niños y adolescentes y es un componente esencial de muchos deportes. Además, el entrenamiento muscular puede mejorar la coordinación motora general en niños y adolescentes, independientemente de su nivel de adiposidad, y la participación regular en actividades físicas intensas aumenta la densidad mineral ósea en este grupo de edad (12).

Durante los años de crecimiento, la resistencia mecánica del hueso aumenta debido al depósito y la mineralización por parte de los osteoblastos (13). Según la evidencia actual, el pico de densidad ósea se alcanza poco después del cese del crecimiento lineal (12). Este proceso está regulado por varias hormonas y depende fundamentalmente de dos factores externos: la ingesta de calcio y la actividad física.

Para generar una respuesta celular y aumentar la densidad mineral ósea, es necesario aplicar un estímulo físico con la magnitud y velocidad adecuadas, lo que se conoce como “umbral”. Si el estímulo supera este umbral, los osteocitos y osteoblastos de la superficie ósea detectan la sobrecarga y se inicia un proceso bioquímico para incrementar dicha densidad.

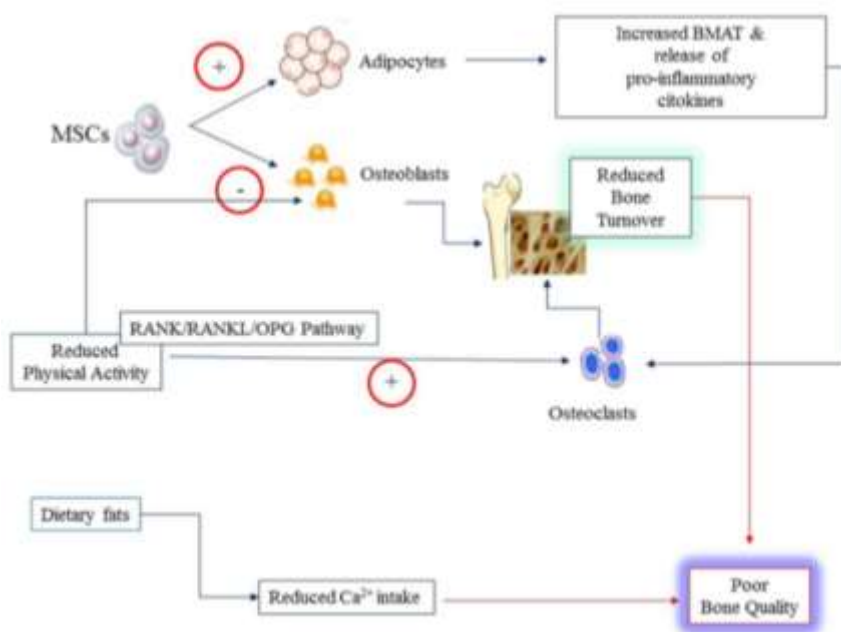


Figura 3. La mala calidad ósea en individuos jóvenes con obesidad puede ser el resultado de varios mecanismos: aumento de la tasa de diferenciación de las células madre mesenquimales (MSC) a adipocitos a expensas de los osteoblastos; reducción de la

actividad física que altera el equilibrio entre las actividades de osteoblastos y osteoclastos a través de las vías RANK/RANKL y osteoprogenina (OPG); reducción de la disponibilidad de calcio (Ca²⁺) de la dieta debido al alto contenido de grasas.(13)

A diferencia del entrenamiento con peso, el ejercicio sin impacto, como la natación y el ciclismo, no aumenta la masa ósea en la misma medida. El riesgo de no generar una matriz ósea adecuada durante la niñez y la adolescencia se relaciona con una masa ósea peligrosamente baja en la población adulta (12). De esta forma, es importante asegurarse de incluir el entrenamiento de fuerza con sobrecarga en la actividad física de los niños y adolescentes para promover un desarrollo óseo saludable.

Como resultado, el fortalecimiento del sistema musculoesquelético está estrechamente relacionado con una disminución del riesgo de lesiones en la práctica deportiva. Los programas de entrenamiento versátiles que incluyen aumentar la fuerza muscular y mejorar la mecánica del movimiento y las habilidades funcionales pueden ser la estrategia más efectiva para reducir las lesiones deportivas en atletas jóvenes, y la combinación del entrenamiento de fuerza con flexibilidad, equilibrio, coordinación y ejercicios técnicos puede ayudar a reducir el riesgo de lesiones por uso excesivo en atletas pediátricos (12). Combinar el entrenamiento de fuerza con programas versátiles puede ser clave para prevenir lesiones y mejorar el rendimiento deportivo en deportistas jóvenes.

2.6. Beneficios a nivel emocional y cognitivo

Varios estudios han identificado la importancia de promover esta dieta en etapas tempranas de la vida para fomentar un desarrollo físico, cognitivo y académico positivo en niños y jóvenes (2,7). Participar en conductas de estilo de vida saludables, como actividad física o seguir una dieta saludable, se ha asociado con una autoestima positiva en los adolescentes y también se ha relacionado con resultados de salud mental más positivos y el estudio revisado identificó una serie de beneficios psicopatológicos asociados con la adherencia a la dieta mediterránea en escolares españoles (2). Esto incluyó un riesgo reducido de depresión o de sufrir un trastorno alimentario y baja ansiedad. Además, el presente estudio hace una asociación de la adherencia a la dieta mediterránea con la autoestima a través de la mejora del bienestar psicológico en los adolescentes.

El estudio de Martínez-Lapiscina et al. (7) encontró que una intervención dietética fundamentada en la Dieta Mediterránea, basada en la ingesta de nueces y aceite de oliva virgen extra, obtuvo mejoras en la capacidad de atención, memoria, pensamiento abstracto, visión espacial y capacidad de cálculo. Las capacidades cognitivas mejoradas pueden deberse a una mayor ingesta de vitaminas, minerales y antioxidantes naturales. La ingesta de alimentos ricos en polifenoles también puede ser un aspecto importante para considerar en relación con la mejora del rendimiento cognitivo a través de la dieta. En un estudio realizado por Godós et al. (7), se encontró una estrecha relación entre la Dieta Mediterránea y la ingesta de polifenoles, que se encuentran en frutas, verduras y otros alimentos típicos del área mediterránea, como el té. La ingesta de estos elementos se ha relacionado con la reducción de los síntomas depresivos y la mejora de la cognición debido a sus propiedades antiinflamatorias y antioxidantes, beneficiosas para el desarrollo normal de los procesos de aprendizaje. Además, la ingesta de fosfolípidos es esencial para mantener el potencial eléctrico de las membranas de las células neuronales y permitir la formación de la memoria. También se ha demostrado que la ingesta de ácidos grasos, como el omega-3, un ácido prevalente en la Dieta Mediterránea reduce el riesgo de

enfermedades cardiovasculares, actúa como factor protector frente al deterioro cognitivo y mejora el flujo sanguíneo cerebral (7).

Otro de los beneficios obtenidos indica que los adolescentes que siguen regularmente una dieta mediterránea como parte de su estilo de vida pueden estar protegidos de los efectos psicológicos negativos de las dietas restrictivas. Además, se ha descubierto que seguir una Dieta Mediterránea está relacionado con un mejor funcionamiento psicológico en adultos, incluso cuando no se sigue con alta adherencia. Por lo tanto, consumir alimentos que se ajusten al patrón alimentario de la dieta mediterránea podría ser importante a lo largo de la vida.

En la segunda investigación (2), se encontró que los adolescentes que realizaban actividad física de manera regular tendían a responder más positivamente a los cinco componentes del bienestar: físico, psicológico, relaciones familiares y autonomía, relaciones entre iguales y entorno social y escolar. Las asociaciones con la actividad física resultaron ser mucho más fuertes que las asociadas con la adherencia a la dieta mediterránea.

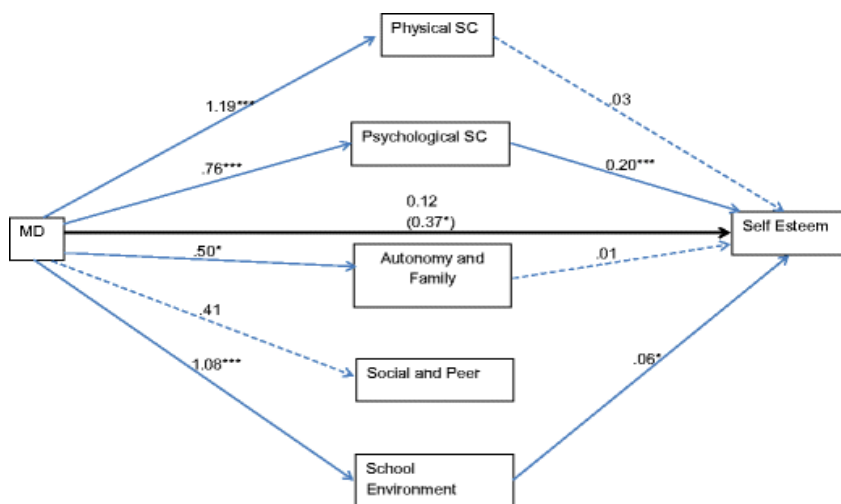


Figura 4. Análisis mediacional de la influencia de la adherencia a la dieta mediterránea sobre la autoestima a través de los cinco componentes del bienestar. La línea sólida en negrita muestra el efecto directo de la DM en la autoestima. Las líneas continuas de luz muestran los efectos significativos del predictor (DM) sobre las variables mediadoras (HRQoL) y los efectos significativos de las variables mediadoras sobre la autoestima. Las líneas discontinuas muestran efectos no significativos (2).

Los estudios identifican varios beneficios físicos y cognitivos de seguir hábitos saludables; estos incluyen mejorar la composición corporal, el bienestar emocional y el autoconcepto, y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, estrés y ansiedad. De esta forma, se han identificado asociaciones entre la dieta, el compromiso con la actividad física y el rendimiento cognitivo y académico (2).

Uno de los estudios revisados también enfatizó los efectos positivos del ejercicio aeróbico en las estructuras y funciones del cerebro, mejorando la capacidad de atención y la concentración y permitiendo un mayor rendimiento académico, y se encontró una relación positiva entre la actividad física, la motivación y las

estrategias de aprendizaje (7). De esta manera, surge una relación directa entre las metas orientadas internamente, las estrategias de aprendizaje, el pensamiento crítico, los hábitos de trabajo y la autorregulación.

Del mismo modo, identificaron que la actividad física está asociada con un mayor suministro de sangre cerebral, un mayor volumen en la corteza frontal y el hipocampo, y una menor pérdida de capacidad cognitiva en la edad adulta. Además, el valor que los estudiantes asignan a la tarea y la ansiedad estaban inversamente relacionadas. Este hallazgo puede explicarse por el estado negativo que generan los estresores vividos en el contexto académico que disminuyen la capacidad de atención y autorregulación de los jóvenes.

Por tanto, teniendo en cuenta tanto el estado emocional como la percepción, la actividad física y los hábitos alimentarios saludables son factores que favorecen la evitación de la ansiedad y el éxito académico en este grupo de edad.

Finalmente, es interesante resaltar que los adolescentes más activos tienen una dieta de mejor calidad y consumen menos alimentos procesados. El mayor gasto energético de la juventud activa requiere una mayor ingesta de nutrientes esenciales, lo que requiere una ingesta de carbohidratos, vitaminas y proteínas de mayor calidad, y esto explica en parte la relación positiva entre la Dieta Mediterránea y la actividad física.



Figura 5. Frecuencias de distribución de IMC en niños y adolescentes según cada grupo dietético (5).

Además, los hábitos de adaptación de los adolescentes también están influenciados por factores y contextos familiares, incluida la influencia de la educación general y los grupos familiares, y la familia tiene un papel clave en la alimentación saludable.

2.7. Beneficios a nivel del sueño

El estudio realizado en la población hispana señaló que la actividad física regular puede tener un efecto beneficioso sobre el sueño en los adolescentes, y aquellos que realizan actividad física regular tienen un tiempo total de sueño nocturno más prolongado, una mayor eficiencia del sueño y una menor latencia del sueño en comparación con aquellos con menos niveles de actividad física (10).

Esto indica que la actividad física también mejora la calidad del sueño en los adolescentes, reduce la somnolencia diurna y mejora el rendimiento cognitivo diurno y que un sueño adecuado es esencial para la salud física y mental en todas las etapas de la vida, especialmente durante la adolescencia.

3. Estrategias de intervención

El aumento de problemas de salud relacionados con la alimentación y el sedentarismo, como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas, ofrecen un desafío para los sistemas de salud públicos (3).

La necesidad de adherencia a un patrón alimentario saludable y sostenible en la etapa pediátrica y adolescencia es discutida a nivel mundial, debido a su relación con el aumento progresivo de enfermedades no transmisibles en la edad adulta (6).

Es importante destacar que la Dieta Mediterránea no es solo un patrón alimentario, sino también un estilo de vida que incluye actividad física regular, socialización y contacto con la naturaleza, entre otros aspectos. Por lo tanto, la promoción de la adherencia a la Dieta Mediterránea en los jóvenes también puede tener un impacto positivo en otros aspectos de su vida.

Por tanto, dada la importancia de una alimentación saludable y una buena condición física para prevenir la obesidad y mejorar la calidad de vida en la población infantil y adolescente, se hacen necesarios estudios que aborden este tema y propongan soluciones y estrategias eficaces (4). La atención a la adolescencia es importante ya que en este grupo poblacional se observa una disminución en la adherencia a hábitos saludables, y cualquier intervención diseñada para promover hábitos saludables en niños en edad escolar y adolescentes debe incluir especialmente a los padres con niveles educativos más bajos (3). Las escuelas pueden ser un ambiente adecuado para la implementación de intervenciones educativas enfocadas en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

Discusión

La obesidad infantojuvenil se ha convertido en uno de los problemas más relevantes a nivel global debido al aumento progresivo de casos (5). Dada la importancia de estas etapas en el desarrollo se ha visto necesario abordar esta cuestión e investigar sobre cómo afectan los hábitos de vida saludables y cuáles serían las posibles estrategias de intervención.

El ejercicio, así como una dieta equilibrada, son componentes cruciales de un estilo de vida saludable (1). La adherencia a patrones dietéticos saludables y/o sostenibles varía en todo el mundo y, en última instancia, depende de factores subjetivos reflejados en los hábitos alimentarios de un país. Aunque la Dieta Mediterránea es el patrón dietético más estudiado, muchas de las herramientas descritas no han sido investigadas adecuadamente en niños y adolescentes (6). Además, los patrones dietéticos descritos se han asociado principalmente con el IMC, para el cual no se han encontrado asociaciones consistentes. No obstante, el estado de normopeso, la adherencia óptima a la dieta mediterránea y la práctica de actividad física se han asociado con un menor riesgo de síndrome metabólico y de varios tipos de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que a su vez aumenta la esperanza y calidad de vida (4).

A nivel cardiorrespiratorio, la adherencia a estos patrones se asocia con una menor grasa corporal, perímetro de cintura, presión arterial y riesgo metabólico, además ha demostrado tener una relación inversa con el grosor de la íntima-media aórtica y la incidencia de enfermedad cardiovascular, lo que supone una mayor aptitud

cardiorrespiratoria y una disminución de los biomarcadores de riesgo cardiometabólico, hallazgos que pueden tener un impacto en la edad adulta, incluso hasta 21 años después. (6,5,9). Además, se ha demostrado que existe una asociación inversa entre la aptitud muscular y las puntuaciones de biomarcadores inflamatorios y la presencia de un alto riesgo metabólico; un estado inflamatorio crónico puede atenuarse con niveles más altos de aptitud muscular, lo que tiene implicaciones importantes para la salud pública y clínica, ya que la adolescencia se caracteriza por ser un período de la vida con varios cambios metabólicos y una mayor disminución de la actividad física (11).

La prevención de la obesidad y la resistencia a la insulina debe implementarse en las primeras etapas de la vida mediante una dieta sana y equilibrada, una ingesta calórica adecuada y la práctica de actividad física desde la primera infancia (1). Una dieta bien balanceada y una mayor actividad física son generalmente las piedras angulares del tratamiento de la obesidad y la resistencia a la insulina en niños y adolescentes.

A nivel musculoesquelético, un programa de entrenamiento de fuerza diseñado de manera apropiada puede brindar beneficios para la salud y para el acondicionamiento físico de niños y adolescentes.

El entrenamiento de fuerza durante la infancia se asocia con la madurez del sistema nervioso central, donde se producen adaptaciones neuromusculares, incluido el reclutamiento de unidades motoras, contracción y relajación de fibras, y una mayor capacidad de adaptaciones musculares intrínsecas, y se producen cambios hormonales durante la adolescencia, facilitando la hipertrofia en los hombres y diferencias en la fuerza en comparación con las mujeres (12).

En cuanto a la salud ósea, existen limitaciones en los estudios actuales, ningún estudio *in vivo* aporta pruebas sólidas de que la salud ósea se vea afectada en los niños con obesidad, por lo que se necesitan estudios poblacionales más amplios que tengan en cuenta no solo la gordura, sino también su estado inflamatorio, sus hábitos de vida en cuanto a actividad física (con peso frente a sin peso), conductas sedentarias e ingesta dietética de macro y micronutrientes (13).

Por último, varios estudios han identificado la importancia de promover esta dieta en etapas tempranas de la vida para fomentar un desarrollo físico, cognitivo y académico positivo en niños y jóvenes (2,7). La adherencia a la dieta mediterránea y el compromiso con la actividad física se asocian positivamente a los cinco componentes del bienestar: físico, psicológico, relaciones familiares y autonomía, relaciones entre iguales y entorno social y escolar (2). Además, facilitan mejoras en la autoestima, lo cual ayuda a liberar la mente de los factores estresantes y controlar los estados de depresión y ansiedad (7).

También se resaltan los efectos positivos de la práctica de ejercicio aeróbico sobre las estructuras cerebrales y sus funciones, mejorando la capacidad de atención y concentración y permitiendo un mayor rendimiento académico. Del mismo modo, identificaron que la actividad física está asociada con un mayor suministro de sangre cerebral, un mayor volumen en la corteza frontal y el hipocampo, y una menor pérdida de capacidad cognitiva en la edad adulta (7).

Además, los hábitos de comportamiento en los adolescentes a menudo se ven influenciados por factores familiares y contextuales, incluyendo el entorno escolar y la influencia de grupos de pares. Esto lleva a una

agrupación de hábitos, donde aquellos que llevan un estilo de vida activo tienden a adoptar otros hábitos saludables, como seguir una dieta saludable (7).

De esta forma, la Dieta Mediterránea no es solo un patrón alimentario, sino también un estilo de vida que incluye actividad física regular, socialización y contacto con la naturaleza, entre otros aspectos. Por lo tanto, la promoción de la adherencia a la Dieta Mediterránea en los jóvenes también puede tener un impacto positivo en otros aspectos de su vida, y es aquí, donde los sistemas de salud públicos se enfrentan a un desafío y donde se hacen necesarios estudios que aborden estos temas y propongan estrategias eficaces, en la que se deberán tener en cuenta los aspectos más vulnerables de los adolescentes, asociados a su ámbito social y familiar (3,6,4).

Limitaciones

El estricto criterio de búsqueda (últimos 10 años) y especialmente publicaciones en Q2 o inferior.

Conflicto de interés

Ninguno.

Conclusiones

1. La población infantojuvenil global está experimentando una transición nutricional y unos hábitos de vida sedentarios, lo que supone un aumento de casos de sobrepeso y obesidad en este grupo de edad.
2. Estos cambios han llevado a muchos autores a investigar sobre los múltiples beneficios de la dieta mediterránea y la actividad física y entre los que podemos destacar una mejor aptitud cardiorrespiratoria; una disminución del síndrome metabólico, la resistencia a la insulina y los marcadores inflamatorios; una mejora en la aptitud muscular y desarrollo neural; un mayor desarrollo cognitivo y emocional en niños y adolescentes.
3. Todo ello ofrece un nuevo reto para los sistemas de salud pública y las estrategias de intervención tanto en el entorno escolar como familiar.

Referencias

1. Calcaterra V, Verduci E, Vandoni M, Rossi V, Fiore G, Massini G, et al. The Effect of Healthy Lifestyle Strategies on the Management of Insulin Resistance in Children and Adolescents with Obesity: A Narrative Review. *Nutrients*.2022;14(21):4692. doi: 10.3390/nu14214692.
2. Knox E, Muros JJ. Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *Eur J Pediatr*. 76(5):621-8. doi: 10.1007/s00431-017-2886-z.
3. Arcila-Agudelo AM, Ferrer-Svoboda C, Torres-Fernández T, Farran-Codina A. Determinants of Adherence to Healthy Eating Patterns in a Population of Children and Adolescents: Evidence on the Mediterranean Diet in the City of Mataró (Catalonia, Spain). *Nutrients*.2019;11(4):854. doi: 10.3390/nu11040854.
4. Manzano-Carrasco S, Felipe JL, Sanchez-Sanchez J, Hernandez-Martin A, Gallardo L, Garcia-Unanue J. Weight Status, Adherence to the Mediterranean Diet, and Physical Fitness in Spanish Children and Adolescents: The Active Health Study. *Nutrients*. 2020;12(6):1680. doi: 10.3390/nu12061680.
5. Latorre-Millán M, Rupérez AI, González-Gil EM, Santaliesra-Pasías A, Vázquez-Cobela R, Gil-Campos M, et al. Dietary Patterns and Their Association with Body Composition and Cardiometabolic Markers in Children and Adolescents: Genobox Cohort. *Nutrients*. 2020;12(11):3424. doi: 10.3390/nu12113424.
6. Teixeira B, Afonso C, Rodrigues S, Oliveira A. Healthy and Sustainable Dietary Patterns in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2022;13(4):1144-85. doi: 10.1093/advances/nmab148.
7. Chacón-Cuberos R, Zurita-Ortega F, Martínez-Martínez A, Olmedo-Moreno EM, Castro-Sánchez M. Adherence to the Mediterranean Diet Is Related to Healthy Habits, Learning Processes, and Academic Achievement in Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2018;10(11):1566. doi: 10.3390/nu10111566.
8. López-Gil JF, Brazo-Sayavera J, de Campos W, Yuste Lucas JL. Meeting the Physical Activity Recommendations and Its Relationship with Obesity-Related Parameters, Physical Fitness, Screen Time, and Mediterranean Diet in Schoolchildren. *Children*. 2020;7(12):263. doi: 10.3390/children7120263.
9. Ruiz JR, Huybrechts I, Cuenca-García M, Artero EG, Labayen I, Meirhaeghe A, et al. Cardiorespiratory fitness and ideal cardiovascular health in European adolescents. *Heart*. 2015;101(10):766-73. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306750>
10. Boraita RJ, Ibor EG, Torres JMD, Alsina DA. Factors associated with a low level of physical activity in adolescents from La Rioja (Spain). *An Pediatría Engl Ed*. 1 de abril de 2022;96(4):326-33. doi: 10.1016/j.anpede.2021.02.014.
11. Agostinis-Sobrinho CA, Moreira C, Abreu S, Lopes L, Sardinha LB, Oliveira-Santos J, et al. Muscular fitness and metabolic and inflammatory biomarkers in adolescents: Results from LabMed Physical Activity Study. *Scand J Med Sci Sports*. 2017;27(12):1873-80. doi: 10.1016/j.numecd.2016.02.011.
12. Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil. Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes: beneficios, riesgos y recomendaciones [Strength training in children and adolescents: benefits, risks and recommendations]. *Arch Argent Pediatr*. 2018 Dec 1;116(6):S82-S91. Spanish. doi: 10.5546/aap.2018.s82.
13. Fintini D, Cianfarani S, Cofini M, Andreoletti A, Ubertini GM, Cappa M, et al. The bones of children with obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020;11. doi: 10.3389/fendo.2020.00200.