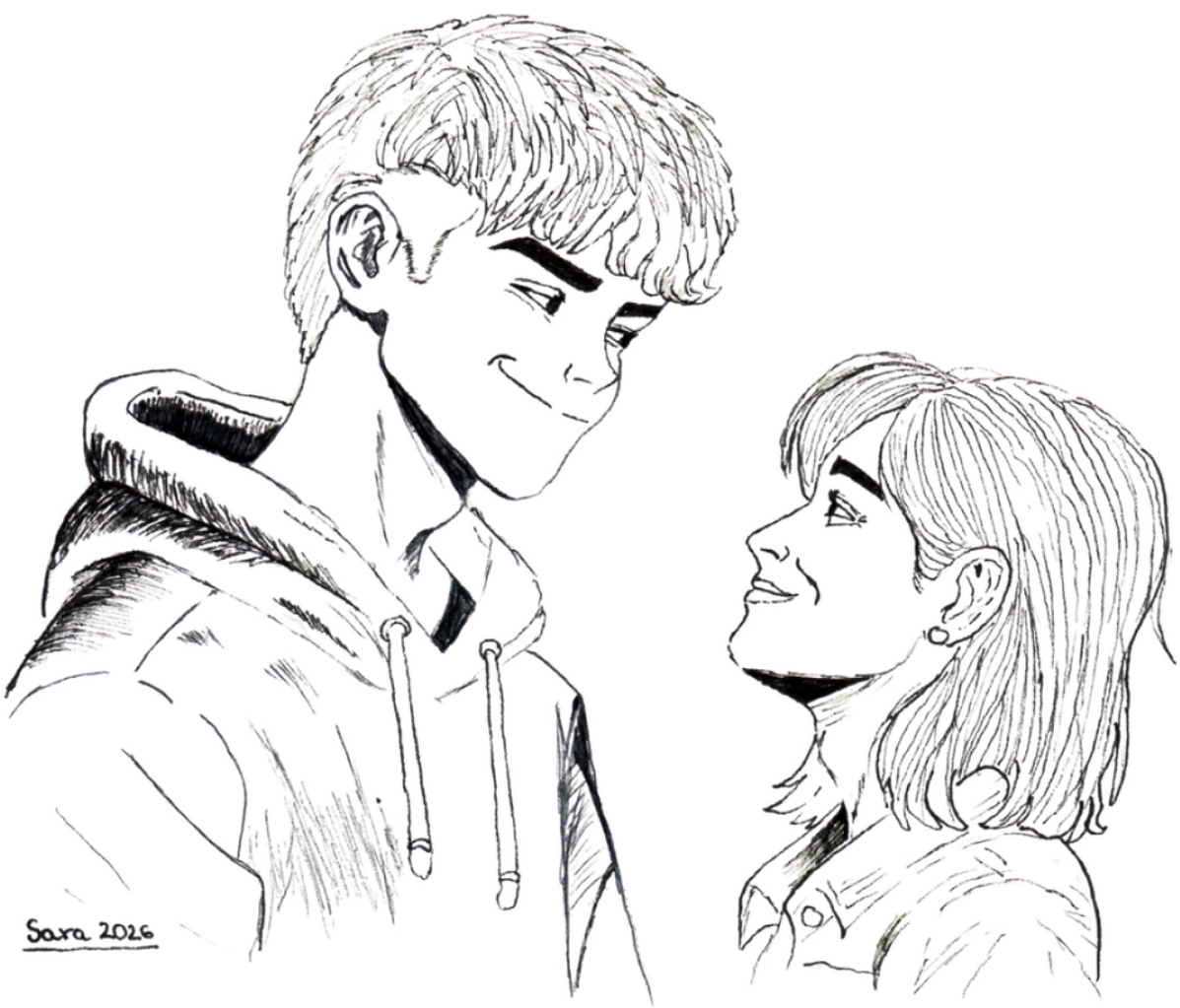
# XIV CURSO

# para PADRES DE ADOLESCENTES

Dirección: **Dr. José P. Valdés Rodríguez**




Sábado, 14 de noviembre de 2026

**Ilustre. Colegio Oficial de Médicos de Alicante**

## Organizado por:

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

Pediatría Extrahospitalaria Alicante
APEPA

## Con la colaboración de:

sema
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Sociedad Valenciana de Pediatría

Casa del Libro
Alicante

AYUNTAMIENTO DE ALICANTE
Concejalía de Educación

# ÍNDICE


07 PRESENTACIÓN
DIRECTOR DEL CURSO

09 PROGRAMA

11 CONFERENCIANTES E
ILUSTRADOR

13 ADOLESCENTES: BASES CIENTÍFICAS
de su COMPORTAMIENTO

31 HÁBITOS
PARA MANTENER SU SALUD

37 ADOLESCENTES EN RIESGO:
UNA VISIÓN DESDE CUATRO PERFILES

47 DISFRUTAR DE LA SEXUALIDAD
SIN RIESGOS AÑADIDOS

53 INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA
EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

63 DE LA PRUEBA
A LA ADICCIÓN de 12 a 15 años

67 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
EN ADOLESCENTES

71 LLAMANDO A LA TIERRA:
COMPARTIR NATURALEZA

73 ADOLESCENCIA,
UNA ETAPA DE LA VIDA “DE CINE”

91 LIBROS RECOMENDADOS
POR LOS PONENTES

# PRESENTACIÓN

Los adolescentes tienen mala prensa desde el principio de la humanidad, pero lo que no es bueno ni para ellos ni para sus familias es que la sigan manteniendo en pleno siglo XXI contra toda evidencia. Y les voy a dar tres razones para que reflexionen sobre ello:

- Son *distintos*, y tienen su peculiar forma de comportarse que necesitamos comprender, pero la mayoría son *completamente normales*. Los prejuicios, la imagen tópica de tensión que se les atribuye es errónea y perjudica la relación con ellos.

- A pesar del ruido y los conflictos *su cerebro no está roto*, simplemente está en obras y los convierte en los humanos con mayor capacidad de adaptación, en una *oportunidad única* para el aprendizaje, la conexión social, la creatividad...que les llevará en el momento oportuno a convertirse en adultos (en nuestra *esperanza* del mañana).

- La adolescencia se termina. La naturaleza es sabia, a todos nos ha hecho pasar por ahí, hemos sobrevivido y estamos agradecidos a nuestras familias aunque no hayan hecho un master para ser padres perfectos (*las experiencias vividas y la ternura recibida nos han convertido en lo que somos*).

El curso no va a ocultar las dificultades, pero intentaremos darles herramientas para prevenirlas y que les llegue nuestro principal mensaje: que disfruten de la adolescencia de sus hijos



Dr. José P. Valdés Rodríguez
Director del Curso

# PROGRAMA

**8:30** Recogida de documentación

**9.00** Inaguración/ Presentación

**9:30** **ADOLESCENTES: ¿Cómo son y qué debemos esperar?**
- Bases científicas de su comportamiento. ***Dr. José Valdés***
- Hábitos necesarios para mantener su salud. ***Dra. Ana Pilar Nso***

**10:30** Coloquio

**11:00** Descanso

**11:30** **ADOLESCENTES en RIESGO: la prevención es posible**
- No todo es psicológico: el CANCER también es de adolescentes.
  ***Dra. María Tasso***
- Disfrutar de la SEXUALIDAD sin riesgos añadidos.
  ***Dra. Mª Ángeles Gómez***
- Mal uso de las TECNOLOGÍAS. IA: la próxima amenaza.
  ***Dra. María Salmerón***

**13:00** Coloquio

**13:30** Descanso

**15:30** **SALUD MENTAL: ¿Cómo reconocer el peligro?**
- De la prueba a la ADICCIÓN. ***D. José José Gil***
- De la SOLEDAD adolescente y de otros caminos al SUICIDIO.
  ***Dra. Mar Clavera***

**16:30** Coloquio

**17: 00** **DISFRUTAR de la adolescencia de los hijos**
- Llamando a la TIERRA: compartir naturaleza.
  ***Dra. Mª Jesús Fuentes***
- El CINE puede ayudar. ***Dr. Javier González de Dios***

**18:00** Coloquio

**18:30** Clausura

# CONFERENCIANTES E ILUSTRADOR

## DIRECTOR DEL CURSO

- **José P. Valdés Rodríguez**.
  Pediatra. Acreditado en Medicina del Adolescente. Alicante.

## CONFERENCIANTES

- **Mª del Mar Clavera Roger.**
  Pediatra especialista en Psiquiatría infanto-juvenil. Alicante.

- **Mª Jesús Fuentes.**
  Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas. Vicepresidenta de la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de la Provincia de Alicante (APEPA). Alicante

- **Mª Ángeles Gómez Martínez.** Ginecóloga.
  Unidad de Salud Sexual y Reproductiva Alicante III.
  Profesora de la Universidad Miguel Hernández. Alicante.

- **Javier González de Dios.** Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Balmis. Profesor de la Universidad Miguel Hernández. Alicante.

- **José José Gil.**
  Diplomado en Enfermería. Experto en Conductas Adictivas. Elda.

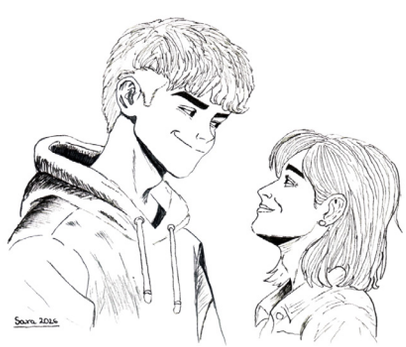
- **Ana Pilar Nso Roca.** Endocrinóloga Infantil.
  Profesora de la Universidad Miguel Hernandez. Médico adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital de San Juan. Alicante.

- **María Salmerón Ruiz.** Pediatra. Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Ruber Internacional. Presidenta de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). Madrid.

- **María Tasso Cereceda.** Pediatra. Jefa de Sección de Oncología Pediatrica del Hospital Dr. Balmis. Máster en Bioética. Alicante.

## ILUSTRACIÓN

- **Sara Valdés Ruiz** (13 años)



# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

***Dr. José P. Valdés Rodríguez***

Les voy a destacar  3 hechos que nos ayudan a comprender el comportamiento de los adolescentes.

El primero son las amplias variaciones de la normalidad , que van a depender de cómo y cuándo comience cada uno su metamorfosis puberal. Esto es algo que les confunde y les preocupa, por lo importante que son para ellos dos cuestiones: la imagen corporal cambiante y sentirse aceptado dentro del grupo de iguales.

Lo segundo es el desarrollo del cerebro adolescente que, a pesar de los conflictos, no está en ruinas, está en construcción hacia la mayor oportunidad para el aprendizaje y la creatividad del ser humano.

Y el tercero es la falta de sueño: el 54,2% de los adolescentes de la Comunidad Valenciana acuden a clase de manera rutinaria habiendo dormido menos de 8 horas. Esto se debe a un retraso en el ritmo circadiano (se duermen y se despiertan más tarde) que se produce de forma espontánea a partir de los 10 años (y es aumentado por el efecto de la luz de las pantallas), que se acentúa justo al empezar la secundaria y que acaba produciendo un déficit crónico de sueño que es una causa importante de estrés crónico y sus consecuencias: alteración afectiva, irritabilidad disminución del rendimiento escolar.

**¿A QUÉ LLAMAMOS ADOLESCENCIA?**

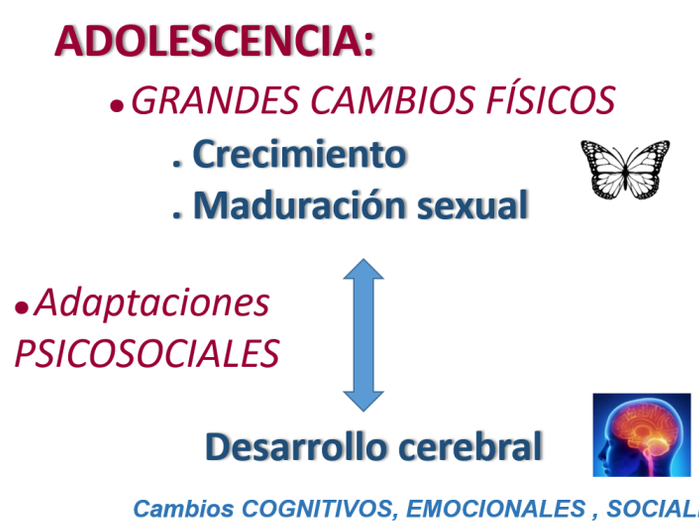
La adolescencia es la etapa del desarrollo humano comprendida entre el final de la niñez y la vida adulta. Es decir, ni son niños ni son adultos. Según la Organización Mundial de la Salud, esos son todos los individuos comprendidos entre los 10 y 19 años, ambos incluidos, definiendo como primera adolescencia de los 10 a los 14 años (o adolescencia temprana), y como segunda (o adolescencia tardía) de los 15 a los 19. En ella está incluída la metamorfosis de la pubertad que dura, según el sexo y los individuos, de 3 a 5 años. Y ambas, adolescencia y pubertad, están acompañadas del desarrollo cerebral, que en un principio puede estar influído por los cambios hormonales, pero que en general es independiente y en algunos aspectos, no termina de completarse hasta la tercera década de la vida.

Algo importante a tener en cuenta cuando los traten individualmente, es que no piensen en los limites porque son difíciles de definir y más en la sociedad actual. Los de la OMS y otros de algunas sociedades científicas como la Academia Americana de Pediatría, que ya en 1972 hablaban de adolescencia hasta los 21 años, sirven para hacer estudios de población, pero pueden no coincidir con

el adolescente que tengan delante (dependerá de cuando haya empezado la pubertad, la raza, el ambiente socio-familiar y cultural...) , así que dejemos claro que cada adolescente es único.

Hablando de adolescencia en la actualidad, es cierto que es una etapa de la vida que dura más que en décadas anteriores. Por un lado tenemos el comienzo, que es fácil de evidenciar por la aparición de los signos puberales (vello pubico, desarrollo mamario...) y que cada vez se adelanta más, aunque es una tendencia que ya se ha estabilizado. Pero por otro, es complicado determinar cuando termina: tanto los conocimientos sobre el crecimiento (desarrollo cerebral) como los fenómenos sociales (finalización de la educación, mercado laboral, independencia económica...) nos dicen que es más allá de los 20 años. Tambien aquí nos podemos perder en definiciones sobre la década de los 20 a 30 años donde se entremezclan adolescencia, juventud o adulto joven y sus diferentes limites o sus distintas necesidades, según la sociedad donde le toque vivir (1). Por tanto, es mejor centrarse en el paciente y sus circunstancias y olvidarnos de las etiquetas.

**¿QUÉ SUCEDE EN LA ADOLESCENCIA?**




Unos GRANDES **CAMBIOS FÍSICOS** que comprenden el **CRECIMIENTO** de todos los órganos y sistemas, y además de la aparición de los signos externos de la **MADURACIÓN SEXUAL**. Juntos van a producir una auténtica metamorfosis en su cuerpo de niño, que les va a llenar de dudas porque a una mayoría les va a costar reconocerse.

# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

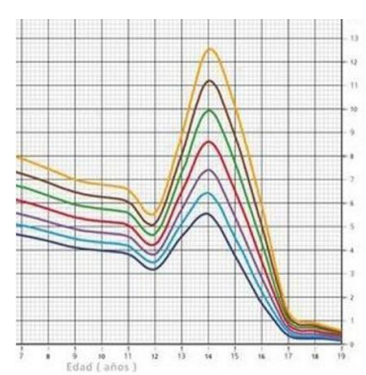
Todo ello va acompañado de unas **ADAPTACIONES PSICOSOCIALES,** que en parte deben hacer como reacción a esos cambios físicos que no acaban de entender y que, además, también están condicionadas por el desarrollo cerebral. En ésas adaptaciones van apareciendo los *cambios cognitivos* que les hacen mentalmente más capaces, esa *tormenta emocional* y esas nuevas necesidades sociales que van a dar lugar a las sucesivas etapas madurativas del comportamiento

Conceptualmente, ADOLESCENCIA hace referencia a la transición psicosocial de la infancia a la vida adulta, en tanto que PUBERTAD se aplica a los procesos biológicos que conducen a alcanzar la capacidad reproductora.

**LOS CAMBIOS FÍSICOS**
CRECIMIENTO- MADURACION SEXUAL – DESARROLLO CEREBRAL

En cuanto al crecimiento 3 cosas:

**1.** Es *enorme, intenso y de todos los órganos y sistema*s. Solo un par de ejemplos: la ganancia de peso en esos años representa el 50% del peso ideal del adulto y el pico de crecimiento, hasta el 20-25% de la talla final del adulto (2)

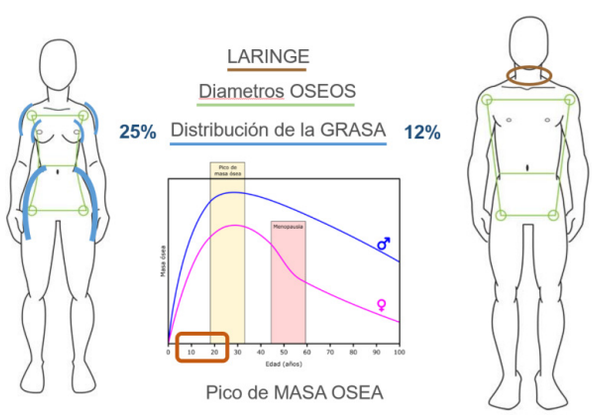



Esta es una gráfica de talla en varones: algunos llegan a crecer 12-13 cm en un año o 30-35 cm cuando han terminado (las chicas unos 25-30 cm).

**2. Es desproporcionado, porque no es uniforme y se va produciendo por partes**. Primero empiezan a crecer los pies y las manos, después piernas y brazos (más evidente en chicos), a continuación el tronco (que es donde ganan la mayor altura, aunque se note menos que en el caso de los miembros inferiores porque el crecimiento es más gradual y tardío) y al final el macizo facial (con mayor prominencia de nariz y mandíbula). Esto hace que sean **poco coordinados**, que **adopten posturas incorrectas**,

que tengan una torpeza fisiológica (tropiezan con una raya en el suelo, se les caen las cosas de las manos...). Si a ello le sumamos que están poco acertados en sus comentarios debido a su inmadurez mental, pues claro, llaman la atención. Tienen que llevar cuidado en no decir cosas que los ridiculicen, ni compararlos con nadie, porque bastante tienen con lo que tienen.

**3. Es diferente según el sexo**. Evidentes son el desarrollo de las cuerdas vocales (los tonos son diferentes y menos evidentes en chicas porque se hacen los cambios más lentamente), la distribución de la grasa (que en chicas se acumula en pelvis y alrededor de las mamas y debemos hacerles comprender que no tiene nada que ver con sobrepeso) o los diámetros óseos (la pelvis en mujeres o el biacromial en hombres). En general, las chicas acumulan más grasa que los chicos, y en éstos predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro en los varones. Con los actuales cánones de belleza asociados a la delgadez, hay que insistirles a las chicas que en un desarrollo normal, la cuarta parte de su peso corresponde al tejido graso (en chicos solo un 12%), que ese porcentaje es necesario para la menarca (> 17%) y para el mantenimiento de las menstruaciones regulares (> 22%) y por ese motivo el aumento del tejido graso se mantiene toda la adolescencia y decae tras la primera regla. Algo que también es importante en mujeres, es que el pico de masa ósea aumenta rápidamente durante la adolescencia (más del 45% del contenido corporal de calcio del adulto se adquiere a estas edades y alrededor del 95% de la masa ósea máxima de una mujer está presente a los 20 años), se mantiene estable 2 décadas y empieza a descender sobre todo tras la menopausia. Para conseguir una buena masa osea para toda la vida , es fundamental que durante la adolescencia se aumenten las raciones de calcio , la vitamina D3 y el ejercicio físico regular, y lo es más en mujeres.



# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

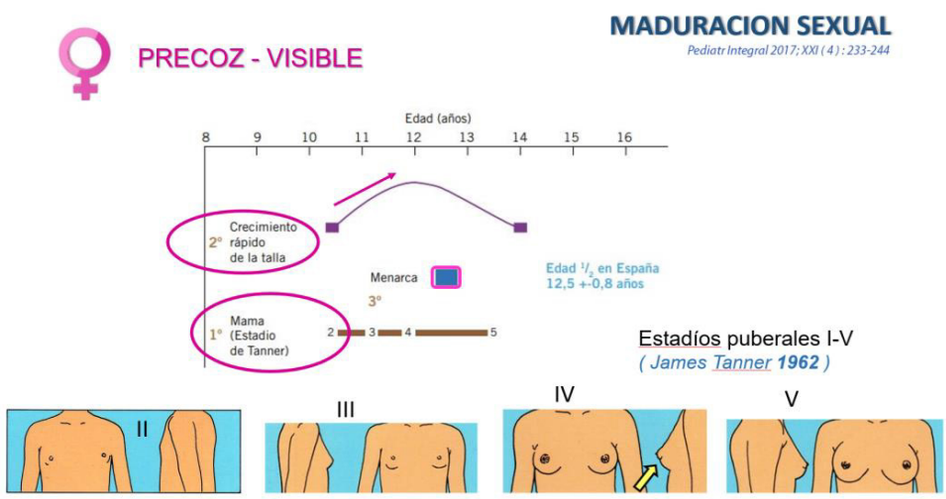
**MADURACIÓN SEXUAL** (pubertad se deriva del latín pubes: pubis, en clara referencia a los cambios que se producen en esa zona). Se define la ***pubertad*** *como aquella etapa de la vida que comienza con la aparición de los caracteres sexuales (los primeros pueden ser el vello púbico en ambos sexos, o bien el boton mamario en chicas o el aumento de volumen testicular en chicos) y termina con el logro de la capacidad reproductiva*, lo cual no debe confundirse, ni suele coincidir con la aparición de :

• La primera regla (menarquía o menarca); se produce entre 6-12 meses después del pico máximo de crecimiento, con una maduración sexual avanzada y durante los dos primeros años es frecuente que las reglas sean anovulatorias e irregulares.

• Las primeras eyaculaciones espontáneas nocturnas; a diferencia de las chicas, este signo aparece en los varones antes del pico máximo de crecimiento, y con una menor maduración sexual (incluso en ausencia de vello púbico), por lo que la capacidad reproductiva suele posponerse también unos 2 ó 3 años.

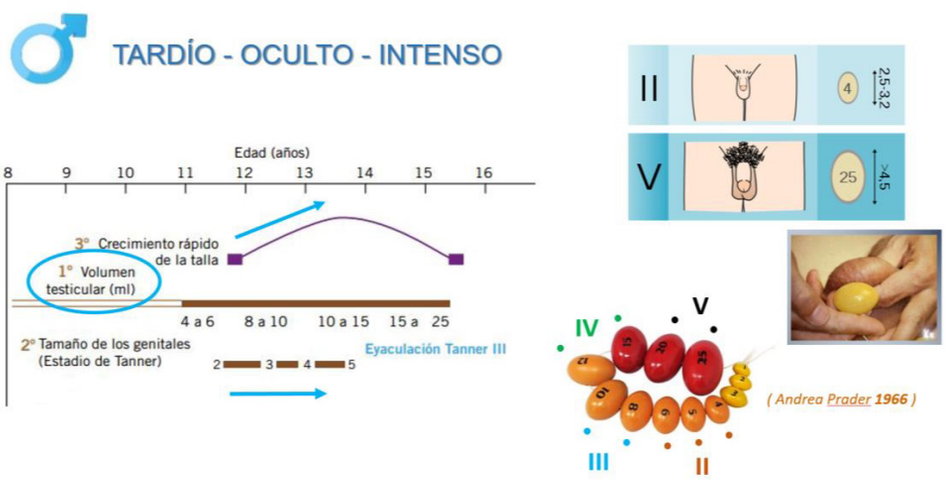
De todas formas, desde un punto de vista clínico y práctico (por las posibles consecuencias) *un adolescente varón debe ser considerado potencialmente fértil desde su primera eyaculación, y una chica desde su primera menstruación.*

La MADURACIÓN SEXUAL es más precoz y más visible en las chicas porque el desarrollo mamario que es lo primero que aparece (el vello púbico no siempre significa que empiece el desarrollo puberal), va seguido en paralelo por el pico de crecimiento. Un poco después del pico de crecimiento, aparece la menarca entre los 12 y 13 años ¿Y cuándo tienen la regla siguen creciendo? Sí, siguen creciendo 2-3 años más, a veces hasta los 15-16 años pero no igual que en los años previos. Los avances en el desarrollo de la mama son fáciles de seguir por los cambios en la forma y se cuantifican en una serie de estadíos del 1 al 5 que describió el dr. Tanner en 1962.



# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

En chicos el comienzo es más *TARDÍO (2 años aproximadamente)*, pero como permanece oculto parece que tarden más: se inicia con el aumento del volumen testicular a 4 ml (o 2,5 cm de diámetro máximo) y no se produce el crecimiento en talla hasta que la maduración genital y el volumen testicular están muy avanzados. Aunque, eso sí, después el crecimiento es más intenso y se puede mantener hasta los 21 años. Igual que en las chicas hay 5 estadíos de maduración y lo más fácil es valorarlos midiendo el volumen testicular. Se puede hacer con una regla pero es mucho más fácil con el orquidómetro de Prader (pediatra y endocrinólogo suizo). Hay algo que es evidente: cuando surgen las dudas, si no exploramos y vemos los testículos no podemos decirle al adolescente en qué momento de su desarrollo está. Por esto es importante que no pierdan la costumbre desde niños de hacer exploraciones completas, con las condiciones adecuadas de respeto a su intimidad.




En ambos sexos la evolución del vello púbico se puede objetivar también mediante estadíos por el aspecto y la extensión, pero es más difícil de valorar y a veces imposible porque no está (...se depilan o se lo pintan). De todas formas, el vello puede tener otros origenes diferentes de las gonadas y no es tan decisivo para definir la maduración sexual: *lo importante es el desarrollo de las mamas en chicas, el volumen testicular en chicos y, en ambos, el pico de crecimiento.*

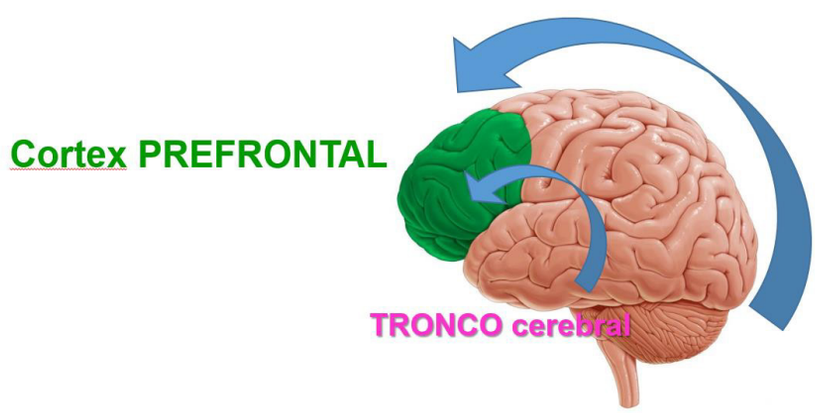


# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

Hemos visto que por término medio, las chicas empiezan unos dos años antes y con una apariciencia externa muy evidente que los chicos no tienen. Esto condiciona también los límites de la normalidad en casos patológicos. Hablamos de PUBERTAD PRECOZ cuando los signos de maduración sexual se producen antes de los 8 años en chicas y antes de los 9 años en chicos y de RETRASO PUBERAL, si no han aparecido después de los 13 años en chicas y de los 14 en chicos. Esos límites pueden deberse a variantes de la normalidad, pero al menos obligan a hacer una consulta médica. Y, en cualquier caso, aún en ausencia de enfermedad, hay que ser sensibles a las preocupaciones que les ocasionan al compararse con el resto de sus compañeros.

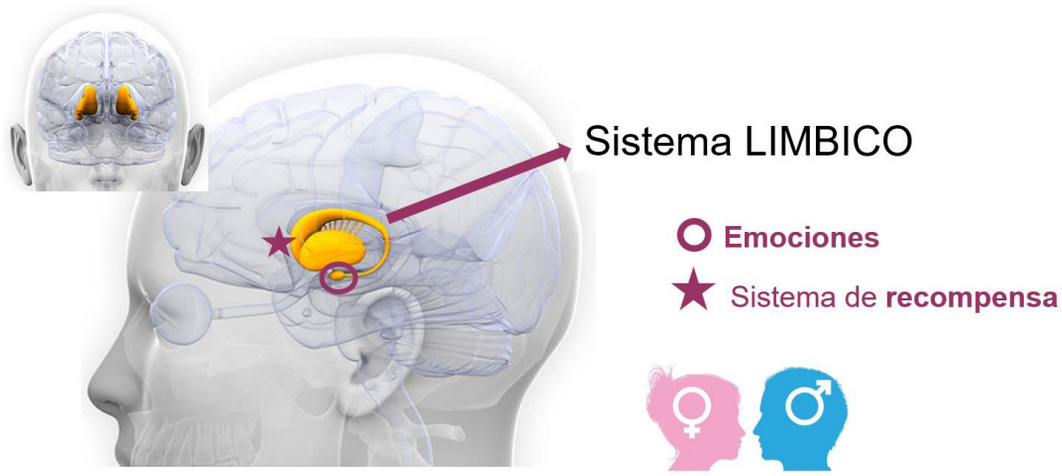
**DESARROLLO CEREBRAL**

Ya hemos hablado que el desarrollo puberal hace más de medio siglo que lo conocemos bien. Pero si hay algo que ha cambiado por completo el conocimiento de la adolescencia, son los avances de la neurociencia en las dos últimas décadas. Aunque el tamaño máximo del cerebro se alcanza en la adolescencia temprana (sobre los 11 años en chicas y los 14 años en chicos) es un órgano que sigue madurando hasta los 25-30 años . Es decir, el cerebro adolescente no madura haciéndose más grande, madura en su composición (al tener sus diferentes componentes más interconectados y volverse más especializados).




**Los cambios cerebrales** avanzan de *abajo a arriba*, desde áreas próximas a la base, al tronco cerebral (que es una especie de sala de mandos y nudo de comunicaciones en el interior del cerebro que controla las funciones más primitivas y básicas y que, por tanto, ya están maduras porque las necesitamos para sobrevivir). Al mismo tiempo, hay otros cambios que se van produciendo en la *periferia*, en la corteza cerebral y que son como una oleada (donde van a ir pasando muchas cosas buenas ) que va de *atrás a delante*. Y ambos cambios acaban confluyendo en las áreas pensantes del lóbulo frontal que son las últimas en madurar.

# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO




No quiero liarles con los nombres, pero por encima de esa sala de mandos que es el tronco cerebral, está el SISTEMA LÍMBICO (como ven, en la profundidad del cerebro) y en él hay 2 estructuras que nos interesan: la que regula las emociones y el sistema de recompensa, y ambas están hiperexcitadas por el efecto de las hormonas (que son distintas y ya sabemos que aparecen 2 años antes en mujeres) . El estímulo es tan importante que algunas de estas areas tienen más desarrollo durante la adolescencia que en la vida adulta.

- Las EMOCIONES (*amígdala cerebral*) son respuestas primitivas para adaptarse ante distintas situaciones y sobrevivir (así pueden aparecer el miedo o la ira ante una amenaza, el asco que evita que comamos alimentos en mal estado, y el resto de emociones: la tristeza, la sorpresa o la alegría...). Como acabamos de decir, es una zona hiperreactiva: los adolescentes ***responden antes y con más intensidad de forma emocional*** y lo hacen para enfrentarse con situaciones de adulto, que no saben si son una amenaza o una oportunidad porque no tienen experiencia.

Durante la adolescencia los sentimientos mandan en sus vidas. Sus reacciones ante el mundo son fruto más de las emociones que de la razón: es raro verlos en estado intermedio, o están muy animados o deprimidos .

- El llamado SISTEMA de RECOMPENSA (*cuerpo estriado*) les hace explorar continuamente y buscar esas recompensas. *Piensen que es otra necesidad que tienen: la identidad no se regala, se construye*. Necesitan explorar para poder contestar a la pregunta ¿QUIÉN SOY YO?. En la infancia gran parte de lo que son les viene dado por la familia. En la adolescencia necesitan cuestionar lo anterior,

saltarse los limites, hacer cosas diferentes que lo identifiquen con sus pares por oposición al mundo de los adultos. Mal aquel adolescente que no se rebela nunca , porque tal vez nunca termine de darse cuenta de quien es realmente. Así , ante un estímulo concreto (una posible relación sexual, compartir un canuto...) solo piensan en el premio inmediato, en la recompensa y no en las consecuencias, a pesar de que la mayoría de las veces las conocen perfectamente ¿No han pensado por qué después de todas las charlas sobre cómo colocar el preservativo, una mayoría cuando llega el momento , no se lo pone?. Pues por esto (solo el 65,5% de los y las adolescentes de entre 15 y 18 años refirió haberlo usado en su última relación sexual coital (3)).

Al final, aprenden porque están continuamente en modo ensayo/error y lo que les funciona les queda grabado, les hace avanzar. Como dice el dr. Bueno (4): " lo importante no es que no haya descontrol, sino que con la edad cada vez haya menos ". De hecho, la capacidad de retrasar la recompensa es un signo de madurez... aunque no todos lo consiguen aplicar.

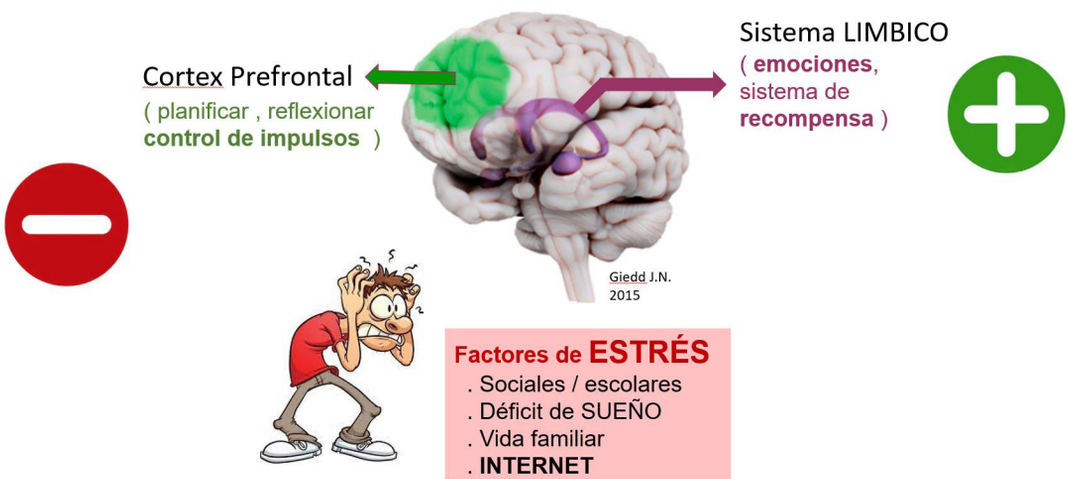
¿Quién frena todo esto?: la CORTEZA PREFRONTAL. En su momento se le denominó "el órgano de la civilización" porque es la encargada de planificar estrategias y acciones, reflexionar sobre el manejo de reglas y normas de conducta y lo que más nos interesa en adolescentes: gestionar el control de impulsos desmedidos provenientes de su sistema límbico.

**El problema es que es la parte del cerebro que más tarda en madurar**. Su desarrollo (independiente de las hormonas) puede no completarse hasta los 25-30 años. No significa esto que no les funcione, pero le cuesta más hacerlo que a un cerebro maduro, **necesitan más tiempo... y especialmente cuando tiene que hacerlo en situaciones de estrés** por motivos sociales (rechazo del grupo, acoso, desengaño amoroso...), escolares (el proyecto EASE 2024 (5) sobre el estrés escolar en alumnado de secundaria en España muestra la realidad y se dan recomendaciones de prevención a familias y profesorado) , el déficit crónico de sueño a los que los sometemos, la vida familiar (cuando no hay día que no tengamos discusiones...) y sobre todo el uso de INTERNET con todo tipo de estímulos : violencia, pornografía, videojuegos, apuestas, retos virales...

Así pues, tenemos dos zonas contrapuestas: una hiperexcitada por las hormonas que les llena de emociones y tentaciones, y otra inmadura para poder frenar con eficacia esos impulsos. Y todo ello se descompensa por un estrés que está casi normalizado en muchos aspectos de su vida. Éste es un tema

# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

importante para la salud durante la adolescencia, porque las evidencias nos dicen que **el nivel de estrés en adolescentes es más elevado que en niños y en adultos**, que las enfermedades mentales son las enfermedades crónicas más frecuentes a estas edades y que más de la mitad de todas las enfermedades mentales debutan antes de los 15 años.




Como afirma Jay Giedd (6) *"lo que más determina el comportamiento adolescente, no es tanto el desarrollo tardío de la función ejecutiva prefrontal o la aparición temprana del comportamiento emocional, sino el desfase de ambos desarrollos "* (lo que puede significar un desajuste de hasta 10 años).

Con todo ello, lo que podemos esperar no es que no haya descontrol, sino que con la edad cada vez haya menos. En general sobre los 18-20 años se estabilizan y su comportamiento se parece más al de un adulto.

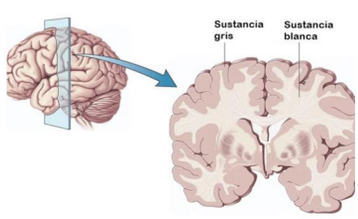
Además el cerebro adolescente, **al ser un órgano inmaduro, es especialmente vulnerable**:

- Es **más propenso a las adicciones** y le cuesta mucho más desengancharse. Tanto a sustancias tóxicas (el ejemplo típico es el tabaco por su asociación con otras drogodependencias como alcohol, marihuana...) como a las tecnologías, porque ambos estimulan de la misma forma el sistema de recompensa . Tenemos una nueva amenaza: el fenómeno del vapeo: según la encuesta ESTUDES 2025, un 49,5 % de los estudiantes de 14 a 18 años han utilizado alguna vez cigarrillos electrónicos. A parte de los efectos perniciosos sobre las vías respiratorias y el sistema vascular, está demostrado que aumenta el consumo con la edad y

es la antesala al cigarrillo, que ya teníamos bastante controlado (6 veces más propensos a consumir tabaco, y podría convertirse en una adicción en los que nunca han fumado).

- Es **más sensible a sufrir lesiones irreversibles** por efecto de los **tóxicos** (alcohol , marihuana), lo que es un hecho comprobado con imágenes (resonancia magnética funcional) y no admite discusiones. Estas lesiones también pueden ser provocadas por **contusiones cerradas** en los deportes de contacto: aquí el daño cerebral es difícil de detectar porque se produce en el interior del cerebro, solo la clínica nos da la pista. Este daño es más probable a menor edad y ante la repetición de los traumatismos. En USA están preocupados por la práctica del futbol americano en niños y adolescentes y han detectado que en chicas las lesiones son un 70% más frecuentes (la encefalopatía traumática crónica ya está demostrada en los exjugadores profesionales). Quizás aquí debamos preocuparnos por la practica del boxeo y otros deportes de contacto sin un control adecuado.

Todo lo descrito es para que comprendamos su forma de comportarse, lo que no significa justificar, dar por bueno lo que hacen. "*La ciencia del cerebro no es excusa para la conducta alocada, estúpida, inmoral o ilegal .Tienen la capacidad y la responsabilidad de modificar su comportamiento*", nos dice la neurocientífica Frances Jensen (7). Es decir, igual que aprenden a hacer cosas malas, pueden aprender a hacer las buenas.




↓ **S. GRIS** por **PLASTICIDAD**
*" lo que no se usa se pierde :* ***la poda neuronal*** *"*

↑ **S. BLANCA**
*las conexiones entre neuronas:* ***la mielinización***

Lo que dice la dra. Jensen tiene una razón de ser, porque TODO MALO NO ES... ¿Se acuerdan que decíamos que pasaban cosas buenas en la corteza cerebral?. Pues bien, esta es una imagen de ésa corteza cerebral. En el Sistema Nervioso las que mandan lo que hay que hacer son las células (neuronas) que ocupan la parte más periférica y que por su color se llama la sustancia gris. El resto que se ve en blanco (la sustancia blanca) es el cableado, las conexiones entre las células.

¿Qué sucede en la corteza cerebral del adolescente? Que la sustancia gris

disminuye y la **sustancia blanca mejora y aumenta** (el recubrimiento de ese cableado, hace que aumente 100 veces la velocidad de transmisión . Hay menos neuronas funcionando, pero no por degeneración o muerte como sucede en el anciano, sino por **plasticidad que es la capacidad del cerebro de cambiar por medio del aprendizaje**, de tal manera que lo que no se usa (porque hay muchos aprendizajes de niño que ya no necesita) se pierde, se desconecta. Es lo que se llama la **poda neuronal:** se pierden las conexiones que no se utilizan. Es lo mismo que hacemos con los frutales para aumentar la vitalidad de la planta y mejorar la producción de fruta. Este es un fenómeno que el cerebro pone en marcha a partir de los 3 años, que es especialmente notorio durante la adolescencia y que comienza a disminuir sobre los 20 años aproximadamente. Si tenemos menos neuronas que atender y una mejor conexión entre ellas, la consecuencia es lógica: el cerebro se convierte en un órgano mucho más rápido y sofisticado, MÁS EFICIENTE.

Debido a ésta gran plasticidad de su cerebro, los adolescentes se convierten en **los humanos con mayor capacidad de adaptación**. Están especialmente dotados para el aprendizaje (Albert Einstein a quien en el instituto con 15 años su profesor le dijo que "nunca conseguiría nada en la vida..."); la creatividad (piensen en cuántos son capaces de cumplir en la escuela y en paralelo hacerles emocionar con un instrumento musical); la sociabilización (vital para ellos aunque les fuerce a coquetear con la marihuana para ser aceptados por el grupo como reconoció el presidente Obama); el altruismo (siempre dispuestos a ayudar por una buena causa, como demostraron sobradamente los jóvenes valencianos...)

Todo ello es necesario para conseguir la independencia como individuo . En el momento adecuado, en el más crítico, ***el momento de dejar el hogar seguro***... ni antes ni después, porque si no fuera así, entonces sí... nuestra especie hace tiempo que se habría extinguido. Ahora ya saben por qué no ha pasado a pesar de los adolescentes. Porque con ese desarrollo en el momento oportuno, la adolescencia queda atrás (debe) y los humanos somos capaces de ***construir nuestro propio futuro***, un futuro que creemos mejor... y así ha sido generación tras generación.

Es tan enorme el potencial del cerebro adolescente, que algunos neurocientíficos lo comparan a un Ferrari... pero sin frenos. **Nosotros somos sus frenos, somos su lóbulo prefrontal.**

Los adolescentes engañan porque al tener aspecto de adultos podemos

suponer que piensan como adultos y no lo son . Nosotros no podemos responder de la misma forma, si damos la impresión de ser impulsivos perderemos credibilidad. La autoridad, el respeto se ganan sobre todo con el EJEMPLO, pero no se pueden imponer... y recuerden que en condiciones de estrés todo les funciona peor.

Si hay tormenta, déjenla pasar... ya habrá otro momento para reflexionar con calma (8). Y en casa o en la escuela, pónganles esta película a los chavales, tendrán motivo de conversación sobre diversos temas y acabarán pasando un buen rato.




Los obstáculos no se terminan. Hay dos cuestiones más que se lo ponen difícil:

- Todos estos cambios SE PRODUCEN LES AGRADEN O NO... son como un accidente (y a algunos no les gusta nada y lo pasan mal: es el caso de las niñas normales que se adelantan o de los chicos normales que se retrasan).

- Y LO HACEN CON ENORMES VARIACIONES de unos a otros, no solo por el sexo, también entre individuos del mismo sexo... y esto les confunde porque están continuamente mirándose unos a otros y comparándose.

Se dice que la obra LA METAMORFOSIS de Frank Kafka es el paradigma de la adolescencia porque en ella el personaje sufre un cambio que no puede explicar, y los demás en vez de intentar acercarse a él y aprender a comunicarse desde éste nuevo plano, permanecen en su sitio, comportándose como antes. Esto lleva al protagonista a un circulo de frustración y soledad.

No voy a profundizar en Kafka (sinónimo a veces de lo angustioso), pero

algo de esto debe haber cuando un informe del Hospital Sant Joan de Déu en su página FAROS (9) nos dice que los adolescentes son especialmente sensibles a desarrollar sentimientos de soledad en comparación con otros grupos de edad. El informe PISA 2022 nos dice que 1 de cada 8 adolescentes valencianos de 16 años afirma sentirse sloo en la escuela. Y, si pensabamos que ésto de la soledad era algo de la gente mayor, pues hay un estudio hecho en Madrid (10) que demuestra que los sentimientos de soledad fueron el doble de frecuentes en jóvenes. El Ayuntamiento de Barcelona ha editado una guía y trazado un plan estratégico para abordar la soledad en menores preocupados por todo lo genera ésta problemática (11).

Ahora tenemos un problema con la detección de la soledad. Antes era fácil de observar:  La que estaba sentada sola en el patio o ese chico que iba solo en el autobús... ahora están aislados en Internet ya sea en la calle o en casa y parece que estén haciendo algo (12).

Vamos, pues, con un problema importante para los adolescentes: la SALUD MENTAL. Pueden pensar que esta es una visión simplista porque el suicidio adolescente es complejo, multifactorial. No siempre hay antecedentes de enfermedad mental y sabemos que para consumar un suicidio probablemente hacen falta más cosas (como un ciberacoso, un desengaño amoroso...) que actuen de desencadenantes. Pero también es cierto que los sentimientos de soledad se relacionan con la depresión mayor y que ésta a su vez es la antesala del suicidio.

Y si algo nos ha enseñado la pandemia es que, a pesar de estar todo el día conectados a las pantallas, **al quitarles el contacto físico social, muchos adolescentes se sentían solos y que la patología psiquiátrica tuvo un aumento exponencial** que sigue desbordando a los servicios de salud mental.

Cuando todo se vuelve oscuro, necesitan saber QUE NO ESTÁN SOLOS.

En cuanto a las VARIACIONES, ya sabemos que son diferentes según el sexo y que por termino medio las chicas empiezan unos dos años antes y con una apariencia externa muy evidente que los chicos no tienen. Pero la variabilidad INDIVIDUAL dentro del mismo sexo también es muy amplia, fundamentalmente por la ***decisiva influencia genética***, lo que hoy en día se hace más visible por la diversidad de razas en la sociedad. Por otro lado, cada vez van más en aumento ***las causas ambientales*** que provocan estas diferencias. Sabemos

que los que hacen un ejercicio excesivo pueden retrasar la pubertad (el ejemplo clásico de la asociación gimnasia rítmica / anorexia nerviosa), pero tiene mucha más importancia por su frecuencia la obesidad en la época escolar que puede adelantar la aparición de diversos cambios puberales. Esto se hace más evidente si hay antecentes de riesgo como en los recién nacidos a término con bajo peso para su edad gestacional o las niñas adoptadas de países en vías de desarrollo entre los 3-5 años, cuando tienen cambios bruscos en su alimentación con un rápido incremento en su índice de masa corporal. Hay que hacer mención especial a los disruptores endocrinos, esas sustancias que están en todas partes (plasticos, alimentos, cosméticos...) que interfiriendo con las hormonas pueden provocar transtornos en el desarrollo puberal y, concretamente, a esa nueva moda consentida por los tutores: la cosmeticorexia, que no solo tiene efectos biológicos directos, también puede ser la antesala de un problema mental.

**EPÍLOGO**

Terminemos en positivo. Daniel Siegel (13), psiquiatra e investigador del cerebro adolescente, nos dice: "*La adolescencia es una época maravillosa de la vida, es pasión, conexión social, esencia creativa, idealismo...* ". Y ahora pregúntense uds. si, aunque no llegara a nada, no recuerdan aquel primer amor de juventud (el del esplendor en la hierba y la gloria en las flores... ) o aquel amigo del colegio que al final se tuvo que ir a trabajar a Alemania pero que fue la amistad más sincera que hemos vivido... **pues todo esto es también la adolescencia.**



El Club de los Poetas Muertos
*Peter Weir 1989*

# ADOLESCENTES:
# BASES CIENTÍFICAS de su COMPORTAMIENTO

Si quieren reflexionar (y disfrutar) sobre el mundo adolescente, esta es una de mis películas favoritas por la que no pasa el tiempo. Les confieso que hay escenas que me siguen emocionando por lo que significan para la vida de los adolescentes: la importancia del maestro, de la familia, los amigos,... *el carpe diem: "abraza el día y dale el minimo crédito al futuro..."*. Esto es muy de adolescentes y pueden pensar que es por los tiempos que vivimos (la inseguridad laboral, las dificultades para independizarse),... pero los versos son de Horacio (año 13 a.C. !!!).

Voy a terminar con unas frases de un ponente de estos cursos que lamentablemente nos dejó prematuramente. Vicente Ortuño psicólogo clínico (*Alicante 1952-2014*) nos decía hace ya 30 años:

"*La adolescencia es un periodo creativo y enriquecedor, pero también difícil y tormentoso* (ya lo han visto), *que no podemos pasar por ellos* (efectivamente, han de ser ellos con más aciertos que errores los que lleguen a descubrir quienes quieren ser).

*Nuestro papel es estar cerca pero no encima* ( todo nuestro apoyo emocional disponible pero sin sobreproteger ni presionar : que sepan que estamos ahí para cuando ellos nos necesiten) *orientar pero no dirigir* (que alcancen su propia independencia como individuos)... *sobre todo COMPRENDER*"

**BIBLIOGRAFIA**

**1.** Sawyer S. et al. The Age of Adolescence Lancet Child Adolesc Health 2(3),2018,pp.223-228

**2.** Kreipe RE . Crecimiento y desarrollo somático normal en el adolescente. En: McAnarney et al. Medicina del adolescente. Madrid : Ed Medica Panamericana S.A.; 1994. p. 78-101.

**3.** Un tercio de los adolescentes de 15 a 18 años ha mantenido relaciones sexuales coitales **https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6842**

**4.** El cerebro del adolescente David Bueno. Grijalbo 2022 ISBN 9788425361357

**5. https://www.familiaysalud.es/sites/default/files/informefinalease.pdf**
Proyecto EASE

**6. https://www.scientificamerican.com/article/the-amazing-teen-brain/**
The amazing teen brain. Jay N. Giedd . Sci Am 2015 Jun;312(6):32-7

**7.** El cerebro adolescente. Frances E. Jensen & Amy Elli. RBA libros 2023.
ISBN 9788411323000

**8. https://www.instagram.com/reels/DZjOYU_N3NG/** Mariana Capurro.
La adolescencia muchas veces parece fuego

**9. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/**
**https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/**
**7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf.**
FAROS HSJdD : Una mirada a la salud mental de los adolescentes 2021

**10. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/**
**https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp-content/uploads/**
**sites/93/2020/10/Informe-Espana-2020-Parte-Segunda-1.pdf**
Vidal, F., i Halty, A. (2020). "La Soledad del Siglo XXI".
En A. Blanco, A. Chueca, J. A. Lopez-Ruiz, i S. Mora (Ed.),
Informe España 2020.

**11. https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/**
**arxius-documents/guia_soledat_joves_2021_es.pdf**

**12. https://apepa.es/adolescencia/** Serie Adolescencia (Netflix 2025 )

**13. https://aprendemosjuntos.bbva.com/especial/desmontando-mitos-sobre-**
**los-adolescentes-daniel-j-siegel/**
Por qué la adolescencia es una etapa maravillosa de la vida.
Daniel J.Siegel 2019

# HÁBITOS
# PARA MANTENER SU SALUD

***Dra. Ana Pilar Nso Roca***
*Pediatra especialista en Endocrinología Infantil*

## UNA ETAPA QUE NO OCURRE SOLA

La adolescencia es una etapa decisiva para consolidar hábitos, pero esos hábitos no aparecen por arte de magia. Se siembran en el hogar desde la infancia, se ponen a prueba cuando empieza a crecer la autonomía y requieren una profunda revisión cuando cambian los ritmos diarios, el cuerpo, el entorno social y la presencia de la tecnología.

Durante este periodo, los jóvenes se enfrentan a un organismo en plena transformación biológica, a estados de ánimo más variables y a una necesidad imperiosa de construir su propia identidad e independencia. Por eso, cuidar la salud en esta etapa abarca dimensiones muy diversas: desde la alimentación, el descanso y el movimiento, hasta la higiene personal, el desarrollo puberal, la prevención de riesgos, la salud sexual, el bienestar emocional y el uso saludable del entorno digital.

Durante la primera infancia, las revisiones pediátricas son frecuentes y pautadas; sin embargo, con el paso de los años, esos controles sanitarios suelen espaciarse en el tiempo.

A menudo parece que un niño entra en una especie de nube alrededor de los seis años y sale de ella, espontáneamente, convertido en adulto. La realidad es que la adolescencia exige una presencia constante, empática y coordinada para asegurar que esa transición clave se realice con salud, seguridad y confianza.

## ALIMENTACIÓN Y RELACIÓN CON EL CUERPO

En la adolescencia, aparecen comidas fuera de casa, dinero propio, pedidos a domicilio, bebidas energéticas e influencia de amigos y redes. Por eso resulta más útil enseñar a decidir que entregar una lista de prohibiciones. En casa conviene mantener comidas regulares, agua como bebida habitual y presencia frecuente de verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y fuentes adecuadas de proteínas y calcio. Compartir comidas, cuando sea posible, permite conversar y modelar una relación normal con la comida; además, se asocia con patrones alimentarios más saludables [2,3].

El objetivo no debe ser perseguir un peso concreto. Es preferible hablar de energía, concentración, rendimiento y salud. Los comentarios sobre el

cuerpo pueden aumentar la vergüenza y la insatisfacción. Restricciones rígidas, atracones, vómitos, pérdida rápida de peso, desaparición de la menstruación o ejercicio compulsivo requieren consulta. El culto al cuerpo puede disfrazarse de salud: entrenar pese al dolor, consumir suplementos sin control o buscar una musculatura imposible puede anunciar dismorfia corporal, vigorexia o un trastorno de la conducta alimentaria.

**HIGIENE SIN EXCESOS**

Durante la pubertad, los cambios hormonales incrementan la sudoración, intensifican el olor corporal y aumentan la producción de grasa en la piel y el cabello. Por ello, es el momento de consolidar hábitos de higiene personal autónomos y constantes:

**Ducha y aseo diario:** Especialmente indispensable tras realizar ejercicio físico, acompañada del cambio frecuente de ropa.

**Higiene-bucodental:** Cepillado minucioso después de las comidas principales para prevenir caries y cuidar la salud de las encías.

**Cuidado e higiene menstrual:** Acompañar a las adolescentes en la elección y recambio oportuno de los productos menstruales, la limpieza suave de la zona genital externa (dirigiendo la esponja de delante hacia atrás para evitar infecciones urinarias) y la consulta al pediatra ante dolor severo o sangrados excesivos.

En el extremo opuesto a la falta de aseo, nos encontramos hoy con la sobreexposición a rutinas de belleza complejas en plataformas digitales. TikTok e Instagram viralizan rutinas faciales saturadas de sérums, exfoliantes químicos, ácidos y principios activos antienvejecimiento del todo innecesarios en pieles jóvenes.

Estudios sobre el contenido analizado en vídeos de menores en redes sociales señalan que las rutinas mostradas alcanzan una media de seis productos distintos, con presencia habitual de ingredientes potencialmente irritantes o sensibilizantes y, paradójicamente, una escasa presencia de fotoprotección solar.

Para mantener la salud cutánea en la adolescencia, la dermatología

recomienda huir de las rutinas recargadas. Una piel joven en desarrollo solo necesita tres pasos esenciales:

**Limpieza suave:** Un limpiador respetuoso que retire la grasa sobrante sin dañar la barrera cutánea.

**Hidratación ligera:** Ajustada a las necesidades reales de su tipo de piel y empleada sólo si es preciso.

**Protección solar diaria:** El paso fotoprotector clave para prevenir el daño cutáneo acumulativo.

Simplificar la rutina no solo previene dermatitis e irritaciones, sino que disminuye la exposición a fragancias, alérgenos y sustancias sintéticas con posible actividad endocrina.

**SUEÑO, MOVIMIENTO Y POSTURA**

Con la pubertad, el reloj circadiano tiende a retrasarse. Los adolescentes sienten sueño más tarde, aunque la sociedad les obliga a madrugar. Entre los 13 y los 18 años, necesitan habitualmente ocho a diez horas de sueño; entre los 6 y los 12, nueve a doce [6]. Para contrarrestar el retraso circadiano y favorecer un descanso de calidad en casa, es fundamental consolidar rutinas predecibles: una hora de levantarse estable, luz natural, actividad durante el día, ausencia de cafeína por la tarde y una rutina tranquila al final de la jornada. Conviene reducir las pantallas durante las dos horas previas y cargar los móviles fuera del dormitorio. Ronquido habitual, pausas respiratorias, insomnio persistente o somnolencia diurna marcada merecen valoración.

La OMS recomienda al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa entre los 5 y los 17 años, con actividades que fortalezcan músculos y huesos al menos tres días por semana [7]. El entrenamiento de fuerza no frena el crecimiento cuando se enseña bien, se utilizan cargas progresivas y existe supervisión. Deben evitarse cargas máximas, movimientos balísticos y retos entre amigos [8]. Sentarse encorvado puede provocar dolor, pero no es la causa habitual de una escoliosis estructural. Hay que alternar posturas, ajustar mesa y pantalla y consultar ante asimetrías de hombros, escápulas, cintura o costillas.

# HÁBITOS
# PARA MANTENER SU SALUD

## SALUD MENTAL Y VIDA DIGITAL

La salud mental forma parte de la salud. La OMS estima que aproximadamente uno de cada siete adolescentes presenta un trastorno mental [9]. Los cambios de humor ocasionales son esperables, pero no debemos atribuirlo todo a la edad. Tristeza o irritabilidad persistentes, aislamiento, pérdida de interés, descenso brusco del rendimiento, crisis de ansiedad, consumo de sustancias, autolesiones o comentarios sobre no querer vivir son señales de alarma.

Las redes pueden amplificar la comparación, el ciberacoso y la exposición repetida a dietas extremas, cuerpos idealizados o contenido lesivo. La educación digital debe incluir conversaciones sobre lo que ven, privacidad, tiempos sin móvil y cómo bloquear, denunciar y pedir ayuda. Las normas funcionan mejor cuando son transparentes, se adaptan a la edad y los adultos también las cumplen [10]. Ante autolesiones, ideas de muerte o un plan suicida, no se debe dejar solo al adolescente. En España puede llamarse al 024 y, ante una emergencia inmediata, al 112.

## PUBERTAD, SEGURIDAD Y SEXUALIDAD

Los padres pueden detectar cambios que justifican una consulta: desarrollo mamario antes de los ocho años, aumento testicular antes de los nueve, ausencia de signos puberales alrededor de los trece años en niñas o de los catorce en niños, falta de menstruación a los quince años, progresión muy rápida o detención del crecimiento. Observar no significa inspeccionar ni comparar; significa ofrecer información y respetar la intimidad.

Cuidar la salud también incluye prevenir lesiones y consumos. En bicicleta y patinete, deben usar casco, respetar las normas locales y evitar auriculares que los aíslen del tráfico. El vapeo no es vapor de agua: suele contener nicotina y su aerosol puede incluir sustancias perjudiciales. La conversación debe empezar antes de encontrar un dispositivo y, si ya existe consumo, conviene ofrecer ayuda profesional en lugar de limitarse al castigo [11]. En menores, el mensaje más seguro respecto al alcohol es no consumir. También es útil pactar que, si una noche se encuentran en peligro, pueden llamar para que vayamos a buscarlos; las consecuencias se hablarán después, cuando estén a salvo.

La educación sexual no comienza en la pubertad; se construye desde los primeros años de vida al nombrar las partes del cuerpo por su nombre anatómico real, enseñar el concepto de intimidad y afianzar la noción de consentimiento.

# HÁBITOS
# PARA MANTENER SU SALUD

Responder a las preguntas infantiles de forma directa y sin ridiculizar sienta las bases de un entorno seguro donde el niño aprende que puede acudir a sus padres ante cualquier duda o inquietud.

Al llegar a la adolescencia, la información debe adaptarse a sus nuevas vivencias y curiosidades, abarcando una visión rigurosa e integral:

**Anticoncepción y prevención:** Explicar el funcionamiento de los métodos anticonceptivos, haciendo un énfasis especial en el preservativo como el único método de barrera que previene simultáneamente los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual.

**Salud sexual:** Ofrecer información clara sobre la prevención de infecciones muy prevalentes en jóvenes, como la clamidia, la gonorrea, el virus del papiloma humano, el herpes genital o el VIH.

Mundo digital y relaciones: Abordar con criterio los riesgos del entorno digital, incluyendo el impacto del consumo de pornografía en su percepción del sexo, la práctica del sexting, la violencia digital y el acoso dentro de las parejas adolescentes.

## ACOMPAÑAR MIENTRAS APRENDEN A CUIDARSE

Ninguna familia cumple todas las recomendaciones cada día. La meta es construir un entorno en el que la opción saludable sea posible y pedir ayuda no dé miedo. Los límites deben ser pocos, claros y revisables conforme aumenta la autonomía. Comer juntos, conocer sus amistades y aplicaciones, compartir actividad física y reservar momentos sin pantallas aporta una información que ningún control parental puede sustituir. Los adultos no se forman por generación espontánea: se construyen durante años, con rutinas imperfectas, conversaciones incómodas y adultos que siguen cerca sin invadir.

## BIBLIOGRAFIA

**1.** Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. **https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health**

**2.** Arafa A, Yasui Y, Kokubo Y, et al. Lifestyle behaviors of childhood and adolescence. Am J Lifestyle Med. 2024. doi:10.1177/15598276241245941.

**3.** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones dietéticas para menores. **https://www.aesan.gob.es/nutricion/recomendaciones-dieteticas/menores**
**4.** Hales M, Rigali S, Lagu T, et al. Pediatric skin care regimens on TikTok. Pediatrics. 2025;156(1):e2024070309. doi:10.1542/peds.2024-070309.
**5.** World Health Organization, United Nations Environment Programme. State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012. Geneva: WHO; 2013.
**6.** Centers for Disease Control and Prevention. About sleep. **https://www.cdc.gov/sleep/about/**
**7.** World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
**8.** American Academy of Pediatrics. Strength training. **https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/sports/Pages/Strength-Training.aspx**
**9.** Organización Mundial de la Salud. La salud mental de los adolescentes. **https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health**
**10.** Asociación Española de Pediatría. Plan Digital Familiar. **https://plandigitalfamiliar.aeped.es/**
**11.** Centers for Disease Control and Prevention. Protecting youth from the harms of vaping. **https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/protecting-youth.html**
**12.** Organización Mundial de la Salud. Educación sexual integral. **https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/comprehensive-sexuality-education**

**RECURSOS DE INTERÉS EN INTERNET**

**EnFamilia de la Asociación Española de Pediatría**. Información para familias sobre crecimiento, pubertad, sueño y prevención. **https://enfamilia.aeped.es/**

**Plan Digital Familiar de la Asociación Española de Pediatría.** Herramienta para acordar normas sobre pantallas y dispositivos.
**https://plandigitalfamiliar.aeped.es/**

**Plan Nacional sobre Drogas.** Información oficial sobre alcohol y otras sustancias.
**https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm**

**Línea 024 del Ministerio de Sanidad.** Atención a personas con ideación o conducta suicida y a sus familiares. **https://www.sanidad.gob.es/linea024/**

# ADOLESCENTES EN RIESGO: UNA VISIÓN DESDE CUATRO PERFILES

*Dra. María Tasso Cereceda*

## I.- INTRODUCCIÓN: EL PANORAMA ACTUAL

El cáncer es una patología poco frecuente en la infancia y la adolescencia, con una relevancia sanitaria desproporcionadamente alta, que constituye una de las principales causas de fallecimiento por enfermedad en este grupo de edad. Según los datos del último informe del RETI-SEHOP (1980-2025) (1), cada año enferman de cáncer en España unos 1.100 niños y adolescentes, con una tasa de incidencia de 155,5 casos por millón en menores de 15 años. Si ampliamos el foco a los adolescentes de 15 a 19 años, aunque el registro es menos exhaustivo, se estiman alrededor de 580 nuevos casos anuales adicionales en España.

La buena noticia es que, gracias a los avances en oncología pediátrica y al tratamiento especializado en unidades acreditadas, la supervivencia global a cinco años se acerca al 85%, aunque existen importantes diferencias según el tipo de tumor. Cada vez son más, por tanto, los niños y adolescentes que superan un cáncer y llegan a la edad adulta.

Pero hay otro dato que merece nuestra atención. En los últimos años se ha observado en diferentes países, un aumento de la incidencia de ciertos tipos de cáncer en adultos jóvenes, entre ellos el cáncer colorrectal, de mama, de tiroides, de riñón y de endometrio, así como algunas leucemias (2). Estos datos son heterogéneos y sus causas no están bien establecidas, pero han generado un creciente interés por la prevención y por los factores de riesgo que actúan desde edades tempranas.

**La prevención del cáncer es posible.** La OMS estima que entre un 30 y un 50% de los casos de cáncer son atribuibles a factores de riesgo modificables y, por tanto, potencialmente prevenibles mediante la reducción o eliminación de estos factores y la aplicación de medidas preventivas eficaces (3,4). Entre ellas se encuentran evitar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol, mantener un peso saludable, realizar actividad física, protegerse frente a la radiación ultravioleta y vacunarse frente a infecciones con potencial cancerígeno como el virus del papiloma humano (VPH) y el virus de la hepatitis B.

La adolescencia es, por tanto, una etapa especialmente importante para la prevención: algunos hábitos y exposiciones relevantes para el riesgo de cáncer comienzan o se consolidan durante estos años, mientras que otras medidas preventivas, como la vacunación frente al VPH, tienen su máxima eficacia antes de la exposición al virus.

# ADOLESCENTES EN RIESGO: UNA VISIÓN DESDE CUATRO PERFILES

## II. LA ADOLESCENCIA: UNA ETAPA PARTICULAR

La adolescencia es un periodo de profunda transformación que implica, además de importantes cambios físicos, la necesidad de **construir la propia identidad, identificarse con sus pares y avanzar hacia una mayor autonomía**. En esta etapa, el adolescente aprende a relacionarse de una manera nueva con su cuerpo, con la sexualidad, con el riesgo y también con sus padres.

Muchas de las conductas que aparecen o se consolidan durante estos años están estrechamente ligadas a este proceso de crecimiento y exploración. Algunas pueden preocupar a los adultos, pero comprender qué hay detrás de ellas permite interpretarlas desde una perspectiva más amplia y acompañar al adolescente sin perder de vista que forman parte de su desarrollo como persona.

Esta necesidad de explorar, asumir riesgos, ganar autonomía y construir una identidad propia adquiere una dimensión particular cuando aparece una enfermedad grave como el cáncer. El diagnóstico irrumpe en un momento en el que el adolescente está precisamente intentando tomar las riendas de su vida y puede afectar a aspectos centrales de este proceso: la relación con el propio cuerpo, la autonomía, los vínculos con los iguales y la percepción del futuro.

Por eso, acompañar a un adolescente que se encuentra en una situación relacionada con el cáncer requiere comprender primero qué significa ser adolescente y cómo se sitúa ante aquello que percibe como un riesgo o una amenaza, ya sea para sí mismo o para alguien cercano.

**En la adolescencia cambia la relación con…**

| | |
|---|---|
| **El cuerpo** | *Imagen corporal e identidad* |
| **Los iguales** | *Pertenencia y reconocimiento* |
| **El riesgo** | *Exploración y percepción del límite* |
| **Los padres** | *Autonomía y negociación* |
| **El futuro** | *Proyectos y toma de decisiones* |

# ADOLESCENTES EN RIESGO: UNA VISIÓN DESDE CUATRO PERFILES

## III. ADOLESCENTES ANTE EL CÁNCER: CUATRO PERFILES.

### 1. El adolescente sano. Prevenir antes de enfermar.

La mayoría de los adolescentes con los que convivimos están sanos. El cáncer no forma parte de su vida cotidiana y, probablemente, tampoco de sus preocupaciones. Sin embargo, durante la adolescencia comienzan o se consolidan algunas exposiciones y conductas que pueden contribuir al desarrollo de cáncer a lo largo de la vida. Prevenir no significa vivir pensando en el cáncer, sino adoptar desde ahora hábitos y medidas capaces de reducir ese riesgo.

#### ¿QUÉ PUEDO HACER PARA REDUCIR MI RIESGO?

a) Infecciones que pueden causar cáncer.

Ciertas infecciones adquiridas durante la juventud pueden incrementar el riesgo de desarrollar determinados cánceres a lo largo de la vida. Las más destacables son:

- **Virus del Papiloma Humano (VPH):** El VPH es una infección de transmisión sexual muy frecuente. La mayoría de las infecciones desaparecen espontáneamente, pero la infección persistente por determinados tipos de alto riesgo oncogénico puede producir lesiones precancerosas y, con el tiempo, cáncer. El VPH está relacionado con prácticamente todos los casos de cáncer de cuello uterino y también con otros cánceres anogenitales y de cabeza y cuello (5).

    - **La prevención:** la vacunación frente al VPH es una de las medidas más eficaces para prevenir el cáncer de cuello uterino y otros cánceres relacionados con este virus. Su mayor beneficio se obtiene cuando se administra antes de la exposición al virus. La AEP recomienda la vacunación frente al VPH a partir de los 10 años, incluida en su calendario de vacunaciones e inmunizaciones de 2026 (6).

- **Hepatitis B y C:** La infección crónica por los virus de la hepatitis B y C puede producir cirrosis y aumentar el riesgo de cáncer de hígado (hepatocarcinoma).

    - **La prevención:** frente a la hepatitis B existe una vacuna eficaz, incluida en el calendario de vacunación infantil (6). En cambio, no hay vacuna frente a la hepatitis C; por ello, la prevención se basa en evitar exposiciones de riesgo, como compartir material para la inyección de

drogas, realizar tatuajes o procedimientos sin las debidas garantías sanitarias y adoptar medidas de protección en las relaciones sexuales, especialmente el preservativo, que ofrece una protección eficaz frente a muchas infecciones de transmisión sexual.

• Aunque actualmente existen tratamientos eficaces, especialmente frente a la hepatitis C, prevenir la infección sigue siendo la mejor estrategia para evitar sus complicaciones a largo plazo, incluido el cáncer hepático.

b) Estilo de vida: hábitos que protegen

La adquisición de hábitos saludables durante la adolescencia puede suponer una buena inversión a largo plazo por su contribución a proteger la salud.

- **Alimentación:** Una alimentación variada, basada en frutas y verduras, legumbres y otros alimentos poco procesados, contribuye a mantener un peso saludable y reduce el riesgo de algunas enfermedades crónicas. Se recomienda limitar el consumo de carnes procesadas y bebidas azucaradas.
- **Actividad física:** su práctica es beneficiosa para la salud cardiovascular y metabólica y ayuda a prevenir el exceso de peso. En adolescentes se recomienda realizar al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada o vigorosa, incorporando actividades de mayor intensidad y aquellas que fortalezcan músculos y huesos varios días a la semana.
- **Protección frente a la radiación ultravioleta** La exposición solar acumulada desde la infancia contribuye al riesgo de cáncer de piel. Es importante evitar las quemaduras solares, utilizar medidas de protección frente al sol y huir de las cabinas de bronceado, especialmente durante la adolescencia.
- **Tabaco y Vapeo:** El tabaco es uno de los principales factores de riesgo prevenibles de cáncer. En la adolescencia, evitar el inicio del consumo de tabaco y de productos con nicotina constituye una de las medidas preventivas más importantes. El vapeo no es inocuo y, además, puede favorecer la dependencia a la nicotina.
- **Alcohol y otras sustancias:** El consumo de alcohol y otras sustancias durante la adolescencia puede tener consecuencias inmediatas y a largo plazo sobre la salud, además de aumentar la probabilidad de situaciones de riesgo, como accidentes, problemas de salud mental, dependencia o conductas sexuales no protegidas.

Informar sobre estos riesgos y favorecer decisiones responsables forma parte también de la prevención.

Promover hábitos saludables no significa trasladar al adolescente toda la responsabilidad sobre su salud, sino proporcionarle información, ofrecerle un espacio adecuado para la comunicación y acompañarle para que vaya tomando decisiones cada vez más complejas, dentro de un entorno seguro.

**2. El adolescente enfermo de cáncer.**

**La experiencia de enfermar durante la adolescencia.**

El adolescente no deja de serlo porque tenga cáncer. La enfermedad aparece en una etapa en la que está construyendo su identidad, buscando autonomía, dando cada vez más importancia a sus iguales y aprendiendo a relacionarse con su cuerpo. El diagnóstico y el tratamiento irrumpen en todos estos procesos y pueden hacer que el adolescente se sienta diferente, dependiente y, en ocasiones, despojado del control sobre su propia vida.

**¿CÓMO VIVO CON ESTA LOSA?**

Por eso, además de tratar el cáncer, es importante proteger al adolescente de las consecuencias evitables de la propia enfermedad y su tratamiento. Mantener, siempre que sea posible, su relación con los amigos, los estudios, sus actividades preferidas, sus espacios de intimidad; cuidar su imagen corporal y su sexualidad; facilitar su participación en las decisiones y respetar su creciente autonomía son también formas de cuidado.

En esta etapa, los padres se enfrentan a una dificultad particular: proteger a su hijo sin sustituirlo. El miedo puede llevarlos a asumir el control de todo, precisamente cuando el adolescente necesita conservar parcelas de autonomía y sentirse protagonista de su propia vida. Acompañar no significa dejar de poner límites ni renunciar a proteger; significa adaptar esa protección a la edad, madurez y capacidades del adolescente, permitiendo que participe progresivamente en las decisiones que le afectan.

En el adolescente con cáncer, **prevenir también significa preservar.** Preservar su desarrollo, sus vínculos, su autonomía, su intimidad y, cuando sea posible, su proyecto de vida.

El tratamiento del cáncer durante la adolescencia puede tener además consecuencias que van más allá de la propia enfermedad. Algunas pueden ser transitorias y otras persistir después de finalizar el tratamiento: alteraciones

endocrinas, problemas de fertilidad, efectos cardiovasculares, neurocognitivos o sobre la salud ósea, entre otros. Conocer estos posibles efectos y anticiparse a ellos forma parte también de la prevención, mediante un seguimiento adecuado a largo plazo y estrategias terapéuticas que minimicen sus consecuencias.

Pero prevenir no significa únicamente evitar secuelas físicas. Significa también evitar que la enfermedad y el tratamiento ocupen todo el espacio de su vida. Mantener los vínculos, la escolarización, la intimidad, la actividad física adaptada y la posibilidad de seguir tomando decisiones son elementos que pueden ayudar a preservar su desarrollo durante la enfermedad.

Incluso durante el tratamiento, la prevención no se detiene: se adapta. La vacunación debe ajustarse al momento y a la situación inmunológica del paciente. Las vacunas de virus vivos están contraindicadas en periodos de inmunosupresión significativa, y las vacunas frente al VPH y la hepatitis B pueden generar una menor respuesta. Por tanto, resulta necesario individualizar el momento de administración y valorar posteriormente la protección alcanzada. En pacientes inmunodeprimidos la vacunación frente al VPH requiere una pauta de tres dosis (5), y es frecuente la necesidad de completar o repetir dosis vacunales una vez finalizadas las terapias inmunosupresoras.

**También es importante preservar una vida cotidiana lo más normalizada posible**. Las relaciones afectivas y sociales, incluida la sexualidad cuando el estado clínico lo permite, forman parte del desarrollo del adolescente y deben poder abordarse con naturalidad, en un entorno de comunicación y confianza, que permita incluso hablar de las medidas de protección adecuadas. Del mismo modo, el tabaco, el vapeo, el alcohol y otras sustancias siguen siendo riesgos evitables que conviene prevenir durante y después del tratamiento.

**Prevenir también es preservar**

| Preservar | ¿Cómo? |
|---|---|
| **Su desarrollo** | *Mantener, en lo posible, los estudios, las actividades, los intereses y una vida cotidiana normalizada.* |
| **Sus vínculos** | *Facilitar la relación con amigos, familia y entorno social.* |
| **Su autonomía** | *Darle una participación progresiva en las decisiones que le afectan, adaptando la protección a su edad, madurez y capacidades.* |
| **Su intimidad y sexualidad** | *Cuidar su privacidad, su imagen corporal y ofrecer un espacio donde pueda hablar con naturalidad.* |
| **Su salud futura** | *Anticipar y reducir las posibles secuelas del tratamiento mediante estrategias preventivas y seguimiento a largo plazo.* |
| **Sus oportunidades de prevención** | *Adaptar la vacunación y otras medidas preventivas a su situación clínica e inmunológica.* |
| **Su salud y sus hábitos** | *Informar sobre los riesgos y acompañarle en la adquisición de hábitos saludables, sin trasladarle toda la responsabilidad.* |

### 3. El adolescente superviviente de un cáncer pediátrico.

### Vivir después del cáncer.

El final del tratamiento supone un momento esperado y deseado, pero no siempre significa que todo vuelva a ser como antes. Algunos adolescentes pueden presentar efectos tardíos relacionados con la enfermedad o con sus tratamientos, que pueden afectar, entre otros ámbitos, a la función endocrina, la fertilidad, la salud cardiovascular y ósea, las funciones cognitivas o el riesgo de desarrollar segundos tumores (7). Por ello, el seguimiento a largo plazo forma parte de la atención al superviviente y permite detectar y tratar precozmente estas posibles consecuencias.

#### ¿Y AHORA QUÉ?

Las medidas preventivas generales —alimentación equilibrada, ejercicio físico, evitar tabaco, alcohol y otras sustancias, protección solar, vacunación y sexualidad segura— siguen siendo aplicables al superviviente, aunque pueden adquirir especial importancia cuando existen factores de riesgo relacionados con el tratamiento recibido.

Y no debe olvidarse otra dimensión: **el adolescente que ha terminado su tratamiento puede querer dejar atrás la etiqueta de "paciente"**. Después de haber vivido durante meses o años rodeado de médicos, pruebas y goteros, puede desear recuperar una vida lo más próxima posible a la de sus iguales. Quizá no quiera hablar de su cáncer, esté cansado de las revisiones o rechace que sus padres lo sigan considerando frágil o diferente.

Para los padres, esta transición puede ser difícil. Acompañar al superviviente implica encontrar un equilibrio entre mantener la vigilancia necesaria y permitirle recuperar progresivamente el control de su vida. No se trata de olvidar el cáncer, sino de conseguir que deje de ocupar el centro de su identidad.

**Vivir después del cáncer**

| Necesidad | ¿Qué implica? |
|---|---|
| **Cuidar su salud futura** | Mantener el seguimiento a largo plazo y anticipar posibles efectos tardíos. |
| **Mantener la prevención** | Continuar con hábitos saludables y medidas preventivas, adaptándolos a los riesgos derivados del tratamiento. |
| **Recuperar su vida** | Favorecer progresivamente su autonomía y ayudarle a dejar atrás el papel de paciente, sin perder la vigilancia necesaria. |

**4. El adolescente portador de un síndrome de predisposición. Vivir con un riesgo conocido.**

Tener una predisposición genética al cáncer **no equivale a adquirir la enfermedad ni implica necesariamente que esta llegue a desarrollarse**. Supone conocer la existencia de un riesgo superior al de la población general para determinados tumores, cuya magnitud y características dependen del síndrome y de la alteración genética implicada.

### ¿QUÉ HAGO CON MI INCERTIDUMBRE?

En estos adolescentes, la prevención adquiere un significado diferente. El objetivo no es evitar por completo que aparezca un cáncer —algo que no siempre es posible—, sino reducir el riesgo cuando existen medidas eficaces y, sobre todo, favorecer su detección precoz para aumentar las posibilidades de curación. Por ello, algunos síndromes requieren programas específicos de vigilancia desde la infancia o la adolescencia, adaptados al riesgo individual.

Este seguimiento constituye una parte esencial de la prevención. Puede incluir controles clínicos periódicos y determinadas pruebas, según el riesgo específico, minimizando en la medida de lo posible la exposición a radiaciones ionizantes.

Pero vivir con una predisposición no es únicamente una cuestión de vigilancia médica. **El riesgo puede interferir en el desarrollo de la identidad del adolescente**. Algunos síndromes, como Li-Fraumeni, no asocian manifestaciones físicas, mientras que otros, como la neurofibromatosis tipo 1, pueden presentar alteraciones fenotípicas capaces de afectar a la percepción que el adolescente tiene de su propia imagen corporal.

En una etapa en la que la aceptación por los iguales, el cuerpo, la sexualidad y el deseo de establecer relaciones adquieren una importancia creciente, estas diferencias cobran especial relevancia. El miedo a no ser aceptado, a no resultar atractivo o a no poder formar una familia puede estar presente incluso cuando el riesgo oncológico no es la preocupación que se expresa de forma explícita.

No se trata aquí de ocultarle el riesgo con la intención de protegerlo ni de hacerle responsable de gestionarlo, sino de ir proporcionándole, de acuerdo con su madurez, la información necesaria para comprender las pruebas y decisiones que le afectan.

La información sobre fertilidad, proyecto familiar y riesgo de transmisión a la descendencia deberá abordarse cuando el adolescente lo demande y según su necesidad, procurando resolver dudas con honradez y sensibilidad, y evitando que el conocimiento del riesgo haga tambalear sus expectativas de futuro.

En el momento oportuno, contará con asesoramiento genético personalizado,

que incluirá tanto las opciones para reducir el riesgo de transmisión, como aquellas que puedan contribuir a hacer realidad el proyecto vital deseado.

Todo ello forma parte de la atención personalizada que estos jóvenes con predisposición genética se merecen.

Para los padres, probablemente esta sea una de las situaciones más difíciles: proteger sin transmitir miedo, vigilar sin convertir cada síntoma en una amenaza y acompañar sin hacer que el riesgo genético se convierta en parte de la identidad del adolescente.

En este contexto, prevenir significa también aprender a vivir con la incertidumbre sin permitir que el riesgo ocupe un lugar central en la vida del aadoescente.

**IV. EL PAPEL DE LOS PADRES: CONOCER A "TU" ADOLESCENTE.**

La adolescencia supone una progresiva transferencia de responsabilidad desde los padres hacia el propio adolescente. Cuando aparece el cáncer —o existe un riesgo aumentado de padecerlo— este proceso puede resultar especialmente difícil. El miedo y el deseo de proteger pueden llevar a los padres a aumentar el control precisamente cuando el adolescente necesita desarrollar su autonomía.

El papel de los padres, sin embargo, no desaparece: se transforma.

En el adolescente sano, consiste en proporcionar un entorno que facilite hábitos saludables, establecer límites y acompañar la adquisición de autonomía.

Durante la enfermedad, implica proteger sin sustituir al adolescente y favorecer su participación en las decisiones que le afectan.

En el superviviente, supone mantener la vigilancia necesaria sin perpetuar innecesariamente la condición de paciente.

Y ante una predisposición genética, significa informar y acompañar sin permitir que el riesgo ocupe un lugar central en la vida.

En todos los casos, **acompañar no significa controlar**. Significa estar disponible, proporcionar información adaptada a la edad y madurez, ayudar a valorar los riesgos y respetar su creciente capacidad para la toma de decisiones.

La prevención, por tanto, no consiste únicamente en evitar una enfermedad. También consiste en **proteger aquello que permite al adolescente seguir desarrollándose y construyendo su propia vida: su autonomía, su identidad, sus relaciones y su proyecto de futuro**.

Quizá sea esta una de las tareas más difíciles de la parentalidad durante esta etapa: saber cuándo proteger, cuándo poner límites y cuándo dejar espacio para que el adolescente vaya adquiriendo un papel cada vez más activo en el cuidado de su salud.

# ADOLESCENTES EN RIESGO: UNA VISIÓN DESDE CUATRO PERFILES

No existe una fórmula mágica para acompañar a un adolescente. Conocerlo, escuchar lo que necesita y adaptarse a su momento vital es, sin duda, uno de los mayores retos y uno de los mejores regalos que unos padres pueden ofrecerle. Un acompañamiento que, probablemente, dejará huella.

Y quizá no haya mejor aforismo para resumirlo: *«Quiéreme cuando menos lo merezca, porque será cuando más lo necesite».*

**BIBLIOGRAFIA**


**1.** Cañete Nieto A, Pardo Romaguera E, Alfonso Comos P, et al. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2025 [Internet]. Valencia: Universitat de València; 2025. Disponible en: Informe RETI-SEHOP 1980-2025.

**2.** Berrington de Gonzalez A, Brayley M, Frost R, et al. Trends in cancer incidence in younger and older adults: an international comparative analysis. Preprint. medRxiv. 2025;2025.08.04.25332933. Published 2025 Aug 6. doi:10.1101/2025.08.04.25332933

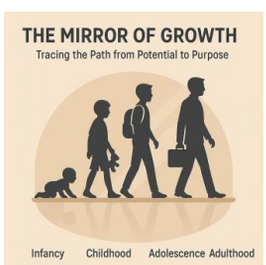
**3.** ink H, Langselius O, Vignat J, Rumgay H, Rehm J, Martinez RX, et al. Global and regional cancer burden attributable to modifiable risk factors to inform prevention. Nat Med. 2026. doi:10.1038/s41591-026-04219-7.

**4.** World Health Organization; International Agency for Research on Cancer. Four in ten cancer cases could be prevented globally [Internet]. Geneva/Lyon: WHO/IARC; 2026 Feb 3. Disponible en: **https://www.who.int/es/news/item/03-02-2026-four-in-ten-cancer-cases-could-be-prevented-globally**

**5.** World Health Organization. Human papillomavirus and cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026. Disponible en: **https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer**

**6.** Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones. Calendario de vacunaciones e inmunizaciones de la AEP 2026 para niños y adolescentes de 2 a 17 años [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2025 dic 23. Disponible en: **https://static.aeped.es/De_2_a_17_anos_Calendario_CAV_AEP_2026_para_familias_7bcc175c7d.pdf**

**7.** Children's Oncology Group. Long-Term Follow-Up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent and Young Adult Cancers. Version 6.0. Monrovia, CA: Children's Oncology Group; 2023 Oct. Disponible en: **https://www.survivorshipguidelines.org/pdf/2023/COG_LTFU_Guidelines_Comprehensive_v6.pdf**

# DISFRUTAR DE LA SEXUALIDAD SIN RIESGOS AÑADIDOS

***Dra. Mª Ángeles Gómez Martínez***

La adolescencia es la época de transición de la infancia a la edad adulta en la que se producen grandes cambios.

Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno.

El inicio de las relaciones sexuales coitales se produce durante la adolescencia. En febrero de 2026 el Ministerio de Sanidad presentó los resultados del módulo de conducta sexual adolescente del Estudio HBSC-2022 en España (Health Behaviour in School-aged Children), que analiza los comportamientos sexuales de jóvenes escolarizados/as de entre 15 y 18 años. Este análisis, enmarcado en el proyecto internacional promovido por la Organización Mundial de la Salud, permite conocer la evolución de indicadores clave desde 2002.

El informe revela que, ya en 2022, un tercio de los adolescentes de 15 a 18 años había mantenido relaciones sexuales coitales (el 34,8%), con escasas diferencias entre chicos (34,3%) y chicas (35,2%). Sin embargo, la edad influye de forma clara: el 20,7% de los jóvenes de 15-16 años había tenido relaciones sexuales, frente al 48,5% en el grupo de 17-18 años.

En el año 2024, la edad media de inicio de relaciones sexuales coitales entre las mujeres de 15 a 19 años fue de 16,3 años según los datos de la Encuesta de Anticoncepción en España publicada por la Sociedad Española de Contracepción. Para crecer y desarrollarse sanamente, los adolescentes necesitan información, en particular una educación integral acerca de la sexualidad que sea apropiada para su edad. Es fundamental que la sexualidad la vivan sin imposiciones y sin correr riesgos.

**¿Cuáles son los riesgos?**

**1. Embarazos no deseados.**

Los embarazos no deseados pueden finalizar en interrupciones voluntarias del embarazo cuya tasa no deja de aumentar en todos los grupos de edad.

# DISFRUTAR DE LA SEXUALIDAD SIN RIESGOS AÑADIDOS

Los últimos datos publicados en España acerca de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) son del año 2024. El 1 de octubre de 2025 el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, publicó el informe definitivo sobre las interrupciones voluntarias del embarazo correspondientes a ese año. Según los datos recopilados, se practicaron 106.172 interrupciones dentro de los supuestos establecidos en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, y en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

Este total supone un incremento de 3.075 casos respecto al año 2023, lo que representa un aumento del 2,98%. La tasa de IVE por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años aumentó hasta situarse en 12,36 frente al 12,22 registrado en el ejercicio anterior.

En las mujeres menores de 20 años también se observó un cambio destacado: se contabilizaron 11.699 interrupciones en 2024, frente a las 10.934 de 2023, lo que supone 765 casos más (+6,99%). Además, su peso relativo sobre el total de IVE aumentó del 9,14% al 11,01%. Esto significa que, aunque la tasa de incidencia en este grupo no fue la que más creció, sí se produjo un incremento relevante en el número global de casos y en su proporción sobre el total nacional.

La distribución porcentual por edad indica que el 10,68% de las interrupciones voluntarias de embarazo correspondieron al grupo de 15 a 19 años.

El informe además refleja que el 49,14% del total de las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado que finalizó en una interrupción voluntaria del embarazo no empleaban métodos anticonceptivos en el momento de la concepción.

En la Comunidad Valenciana los últimos datos publicados son los correspondientes al año 2025. Se registraron 10.612 interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes en la Comunidad Valenciana. La tasa general fue de 11,0 por cada mil mujeres entre 15 y 44 años lo que equivale a una IVE por cada 100 mujeres. En el caso de las adolescentes entre 15 a 19 años la tasa fue de 8,0 por mil.

El 51,2% del total de mujeres que solicitaron una IVE no utilizaban métodos anticonceptivos.

**2. Infecciones de transmisión sexual.**

En el informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España 2024 (actualizado el 30 de junio de 2025), el grupo de adolescentes de hasta 20 años representa un porcentaje muy bajo del total de nuevos diagnósticos de VIH anuales en España (generalmente inferior al 3%), siendo la principal vía de contagio la sexual.

Aunque los nuevos diagnósticos de VIH en menores de 20 años se mantienen estables o con ligeras tendencias descendentes en la última década, esto contrasta drásticamente con otras Infecciones de Transmisión Sexual (como clamidia, gonorrea o sífilis), que sí están sufriendo un fuerte repunte en este rango de edad.

Según los datos elaborados a partir del análisis de la evolución epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en España realizado por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), se muestra una tendencia ascendente sostenida desde comienzos de la década de 2000 y que en 2024 alcanzó uno de sus niveles más elevados notificándose más de 93.000 casos de las cuatro ITS principales sometidas a vigilancia que son: infección gonocócica, infección por Chlamydia trachomatis, sífilis y linfogranuloma venéreo.

La mayoría de los diagnósticos se producen en adultos jóvenes, con una afectación superior en hombres que en mujeres en todas las ITS, a excepción de la clamidia, donde la proporción de mujeres menores de 25 años es elevada.

Por tanto, las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud cada vez más presente, especialmente entre la población joven. En los últimos años, han aumentado los casos tanto en Europa como en España, en un contexto en el que las relaciones sexuales comienzan a edades más tempranas.

La percepción del riesgo de contagio en las relaciones sexuales no protegidas sigue siendo bajo, lo que puede favorecer conductas sexuales de riesgo.

# DISFRUTAR DE LA SEXUALIDAD SIN RIESGOS AÑADIDOS

**¿Qué podemos hacer para evitar o disminuir los riesgos?**

Es necesario reforzar las políticas de educación afectivo-sexual y garantizar la accesibilidad a los distintos métodos anticonceptivos.

Es especialmente importante en el caso de los jóvenes el llamado doble método que consiste en el uso simultáneo de un método anticonceptivo de alta eficacia junto con el preservativo masculino o femenino. Con ello conseguimos la prevención de un embarazo no deseado y también una elevada protección frente a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y SIDA.

Según los datos de la Encuesta de Anticoncepción en España de 2024 sobre los hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos realizada por la Sociedad Española de Contracepción, el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado en todas las edades pero cabe preguntarse si se utiliza bien dadas las cifras de interrupciones voluntarias de embarazos y de infecciones de transmisión sexual. La píldora es el segundo método anticonceptivo elegido por las mujeres españolas.

El 40% de las mujeres encuestadas entre 15 y 19 años afirmaron utilizar el preservativo. El 63% lo utilizaba de forma consistente, es decir, en todas las relaciones sexuales. El 36,4% afirmó que en ocasiones no lo utilizaban.

También se les preguntó por el uso correcto del mismo, es decir, desde el inicio de la penetración. El 67,4% lo utilizaban de manera correcta y un 30,2% relataron que lo utilizan después de que la relación ya se hubiera iniciado.

Los datos de uso consistente del preservativo son bastante estables en términos de edad. Las variables en las que se observa mayores diferencias en todas las edades son las relativas a la nacionalidad y el nivel de ingresos. En este sentido, el uso no consistente alcanza el 58,3% entre las mujeres de nacionalidad extranjera, y el 44,7% en las que cuentan con un nivel de ingresos familiares medio bajo.

El 35,6% de las mujeres que realizaron un uso inconsistente del preservativo justificaron ese comportamiento por el hecho mantener relaciones imprevistas ante las cuales no disponían del mismo. En el 21,3% de situaciones la no utilización de preservativo se justificó por no querer interrumpir la relación para ponérselo. En un 15,3% de los casos se dejó de utilizar porque se consideró que se pierde sensibilidad durante la relación. El 7% no lo utilizó por el estado de euforia por

consumo de alcohol/drogas. Llama la atención, aunque es un porcentaje del 2,5%, las que refirieron no utilizarlo si su pareja no quiere.

En cuanto al uso del doble método, el 6,7% afirmó que lo utilizaba siempre o casi siempre frente al 58,3% que lo utilizaba de vez en cuando, casi nunca o nunca.

La píldora anticonceptiva la utilizan el 21,7% de las jóvenes de 15 a 19 años.

Los métodos anticonceptivos hormonales son los métodos más efectivos pero su uso se ve condicionado por una hormonofobia creciente. Las mujeres tienen miedo al uso de hormonas sobre todo basándose en mitos e informaciones erróneas. En los últimos años estamos asistiendo a una disminución de las tasas de prescripción y consumo de anticonceptivos hormonales en varios países. Deberíamos ser los profesionales sanitarios los que contrarrestáramos esta hormonofobia facilitando una información rigurosa y veraz.

**Conclusiones**

- Reforzar las políticas de educación afectivo-sexual.
- Garantizar la accesibilidad a los distintos métodos anticonceptivos.
- Aumentar el uso de métodos anticonceptivos efectivos.
- Promover el uso del doble método haciendo hincapié en el uso correcto y consistente del preservativo.
- Informar de riesgos asociados a la no utilización de métodos anticonceptivos.

**BIBLIOGRAFIA**

- Moreno C, Rivera F, Sánchez-Queija, I et al. La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2022: estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional. Informe divulgativo de los resultados más significativos obtenidos. Ministerio de Sanidad, 2025.

- Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2024. Ministerio de Sanidad,2025.

- Informe del Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo de la Comunitat Valenciana, 2025. Subdirección General de Epidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública. Valencia, julio 2026.

• Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2025.

• Encuesta de Anticoncepción en España. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. Sociedad Española de Contracepción, 2024.

**https://enanticoncepcionvivetuvida.es**

# INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA: BENEFICIOS, RIESGOS Y RESTOS PARA LA SALUD PÚBLICA

*Dra. María Salmerón Ruiz*

## 1. Introducción: una tecnología que se incorpora a una etapa clave del desarrollo

La inteligencia artificial generativa (IAG) está cada vez más presente en la vida de niños y adolescentes, que pueden utilizarla para estudiar, crear contenidos, buscar información o conversar sobre cuestiones personales. Aunque estas herramientas ofrecen oportunidades, su capacidad técnica no demuestra por sí misma que aporten beneficios reales al aprendizaje, la salud o el desarrollo.

Su rápida incorporación también plantea riesgos, algunos compartidos con otros entornos digitales y otros específicos de los sistemas conversacionales, como la confianza excesiva en sus respuestas o el establecimiento de vínculos emocionales con determinados chatbots. Estas cuestiones merecen especial atención durante la adolescencia, una etapa clave para el desarrollo de la autonomía, la identidad, el pensamiento crítico y las relaciones interpersonales.

Desde una perspectiva de salud pública, es necesario evaluar los beneficios y vigilar los posibles daños, sin esperar siempre a disponer de pruebas causales definitivas para adoptar medidas preventivas proporcionadas. El objetivo es favorecer las aplicaciones que demuestren un valor real, garantizar que su uso respete la salud y el desarrollo de los menores y limitar aquellas en las que se identifiquen riesgos relevantes.

## 2. ¿Qué es la inteligencia artificial generativa?

La inteligencia artificial generativa es un conjunto de sistemas capaces de producir contenido nuevo a partir de patrones aprendidos durante su entrenamiento. Entre sus aplicaciones se encuentran los modelos que generan textos, imágenes, música, vídeos o respuestas en lenguaje natural.

Los chatbots son una de las formas más visibles de interacción con estos sistemas. Permiten plantear preguntas, mantener conversaciones y recibir respuestas que pueden parecer personalizadas. Algunos están diseñados para ayudar en tareas concretas; otros adoptan una función de acompañamiento, entretenimiento o simulación de relaciones sociales.

Es importante comprender algunas características de su funcionamiento:

- Una respuesta fluida no garantiza que sea correcta. El sistema puede ofrecer información errónea, incompleta o desactualizada con un tono convincente.
- Una respuesta empática no equivale a comprensión humana. La IA puede generar mensajes que parecen mostrar empatía, pero esto no

implica que experimente emociones o comprenda la situación como lo haría una persona.
- La personalización no garantiza que la respuesta sea adecuada. Un mensaje adaptado a la conversación puede seguir siendo incorrecto o poco apropiado para la edad y las circunstancias del usuario.
- La disponibilidad permanente puede influir en los hábitos de uso. Un sistema que responde en cualquier momento puede resultar cómodo, aunque también conviene valorar qué lugar ocupa frente a otras actividades y fuentes de apoyo.

Estas características hacen necesario enseñar a interpretar las respuestas de la IA de forma crítica y a conocer sus limitaciones.

## 3. ¿Para qué utilizan la inteligencia artificial los niños y adolescentes?

Los usos de la IA generativa varían según la edad, la madurez y las necesidades de cada adolescente.

### Aprendizaje y tareas escolares

Puede explicar conceptos, resumir textos y proponer ejercicios. Sin embargo, obtener una respuesta no equivale a aprender: si la IA hace la tarea, el alumno deja de practicar habilidades como razonar, escribir y resolver problemas.

### Creatividad y producción de contenidos

Permite generar ideas, textos e imágenes. Su valor depende de si impulsa la creatividad del adolescente o sustituye su propia iniciativa.

### Búsqueda de información y resolución de dudas

Facilita el acceso a información, pero puede ofrecer respuestas incorrectas o presentar como ciertos datos que no lo son. En temas de salud, sexualidad o bienestar emocional, es fundamental contrastar la información y acudir a profesionales cuando sea necesario.

### Compañía y apoyo emocional

Los adolescentes recurren a chatbots para hablar de sus preocupaciones o sentirse escuchados. Sin embargo, esa sensación no garantiza un beneficio emocional. La IA no debería sustituir el vínculo humano ni la atención que necesita un adolescente.

Si un adolescente encuentra en una IA el apoyo emocional que no encuentra en las personas, conviene explorar qué necesidades no están siendo atendidas, comprender qué busca en estas interacciones y reforzar sus vínculos y apoyos reales.

**4. ¿Qué diferencia hay entre un chatbot clásico y uno generativo?**

Los chatbots tradicionales suelen funcionar mediante reglas, menús o respuestas previamente definidas. Los sistemas generativos pueden producir respuestas nuevas y adaptar la conversación al contexto, lo que permite interacciones más flexibles y naturales.

Esta fluidez puede hacer creer al usuario que la IA le conoce, le comprende y se preocupa por él. Sin embargo, simular comprensión no es comprender, y una respuesta convincente no garantiza que sea correcta ni adecuada.

En los chatbots diseñados para ofrecer compañía, la disponibilidad y la personalización pueden favorecer el uso repetido y el vínculo emocional. Una IA no sustituye a una persona de confianza ni a una relación humana.

**5. Beneficios potenciales y evidencia disponible**

La IA generativa podría ofrecer aplicaciones útiles en educación y accesibilidad, pero los beneficios dependen de la herramienta, la tarea, la población y las condiciones de uso. No deben extrapolarse resultados concretos a una mejora general del aprendizaje, la salud o el desarrollo.

**5.1. Aprendizaje y desarrollo de habilidades**

La IA podría facilitar la comprensión de conceptos, adaptar explicaciones y proponer ejercicios. Es necesario comprobar si mejora realmente el aprendizaje y la retención de conocimientos, y si favorece habilidades como el razonamiento y la resolución autónoma de problemas, en lugar de sustituirlas.

**5.2. Accesibilidad y necesidades específicas**

La adaptación de textos y contenidos podría facilitar determinadas tareas a menores con dificultades de aprendizaje o discapacidad. Su utilidad debe evaluarse en función de las necesidades de cada grupo, teniendo en cuenta posibles errores, sesgos y barreras adicionales.

### 5.3. Cómo valorar los beneficios de forma rigurosa

Para determinar si una aplicación aporta valor a niños y adolescentes, conviene preguntar:

- ¿Qué beneficio concreto pretende conseguir?
- ¿Se ha evaluado en menores de edad y en una población comparable?
- ¿Se ha comparado con la ausencia de IA o con las alternativas disponibles?
- ¿La mejora tiene relevancia práctica o clínica, además de significación estadística?
- ¿Se mantiene el beneficio a lo largo del tiempo?
- ¿Qué efectos no deseados se han observado?
- ¿Los resultados son aplicables a distintas edades y necesidades?

La cuestión es identificar qué aplicaciones aportan beneficios reales, para quién y bajo qué condiciones.

## 6. ¿Qué riesgos debemos conocer?

**La IA generativa puede plantear riesgos para la salud y el desarrollo de niños y adolescentes.**

### 6.1. Salud emocional y vínculos con chatbots

La disponibilidad permanente y la apariencia de comprensión pueden favorecer vínculos emocionales intensos. Si un adolescente recurre a una IA como principal fuente de apoyo emocional, se aísla o muestra malestar cuando no puede utilizarla, es una señal de alerta. Conviene explorar qué necesita y qué está fallando en su entorno.

### 6.2. Aprendizaje y autonomía

Delegar tareas de forma habitual podría reducir la práctica de habilidades como razonar, escribir y resolver problemas. La IA puede facilitar una tarea, pero eso no significa que el adolescente aprenda o desarrolle autonomía.

### 6.3. Relaciones y hábitos cotidianos

El uso puede desplazar actividades importantes para el desarrollo, como dormir, hacer ejercicio, estudiar y relacionarse presencialmente. Importa tanto el uso como aquello que deja de hacerse.

### 6.4. Información errónea y contenidos perjudiciales

La IA puede generar información falsa, consejos inadecuados y contenidos perjudiciales. Una respuesta convincente no garantiza que sea correcta, especialmente en temas de salud, sexualidad y seguridad.

### 6.5. Privacidad, sesgos y discriminación

Las conversaciones pueden revelar datos personales y sensibles. Además, los sistemas pueden reproducir estereotipos y generar respuestas discriminatorias. La protección de los datos y las garantías adecuadas para menores no deben recaer únicamente en las familias.

### 6.6. Suplantación, acoso y explotación

La generación de imágenes, voces y textos falsos puede facilitar la suplantación de identidad, el acoso y la difusión de imágenes íntimas sin consentimiento. Es necesario prevenir estos usos y proteger a los menores afectados.

**Cuando existen motivos razonables para anticipar daños relevantes, pueden adoptarse medidas preventivas proporcionadas mientras continúa la investigación.**

## 7. ¿Qué podemos hacer las familias?

### 7.1. Hablar sin juzgar

Interesarse por qué herramientas utiliza el adolescente, para qué y qué busca en ellas. Si recurre a una IA para hablar de sus problemas emocionales, conviene explorar qué necesita y reforzar sus apoyos humanos.

### 7.2. Establecer límites según el uso

Las normas deben adaptarse a la edad y al riesgo, evitando que la herramienta sustituya el esfuerzo propio o las relaciones personales.

### 7.3. Enseñar a cuestionar las respuestas

La IA puede equivocarse, inventar información y ofrecer consejos inadecuados. Es importante contrastar sus respuestas y acudir a fuentes fiables o profesionales cuando se trate de cuestiones relevantes.

### 7.4. Proteger la privacidad

Enseñar a no compartir datos personales, información sensible o imágenes íntimas, y revisar las condiciones de privacidad de las herramientas.

### 7.5. Proteger la vida fuera de las pantallas

El sueño, la actividad física, el estudio, las aficiones y las relaciones presenciales deben tener su espacio. Conviene intervenir si el uso de la IA desplaza estas actividades.

### 7.6. Dar ejemplo y asumir nuestra responsabilidad

Los adultos también debemos utilizar la tecnología de forma crítica y mostrar sus límites. No obstante, la protección no puede recaer exclusivamente en las familias: quienes desarrollan y comercializan estas herramientas deben aplicar medidas de seguridad adecuadas para la infancia y la adolescencia.

## 8. ¿Qué señales deberían llevarnos a prestar más atención?

Algunas situaciones que pueden justificar una conversación más detenida son:

- Reducción del contacto con amistades o abandono de actividades que antes disfrutaba.
- Alteraciones del sueño o dificultades crecientes para cumplir con las obligaciones cotidianas.
- Dificultades para reducir el uso.
- Dependencia percibida de un chatbot para afrontar situaciones emocionales.
- Malestar intenso asociado a la interrupción de la interacción o a la pérdida de acceso a la IA.
- Confianza excesiva en las respuestas de la IA para tomar decisiones importantes.
- Exposición a contenidos perjudiciales, manipulación, acoso o solicitudes de información íntima.

## 9. ¿Por qué necesitamos una perspectiva de salud pública?

Las familias pueden educar, acompañar y establecer límites, pero no controlan el diseño de las aplicaciones, sus modelos de negocio, las condiciones de tratamiento de los datos ni todos los contenidos a los que pueden acceder sus hijos. La protección requiere, por tanto, actuaciones individuales, educativas, sanitarias, tecnológicas y regulatorias.

La experiencia de la digitalización masiva de la infancia y la adolescencia debe servirnos de aprendizaje. La expansión de dispositivos y plataformas avanzó más rápido que nuestra capacidad para evaluar sus efectos y establecer mecanismos de protección. Con la IA generativa no deberíamos repetir una secuencia en la que la demostración de los daños preceda a la protección.

### 9.1. Evaluar los beneficios antes de generalizar su uso

Las aplicaciones educativas o sanitarias deben demostrar su utilidad en la población a la que se dirigen. Es necesario valorar sus resultados, compararlos con las alternativas disponibles e identificar posibles efectos no deseados. La novedad o la capacidad técnica no garantizan un beneficio real.

### 9.2. Investigar los efectos en condiciones reales

Se necesita investigar cómo se utilizan estas herramientas en la vida cotidiana y cuáles son sus efectos a medio y largo plazo. La vigilancia de incidentes y la participación de los menores son importantes, y la investigación debe actualizarse a medida que evolucionan los sistemas.

### 9.3. Prevenir de forma proporcionada ante riesgos plausibles

La incertidumbre no debe justificar la inacción ante riesgos potencialmente graves. Pueden adoptarse medidas preventivas proporcionadas atendiendo a la evidencia disponible, la gravedad potencial de los daños y los posibles beneficios. Estas medidas deben ser transparentes y revisables.

### 9.4. Incorporar la protección desde el diseño

La seguridad no puede depender solo de los menores y sus familias. Las empresas deben informar de forma clara sobre los riesgos, las limitaciones y el tratamiento de los datos; proteger la privacidad; y establecer mecanismos para prevenir, detectar y corregir posibles daños.

### 9.5. Repartir las responsabilidades

La protección requiere la participación de distintos actores:

- Familias: acompañamiento, educación, normas y apoyo cuando aparecen dificultades.
- Centros educativos: alfabetización crítica, evaluación del aprendizaje y criterios claros sobre el uso de IA.
- Profesionales sanitarios: conocimiento de las nuevas formas de interacción digital y capacidad para identificar posibles repercusiones en la salud.
- Empresas tecnológicas: evaluación, transparencia, protección de datos y medidas de seguridad adecuadas a los menores.
- Administraciones públicas: marcos de protección, supervisión, investigación y evaluación de las medidas adoptadas.
- Investigadores: estudios independientes, análisis de beneficios y riesgos, seguimiento a largo plazo y comunicación rigurosa de resultados.

### 9.6. Escuchar a niños y adolescentes

Los menores no son únicamente receptores de protección: también pueden aportar información esencial sobre cómo utilizan estas herramientas, qué esperan de ellas y qué problemas encuentran. Su participación puede ayudar a diseñar recomendaciones realistas, detectar necesidades que los adultos no identifican y evaluar si las medidas funcionan en la práctica.

### 9.7. Evaluar y revisar las decisiones

La rápida evolución de la IA hace necesario revisar periódicamente los riesgos, los posibles beneficios, las medidas de protección y la evidencia que las sustenta. La revisión forma parte del proceso de evaluación científica y de salud pública.

## 10. Conclusiones: una innovación que debe evaluarse desde la salud infantil

La IA generativa puede ofrecer oportunidades en tareas concretas de aprendizaje, creatividad y accesibilidad, pero esos resultados no permiten concluir que su uso generalizado mejore la salud, el aprendizaje y el desarrollo de niños y adolescentes.

Algunos riesgos están documentados en usos y contextos específicos; otros, como la dependencia emocional o los efectos a largo plazo sobre la autonomía y la salud mental, requieren más investigación. Esta incertidumbre exige actuar de forma proporcionada cuando existan indicios razonables de daño.

La experiencia de la digitalización muestra la importancia de proteger antes de que se documenten los riesgos masivamente la IA. La IA debe desarrollarse y utilizarse en la adolescencia cuando haya demostrado beneficios, con garantías de que es inocua para la salud y el desarrollo, adecuada a la edad, las responsabilidades estén claras y la revisión sea continua.

**BIBLIOGRAFIA**

**1.** Salmerón Ruiz MA. RESET Digital. Para retomar tu vida, tu salud y la de tus hijos. Madrid: Edaf; 2025.

**2.** Casar Corredera JR. Inteligencia artificial generativa. Anales de la Real Academia de Doctores de España.

**3.** Yu Y, Liu Y, Zhang J, Huang Y, Wang Y. Understanding generative AI risks for youth: A taxonomy based on empirical data. arXiv. 2025. Disponible en: **https://arxiv.org/abs/2502.16383**

**4.** Common Sense Media. Teen and young adult perspectives on generative AI: patterns of use, excitements and concerns. Disponible en: **https://www.commonsensemedia.org/research/teen-and-young-adult-perspectives-on-generative-ai-patterns-of-use-excitements-and-concerns**

**5.** Empantallados. Educar en la era de la IA. 7 habilidades humanas necesarias... Disponible en: **https://empantallados.com/habilidades-ia/**

**6.** Adamopoulou E, Moussiades L. Chatbots: History, technology, and applications. Machine Learning with Applications. 2020;2:100006. doi:10.1016/j.mlwa.2020.100006.

**7.** Hill J, Ford WR, Farreras IG. Real conversations with artificial intelligence: A comparison between human–human online conversations and human–chatbot conversations. Computers in Human Behavior. 2015;49:245–250. doi:10.1016/j.chb.2015.02.026.

**8.** Wickramarachchi N, et al. Chatbot Technology Use and Acceptance Using Educational Personas. Informatics. 2024;11(2):38. doi:10.3390/informatics11020038.

**9.** Terblanche NHD. Smooth Talking: Generative Versus Scripted Coaching Chatbots. International Journal of Human–Computer Interaction. doi:10.1080/10447318.2024.2423125.

**10.** Singh SU. A survey on chatbots and large language models: Testing capabilities and risks. Patterns. 2025. doi:10.1016/j.patter.2025.100123.

**11.** Namvarpour M, Brofsky B, Medina J, Akter M, Razi A. Understanding Teen Overreliance on AI Companion Chatbots Through Self-Reported Reddit Narratives. Proceedings of CHI 2026. doi:10.1145/3772318.3790597.
Prepublicación: **https://arxiv.org/abs/2507.15783**

**12.** Salmerón Ruiz MA. Impacto de la inteligencia artificial en la adolescencia. Adolescere. 2025;XIII(3):51–58.
Disponible en:
**https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-XIII-n3-2025/2025-n3-51-58-Tema-de-revision-Impacto-de-la-inteligencia-artificial-en-la-adolescencia-MA.Salmeron.pdf**

**13.** Fernández-Andújar M, González-Cabrera J, Romero A, Hidalgo D, Salmerón-Ruiz MA. Inteligencia Artificial Generativa en la Población Infantojuvenil: Riesgos Emergentes y Retos para la Salud Pública. Anales de Pediatría. 2026. doi:10.1016/j.anpedi.2026.504191.
Disponible en: **https://www.analesdepediatria.org/es-inteligencia-artificial-generativa-poblacion-infantojuvenil-articulo-S1695403326000603**

# DE LA PRUEBA A LA ADICCIÓN de 12 a 15 años

***José José Gil***

Dos adolescentes prueban lo mismo, la misma noche y con los mismos amigos. Uno lo ha olvidado al día siguiente. El otro, años después, sigue sin poder dejarlo. ¿Qué los separa?

No existe una única respuesta, y ahí está precisamente la clave. La adicción no aparece de golpe. Se va construyendo poco a poco, a medida que distintas piezas de la vida de una persona empiezan a encajar en la dirección equivocada.

La primera puerta suele abrirse en el entorno. La curiosidad tan propia de la adolescencia, las ganas de sentirse parte del grupo y lo fácil que resulta acceder a una sustancia o a una pantalla en los espacios de ocio explican muchos primeros contactos. Pero probar no es engancharse y la mayoría de quienes experimentan nunca llegan a desarrollar una adicción.

Lo que convierte una prueba en costumbre suele estar más cerca: en casa y por dentro. Un hogar sin límites claros, unos conflictos que nunca terminan de resolverse o unos adultos que consumen delante debilitan la red que debería proteger. Además, cuando alguien descubre que esa sustancia o esa conducta le calma la ansiedad, le apaga la tristeza o le ayuda a soportar lo que no sabe nombrar, empieza a volver a ella una y otra vez. En ese punto ya no busca placer, sino alivio.

Y por debajo de todo ello está la biología. El cerebro adolescente vive un desajuste natural. Su sistema de recompensa responde con enorme intensidad al placer, mientras que la corteza prefrontal, la parte que frena, planifica y valora las consecuencias, no termina de madurar hasta bien entrada la veintena. Es como conducir un coche muy potente con los frenos todavía en rodaje. Si a esto se suman una predisposición genética o la repetición continuada del consumo, el propio cerebro se va adaptando, el control se debilita y la dependencia se instala.

Comprender este recorrido nos aleja de dos ideas igual de dañinas: que la adicción es una cuestión de falta de voluntad y que es un destino escrito. Ninguna causa por sí sola condena a nadie. La adicción surge cuando las oportunidades, las heridas y las vulnerabilidades se suman hasta desbordar la capacidad de una persona para regularse. Y precisamente porque se construye por acumulación, también puede prevenirse y abordarse actuando sobre cada una de esas piezas.

# DE LA PRUEBA
# A LA ADICCIÓN de 12 a 15 años

## 15 lecturas para acompañar la adolescencia

**Cinco lecturas prioritarias:** Prepárate para la vida · ¿Adictos o amantes? · Generación zombi · Conectados · Eso no es sexo

| Autor y enlace | Título / área | Edición española | Precio / páginas / lectura | Problema familiar | Sinopsis |
|---|---|---|---|---|---|
| ★ Álvaro Bilbao · Ficha del libro | Prepárate para la vida<br>Prevención | 02/2024 | 19,00 € · 232 pág. · Muy fácil | Alcohol, drogas y presión del grupo | Guía cercana para hablar sobre decisiones, alcohol, drogas, amistades y pantallas. |
| ★ José R. Ubieto · Ficha del libro | ¿Adictos o amantes?<br>Pantallas | 10/2023 | 19,80 € · 172 pág. · Media | Uso del móvil y alarmismo | Distingue la relación intensa con las pantallas de una posible adicción; invita a escuchar antes de etiquetar. |
| ★ Javier Albares · Ficha del libro | Generación zombi<br>Pantallas | 28/05/2025 | 19,90 € · 224 pág. · Fácil | Pantallas y falta de sueño | Cómo reorganizar rutinas digitales y sueño cuando el móvil desplaza el descanso. |
| ★ Laura Cuesta Cano · Ficha del libro | Conectados<br>Pantallas | 09/2024 | 16,95 € · Págs. s/d · Muy fácil | Primer móvil y normas digitales | Ideas para pactar reglas familiares y mejorar el uso del móvil sin perder la comunicación. |
| ★ Marina Marroquí · Ficha del libro | Eso no es sexo<br>Prevención | 22/03/2023 | 16,95 € · Págs. s/d · Fácil | Pornografía y relaciones | Lenguaje directo para conversar sobre pornografía, consentimiento y relaciones respetuosas. |
| Miriam Al Adib y Diana Al Azem · Ficha del libro | Cuando la cigüeña empezó a ver porno<br>Prevención | 17/09/2025 | 19,95 € · 208 pág. · Fácil | Exposición a pornografía | Guía para conversar ante el acceso temprano a pornografía y las preguntas sexuales. |
| María Couso · Ficha del libro | Cerebro y pantallas<br>Pantallas | 10/09/2024 | 19,90 € · 304 pág. · Media | Conflictos por pantallas | Revisa exposición digital, rutinas y hábitos; conviene leer sus afirmaciones con espíritu crítico. |
| Michel Desmurget · Ficha del libro | Más libros y menos pantallas<br>Pantallas | 06/03/2024 | 21,90 € · 496 pág. · Más densa | Lectura desplazada por el móvil | Argumenta a favor de recuperar el hábito lector frente al entretenimiento digital; no es guía clínica. |
| Sara Desirée Ruiz · Ficha del libro | En esta casa mando yo, y punto<br>Familia | 2025 | 20,90 € · 240 pág. · Muy fácil | Discusiones por normas y límites | Estrategias para establecer límites sin autoritarismo y cuidar la convivencia. |
| Lisa Damour · Ficha del libro | La vida emocional de los adolescentes<br>Salud emocional | 30/04/2025 | 20,90 € · 272 pág. · Fácil | Cambios de humor y angustia | Comprender emociones intensas y reconocer cuándo conviene buscar ayuda profesional. |

# DE LA PRUEBA
# A LA ADICCIÓN de 12 a 15 años

## 10 páginas web para acompañar a nuestros adolescentes

| Recurso | Enlace clicable | ¿Cuándo puede ayudarme? |
|---|---|---|
| 01 · Adicciones Adolescentes | www.adiccionesadolescentes.com | PREVENIR / COMPRENDER · Reflexiones sobre consumos, tecnologías, factores de riesgo y diálogo con adolescentes. |
| 02 · UNICEF España | www.unicef.es | PANTALLAS / PREVENIR · Redes sociales, presión del grupo, bienestar digital y riesgos sin alarmismo. |
| 03 · HealthyChildren | www.healthychildren.org | HABLAR DE DROGAS · Consejos pediátricos para mantener conversaciones sobre alcohol y otras sustancias. |
| 04 · INCIBE · Internet Segura for Kids | www.incibe.es | MÓVIL / PEDIR AYUDA · Ciberacoso, grooming, sextorsión y riesgos digitales; línea de ayuda 017. |
| 05 · Fad Juventud | fad.es | SOSPECHA DE CONSUMO · Servicio de información y orientación a familias sobre drogas y conductas potencialmente adictivas. |
| 06 · Plan Nacional sobre Drogas | pnsd.sanidad.gob.es | INFORMARSE / PREVENIR · Información oficial para contrastar mitos, conocer riesgos y localizar recursos. |
| 07 · Proyecto Hombre | proyectohombre.es | PEDIR AYUDA · Intervención temprana con jóvenes y apoyo familiar ante consumos problemáticos. |
| 08 · Fundación ANAR | www.anar.org | PEDIR AYUDA · Apoyo ante riesgos, malestar emocional y conflictos que afectan a menores. |
| 09 · Ventana Abierta a la Familia | www.ventanafamilias.es | PREVENIR / PANTALLAS · Guías y formación sobre alcohol, vapeadores, cannabis y bienestar digital. |
| 10 · lasDrogas.info | lasdrogas.info | PREVENIR EN FAMILIA · Lecturas accesibles sobre protección, límites y comunicación familiar. |

**¿Por dónde empezar?** Prevenir: 1, 6, 9 y 10 · Sospecha de consumo: 3, 5 y 7 · Conflictos con el móvil: 2 y 4 · Necesito ayuda: 5, 7 y 8.

La experimentación, el uso problemático y una adicción clínica no son lo mismo. Estas webs informan y orientan, pero no sustituyen una valoración profesional.

# PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CLAVES PARA LAS FAMILIAS

***Dra. Mª del Mar Clavera***

La adolescencia es una etapa de profundos cambios físicos, emocionales y sociales, en la que se construyen la identidad, la autonomía y una nueva forma de relacionarse con la familia y con los iguales. Actualmente, además, conviene adoptar una visión más amplia de esta etapa. Aunque tradicionalmente se ha asociado su final a los 18 años, hoy sabemos que el desarrollo cerebral continúa durante la primera mitad de la veintena, especialmente en áreas relacionadas con la planificación, el control de los impulsos y la toma de decisiones. A ello se añaden cambios sociales como la incorporación más tardía a una vida plenamente independiente. Por este motivo, el acompañamiento familiar y la atención a la salud emocional siguen siendo especialmente importantes más allá de la mayoría de edad.

En este contexto, la prevención del suicidio adquiere una enorme relevancia. La propia ponencia destaca que el suicidio constituye una de las principales causas de muerte entre los 10 y los 24 años y que toda intervención preventiva debe orientarse tanto a disminuir los factores de riesgo como a reforzar los factores de protección.

Uno de los primeros pasos para prevenir consiste en desmontar determinados mitos. Existe todavía la creencia de que preguntar a un adolescente si ha pensado en suicidarse puede inducirle a hacerlo. Sin embargo, la presentación señala precisamente lo contrario: hablar sobre estos pensamientos puede disminuir la tensión emocional y aliviar el sufrimiento. Por ello, cuando existen motivos para preocuparse, es importante preguntar, escuchar sin juzgar y no minimizar lo que el adolescente está sintiendo.

Tampoco es cierto que quien realmente piensa suicidarse nunca lo diga. Muchos adolescentes expresan directa o indirectamente su malestar o su propósito, por lo que cualquier manifestación de este tipo debe tomarse muy en serio. Además, los adultos no deben valorar la gravedad de un problema únicamente desde su propia perspectiva. Una ruptura sentimental, un conflicto con los compañeros, un fracaso académico o una situación de exclusión pueden parecer acontecimientos menores para un adulto y, sin embargo, tener una enorme repercusión emocional en un adolescente.

# PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CLAVES PARA LAS FAMILIAS

**Reconocer las señales de alerta**

La conducta suicida puede estar precedida por determinados cambios que las familias deberían conocer. Entre las señales no verbales destacan los cambios repentinos de conducta, el aumento de la irritabilidad, la pérdida de interés por actividades que antes resultaban gratificantes, la apatía, el aislamiento, el descenso del rendimiento académico o el incremento del consumo de alcohol u otras sustancias. También pueden resultar significativas algunas conductas como regalar objetos personales especialmente valiosos, cerrar cuentas en redes sociales o mostrar una calma inesperada después de un periodo de intensa agitación.

También debemos prestar atención al lenguaje. Expresiones como «no valgo para nada», «mi vida no tiene sentido» o «las cosas nunca mejorarán» reflejan desesperanza y una visión muy negativa de uno mismo y del futuro. Igualmente relevantes son los mensajes que puedan interpretarse como despedidas. El objetivo de los padres no es diagnosticar, sino conocer suficientemente a sus hijos como para identificar cambios significativos y reaccionar ante ellos.

**Factores que aumentan el riesgo**

No existe una única causa que explique la conducta suicida. Habitualmente intervienen distintos factores personales, familiares, sociales y escolares. Entre los personales se encuentran la impulsividad, la intolerancia a la frustración, la baja autoestima y el abuso de sustancias. En el ámbito familiar pueden incrementar la vulnerabilidad los estilos educativos negligentes o excesivamente rígidos y las situaciones de abuso. En el entorno social destacan el bullying y determinados acontecimientos vitales negativos, mientras que en el ámbito escolar pueden influir una exigencia académica excesiva, los modelos rígidos y el silencio ante los problemas.

El consumo de alcohol y otras drogas merece especial atención. Puede convertirse en una forma de evasión ante los problemas, mantener la impulsividad y la vulnerabilidad y facilitar conductas peligrosas mediante la desinhibición y la pérdida de percepción de la realidad.

También existe una estrecha relación entre el acoso escolar y la conducta suicida. La presentación destaca especialmente el bullying y el ciberacoso como situaciones que incrementan el riesgo. Por ello, los padres deberían interesarse no únicamente por las notas de sus hijos, sino también por cómo se sienten en el colegio, cómo son sus relaciones con los compañeros y qué sucede en sus interacciones digitales.

# PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CLAVES PARA LAS FAMILIAS

**Depresión y autolesiones**

Durante la adolescencia son frecuentes los cambios bruscos de humor, pero no todo debe atribuirse automáticamente a «cosas de la edad». La depresión puede manifestarse de una forma diferente a como suele imaginarse en los adultos. En lugar de una tristeza evidente, pueden aparecer irritabilidad, agresividad, pérdida de interés o placer, falta de apetito, fatiga, insomnio o sentimientos de culpa.

Las autolesiones también deben considerarse una señal importante. Aunque su finalidad no sea necesariamente suicida, deben interpretarse como un síntoma de sufrimiento emocional. Entre los factores asociados aparecen la elevada sensibilidad emocional, la tendencia a reprimir las emociones, las dificultades para afrontar el estrés, el sentimiento de aislamiento y el consumo de alcohol u otras sustancias.

**Potenciar los factores de protección**

La prevención no consiste únicamente en detectar riesgos. Tan importante como identificar los problemas es fortalecer aquello que protege al adolescente. Entre los factores personales destacan la autoestima, la empatía, las habilidades sociales y los valores positivos. En el ámbito familiar resultan especialmente importantes una educación coherente, una elevada cohesión familiar y la educación en resiliencia. También constituyen factores protectores el apoyo social, los vínculos fuertes con los amigos y la conexión con profesores u otros adultos significativos.

Educar en resiliencia supone permitir que los hijos afronten progresivamente dificultades y frustraciones propias de su edad. Los padres no pueden ni deben eliminar todos los obstáculos de la vida de sus hijos. Es necesario transmitirles que son capaces de afrontar situaciones difíciles, dejarles experimentar y aprender y, al mismo tiempo, hacerles saber que cuentan con el apoyo de sus padres. La ponencia insiste en combinar autonomía, confianza y acompañamiento.

Los amigos desempeñan igualmente un papel esencial. Durante la adolescencia proporcionan escucha, confidencia, compañía y la posibilidad de compartir problemas que quizá resulten difíciles de comunicar a un adulto. Además, pueden detectar que un compañero está atravesando una situación grave y facilitar que solicite ayuda. En situaciones de riesgo, comunicar el problema a un adulto no debe considerarse una traición, sino una conducta de protección.

# PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES: CLAVES PARA LAS FAMILIAS

En definitiva, la prevención comienza mucho antes de una crisis. Empieza observando, escuchando, educando en resiliencia, reforzando la autoestima, favoreciendo relaciones sociales saludables y creando vínculos suficientemente sólidos para que el adolescente pueda pedir ayuda cuando la necesite. La familia no necesita convertirse en especialista en salud mental, pero sí puede desempeñar un papel decisivo si está presente, presta atención a los cambios y se toma en serio el sufrimiento de sus hijos.

**Ideas clave**

El suicidio en la adolescencia y la juventud constituye un problema de enorme gravedad que nunca debe banalizarse ni silenciarse. Sin embargo, existen importantes posibilidades de prevención mediante la reducción de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores personales, familiares, sociales y escolares. La escucha, el acompañamiento familiar, la resiliencia, unas relaciones sociales saludables y la detección precoz de las señales de alarma pueden desempeñar un papel decisivo en la protección del adolescente.

# LLAMANDO A LA TIERRA: COMPARTIR NATURALEZA

***Dra. Mª Jesús Fuentes***

En los últimos tiempos estamos siendo testigos de una creciente desconexión de la Naturaleza, una situación que afecta sobre todo a la población infantil.

Entendemos por Naturaleza todos aquellos espacios en los que están presentes elementos naturales, como plantas, animales, agua o paisajes. Incluye tanto los entornos verdes, desde un pequeño parque urbano hasta un bosque, como los entornos azules, como la playa, el mar, un lago o un río. También podemos encontrarla en elementos tan sencillos como contemplar una montaña o disfrutar de una puesta de sol.

Los entornos cada vez más urbanizados, con menos espacios naturales y más contaminados, junto con un estilo de vida sedentario y un mayor uso de tecnología digital, han modificado la forma en que los niños se relacionan con el entorno y con sus iguales. Pasan una gran parte de su tiempo en espacios cerrados, inmersos en realidad virtual, con repercusiones tanto físicas, como psicológicas y sociales.

Cada vez existe más evidencia sobre los beneficios asociados al contacto con la Naturaleza. Se han descrito efectos positivos en el desarrollo cognitivo y patrones de sueño, en la salud mental, en la sociabilidad, en la prevención de las enfermedades cardiovasculares e inmunológicas y en la recuperación de determinadas enfermedades. Además de éstos y otros beneficios, los espacios naturales contribuyen a preservar la biodiversidad y a reducir el impacto del cambio climático.

Por todo ello, es importante incorporar la Naturaleza a la vida diaria de los niños. Los expertos recomiendan pasar al menos una hora al día en entornos naturales cercanos para satisfacer las necesidades para un desarrollo saludable. Sin embargo, se observan beneficios con tiempos de exposiciones menores desde dos horas a la semana.

Pequeñas acciones cotidianas pueden ayudarnos a recuperar el vínculo con la Naturaleza: observar conscientemente los elementos naturales que nos rodean, incorporar plantas y materiales naturales en nuestros hogares, fomentar el juego al aire libre en parques urbanos, en la playa, pasear por zonas arboladas o simplemente dedicar un tiempo a contemplar el paisaje. Crear oportunidades

para que los niños jueguen, exploren y disfruten en entornos naturales, puede contribuir a su bienestar físico, psíquico y social, y en última instancia a construir sociedades más saludables y comprometidas con el cuidado del medio ambiente.

**BIBLIOGRAFIA**

• Ortega-García JA, Martínez-Gómez C, Bach A, et al. A growing disconnection from nature: Urgent call to action for a nature prescription global health alliance. An Pediatr. 2023; 98:76-80.

• Frumkin H, Bratman GN, et al. Nature contact and human health: A research agenda. Environ Health Perspect. 2017; 125:075001.

• Preuss M, Nieuwenhuijsen M, et al. Low childhood Nature exposure is associated with worse mental health in adulthood. International Journal of Environment Research and Public Health 2019

• Fyfe-Johson AL, Hazlehurst MF, et al. Nature and children ś health: A systematic review. Pediatrics. 2021; 148, e2020049155.

• White MP, Alcock I, et al. Spending at least 120 minutes a week in nature is associated with good health and wellbeing. Sci Rep. 2019;9:7730. - Haahtela T, O'Mahony L, et al. EAACI Guidelines on the Importance of Green Space in Urban Environments for Allergy and Asthma Prevention. Allergy. 2026 Mar;81(3):635-650.

**"Reconectar con la Naturaleza en invertir en salud"**

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

***Dr. Javier González de Dios***

*Autor del proyecto y de la colección de libros "Cine y Pediatría: una oportunidad para la docencia y la humanización en nuestra práctica clínica"*

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo físico, psicológico, mental y personal, pues es el período en el que se forja la personalidad, se afianza la identidad sexual y se conforma su sistema de valores. Un tránsito esencial desde la niñez a la etapa de adultos, un camino que el adolescente cruza en demasiadas ocasiones como una "tierra de nadie" conviviendo (y, a veces, sobreviviendo) a sus entornos habituales: la familia, el centro escolar, el círculo de amigos y conocidos, la sociedad y consigo mismo (1,2).

La adolescencia no es una etapa fácil, pero es una etapa emocionante y reveladora, un viaje de la infancia a la edad adulta que en el cine se conoce como "coming of age" y donde vale la pena recordar este pensamiento de François Truffaut: «La adolescencia es como un segundo parto. En el primero nace un niño y en el segundo, un hombre o una mujer. Y siempre es doloroso». Y para este viaje vital, todo recurso en nuestras manos (como padres, pero también como educadores y como pediatras) para mejorar la comunicación y educación de los adolescentes, debe ser bienvenido. Y entre esos recursos tiene un lugar destacado el cine, pues ver películas es un entretenimiento apreciado por los adolescentes. Y desde el proyecto Cine y Pediatría abogamos por "prescribir" películas argumentales sobre con alto valor humano, afectivo y emocional por sus enseñanzas (3-5).

Por todo ello, pensamos que es bueno "prescribir" películas sobre adolescentes y con adolescentes en este XIV Curso para Padres de Adolescentes. Porque pueden ayudarnos a todos a realizar este viaje...

## Historias de adolescentes, historias "de cine"

La adolescencia y los adolescentes son un filón para plantear guiones en el séptimo arte, películas que nos transmiten emociones y reflexiones a través de sus protagonistas, películas de todo el mundo y en todos los idiomas. Y os proponemos algunas películas – todas tratadas ya en alguno de los libros de Cine y Pediatría, 15 libros ya publicados, el 16º pendiente de publicación y el 17º en marcha – que se puedan "prescribir" para mejorar la comunicación y educación por parte de la familia, de los centros escolares y de los propios sanitarios.

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

Hemos dividido estas películas en cuatro tramos temporales, sin otro valor que el de contextualizar cada film: a) Adolescencias en transición del blanco y negro al color (tabla I); b) Adolescencias que despiden el siglo XX (tabla II); c) Adolescencias que dan la bienvenida al siglo XXI (tabla III); y d) Adolescencias de nuestras últimas décadas (tabla IV).

Y por estas películas transitarán todo tipo de protagonistas entre la adolescencia temprana (10-13 años, donde la duda fundamental es si ellos son normales), la adolescencia media (14-16 años, donde surgen los comportamientos de riesgo) y la adolescencia tardía (17-19 años, donde surge el deseo de independencia). Chicos y chicas de todos los países y continentes y en todos los idiomas que transitan en esta crucial etapa de tránsito, con situaciones similares ante sus debates psicológicos y sus enfermedades, enfrentándose al despertar sexual, al acoso escolar, al embarazo no deseado, al mundo de las adiciones o este mundo hiperconectado, intentando integrarse de la mejor forma y con esa búsqueda de ser aceptados como son en la familia, la escuela o el grupo de amigos, buscando la felicidad entre tantos cambios. Una época tan vital y tan apasionante que el cine la ha hecho protagonista ciento de veces (3-5).

### Cinco historias argumentales, cinco películas a prescribir

La observación narrativa de algunas películas argumentales nos permitirán a través de la prefiguración (el "antes" de ver la película), configuración (el "durante" de ver la película) y refiguración (el "después" de ver la película) acercarnos a esta etapa, acercarnos a los adolescentes y comprender algunos aspectos de "ese segundo parto" del que nos hablaba Truffaut. Y a través de estas historias reconocer la oportunidad que supone enfrentarse a esta etapa de cambios necesarios y ofrecerles recursos. Y un recurso es el cine y la posibilidad de prescribir películas para ver en familia o para que vean nuestros adolescentes, en su papel de hijos, de alumnos o de pacientes, que en todo marco es posible.

Elegimos cinco películas con cinco protagonistas, como ejemplo. Ellos son Tracy, Juno, Lola, Charlie y Alejandra. Y estas son sus emociones y nuestras reflexiones.

# ADOLESCENCIA,
# UNA ETAPA DE LA VIDA “DE CINE”

## 1. La historia de Tracy

- **Ficha protagonista:**

  **Nombre:** Tracy (Evan Rachel Wood). Edad: 13 años. Lugar: Los Ángeles (Estados Unidos), años 2000.

  **Película:** *Thirteen* (Catherine Hardwicke, 2003). Estados Unidos

- **Emociones:**
  Película autobiográfica sobre dos adolescentes rebeldes. La historia de una fascinación de Tracy por su amiga Evie (Nikkie Reed), que tiene que ver más con el vampirismo que con el afecto.

- **Reflexiones:**
  La importancia de estos dos núcleos sociales en el desarrollo de un adolescente: la familia y el grupo de amigos (sobre las buenas y malas influencias que tanto piensan los padres). La adolescencia se refleja como es época donde la amistad puede confundirse con la mitomanía, la independencia con el egoísmo y la curiosidad con la falta de criterio. Límites muy delicados.



# ADOLESCENCIA,
# UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

## 2. La historia de Juno

- **Ficha protagonista:**
  **Nombre:** Juno MacGuff (Ellen Page, ahora conocido como Ellito Page tras su tránsito). Edad: 16 años. Lugar: Minnesota (Estados Unidos), años 80.
  **Película:** *Juno* (Jason Retiman, 2007). Estados Unidos.

- **Emociones:**
  Juno es la diosa de la maternidad en la mitología romana, protectora de las mujeres, reina del Olimpo y mujer de Júpiter. Pero también es el título de esta película que tuvo como protagonista a una joven adolescente embarazada, ya un icono del séptimo arte y una sorpresa en toda regla. Juno se atreve a narrar temas de gran calado a través de una adolescente de 16 años que descubre que está embarazada de un amigo. Aunque inicialmente decide abortar, en el último momento opta por dejar nacer al bebé y darlo en adopción. Para ello busca a una pareja con la intención de arreglar una adopción privada.

- **Reflexiones:**
  La importancia de estos dos núcleos sociales en el desarrollo de un adolescente: la familia y el grupo de amigos (sobre las buenas y malas influencias que tanto piensan los padres). La adolescencia se refleja como es época donde la amistad puede confundirse con la mitomanía, la independencia con el egoísmo y la curiosidad con la falta de criterio. Límites muy delicados.



# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

### 3. La historia de Lola

- **Ficha protagonista:**
  **Nombre:** Lola (Christa Theret y Miley Cyrus). Edad: 16 años. Lugar: París y Estados Unidos, años 2000.
  **Película:** *LOL* (Lisa Azuelos, 2008 y 2012). Francia y Estados Unidos.

- **Emociones:**
  El transcurrir de la vida y acontecimientos durante un curso escolar de la adolescente Lola y su madre Anne (Sophie Marceau y Demi Moore), y contada en dos versiones por la misma directora: la versión francesa de 2008 y la versión estadounidense de 2012, donde el original es muy superior a la copia.
  Una película dividida en tres partes y que corresponden a los tres trimestres del curso escolar, para mostrarnos un buen número de tópicos de la adolescencia: el colegio, los amigos, las familias, los romances, las drogas, la sexualidad, los conflictos, etc.

- **Reflexiones:**
  La adolescencia se sustenta en tres columnas: la familia, los amigos y el centro educativo. Para un buen crecimiento es clave la presencia y buena disponibilidad de la familia y los buenos amigos, pero especialmente las posibilidades de diálogo entre el universo de los padres y los hijos.



# ADOLESCENCIA,
# UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

**4. La historia de Charlie**

- **Ficha protagonista:**
  **Nombre:** Charlie (Logan Lerman). Edad: 16 años. Lugar: Estados Unidos, años 90.
  **Película:** *Las ventajas de ser un marginado* (Stephen Chobsky, 2012). Estados Unidos.

- **Emociones:**
  Charlie es un joven tímido y marginado, con las consabidas dudas sobre la amistad, la familia, el despertar sexual, el acercamiento a las drogas, etc. Para él encajar en un grupo de amigos es importante, pero no siempre es fácil.

- **Reflexiones:**
  La adolescencia como la edad de los ideales infinitos y también de la máxima fragilidad al despertar de la vida, allí donde coinciden varios amigos con traumas de la infancia y donde necesitan héroes o sentirse héroes



# ADOLESCENCIA,
# UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

## 5. La historia de Alejandra

- **Ficha protagonista:**
  **Nombre:** Alejandra (Tessa Ia). Edad: 16 años. Lugar: Ciudad de México (México), década 2010.
  **Película:** *Después de Lucía* (Michel Franco, 2012). México.

- **Emociones:**
  Alejandra acaba de mudarse de Puerto Vallarta a Ciudad de México con su padre, tras la muerte de su madre Lucía, con lo que supone el integrarse en esta edad a una nueva vida en todos los sentidos. Un móvil y las redes sociales bastan que el triángulo ***bullying, cyber-bullying y sexting*** desencadenen la tragedia sobre Alejandra.

- **Reflexiones:**
  Una historia tan dura (y real) como la vida misma, una historia más dramática, si cabe, porque está a nuestro alrededor y podemos no darnos cuenta. Un retrato sobre la soledad y el acoso en la adolescencia, y sus consecuencias, más en un entorno actual donde las nuevas tecnologías de información y comunicación son caldo de cultivo para ello.



# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

## Un colofón "de cine"

Y en esta revisión de películas alrededor de la adolescencia hemos viajado por filmografías de gran parte del mundo (donde predominan las obras de Estados Unidos, España y Francia) y hemos descubierto a directores con una especial sensibilidad por esta época de la vida, algunos españoles (Montxo Armendáriz, Gabriel Velázquez, David Trueba, Gracia Querejeta,...) y otros de fuera de nuestras fronteras (Céline Sciamma, Xavier Dolan, François Ozon, André Téchiné, los hermanos Dardenne,...).

Y con ello os animamos a prescribir películas a vuestros hijos adolescentes, a vuestros alumnos adolescentes, a vuestros pacientes adolescentes. Y también para prescribirlas a nosotros mismos, porque un adolescente no es un niño, pero tampoco un adulto pequeño. Es mucho más y más complejo. Porque algo así es la ADOLESCENCIA: una etapa de cine... que hay que cuidar.

Del qué, cómo, por qué, para qué y para quién del proyecto Cine y Pediatría tres conclusiones quedan patentes referidas a la Medicina de la adolescencia, en esta trilogía "de cine" de combinar adolescencia, comunicación y educación:

- Que el cine es un arte exquisito para la docencia y para la humanización en Pediatría, en general, y para la Medicina de la Adolescencia, en particular.

- Que es posible (y bueno) prescribir películas a los adolescentes. Y animamos a realizarlo en nuestro hospital, centro de salud, centro escolar y, cómo no, también en nuestra familia.

- Que reivindicamos la adolescencia como género cinematográfico, debido a la cantidad y calidad de películas al respecto con adolescentes como protagonistas con sus diferentes historias.

**BIBLIOGRAFIA**

**1.** Valdés Rodríguez J. El adolescente normal. En: Familia y Salud, 2 017 [en línea] [Consulta: 30 agosto 2017]. Disponible en: www.familiaysalud.es/ salud-joven/ para-padres-de-adolescentes-y-publica-en-general/el-adolescente-normal.

**2.** Valdés Rodríguez J. El adolescente y su familia. En: Familia y Salud, 2 017 [en línea] [Consulta: 30 agosto 2017]. Disponible en: www.familiaysalud.es/ salud-joven/para-padres-de-adolescentes-y-publica-en-general/el-adolescente-y-su-familia.

**3.** González de Dios J. ¿Te atreves a prescribir películas en Pediatría? Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:e233-e248.

**4.** González de Dios J, Valdés Rodríguez J. La adolescencia como género cinematográfico: de la reivindicación a la oportunidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018; 20: e19-337.

**5.** González de Dios J. El cine y la adolescencia. Adolescere. 2021;IX(2):147-156.

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

**Tabla I. Adolescencias en transición del blanco y negro al color**

| Título | Director | Año | País |
|---|---|---|---|
| **Los olvidados** | Luis Buñuel | 1950 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/02/cine-y-pediatria-476-los-olvidados-no.html | | | |
| **Los cuatrocientos golpes** | François Truffaut | 1959 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2011/07/cine-y-pediatria-80-la-infancia-en-el.html | | | |
| **Los chicos** | Marco Ferreri | 1959 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/10/cine-y-pediatria-302-los-chicos.html | | | |
| **Un sabor a miel** | Tony Richardson | 1961 | Reino Unido |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2011/11/cine-y-pediatria-98-peliculas-sobre.html | | | |
| **Lolita** | Stanley Kubrick | 1962 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/06/cine-y-pediatria-491-lolita-mi-pecado.html | | | |
| **Del rosa al amarilllo** | Manuel Summers | 1963 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/10/cine-y-pediatria-352-ciertos-asuntos-de.html | | | |
| **Mouchette** | Robert Bresson | 1967 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/08/cine-y-pediatria395-mouchette-la.html | | | |
| **La naranja mecánica** | Stanley Kubrick | 1971 | Reino Unido |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/11/cine-y-pediatria-568-la-naranja.html | | | |
| **Adiós, cigüeña, adiós** | Manuel Summers | 1971 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/08/cine-y-pediatria-448-adios-ciguena.html | | | |
| **El soplo al corazón** | Louis Malle | 1971 | Francia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/03/cine-y-pediatria-688-el-soplo-al.html | | | |
| **Maravillas** | Manuel Gutiérrez Aragón | 1980 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/10/cine-y-pediatria-351-las-maravillas-de.html | | | |
| **Yo, Cristina F** | Uli Edel | 1981 | Alemania |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/03/cine-y-pediatria-635-de-cristina-f.html | | | |
| **El club de los cinco** | John Hughes | 1985 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/01/cine-y-pediatria-629-el-club-de-los.html | | | |
| **27 horas** | Montxo Armendáriz | 1986 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/12/cine-y-pediatria-361-27-horas-la-cuenta.html | | | |

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

**Tabla II. Adolescencias que despiden el siglo XX**

| Título | Director | Año | País |
|---|---|---|---|
| **Verano en Luisiana** | Robert Mulligan | 1991 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/07/cine-y-pediatria-653-el-primer-amor-de.html | | | |
| **Mi chica** | Howard Zieff | 1991 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/06/cine-y-pediatria-598-mi-chica-un-coming.html | | | |
| **Los juncos salvajes** | André Techiné | 1994 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/06/cine-y-pediatria-442-los-juncos.html | | | |
| **Kids** | Larry Clark | 1995 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/12/cine-y-pediatria-308-kids-con-ella.htm | | | |
| **Historias del Kronen** | Montxo Armendáriz | 1995 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/10/cine-y-pediatria-301-la-generacion-x.html | | | |
| **Bienvenidos a la casa de muñecas** | Todd Solondz | 1995 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/03/cine-y-pediatria-167-bienvenido-la-casa.html | | | |
| **Manny y Lo** | Lisa Krueger | 1996 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/03/cine-y-pediatria-478-manny-y-lo-una.html | | | |
| **Pajarico** | Carlos Saura | 1997 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/10/cine-y-pediatria-614-carlos-saura-y-sus.html | | | |
| **Carreteras secundarias** | Emilio Martínez Lázaro | 1997 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/01/cine-y-pediatria-365-carreteras.html | | | |
| **Fucking Amal** | Lukas Moodysson | 1998 | Suecia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/07/cine-y-pediatria-25-lukas-moodysson-o.html | | | |
| **Barrio** | Fernando León de Aranoa | 1998 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2011/05/cine-y-pediatria-71-la-familia-y-el.html | | | |
| **Rosetta** | Jean-Pierre y Luc Dardenne | 1999 | Bélgica |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/02/cine-y-pediatria-110-la-estetica-y-la.html | | | |
| **Locos en Alabama** | Antonio Banderas | 1999 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/06/cine-y-pediatria-544-dos-coming-of-age.html | | | |

**Tabla III. Adolescencias que dan la bienvenida al siglo XXI**

| Título | Director | Año | País |
|---|---|---|---|
| **L.I.E** | Michel Cuesta | 2000 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/09/cine-y-pediatria-192-lie-la-peligrosa.html | | | |
| **Secreto compartido** | Katt Shea | 2000 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/08/cine-y-pediatria-765-el-secreto.html | | | |
| **Descubriendo a Forrester** | Gus Van Sant | 2000 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/01/cine-y-pediatria-574-descubriendo.html | | | |
| **No tengas miedo** | Montxo Armendáriz | 2001 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2011/05/cine-y-pediatria-71-no-tengas-miedo-y.htm | | | |
| **La buena vida** | David Trueba | 2002 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/11/cine-y-pediatria-358-la-buena-vida-o-no.html | | | |
| **Felices dieciséis** | Ken Loach | 2002 | Reino Unido |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/01/cine-y-pediatria-107-el-universo-de-los.html | | | |
| **Ciudad de Dios** | Fernando Meirelles | 2002 | Brasil |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/09/cine-y-pediatria-37-ciudad-de-dios.html | | | |
| **Quiero ser como Beckham** | Guinder Chada | 2002 | Reino Unido |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/11/cine-y-pediatria-305-quiero-ser-como.html | | | |
| **Soñadores** | Bernardo Bertolucci | 2003 | Reino Unido |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/02/cine-y-pediatria-581-bernardo.html | | | |
| **Planta 4ª** | Antonio Mercero | 2003 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/09/cine-y-pediatria-34-planta-4-o-la.html | | | |
| **Thirteen** | Catherine Hardwicke | 2003 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/08/cine-y-pediatria-135-catherine.html | | | |
| **Evil** | Mike Hafström | 2003 | Suecia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/10/cine-y-pediatria-404-evil-el-demonio-de.html | | | |
| **El Polaquito** | Juan Carlos Desanzo | 2003 | Argentina |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/07/cine-y-pediatria-183-el-polaquito-un.html | | | |
| **Palíndromos** | Todd Solondz | 2004 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/08/cine-y-pediatria-32-todd-solondz-y.html | | | |
| **Nápola** | Dennis Gansel | 2004 | Alemania |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/09/cine-y-pediatria-194-napola-escuelas.html | | | |
| **Machuca** | Andrés Wood | 2004 | Chile |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/11/cine-y-pediatria-408-machuca-la.html | | | |
| **El niño** | Jean-Pierre y Luc Dardenne | 2005 | Bélgica |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/02/cine-y-pediatria-111-la-estetica-y-la.html | | | |
| **Uno para todas** | Ken Kwapis | 2005 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/09/cine-y-pediatria-662-amores-de-verano.html | | | |
| **C.R.A.Z.Y.** | Jean-Marc Vallé | 2005 | Canadá |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/10/cine-y-pediatria-144-crazy-algo-mas-que.html | | | |
| **7 vírgenes** | Alberto Rodríguez | 2005 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/09/cine-y-pediatria-296-7-virgenes-y.html | | | |
| **Hard Candy** | David Slade | 2005 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/11/cine-y-pediatria-43-hard-candy-nuestra.html | | | |
| **El año que mis padres se fueron de vacaciones** | Cao Hamburger | 2006 | Brasil |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/06/cine-y-pediatria-441-el-ano-que-mis.html | | | |
| **This is England** | Shane Meadows | 2006 | Reino Unido |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/06/cine-y-pediatria-129-this-is-england-o.html | | | |
| **Quinceañera** | R. Glatzer, W. Westmoreland | 2006 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/10/cine-y-pediatria-405-quinceanera-no.html | | | |
| **Libero** | Kim Rossi Stuart | 2006 | Italia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/08/cine-y-pediatria-186-libero-los-padres.html | | | |
| **El camino de los ingleses** | Antonio Banderas | 2006 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/06/cine-y-pediatria-544-dos-coming-of-age.html | | | |
| **Lirios de agua** | Céline Sciamma | 2007 | Francia |

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

| | | | |
|---|---|---|---|
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/08/cine-y-pediatria-294-lirios-de-agua-y.html | | | |
| **Girl, Positive** | Peter Werner | 2007 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2026/01/cine-y-pediatria-835-girl-positive.html | | | |
| **LOL** | Lisa Azuelos | 2007 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2014/02/cine-y-pediatria-215-lol-universo-de.html | | | |
| **7 mesas de billar francés** | Gracias Querejeta | 2007 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/03/cine-y-pediatria-479-siete-mesas-de.html | | | |
| **Juno** | Jason Reitman | 2007 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/11/cine-y-pediatria-43-hard-candy-nuestra.html | | | |
| **La ola** | Dennis Gansel | 2008 | Alemania |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/01/cine-y-pediatria-105-la-ola-un.html | | | |
| **Déjame entrar** | Tomas Alfredsson | 2008 | Suecia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/06/cine-y-pediatria-492-dejame-entrar-en.html | | | |
| **Yo maté a mi madre** | Xavier Dolan | 2009 | Canadá |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/03/cine-y-pediatria-270-lenfant-terrible.html | | | |
| **An Education** | Lone Scherfig | 2009 | Reino Unido |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/09/cine-y-pediatria-608-education.html | | | |
| **Precious** | Lee Daniels | 2009 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/02/cine-y-pediatria-5-precious.html | | | |
| **El mejor** | Shana Feste | 2009 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/06/cine-y-pediatria-545-el-mejor-y-lo-peor.html | | | |
| **Fish Tank** | Andrea Arnold | 2009 | Reino Unido |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/05/cine-y-pediatria-19-fish-tank.html | | | |

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

**Tabla IV. Adolescencias de nuestra última década**

| Título | Director | Año | País |
|---|---|---|---|
| **Dog Pound** | Kim Chapiron | 2010 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/09/cine-y-pediatria-297dog-pound-la.html | | | |
| **Héroes** | Pau Freixas | 2010 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/10/cine-y-pediatria-457-heroes-y-el.html | | | |
| **Submarine** | Richard Ayoade | 2010 | Reino Unido |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/02/cine-y-pediatria-317-la-metamorfosis-de.html | | | |
| **Vivir para siempre** | Gustavo Ron | 2010 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/11/cine-y-pediatria-45-vivir-para-siempre.html | | | |
| **Puedes confiar en mí** | David Schwimmer | 2010 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/01/cine-y-pediatria-368-puedes-confiar-en.html | | | |
| **Cruzando el límite** | Xavi Jiménez | 2010 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2010/12/cine-y-pediatria-49-cruzando-el-limite.html | | | |
| **Una historia casi divertida** | Ryan Fleck, Anna Borden | 2010 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/04/cine-y-pediatria-118-una-historia-casi.html | | | |
| **El mito de la adolescencia** | David Robert Mitchell | 2010 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/06/cine-y-pediatria-335-el-mito-de-la.html | | | |
| **Turn Me On, Goddammit** | Jannicke Systad Jacobsen | 2011 | Noruega |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/07/cine-y-pediatria-706-turn-me-on.html | | | |
| **Maktub** | Paco Arango | 2011 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/01/cine-y-pediatria-104-maktub-lo-que-esta.html | | | |
| **El niño de la bicicleta** | Jean-Pierre y Luc Dardenne | 2011 | Bélgica |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/02/cine-y-pediatria-111-la-estetica-y-la.html | | | |
| **Iceberg** | Gabriel Velázquez | 2011 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/09/cine-y-pediatria-139-el-iceberg-de-la.html | | | |
| **Yo, Terri** | Azaz el Jacob | 2011 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/05/cine-y-pediatria-330-yo-terri-y-mi.html | | | |
| **Los niños salvajes** | Patricia Ferreira | 2011 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2012/06/cine-y-pediatria-126-adolescencias.html | | | |
| **El arte de pasar de todo** | Gavin Wiesen | 2011 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/07/cine-y-pediatria-339-el-arte-de-pasar.html | | | |
| **Tilt** | Viktor Chouchkov | 2011 | Bulgaria |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/05/cine-y-pediatria-382-tilt-solo-es-el.html | | | |
| **En la casa** | François Ozon | 2012 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/07/cine-y-pediatria-392-continuaraen-la.html | | | |
| **Joven y alocada** | Marialy Rivas | 2012 | Chile |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/07/cine-y-pediatria-601-joven-y-alocada.html | | | |
| **Las ventajas de ser un marginado** | Stephen Chobsky | 2012 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/10/cine-y-pediatria-197-las-ventajas-de.html | | | |
| **Ali** | Paco R. Baños | 2012 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/09/cine-y-pediatria-399-ali-aprende-las.html | | | |
| **Klip** | Maja Milos | 2012 | Serbia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/12/cine-y-pediatria-310-klip-adolescencias.html | | | |
| **Electrick Children** | Rebecca Thomas | 2012 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/01/cine-y-pediatria-260-electrick-children.html | | | |
| **Sister** | Ursula Meier | 2012 | Suiza |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/06/cine-y-pediatria-285-familias.html | | | |
| **Dollhouse** | Kisten Sheridan | 2012 | Irlanda |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/03/cine-y-pediatria-168-dollhouse-una-casa.html | | | |
| **Después de Lucía** | Michel Franco | 2012 | México |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/05/cine-y-pediatria-278-despues-de-lucia.html | | | |
| **Lore** | Cahe Shortland | 2012 | Alemania |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/08/cine-y-pediatria-290-lore-la-infancia.html | | | |
| **Vivir es fácil con los ojos cerrados** | David Trueba | 2012 | España |

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

| | | | |
|---|---|---|---|
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/01/cine-y-pediatria-313-vivir-es-facil-con.html | | | |
| **Los reyes del verano** | Jordan Vogt-Roberts | 2013 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/10/cine-y-pediatria-197-las-ventajas-de.html | | | |
| **La vida de Adèle** | Abdallatif Kechiche | 2013 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/11/cine-y-pediatria-200-la-vida-de-adele-y.html | | | |
| **Princesa (Han Gong-Ju)** | Lee Su-jin | 2013 | Corea del Sur |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/02/cine-y-pediatria-684-princesa-la.html | | | |
| **15 años y un día** | Gracia Querejeta | 2013 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/06/cine-y-pediatria-180-15-anos-y-un-dia.html | | | |
| **El camino de vuelta** | Nat Faxon, Jim Rash | 2013 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2013/11/cine-y-pediatria-202-el-camino-de.html | | | |
| **Joven y bonita** | François Ozon | 2013 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2014/04/cine-y-pediatria-221-joven-y-bonita-la.html | | | |
| **Heli** | Amat Escalante | 2013 | México |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/05/cine-y-pediatria-539-heli-sobrevive-al.html | | | |
| **Bajo la misma estrella** | Josh Borne | 2014 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2014/07/cine-y-pediatria-237-luchar-contra-el.html | | | |
| **Ártico** | Gabriel Velázquez | 2014 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/04/cine-y-pediatria-276-adolescencia.html | | | |
| **Mommy** | Xavier Dolan | 2014 | Canadá |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/03/cine-y-pediatria-271-lenfant-terrible.html | | | |
| **El club de los incomprendidos** | Carlos Sedes | 2014 | España |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/01/cine-y-pediatria-262-teen-movies-desde.html | | | |
| **Hambre al límite** | ara Miele | 2014 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/11/cine-y-pediatria-778-hambre-al-limite.html | | | |
| **Güeros** | Alonso Ruizpalacios | 2014 | México |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/05/cine-y-pediatria-489-gueros-donde-ser.html | | | |
| **Mustang** | Denis Gamze Ergüven | 2015 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/03/cine-y-pediatria-325-mustang-un-grito.html | | | |
| **Yo, él y Raquel** | Alfonso Gómez-Rejón | 2015 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2015/11/cine-y-pediatria-307-yo-el-y-raquel-con.html | | | |
| **Los demonios** | Philippe Lesage | 2015 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/04/cine-y-pediatria-432-los-demonios.html | | | |
| **Sparrows** | Rúna Rúnarsson | 2015 | Islandia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/08/cine-y-pediatria-447-sparrows-esos.html | | | |
| **Bang Gang: una historia de amor moderna** | Eva Husson | 2015 | Francia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/10/cine-y-pediatria-664-los-excesos-en-la.html | | | |
| **Noches de verano** | Elijah Bynum | 2015 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/10/cine-y-pediatria-664-los-excesos-en-la.html | | | |
| **9 meses** | Guillaume Senez | 2015 | Bélgica |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/04/cine-y-pediatria-642-el-acontecimiento.html | | | |
| **Ciudades de papel** | Jake Schreier | 2015 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/02/cine-y-pediatria-318-ciudades-de-papel.html | | | |
| **La cabeza alta** | Emmanuelle Bercot | 2015 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2016/04/cine-y-pediatria-326-con-la-cabeza-alta.html | | | |
| **Aurora** | Emile Deleuze | 2016 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/12/cine-y-pediatria-465-aurora-jamas.html | | | |
| **Cuando tienes 17 años** | André Téchiné | 2016 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/07/cine-y-pediatria-443-cuando-tienes-17.html | | | |
| **Rara** | Pepa San Martín | 2016 | Chile |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2017/12/cine-y-pediatria-412-rara-pero-no-tan.html | | | |
| **Park** | Sofía Exarchou | 2016 | Grecia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/03/cine-y-pediatria-426-park-generacion.html | | | |
| **Hearstone. Corazones de piedra** | Gudmundur A. Gudmudsson | 2016 | Islandia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/12/cine-y-pediatria-466-corazones-de.html | | | |
| **Tallulah** | Sian Heder | 2016 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/08/cine-y-pediatria-450-los-diferentes.html | | | |
| **Call Me by Your Name** | Luca Guadagnino | 2017 | Italia |

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA "DE CINE"

| | | | |
|---|---|---|---|
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/03/cine-y-pediatria-585-pequenos-gigantes.html | | | |
| **El viaje de Nisha** | Iram Ha | 2017 | Noruega |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/09/cine-y-pediatria-451-el-viaje-de-nisha.html | | | |
| **El libro secreto de Henry** | Colin Trevorrow | 2017 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/01/cine-y-pediatria-469-el-libro-secreto.html | | | |
| **Lady Bird** | Greta Gerwig | 2017 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/11/cine-y-pediatria-777-ladybird-ladybird.html | | | |
| **Ava** | Léa Mysius | 2017 | Francia |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/03/cine-y-pediatria-427-ava-y-el-deseo-de.html | | | |
| **Beautiful Boy. Siempre serás mi hijo** | Felix Van Groeningen | 2018 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/03/cine-y-pediatria-635-de-cristina-f.html | | | |
| **Verano del 84** | Anouk Whissell | 2018 | Canadá |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/06/cine-y-pediatria-598-verano-del-84.html | | | |
| **El vent és això** | Pere Vilà y otros | 2018 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2025/11/cine-y-pediatria-826-ara-y-aixo-era-el.html | | | |
| **Girl** | Lukas Dhont | 2018 | Bélgica |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2019/07/cine-y-pediatria-496-girl-cuando-la.html | | | |
| **Alice T.** | Randu Muntean | 2018 | Rumanía |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2025/11/cine-y-pediatria-827-alice-t-los-4.html | | | |
| **Déjame caer** | Baldvin Zophoníasson | 2018 | Islandia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/10/cine-y-pediatria-616-dejame-caer-el.html | | | |
| **Jean-François y el sentido de la vida** | Sergi Portabella | 2018 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/06/cine-y-pediatria-596-jean-francois-y-el.html | | | |
| **En los 90** | Jonah Hill | 2018 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/11/cine-y-pediatria-618-aquel-verano-de.html | | | |
| **Pájaros sin alas** | Ellen Fiske, Ellinor Hallin | 2018 | Suecia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/09/cine-y-pediatria-713-embarazo-en.html | | | |
| **Identidad borrada** | Joel Edgerton | 2018 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/04/cine-y-pediatria-586-identidad-borrada.html | | | |
| **Giant Little Ones** | Keith Behrman | 2018 | Canadá |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/03/cine-y-pediatria-585-pequenos-gigantes.html | | | |
| **Con amor, Simón** | Greg Berlanti | 2018 | EE.UU. |
| http://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2018/07/cine-y-pediatria-444-la-noria-de-la.html | | | |
| **Quiero comerme tu páncreas** | Shin'ichirô Ushijima | 2018 | Japón |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/10/cine-y-pediatria-561-quiero-comerme-tu.html | | | |
| **Carmen y Lola** | Arantxa Echevarría | 2018 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/05/cine-y-pediatria-540-carmen-y-lola.html | | | |
| **¡Sí, Dios mío, sí!** | Karen Maine | 2019 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2026/02/cine-y-pediatria-839-si-dios-mio-si.html | | | |
| **Lola** | Laurent Micheli | 2019 | Bélgica |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/10/cine-y-pediatria-613-lola-y-su.html | | | |
| **Adolescentes** | Sébastien Lifshitz | 2019 | Francia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/08/cine-y-pediatria-554-adolescentes-el.html | | | |
| **Yo, adolescente** | Lucas Santa Ana | 2019 | Argentina |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/06/cine-y-pediatria-595-yo-adolescente-la.html | | | |
| **Diecisiete** | Daniel Sánchez Arévalo | 2019 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/10/cine-y-pediatria-562-diecisiete.html | | | |
| **Skin** | Guy Nattiv, | 2019 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/09/cine-y-pediatria-559-skin-tatuajes-de.html | | | |
| **Ya no estoy aquí** | Fernando Frías de la Parra | 2019 | México |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/01/cine-y-pediatria-577-de-ya-no-estoy.html | | | |
| **Bendita adolescencia** | Jason Orley | 2019 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/02/cine-y-pediatria-630-bendita.html | | | |
| **Pirañas: los niños de la Camorra** | Claudio Giovannesi | 2019 | Italia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/09/cine-y-pediatria-558-piranas-los-ninos.html | | | |
| **La inocencia** | Lucía Alemany | 2019 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/09/cine-y-pediatria-557-la-inocencia-que.html | | | |
| **A dos metros de ti** | Justin Baldoni | 2019 | EE.UU. |

# ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE LA VIDA “DE CINE”

| | | | |
|---|---|---|---|
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/05/cine-y-pediatria-541-dos-metros-de-ti.html | | | |
| **Butter** | Paul A. Kaufman | 2020 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/01/cine-y-pediatria-681-butter-y-cerdita.html | | | |
| **Oasis** | Korisnici, Ivan Ikic | 2020 | Serbia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/09/cine-y-pediatria-767-oasis-para-ese.html | | | |
| **Las niñas** | Pilar Palomero | 2020 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/03/cine-y-pediatria-583-las-ninas-musitan.html | | | |
| **Nunca, casi nunca, a veces, siempre** | Eliza Hittman | 2020 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2021/08/cine-y-pediatria-607-nunca-casi-nunca.html | | | |
| **Guapis** | Maïmouna Doucouré | 2020 | Francia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2020/10/cine-y-pediatria-560-guapis-reflexiona.htm | | | |
| **Todos hablan de Jamie** | Jonathan Butterell | 2021 | Reino Unido |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/10/cine-y-pediatria-667-todos-hablan-de.html | | | |
| **Libertad** | Clara Roquet | 2021 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/04/cine-y-pediatria-638-libertad-divino.html | | | |
| **Sweetheart** | Marley Morrison | 2021 | Reino Unido |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/09/cine-y-pediatria-662-amores-de-verano.html | | | |
| **Chavalas** | Carol Rodríguez Colás | 2021 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/02/cine-y-pediatria-632-chavalas.html | | | |
| **No te quiero** | Lena Lanksih | 2021 | Rusía |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2025/11/cine-y-pediatria-829-no-te-quiero-desde.html | | | |
| **Licorice Pizza** | Paul Thomas Anderson | 2021 | EE.UU. |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/10/cine-y-pediatria-666-el-amor-juvenil-de.html | | | |
| **Las leyes de la frontera** | Daniel Monzón | 2021 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2022/02/cine-y-pediatria-630-bendita.html | | | |
| **Nada** | T.P. Christensen, S. McNally | 2022 | Dinamarca |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/05/cine-y-pediatria-749-nada-el-otro-dogma.html | | | |
| **Close** | Lukas Dhont | 2022 | Bélgica |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/12/cine-y-pediatria-727-close-tan-cerca-y.html | | | |
| **Beautiful Beings** | Guðmundur A.Guðmundsson | 2022 | Islandia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/04/cine-y-pediatria-747-beautiful-beings.html | | | |
| **La maternal** | Pilar Palomero | 2022 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2023/05/cine-y-pediatria-697-la-maternal-drama.html | | | |
| **How to Have Sex** | Molly Manning Walker | 2023 | Reino Unido |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/08/cine-y-pediatria-762-how-to-have-sex.html | | | |
| **Paradise is Burning** | Mika Gustafson | 2023 | Suecia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/11/cine-y-pediatria-775-paradise-is.html | | | |
| **HLM Pussy** | Nora el Hourch | 2023 | Francia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2025/01/cine-y-pediatria-784-hlm-pussy.html | | | |
| **El amor de Andrea** | Manuel Martín Cuenca | 2023 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2025/12/cine-y-pediatria-830-el-amor-de-andrea.html | | | |
| **El consentimiento** | Vanessa Filho | 2023 | Francia |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2026/04/cine-y-pediatria-849-el-consentimiento.html | | | |
| **Con los pies en la tierra** | David Wnendt | 2023 | Alemania |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2024/05/cine-y-pediatria-748-con-los-pies-en-la.html | | | |
| **Las chicas de la estación** | Juana Macías | 2024 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2025/05/cine-y-pediatria-799-las-chicas-de-la.html | | | |
| **Extraño río** | Jaume Claret Muxart | 2025 | España |
| https://www.pediatriabasadaenpruebas.com/2026/03/cine-y-pediatria-843-extrano-rio-la.html | | | |

# LIBROS RECOMENDADOS POR LOS PONENTES

## ADOLESCENCIA

- ***Prepárate para la vida.*** Álvaro Bilbao. Plataforma Editorial S.L. 2024.
- ***El desafío de la adolescencia***. Montserrat Graell Berna. Espasa 2024.
- ***Cómo hablar para que los adolescentes le escuchen y cómo escuchar para que los adolescentes le hablen***. Faber, A.; Mazlish, E. Ediciones Medici. 2006.
- ***La travesía de la adolescencia.*** Ríos Sarrió, A. Plataforma Editorial; 2026.
- ***Quiéreme cuando menos me lo merezca ...porque es cuando más lo necesito.*** Jaume Funes Ed. Paidós 2018.
- ***Adolescentes: "Qué maravilla"***. Eva Bach. Plataforma Editorial 2008.

## SEPARACIONES

- ***El divorcio que nos une.*** Eva Bach y Cecilia Martí. Plataforma Editorial 2023.

## EDUCACIÓN

- ***Criar sin complejos.*** Mª Angustias Salmerón Ruiz Editorial Edaf, S.L 2018.
- ***Las casas de Lua***. Elisabet Silvestre y Lorena Glave. Editorial OTROS 2026.
- ***Los primeros mil días***. ***Hábitos para un embarazo, una infancia y una vida saludables***. Elisabet Silvestre y Elena Codina. Rba Integral 2024.
- ***Ser padres conscientes***.
  Daniel J. Siegel y Mary Hartzell. Ediciones la Llave 2023.
- ***Cómo criar un niño seguro.***
  Hoffman, K, Cooper, G y Powell, B . Omega-Medici 2019.
- ***Amame para que me pueda ir.*** Soler J. , Conangla M. Ed. Amat 2013.
- ***Educar en el asombro.*** Catherine L'Ecuyer Plataforma Editorial 2012.
- ***Qué hay que enseñar a los hijos.*** Victoria Camps Proteus Editorial 2009.
- ***Cine y Pediatría (XV volúmenes)*** Javier Gonzalez de Dios. Lua Ediciones 2026.

# LIBROS RECOMENDADOS POR LOS PONENTES

## TECNOLOGÍAS

- ***Reset Digital.*** Mª Angustias Salmerón Ruiz Editorial Edaf, S.L. 2025.
- ***Infancia y adolescencia libre de dispositivos***.
  Tamar Awad Parada. Editorial Marcombo 2026.
- ***Cómo las pantallas devoran a nuestros hijos.***
  Francisco Villar Cabeza. Herder Editorial. 2023 Adictos o amantes.
  José Ramón Ubieto. Editorial Octaedro, S.L. 2023.
- ***Conectados***. Laura Cuesta Cano. Editorial Molino. 2024.

## NEUROCIENCIA

- ***Tormenta cerebral. El poder y el propósito del cerebro adolescente.***
  Siegel, D. J. Alba Editorial; 2014.
- ***El cerebro del adolescente***. David Bueno. Grijalbo, 2022.
- ***El cerebro adolescente***. Frances E. Jensen RBA libros 2019.
- ***Neuronas en crecimiento***. Mª José Mas. Editorial Vergara 2026.

## SUEÑO

- ***Generación zombi.*** Javier Albares. Ediciones Península 2025.
- ***El sueño es vida***. Gonzalo Pin Arboledas. Ed. Planeta 2023.
- ***Cronobiología: una guía para descubrir tu reloj biológico***.
  J.A. Madrid. Plataforma Editorial 2022.

## SEXUALIDAD

- ***Éso no es sexo: ¡Otra educación sexual es urgente!.***
  Marina Marroquí Esclapez. Ed Crossbooks 2023.
- ***Cuando la cigüeña empezó a ver porno.***
  Miriam Al Adib Mendiri y Diana Al Azem. Alienta Editorial 2025.