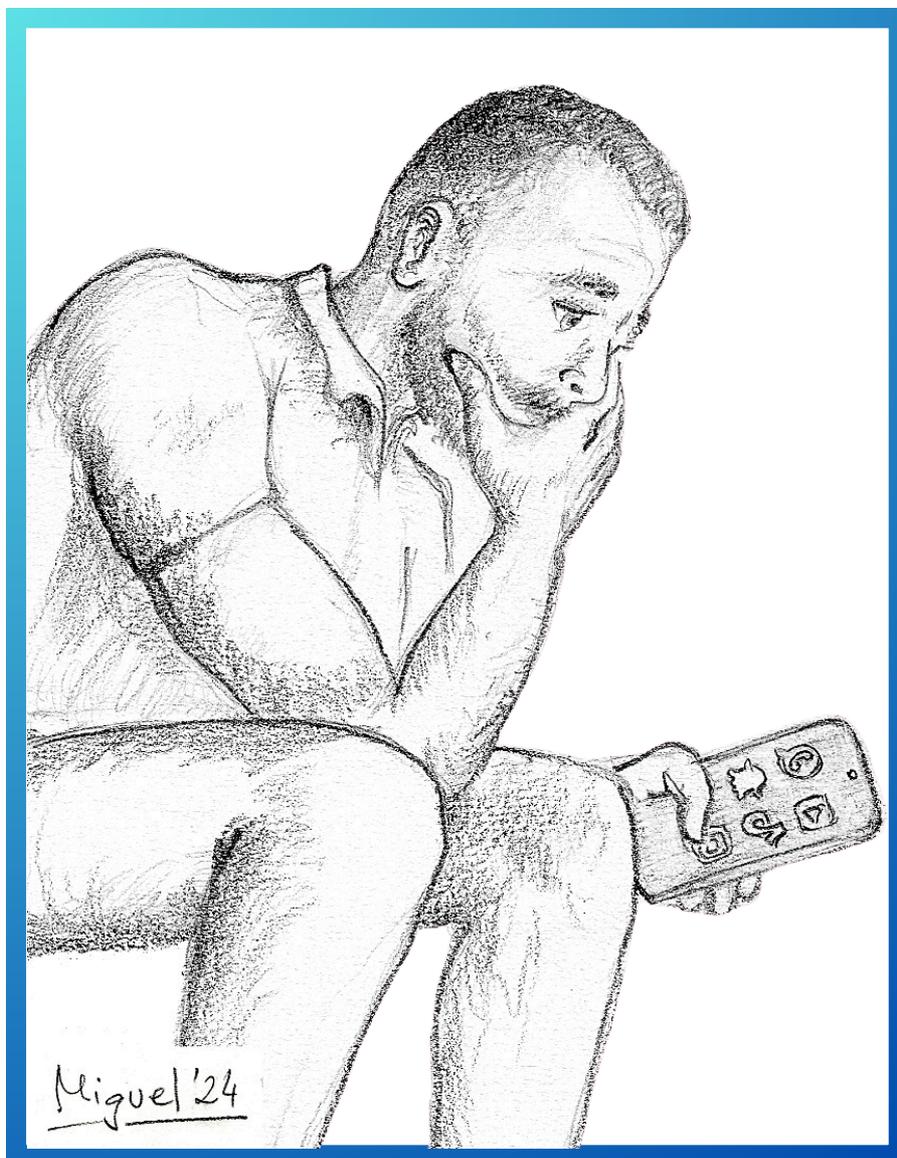


XIII CURSO
para **PADRES** de
ADOLESCENTES

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



Sábado, 16 de noviembre 2024

Ilte. Colegio Oficial de Médicos de ALICANTE

Organizado por:



Con la colaboración de:



Índice

Presentación	07
Programa	09
Conferenciantes e ilustración	11
Sexualidad en adolescentes	12
Educación afectivo-sexual:	18
El sueño en la adolescencia	24
Las Tecnologías	31
Protección integral al menor en medios digitales	34
El cerebro adolescente	46
Manifestaciones especiales de los trastornos del neurodesarrollo durante la adolescencia	49
Pertenencias y dependencias	60
Libros recomendados	65

PRESENTACIÓN

“El aumento exponencial de los casos de disforia de género en adolescentes, confunde a Europa“

“Las agresiones sexuales cometidas por menores aumentan un 45,8% en un solo año”

“ 1 de cada 5 adolescentes en España tendrá una enfermedad mental “

...

Son noticias que se han hecho habituales en los medios de comunicación, y que no nos deben dejar insensibles

Tenemos que intentar parar éstas tragedias por las que pasan algunos de nuestros adolescentes

Debemos **pensar** qué hemos hecho mal como padres y como sociedad para llegar a ésto, y sobre todo, qué podemos hacer para cambiarlo

¡Y **actuar!** Ya no se puede seguir esperando

Si como padres la tarea les desborda, no se rindan (son su red de seguridad) y pidan ayuda. No están solos. Los ponentes de este curso han venido a contarles que hay recursos suficientes para que, entre todos, cambiemos el rumbo de los acontecimientos e intentemos mejorar el presente y el futuro de sus hijos.

PARAR. PENSAR. ACTUAR



Dr. José P. Valdés Rodríguez.
Director del Curso

PROGRAMA

8:30 Recogida de la documentación

9:00 Inauguración, presentación y normas del curso

9:30 SEXUALIDAD en adolescentes

- Bases biológicas: En el sexo está la diferencia. Ana Pilar Nso
- Educación afectivo-sexual: Quién, cómo y cuándo. Teresa Díez

10:30 Coloquio

11:00 Descanso

11:30 La importancia de los hábitos de salud: EL SUEÑO. Gonzalo Pin

12:00 Coloquio

12:30 Les hemos cambiado la vida: LAS TECNOLOGÍAS

- "Me siento en el caos: ¿Qué hacemos los padres con las pantallas en casa?"
María Salmerón
- Protección integral al menor en medios digitales: ¿Hacia dónde vamos?
Mar España

16:00 El CEREBRO adolescente

- La evolución normal: entendiendo sus comportamientos. Salvador Martínez
- Adolescentes con necesidades especiales:
- Trastornos del neurodesarrollo: TDHA, espectro AUTISTA Francisco Carratalá
- Dependencias: cómo se llega a ellas..., cómo se sale Luis Rodríguez

17:30 Coloquio

18:00 Clausura

CONFERENCIANTES E ILUSTRADOR

DIRECTOR DEL CURSO

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

CONFERENCIANTES

Francisco Carratalá Marco Neuropediatría. Médico adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital de San Juan. Profesor titular de la Universidad Miguel Hernández. Alicante

Teresa Diez Sales. Médico especialista en Sexología y Terapia de pareja. Alicante

Mar España Martí. Directora de la Agencia Española de Protección de Datos. Madrid

Ana Pilar Nso Roca Endocrinóloga Infantil. Médico adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital de San Juan. Alicante

Salvador Martínez Pérez. Catedrático de Anatomía y Embriología Humana. Instituto de Neurociencias (UMH-CSIC). Alicante

Gonzalo Pin Arboledas. Especialista en Medicina de los Trastornos del Sueño. Unidad de Sueño Clineva Valencia

Luis Rodríguez Fernández. Psicólogo. Profesor asociado de la Universidad Miguel Hernández. Terapeuta del Servicio de Orientación Familiar del Ayuntamiento de Alicante

María Salmerón Ruiz. Pediatra. Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Ruber Internacional. Madrid

ILUSTRACIÓN

Miguel Valdés Bolufer



SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Bases biológicas: en el sexo está la diferencia.

Dra. Ana Pilar Nso

La **adolescencia** es una etapa de profundos cambios tanto a nivel físico como emocional, lo que puede generar incertidumbre tanto para los adolescentes como para sus padres. Este texto busca proporcionar una visión clara y detallada sobre las bases biológicas de la pubertad y la adolescencia, los cambios característicos de esta fase de la vida y algunos de los principales desafíos a los que pueden enfrentarse los jóvenes en este periodo.

La **pubertad** es el proceso biológico que marca el inicio de la adolescencia y está regulada principalmente por el sistema hormonal. Durante esta etapa, las glándulas endocrinas, como los ovarios (en las niñas) y los testículos (en los niños), liberan hormonas (estrógenos y testosterona) que desencadenan los cambios físicos y emocionales.

Estas hormonas, por tanto, son las principales responsables de los cambios en el cuerpo, tales como el desarrollo de los caracteres sexuales, el aumento de la estatura y el inicio de la menstruación en las niñas y la producción de espermatozoides en los niños.

Dichos cambios pueden variar de una persona a otra en términos de tiempo y velocidad. A continuación, se describen algunos de los cambios más importantes que experimentan tanto las niñas como los niños:

En las niñas:

- Crecimiento de los senos: El signo que marca el inicio de la pubertad es el desarrollo del llamado botón mamario. Esto suele comenzar entre los 9 y los 13 años.
- Crecimiento del vello púbico y axilar: Suele ser el siguiente cambio visible, aunque, en ocasiones, puede preceder al desarrollo mamario.
- Aumento de la estatura: Las niñas experimentan un estirón de crecimiento durante la pubertad, que suele ser más notorio entre los 10 y 13 años.
- Inicio de la menstruación: La menarquia (primera menstruación) es un hito importante en la adolescencia femenina. Suele aparecer en una media de 1,5 años desde el inicio del desarrollo mamario. A pesar de la creencia habitual, el crecimiento continúa tras la menarquia, aunque de forma más lenta, pudiendo sumar entre 4 y 11 cm a la talla.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Bases biológicas: en el sexo está la diferencia.

-Cambios en la distribución de grasa corporal: Durante la pubertad, el cuerpo femenino comienza a almacenar más grasa en las caderas, muslos y mamas.

En los niños:

-Crecimiento testicular y peneano: El primer signo de pubertad en los niños es el aumento del tamaño de los testículos por encima de los 4 centímetros cúbicos.

-Crecimiento del vello púbico, facial y corporal: El vello comienza a crecer en áreas como las axilas, el rostro y el pubis.

-Crecimiento de la estatura y cambio en la voz: Los niños experimentan un estirón de crecimiento durante la pubertad, generalmente entre los 12 y 16 años. También, la voz se vuelve más grave debido al agrandamiento de la laringe y el engrosamiento de las cuerdas vocales.

-Aumento de la masa muscular: El cuerpo de los varones tiende a desarrollar más músculo en comparación con el de las niñas, en respuesta a los niveles crecientes de testosterona.

Durante este periodo del desarrollo, es importante que las familias presten atención a los cambios y consulten con un profesional si detectan que algo no evoluciona bien.

Es importante, por ejemplo, mantener una nutrición equilibrada para evitar el sobrepeso y otros trastornos nutricionales. En caso de detección de asimetría mamaria, desarrollo mamario en el varón o acné importante, consulten con un profesional.

Además de este desarrollo físico, durante la adolescencia, se producen cambios emocionales estrechamente relacionados con las variaciones hormonales y el desarrollo cerebral. Durante esta etapa, el cerebro sigue madurando, especialmente en áreas relacionadas con la toma de decisiones, el autocontrol y la gestión de las emociones. Es esta inmadurez del cerebro la que puede explicar por qué los adolescentes a menudo toman decisiones impulsivas o son más susceptibles a las emociones intensas.

Los adolescentes pueden experimentar una amplia gama de emociones, que pueden incluir:

-Inestabilidad emocional: Los cambios hormonales pueden hacer que los adolescentes pasen rápidamente de un estado de ánimo a otro.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Bases biológicas: en el sexo está la diferencia.

-Mayor sensibilidad: Muchos adolescentes se vuelven más conscientes de cómo los ven los demás y pueden ser extremadamente sensibles a las críticas o rechazos.

-Búsqueda de independencia: Esta es una etapa donde los adolescentes comienzan a distanciarse de los padres y buscan una mayor autonomía.

-Confusión de identidad: Durante la adolescencia, los jóvenes comienzan a formar su identidad personal, lo que puede generar confusión e inseguridades.

-Influencia de los pares: Los amigos y el grupo de pares cobran un papel central en la vida de los adolescentes y pueden influir en su comportamiento, valores y decisiones.

Esta etapa de la vida, también se caracteriza por el desarrollo de la sexualidad. La sexualidad no se refiere sólo al acto sexual, sino que abarca también los sentimientos, la atracción, la intimidad, las experiencias y cómo las personas se identifican y expresan a sí mismas en un contexto sexual y afectivo.

La adolescencia es una etapa en la que muchos jóvenes comienzan a experimentar sus primeras relaciones sexuales. Conviene saber que, según la legislación actual, la edad de consentimiento sexual son los 16 años. Además, es importante recordar que la actividad sexual no debe ser impulsada por la presión de los pares o por expectativas sociales. Los adolescentes deben entender que las relaciones deben basarse en el respeto y el mutuo acuerdo. El consentimiento es un tema crucial que debe abordarse con los adolescentes, ya que muchos no comprenden completamente lo que significa dar o recibir consentimiento. Es fundamental que entiendan que el consentimiento debe ser claro, libre y continuo, y que cualquier acto sexual sin consentimiento es una violación. Los adolescentes también deben estar informados sobre los recursos disponibles en caso de ser víctimas de agresión sexual, como líneas de ayuda y servicios médicos y legales.

Este posible inicio de la actividad sexual puede conllevar un mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre otras cosas. Las conversaciones sobre consentimiento, respeto mutuo, y el uso responsable de métodos anticonceptivos son esenciales para que los adolescentes tengan relaciones sexuales seguras y saludables.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Bases biológicas: en el sexo está la diferencia.

Las ETS, como el virus del papiloma humano (VPH), la gonorrea, el herpes genital, la clamidia y el VIH, son una preocupación importante en esta etapa. Es fundamental, por tanto, que los padres hablen abiertamente con sus hijos sobre la importancia de la protección y el uso de métodos anticonceptivos, como los preservativos, para reducir el riesgo de contraer ETS.

El acceso a la información y la educación sexual basada en evidencias científicas es crucial para que los adolescentes tomen decisiones informadas y seguras respecto a sus relaciones sexuales.

Otra esfera de la sexualidad, es la identidad de género, es decir, el sentido interno de ser hombre, mujer o algo distinto. Es importante distinguir entre sexo biológico (características físicas) e identidad de género (cómo una persona se identifica).

El **sexo biológico** se refiere a las características físicas y biológicas que distinguen a los individuos como masculinos o femeninos desde una perspectiva biológica. Estas características incluyen:

-Cromosomas: Generalmente, los individuos con cromosomas XX se clasifican como mujeres y aquellos con cromosomas XY como hombres. Sin embargo, existen variaciones cromosómicas que no encajan en estas categorías, como en el caso de las personas intersexuales.

-Órganos sexuales internos: Las gónadas, testículos u ovarios

-Los genitales externos: pene o vulva.

La identidad de género es la percepción interna y profunda que una persona tiene de su propio género. Es cómo una persona se identifica y se siente respecto a ser hombre, mujer, una combinación de ambos, o ninguno de los dos.

Algunos aspectos clave de la identidad de género incluyen:

-Cisgénero: Cuando la identidad de género de una persona coincide con el sexo biológico que se le asignó al nacer. Por ejemplo, una persona nacida con genitales femeninos que se identifica como mujer.

-Transgénero: Cuando la identidad de género de una persona no coincide con el sexo biológico asignado al nacer. Por ejemplo, una persona nacida con genitales masculinos que se identifica como mujer.

-No binario: Se refiere a aquellas personas cuya identidad de género no encaja exclusivamente en las categorías de hombre o mujer.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Bases biológicas: en el sexo está la diferencia.

-Género fluido: Algunas personas experimentan su identidad de género como algo flexible o cambiante a lo largo del tiempo.

-Agénero: Son personas que no se identifican con ningún género.

Para algunos, esta identidad puede coincidir con el sexo que se les asignó al nacer mientras que para otros puede no ser así. La disforia de género se refiere a la incomodidad o angustia que puede surgir cuando hay una discrepancia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género sentida.

Es fundamental que los padres ofrezcan apoyo y comprensión a sus hijos mientras exploran su identidad de género. La disforia de género puede afectar profundamente la salud mental de los adolescentes, por lo que el acceso a profesionales de la salud especializados y un entorno familiar comprensivo son esenciales para el bienestar del joven. Es crucial que tanto padres como profesionales aborden este tema con apertura y sin juicios, creando un espacio

seguro para que los adolescentes puedan reafirmarse en sus emociones, hagan preguntas y expresen sus dudas.

Es natural y necesario que apoyemos a nuestros hijos en cada etapa de su vida, incluyendo cuando están explorando su identidad de género. Queremos que sepan que siempre contarán con nuestro amor y comprensión, y que estamos aquí para acompañarlos en su camino, escuchándolos sin juzgarlos.

Sin embargo, como padres también tenemos la responsabilidad de asegurarnos de que cualquier decisión que tomen sea verdaderamente suya y no influenciada por factores externos, como la presión de las redes sociales o las tendencias pasajeras. Es importante que, en este proceso de autodescubrimiento, tomemos el tiempo necesario para reflexionar juntos y asegurarnos de que sus decisiones sean genuinas y estén bien fundamentadas.

Debemos crear un espacio de diálogo abierto, en el que puedan expresarse libremente y, al mismo tiempo, nos tomemos el tiempo necesario para entender más profundamente sus sentimientos, sin apresurarnos a conclusiones, y manteniendo siempre su bienestar emocional y físico como nuestra prioridad.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Bases biológicas: en el sexo está la diferencia.

La adolescencia, por tanto, es un periodo crítico en el desarrollo de un ser humano, lleno de cambios físicos, emocionales y sociales que pueden generar desafíos tanto para los jóvenes como para sus padres. La mejor manera de apoyar a los adolescentes durante este tiempo es a través de la comunicación abierta, el acceso a la información correcta y un entorno familiar comprensivo y seguro.

Los padres desempeñan un papel clave en guiar a sus hijos a través de esta etapa, ayudándolos a tomar decisiones informadas, a desarrollar una identidad sólida y a navegar los desafíos que la vida les presenta.

Páginas Web Recomendadas

<https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/Paginas/default.aspx>
(American Academy of Pediatrics)

<https://kidshealth.org/es/parents/>

<https://www.unicef.es/blog/infancia/adolescencia-que-es-y-que-edad-empieza>

<https://www.plannedparenthood.org/>

<https://es.familydoctor.org/>

EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL: Quién, cómo y cuándo

Dra. Teresa Díez

José Antonio Marina (escritor, filósofo) nos recuerda que “todos somos responsables de la educación de los niños que se crían en nuestro grupo social” y “todos, cada uno desde su puesto en la sociedad, debemos retomar nuestro papel y enseñar a vivir”.

En el caso de la educación afectivo sexual es más importante que la escuela y familia sean congruentes en su mensaje, para no provocar disonancias cognitivas ni emocionales en los niños y adolescentes. Generar espacios de intimidad, propiciar oportunidades de encuentro y crecimiento compartido en las familias y en la escuela.

Enseñar a los menores a poder usar de manera responsable y placentera su libertad, de tal forma que puedan construir relaciones que les hagan sentirse bien a ellos mismos y a los demás.

Vamos a continuar con un poco de historia de cómo se fueron instaurando las bases de la Educación sexual. Un paso importante, en la Planificación Familiar, fue la Conferencia Internacional de derechos humanos en Nueva York el 13 de mayo de 1968, que consideró a la Planificación Familiar un derecho fundamental del ser humano, se la denominó la Proclamación de Teherán, y declara inequívocamente que: "Los padres tienen el derecho humano básico de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos".

En España y en nuestra comunidad, la Generalidad Valenciana reguló con el decreto 149 de mayo de 1986, la prestación de servicios en materia de Planificación familiar y sexualidad, creando los Centros de Planificación Familiar, dotados de profesionales, donde se podía dar información sobre métodos anticonceptivos, reproducción, prevención de cáncer, y Sexualidad, que en un primer lugar dependían de los Ayuntamientos, aunque estaban incluidos en el Servicio Valenciano de Salud.

La Planificación familiar va unida a la salud sexual, y permitió separar la vivencia de la sexualidad de la reproducción, facilitando, sobre todo, a las mujeres vivir la sexualidad sin temor al embarazo.

Dentro de los servicios que llevan a cabo los Centros de Planificación Familiar, que en este momento actual se llaman Centros de Salud Sexual y Reproductiva, los Sexólogos/as que trabajan en ellos, se encargan de todas las cuestiones que tienen que ver con la sexualidad, desde orientación, consejo, asesoramiento de parejas, y la educación sexual.

EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL: Quién, cómo y cuándo

La Educación sexual, desde los 90 en los centros educativos de la comunidad Valenciana se lleva a cabo por los sexólogos, monitores de educación sexual y los profesores de los centros educativos, o el personal sanitario (enfermeras, matronas) formados por dichos sexólogos, así como charlas, talleres dirigidos a padres y jóvenes en los centros educativos que así lo solicitan.

Actualmente existe un programa de educación sexual (PIES) que se realiza en los centros educativos de la Comunidad Valenciana, que lo soliciten, pero sigue siendo una elección del Centro educativo y /o el interés de los profesores. El contenido, la mayoría de las veces, está dedicado a prevenir y evitar riesgos de contagio de la ETS, la prevención de embarazos, métodos anticonceptivos etc.

La Educación Integral en Sexualidad (EIS) que propone la UNESCO (2018) es un proceso basado en un currículo para enseñar y aprender sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, las niñas y los y las jóvenes con conocimiento, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: mejorar la salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus decisiones afectan a su bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de sus vidas y asegurarse de protegerlos.

La Ley 26/2018, de la Generalitat Valenciana, Derechos y Garantías de la infancia y adolescencia, nos habla en el art.38 “Las Consellerias competentes en materia de educación y salud pública, de manera conjunta y coordinada, proporcionarán a las personas menores de edad una educación afectivo-sexual que les permita desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones informadas en este ámbito, reconociendo el derecho a la sexualidad. Las acciones educativas se desarrollarán preferentemente en el ámbito escolar y adoptarán una perspectiva inclusiva y de género, reconociendo la diversidad afectivo-sexual, y atendiendo especialmente a personas con diversidad funcional o discapacidad y a otros colectivos que requieran una actuación educativa compensatoria”

Desde que se concibe nuestro bebe, estamos educando, en la forma de hablarle, de preparar su venida, de ir conformando un lugar para él, tanto físico como simbólico. Cuando llegue, nosotros sus padres y la familia extensa que le rodee serán un modelo para él, tanto en nuestras relaciones, como en la forma de tratarlo. Estaremos muy preocupados por que se sienta seguro y querido y esta es la mejor educación afectiva que podemos darle, luego iremos adaptándonos a sus necesidades de afecto, cuidado, ternura, dándole también un modelo de amor y respeto entre sus padres, que van a ser sus guías y le van a ir preparando para su relación con sus iguales.

EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL:

Quién, cómo y cuándo

Siempre nos acordaremos de nuestra infancia, leeremos, preguntaremos e iremos formándonos nosotros para dar lo mejor de nosotros mismos, cometeremos errores y tendremos dudas, pero seguiremos luchando para transmitirle que el o ella son importantes y únicos.

Conforme van creciendo las necesidades y demandas de estos niños y niñas, va a ser diferente y nosotros tendremos que adaptarnos, permitiendo que vayan tomando sus decisiones, a pequeña escala, y que aprendan que sus decisiones pueden tener consecuencias, para ellos y también en los demás, pero nuestra labor es estar a su lado, apoyándolos y con una actitud de escucha.

Es necesario que los padres, que son la mayor influencia para sus hijos, en determinadas edades, creen un espacio de comunicación, donde se pueden hablar las cosas, donde compartir experiencias, podamos opinar y tomar decisiones en familia, hablar de cualquier situación, para que cuando sus hijos lleguen a la adolescencia, puedan tener un fondo creado donde compartir y contrastar sus vivencias.

Además, también decir que la sexualidad se va viviendo y cambia en la forma de expresión desde que nacemos, en la satisfacción y el placer que nos produce la nutrición, las caricias de nuestros padres, y en este recorrido, podemos ir comentando y planteando diversas formas de vivir dicha sexualidad a lo largo de nuestra vida, por ej. en la adolescencia por el descubrimiento de determinadas sensaciones placenteras, del deseo que nos pueden producir otras personas, la atracción que sentimos hacia otras personas y la necesidad de estar junto a ellas y que a veces no sabemos ni explicarlo y menos entenderlo.

Por ello es tan importante ir formando a los jóvenes, para que les ayudemos a vivir de forma saludable todos los cambios y que aprendan a diferenciar diferentes formas de vivir y elijan, la que es adecuada para ellos. Tenemos que preparar a nuestros jóvenes para que sepan diferenciar las imágenes y comportamientos que les muestran las redes sociales, que en la mayoría de las veces suelen ser falsas e inapropiadas, para algunas edades y a la vez irreales, formando a nuestros jóvenes en una vivencia de la sexualidad errónea.

Los y las jóvenes tiene que decidir qué es lo que ellos desean y necesitan, además cuando y con quién quieran experimentarlo. Muchas veces se sienten forzados a experimentar diferentes conductas alentados por el grupo y con la idea de formar parte de ellos.

Lo mejor es dar una educación sexual reglada y llevada a cabo por profesionales que les ayuden a indagar con libertad y respeto, qué es lo que ellos quieren, a aprender a conocer sus necesidades, entender sus frustraciones y darles luz en el desconocimiento de lo que

EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL: Quién, cómo y cuándo

Sienten, es decir, ponerle palabras a lo que en el fondo quieren, la mayoría de las veces van perdidos y pueden cometer errores que les pueden marcar para toda su vida.

Al encontrarse con diferentes experiencias y sensaciones, suelen tener muchas dudas, que no van a reconocer, pero están ávidos de tener conocimiento y respuestas, que si no encuentran personas que les respondan en su entorno más inmediato, sus padres, sus profesores, van a ir a buscarlas en las redes o entre iguales.

Por ello es importante crear espacios y ambiente de seguridad, donde se puedan realizar dichas preguntas y donde encuentren respuestas claras, sin sesgos y sin consejos. Tiene que darse una serie de conocimientos claros y concretos donde ellos puedan ver coherencia y sinceridad en ellos.

También el ofrecer lugares donde ellos y ellas puedan aumentar sus conocimientos, como centros de salud sexual y reproductiva, casa de la juventud, orientadores en sus centros educativos y Pediatras.

Bibliografía:

López Sánchez F. Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Ed pirámide, 2008, ISBN 9788436821987

López Sánchez F. La educación sexual de los hijos. Ed. Pirámide, 2005, ISBN 9788436819335

Marina J.A. Palabras de amor Ediciones Martínez Roca 2009 ISBN 9788484607700
Tiefer L. El sexo no es un acto natural. Ed. Talasa 1996 ISBN 9788488119476

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA para padres y adolescentes

1.El porno no mola. Este libro está escrito por Anna Salvia, psicóloga en educación y salud sexual, y Cristina Torrón, ilustradora, realizadora multimedia y escritora creadora del proyecto Menstruita. A partir de 11 años, pero leelo y valóralo según tu criterio y cómo sea ese chico o chica. Ed Montena 2024

2. Eso no es sexo ¡Otra educación sexual es urgente! La autora Marina Marroquí habla en este libro sobre las dificultades que tienen los jóvenes a la hora de entender el sexo ya que creen que el porno que ven les enseña todo lo que deben saber, que hay que acostumbrarse

EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL:

Quién, cómo y cuándo

A recibir mensajes de contenido sexual por redes sociales o que sus cuerpos no son válidos porque no coinciden con lo que se considera normativo. Ed Crossbooks 2023.

3. “Hablemos de sexo” Este libro de las autoras Cory Silverberg y Fiona Smyth se adentra en los aspectos principales de la pubertad como las hormonas, los cambios físicos o el desarrollo, pero también la relación de los y las jóvenes con la presión, el placer, la confusión y el descubrimiento. Se considera el primer libro de educación sexual integral ya que se dirige también a personas transexuales, no binarias e intersexuales y es inclusivo con las experiencias de la discapacidad. Ed Bellaterra 2022.

4. Sex FAQs. Lo que sí preguntan los adolescentes En este libro la ilustradora Marta Piedra y la psicóloga y experta en educación sexual Lara Castro-Grañén responden con humor y rigurosa información a las preguntas que los y las propias adolescentes les han formulado en distintos talleres de sexualidad impartidos en institutos de secundaria. Ed Larousse 2022.

5. Nadie nace sabiendo Álvaro Fernández es más conocido como divulgador en redes sociales como Farmacéutico Fernández. Con este libro explica de forma divertida y sencilla diferentes cuestiones básicas sobre la sexualidad y cómo funciona nuestro organismo.

6. A mí también: si la adolescencia te ataca, lee este libro. Karina M. Soto y Maite F. Tepichin. Ed Alfaguara 2017. Este álbum ilustrado se centra en los numerosos cambios que se producen en la adolescencia a nivel físico (la llegada de la menstruación, el vello o los granitos) pero también mental y tiene como objetivo acompañar y resolver las dudas sobre la pubertad, los cambios hormonales, el sexo o las primeras relaciones amorosas de los jóvenes a través de un lenguaje cercano y directo.

7. Habla con ellos de sexualidad. Este libro de Elena Crespi habla desde el punto que los hijos e hijas tienen de la sexualidad y cómo la educación sexual tiene que centrarse en sus problemas y preocupaciones. Este libro se divide en dos grandes apartados: hablar de sexualidad desde el ámbito de los padres y madres y el de los y las adolescentes. Lunwerg Editores 2019.

8. ¡Entérate!: Todo lo que nunca te han contado sobre sexo y relaciones. Este libro es una guía práctica para dar respuesta a las preguntas sobre sexo y sexualidad de una manera divertida, rápida y fácil de entender. Responde a muchas preguntas que tienen los y las jóvenes. Ediciones Martínez Roca 2020.

EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL: Quién, cómo y cuándo

9. Pussypedia Pussypedia es una obra de la periodista Zoe Mendelson y la artista visual María Conejo, una guía exhaustiva y empoderadora para la salud de las mujeres. El conocimiento es poder. El conocimiento es la herramienta para asegurar el control. Deberíamos, como mínimo, tener el poder de controlar nuestros propios cuerpos. “Para esto necesitamos mucho más acceso a la información sobre ellos”, dicen las autoras del libro. Ed Larousse 2022.

10. Sí es sí, no es no y siempre lo decido yo. Ed. Penguin Kids 2024 Esta obra de Megan Madison y Jessica Ralli está dirigida hacia niños, niñas y adolescentes como una herramienta reflexiva e inclusiva para tener la primera conversación sobre consentimiento. A partir de 5-6 años.

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA.

Sus cambios. Sus oportunidades.

Gonzalo Pin Arboledas

El objetivo de este escrito es poner al día los cambios que en el área del descanso se producen durante la adolescencia y algunas medidas que tienen como objetivo prevenir las consecuencias negativas que conlleva el no entender y asumir estos cambios.

I. De los cambios:

Actualmente, en muchos escolares, partir de los 8 años de edad, se inicia un retraso fisiológico de la secreción de melatonina y, con ello, del momento de inicio y final del sueño de alrededor de dos horas en las niñas y tres horas en los niños a lo largo de la segunda década de la vida. Es decir, entre doce y dieciocho minutos, respectivamente, cada año.

El sueño del adolescente es un área frecuentemente ignorada en la formación de sanitarios y docentes.

Este olvido, junto con el mensaje de una sociedad con actividad 24 horas al día, puede tener consecuencias en muchas áreas de la vida del adolescente y su entorno familiar:

- Por un lado, favorece el déficit crónico de sueño. En la Comunidad Valenciana, el 54,2% de los adolescentes acuden a clase de manera rutinaria, habiendo dormido menos de 8 horas cuando el tiempo de sueño medio adecuado para un adolescente oscila entre 8-9 horas.

- En segundo lugar, favorece la discrepancia de horas de sueño entre el decreciente tiempo de sueño en días escolares y el incremento de tiempo de sueño en los fines de semanas. Situación que, unida a que sólo el 10% de los adolescentes españoles de 15 años realizan al menos 1 hora de actividad física diaria, propicia el llamado "Jetlag escolar continuo del adolescente".

Esta diferencia creciente de los patrones de sueño entre días escolares y días libres está muy condicionada por los horarios académicos y de ingesta que no están programados de acuerdo con el momento evolutivo del adolescente.

Es por ello, necesario reconocer que las características del sueño del adolescente poco tienen que ver con las características del sueño en la etapa inmediatamente anterior.

Los cambios, que condicionan el sueño del adolescente, son de diversa índole:

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA.

Sus cambios. Sus oportunidades.

- A nivel neurológico y psicológico: En la adolescencia se produce un aumento del desarrollo de la parte del sistema nervioso relacionado con las emociones que no se acompaña de un aumento semejante de la parte del cerebro relacionada con las funciones más ejecutivas y planificadoras. De manera que, en muchas ocasiones, las reacciones y conductas del adolescente están más guiadas por las emociones que por el razonamiento.

- A nivel físico los cambios de las características de género se hacen evidentes.

- A nivel social se produce un cambio de modelo a imitar. Del modelo de los padres se pasa al modelo de los “pares”. La opinión del grupo de edad es más importante o pesa más que la opinión de los progenitores.

- A nivel de tiempo se produce un retraso en el momento de la secreción de la hormona melatonina que nos induce al sueño, de manera que, por necesidades biológicas, muchos adolescentes tienen una tendencia a dormirse más tarde.

- En relación con la presión de sueño o el proceso de ir acumulando la necesidad de sueño, en la adolescencia este acúmulo se produce de una manera más lenta. Por ello, a pesar de que muchos adolescentes duermen menos de lo que necesitan, cuando llega la noche no notan esa necesidad o presión de sueño.

- En la adolescencia la sensibilidad a la luz blanca es mayor por la noche y menor por la mañana. Esto condiciona que la luz de las pantallas disminuya y retrase de manera más intensa la secreción de melatonina nocturna y que la luz de la mañana no acabe de “espabilar” a primera hora al adolescente.

Como consecuencia de todo ello, la coordinación de los relojes internos que regulan el sueño y la calidad de vida de los adolescentes se altera, apareciendo lo que los científicos denominan “cronodisrupción” y favoreciendo cambios en su conducta, alimentación, actividad y rendimiento. Estos hábitos de sueño, además, pueden influir en la composición y diversidad del microbioma intestinal del adolescente, lo que puede tener implicaciones en el incremento del sobrepeso y obesidad al que estamos asistiendo.

Los horarios irregulares de sueño y alimentación favorecen un menor contraste entre iluminación diurna y oscuridad nocturna: el jetlag social o académico de los adolescentes es un factor que dificulta su calidad de sueño y el rendimiento académico. En ese sentido, acomodar los horarios académicos a esta realidad biológica ayudaría a disminuir la cronodisrupción, ya que el horario académico es la principal influencia en la organización del tiempo en la infancia y juventud; regula el tiempo de sueño condicionando su déficit crónico.

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA. Sus cambios. Sus oportunidades.

Todo ello lo resumimos en las figuras 1 y 2.

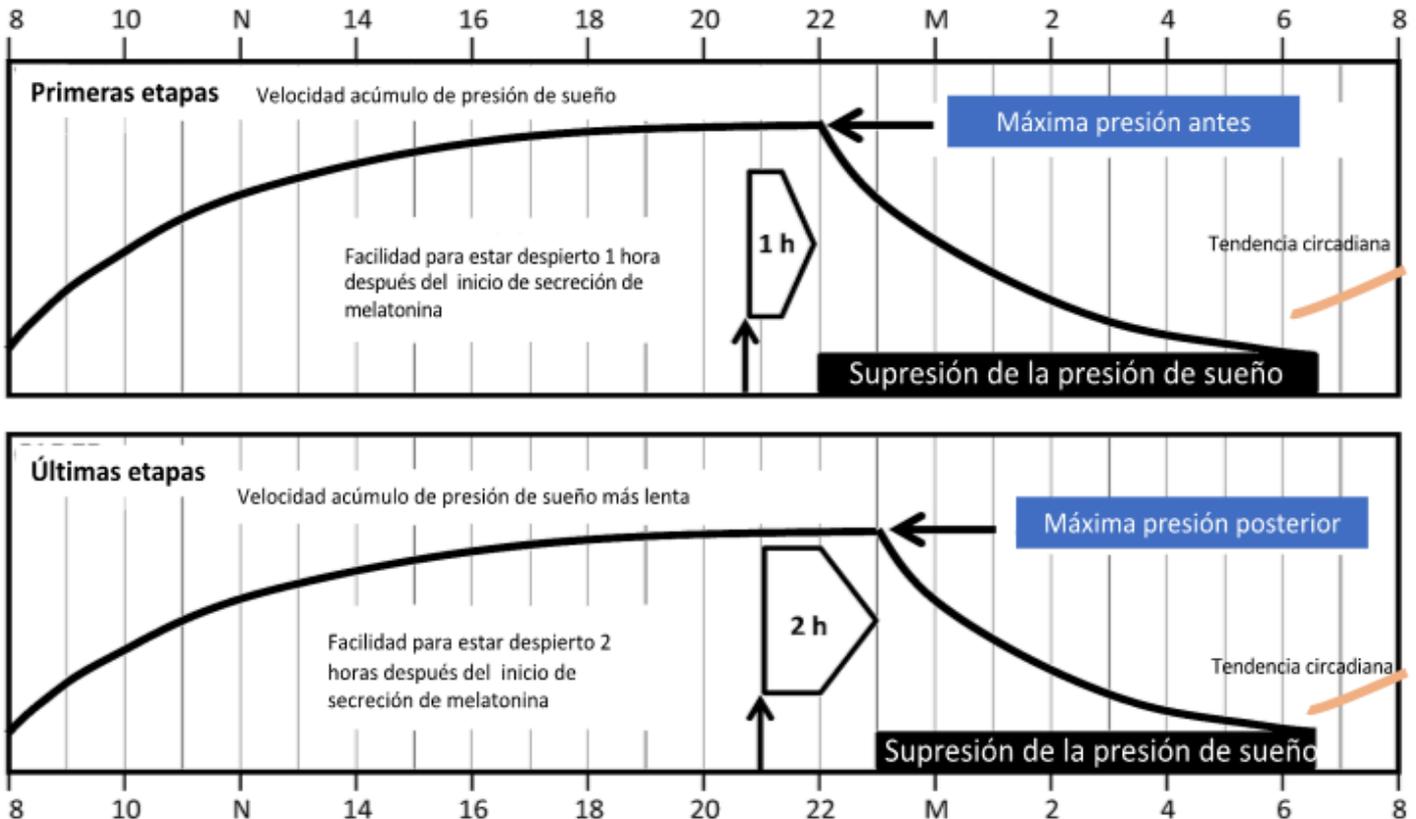


Figura 1.

Cambios en las áreas neurológica, física y social que propician la tendencia vespertina del adolescente y con ello la aparición del jetlag social con consecuencias en el área de la conducta, el aprendizaje y la nutrición.

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA. Sus cambios. Sus oportunidades.

Figura 2.



Los adolescentes mayores pueden permanecer despiertos durante un período de tiempo más largo (<2 h) después de la fase DLMO en comparación con los adolescentes más jóvenes (<1 h) debido a esta diferencia de desarrollo en la presión homeostática del sueño al final del día de vigilia.

¿Qué papel juegan en esta situación las nuevas tecnologías y el uso que de ellas hacen nuestros adolescentes?

La adicción digital y el sueño tienen una relación basada en tres ambientes:

a) La tecnología aumenta la exposición a una luz típica de las horas centrales del día, luz blanca, en las últimas horas del día. La consecuencia es un aumento todavía mayor del retraso de la secreción de melatonina y, con ello, del patrón rítmico de sueño.

b) Con respecto a la conducta disminuye el control de impulsos, la actividad física y la actividad social presencial. Entre los 13-14 años, sólo el 11,6 % de las

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA.

Sus cambios. Sus oportunidades.

adolescentes y el 24,7% de los adolescentes realizan ejercicio físico moderado diariamente, en gran medida por el sedentarismo propiciado por el uso abusivo de la tecnología.

c) En el área del sistema nervioso central disminuye la secreción de melatonina, la serotonina diurna y lo que es quizás más importante, disminuye la secreción de la sustancia que producimos cuando tenemos una recompensa que nos da placer, la dopamina. Esto favorece más la adicción a las tecnologías.

II. De las oportunidades

Todos los cambios anteriores, unidos a la falta de adaptación de los horarios académicos y tecnológicos a la realidad evolutiva de los adolescentes, favorecen la aparición de la “pobreza de tiempo” del adolescente. Es decir, impiden a los adolescentes disponer de, al menos, dos horas, para sus actividades personales más allá de la tecnología.

La educación en salud es una de las claves para cambiar el paradigma actual y hacer que los adolescentes y sus familias sean conscientes de la importancia del sueño y la actividad física.

Una comprensión más profunda de estas relaciones es crucial, ya que abordar y mitigar la falta de sueño puede conducir a mejoras significativas.

Al implementar modificaciones para prevenir un sueño inadecuado, podemos reducir potencialmente los importantes costos sociales, financieros y relacionados con la salud.

Esta educación en el ritmo de sueño se basa en las “4 A” resumidas en la Figura 3:

1. Alimentación: Adecuarla a los ritmos circadianos con horarios de comida regulares y no tardíos. Limitar el consumo de bebidas estimulantes o azucaradas, especialmente en las horas previas al sueño

2. Adecuar el uso de las tecnologías: Pactar horarios y tiempo de tecnología. Dormitorios libres de tecnología. Cargar los dispositivos fuera del dormitorio.

3. Actividad física. Potenciar la actividad física moderada, evitando la actividad física intensa cerca de la hora de dormir. Complementar estas prácticas con técnicas de relajación como meditación o yoga.

La consistencia es clave. El ejercicio regular produce mejores resultados a largo plazo para el sueño.

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA. Sus cambios. Sus oportunidades.

4. Actividad académica: Adecuar los horarios y las materias en cada etapa evolutiva del adolescente. Retrasar los inicios de los horarios escolares.

Implementar estos cambios de manera gradual y consistente puede ayudar significativamente a mejorar la calidad y cantidad de sueño en los adolescentes.

LAS 4 "A" DEL RITMO: "EL CÍCULO CUADRADO"



Figura 3.

Las cuatro "A" que nos permiten ayudar a prevenir los problemas con el sueño en la adolescencia, el camino para solucionar la cuadratura del círculo del sueño en la adolescencia.

BIBLIOGRAFIA.

I.G Anastasiades P, de Vivo L, Bellesi M, Jones MW. Adolescent sleep and the foundations of prefrontal cortical development and dysfunction. Prog Neurobiol. 2022 Nov;218:102338.

EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA.

Sus cambios. Sus oportunidades.

2. Martínez-Gómez J, Fernández-Alvira JM, de Cos-Gandoy A, Bodega P, de Miguel M, Tresserra-Rimbau A, et al. Sleep duration and its association with adiposity markers in adolescence: a cross-sectional and longitudinal study. *European Journal of Preventive Cardiology* (2023) 30, 1236–1244.
3. Boatswain-Jacques AF , Dusablon C, Cimon-Paquet C, YuTong Guo E, Ménard R, Matte-Gagné C, et al. From early birds to night owls: a longitudinal study of actigraphy-assessed sleep trajectories during the transition from pre- to early adolescence. *Sleep*. 2023 Nov 8;46(11).
4. Bonmatí-Carrión, MA, Rol MA. Melatonin as a Mediator of the Gut Microbiota–Host Interaction: Implications for Health and Disease. *Antioxidants*.2024,13,34. doi:10.3390/antiox13010034.
5. Hale L, Mathew GM. Emerging research on circadian misalignment and cardiometabolic health of adolescents. *Sleep*.2024; 47(1). doi: 10.1093/sleep/zsad291.
6. Crowley SJ, Van Reen E, LeBourgeois MK, Acebo C, Tarokh L, Seifer R et al. (2014) A Longitudinal Assessment of Sleep Timing, Circadian Phase, and Phase Angle of Entrainment across Human Adolescence. *PLoS ONE* 9(11): e112199. doi:10.1371/journal.pone.0112199.
7. Lim DC, Najafi A, Afifi L, Bassetti CLA, Buysse DJ, Han F, et al, on behalf of the World Sleep Society Global Sleep Health Taskforce. The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. *Lancet Public Health* 2023; 8: e820- 26. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(23\)00182-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(23)00182-2.pdf).
8. Campbell IG , Zhang ZY, Grimm KJ. Sleep restriction effects on sleep spindles in adolescents and relation of these effects to subsequent daytime sleepiness and cognition. *Sleep*. 2023 May 10;46(5):zsad071.doi: 10.1093/sleep/ zsad071.
9. Malika N, van Dyk TR, Alemi Q , Belliard JC, Fisher C, Ortiz L, et al. What's keeping kids up at night? How psychosocial stressors exacerbate the relationship between sleep and mental health. *Public Health Chall*. 2023; 2: e95.
10. Dresch-Langley B, Hutt A. Digital Addiction and Sleep. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 5;19(11):6910.

LAS TECNOLOGÍAS

Me siento en el caos: ¿Qué hacemos los padres con las pantallas en casa?

María Salmerón Ruiz

En los últimos veinte años, el conocimiento sobre el impacto de los medios digitales en la salud ha evolucionado y cambiado drásticamente. Hoy en día, sabemos cosas que antes desconocíamos y probablemente, en los próximos meses, la ciencia será aún más contundente. Esa es la razón por la que los médicos estudiamos permanentemente y estamos abiertos a cambios cuando la ciencia lo requiere.

Estamos ante un fenómeno nuevo con muchos mensajes contradictorios. Es complejo tomar decisiones a nivel familiar en la situación actual. Resulta curioso que el sistema educativo sea la puerta de entrada a las pantallas. Otro momento complicado es la adolescencia, debido a la presión social.

La evidencia científica sobre el efecto de las pantallas en la salud es mayor que la que llevó hace unos años a la decisión de proteger a los fumadores pasivos mediante la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos. Hace poco tiempo se fumaba en restaurantes o centros sanitarios.

Recomiendo a las familias replantearse el papel de las pantallas en el hogar y trazar un plan para disminuir su consumo tanto en los padres como en los hijos. La Asociación Española de Pediatría (AEP) cuenta con una herramienta que se revisará anualmente para actualizar las recomendaciones según los cambios en la evidencia científica. Está disponible en esta web: <https://plandigitalfamiliar.aeped.es/>

A continuación, se resumen los efectos de las pantallas en la salud física y algunas recomendaciones para disminuir el impacto.

Tabla 1. Impacto de los medios digitales en la salud física

Sueño	Insomnio de conciliación. Disminución de la somnolencia nocturna. Reducción de la secreción de melatonina. Retraso del reloj circadiano. Alteración de las fases del sueño. Tener el teléfono en la habitación aumenta la afectación del sueño.
-------	--

LAS TECNOLOGÍAS

Me siento en el caos: ¿Qué hacemos los padres con las pantallas en casa?

	El déficit de sueño genera: ánimo depresivo, comportamientos externalizantes, disminución de la autoestima, dificultades en el afrontamiento y alteraciones en el desarrollo cerebral.
Alimentación	Mayor ingesta de energía. Dieta menos saludable por ingesta de alimentos hipercalóricos. Mayor riesgo de obesidad. Menor calidad de la dieta en la adolescencia temprana.
Actividad física	Los adolescentes que ya son inactivos pasan más tiempo usando pantallas. Limitar el uso de pantallas aumenta la AF.
Riesgo cardiovascular	Mayor riesgo de desarrollar Síndrome metabólico. Menor tiempo de pantalla y más pasos: menor presión arterial diastólica y HDL más alto.
Fatiga Visual Digital	Ojo seco Picazón. Sensación de cuerpo extraño. Lagrimeo. Visión borrosa Síntomas extraoculares: dolor cervico-lumbar, fatiga general y cefalea. En la infancia y adolescencia: miopía progresiva y estrabismo agudo.
Estilos de vida y volumen cerebral	Disminución en el volumen cerebral en las regiones: temporal-parietal, frontotemporal, orbitofrontal, parietal y en la corteza visual primaria.
Calidad de vida	Disminución

LAS TECNOLOGÍAS

Me siento en el caos: ¿Qué hacemos los padres con las pantallas en casa?

Tabla 2. Recomendaciones de desconexión y gestión digital.

Sueño	<ul style="list-style-type: none">• Evitar el uso de pantallas 1-2 horas antes de acostarse.• Mantener los dispositivos apagados y fuera de la habitación.
Alimentación	<ul style="list-style-type: none">• Evitar el uso de pantallas durante las comidas.• Dieta saludable.
Actividad física	<ul style="list-style-type: none">• Actividad física regular según recomendaciones por edad.
A nivel ocular y evitar dolor muscular	<ul style="list-style-type: none">• Ergonomía con posición adecuada en uso de pantallas.• Parpadeo durante 20 segundos y enfocar en visión lejana 20 segundos tras 20 minutos seguidos de pantalla (regla 20/20/20).
Atención	<ul style="list-style-type: none">• En los momentos de estudio o trabajo los dispositivos que sean innecesarios deben estar apagados o fuera de la habitación.
Lugar de uso	<ul style="list-style-type: none">• Comunes del hogar como el salón.• Evitar las pantallas en lugares privados como el baño y el dormitorio.
Dispositivos	<ul style="list-style-type: none">• Apagar los dispositivos que no se estén utilizando (ruido de fondo).• Eliminar del dispositivo las aplicaciones que no se usen.
Tiempos de desconexión	<ul style="list-style-type: none">• Leer, comer, dormir, ejercicio físico, juegos en familia, socialización, entre otros.• Los dispositivos estarán silenciados y en un lugar previamente pactado.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none">• Evitar compartir fotos sensibles o cualquier información que pueda afectar la privacidad.• Cambiar las contraseñas con frecuencia y que estas sean seguras.• Actualizar los dispositivos y las aplicaciones con regularidad.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Mar España Martí

I. INTRODUCCIÓN. EL ROL DE LA AGENCIA

Permítanme comenzar con una referencia al papel de la Agencia Española de Protección de Datos y a mis funciones como su Directora: la salvaguarda del derecho fundamental a la protección de datos como garantía de los derechos y libertades de las personas en lo que respecta al tratamiento que se realiza de sus datos personales, asegurándoles su control y disposición.

Como se ha puesto de manifiesto por nuestros Tribunales, se trata de un derecho instrumental para garantizar el conjunto de nuestros derechos y libertades que, en los tiempos que corren, se ha de enfrentar al desafío que supone el vertiginoso desarrollo de las tecnologías digitales, que impactan directamente en el derecho a la protección de datos.

II. LA PROTECCIÓN DE LOS MENORES COMO COLECTIVO VULNERABLE

La magnitud de la recogida e intercambio de datos personales propiciado por la conectividad, esencial para el funcionamiento de los servicios y productos digitales, ha desbordado todas las previsiones de hace apenas unos años aumentando los riesgos para los derechos y libertades de las personas, en particular para quienes que por diversas razones, se encuentran en una situación de vulnerabilidad necesitada de protección especial, como son los menores de edad: niños, niñas y adolescentes, que por encontrarse en pleno proceso de formación y desarrollo como personas no disponen de los recursos y habilidades necesarias, que precisamente se van adquiriendo durante la infancia y la juventud.

Protección que ya se demandaba en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño de 1959, al señalar que el niño por su falta de madurez física y mental necesita protección, y que consagra la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 ratificada por la casi totalidad de los Estados del mundo (196), que introduce el principio del “Interés superior del niño/a”, por el que nos hemos de guiar todos cuando estamos en presencia de un menor, y muy en particular los poderes y agentes públicos que hemos de velar por sus derechos: salud, educación, privacidad..., en definitiva por su bienestar general, que comprende el bienestar digital.

Los derechos de los niños en el mundo digital son el objeto de la Observación General 25 del Comité de los Derechos del Niño que supervisa la aplicación de la Convención de 1989.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Se parte de que el entorno digital, que está en constante evolución y abarca las TIC (incluidas las redes, los contenidos, los servicios y las aplicaciones digitales, los dispositivos y entornos conectados, la realidad virtual y aumentada, la inteligencia artificial, la robótica, los sistemas automatizados, los algoritmos y el análisis de datos, la biometría y la tecnología de implantes), reviste una creciente importancia para casi todos los aspectos de la vida de los niños, puesto que las funciones sociales, los servicios gubernamentales y el comercio, dependen cada vez más de las tecnologías digitales.

El Comité insta a los Estados de la Convención a adoptar medidas que aseguren y protejan los derechos de los niños en el entorno digital: a la vida, a la supervivencia y al desarrollo frente a la explotación económica, sexual o de otra índole; a la no discriminación; a la educación; a la salud y al bienestar; a la privacidad...

Sobre la privacidad, la Observación recoge que entre las manifestaciones de los niños efectuadas durante las consultas previas se formuló la siguiente: “Me gustaría conocer mejor lo que ocurre realmente con mis datos... ¿Por qué y de qué forma se reúnen?”; “Me... preocupa que se difundan mis datos”.

Alguno de los derechos vinculado al ámbito digital, como la salud, ya preocupó al Comité en 2013, que en su Observación General 15 señala” Preocupa al Comité el aumento de la mala salud mental en los adolescentes, en concreto trastornos en el desarrollo y la conducta, depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, traumas psicológicos resultantes de (...) comportamientos obsesivos, como un uso excesivo de Internet y otras tecnologías hasta un punto adictivo y la autolesión y el suicidio”.

Derechos y su protección que también forman parte del acervo de la UE. La protección de los menores, como prioridad política para la UE, y el desarrollo tecnológico constante, que impacta en sus derechos y libertades, ha llevado a reconocer la necesidad de adoptar medidas y estrategias para su protección en diferentes disposiciones normativas, como las que componen el denominado “paquete digital”: el Reglamento de Servicios Digitales (DSA), que dispone una protección reforzada para los menores a través, entre otras medidas, de un sistema de supervisión reforzado para plataformas en línea y motores de búsqueda de muy gran tamaño; o el Reglamento del Mercado Digital (DMA).

En materia de protección de datos, el Reglamento general de protección de datos (RGPD) de 2016 recoge que *“los niños merecen una protección específica de sus datos personales, ya que pueden ser menos conscientes de los riesgos, consecuencias, garantías y derechos concernientes al tratamiento de datos personales, en particular entre otros cuando se utilicen para la elaboración de perfiles”*.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

III. ESTADO DE LA CUESTIÓN

A. Datos sobre tiempos de uso

Que hay que garantizar la protección y los derechos de los menores en el entorno digital es una necesidad que fácilmente se desprende de los siguientes datos:

La **encuesta del INE** sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares de 2023 recoge que el **91,7% de los menores de 10 años utilizaron Internet**, en los tres meses anteriores, porcentaje que alcanza el 97,1% con 15 años. **Dispone de teléfono móvil el 94,8%**.

UNICEF en su estudio 'Impacto de la tecnología en la adolescencia' nos dice que la **edad media del primer móvil son los 10,96 años**. El 98,5% de los adolescentes está registrado en más de una red social, y el 61,5 % dispone de más de un perfil.

El 31,5% usa internet más de 5 horas a diario, porcentaje que asciende al 49,6% los fines de semana. 6 de cada 10 adolescentes duermen con el móvil y 1 de cada 5 se conecta a partir de la medianoche.

La Federación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) recoge que el 70,8% no es consciente del tiempo que pasa en las redes sociales y el 64,3% quiere verlas en todo momento.

B. Acceso a contenidos inadecuados

Aunque los usos más habituales de Internet tienen que ver con fines relacionales o lúdicos, así como con la realización de tareas escolares, aparece como un uso preocupante el **acceso de los menores de edad a contenidos para adultos, en concreto a la pornografía**, pero también a otros contenidos nocivos para su desarrollo, como violencia extrema, las apuestas o los juegos con recompensas.

Los principales afectados de manera negativa por un uso inadecuado de internet son siempre los colectivos vulnerables, en especial los menores que, **como consecuencia de conductas, comportamientos o patrones adictivos o inadecuados**, se han convertido en los que más servicios y contenidos digitales consumen.

Save the Children informa de que la mayor parte de los estudios y testimonios de familias alertan de que los primeros contactos con la pornografía comienzan en torno a los 8/9 años. **El 58% lo ha tenido antes de los 13 años y el 8,7% antes de los 10**. Algunos informes hablan de grandes consumidores de porno con 12 años.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

El reciente estudio de la FAD “juventud y pornografía en la era digital” ofrece unos datos en la misma línea.

Según este estudio, la mayoría tiene el primer contacto con la pornografía alrededor de los 13 años; el 6,5% manifiesta haber tenido el primer contacto a los 8 años o antes y un 3,6% con menos de 8 años. **De media, un joven de 15 años ha visto aproximadamente 2.000 horas de imágenes vinculadas a la pornografía.**

Destaca que **el principal medio de acceso a la pornografía es Internet a través del teléfono móvil y contenidos gratuitos (el 64,7%),** frente a otros medios como TV o RRSS, el 9,9%.

8 de cada 10 jóvenes dicen que fue fácil acceder a contenidos pornográficos, y **un 8% declara que no los buscaban de forma activa, el porno los ha encontrado a ellos.**

La **Fiscalía General del Estado**, en su Memoria del año pasado alertaba del alarmante **incremento en los últimos cinco años de las agresiones sexuales perpetradas por menores, un 116%.** La Fiscalía señala que, si bien, este incremento obedece a causas complejas y que confluyen diversos factores, apunta a la carencia de una adecuada formación ético-sexual y al visionado inapropiado y precoz de material pornográfico violento.

Otro efecto importante derivado del uso de la tecnología digital y **vinculado a la pornografía es el de la violencia digital de género.**

La implicación de las TIC se encuentra asociada significativamente con casos de violencia sexual contra menores que afectan gravemente a su integridad y a su salud física y psíquica.

Este tipo de violencia acaba repercutiendo en la salud mental de los adolescentes que en un 29,5% de los casos necesitó la ayuda de un psicólogo.

Se han hecho habituales ciertos comportamientos que implican violencia digital y de género como el **ciberacoso, el sexting o el grooming.** También, la tecnología digital es empleada en ocasiones para **controlar, acosar, humillar, extorsionar o atemorizar,** y aunque todo ciudadano puede ser una víctima, **los menores y las mujeres son el principal blanco** de estas conductas. No se nos olvide **el control y monitorización de la pareja que se ejerce a través de los dispositivos electrónicos.**

Un estudio de la **Fundación ANAR** refleja un crecimiento preocupante de los comportamientos machistas entre los más jóvenes, con unos datos de lo más inquietantes: el 70,3% de los adolescentes no denuncian la violencia que sufren ni tienen intención de hacerlo; pero es que el 47,1% no es consciente del problema. Se observa una evolución

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

negativa en cuanto a la conciencia del problema, pues el 63,7% de las adolescentes que solicitaron la ayuda de ANAR “No eran conscientes de conductas violentas que sus parejas o exparejas estaban teniendo con ellas”.

Un también muy reciente estudio de la Fundación Mutua Madrileña, en colaboración con el equipo Mujer-Menor de la Guardia Civil, refleja que 3 de cada 4 niños y adolescentes han padecido alguna situación de violencia sexual en el entorno online.

Otro aspecto derivado del uso de los servicios y productos digitales va ligado a las compras que los menores realizan a través de Internet. Según el último informe de IAB Spain, 1 de cada 2 menores ha comprado por influencia de las redes sociales, que actúan como buscadores digitales y promueven las compras de los más pequeños.

C. Consecuencias

El uso problemático y adictivo de Internet por los menores tiene unos efectos nocivos que afectan gravemente a su desarrollo personal, en diferentes esferas y materias:

- salud
- Neurodesarrollo
- Educación
- Relaciones familiares y sociales
- Privacidad
- Hábitos de consumo
- Monetización de sus datos

Además, la sobre exposición de información personal los hace más proclives a las situaciones de riesgo que el consumo intensivo de tecnología puede causar, como el ciberacoso, sexting, o el grooming, con consecuencias lamentablemente irreparables en algunos casos.

El uso inadecuado de la tecnología impacta en la **SALUD** a todos los niveles:
Físico: sueño, obesidad, fatiga visual, dolor.

Mental: mayor riesgo de síntomas depresivos ansiedad, impulsividad, problemas de autoestima. La adolescencia es un período crítico para el desarrollo del córtex prefrontal y un período de máxima vulnerabilidad para la adquisición y el desarrollo de trastornos adictivos, psiquiátricos y comportamentales.

Social: disminución de la atención, conductas de riesgo, aislamiento.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Sexual: El acceso a los contenidos pornográficos a edades tan tempranas afecta a su desarrollo integral en un momento en el que la personalidad no está formada, generando importantes desórdenes en la concepción de las relaciones sexuales, que afectan a su salud sexual, y del rol de la mujer, pues su desarrollo cognitivo no les permite entender lo que están viendo.

Las asociaciones pediátricas solicitan regular el acceso de los niños al material pornográfico dado que, al no haber concluido su proceso madurativo, les falta capacidad crítica para discernir correctamente la realidad, de la ficción y procesar las conductas que ven. El 47,4% confiesa que alguna vez ha imitado lo que ha visto, pero no siempre de común acuerdo.

No sólo en la salud se producen efectos negativos, también en otros ámbitos, como el educativo, familiar, o social.

EN EL ÁMBITO EDUCATIVO afecta al neurodesarrollo, aprendizaje y a la adquisición de capacidades, así como al rendimiento educativo de los menores y a las relaciones familiares y escolares.

Según un estudio del Centro de Investigación Económica Ragnar Frisch, el coeficiente intelectual de las nuevas generaciones está disminuyendo desde el cambio de milenio una media entre 2'5 y 4'3 puntos cada diez años.

El nivel de lecto escritura de los menores se ha visto afectado por el uso intensivo que realizan de los dispositivos electrónicos, que ha caído a plomo desde el año 2016. En España ha supuesto una bajada de 7 puntos, los mismos que estamos por debajo de la media de la UE.

La **UNESCO**, en su Informe GEM (Global Education Monitoring) 2023 sobre tecnología en la educación, recoge que el tiempo que los niños pasan frente a la pantalla ha aumentado, tanto con fines educativos como por ocio. Este incremento de tiempo frente a la pantalla puede afectar negativamente al autocontrol y a la estabilidad emocional, y aumentar la ansiedad y la depresión.

El **último informe PISA** incide en el descenso de la comprensión lectora de los alumnos, 3 puntos en España y 11 puntos en el ámbito de la OCDE, respecto a la anterior edición de 2018, y de 8 puntos en matemáticas. Distraerse con los móviles supone perder la mitad de los conocimientos de un curso de matemáticas.

Pocos países cuentan con una reglamentación estricta en este sentido. Suecia se ha replanteado la digitalización en las aulas y Noruega parece que la sigue. En China, el Ministerio de Educación limitó el uso de dispositivos digitales como herramientas educativas a un 30% del tiempo de enseñanza global.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

En Estados Unidos, las plataformas educativas han demandado a las principales empresas de internet por los daños en la salud mental a la juventud.

Estas consecuencias nos llevó el año pasado a proponer a las Autoridades educativas que **valorasen la adopción de medidas de restricción o limitación del uso de dispositivos electrónicos, muy especialmente los smartphone en los centros escolares**, por los graves perjuicios que causan a la salud y a los resultados académicos, además de a la convivencia escolar, pues los estudios realizados en aquellas CCAA en las que se había restringido su uso mostraron una significativa disminución del riesgo de ciberacoso y aumentado el rendimiento escolar.

La propuesta que ha sido y está siendo seguida por las autoridades educativas del resto de las CCAA.

I. INICIATIVAS Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS MENORES EN EL MUNDO DIGITAL

En la Agencia estamos profundamente comprometidos con el bienestar y la protección de los derechos y libertades de la infancia y la adolescencia, especialmente en el ámbito digital. Nuestro compromiso tiene un largo recorrido. Ha formado siempre parte de los objetivos estratégicos marcados: en el primer Plan Estratégico (2015 – 2019), uno de cuyos ejes de actuación prioritaria tiene el marco y la rúbrica de la prevención para la protección más eficaz de los derechos en Internet, en particular la de los menores.

Compromiso que se mantiene con el actual Marco de **Responsabilidad Social de la Agencia, 2019 – 2024**, y al que responde también la **Estrategia reforzada de la Agencia para la protección de los menores online presentada el pasado 29 de enero**, y a la que me referiré más adelante.

En la Agencia, con un enfoque fundamentalmente preventivo, hemos adoptado medidas e impulsado iniciativas y líneas de actuación para la sensibilización, concienciación y formación de los menores y sus familias sobre el uso responsable, saludable y seguro de las pantallas con el objetivo de que puedan aprovechar y sacar el mayor partido de las ventajas y oportunidades que ofrece la tecnología y, al mismo tiempo, evitar los riesgos de un uso inadecuado.

Sin ánimo de exhaustividad apuntaría las siguientes:

- **La creación de un Área temática en la web de la Agencia dedicada exclusivamente a la “Educación y menores.**

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

- El **establecimiento de un Canal específico para consultas** que comprende varias vías: **WhatsApp, línea telefónica y dirección electrónica**. El año pasado recibió más de 4.000 consultas.
- La **celebración periódica y sistemática, en colaboración con el INTEF y el INCIBE de cursos formativos dirigidos a la comunidad educativa**.
- La creación del **Canal Prioritario**, en 2019, que permite solicitar la retirada urgente de contenidos sexuales o violentos publicados en internet sin el consentimiento de las personas que aparecen ellos. **Dispone de una línea específica para las denuncias de los menores de edad, mayores de 14 años**, que no necesitan la certificación electrónica. **La violencia digital contra mujeres y niñas aglutina el 70% de los casos que se denuncian en el Canal**.
- La constitución e impulso, desde 2019, de un grupo de trabajo, **“Menores, salud digital y privacidad”**, dedicado a analizar las situaciones que afectan a los derechos de los menores en la Red. Aglutina a los diferentes actores implicados en la defensa y bienestar de los menores, que se viene reuniendo con regularidad para tratar y darles respuesta, como la creación de la web **ASEGURATIC** en el Ministerio de Educación.
- Creación de los **premios anuales** para los centros educativos, y personas y entidades que se distinguen por su labor en pro del uso saludable, responsable y seguro de Internet.
- **Realización de campañas de sensibilización y concienciación sobre el uso saludable y responsable de Internet**. Sirva de ejemplo la campaña conjunta con UNICEF dirigida a las familias “Más que un móvil” que incluye “La guía que no viene con el móvil” con el decálogo de claves que deben tener en cuenta las familias antes de entregar a sus hijos e hijas el primer móvil.
- Apoyamos aquellas iniciativas dirigidas a la protección y bienestar de los menores en el entorno digital, como la propuesta de **Pacto de Estado para la protección de los menores en el entorno digital**, promovida por asociaciones y organizaciones relevantes de la sociedad civil que tienen por objeto social la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia (entre ellas UNICEF, o Save The Children).
- **Concienciación de las responsabilidades en que pueden incurrir** menores y progenitores por la difusión online ilícita de datos personales: administrativa, civil, penal y disciplinaria, educativa.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

- **Actuaciones frente a páginas de contenidos online para adultos (pornografía)** que carecen de sistemas de verificación de la edad o son inconsistentes, como la mera declaración de mayoría de edad. Se ha sancionado a entidades proveedoras de contenidos pornográficos online con cantidades de 75.000 y 525.000 €.
- Sobre el **uso intensivo, problemático o adictivo de Internet**, la Agencia apoya todas aquellas iniciativas científicas destinadas proporcionar pautas y orientaciones que contribuyan a la salud y bienestar digital de los menores. También en esta materia se ha desarrollado una intensa labor por el Grupo de Trabajo, que se ha plasmado en:
 1. **La suscripción de Protocolos de Actuación** con los Consejos de Colegios de Psicólogos y de Médicos para la colaboración en medidas y acciones con esta finalidad.
 2. **La colaboración con la “Asociación Española de Pediatría”, y apoyo a su Plan Familiar Digital**, mediante campañas de difusión.
 3. **Plan Familiar Digital** que, desde la evidencia científica, incide en cómo afecta a los menores el uso de pantallas y el número de horas. Ofrece recomendaciones, adaptadas a las necesidades de cada familia y a la edad de los menores que la componen, para que hagan un buen uso de los medios digitales.

Establece pautas sobre el máximo de horas de uso de pantallas por edades que incluye los tiempos de ocio y de aula. De 0 a 2 años se debe evitar su uso, de 3 a 5 menos de una hora diaria y a partir de 5 años menos de dos horas de ocio digital al día.

- Sobre el consumo de **contenidos online para adultos, en particular a la pornografía.**

El Grupo de Trabajo se ha centrado en la verificación de la edad para el acceso a contenidos online para adultos, como garantía para el desarrollo integral de los menores.

La verificación de la edad para el acceso a contenidos online para adultos es una necesidad puesta de manifiesto en diferentes foros, organismos y regulaciones, sin que hasta la fecha se haya desarrollado ningún sistema que resulte satisfactorio.

Precisamente, con la finalidad de disponer de sistemas de verificación de la edad eficaces y respetuosos con los derechos y libertades de las personas, en particular con su privacidad, que impida trazar tanto a menores como a adultos, presentamos el pasado 14 de diciembre, el **decálogo con los principios y criterios que debe cumplir un sistema**

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Para verificar la edad, cuya aplicación se ha probado con éxito, a través de pruebas de concepto, en los 3 navegadores de mayor uso (Windows, IOS y Android).

Toda la información y documentación al respecto, incluidas las pruebas de concepto, está disponible en la web de la Agencia.

A su vez, formamos parte, junto con la CNMC, la Secretaría de Estado de Seguridad, la Secretaría de Estado de Juventud e Infancia y en el que también participa la FNMT, del Grupo de Trabajo para impulsar y coordinar las funcionalidades del sistema de control de acceso a contenidos online para adultos, creado en el seno del Ministerio de transformación Digital y de la Función Pública.

- **NUEVA ESTRATEGIA, O ESTRATEGIA REFORZADA DE LA AGENCIA PARA LA PROTECCIÓN DE LOS MENORES**, presentada el 29 de enero de este año y que se encuentra en ejecución.

La estrategia se proyecta sobre 3 líneas fundamentales de actuación:

- **La protección integral de los menores en el entorno digital y de sus derechos y libertades en el tratamiento de sus datos personales.**
- **El refuerzo de las garantías de los derechos de los menores en internet;** y la lucha contra las prácticas ilícitas en materia de protección de datos de los menores.

Líneas de actuación que se desarrollan en 10 intervenciones prioritarias y 35 medidas que abarcan los ámbitos de la regulación, el ejercicio de potestades y la colaboración en los ámbitos institucionales, fundamentalmente de educación y salud.

La totalidad de las medidas están publicadas y disponibles en la web de la Agencia.

- La Agencia forma parte activa del **Comité de personas expertas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la juventud y la infancia**, creado el pasado mes de enero en el seno del Ministerio de Juventud e Infancia, con la finalidad de remitir al Gobierno un informe que realice un diagnóstico sobre la situación de los menores en el entorno online, analice las buenas prácticas y elabore recomendaciones, medidas y actuaciones para contribuir a su protección.
- Como ya se ha indicado, también formamos parte del **Grupo de Trabajo específico para el desarrollo de una solución tecnológica que evite el acceso de menores al contenido inapropiado**, creado en el seno del Ministerio para la Transformación Digital.

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

- **Anteproyecto de ley orgánica para la protección de las personas menores de edad en los entornos digitales**

El Consejo de Ministros aprobó, el pasado 4 de junio el Anteproyecto de Ley que incluye medidas en los ámbitos educativo, sanitario, de la industria y consumo, penal, así como en materia de protección de datos al elevar la edad de prestación del consentimiento para el tratamiento de datos personales de 14 a 16 años, como medida de protección a los menores frente a los contenidos nocivos, perjudiciales y no aptos para su etapa madurativa.

Elevación de la edad para prestar el consentimiento para el tratamiento de datos personales que había sido solicitada por la Agencia y que de manera unánime se había pronunciado el Grupo de Trabajo de “Menores, salud digital y privacidad”.

- El 17 de septiembre hemos publicado unas **orientaciones dirigidas a las Autoridades y centros educativos, a sus equipos directivos, docentes y familias sobre las obligaciones y responsabilidades por el uso de dispositivos móviles en las escuelas.**

Motivadas por cuanto que en el ámbito educativo es frecuente el uso de teléfonos inteligentes o tabletas, a menudo propiedad del alumnado o sus familias, que recopilan mucha información y que puede ser tratarla con distintos propósitos, más allá de la mera función educativa, afectando gravemente a los derechos y libertades del alumnado y a su desarrollo integral.

En las orientaciones se recoge que si un centro docente requiere al alumnado su dispositivo personal para una actividad pedagógica, se podría incurrir en responsabilidad si se llegan a producir infracciones de la normativa.

Razones que nos han llevado a desaconsejar su uso si el fin pedagógico pretendido puede conseguirse a través de otro recurso más idóneo y menos intrusivo.

Finalizo, recordando lo evidente, que la Agencia es un agente más que por sí sola no puede solucionar un problema de la complejidad que implica la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en el entorno digital, en el que están afectados diversos ámbitos y sectores de actuación, además del de la privacidad: educación, sanidad, consumo, familia, industria, seguridad, penal, etc.,

Pero pueden estar seguros de que en la Agencia vamos a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr que los derechos, libertades e intereses de los menores se salvaguarden y que su desarrollo integral como personas se realice sin ninguna interferencia

PROTECCIÓN INTEGRAL AL MENOR EN MEDIOS DIGITALES ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

nociva, en la que se produzca un tratamiento de datos personales, como son la conducta adictiva a los servicios y productos digitales, y el acceso a contenidos para adultos, pornografía y de otra índole igualmente perjudicial para su desarrollo.

En la medida que el desarrollo de los menores como personas titulares de derechos que se puedan ver menoscabados por el tratamiento de los datos personales, la Agencia desplegará sus potestades para garantizarlos.

Investigará y, en su caso, corregirá los tratamientos de datos ilícitos para evitar mayores consecuencias, además de sancionar a los responsables con arreglo a las disposiciones de la legislación de protección de datos.

EL CEREBRO ADOLESCENTE

La evolución normal: entendiendo sus comportamientos.

Salvador Martínez

La adolescencia, un período de cambios y desafíos

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Uno de los aspectos más importantes de esta etapa son los cambios que van a producirse en el desarrollo y maduración cerebral. A menudo se dice que los adolescentes son impulsivos, emocionales y a veces irracionales. Estas conductas no son simplemente producto de la experiencia, sino que están directamente relacionadas con la inmadurez del cerebro adolescente, que está sufriendo cambios muy importantes en su cerebro en desarrollo. Comprender este proceso puede arrojar luz sobre los desafíos que enfrentan los adolescentes ante ellos mismos y la sociedad, así como sobre las estrategias para apoyarlos de manera más efectiva.

El cerebro adolescente en desarrollo

El cerebro humano experimenta importantes cambios durante la adolescencia, muchos de los cuales continúan hasta el final de la segunda década de vida. Aunque el cerebro en su conjunto crece y empieza a madurar durante la infancia, donde se establecen la mayoría de conexiones entre neuronas, en la adolescencia se seleccionan aquellas que funcionan mejor en el proceso conocido como poda sináptica. Un proceso fundamental en el desarrollo funcional de la corteza cerebral, donde se encuentran los circuitos neuronales que generan las funciones mentales, es la especialización de estos circuitos en el desarrollo de tareas concretas, que se conoce como modularización. Esto ocurre sobre todo en áreas críticas como la corteza prefrontal y el sistema límbico.

La corteza prefrontal, que está asociada con funciones ejecutivas como la toma de decisiones, el control de impulsos, la planificación y el pensamiento crítico, es una de las últimas áreas del cerebro en madurar. De hecho, la región dorso lateral de la corteza prefrontal, donde asientan las funciones ejecutivas del cerebro, no está completamente madura hasta la edad de 20-25 años. Con la mayor modularización en la corteza prefrontal se consigue aprender seleccionar mejor nuestra conducta. La inmadurez de la corteza prefrontal significa que, durante la adolescencia, los jóvenes a menudo carecen de la plena capacidad para regular y controlar sus emociones, planificar con anticipación o considerar las

EL CEREBRO ADOLESCENTE

La evolución normal: entendiendo sus comportamientos.

consecuencias a largo plazo de sus acciones. En contraste, el sistema límbico, que regula las emociones y los impulsos, se desarrolla mucho antes, estando más maduro y dominando funcionalmente a la corteza prefrontal, lo que puede llevar a una tendencia hacia comportamientos impulsivos y emocionales desproporcionados.

Este desequilibrio entre el desarrollo de la corteza prefrontal y el sistema límbico puede ayudar a explicar por qué los adolescentes tienden a ser más propensos a tomar decisiones arriesgadas, a actuar de manera impulsiva y a ser más sensibles a las recompensas emocionales inmediatas. La tendencia a desarrollar conductas de exploración y riesgo en la adolescencia es consecuencia a una inmadurez de las conexiones inhibitorias en la corteza cerebral, así como una menor sensibilidad al neurotransmisor dopamina, lo que conlleva una búsqueda de conductas asociadas a la obtención de recompensa.

No es que los adolescentes carezcan de la capacidad para razonar lógicamente o tomar decisiones informadas, sino que, en momentos de alta excitación emocional, es más probable que se dejen llevar por las emociones en lugar de por un análisis racional.

La influencia de la plasticidad cerebral

Otra característica clave del cerebro adolescente es su plasticidad, que se refiere a la capacidad del cerebro para cambiar y adaptarse en respuesta a nuevas experiencias. Esta plasticidad es particularmente pronunciada durante la adolescencia, lo que hace que este período sea crucial para el aprendizaje y el desarrollo. La flexibilidad cognitiva, que es la disposición con la que uno puede cambiar selectivamente entre procesos mentales para generar respuestas conductuales apropiadas, se desarrolla de una manera prolongada durante la maduración cerebral del adolescente. Sin embargo, la mayor plasticidad también significa que el cerebro adolescente es más vulnerable a la influencia del entorno, incluidas las influencias sociales y las experiencias de vida.

Las influencias sociales juegan un papel fundamental en la adolescencia, ya que los jóvenes buscan establecer su identidad y ganar aceptación entre sus pares. Esta búsqueda de aceptación puede llevar a los adolescentes a tomar decisiones arriesgadas bajo la presión social, ya que el sistema de recompensa del cerebro responde de manera más intensa a la retroalimentación social positiva. En otras palabras, los adolescentes son más sensibles a las opiniones y comportamientos de sus amigos, lo que puede aumentar la probabilidad de que participen en comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, el uso de drogas o la conducción temeraria.

EL CEREBRO ADOLESCENTE

La evolución normal: entendiendo sus comportamientos.

Consecuencias para el comportamiento y la salud mental

La inmadurez del cerebro adolescente influye en el comportamiento y el desarrollo progresivo de su personalidad, lo que tiene implicaciones importantes para su salud mental. Las tendencias de la personalidad se van forjando durante este periodo, y como consecuencia, muchos trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia, tienden a manifestarse durante la adolescencia o la adultez temprana. La combinación de un cerebro en desarrollo, altos niveles de estrés y las presiones sociales puede aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes a estos trastornos.

La impulsividad y la sensibilidad emocional también pueden contribuir a problemas de conducta, como la delincuencia juvenil o las relaciones problemáticas con familiares y amigos. Sin embargo, es importante recordar que la mayoría de los adolescentes superan estas dificultades a medida que su cerebro sigue madurando y adquieren una mayor capacidad para regular sus emociones y comportamientos.

El papel de los adultos en el apoyo a los adolescentes

Dada la inmadurez del cerebro adolescente, es crucial que los adultos—padres, educadores y profesionales de la salud—proporcionen orientación y apoyo. La comprensión de que los adolescentes no siempre pueden regular sus emociones o tomar decisiones lógicas debido a los cambios cerebrales en curso puede ayudar a los adultos a ser más pacientes y empáticos.

Es importante establecer límites claros y ofrecer oportunidades para que los adolescentes desarrollen habilidades de toma de decisiones de manera segura. Además, proporcionar un entorno donde se sientan apoyados emocionalmente puede ayudar a reducir el riesgo de problemas de salud mental y a promover un desarrollo saludable.

Resumen y conclusiones

- La inmadurez del cerebro adolescente es un fenómeno biológico que influye profundamente en el comportamiento, las emociones y las decisiones de los jóvenes durante esta etapa crítica de la vida.
- El desarrollo desfasado entre la corteza prefrontal y el sistema límbico explica muchos de los comportamientos típicos de la adolescencia, como la impulsividad y la búsqueda de gratificación inmediata.
- Con el apoyo adecuado de los adultos y un entorno social positivo, los adolescentes pueden superar los desafíos de esta etapa y desarrollar las habilidades necesarias para la vida adulta.

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Francisco Carratalá Marco

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo heterogéneo de condiciones que determina los patrones de maduración del sujeto, haciendo que no cumplan las expectativas generadas en relación con su edad cronológica, generalmente por defecto, aunque también es posible que por exceso (1).

Es frecuente que veamos que el niño empieza a sentarse más tarde de lo esperado, habla mal, camina con problemas, y lee y escribe con menos capacidad que sus compañeros. Se ve que hace cosas diferentes al resto de los niños de su edad. Tampoco parece seguir las órdenes sencillas que padres y educadores le dan en la vida cotidiana, bien porque no las entienden, o bien porque no tienen paciencia para escucharlas. En otras ocasiones, el niño o la niña adquieren habilidades antes que la mayoría de sus compañeros como por ejemplo caminar solo a los nueve meses (frecuente en los pacientes con TDAH) (2), o son capaces de memorizar enormes cantidades de datos, aparentemente no relevantes (memoria situacional, frecuente en los pacientes con TEA) (3).

Todas estas situaciones, presentándose de forma aislada, durante periodos de tiempo limitados, reflejarían la amplia variabilidad fisiológica del neurodesarrollo del ser humano en sus etapas precoces (4).

En otras ocasiones, algunas de estas peculiaridades de la conducta del niño, se perpetúan en el tiempo y se acompañan de otras anomalías en distintas áreas del desarrollo, tanto físico como de las capacidades cognitivas. En definitiva, empieza a preocuparnos que el desarrollo psicomotor del individuo sea el adecuado.

Éstas situaciones, junto a otros muchos síntomas con los que probablemente el lector o la audiencia ya se encuentren familiarizados, se comienzan a agrupar de una o de otra forma, dando como resultado cuadros clínicos más o menos reconocibles, que tendrán en común unas necesidades especiales durante su desarrollo.

Al igual que en los niños neurotípicos, el niño con problemas del neurodesarrollo representa la expresión de una combinación genética única, y que, por lo tanto, dentro de su condición, tendrá unas peculiaridades difícilmente observables en otros niños supuestamente afectados de su condición.

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Sin embargo, esta excepcionalidad de cada individuo, en ningún caso, deben ensombrecer el adecuado reconocimiento de estos trastornos en las etapas más precoces de la vida (5).

A pesar de la individualidad de cada sujeto, como se ha comentado, surgen unos patrones más frecuentes de signos y síntomas en la conducta que se pueden reconocer de uno a otro paciente y que, para el propósito de esta revisión, serán el TEA y el TDAH.

HISTORIA NATURAL HASTA LA ADOLESCENCIA

En líneas generales, se asume que el diagnóstico de estas entidades se realizará en etapas precoces de la vida del niño y que esto será clave para intervenir terapéuticamente de forma precoz con el objetivo de obtener una mejor adaptación de estos pacientes en la vida adulta, pasando, eso sí, a través de la etapa de la adolescencia (5).

Por esta razón, los problemas del neurodesarrollo como el TEA, TDAH, limitaciones de las capacidades cognitivas, retrasos específicos del lenguaje, trastornos desintegrativos, etc.... rara vez se han identificado a partir de la adolescencia (6). Para entonces, las familias ya han pasado por un inacabable "vía crucis" de consultas, pruebas diagnósticas e intentos terapéuticos, que pasado un tiempo, si no han acabado con los ahorros familiares, si que han podido acabar con su paciencia.

Los resultados de todos estos esfuerzos, aunque a menudo se perciben de forma dispar por los diferentes miembros de la familia, hacia el final de la edad escolar se observa una cierta estabilización de los síntomas de estos pacientes.

El admirable esfuerzo de las familias, educadores y profesionales especializados parece haber dado algún fruto, y en general las familias han llegado a un nivel de convivencia aceptable con estos trastornos, desarrollando la impresión de que los problemas educativos y sanitarios se tienen bajo control. Por lo tanto, es raro que las familias no conozcan la condición neuro-atípica de sus hijos antes de la llegada de la adolescencia.

Sin embargo, a la edad de 8-9 años, lo que parecía una relativa normalización de la vida familiar, se complica de nuevo, y la habitual buena respuesta a las terapias conductuales parece detenerse, o incluso regresar (7). Aparecen conductas disruptivas con más frecuencia que incluso en la etapa preescolar. Estos episodios, que parecen no tener un desencadenante claro, se muestran a veces como una conducta desafiante que, en ocasiones, puede acabar en episodios de ira acompañados de conductas heteroagresivas. Generalmente, se encuentran dirigidas hacia compañeros de colegio y educadores, llegando a producirse también en el ámbito familiar, y especialmente enfocada en las madres.

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Ésta aparente nueva regresión, hace que el entorno del paciente entre en un cierto grado de desesperación. Se llega al convencimiento de que todo el esfuerzo terapéutico realizado hasta el momento con las terapias educativas, tratamientos farmacológicos y terapias conductuales ha fracasado y son vías muertas. No es reprochable que en instantes así los padres dirijan sus miradas a terapias alternativas que, sin ninguna base de evidencia científica, pretenderán curaciones mágicas, aprovechando el sentimiento de culpa que muchos progenitores tienen, creyendo ser la causa del problema que padecen sus hijos, como inocentemente los gurús de estas terapias pseudocientíficas se encargarán de sugerirles. En ocasiones, se me ha confiado por parte de los padres, no sin cierto sonrojo, haber recibido comentarios tales como: “Si hubiese traído a su hijo a nadar con delfines dos horas semanales desde el momento en el que se le detecto el TEA, ahora no estaría así”.

Hay que puntualizar aquí, que las experiencias lúdicas, son beneficiosas para todo tipo de personas, tanto neurotípicos como no neurotípicos, pero eso no quiere decir que vayan a tener un efecto terapéutico significativo sobre el proceso que se padece.

En general, el empeoramiento de estos trastornos durante la adolescencia y preadolescencia se puede deber a causas muy distintas, algunas de ellas esperables y otras más extraordinarias, pero en ambos casos y hasta cierto punto prevenibles, siempre que se actúe en el momento en que se manifiestan (8).

CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

Intentar resumir en una presentación los fenómenos que pueden hacer descarrilar el esfuerzo terapéutico que se ha venido haciendo con estos pacientes hasta la adolescencia, resulta francamente optimista.

Para abordar éste reto, en lugar de entrar en detalles de lo que ocurre en cada una de las condiciones que nos ocupan, sería mejor observar los territorios comunes que se producen en éstos trastornos durante toda la adolescencia.

Sistema nervioso:

En primer lugar, debemos tener en cuenta los cambios normales que se producen en el niño en su paso a la adolescencia y preadolescencia. El momento en el que aparecen las secreciones de los precursores de las hormonas sexuales, incluso antes de que aparezcan los indicadores físicos precoces de la adolescencia como el primer vello axilar y genital, el botón mamario, y el primer vello facial, tanto en chicos como en chicas, estas prohormonas, que tienen a la vez efectos androgenizantes y feminizantes, empezarán a actuar sobre el cerebro del niño mayor y preadolescente, reconfigurando, en parte, los circuitos cerebrales que condicionarán el desarrollo de la conducta (9).

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

El efecto beneficioso en esta etapa es el paso del pensamiento mágico al pensamiento lógico, en el que por ejemplo la oscuridad deje de producir el pavor que producía en la infancia, haciendo que los miedos se vuelvan más racionales (“¿No habrá entrado un ladrón? ¿No habrá ratas en el altillo?”) Todo se vuelve más racional (10). Esta es la parte buena. Sin embargo, el mismo mecanismo que produce estas modificaciones lógicas del pensamiento, está incorporando la sensibilidad del preadolescente hacia temas que poco antes rechazaban o les repugnaban, los chicos o las chicas. Todavía tienen cuerpo de niños, pero, sin embargo, están muy atentos al cambio físico de compañeros o adultos jóvenes. En este periodo, se generan conflictos internos, que sólo vamos a vislumbrar a través de simpáticos desajustes vegetativos, como sofocos, sudores, temblores, etc... cuando los enfrentamos a temas que le generan éstas inquietudes (11).

En éste momento se está produciendo con más intensidad que en otras del desarrollo, el refinamiento de las redes neuronales, facilitando ejecuciones motoras y cognitivas nuevas sobre un cerebro en desarrollo. Este proceso, en condiciones neurotípicas provoca problemas adaptativos en el adolescente. Los nuevos pensamientos que se le vienen a la cabeza, y que están por refinar, se acompañan de la necesidad imperiosa de ejecutarlos, generándose el impulso de comprobar el funcionamiento de esas nuevas ideas.

Ésto es lo que ocurre en condiciones de normalidad... cuando el chico o la chica sufre tanto de TDAH como de TEA, las respuestas a los estímulos del ambiente serán procesados por sistemas directivos cerebrales, o circuitos neuronales, sub-óptimos, por lo que es de esperar que las respuestas que consigan dar sean desadaptadas en muchas ocasiones.

Como ya se ha comentado en la introducción, es difícil pensar que, en los cuadros graves de trastornos del neurodesarrollo, una causa de tipo neurológico se ponga de manifiesto exclusivamente en la adolescencia y no se haya conseguido diagnosticar en edades previas.

Así, por ejemplo, en los autismos complejos acompañados de retraso de las capacidades cognitivas, es sabido que la comorbilidad con epilepsia alcanza niveles muy altos (12). Las conductas adolescentes, como ya se ha comentado, representan un factor de riesgo que hará que el umbral convulsivo de una epilepsia subyacente o ya manifiesta baje, haciendo más probable la aparición de crisis. La falta de sueño, el consumo de bebidas excitantes, el alcohol, cannabis y otras sustancias de abuso, y la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos porque “no son naturales”, son algunos de los factores que aumentarán el

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

riesgo de crisis. Las crisis, además, no tienen por qué manifestarse como crisis motoras tónico-clónicas. Es posible que las formas más frecuentes sean episodios de ausencias o desconexiones parciales de la conciencia que, a menudo, se pueden interpretar como conductas desafiantes e impulsivas.

Normalmente, presentar un episodio epiléptico de tipo psicógeno no resulta agradable, y la sensación anómala, cuando es repetida, genera una conducta y una personalidad desadaptada que coincidiendo con trastornos del neurodesarrollo puede dar la impresión de una regresión (12).

Existen datos que apoyan la idea de que el tratamiento de los cuadros epilépticos de este tipo, con el diagnóstico apoyado en el video EEG, produce, a menudo una mejoría más importante, en los cuadros conductuales que en los propios episodios epilépticos (13).

Esta mejoría, no ocurre en todos los pacientes, pero hemos podido constatar que sí se observa en un porcentaje superior al 50%, lo que en términos de eficacia farmacológica se considera beneficioso.

La existencia de otras enfermedades neurológicas cuyo debut en la adolescencia deteriore la evolución esperada de los trastornos del neurodesarrollo, son poco frecuentes, y tendríamos que encontrarlas entre las enfermedades raras (14), por lo que un empeoramiento de la conducta de estos pacientes nos debe hacer pensar de forma prioritaria en complicaciones de salud más comunes como las que se comentan a continuación.

Digestivo, nutrición y metabolismo:

Factores dietéticos, como la deficiencia de hierro en la dieta o la pérdida de este, puede generar un aumento de la hiperactividad e impulsividad con un cuadro clínico indistinguible del TDAH (15), que en la práctica puede hacer que la hiperactividad e impulsividad del paciente se haga refractaria al tratamiento psicoestimulante.

Por otra parte, el rechazo a las alimentaciones equilibradas, con escasos restos por la poca adherencia a las dietas ricas en fibra y preferencia a alimentos ultraprocesados, o bien por la retirada injustificada del gluten (fuente importante de fibra en la dieta humana), empeoraría el estreñimiento habitual de estos pacientes, generando dolores abdominales recurrentes y que empeoraría los estados basales de inquietud.

No obstante, la relación de algunos trastornos del desarrollo de forma comórbida con enfermedades intestinales ha sido ampliamente descrita (16).

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Éste es el caso de la enfermedad celiaca. En el momento actual, el perfil de la celiacía de su genética y de su tratamiento es ampliamente conocido (17). Sin embargo, como ya se ha comentado, asistimos a la retirada indiscriminada del gluten en muchos niños, con las consecuencias ya comentadas.

Otro ejemplo de la influencia de los trastornos metabólicos en el desarrollo de la conducta es el mal control de la diabetes mellitus, provocando irritabilidad y falta de alerta en la medida que los indicadores de mal control aumentan. Los pacientes adolescentes, en general, tienden a empeorar el control de estas enfermedades, que requieren un compromiso especial por parte de los pacientes que, al no conseguirse, genera un efecto dominó en la adherencia que pueda tener con otros tipos de tratamientos específicos para los trastornos del neurodesarrollo.

Aparato respiratorio y alergia:

Los pacientes con TEA asocian más síntomas alérgicos que los pacientes referidos a consultas de psiquiatría infantil por otros motivos. En el TDAH, cuando aparecen fenómenos alérgicos sobreañadidos, pueden interferir la eficacia de las medidas psicopedagógicas y farmacológicas empleadas.

El aparato digestivo, como ya hemos comentado, es uno de los sistemas en el que más clínica significativa presentan estos pacientes, pero también es el sistema a través del cual se manifiestan clínicamente los problemas de alergia e inmunidad que parecen presentar por encima de la media de la población normal. Los padres de niños autistas indican que sus hijos sufrían de alergias alimentarias más que los padres de niños sanos o niños con necesidades educativas especiales por causas diferentes (18).

Por otra parte, pacientes con altos síntomas de impulsividad, se van a controlar escasamente de probar nuevos hábitos adictivos que afecten al sistema respiratorio. Tal es el caso del tabaquismo de inicio precoz o de su sustitución por vapeadores (19)

Cardiovascular:

Las alteraciones cardiovasculares, que pueden influir de forma más frecuente en el empeoramiento de la patología del neurodesarrollo durante en la adolescencia, estarían limitadas a las anomalías del control cardiovascular autonómico.

El rechazo total o parcial que se produce en algunas ocasiones a la actividad física, los períodos sedentarios prolongados, inicios de actividad brusca y aumentada durante los episodios disruptivos, pueden tener como consecuencia la aparición de sensación crónica de fatiga o de cansancio, mareos, dolores de cabeza, falta de apetito, etc.... En estas situaciones,

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Los pacientes con trastornos del neurodesarrollo, al ser requeridos por los padres para saber lo que le pasa, acaban contestando algo así como “Déjame en paz, me duele la cabeza...” cuando utilizan expresiones educadas si tienen capacidades expresivas suficientes para hacerlo. Otras veces, simplemente se ponen de mal humor porque se sienten mal y no saben cómo expresarlo.

Éstas sensaciones, no tienen que responder sólo a una falta de actitud para mantener una vida física activa. Es frecuente encontrar procesos disfuncionales del sistema nervioso autónomo que pueden ser debidas a la misma patología de base que está condicionando los cuadros del neurodesarrollo (20).

Estas disfunciones cardiocirculatorias debidas a la disfuncionalidad del sistema vegetativo se suelen manifestar a menudo por la presencia de taquicardias sinusales, hiperhidrosis plantar y palmar, sensaciones de sofocación o frío muy bruscas, lo que además es percibido por estos pacientes como una desventaja en la interacción social.

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

Todos los acontecimientos descritos en las líneas anteriores no ocurren exclusivamente en la consulta médica o en el gabinete psicopedagógico. En ambos lugares, el paciente con trastornos del neurodesarrollo y sus familias pueden encontrar comprensión a su situación, explicaciones sobre lo que la causa, y medidas, generalmente empíricas, de cómo afrontarlos.

Muy al contrario, esos serán momentos en los que el paciente y sus padres se vayan a sentir arrojados y comprendidos en la “travesía del desierto” que representa la convivencia familiar con trastornos del neurodesarrollo, especialmente en la adolescencia.

La realidad es otra bien distinta. La familia y el paciente conviven con un entorno que no les comprende, les abandona y se muestran incluso agresivos hacia los pacientes y sus padres.

Los familiares más allegados y amigos, en una expresión de extrema ignorancia, hace responsables a los padres de no haber sabido educar adecuadamente a sus hijos, y de ahí el resultado del comportamiento. Los vecinos y educadores opinan lo mismo por los berrinches y trastadas que organizan en el vecindario o en la escuela, donde además se les cataloga de vagos y despreocupados. La frase “no hace más porque no quiere”, parece que sea un lema escrito a la entrada de muchos colegios. Cuando por fin en el ámbito educativo se reconoce el problema, se sigue de la sentencia “necesitaría más atención, pero no tenemos medios”. En sanidad, el acceso a los especialistas es limitado, y no es extraño que las funciones

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

de cada uno no queden bien delimitadas, por lo que se repiten visitas innecesarias, se hacen pruebas de relativa utilidad, y se ponen tratamientos de los que no se acaba de conocer la eficacia, por las dificultades que hay para obtener citas de seguimiento. Mientras tanto, en los colegios se insiste en la necesidad de más apoyos educativos, por lo que se recomienda la asistencia a centros psicopedagógicos especializados, siempre privados, y a los que, con las becas educativas, nunca se llega a cubrir el pago de las sesiones que los mismos centros recomiendan.

Esto no siempre ocurre así, pero sí que pasa más de lo que sería deseable, sobrecargando a las familias con factores de estrés innecesario, ahogadas en un mar de burocracia, que acaba por hacerlas desistir de la obtención de los apoyos sociales que requieren.

Por otra parte, el adolescente deberá afrontar casi con toda seguridad situaciones de acoso en su entorno escolar, que no son más que reflejo de una falta de sensibilidad social y cultural hacia los miembros más desfavorecidos de nuestra sociedad.

Finalmente, no nos podemos sustraer al hecho de que, a pesar de lo que se ha avanzado en los últimos años, sigue siendo doloroso ver como la incomprensión hacia estos niños, hace de su adolescencia el momento clave en el que, sin los apoyos necesarios, pueda perder opciones para conseguir su desarrollo pleno como persona y acabe por descolgarse hacia la marginalidad social, económica y cultural.

COMENTARIOS FINALES:

Tanto el TEA como el TDAH son trastornos del neurodesarrollo con una importante base genética, que es hasta cierto punto modificable, especialmente si las intervenciones se hacen de forma precoz.

Ambos trastornos, son siempre detectados antes de la pubertad, y en la mayoría de los casos tratados psicopedagógica o farmacológicamente con cierto éxito.

En la adolescencia, muchos pacientes presentan una recrudescencia de los síntomas que parecían ya controlados, lo que se encuentra en relación en parte con los cambios fisiológicos propios de la adolescencia y preadolescencia.

Toda vivencia humana tiene una dimensión biológica y social, por lo que los cambios conductuales negativos por los que atraviesan estos pacientes en la pubertad también estarán influenciados por el contexto socioeconómico y cultural donde desarrollan sus vidas.

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Tuchman R, Cuccaro M, Alessandri M. Autism and epilepsy: historical perspective. *Brain Dev.* 2010 Oct;32(9):709-18. doi: 10.1016/j.braindev.2010.04.008. Epub 2010 May 26. PMID: 20510557.
- (2) López-López A, Poch-Olivé ML, López-Pisón J, Cardo-Jalón E; Grupo de Trabajo TDAH de la Sociedad Española de Neuropediatría. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la práctica clínica habitual. Estudio retrospectivo [Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in clinical practice. A retrospective study]. *Medicina (B Aires).* 2019;79(Suppl 1):68-71. Spanish. PMID: 30776283.
- (3) Tanner K, Hand BN, O'Toole G, Lane AE. Effectiveness of Interventions to Improve Social Participation, Play, Leisure, and Restricted and Repetitive Behaviors in People With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2015 Sep-Oct;69(5):6905180010p1-12. doi: 10.5014/ajot.2015.017806. PMID: 26356653.
- (4) Miguel PM, Pereira LO, Silveira PP, Meaney MJ. Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. *Dev Med Child Neurol.* 2019 Oct;61(10):1127-1133. doi: 10.1111/dmcn.14182. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30740660.
- (5) Artigas-Pallarés J, Narbona J. (eds.). — Trastornos del Neurodesarrollo. ISBN: 978-84-92931-03-3. Un volumen de 501 págs. Barcelona: SENEP y Viguera, 2011.
- (6) Peterson BS, Trampush J, Maglione M, Bolshakova M, Brown M, Rozelle M, Motala A, Yagyu S, Miles J, Pakdaman S, Castelum M, Nguyen BT, Tokutomi E, Lee E, Belay JZ, Schaefer C, Coughlin B, Celosse K, Molakalapalli S, Shaw B, Sazmin T, Onyekwuluje AN, Tolentino D, Hempel S. ADHD Diagnosis and Treatment in Children and Adolescents [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2024 Mar. Report No.: 24-EHC003Report No.: 2023-SR-03. PMID: 38657097.
- (7) Périssé D, Amiet C, Consoli A, Thorel MV, Gourfinkel-An I, Bodeau N, Guinchat V, Barthélémy C, Cohen D. Risk factors of acute behavioral regression in psychiatrically hospitalized adolescents with autism. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010 May;19(2):100-8. PMID: 20467546; PMCID: PMC2868556.

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

- (8) Lounds Taylor J, Dove D, Veenstra-VanderWeele J, Sathe NA, McPheeters ML, Jerome RN, Warren Z. Interventions for Adolescents and Young Adults With Autism Spectrum Disorders [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Aug. Report No.: 12-EHC063-EF. PMID: 23035276.
- (9) Emmanuel M, Bokor BR. Tanner Stages. 2022 Dec 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 29262142.
- (10) Robichaud JM, Mageau GA, Soenens B. The role of logical consequences in adolescents' cognitive precursors of compliance and internalization. *J Exp Child Psychol.* 2020 Apr;192:104777. doi: 10.1016/j.jecp.2019.104777. Epub 2020 Jan 17. PMID: 31958666.
- (11) Tarbell SE, Olufs EL, Fischer PR, Chelimsky G, Numan MT, Medow M, Abdallah H, Ahrens S, Boris JR, Butler IJ, Chelimsky TC, Coleby C, Fortunato JE, Gavin R, Gilden J, Gonik R, Klaas K, Marsillio L, Marriott E, Pace LA, Pianosi P, Simpson P, Stewart J, Van Waning N, Weese-Mayer DE. Assessment of comorbid symptoms in pediatric autonomic dysfunction. *Clin Auton Res.* 2023 Dec;33(6):843-858. doi: 10.1007/s10286-023-00984-4. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37733160.
- (12) Accardo JA, Malow BA. Sleep, epilepsy, and autism. *Epilepsy Behav.* 2015 Jun;47:202-6. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.09.081. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25496798.
- (13) Capal JK, Carosella C, Corbin E, Horn PS, Caine R, Manning-Courtney P. EEG endophenotypes in autism spectrum disorder. *Epilepsy Behav.* 2018 Nov;88:341-348. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.09.036. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30340903.
- (14) Fetit R, Hillary RF, Price DJ, Lawrie SM. The neuropathology of autism: A systematic review of post-mortem studies of autism and related disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Oct;129:35-62. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.07.014. Epub 2021 Jul 14. PMID: 34273379.
- (15) McWilliams S, Singh I, Leung W, Stockler S, Ipsiroglu OS. Iron deficiency and common neurodevelopmental disorders-A scoping review. *PLoS One.* 2022 Sep 29;17(9):e0273819. doi: 10.1371/journal.pone.0273819. PMID: 36173945; PMCID: PMC9522276.
- (16) Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Mol Autism.* 2017 Mar 17;8:13. doi: 10.1186/s13229-017-0121-4. PMID: 28331572; PMCID: PMC5356236.

MANIFESTACIONES ESPECIALES DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA

- (17) Croall ID, Hoggard N, Hadjivassiliou M. Gluten and Autism Spectrum Disorder. *Nutrients*. 2021 Feb 9;13(2):572. doi: 10.3390/nu13020572. PMID: 33572226; PMCID: PMC7915454.
- (18) Chua RXY, Tay MJY, Ooi DSQ, Siah KTH, Tham EH, Shek LP, Meaney MJ, Broekman BFP, Loo EXL. Understanding the Link Between Allergy and Neurodevelopmental Disorders: A Current Review of Factors and Mechanisms. *Front Neurol*. 2021 Feb 15;11:603571. doi: 10.3389/fneur.2020.603571. PMID: 33658968; PMCID: PMC7917177.
- (19) Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020 Oct;51(5):315-335. doi: 10.1055/s-0040-1701658. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32559806; PMCID: PMC7508636.
- (20) Rash JA, Aguirre-Camacho A. Attention-deficit hyperactivity disorder and cardiac vagal control: a systematic review. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2012 Dec;4(4):167-77. doi: 10.1007/s12402-012-0087-1. Epub 2012 Jul 7. PMID: 22773368.

PERTENENCIAS Y DEPENDENCIAS SOBRE ADOLESCENTES, SUS FAMILIAS Y LAS DROGAS

Luis Rodríguez Fernández

INTRODUCCIÓN

Trabajé durante 15 años con pacientes toxicómanos (y sus familias). Se trataba fundamentalmente de jóvenes adultos (20 a 40 años), varones mayoritariamente (en una proporción de 10 a 1), con una adicción principal a la heroína, aunque muchos de los casos eran politoxicómanos. Contábamos con un servicio de desintoxicación ambulatoria y un centro de día de deshabitación, y con un equipo multidisciplinar compuesto por médicas, psicólogos, trabajadoras sociales y monitores ocupacionales. Pronto empecé a darle vueltas a esta cuestión: si teníamos bien descrito “el problema” (la adicción) y disponíamos de “la solución” (tratamientos anti-droga), ¿cómo es que pocos pacientes conseguían desengancharse?, ¿cómo es que mayoritariamente recaían al poco de dejarlo?

Luigi Cancrini (psiquiatra y psicoterapeuta italiano) arrojó luz sobre estas cuestiones: tal vez teníamos una visión demasiado simplista de los términos de la ecuación (“problema” y “solución”). Nos contó que la toxicomanía era una emergencia sintomática que se superponía sobre los verdaderos problemas de los pacientes y que, paradójicamente, el “problema” (el consumo de drogas) era en realidad un intento (torpe a la postre) de “solución” del sufrimiento de base. El autor explicaba que de cada 100 jóvenes que tenían la oportunidad de probar la heroína, 60 lo hacían; de esos 60, 40 se quedaban un tiempo en un consumo ocasional hasta simplemente no volver a consumir, pero 20 permanecían en un consumo abusivo; de éstos, 4 desarrollaban una toxicomanía.

Para algunas personas (un 4%) el contacto con las drogas adquiere un significado especial y representa una experiencia de alivio. La experiencia de sufrimiento humano tiene dos componentes: el dolor y el soportar el dolor. A lo que asistimos en primera instancia es al soportar, a la manera en que el paciente trata de lidiar con su dolor. Así Cancrini diferenció cuatro tipos de toxicomanías (traumáticas, de neurosis actual, de transición psicótica y sociopáticas) en las que el consumo era una suerte de “auto-terapia” para tratar de manejar problemas personales y relacionales de fondo. La mejor pregunta que un clínico puede hacer a un paciente toxicómano es “¿De qué está tratando de curarse usted?”.

PERTENENCIAS Y DEPENDENCIAS SOBRE ADOLESCENTES, SUS FAMILIAS Y LAS DROGAS

Los adolescentes a los que nos referimos en este curso no son toxicómanos (aún cuando algunos fumen una docena de canutos al día) ni el contexto social es el mismo de aquellos años 80 y 90 de la heroína. Los discursos sobre el tema de las drogas y las acciones terapéuticas son de tres tipos: (a) el de la prevención: para que los chicos que no consumen sigan sin hacerlo; (b) el de la gestión de los placeres y los riesgos: para que aquellos más exploradores no lleguen a formar parte de “un 4%”; hace años una adolescente me dijo “cuando salgo de fiesta no llevo el libro de biología, cuando voy al IES no llevo porros” (no es lo mismo chicos felices con porros a ratos que chicos permanentemente cocidos en su propio jugo); y (c) el de los tratamientos: algunos adolescentes pasan un tiempo extra en el “país de nunca jamás” o rumiando un “hakuna-matata” y van a necesitar ayuda para recuperar la energía para crecer.

Posteriormente, trabajé durante 10 años con “adolescentes problemáticos” (y sus familias). Se trataba sobre todo de chicos de entre 13 y 18 años, también mayoritariamente varones (aunque en una proporción quizás más matizada: 70/30), siendo común una sintomatología de tipo externalizante: abuso de alcohol y drogas (fundamentalmente cannabis), absentismo escolar, comportamiento anti-social, etc. Charles Fishman (psiquiatra y psicoterapeuta estadounidense) utilizaba una metáfora para describir la relación entre los síntomas de un niño/adolescente y su familia: igual que el pajarito en una mina de carbón indica con sus síntomas de asfixia que hay gas grisú en la mina, las conductas sintomáticas de un adolescente son indicadores de que algo va mal en la familia y/o su contexto próximo. A menudo, esta visión contextual nos ha llevado al error de culpabilizar a las familias. Se trata más bien de responsabilizarse: de tener capacidad como progenitor de cuestionarse hasta qué punto tiene que ver uno en lo que le pasa al hijo y, sobre todo, responsabilizarse de que uno es parte indispensable de la solución. Las familias no son culpables de que sus hijos tengan problemas con las drogas, pero es importante que entiendan que cuando las cosas se hacen bien es muy improbable que suceda: los chicos que tienen dependencias sanas rara vez hacen dependencias patológicas.

Maurizio Andolfi (psiquiatra y terapeuta italiano) propone que, en lo que a los adolescentes toca, no es tan importante lo que dicen o hacen, sino justamente lo que no hacen y no dicen (¿por qué no aprovecha los recursos familiares, escolares y sociales que tiene al alcance?, ¿por qué no está en casa, no participa en los rituales familiares?, ¿por qué no atiende la guía familiar y sí la de grupos de insensatos como él?, ¿por qué se aísla, por qué no habla?, ¿por qué no consigue buenos amigos, buenos amores?). Andolfi piensa que frente a la idea predominante de que la adolescencia es la edad de la autonomía y la ruptura (ser yo), es igualmente importante darse cuenta de que también es la edad en que cobran gran

PERTENENCIAS Y DEPENDENCIAS SOBRE ADOLESCENTES, SUS FAMILIAS Y LAS DROGAS

importancia las pertenencias (ser con): quién soy yo va de la mano de quiénes son los míos; y propone que las “malas dependencias” aparecen cuando las “buenas dependencias” son frágiles.

Dice Pittman (psiquiatra infanto-juvenil norteamericano) que la adolescencia es un tiempo de “psicosis normal” y que cualquier padre se merece algo mejor que ese hijo adolescente que parece no cumplir con las expectativas que un día se depositaron en él. Muchos autores proponen la adolescencia como una fase del ciclo vital individual y familiar especialmente sensible. Cuando tenemos alguien de 15-20 años tenemos otros de 45-50 y aún otros más de 70-80: es una fase muy tensionante (especialmente para los padres, emparedados entre sus hijos y sus propios padres, en la edad media de la vida y con las cosas inevitables de la fatiga de pareja) y algunas familias parecen quedarse como “atascadas” en ella. La adolescencia de los hijos es un proceso dentro de un proceso (el familiar) y los procesos deben proceder, evolucionar; de lo contrario, el crecimiento cede. Una de las cosas buenas de la adolescencia es que nos podemos permitir ser pacientes: cuando tratamos niños con problemas conviene actuar con urgencia, con los adolescentes podemos confiar en que la vida va a brindarle oportunidades. Otra de las cosas buena de la adolescencia es que antes o después se acaba y, en mi experiencia con los adolescentes problemáticos y sus familias, mayoritariamente se acaba bien.

Los últimos 10 años vengo trabajando con menores (y sus familias) en situación de vulnerabilidad, riesgo o desamparo. Se trata de niños, niñas y adolescentes, desde muy pequeños hasta los 18 años, la distribución por género es de 50/50 y, aunque tenemos casos “externalizantes”, han crecido mucho los casos con sintomatología “internalizante” (trastornos del estado de ánimo, conducta auto-lítica, posiciones fóbicas y aislamiento, etc.). Ya no pensamos en aquella ecuación simple consistente en que determinadas familias “hacían” determinados pacientes; sabemos que la cosa es más compleja y que lo que se troquela en la familia durante la infancia es la personalidad (y lo hace de la mano fundamentalmente de cosas que describe muy bien la teoría del apego, que es una teoría del amor y sus interferencias) y que después personalidades vulnerables van a expresar su malestar con síntomas que tienen sobre todo que ver con el contexto social. Si hiciéramos un repaso de cómo han ido cambiando de los programas de cursos como este veríamos claramente el impacto del contexto en las formas en que se expresa el sufrimiento: por eso hoy escuchamos hablar del impacto de las redes sociales, de auto-lisis y suicidios adolescentes, de chicos “postpandémicos”, ...

En cuanto a ese proceso de construcción de la personalidad en el seno familiar, Juan Luis Linares (psiquiatra y psicoterapeuta) dice que “los humanos somos animales amorosos,

PERTENENCIAS Y DEPENDENCIAS SOBRE ADOLESCENTES, SUS FAMILIAS Y LAS DROGAS

pero que la interferencia del amor nos puede hacer devenir en maltratantes”. El amor complejo como motor de esa construcción tiene lugar en la encrucijada entre dos componentes: la parentalidad y la conyugalidad. El sufrimiento infantil tienen que ver con condiciones de baja parentalidad y/o con cómo una competencia parentalidad inicialmente suficiente (incluso notable) se ve deteriorada por el conflicto entre los adultos cuidadores de los niños. En mi trabajo sigo siendo testigo de casos en que la incompetencia parental deviene en negligencia, que provoca mucho sufrimiento en los menores; sin embargo, siempre cabe “enseñar al que no sabe”. Pero hay quien sabe y no obstante daña: es creciente el número de niños, niñas y adolescentes con manifestaciones clínicas graves vinculadas a los “malos divorcios”. Los “buenos padres” nos enseñan que el truco para una buena crianza está en estar disponibles (física y psicológicamente) y en ser sensibles a las necesidades de los hijos. En los malos divorcios se pierde disponibilidad (y los hijos se nos despistan) y se pierde sensibilidad (actuamos con ellos en función de nuestras necesidades, no de las de ellos).

A los latinos nos va una fiesta (bodas, xuntanzas, aniversarios, racós y barracas,...), pero todo indica que no estamos educados en separarnos bien. Los humanos nos vinculamos por relaciones de amor y de poder; a menudo, cuando el amor salta por la ventana, sólo queda la lucha de poder y, mientras los adultos cuidadores están enzarzados en una batalla cruenta, los hijos o bien no son vistos o bien son captados como aliados para la guerra. El coste en términos de salud mental puede ser realmente elevado.

Webs recomendadas:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/> Página web del Plan Nacional sobre Drogas de España, con mucha documentación e información sobre prevención, tratamiento, recursos...

<https://www.drugabuse.gov/es/en-espanol> Información sobre drogas; versión en español de la web del NIDA (Instituto Nacional Norteamericano sobre Drogas de Abuso).

<http://familiasenpositivo.org/documentacion/recursos-socioeducativos> “Familias en positivo” es una plataforma impulsada por el Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias dirigida a promover el ejercicio de la parentalidad positiva.

<https://universidaddepadres.es/> Plataforma para la educación y participación de los padres auspiciada por el filósofo José Antonio Marina.

PERTENENCIAS Y DEPENDENCIAS SOBRE ADOLESCENTES, SUS FAMILIAS Y LAS DROGAS

www.fad.es Web de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, con información también sobre los usos de tecnologías de la información y la comunicación por los adolescentes.

Recursos y servicios de ayuda:

<https://www.alicante.es/es/contenidos/prevencion-adicciones> Enlace a la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPC-CA) del Ayuntamiento de Alicante

<https://fundacionamigo.org/proyecto-conviviendo/> Enlace al “Programa conviviendo” para la resolución de conflictos entre adolescentes y sus familias.

<https://vidalibre-alicante.org/> Enlace a los programas de atención en juego patológico y adicciones tecnológicas que ofrece la asociación Vida Libre.

XIII CURSO PARA PADRES DE ADOLESCENTES

Libros recomendados por los ponentes

ADOLESCENCIA

El desafío de la adolescencia. Montserrat Graell Berna. Espasa 2024

¡La adolescencia se termina! Antonio Rios Plataforma Editorial 2022

Quiéreme cuando menos me lo merezca... Porque es cuando más lo necesito. Jaume Funes Ed. Paidós 2018

Los 7 hábitos de los adolescentes altamente efectivos en la era digital. Sean Covey. Ed. Debolsillo 2017

Adolescentes: "Qué maravilla". Eva Bach. Plataforma Editorial 2008

¿Qué ocultan nuestros hijos? El informe que nos cuenta los secretos de los adolescentes y lo que callan sus padres. Javier Urra. La esfera de los libros 2008

Cómo Hablar para que los Adolescentes Escuchen y Cómo Escuchar para que los Adolescentes Hablen. Adele Faber y Elaine Mazlish. Ediciones Medici S.L. 2006

SEPARACIONES

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

Separarse sin grietas: sufrir menos y hacerlo bien con los hijos. Felix López Sánchez Ed Grao 2010

EDUCACIÓN

Criar sin complejos M^a Angustias Salmerón Ruiz Editorial Edaf, S.L 2018

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

Aprender a vivir. La educación lo es todo. José Antonio Marina MSE. Ariel. 2005

XIII CURSO PARA PADRES DE ADOLESCENTES

Libros recomendados por los ponentes

TECNOLOGÍAS

La generación ansiosa. Por qué las redes sociales están causando una epidemia de enfermedades mentales entre nuestros jóvenes. Jonatan Haidt . Ed. Deusto 2024

Cómo las pantallas devoran a nuestros hijos. Francisco Villar Cabeza. Herder Editorial. 2023

NEUROCIENCIA

El cerebro del adolescente. David Bueno. Grijalbo, 2022

El cerebro adolescente. Frances E. Jensen RBA libros 2019

Neurociencia para educadores. Bueno i Torrens Octaedro 2017

SUEÑO

El sueño es vida. Gonzalo Pin Arboledas. Ed. Planeta 2023

La ciencia del buen dormir. Javier Albares Ed. Península 2023

Cronobiología: una guía para descubrir tu reloj biológico. J.A. Madrid. Plataforma Editorial 2022

SEXUALIDAD

Los sentimientos en la sexualidad de los adolescentes. Carlos J. Romero Mensaque. Editorial Ccs 2013

Teenagers Explained: A Manual for Parents by Teenagers. Megan Lovegrove. White Ladder Press 2012

Homosexualidad y familia: lo que los padres, madres, homosexuales y profesionales deben saber y hacer. López Sánchez F ed Grao 2006

XIII CURSO PARA PADRES DE ADOLESCENTES

Libros recomendados por los ponentes

Mi hermano se llama Jessica. El viaje de una familia hacia la aceptación Jhon Boyne. Ed Salamandra 2022.

El porno no mola. Anna Salvia y Cristina Torrón (Menstruita). Ed Montena 2024

Éso no es sexo ¡Otra educación sexual es urgente! . Marina Marroquí. Ed Crossbooks 2023

Hablemos de sexo. Cory Silverberg y Fiona Smyth. Ed Bellaterra 2022

Sex FAQs Lo que sí preguntan los adolescentes. Lara Castro Grañén y Marta Piedra. Ed Larousse 2022

Nadie nace sabiendo. Álvaro Fernández. Ed B 2022

A mí también: si la adolescencia te ataca, lee este libro. Karina M. Soto y Maite F. Tepichin. Ed Alfaguara 2017

Habla con ellos de sexualidad. Elena Crespi. Lunwerg Editores 2019

¡Entérate!: Todo lo que nunca te han contado sobre sexo y relaciones. Platanomelón. Ediciones Martínez Roca 2020

Pussypedia . Zoe Mendelson y María Conejo. Ed Larousse 2022

Sí es sí, no es no y siempre lo decido yo. Megan Madison y Jessica Ralli. Ed. Penguin Kids 2024



XIII CURSO
para **PADRES de**
ADOLESCENTES

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

Sábado, 16 de noviembre 2024

Iltr. Colegio Oficial de Médicos de ALICANTE

Organizado por:

Con la colaboración de:



Miguel '24