



DISFRUTAR DE LA ADOLESCENCIA DE LOS HIJOS

Javier González de Dios

XIV Curso de formación para padres de adolescentes

Alicante, 14 noviembre 2026



EL CINE PUEDE AYUDAR





“Los buenos hábitos formados en la juventud marcan toda la diferencia”

Aristóteles



“La adolescencia es una edad de tránsito. Y debe acabar produciendo unos adultos autónomos, responsables y altruistas”

Josep Cornellá



“La adolescencia es como un segundo parto. En el primero nace un niño y en el segundo, un hombre o una mujer. Y siempre es doloroso”

François Truffaut

Conflictos de interés

Respecto a esta presentación

TODOS



Cámara… ¡¡ Acción !!

1) El STORYBOARD… hasta llegar aquí:
PEDIATRÍA, una especialidad “de cine”

2) El GUIÓN… nuestro por qué:
el CINE y la INFANCIA con otra MIRADA

3) La ADOLESCENCIA… esa tierra de nadie y de todos:
Adolescencia, comunicación y educación:
TRILOGÍA de cine

4) La Adolescencia como GÉNERO cinematográfico:
¿Te atreves a PRESCRIBIR películas?

5) Un THE END de cine y pediatría:
”C&P”, una oportunidad para la HUMANIZACIÓN







El STORYBOARD...
hasta llegar aquí







PEDIATRÍA, una especialidad “de cine”

Un BLOG…

Pediatría Basada en Pruebas

Blog destinado a la aplicación de los postulados de la Medicina Basada en la Evidencia o en Pruebas a la especialidad de Pediatría. Los contenidos de este blog están especialmente destinados a profesionales sanitarios interesados en la salud infantojuvenil

sábado, 2 de junio de 2012

Cine y Pediatría (125). "Cinema Paradiso", cuando el homenaje al cine se hace sentimiento y nos acompaña desde la infancia



Mucho antes que Martin Scorsesse nos realizara una declaración de amor a los inicios del cine con *La invención de Hugo* (2011), disfrutamos de **uno de los homenajes más sublimes realizados al séptimo arte**: la inolvidable *Cinema Paradiso* (Giuseppe Tornatore, 1988), un retrato sentimental de la Italia de la postguerra con el cine como leit-motiv y bajo la atenta mirada de un Totó niño (Salvatore Cascio), de un Totó adolescente

PediaClic

Toda la Pediatría a un clic

Buscar con PediaClic

Información sanitaria pediátrica

Buscar

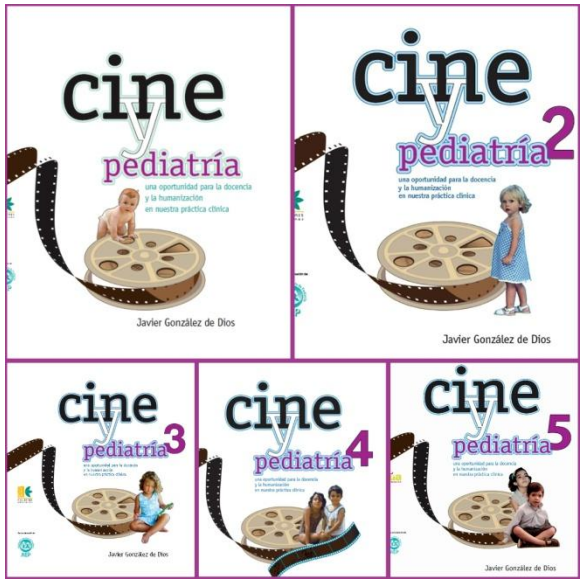
Create your own Custom Search Engine

Gadgets powered

Revista Evidencias en Pediatría

Asociación Española de Pediatría

Quince LIBROS…









...y muchos CONGRESOS













...y ACTIVIDADES DOCENTES



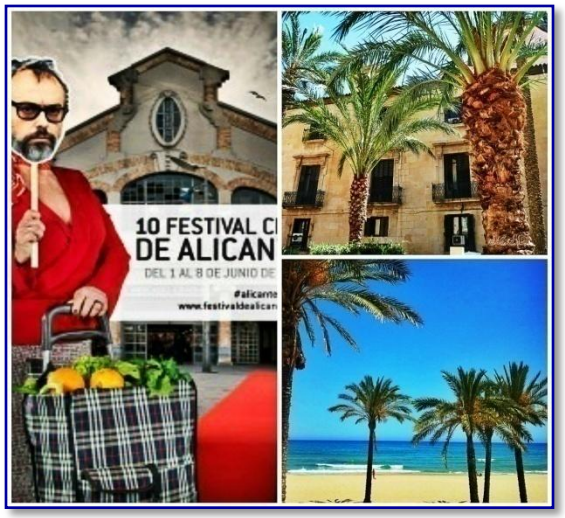


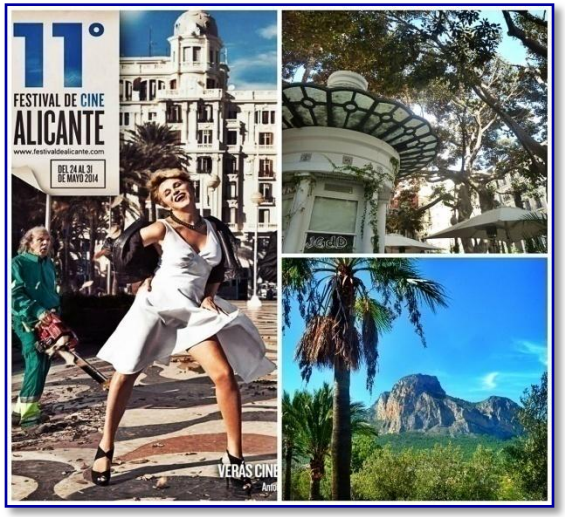




...y algunos FESTIVALES DE CINE









Momentos de cine



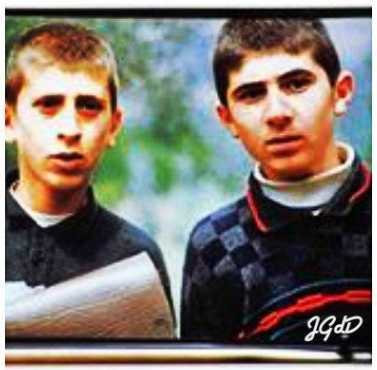
El principio de una buena AMISTAD

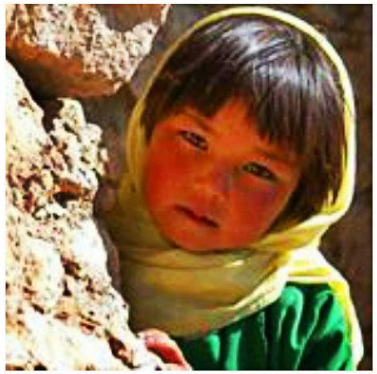


Mirar el cine...













El GUIÓN...
nuestro por qué







El CINE y la INFANCIA con otra MIRADA

Bienvenidos al...



Bebés
(Thomas Balmes, 2010)

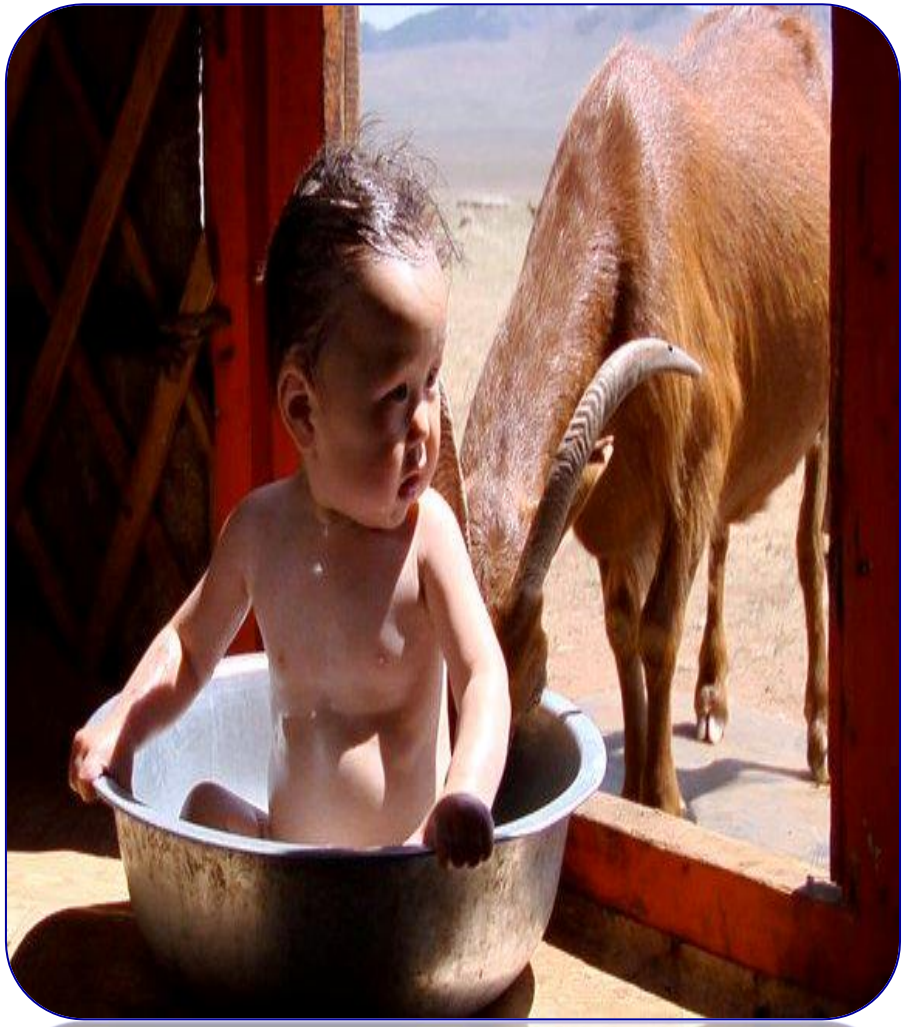
ARTE

CIENCIA

... y CONCIENCIA



Bienvenidos a las…



Bebés
(Thomas Balmes, 2010)

EMOCIONES

… y REFLEXIONES

Bienvenidos al…



Bebés
(Thomas Balmes, 2010)

COLOR

… y CALOR





Porque la infancia y adolescencia son de CINE

Cine visto con OBSERVACIÓN NARRATIVA

PREFIGURACIÓN

CONFIGURACIÓN

REFIGURACIÓN



Iceberg
(Gabriel Velázquez, 2011)

PELÍCULAS clasificadas en 4 grupos desde la MEDICINA



Silencio de hielo
(Baran bo Odar, 2010)

“Saludables”

“Puntuales”

“Relevantes”

… y
“Argumentales”

HORIZONTES de C&P

DOCENCIA

HUMANIZACIÓN

PRESCRIPCIÓN



El espíritu de la colmena
(Víctor Erice, 1973)

8

Evidencia científica y Medicina de la Adolescencia: el camino a la medicina apropiada

J. González de Dios

El conflicto entre lo deseable, lo posible y lo apropiado en la toma de decisiones en Medicina de la adolescencia

INTRODUCCIÓN

La Medicina de la Adolescencia, una de las áreas específicas de la Pediatría, es una especialidad especialmente proclive a desarrollar ***un modelo de medicina cercana, científica y humana***. Una medicina que intente ofrecer la máxima calidad con la mínima cantidad (de intervenciones) y en el lugar más cercano al paciente, en nuestro caso además un paciente tan especial como el adolescente. Y es en este contexto donde el pediatra asiste continuamente (y en primera línea) a escenarios en los que se plantean dudas en la toma de decisiones sobre los diversos aspectos de esta práctica clínica. Por ejemplo:

- El interés de una intervención terapéutica (p. ej., toxina botulínica en la parálisis cerebral infantil espástica) o preventiva (p. ej., vacuna frente VPH en varones adolescentes).
- La importancia de una prueba diagnóstica (p. ej., valor de la RM cerebral en la pubertad precoz central en chicas adolescentes) o de cribado (p. ej., test de Adams en la escoliosis idiopática del adolescente).
- Los potenciales efectos perjudiciales de una intervención (p. ej., seguridad de la atomoxetina frente a metilfenidato para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad).
- El pronóstico de una enfermedad (p. ej., factores pronósticos de la leucemia aguda linfoblástica en adolescentes).
- La evaluación económica (en términos de coste-efectividad, coste-beneficio y/o coste-utilidad) de intervenciones individuales (p. ej., omalizumab en asma bronquial grave de origen alérgico) o poblacionales (p. ej., vacunación universal con vacuna tetravalente antimeningocócica).

En la respuesta a todas estas cuestiones debemos tener en cuenta la propia naturaleza de la Medicina, que se ha definido como la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad. Se reconocen las siguientes reacciones de los médicos frente a la incertidumbre: intervencionismo (prodigar pruebas y tratamientos, con un peligroso "efecto cascada"), ansiedad, negación, parálización e indecisión, seguimiento ciego de normas y protocolos, acciones impulsivas y no fundament

Y aunque es conocido el valor d evidencia (MBE) para resolver estas que se han descrito otras siete alter pero es patente que sería importante evidencia científica.

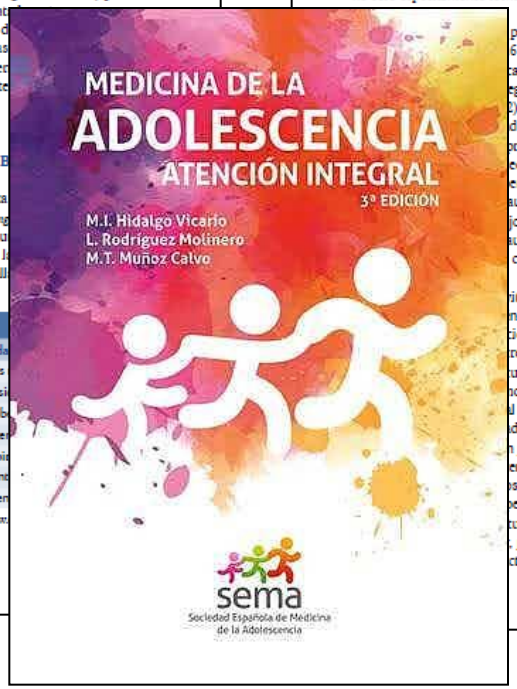
EN BUSCA DE LA MEDICINA B EN LA EVIDENCIA (MBE)

En 1992 se publicó en la revista por el *Evidence-Based Medicine Working* la atención sobre la necesidad de u la práctica de la medicina. Y desde l ter en Canadá continuaron desarroll

TABLA I. Alternativas a la Medicina basada en la evidencia.

Bases para la decisión clínica	Marcador	Dispositivo de medición	Unida
Medicina basa en la **evidencia**	EC aleatorizado	Revisión sistemática y metaanálisis	Odds
Medicina basa en la **eminencia**	Brillo del cabello blanco	Luminómetro	Densi
Medicina basa en la **vehemencia**	Nivel de estridencia	Audímetro	Decib
Medicina basa en la **elocuencia**	Facilidad de palabra	Tonómetro	Porce
Medicina basa en la **deficiencia**	Nivel de oscuridad	Nihilómetro	Suspi
Medicina basa en la **jurispeudencia**	Nivel de fobia a la demanda	Cualquier test imaginable	Cuent
Medicina basa en la **arrogancia**	Bravura	Test del sudor	Ausen

Tomado de ABIM Foundation. [en línea] Consultado el 11 de enero de 2019. Disponible en: Choosing Wisely. http://www.



16

El cine y la medicina de la adolescencia

J. González de Dios

INTRODUCCIÓN. UNA TRILOGÍA "DE CINE": ADOLESCENCIA, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se fragua la personalidad, se afianza la identidad sexual y se conforma sus sistemas de valores. Conlleva grandes cambios biológicos y psicosociales; fundamentalmente, la necesidad de asumir responsabilidades y roles de adulto.

La adolescencia es una "tierra de nadie", también desde el punto de vista de la sanidad en España: demasiado mayores para ser niños, demasiado jóvenes para ser adultos. La atención del adolescente es un reto tan importante que precisa una colaboración multidisciplinar en el que deben participar profesionales no solo especialmente formados, sino ilusionados y éticamente

por tres etapas: adolescencia temprana 6 años) y tardía (17-19 años). A cada cado unas edades que solo son orien- egunta a responder: 1) la adolescencia 2) la adolescencia media: ¿comporta- dolescencia tardía: ¿independencia?

preguntas son necesarios dos recursos: ecuada **educación** con los adolescen- en ir acompañadas en la familia con aunque de la profesión de padres no os tienen que poner de su parte para utonomía. Y si como padres hemos comunicación y educación), el resto

rital, todo recurso en nuestras manos n como educadores y como pediatras) ión y educación de los adolescentes, re esos recursos tiene un lugar desta- ulas es un entretenimiento apreciado o pediatras, que atendemos a la salud l de la infancia y adolescencia, no solo das pruebas diagnósticas y modernos películas, que ayudan a comprender nte dentro de sus ámbitos habituales s educativos y sociedad).

películas puede orientarse a los ado- tudiando muy bien el objetivo que se , para que el mensaje positivo llegue cto de prescribir películas es algo muy serio. Porque, al igual que cualquier medicamento tiene indicaciones y contraindicaciones, condiciones de uso, interacciones y efectos adversos, asimismo, una película debe mirarse con los mismos ojos. No consiste en prescribir, sino en prescribir bien. No consiste en recetar, sino en hacer un buen uso de aquellas películas con alto valor humano, afectivo y emocional, por sus enseñanzas: en este caso hablamos de las denominamos como películas "argumentales".

"Prescribir" películas no es ninguna novedad, pero sí es un acto poco utilizado en la práctica sanitaria. Por ello abogamos en Cine y Pediatría **y así lo expusimos en nuestro discurso de ingreso en el año 2014 en ASEMEYA (Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas) y en cada uno de los siete** libros ya publicados bajo el título de "Cine y Pediatría: una oportunidad para la docencia y la humanización en nuestra práctica clínica" (con el octavo libro en prensa, el noveno ya escrito y camino del décimo).

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

- Que el cine es un arte exquisito para la docencia y para la humanización en Pediatría, en general, y para la medicina de la adolescencia, en particular.
- Que es posible (y bueno) prescribir películas a los adolescentes. Y animamos a realizarlo en nuestro hospital, centro de salud, centro escolar y, cómo no, también en nuestra familia.
- Que reivindicamos la adolescencia como género cinematográfico, debido a la cantidad y calidad de películas al respecto.

Y es que la adolescencia es "de cine". Y las muchas películas que tratan con distintos prisma las muy diversas situaciones de esta etapa tan importante de nuestra vida, puede ayudarnos. Y es así como el cine puede ayudar a los padres, familiares, educadores y a los propios adolescentes a la hora de tener un punto de encuentro para mejorar la comunicación y la educación. Por todo ello, pensamos que es bueno "prescribir" películas sobre adolescentes. Y en el apartado siguiente enumeraremos algunos ejemplos.

LA ADOLESCENCIA ES "DE CINE": ATRÉVETE A PRESCRIBIR PELÍCULAS

Proponemos un pequeño viaje por algunas películas con adolescentes como protagonistas, generalmente adolescentes

Adolescentes "en tierra de nadie" y sus protagonistas de cine (I)

Javier González de Dios

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo biológico y psicosocial de toda persona. Y como pediatras, que atendemos a la salud orgánica, emocional y social de la infancia y adolescencia, proponemos prescribir películas que ayuden a comprender la adolescencia y al adolescente dentro de sus ámbitos habituales (familias, amigos, centros educativos y sociedad).

La adolescencia y su "tierra de nadie"

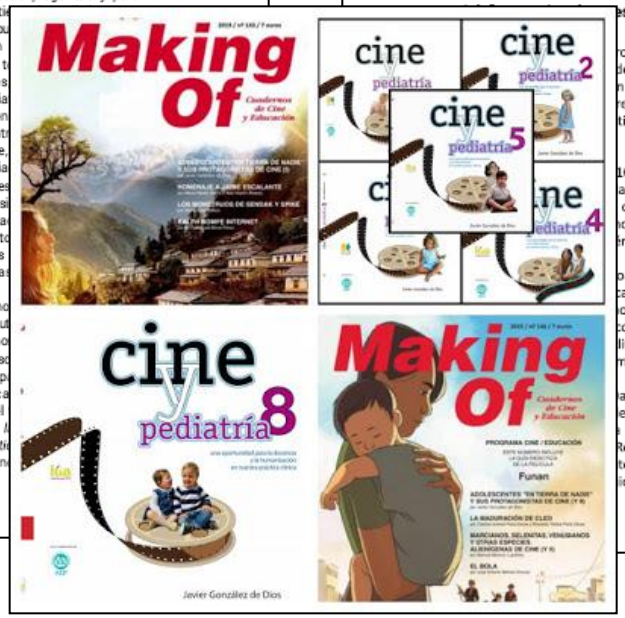
Nadie duda de que la adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo físico, psicológico, mental y personal de una persona, pues es el período en el que se forja la personalidad, se afianza la identidad sexual y se conforma su sistema de valores. Un tránsito esencial desde la niñez a la etapa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

La adolescencia no es una etapa fácil, y sino que se lo pregunten a los padres y familiares, a los educadores... o a los mismos adolescentes. Tampoco es fácil en sanidad, pues se comportan como una etapa de tránsito en la que son demasiado mayores para ser niños, pero demasiado jóvenes para ser adultos. La atención sanitaria (y no sanitaria) del adolescente es un reto tan importante que precisa una colaboración multidisciplinar en el que deben participar profesionales no sólo especialmente formados, sino ilusionados y éticamente comprometidos.

Desde la Asociación Española de Pediatría, se creó en el año 1987 la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) con el objetivo principal de lograr una atención de calidad a la salud integral de los adolescentes en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que comprenden esta apasionante segunda década de la vida. Y es por ello que, aunque en la atención del adolescente, tienen cabida muchos profesionales, el pediatra tiene una labor nuclear. Y como pediatras dividimos conceptualmente la adolescencia en tres etapas: adolescencia temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años). A cada una de ellas le han adjudicado unas edades que sólo son orientativas, cada una con su pregunta a responder[1]: 1) la adolescencia temprana: ¿soy normal?; 2) la adolescencia media: ¿comportamientos de riesgo?; 3) la adolescencia tardía: ¿independencia?

Y para responder a esas preguntas y para ayudarles a cruzar esta "tie
cesarios dos recursos: bu
adecuada educación con
con este panorama vital, t
tras manos (como padres
educadores y como pedia
comunicación y educación
debe ser bienvenido. Y entr
un lugar destacado el cine,
un entretenimiento aprecia
tes. Y abogamos por "pres
culas. Ahora bien, no consi
en prescribir bien, en ha
aquellas películas con alto
tivo y emocional, por sus
caso hablamos de películas

"Prescribir" películas no
pero sí es un acto poco u
sanitaria. Por ello abogamo
así lo expuse en el disc
ASEMEYA (Asociación Esp
critores y Artistas)[3] y en ca
bros ya publicados bajo el
tría: una oportunidad para l
nización en nuestra práctic
octavo libro en prensa, el n
timo del décimo).



Adolescentes "en tierra de nadie" y sus protagonistas de cine (y II)

Javier González de Dios

Segunda y última parte de este artículo que busca prescribir películas que ayuden a comprender la adolescencia y al adolescente dentro de sus ámbitos habituales (familias, amigos, centros educativos y sociedad).

Seguimos con nuestro breve paseo por 100 películas en varios tramos temporales. En la primera parte del artículo (publicado en el Making Of nº 143) presentamos los apartados: a) Adolescencias en transición del blanco y negro al color; b) Adolescencias que despiden el siglo XX; y c) Adolescencias que dan la bienvenida al siglo XXI. En esta segunda parte, nos limitaremos al último bloque: d) Adolescencias de nuestra última década.

estra última década

ron, 2010. Estados Uni-
de tres adolescentes en
n grito de alarma y una
re el modo que el Esta-
tica de la delincuencia

10. España)[59]. El verano
a de tres amigos de 12
de algunos momentos
ncia nos puede salvar la
eroes.

pade, 2010. Reino Uni-
amente británica, pop
os recuerda que todos
como los submarinos),
live son los adolescen-
metamorfosis.

avid Schwimmer, 2010.
e los temas más duros
pedofilia y los depre-
Red. Una película para
tes y que duele porque
iera.

- *Cruzando el límite* (Xavi Jiménez, 2010. España)[62]. Una distopía sobre adolescentes problemáticos y sobre los límites de la educación y la disciplina.

- *Una historia casi divertida* (Ryan Fleck y Anna Borden, 2010. Estados Unidos)[63]. Aborda un problema tan acuciante como los problemas psiquiátricos en la adolescencia con gran sensibilidad, pero lo hace dibujándonos una sonrisa.

- *El mito de la adolescencia* (David Robert Mitchell, 2010. Estados Unidos)[64]. La pequeña historia (con sus luces y sombras, virtudes y temores) de cuatro adolescentes en la última noche del verano. El mito prometido de una adolescencia tras la niñez y que quizás no es tal.

- *Yo, Terri* (Azaz el Jacobs, 2011. Estados Unidos)[65]. Un adolescente retraído y con obesidad mórbida, que no se siente aceptado y recibe el apoyo de un profesor. Porque a veces lo que necesitamos es simplemente alguien con quien hablar y alguien a quien querer.

- *Los niños salvajes* (Patricia Ferreira, 2011. España)[66]. Tres adolescentes cuyo aislamiento emocional tendrá unas consecuencias inesperadas y trágicas. Retazos de realidad de esta época tan compleja, tan apasionante y tan poliédrica.

- *El arte de pasar de todo* (Gavin Wiesen, 2011. Estados Unidos)[67]. Sobre el mundo adolescente y las dudas donde resolver los sentimientos. Porque la adolescencia es bastantes veces el arte de pasar de todo (que se lo digan a algunos padres y a muchos educadores).

Humanización

Arte







JGdD











La ADOLESCENCIA...
esa tierra de nadie y de todos







Adolescencia, comunicación y educación: TRILOGÍA de cine

Una etapa de CAMBIOS



- Aceptar los cambios corporales
- Alcanzar cierta independencia respecto a la familia
- Buscar una identidad personal
- Integrarse en un grupo de iguales
- Desarrollar su propias opiniones
- Asumir nuevas responsabilidades
- Elegir qué estudio o trabajo realizar
- Atender al creciente deseo sexual
- …

Una “tierra de nadie” y de todos



- **Demasiado mayor para ser niño, demasiado joven para ser adulto**
- **No definición de la edad límite**
- **Es una etapa clave para la colaboración multidisciplinar**
- **La Sociedad de Medicina del Adolescente pertenece a la AEP**

Tres ETAPAS, tres preguntas



- **Adolescencia TEMPRANA (10-13 años):**
  ¿Soy normal?
- **Adolescencia MEDIA (14-16 años):**
  ¿Comportamientos de riesgo?
- **Adolescencia TARDÍA (17-19 años):**
  ¿Independencia?

Un *coming of age* persistente



Maravillosa etapa de transición y viaje desde la infancia previa al horizonte de una joven vida adulta, con algunas señas de identidad:

Búsqueda de la propia identidad

Rebelión frente a las figuras de autoridad

Probar nuevas cosas (sin miedo al exceso)

VALORES en la atención del adolescente



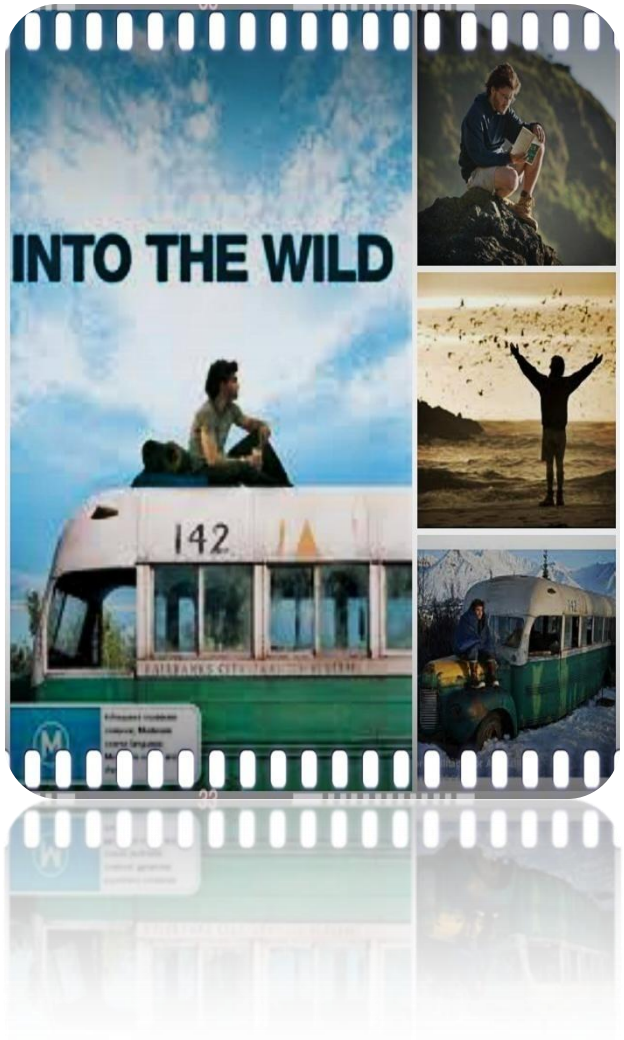
- Diálogo
- Confianza
- Veracidad
- Dignidad
- Integridad
- Compasión
- Confidencialidad
- Respecto a la autonomía

Adolescencia y COMUNICACIÓN



- No esperar a que los hijos sean adolescentes para hablar con ellos
- Aprovechar cualquier oportunidad
- Evitar interferencias
- Escuchar mucho, hablar poco
- Tener serenidad, calidez, paciencia
- Comunicarse sin gritar
- Cuidar la autoestima y el amor
- Introducir el sentido del humor

Adolescencia y EDUCACIÓN



- Reconocer los problemas
- No claudicar
- No culpabilizar
- Buscar soluciones
- No olvidar que somos sus padres y no sus amigos

Adolescencia, comunicación y educación: TRILOGÍA de cine



- **Todo RECURSO para mejorar la comunicación y educación en la adolescencia es bien recibido**
- **La adolescencia es una etapa "de cine" y proponemos PRESCRIBIR películas a los adolescentes y sus familias. También a los SANITARIOS. También a los EDUCADORES.**
- **El CINE como punto de encuentro, un lugar común de emociones y de reflexiones**





La Adolescencia como GÉNERO de cine

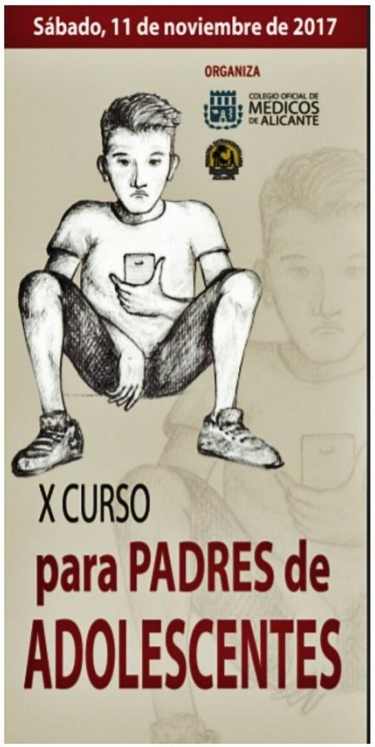






¿Te atreves a PRESCRIBIR películas...?









Colaboración especial

La adolescencia como género cinematográfico: de la reivindicación a la oportunidad

Javier González de Dios[a], José Valdés Rodríguez[b]

[a]Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España • [b]Pediatra. Acreditado en Medicina del Adolescente. Alicante. España.

Publicado en Internet: 5-marzo-2018

Javier González de Dios: javier.gonzalezdedios@gmail.com

Resumen

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo biológico y psicosocial de una persona. Una etapa justa y necesaria para el crecimiento donde todo recurso que pueda mejorar la comunicación y educación de los adolescentes será bienvenida. Y entre esos recursos tiene un lugar destacado el cine, pues ver películas es un entretenimiento apreciado por los adolescentes y que forma parte de nuestra sociedad. Y como pediatras, que atendemos a la salud orgánica, emocional y social de la infancia y adolescencia, proponemos prescribir películas que ayuden a comprender la adolescencia y al adolescente dentro de sus ámbitos habituales (familias, amigos, centros educativos y sociedad). La "prescripción" de películas puede orientarse a los adolescentes y sus familias, estudiando muy bien el objetivo que se pretende en cada receptor, para que el mensaje positivo llegue correctamente. No consiste en prescribir, sino en prescribir bien películas, tanto a nuestros hijos adolescentes como a nuestros alumnos adolescentes y a nuestros pacientes adolescentes. Prescribir películas argumentales y revisarlas a través de una observación narrativa. Porque hay tantas películas con la adolescencia como protagonista, con sus múltiples facetas personales y sociales (y también sanitarias, por qué no) que, es por ello, que reivindicamos la adolescencia como un género cinematográfico. Y de esa reivindicación surge la oportunidad de ver el cine como una oportunidad para la docencia y la humanización en la práctica clínica. Porque algo así es el proyecto *Cine y Pediatría*.

Palabras clave:
- Adolescente
- Cine como asunto
- Educación
- Familia
- Pediatría

Adolescence as a cinematographic genre: from vindication to opportunity

Abstract

Adolescence is a fundamental stage in the biological and psychosocial development of a person and a necessary stage for growth and development in which here every resource that can improve the communication and education of adolescents is welcome. And among those resources, cinema has a prominent place, since watching movies is an appreciated entertainment by teenagers and is part of our society. And, as paediatricians, who attend to the organic, emotional and social health of children and teenagers, we propose to prescribe films that help to understand teenagers and the adolescence within their usual environments (families, friends, schools and society). The "prescription" of films can be oriented to adolescents and their families, studying very well the objective that is intended in each recipient, so making sure that the positive message comes across the right way. It is not about prescribing, but about prescribing films well to our adolescent children, to our adolescent students, to our adolescent patients. Prescribe key films and review them through a narrative observation. Because there are so many movies with a teenager as the main character, with its many personal and social aspects (and also health problems, why not), that is why we claim adolescence as a cinematographic genre. And from that demand arises the need to see cinema as an opportunity for teaching and for humanization in clinical practice. This is what is about in the *Cine y Pediatría* project.

Key words:
- Adolescent
- Education
- Family
- Motion pictures as a topic
- Pediatrics


¿Te atreves a
PRESCRIBIR
películas?

¿ A quién ?



Educadores

Profesionales sanitarios

Residentes en formación

Familias

Adolescentes

Ficha técnica



- Nombre
- Composición
- Datos clínicos:
  - Indicaciones
  - Posología
  - Contraindicaciones
  - Advertencias
  - Interacción
  - Reacciones adversas
  - Sobredosis
  - Incompatibilidades
  - Periodo de validez



TRILOGÍAS del séptimo arte para pediatras "de cine"

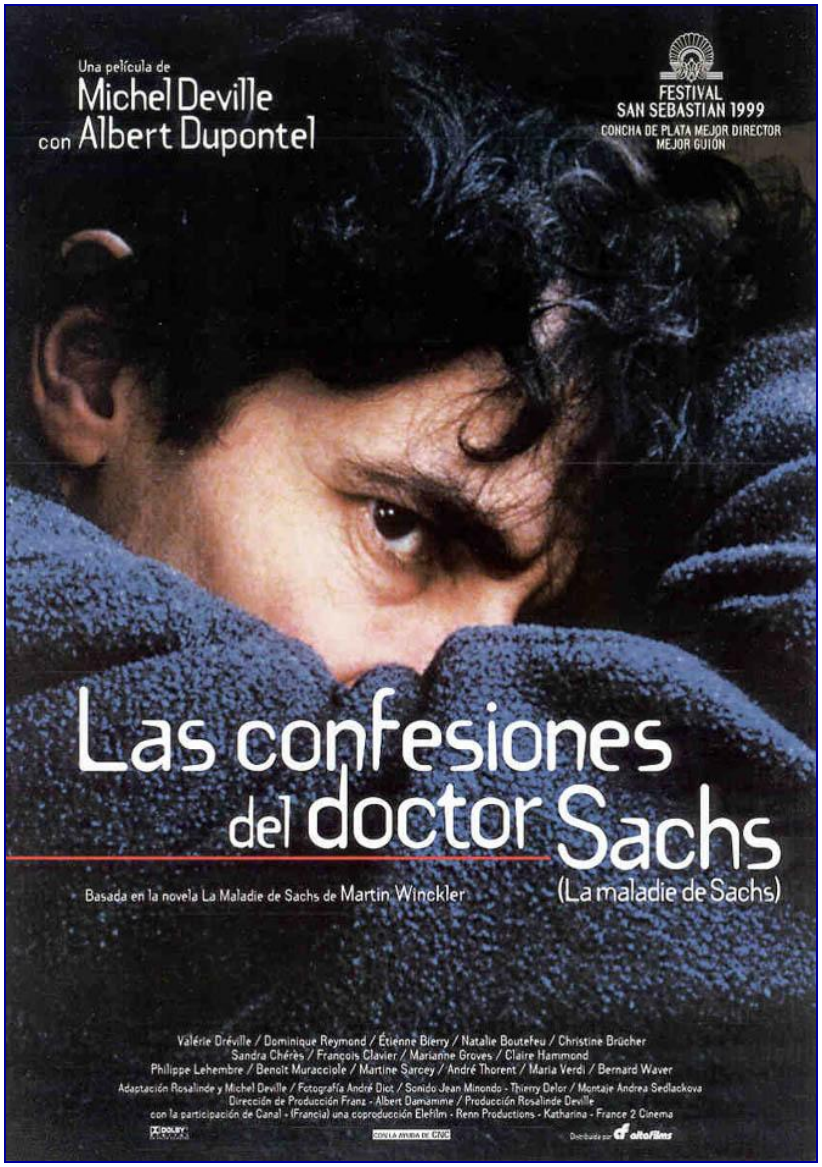


"Prescribir" películas para mejorar en ciencia y en conciencia en nuestra práctica clínica

Javier González de Dios







ADOLESCENCIA

y las

CONSULTAS SAGRADAS



Proyecto TERAPIA CINEMATOGRÁFICA



Proyecto llevado a cabo desde el año 2023 en la revista **PEDIATRÍA INTEGRAL** con la publicación de 8 artículos al año



Prescribir películas para entender las ENFERMEDADES RARAS



[Enlace al artículo]



Terapia cinematográfica
en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender las enfermedades raras

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Las enfermedades raras... son muy frecuentes

Se definen como enfermedades raras (ER, también conocidas como enfermedades de baja prevalencia o huérfanas) a un conjunto amplio y variado de trastornos que se caracterizan por las siguientes características[1]: 1) frecuencias bajas para cada entidad de forma particular; 2) suelen ser patologías crónicas; 3) tasas de mortalidad y morbilidad muy elevadas; 4) con mucha frecuencia producen discapacidad; 5) aparecer mayoritariamente en edades tempranas de la vida (tres de cada cuatro ER, de ahí la importancia en Pediatría); 6) diagnósticos difíciles y, a veces, inexistentes; 7) pocos tratamientos y poco eficaces, así como escasa investigación en muchas entidades. La Unión Europea define como ER aquella que tiene una prevalencia de menos de 5 casos por 10.000 habitantes (concepto relativo); sin embargo, en EE.UU. se considera como ER aquella para la que se contabilizan menos de 200.000 personas vivas afectadas en un año (concepto absoluto).

Las ER son un tema difícil para el pediatra (y para otros profesionales), dado que la experiencia es limitada y el conocimiento difícilmente accesible. Y también, porque los profesionales viven también esa odisea diagnóstica que sufren en primera persona los pacientes y sus familias, quienes sienten la mayoría de las veces "la soledad del corredor de fondo...". Desde "el otro lado" de la consulta, los profesionales sentimos a menudo la frustración de no poder ofrecer al paciente y su familia lo que tanto buscan en nosotros, como puente de acceso a tratamientos que, si existen para una enfermedad rara concreta, normalmente no logran curarla.

Por fortuna, esta soledad del corredor de fondo en España se intenta no descuidar en un tema tan sensible como las ER y, por ello, la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social dispone de una Estrategia en Enfermedades Raras dentro del Sistema Nacional de Salud. Las cuestiones fundamentales que se abordan son los registros y la clasificación de las ER, el diagnóstico precoz y la prevención, la atención integral y multidisciplinar (que hace referencia a la necesidad de acreditación de centros, servicios o unidades de referencia), y también se aborda la atención sociosanitaria, el desarrollo de la investigación, la formación del personal sanitario y el desarrollo de sistemas de información. Y se intenta cuidar la ética en la investigación de las enfermedades raras[2].

En todo problema de salud es preciso unificar criterios y unir fuerzas. En las ER con más motivo, máxime en un país como España con un sistema de salud gestionado por 17 sistemas regionales de salud, para que las cuestiones que interesan e importan a los pacientes puedan ir recibiendo respuestas que atiendan sus necesidades de hoy y del futuro. Toda información de calidad es bienvenida y algunos ejemplos presentes en España –de interés para profesionales y para pacientes y familias– son la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), Orphanet, la Asociación Española para el estudio de los Errores Congénitos del Metabolismo (AECOM) o el Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Raras (CIBERER), entre otras.

Porque, aunque individualmente cada ER afecte a muy pocas personas, la suma de todas las personas con ER se estima

Adolescencia y ENFERMEDADES RARAS (1)



El inolvidable Simon Birch
(Mark Steven Johnson, 2007)

"Dios tiene un plan para todos.
Si solo haces lo que quieres,
el mundo sería un caos"



Adolescencia y ENFERMEDADES RARAS (2)

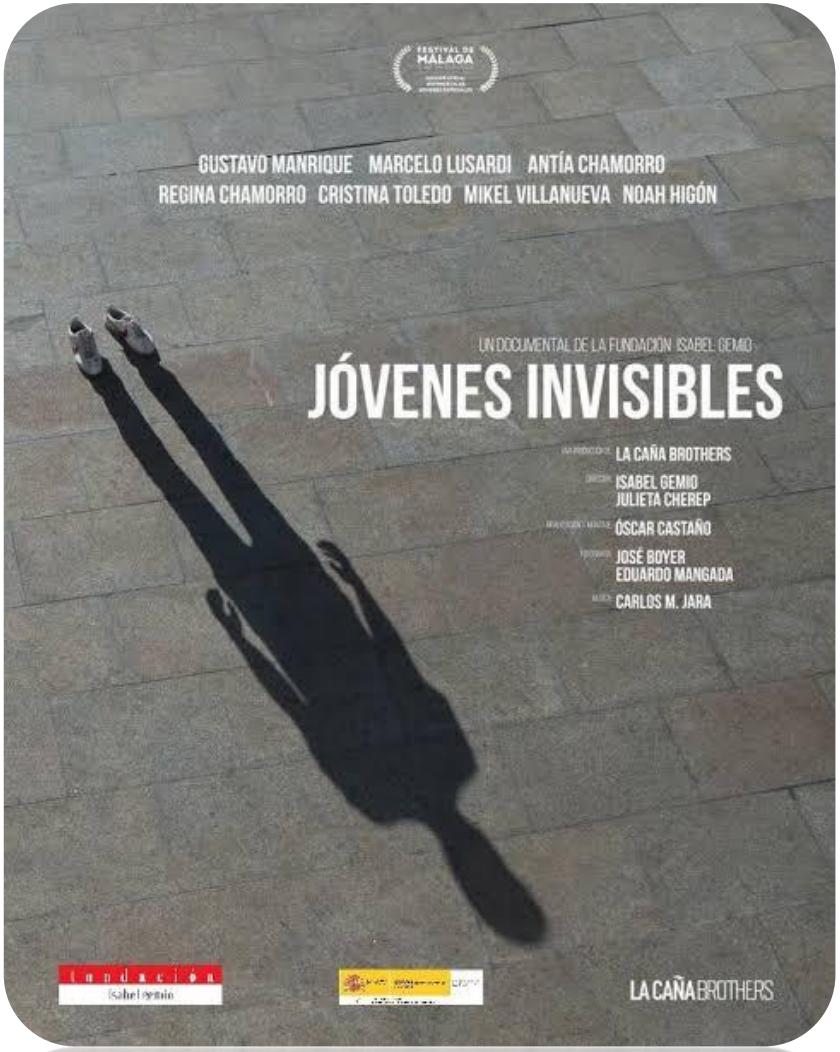


Wonder
(Stephen Chbosky, 2017)

"Auggie no puede cambiar su aspecto. Pero nosotros si podemos cambiar en cómo le vemos"



Adolescencia y ENFERMEDADES RARAS (3)



Jóvenes invisibles
(Isabel Gemio, 2018)

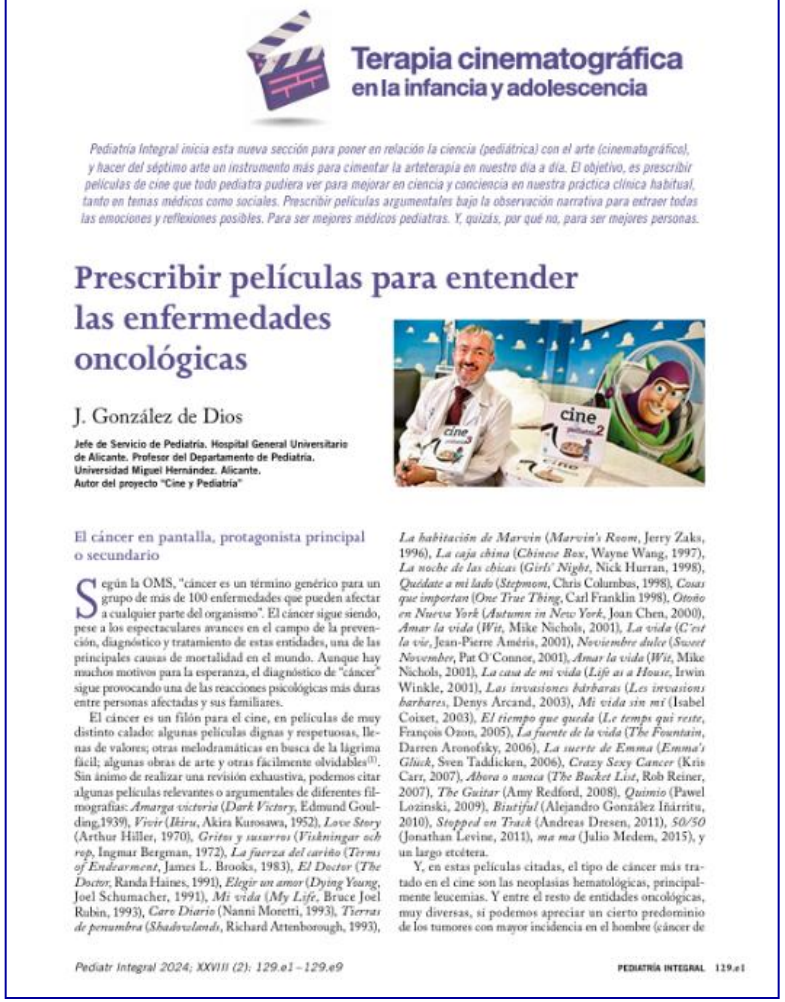
"La enfermedad es rara, pero la persona no lo es.
La incertidumbre de no saber lo que tienes, es lo peor de todo"



Prescribir películas para entender las ENFERMEDADES ONCOLÓGICA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfica), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender las enfermedades oncológicas

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

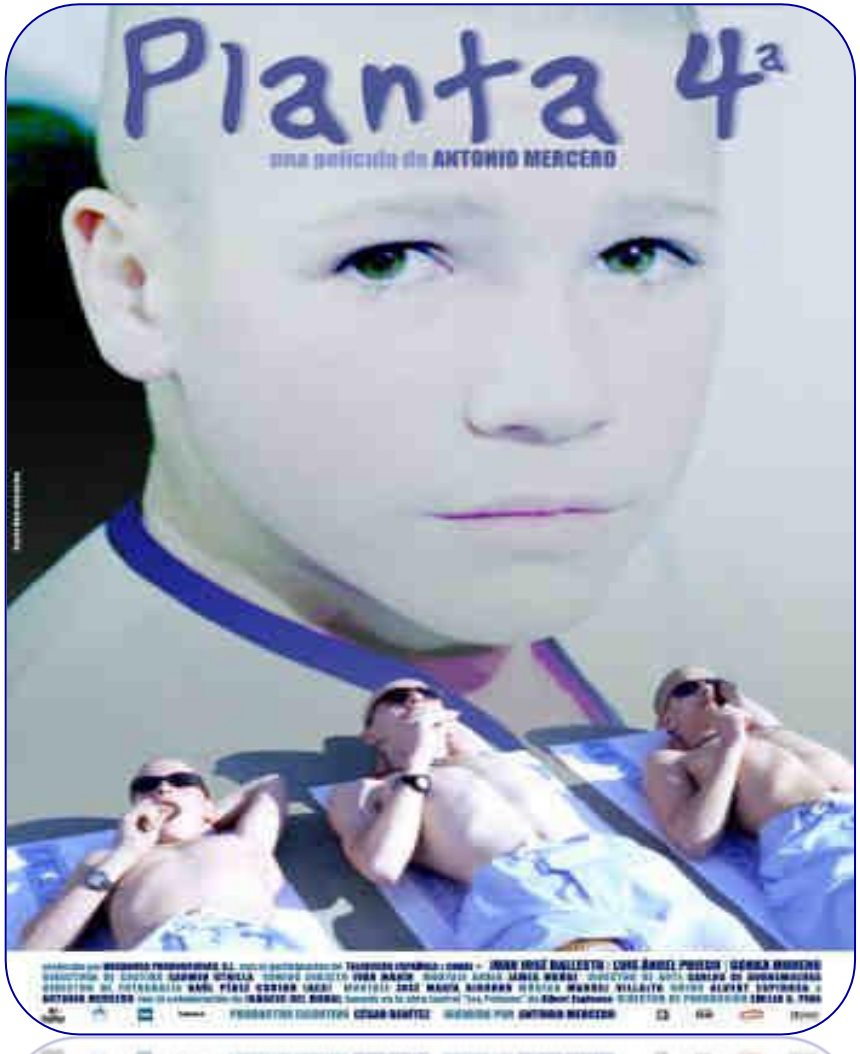
El cáncer en pantalla, protagonista principal o secundario

Según la OMS, "cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo". El cáncer sigue siendo, pese a los espectaculares avances en el campo de la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas entidades, una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Aunque hay muchos motivos para la esperanza, el diagnóstico de "cáncer" sigue provocando una de las reacciones psicológicas más duras entre personas afectadas y sus familiares.

El cáncer es un filón para el cine, en películas de muy distinto calado: algunas películas dignas y respetuosas, llenas de valores; otras melodramáticas en busca de la lágrima fácil; algunas obras de arte y otras fácilmente olvidables[1]. Sin ánimo de realizar una revisión exhaustiva, podemos citar algunas películas relevantes o argumentales de diferentes filmografías: *Amarga victoria* (*Dark Victory*, Edmund Goulding,1939), *Vivir* (*Ikiru*, Akira Kurosawa, 1952), *Love Story* (Arthur Hiller, 1970), *Gritos y susurros* (*Viskningar och rop*, Ingmar Bergman, 1972), *La fuerza del cariño* (*Terms of Endearment*, James L. Brooks, 1983), *El Doctor* (*The Doctor*, Randa Haines, 1991), *Elegir un amor* (*Dying Young*, Joel Schumacher, 1991), *Mi vida* (*My Life*, Bruce Joel Rubin, 1993), *Caro Diario* (Nanni Moretti, 1993), *Tierras de penumbra* (*Shadowlands*, Richard Attenborough, 1993), *La habitación de Marvin* (*Marvin's Room*, Jerry Zaks, 1996), *La caja china* (*Chinese Box*, Wayne Wang, 1997), *La noche de las chicas* (*Girls' Night*, Nick Hurran, 1998), *Quédate a mi lado* (*Stepmom*, Chris Columbus, 1998), *Cosas que importan* (*One True Thing*, Carl Franklin 1998), *Otoño en Nueva York* (*Autumn in New York*, Joan Chen, 2000), *Amar la vida* (*Wit*, Mike Nichols, 2001), *La vida (C'est la vie*, Jean-Pierre Améris, 2001), *Noviembre dulce* (*Sweet November*, Pat O´Connor, 2001), *Amar la vida* (*Wit*, Mike Nichols, 2001), *La casa de mi vida* (*Life as a House*, Irwin Winkle, 2001), *Las invasiones bárbaras* (*Les invasions barbares*, Denys Arcand, 2003), *Mi vida sin mí* (Isabel Coixet, 2003), *El tiempo que queda* (*Le temps qui reste*, François Ozon, 2005), *La fuente de la vida* (*The Fountain*, Darren Aronofsky, 2006), *La suerte de Emma* (*Emma's Glück*, Sven Taddicken, 2006), *Crazy Sexy Cancer* (Kris Carr, 2007), *Ahora o nunca* (*The Bucket List*, Rob Reiner, 2007), *The Guitar* (Amy Redford, 2008), *Quimio* (Pawel Lozinski, 2009), *Biutiful* (Alejandro González Iñárritu, 2010), *Stopped on Track* (Andreas Dresen, 2011), *50/50* (Jonathan Levine, 2011), *ma ma* (Julio Medem, 2015), y un largo etcétera.

Y, en estas películas citadas, el tipo de cáncer más tratado en el cine son las neoplasias hematológicas, principalmente leucemias. Y entre el resto de entidades oncológicas, muy diversas, sí podemos apreciar un cierto predominio de los tumores con mayor incidencia en el hombre (cáncer de

Adolescencia y CÁNCER (1)



Planta 4ª
(Antonio Mercero, 2003)

"¿Por qué esos tienen que estar ahí fuera y nosotros aquí dentro?, ¿Por qué…?"

Adolescencia y CÁNCER (2)

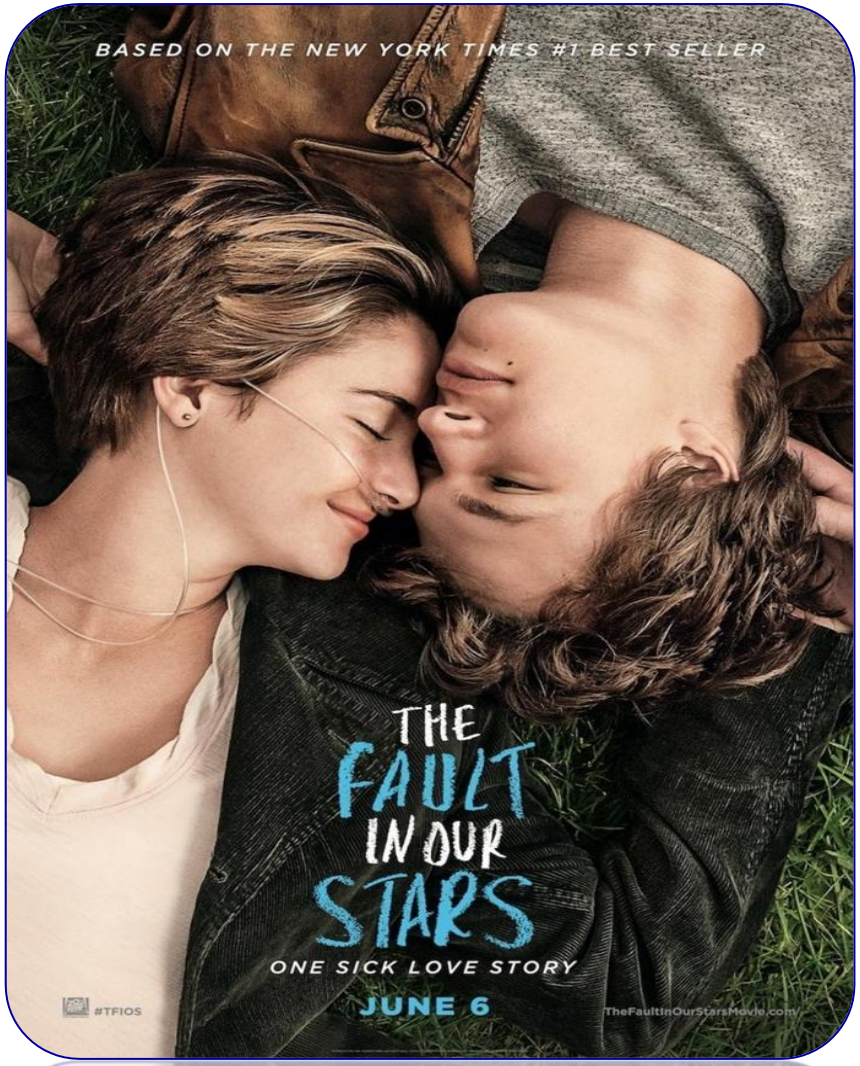


La decisión de Anne
(Nick Cassavetes, 2009)

"Mi hermana murió esa noche. Ojalá pudiera decir que se curó milagrosamente, pero no fue así, simplemente dejó de respirar. Ojalá pudiera decir que de ese mal salió algún bien, que gracias a la muerte de Kate todos pudimos seguir viviendo o incluso que su vida tuvo algún significado especial y pusieron su nombre a un parque o a una calle o que el tribunal supremo cambio una ley por ella. Pero no ocurrió nada de eso, ocurrió sin más y ahora es un pedacito de cielo azul y todos tuvimos que seguir adelante."



Adolescencia y CÁNCER (3)



Bajo la misma estrella
(Josh Boone, 2014)

"Gus, mi amor, no puedo decirte lo agradecida que estoy por nuestro pequeño infinito. Yo no lo cambiaría por nada del mundo. Me diste un para siempre dentro de los días contados, y te lo agradezco"



Prescribir películas para entender el TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el trastorno del espectro autista

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.
Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández.
Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

El trastorno del espectro autista (TEA), la diversidad a conocer, entender e integrar

En nuestra previa entrega de esta serie de Terapia cinematográfica de la revista Pediatría Integral nos enfocamos en prescribir películas para entender los trastornos del neurodesarrollo[1], grupo heterogéneo de entidades que se manifiestan en periodos tempranos de la niñez y que impactan significativamente en el funcionamiento personal, social y académico. Y esta heterogeneidad de entidades se manifiesta en los siete grupos de trastornos del neurodesarrollo que describe el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V): 1. Discapacidad intelectual, 2. Trastornos de comunicación, 3. Trastorno del espectro autista (TEA), 4. Trastorno de atención con hiperactividad (TDAH), 5. Trastornos específicos del lenguaje, 6. Trastornos motores y 7. Trastornos de tics.

Y, dentro de todos los trastornos del neurodesarrollo, ya comentamos entonces que el autismo adquiere una especial importancia, tanto por lo mucho que se conoce como por las preguntas que aún genera y las respuestas pendientes de contestar. Una entidad sobre la que se conoce mucho y, posiblemente, se desconoce mucho más. Estos cambios en la comprensión de esta compleja entidad se reflejan en la propia clasificación del DSM, y las diferencias patentes entre su versión IV (año 1994) y su versión V (año 2013).

- En el DSM-IV, con un enfoque más categorial, se definía el autismo como trastorno generalizado del desarrollo (TGD), con 5 subtipos: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el TGD no especificado y el síndrome de Rett.
- En el DSM-V, con un enfoque dimensional, se han sustituido cuatro de aquellos subtipos (trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) por la categoría general TEA. El síndrome de Rett ya no forma parte de este sistema de clasificación. Y especifica varios niveles de gravedad en los síntomas, así como el nivel de apoyo necesario:
  - Con o sin déficit intelectual acompañante.
  - Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
  - Asociado a una afección médica o genética, o un factor ambiental conocidos.
  - Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

La conceptualización de los TEA en el DSM-5 es híbrida, con una aproximación primero categorial y luego dimensional, con unos factores clínicos como el lenguaje y el cociente intelectual que influyen en la presentación clínica, pero no definen el diagnóstico.

Adolescencia y AUTISMO (1)

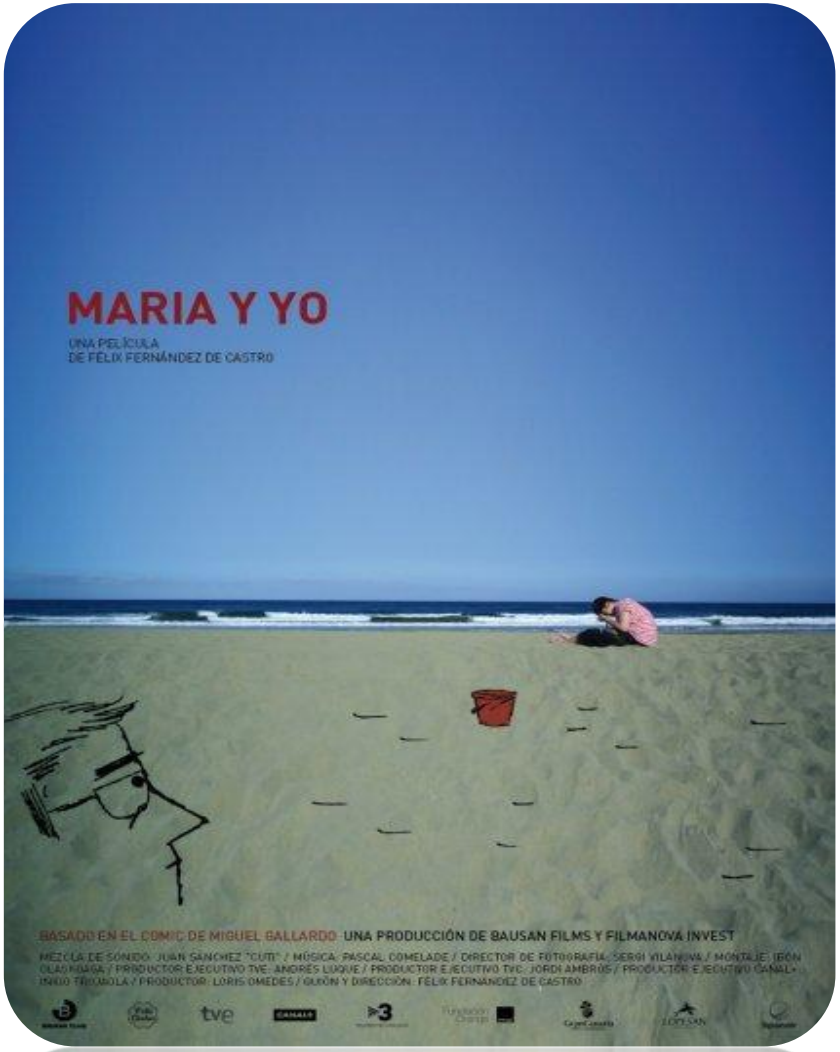


Ben X
(Nic Balthazar, 2007)

"Ben es un poco diferente de ti…
Aparentemente es difícil aceptar a alguien un poco diferente"



Adolescencia y AUTISMO (2)



María y yo
(Félix Fernández de Castro, 2010)

"María es como una isla a la que no podíamos acercarnos más que de vez en cuando, cuando bajaba la marea… Ir con María es como ir con Madonna: todo el mundo la mira. Pero esas miradas a veces me molestan y otras me entristecen"



Adolescencia y AUTISMO (3)



La sonrisa verdadera
(Juan Rayos, 2015)

"A los seis años descubrimos que era autista... Era autista y ciego y que iba a depender de mí toda la vida. Que el trastorno que tenía no tenía cura. Me sentí muy triste. Pero bueno, luego se me pasó. Lo olvidé, realmente. Y acepté una forma diferente de vivir y una forma distinta de ser feliz"



Prescribir películas para entender el SÍNDROME DE DOWN



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el síndrome de Down

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

El síndrome de Down hoy

El síndrome de Down (SD) es una alteración genética causada por la presencia de un cromosoma extra en las células del ser humano. Y es así que si habitualmente tenemos dos copias de todos los cromosomas (46, distribuidos en 23 pares), las personas con SD tienen tres copias del cromosoma 21; y es por esto que se le conoce también como trisomía 21. De hecho, el 95 % de los casos son causados por una trisomía 21 (forma no familiar por la no-disyunción de los cromosomas del óvulo o espermatozoide); mientras que en el 3-4 % aparece como resultado de una translocación del cromosoma 21 con otro cromosoma acrocéntrico, generalmente el 14, y en el 1-3 % restante debido a mosaicismo. Se produce de forma espontánea, sin que exista una causa aparente sobre la que se pueda actuar para impedirlo. Y aparece en todas las etnias, en todos los países, con una incidencia de una por cada 600-700 concepciones en el mundo. Únicamente se ha demostrado un factor de riesgo, la edad materna (especialmente cuando la madre supera los 35 años) y, de manera muy excepcional, en un 1 % de los casos, se produce por herencia de los progenitores.

El SD no es una enfermedad, tampoco existen grados de síndrome de Down, aunque el efecto que la presencia de esta alteración produce en cada persona es muy variable. Sí muestran algunas características comunes, pero cada individuo es singular, con una apariencia, personalidad y habilidades únicas. Y así es que los niños y niñas con SD tendrán muchos rasgos físicos propios de su familia, además de los característicos de las personas con la trisomía 21 y algún grado de discapacidad intelectual. Pero su personalidad, aficiones, ilusiones y proyectos serán los que verdaderamente les definan como personas y su discapacidad (o capacidades diferentes) será solo una característica más de su persona.

El SD siempre se describe como la principal causa de discapacidad intelectual congénita y la alteración genética humana más común, de ahí que se disponga de tanta información científica y también de tanta divulgación para estas personas y sus familias. Pero vale la pena destacar la guía editada por Down España y que lleva el mismo título de este apartado, "El síndrome de Down hoy. Dirigido a familias y profesionales"[1]; así como el Programa de actividades preventivas en niños con síndrome de Down de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)[2] o algún otro Protocolo de seguimiento propuesto desde la SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria)[3].

Cabe recordar que el SD es el defecto congénito cuya frecuencia al nacimiento ha experimentado un descenso más acusado; y ello es debido a que existen planes de diagnóstico prenatal específicamente dirigidos a la detección del SD (especialmente enfocados a los grupos de mayor riesgo, es decir, a las madres de mayor edad). Y España es uno de los países donde menos niños y niñas con SD nacen en el mundo, lo cual merece una reflexión. Y más teniendo en cuenta que la calidad y la esperanza de vida de estos niños y niñas han cambiado radicalmente en las dos últimas décadas, alcanzándose mejor estado de salud, mayor grado de autonomía personal e integración

Adolescencia y SÍNDROME DE DOWN (1)



El octavo día
(Jaco Van Dormael, 1996)

"Eres lo mejor que he tenido en mi vida. Eres el regalo más bonito que me ha hecho el cielo"



Adolescencia y SÍNDROME DE DOWN (2)

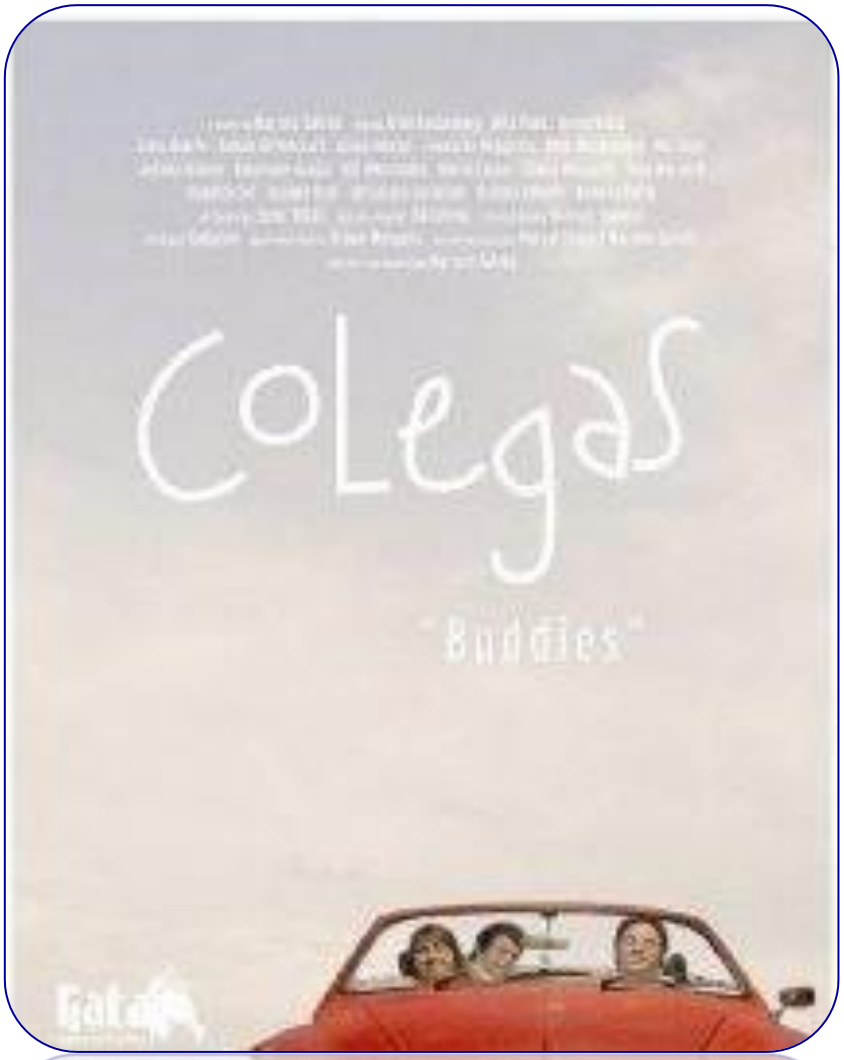


León y Olvido
(Xavier Bermúdez, 2004)

"No te puedes inventar un hermano distinto al que tienes"



Adolescencia y SÍNDROME DE DOWN (3)



Colegas
(Marcelo Galvào, 2012)

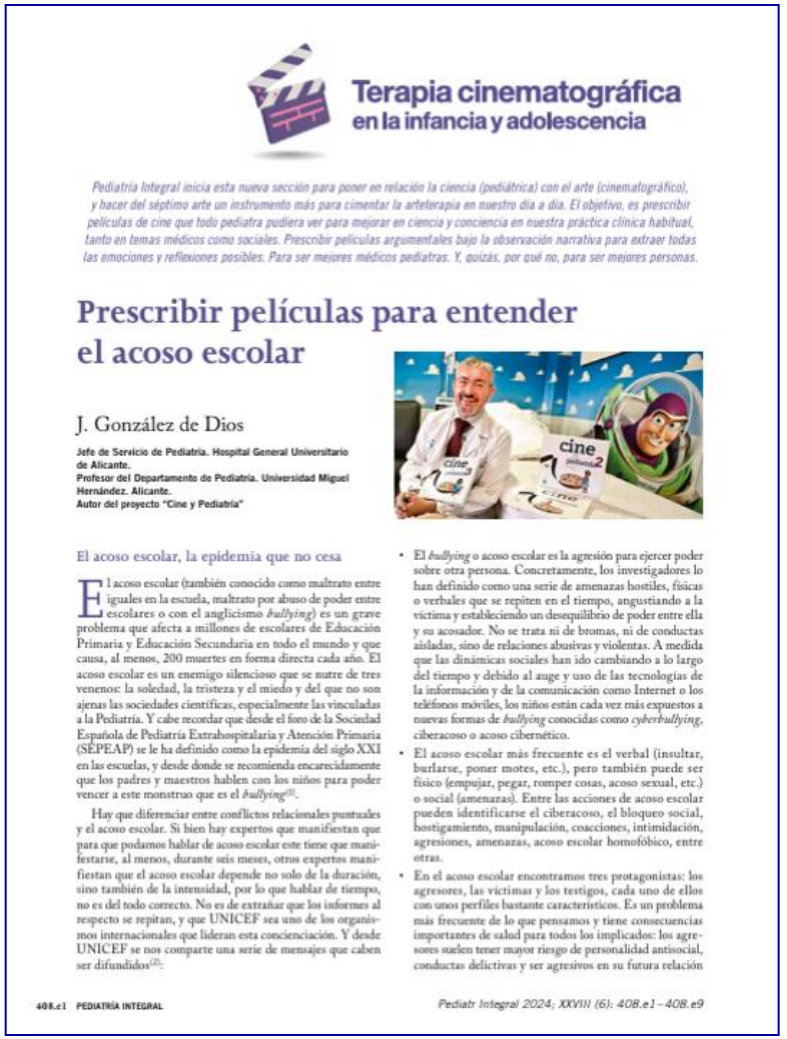
"Para aquellos que, pese a las adversidades, con una simple sonrisa ven la felicidad en las pequeñas cosas de la vida"



Prescribir películas para entender el ACOSO ESCOLAR



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el acoso escolar

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.
Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

El acoso escolar, la epidemia que no cesa

El acoso escolar (también conocido como maltrato entre iguales en la escuela, maltrato por abuso de poder entre escolares o con el anglicismo *bullying*) es un grave problema que afecta a millones de escolares de Educación Primaria y Educación Secundaria en todo el mundo y que causa, al menos, 200 muertes en forma directa cada año. El acoso escolar es un enemigo silencioso que se nutre de tres venenos: la soledad, la tristeza y el miedo y del que no son ajenas las sociedades científicas, especialmente las vinculadas a la Pediatría. Y cabe recordar que desde el foro de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) se le ha definido como la epidemia del siglo XXI en las escuelas, y desde donde se recomienda encarecidamente que los padres y maestros hablen con los niños para poder vencer a este monstruo que es el *bullying*[1].

Hay que diferenciar entre conflictos relacionales puntuales y el acoso escolar. Si bien hay expertos que manifiestan que para que podamos hablar de acoso escolar este tiene que manifestarse, al menos, durante seis meses, otros expertos manifiestan que el acoso escolar depende no solo de la duración, sino también de la intensidad, por lo que hablar de tiempo, no es del todo correcto. No es de extrañar que los informes al respecto se repitan, y que UNICEF sea uno de los organismos internacionales que lideran esta concienciación. Y desde UNICEF se nos comparte una serie de mensajes que cabe ser difundidos[2]:

- El *bullying* o acoso escolar es la agresión para ejercer poder sobre otra persona. Concretamente, los investigadores lo han definido como una serie de amenazas hostiles, físicas o verbales que se repiten en el tiempo, angustiando a la víctima y estableciendo un desequilibrio de poder entre ella y su acosador. No se trata ni de bromas, ni de conductas aisladas, sino de relaciones abusivas y violentas. A medida que las dinámicas sociales han ido cambiando a lo largo del tiempo y debido al auge y uso de las tecnologías de la información y de la comunicación como Internet o los teléfonos móviles, los niños están cada vez más expuestos a nuevas formas de *bullying* conocidas como *cyberbullying*, ciberacoso o acoso cibernético.
- El acoso escolar más frecuente es el verbal (insultar, burlarse, poner motes, etc.), pero también puede ser físico (empujar, pegar, romper cosas, acoso sexual, etc.) o social (amenazas). Entre las acciones de acoso escolar pueden identificarse el ciberacoso, el bloqueo social, hostigamiento, manipulación, coacciones, intimidación, agresiones, amenazas, acoso escolar homofóbico, entre otras.
- En el acoso escolar encontramos tres protagonistas: los agresores, las víctimas y los testigos, cada uno de ellos con unos perfiles bastante característicos. Es un problema más frecuente de lo que pensamos y tiene consecuencias importantes de salud para todos los implicados: los agresores suelen tener mayor riesgo de personalidad antisocial, conductas delictivas y ser agresivos en su futura relación

Pediatr Integral 2024; XXVIII (6): 408.e1 – 408.e9

Adolescencia y ACOSO ESCOLAR (1)



Cobardes
(José Corbacho y Juan Cruz, 2008)

" Y da igual que tengas una alarma, porque cuando tienes miedo nadie la oye"



Adolescencia y ACOSO ESCOLAR (2)

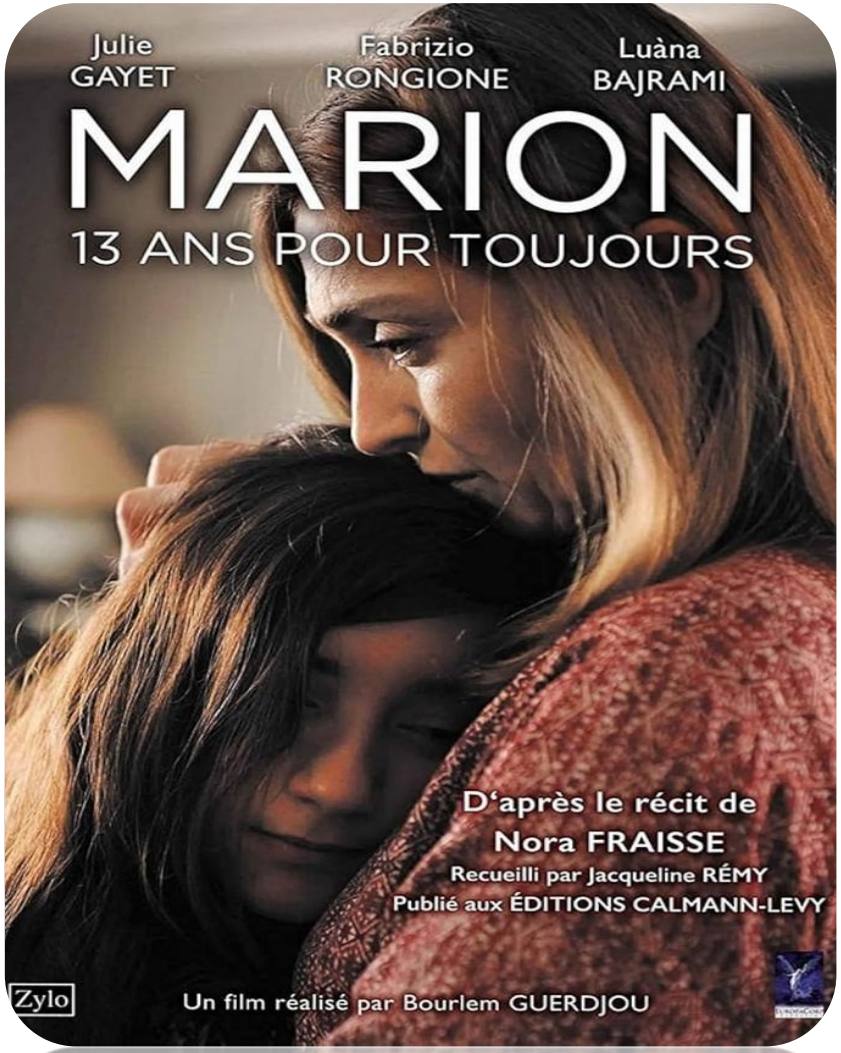


Después de Lucía
(Michel Franco, 2012)

"Ya todo el mundo vio el vídeo…"



Adolescencia y ACOSO ESCOLAR (3)



Marion, 13 años eternamente
(Bourlen Guerdjou, 2016)

"Mañana en la parada del autobús estás muerta… Da igual lo que hagas, eres una puta… Molaría que desaparecieras… Me acabo de cruzar contigo y casi vomito"



Prescribir películas para entender el ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el abuso sexual en la infancia

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.
Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Abuso sexual infantil, del concepto al problema

Se considera abuso sexual infantil a involucrar a niños, niñas y adolescentes en actividades sexuales que no llegan a comprender totalmente, a las cuales no están en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales están evolutivamente inmaduros y tampoco pueden dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales. Sí es cierto que existen diferentes definiciones de lo que se considera abusos sexuales a niños, niñas y adolescentes: definiciones desde el marco de la protección infantil, definiciones de la Justicia Penal y definiciones clínicas. Si bien tienen muchos elementos en común, también presentan diferencias debidas, fundamentalmente, a los distintos marcos de referencia de los cuales se originan.

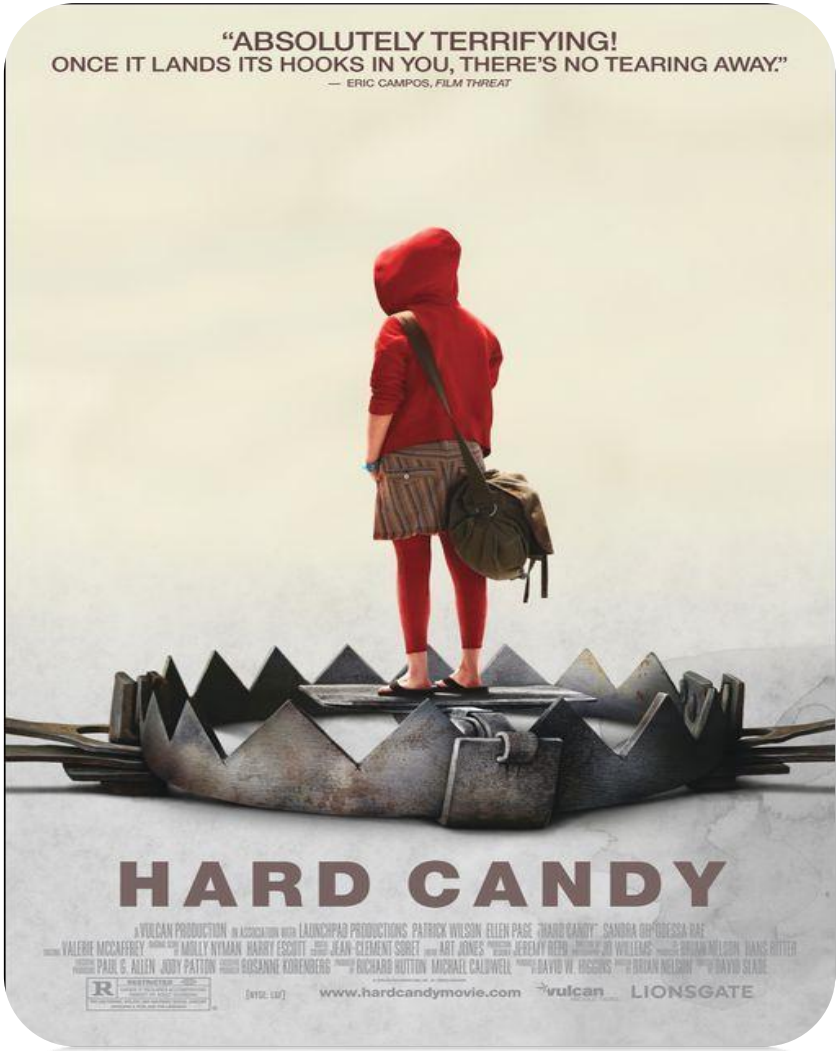
El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades –cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona– abarcan estas principales acciones: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas[1,2].

Estos son los tres elementos que caracterizan los comportamientos abusivos sexuales (y que los diferencian de aquellos comportamientos no abusivos): a) el desequilibrio de poder que conlleva la posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente; b) la diferencia de conocimientos que implican que la víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y c) la diferencia en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

Los comportamientos sexuales inadecuados y abusivos abarcan una amplia gama de acercamientos que se detallan a continuación y que resultan incómodos hasta de leer (y cabe destacar que para que ocurran actos abusivos no es necesario el contacto físico ni que haya penetración)[1]:

- Comportamientos sexuales sin contacto físico: comentarios sexualizados hacia el niño o la niña (lo más frecuente es que se realicen en su presencia; sin embargo, el agresor/a puede realizar comentarios obscenos por teléfono, notas o cartas); exhibición de genitales frente al niño o la niña llegando, a veces, incluso a masturbarse delante de él o ella; voyeurismo (espiar la intimidad del niño, niña o adolescente); exhibición de materiales pornográficos al niño, niña o adolescente (libros, revistas o películas, vídeos, DVDs); inducción a que

Adolescencia y ABUSO SEXUAL (1)



Hard Candy
(David Slade, 2005)

"Cambias cuando lastimas a alguien. Supongo que lo dices por experiencia"



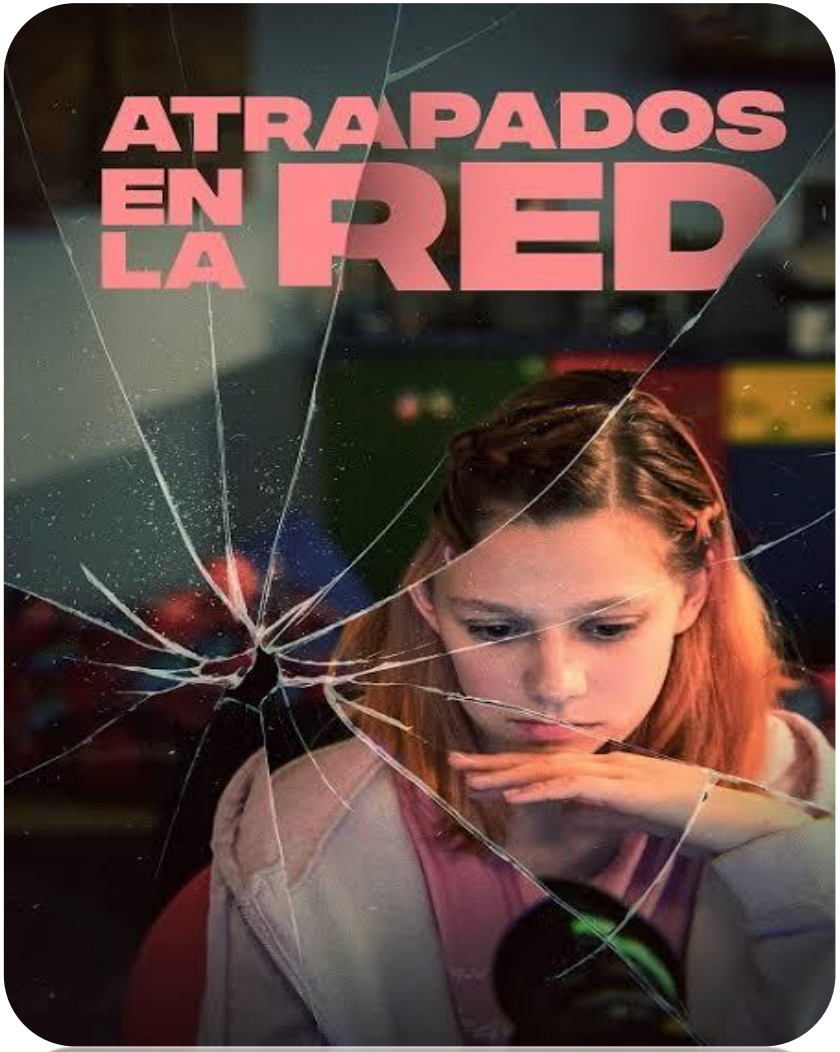
Adolescencia y ABUSO SEXUAL (2)



No tengas miedo
(Montxo Armendáriz, 2011)

"Cómo puede ser que la persona que más me quiere me haya destrozado la vida"

Adolescencia y ABUSO SEXUAL (3)



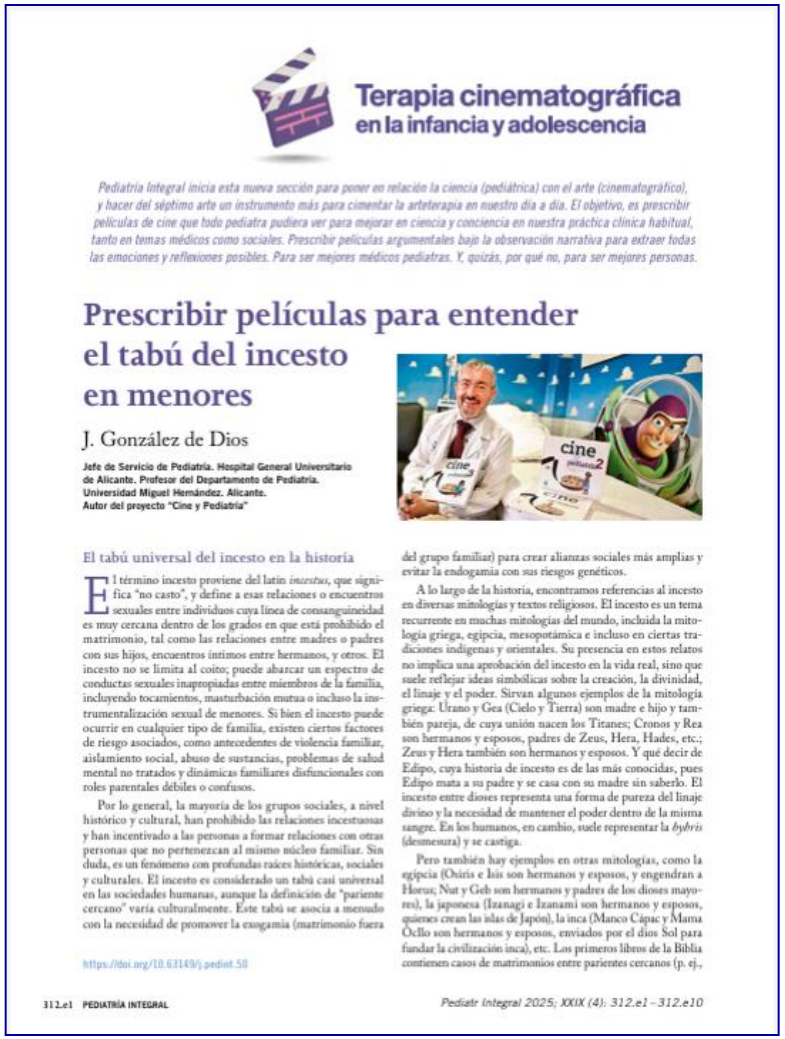
Atrapados en la red
(Barbora Chalupová, 2020)

"Todo lo que he visto aquí es la más baja inmundicia con la que me he topado"

Prescribir películas para entender el tabú del INCESTO EN MENORES



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica
en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el tabú del incesto en menores

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

El tabú universal del incesto en la historia

El término incesto proviene del latín *incestus*, que significa "no casto", y define a esas relaciones o encuentros sexuales entre individuos cuya línea de consanguineidad es muy cercana dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio, tal como las relaciones entre madres o padres con sus hijos, encuentros íntimos entre hermanos, y otros. El incesto no se limita al coito; puede abarcar un espectro de conductas sexuales inapropiadas entre miembros de la familia, incluyendo tocamientos, masturbación mutua o incluso la instrumentalización sexual de menores. Si bien el incesto puede ocurrir en cualquier tipo de familia, existen ciertos factores de riesgo asociados, como antecedentes de violencia familiar, aislamiento social, abuso de sustancias, problemas de salud mental no tratados y dinámicas familiares disfuncionales con roles parentales débiles o confusos.

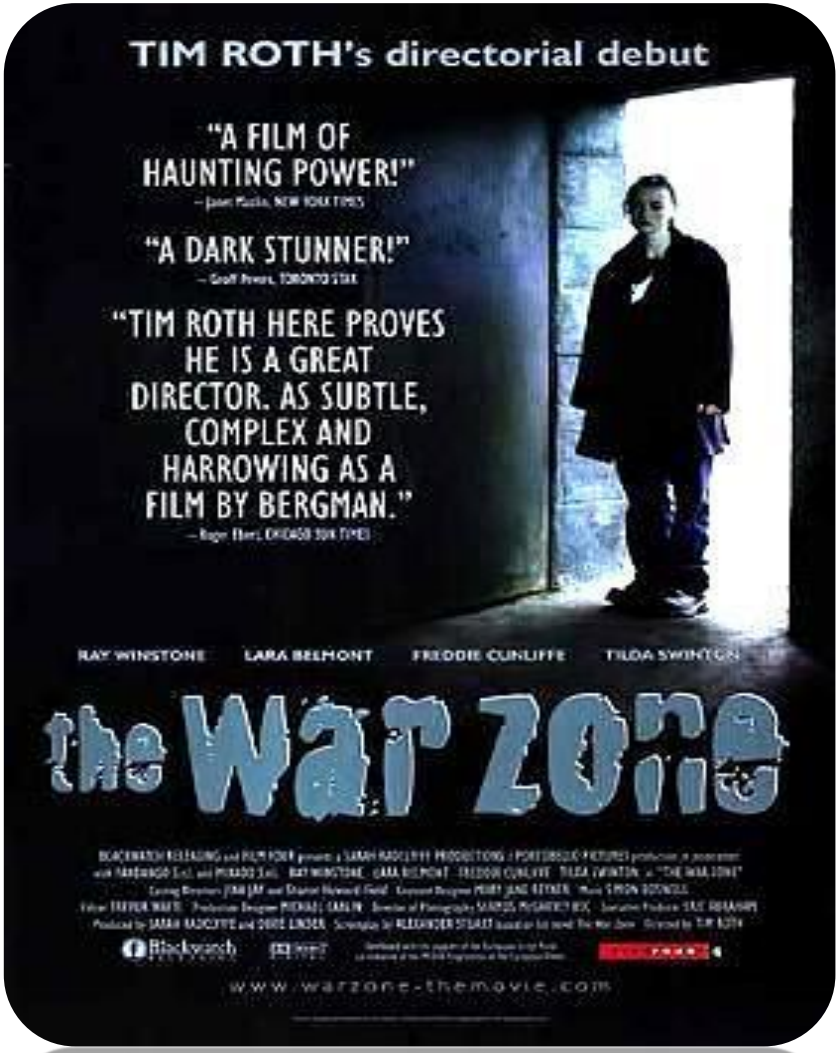
Por lo general, la mayoría de los grupos sociales, a nivel histórico y cultural, han prohibido las relaciones incestuosas y han incentivado a las personas a formar relaciones con otras personas que no pertenezcan al mismo núcleo familiar. Sin duda, es un fenómeno con profundas raíces históricas, sociales y culturales. El incesto es considerado un tabú casi universal en las sociedades humanas, aunque la definición de "pariente cercano" varía culturalmente. Este tabú se asocia a menudo con la necesidad de promover la exogamia (matrimonio fuera del grupo familiar) para crear alianzas sociales más amplias y evitar la endogamia con sus riesgos genéticos.

A lo largo de la historia, encontramos referencias al incesto en diversas mitologías y textos religiosos. El incesto es un tema recurrente en muchas mitologías del mundo, incluida la mitología griega, egipcia, mesopotámica e incluso en ciertas tradiciones indígenas y orientales. Su presencia en estos relatos no implica una aprobación del incesto en la vida real, sino que suele reflejar ideas simbólicas sobre la creación, la divinidad, el linaje y el poder. Sirvan algunos ejemplos de la mitología griega: Urano y Gea (Cielo y Tierra) son madre e hijo y también pareja, de cuya unión nacen los Titanes; Cronos y Rea son hermanos y esposos, padres de Zeus, Hera, Hades, etc.; Zeus y Hera también son hermanos y esposos. Y qué decir de Edipo, cuya historia de incesto es de las más conocidas, pues Edipo mata a su padre y se casa con su madre sin saberlo. El incesto entre dioses representa una forma de pureza del linaje divino y la necesidad de mantener el poder dentro de la misma sangre. En los humanos, en cambio, suele representar la *hybris* (desmesura) y se castiga.

Pero también hay ejemplos en otras mitologías, como la egipcia (Osiris e Isis son hermanos y esposos, y engendran a Horus; Nut y Geb son hermanos y padres de los dioses mayores), la japonesa (Izanagi e Izanami son hermanos y esposos, quienes crean las islas de Japón), la inca (Manco Cápac y Mama Ocllo son hermanos y esposos, enviados por el dios Sol para fundar la civilización inca), etc. Los primeros libros de la Biblia contienen casos de matrimonios entre parientes cercanos (p. ej.,

https://doi.org/10.63149/j.pedint.50

Adolescencia e INCESTO (1)



The War Zone (La zona oscura)
(Tim Roth, 1999)

"Está sugiriendo algo bastante extraño si dices lo que creo que estás diciendo"



Adolescencia e INCESTO (2)



Reina de corazones
(May el-Toukhy, 2019)

“Tú sabes que lo que pasó es ilegal, tú precisamente"



Adolescencia e INCESTO (3)



Dalva
(Emmanuelle Nicot, 2022)

"La abogada piensa que es mejor que permanezcas aquí. Puede que estés en peligro con tu padres"



Prescribir películas para entender los MALOS TRATOS EN LA INFANCIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el problema de los malos tratos infantiles

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

El espectro del maltrato infantil, una lacra que permanece

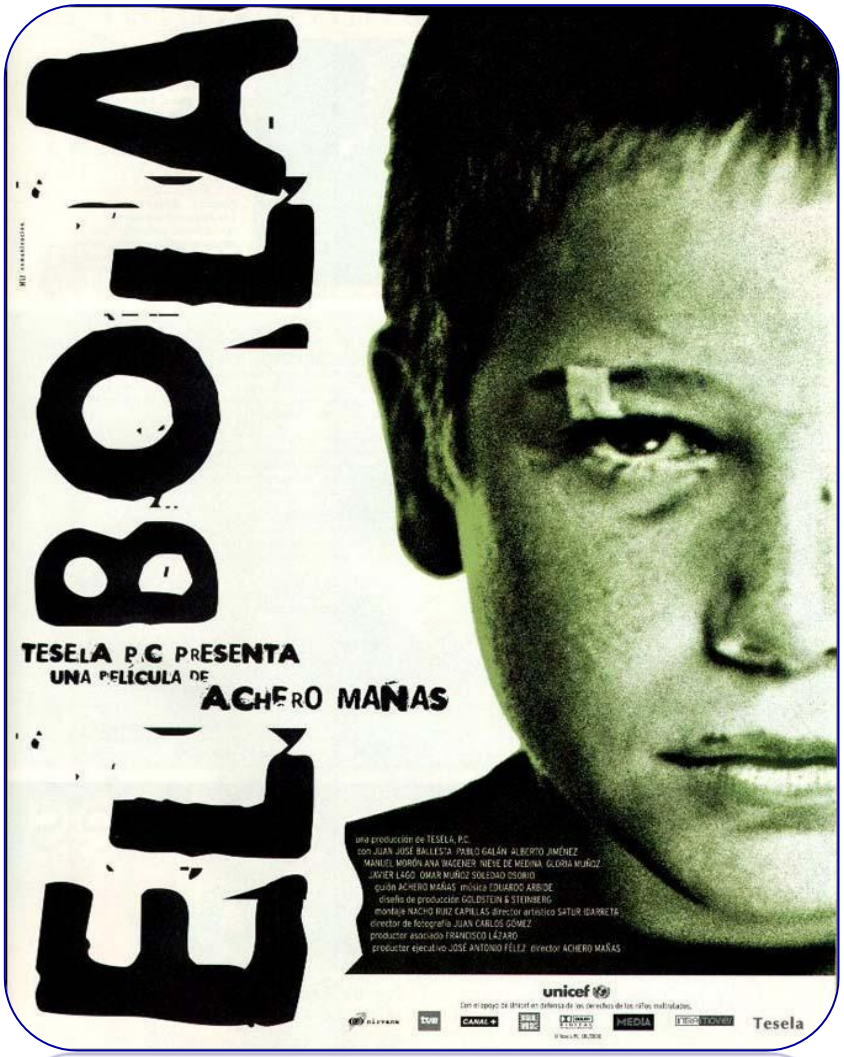
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en un daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o de la dignidad del menor, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder. Porque cabe recordar que el derecho a los cuidados del niño no siempre les ha sido reconocido, de manera que el maltrato infantil ha existido siempre, desde los orígenes del ser humano, en todas las culturas y en todas sus diferentes tipologías[1].

Las principales tipologías descritas de maltrato infantil son[1,2]:

- Maltrato físico (hoy día también conocido como traumatismo infantil no accidental): involucra el uso de la fuerza física para causar daño o dolor al menor. Puede incluir golpes, sacudidas violentas, pellizcos, quemaduras y cualquier otro acto que cause daño físico a la persona (heridas, fracturas, etc.).
- Maltrato emocional o psicológico: se caracteriza por causar daño a través de palabras, acciones o comportamientos. Estas situaciones incluyen insultos constantes, humillaciones, rechazos, menosprecios, amenazas e incluso manipulación emocional. Así pues, este tipo de maltrato puede tener efectos devastadores en la autoestima, la salud mental y el bienestar general del menor.
- Maltrato sexual: consiste en utilizar al menor para realizar actividades sexuales o explotar su vulnerabilidad para obtener gratificación sexual. Las acciones que caracterizan este tipo de maltrato son tocamientos inapropiados, exposición a material sexual, acoso sexual y violación. Este maltrato sexual ha sido desgranado de forma particular en el capítulo previo de esta serie de Terapia cinematográfica[3], por sus graves connotaciones.
- Negligencia: se refiere a la falta de satisfacción de las necesidades básicas del menor (como son una alimentación adecuada, atención médica, o educación, entre otros). La negligencia puede ser tanto intencional como resultado de la incapacidad de los cuidadores para proporcionar lo necesario, y puede manifestarse con malnutrición, ausencias escolares frecuentes y condiciones de vida insalubres.

Cabe decir que el maltrato infantil más frecuente es la negligencia, seguido del maltrato emocional, y en último lugar quedan el maltrato físico y el maltrato o abuso sexual. Además, cabe no olvidar dos tipos más: uno relativamente

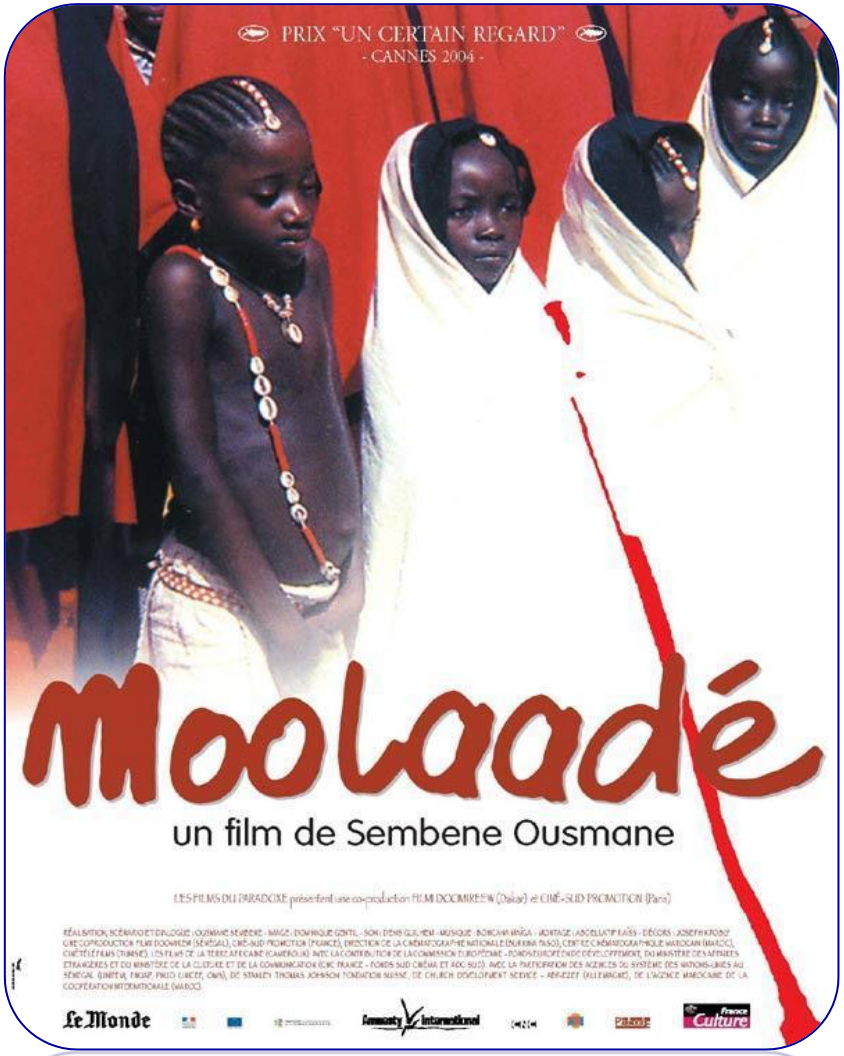
Adolescencia y MALOS TRATOS (1)



El Bola
(Achero Mañas, 2000)

"De pequeño se vive, de mayor se sobrevive"

Adolescencia y MALOS TRATOS (2)



Moolaadé (Protección)
(Ousmane Sembène, 2004)

"Los hombres quieren encerrar nuestros pensamientos"



Adolescencia y MALOS TRATOS (3)



Cafarnaúm
(Nadine Labaki, 2018)

"¡Lárgate antes de que te mate!... ¡Vuelve al sitio del que hayas venido, animal! Malditos seáis tú, tu madre y quien te haya traído a este mundo"



Prescribir películas para entender el EMBARAZO EN ADOLESCENTES



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica
en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el embarazo en adolescentes

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Embarazo en adolescentes, prototipo de consulta "sagrada"

En nuestro capítulo previo de la serie Terapia cinematográfica revisamos el tema del embarazo y parto de forma global[1,2]. Y hoy vamos a centrar nuestra atención en los embarazos en adolescentes, definidos como embarazos precoces en la etapa de la adolescencia (que la OMS establece entre los 10 y los 19 años), normalmente en mujeres que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica (variable según los distintos países del mundo), así como en las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

Las adolescentes embarazadas, además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica (de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social). Es así que los embarazos en adolescentes se describen como embarazos precoces, porque normalmente estas mujeres han alcanzado la mayoría de edad jurídica y están en situación de dependencia de la familia de origen. Este embarazo suele implicar un riesgo en la trayectoria vital de las jóvenes adolescentes y un serio y prevalente problema médico-social. Es por ello que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial con consecuencias significativas para la salud, la educación y el desarrollo social de las jóvenes y sus hijos.

https://doi.org/10.63149/j.pedint.24

Según la organización Save the Children, cada año nacen entre 13 y 16 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % en los países denominados en desarrollo. Son evidentes las disparidades regionales y es conocido que la incidencia es mayor en países de ingresos bajos y medianos, especialmente en África subsahariana y América Latina.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En los países desarrollados, los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, así como otras situaciones de inestabilidad familiar y social, con falta de acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva. Sin olvidar que ciertas normas sociales y culturales perpetúan la desigualdad de género, así como que la violencia sexual es un factor que contribuye al embarazo adolescente.

No debemos olvidar que la problemática del embarazo en adolescentes abarca aspectos sanitarios, educativos y económicos. Porque las adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como parto prematuro, preeclampsia y muerte materna, así como que sus recién nacidos también tienen mayor riesgo de nacer prematuros, con bajo peso y con problemas de salud. Por otro lado, el embarazo trunca la educación de muchas adolescentes, limitando sus oportunidades de desarrollo personal y profesional, amén de

Pediatr Integral 2025; XXIX (2): 142.e1 – 142.e8

Adolescencia y EMBARAZO (1)



Juno
(Jason Reitman, 2007)

"Odio cuando los adultos usan la expresión "sexualmente activa". ¿Qué significa eso?: ¿qué me desactivaré algún día?, ¿o es un estado permanente?"



Adolescencia y EMBARAZO (2)

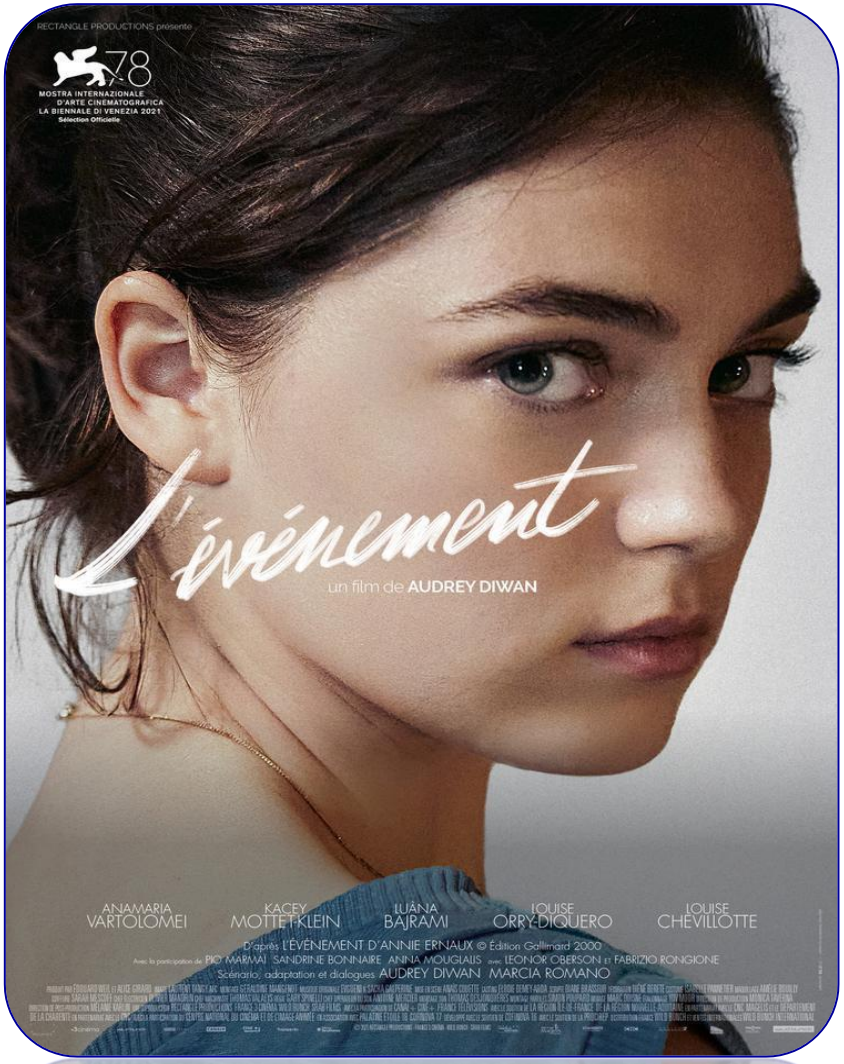


Nunca, casi nunca, a veces, siempre
(Eliza Hittman, 2020)

"Quiero pasar unos minutos hablando contigo. Te haré algunas preguntas. Pueden ser muy personales. Y todo lo que tienes que responder es nunca, casi nunca, a veces, siempre. Es algo así como unas preguntas de selección múltiple, pero no es un examen"



Adolescencia y EMBARAZO (3)



El acontecimiento
(Audrey Diwan, 2021)

"No me voy a ir. ¡Ayúdeme! Quiero continuar con mi estudio… Tengo un problema y no pienso quedármelo"



Prescribir películas para entender la ADOPCIÓN Y ACOGIMIENTO



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender la adopción y el acogimiento

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Aspectos clave de la adopción

La adopción infantil es un proceso legal mediante el cual una o dos personas adultas asumen la responsabilidad parental de un niño o niña que no es su hijo biológico, con la intención de formar una familia permanente. Este acto transfiere de forma legal y permanente los derechos y responsabilidades de los padres biológicos a los padres adoptivos, otorgando al niño adoptado los mismos derechos que un hijo biológico, incluyendo el apellido y los derechos de herencia.

El objetivo primordial de la adopción infantil es garantizar el derecho de todo menor a vivir y desarrollarse en un entorno familiar seguro, estable y afectivo, especialmente cuando su familia de origen no puede proporcionárselo. Se considera una medida de protección infantil fundamental, primando siempre el interés superior del menor. La adopción infantil puede ser nacional (la más frecuente), cuando los adoptantes y el niño residen en el mismo país, e internacional (se observa una reducción significativa en las dos últimas décadas), cuando los adoptantes y el niño residen en diferentes países. Dentro de estas categorías, existen diferentes tipos de adopción según la legislación de cada país, como la adopción plena o cerrada (que extingue los vínculos legales con la familia biológica) y la adopción simple o abierta (que puede mantener ciertos vínculos).

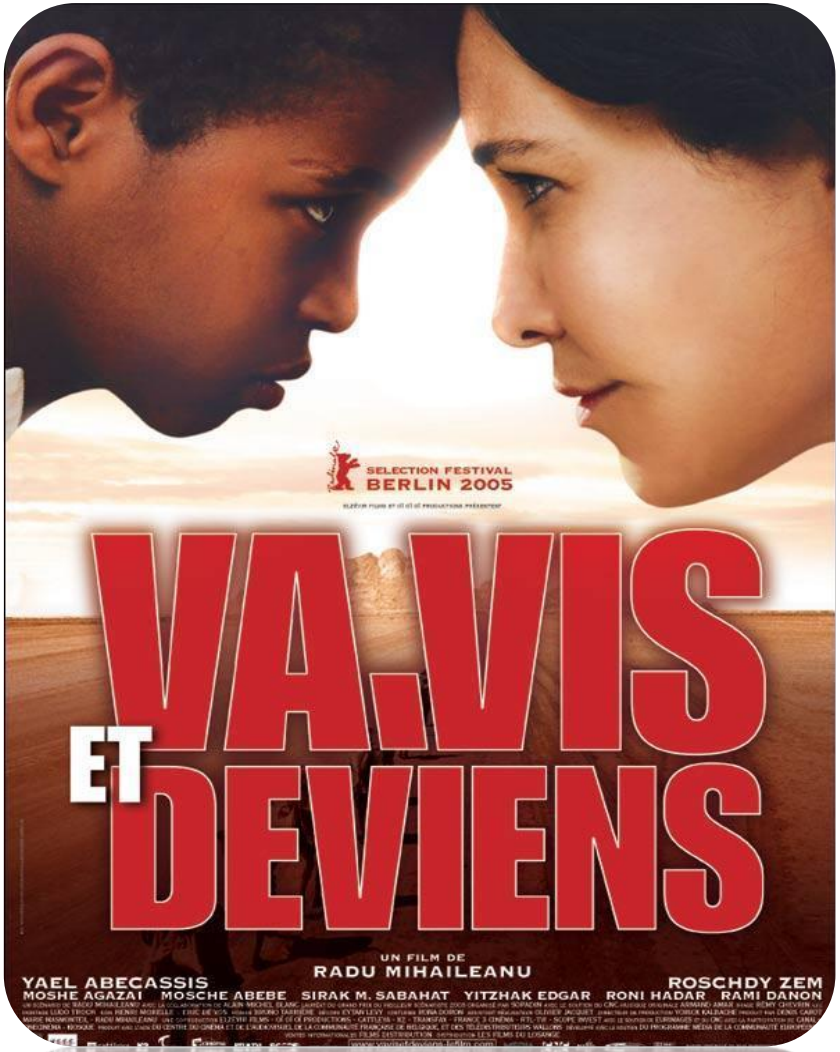
https://doi.org/10.63149/j.pedint.37

Cada país (y en el caso de España, cada Comunidad Autónoma tiene competencias) cuenta con leyes que regulan la adopción, estableciendo los requisitos para los adoptantes y los niños, los procedimientos y los derechos y responsabilidades de todas las partes involucradas. La adopción suele ser una decisión legal permanente e irrevocable, creando un vínculo de filiación similar al biológico.

Los requisitos para los adoptantes incorporan aspectos como la edad (se establecen rangos de edad para los adoptantes, así como una diferencia de edad mínima y máxima con el niño; en el caso de España ser mayor de 25 años al menos uno de los miembros de la pareja adoptante y tener al menos 14 años más que el adoptado), la idoneidad (de forma que los solicitantes deben ser evaluados y declarados idóneos por los servicios sociales, demostrando su capacidad para cuidar, educar y ofrecer un entorno estable y afectivo al niño, lo que incluye evaluaciones psicológicas, sociales y económicas), estado civil (aunque aquí las leyes varían en cuanto al estado civil de los adoptantes, pues se permite la adopción por parejas casadas, parejas de hecho, personas solteras e incluso parejas del mismo sexo en muchos países) y antecedentes (se suelen requerir certificados de antecedentes penales y médicos). Por otro lado, la situación del niño adoptable se fundamenta en la situación de desamparo (declarado por las autoridades competentes y que ocurre cuando sus padres biológicos no pueden o no quieren hacerse cargo de su cuidado), el consentimiento (dependiendo de la edad y madurez del niño, se puede requerir su consentimiento para la adopción, lo que ocurre ya con

Pediatr Integral 2025; XXIX (3): 214.e1 – 214.e11

Adolescencia y ADOPCIÓN-ACOGIMIENTO (1)



Vete y vive
(Radu Mihailenu, 2005)

"Intenta imaginar el trauma de Scholomo: una madre que quiere tanto a su hijo que es capaz de obligarle a irse y de renunciar a volverlo a ver con tal de salvarlo. Y un hombre que quiere tanto a su mujer que no se atreve a revelar su secreto por miedo a perderla. ¿No es eso amor?"

Adolescencia y ADOPCIÓN-ACOGIMIENTO (2)



La vergüenza
(David Planell, 2009)

"Quizás no estábamos preparados para esto… Tenemos que ser sinceros con nosotros mismos"



Adolescencia y ADOPCIÓN-ACOGIMIENTO (3)



Lion
(Garth Davis, 2016)

“Mi verdadero hermano grita mi nombre todos los años de su vida... Tengo que buscar mi hogar. Tienen que saber que estoy bien"

Prescribir películas para entender el DUELO POR LA MUERTE DE UN HIJO



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el duelo por la muerte de un hijo

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

La muerte de un hijo, un abismo en el alma, un universo roto

Para unos padres, la muerte de un hijo no es solo la pérdida de un ser amado; es la aniquilación de un futuro, la desintegración de una parte de su propia identidad y un cuestionamiento profundo de sus creencias más arraigadas. Es un hecho que altera el orden natural de la vida y, aunque siempre es una experiencia muy dolorosa, también hay diferencias entre un fallecimiento esperado en la infancia o adolescencia de un hijo (cuando procede de una enfermedad grave o terminal) y un fallecimiento intempestivo (por accidente, homicidio, suicidio, etc.). Sea como sea, las implicaciones son vastas y multifacéticas:

- Crisis de identidad: la identidad de "padre" o "madre" queda suspendida en un vacío. El propósito vital que confería el cuidado y la crianza se desvanece, dejando una sensación de inutilidad y desorientación. Los padres pueden sentirse como si hubieran fracasado en su rol más fundamental: proteger a su hijo.
- Fractura en la pareja: la forma en que cada progenitor afronta el duelo puede ser radicalmente distinta, creando una brecha en la relación. Mientras uno puede necesitar hablar constantemente del hijo perdido, el otro puede optar por el silencio como mecanismo de defensa. Esta asincronía en el dolor puede llevar a la incomprensión, el resentimiento y, en muchos casos, a la disolución del vínculo.
- Aislamiento social: el entorno, a menudo con la mejor de las intenciones, puede resultar hiriente. Frases hechas, consejos no solicitados o la simple incapacidad para comprender la dimensión de la pérdida pueden llevar a los padres a aislarse, sintiendo que nadie puede realmente compartir su sufrimiento.
- Impacto en la salud mental y física: la pena se manifiesta no solo en el plano emocional, sino también en el físico. Trastornos de ansiedad, depresión profunda, insomnio, problemas alimenticios y un debilitamiento general del sistema inmunológico son consecuencias comunes. El riesgo de duelo patológico, aquel que se cronifica e impide retomar una vida funcional, es significativamente alto.
- Crisis existencial: la muerte de un hijo a menudo hace añicos la percepción de un mundo justo y predecible. Surge la pregunta "¿por qué?", una interrogante que rara vez encuentra respuesta y que puede llevar a una profunda crisis de fe y de valores.

El laberinto del duelo

El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas y que consiste principalmente en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales, entre otros. Por definición, la pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de este pueden variar en gran medida en función

https://doi.org/10.63145/j.pedint.62

Adolescencia y DUELO POR MUERTE DEL HIJO (1)



La habitación del hijo
(Nanni Moretti, 2001)

"Volver atrás. Eso es exactamente lo que quiero hacer"



Adolescencia y DUELO POR MUERTE DEL HIJO (2)



Más allá de las palabras
(Anthony Fabian, 2013)

"A veces parece que todo está perdido. Pero de pronto sale el sol. Ya mi nombre está en un edificio, pero también he dejado otras cosas que significan mucho para mí"



Adolescencia y DUELO POR MUERTE DEL HIJO (3)



Mass
(Fran Kranz, 2021)

"Le prometí a mi hijo que su vida significaría algo, que no sería en vano. Que por él, por todos ellos, las cosas cambiarían. Pero no ha cambiado nada. La diferencia es que se ha ido"



Prescribir películas para entender la HOMOSEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender la homosexualidad en la infancia y adolescencia

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

El movimiento LGTBIQ+, siglas de muchos colores

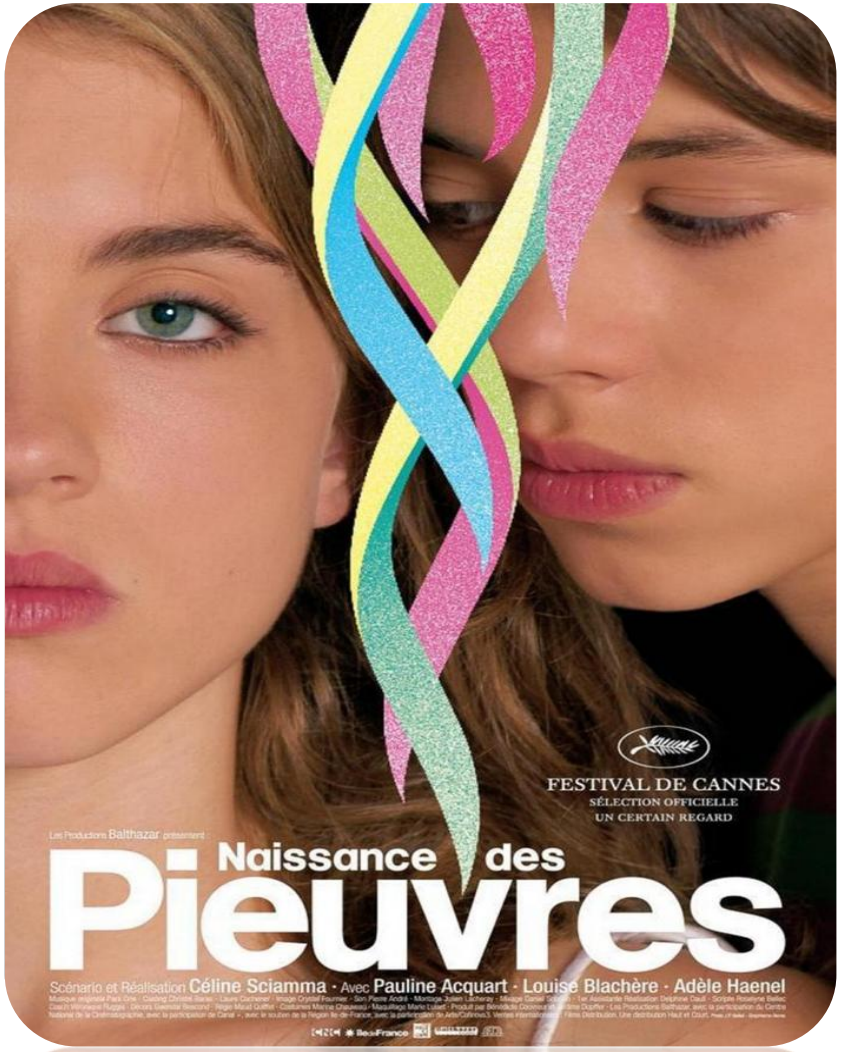
En los Estados Unidos de la década de los 60, los gays y lesbianas eran considerados prácticamente delincuentes; tenían que ocultar su condición. Para unos, eran locos; para otros, enfermos; para otros, personas sin moralidad; para otros, depredadores... Por supuesto, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo estaban completamente prohibidas, excepto en Illinois. En el mundo laboral, se les cercenaba el acceso a profesiones como la abogacía o la medicina y se les vetaba en el gobierno federal y el ejército. Perdían sus trabajos, eran detenidos por la policía por "crímenes contra la naturaleza"... Llegamos al año 1969, el año de la llegada a la Luna, pero también el año en que Nueva York estaba en clima electoral y las redadas eran habituales. Y en la noche del 27 al 28 de junio de 1969, el objetivo no fueron los mafiosos, narcotraficantes o los consumidores de alcohol, sino los clientes de un bar del Greenwich Village llamado Stonewall, donde unas 200 personas, entre lesbianas, gays, trans, drag queens... fueron expulsados con violencia del local, pero las tornas cambiaron de pronto. La multitud acabó atacando a la policía, que se metió por seguridad dentro del Stonewall. Ese gesto impulsó la lucha por la diversidad, la igualdad de la comunidad LGTBIQ+ y fue el primer gran paso hacia el activismo y los logros conseguidos después. Solo necesitaron la espita de Stonewall para imitar al "black power" y empezar a reivindicar la libertad que también era suya.

En conmemoración de aquel 28 de junio de 1969, se celebra el Día del Orgullo en todo el mundo, una fiesta que sirve para conquistar la igualdad en la diversidad sexual y transformar la sociedad. Y en la lucha por la igualdad de derechos y la aceptación social, el acrónimo LGBTIQ+ representa a la diversidad de identidades de género y de orientaciones sexuales. Su origen se remonta a la década de 1990, aunque por aquel entonces solo se usaba el término LGB, que ha ido evolucionando con los años para incluir a todos los colectivos. Un acrónimo con todo el color de la diversidad[1].

- ¿Qué significa la L? Se refiere a las lesbianas, mujeres que sienten atracción afectiva y/o sexual hacia otras mujeres. Las mujeres lesbianas sufren una doble discriminación: la primera por su género y la segunda por el estigma al que está asociada su orientación sexual, incluso, a menudo, siendo invisibilizadas en comparación con otras identidades dentro de la comunidad LGBTIQ+. Por ello, muchos países celebran el 26 de abril el Día de la Visibilidad Lésbica para frenar las desigualdades y prejuicios en torno a la homosexualidad femenina.
- ¿Qué significa la G? Se refiere a los gays, palabra de origen inglés que se ha convertido en un término ampliamente aceptado y utilizado para describir a hombres homosexuales, aunque, en muchas ocasiones, su uso se ha expandido para incluir a la comunidad LGBTIQ+ en general.

https://doi.org/10.63149/j.pedint.75

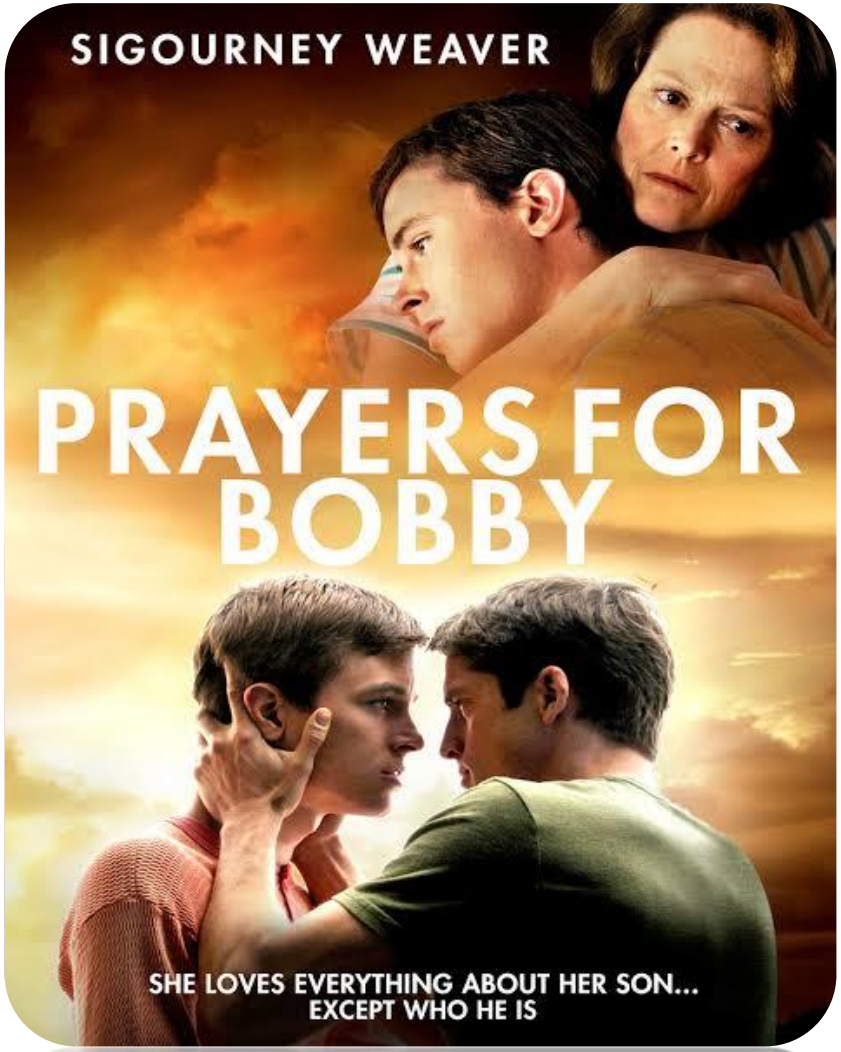
Adolescencia y HOMOSEXUALIDAD (1)



Lirios de agua
(Céline Sciamma, 2007)

"Tengo un amigo que es homosexual, y me dice que cundo tienes miedo, es buena señal"

Adolescencia y HOMOSEXUALIDAD (2)



Oraciones para Bobby
(Russell Mulcahy, 2009)

"A veces sufro tanto. Estoy asustado y solo. Estoy condenado… Ojalá pudiera ocultarme bajo una piedra y dormir para siempre"



Adolescencia y HOMOSEXUALIDAD (3)



La vida de Adèle
(Abdellatif Kechiche, 2013)

"Siento que estoy fingiendo en todo, soy yo a la que le falta algo"



Prescribir películas para entender la TRANSEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender la transexualidad en la infancia y adolescencia

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Transexualidad, un abordaje entre la ciencia y la conciencia

En el amplio espectro de colores, identidades de género y orientaciones sexuales que abarca la comunidad LGTBIQ+, son dos las entidades más prevalentes: la homosexualidad y la transexualidad. En el capítulo previo de Terapia cinematográfica abordamos una serie de películas argumentales para entender la homosexualidad en la infancia y adolescencia[1]. Y en nuestro capítulo de hoy lo haremos con la transexualidad.

La transexualidad, entendida como la disonancia entre la identidad de género de una persona y el sexo que le fue asignado al nacer, es un tema complejo que ha ganado visibilidad y comprensión en las últimas décadas. No se trata de una elección o una enfermedad mental, sino de una parte intrínseca de la identidad de una persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó de considerarla un trastorno mental en 2018, reclasificándola bajo "condiciones relacionadas con la salud sexual". Las personas transexuales no se identifican con su sexo biológico, y desean vivir y ser aceptadas como miembros del sexo opuesto. Cuando ello se acompaña de angustia, ansiedad y malestar, se habla de disforia de género (para reconocer la angustia que puede causar la incongruencia) como una condición médica que requiere atención, no un problema psicológico.

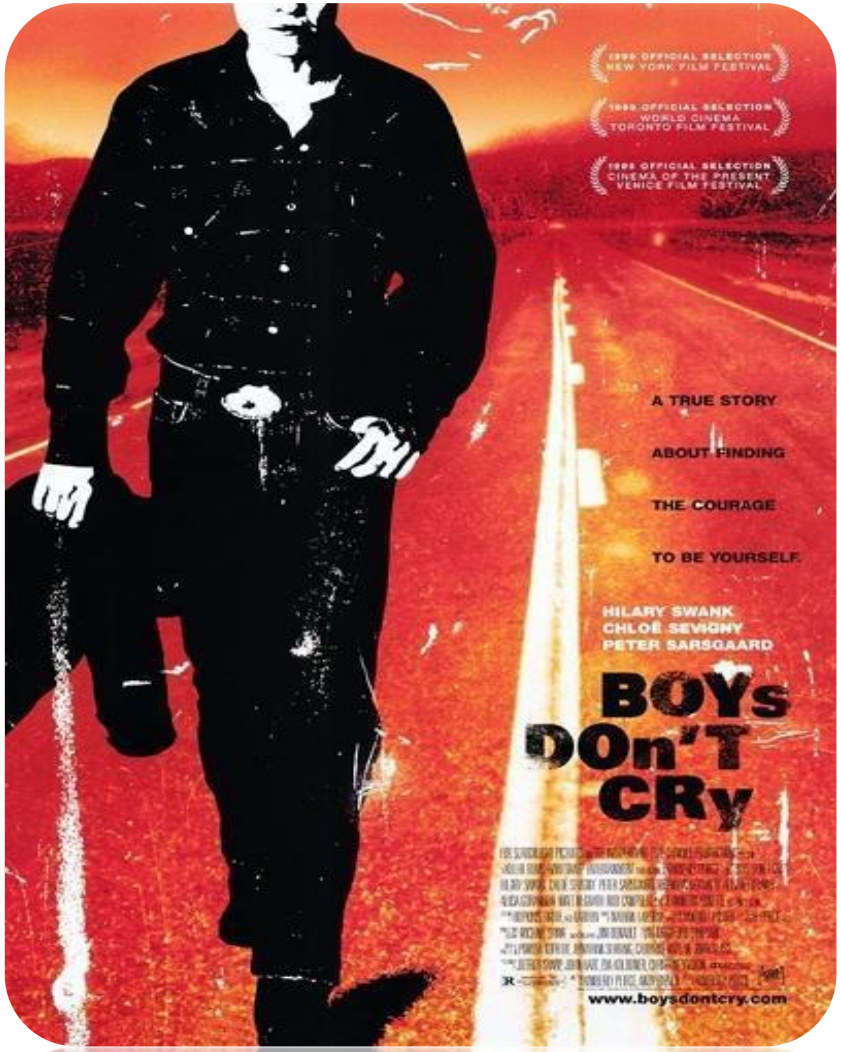
https://doi.org/10.63145/j.pedint.88

El proceso de las personas trans es un camino personal y, a menudo, conflictivo, marcado por una significativa presión social, estigmatización, discriminación y, en muchos casos, violencia. Esto puede generar graves problemas de salud mental como depresión, ansiedad, autolesiones e ideación suicida. El apoyo familiar y social juega un papel crucial en la mitigación de estos riesgos. Los estudios muestran que los jóvenes trans que cuentan con el apoyo de sus familias tienen significativamente menos probabilidades de intentar suicidarse o sufrir depresión en comparación con aquellos que experimentan un fuerte rechazo.

Hay que desmontar mitos y dejar claro que la transexualidad no es una elección y no es una enfermedad. Y cabe reconocer que suele aparecer en la infancia y reafirmarse en la preadolescencia y adolescencia, de ahí la importancia de los pediatras en ese camino. La transexualidad en la infancia y la adolescencia es un tema de especial debate y preocupación, y cabe tener claro algunos conceptos:

- Identidad de género y edad. La idea de que los niños "no saben lo que quieren" es un mito. Muchos niños trans expresan su identidad de género desde una edad muy temprana, a menudo desde los 3 o 4 años. Aunque no siempre saben cómo expresarlo, la sensación de que algo no encaja es muy real para ellos.

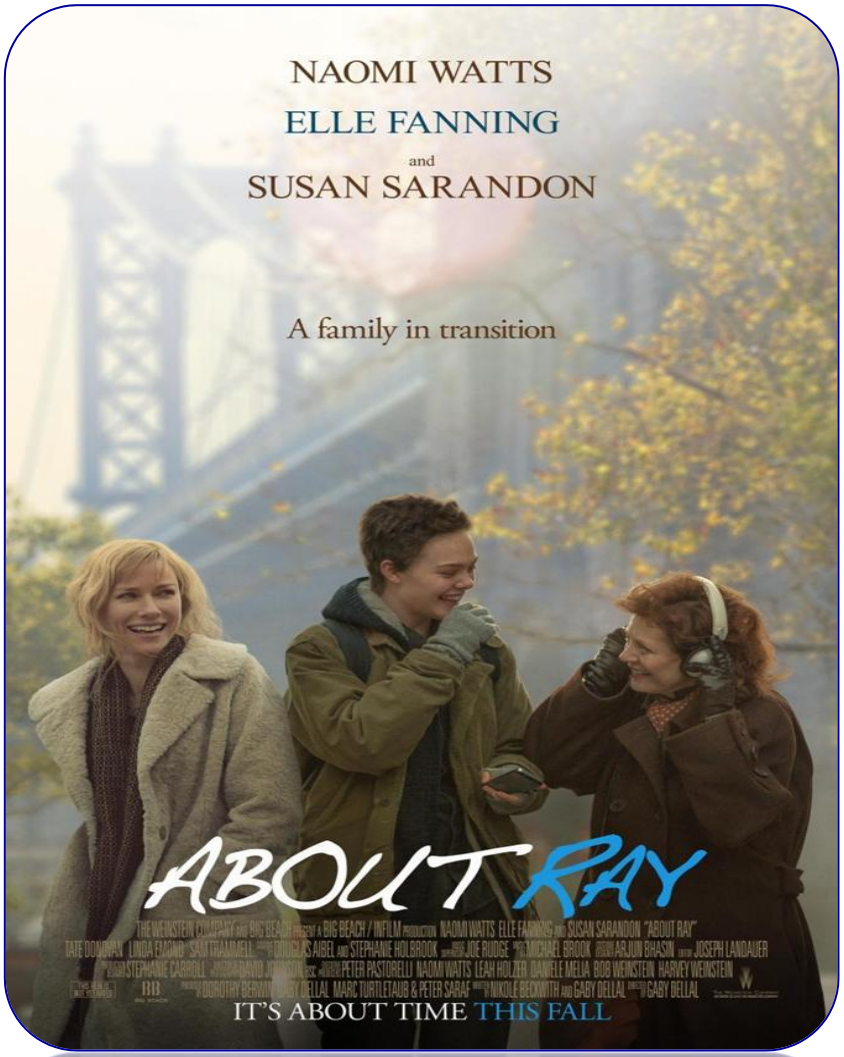
Adolescencia y TRANSEXUALIDAD (1)



Boys Don´t Cry
(Kimberly Pierce, 1999)

"Brando, te invité a mi casas y lo único que hiciste fue contagiar a mi hija con tu enfermedad…"

Adolescencia y TRANSEXUALIDAD (2)

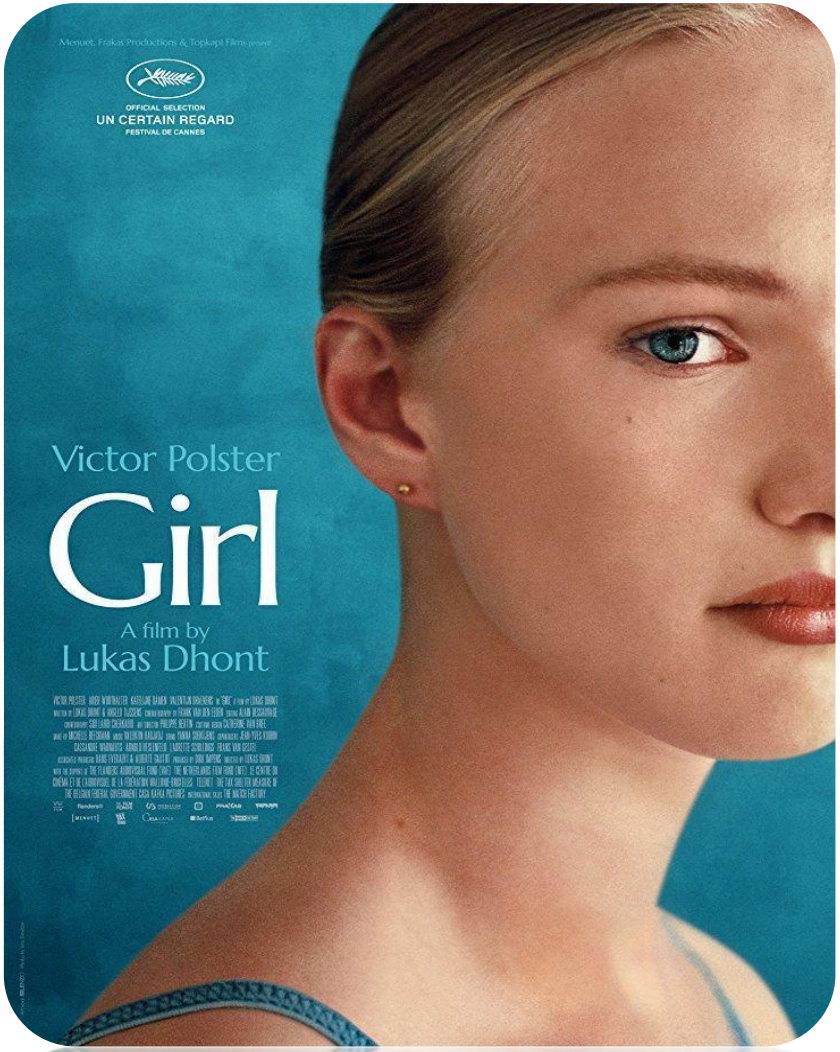


3 generaciones
(Gaby Dellal, 2015)

"Cada año soplo las velas y formulo el mismo deseo. Deseo ser un chico"



Adolescencia y TRANSEXUALIDAD (3)



Girl
(Lukas Dhont, 2018)

"Vaciamos el pene y retiramos los cuerpos cavernosos. Luego lo cerramos y volvemos del revés, y esa será la nueva vagina. Usaremos una parte del glande para hacer el clítoris…"



Prescribir películas para entender los TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender los trastornos de la conducta alimentaria

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Los trastornos de la conducta alimentaria y sus tipos

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones médicas y de salud mental graves que se caracterizan por alteraciones persistentes en la ingesta o en el comportamiento alimentario. Estos problemas causan un deterioro significativo de la salud física, el funcionamiento psicosocial y el bienestar emocional. No son una elección o un estilo de vida.

Los tipos de TCA más comunes, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, los trastornos por atracón y otros.

- Anorexia nerviosa, que se caracteriza por: 1) restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo (inferior al mínimo normal o esperado para la edad y altura); 2) miedo intenso a ganar peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso estando significativamente bajo de peso; 3) alteración de la forma en que percibe su peso o constitución, influencia indebida del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual. Se distinguen dos tipos: anorexia nerviosa tipo restrictivo y tipo atracones/purgativo.
- Bulimia nerviosa, que se caracteriza por: 1) episodios recurrentes de atracones: ingesta en un periodo determinado (p. ej., 2 horas) de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta; 2) conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso (p. ej., vómito autoinducido, uso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo); 3) los atracones y las conductas compensatorias ocurren, en promedio, al menos, una vez a la semana durante tres meses.
- Trastorno por atracón, que se caracteriza por: 1) episodios recurrentes de atracones (similares a los de la bulimia); 2) los episodios se asocian a tres (o más) de los siguientes: comer mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos sin tener hambre, comer solo por vergüenza, sentirse disgustado consigo mismo o culpable después; 3) existe un malestar intenso respecto a los atracones y ocurren, en promedio, al menos, una vez a la semana durante tres meses. No se asocia a conductas compensatorias inapropiadas (a diferencia de la bulimia nerviosa).
- Otros TCA específicos, como el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos, que se caracteriza por una restricción o evitación de la ingesta alimentaria que lleva a la incapacidad de satisfacer las necesidades nutricionales y/o energéticas adecuadas, sin que exista un miedo a engordar ni una distorsión de la imagen corporal; es más común en la infancia. Y otros tipos como vigorexia (obsesión por tener un cuerpo musculoso) y la ortorexia (obsesión patológica por la comida biológicamente pura).

Los TCA son el resultado de una interacción compleja de factores y no de una sola causa: factores biológicos y genéticos

https://doi.org/10.63149/j.pediint.103

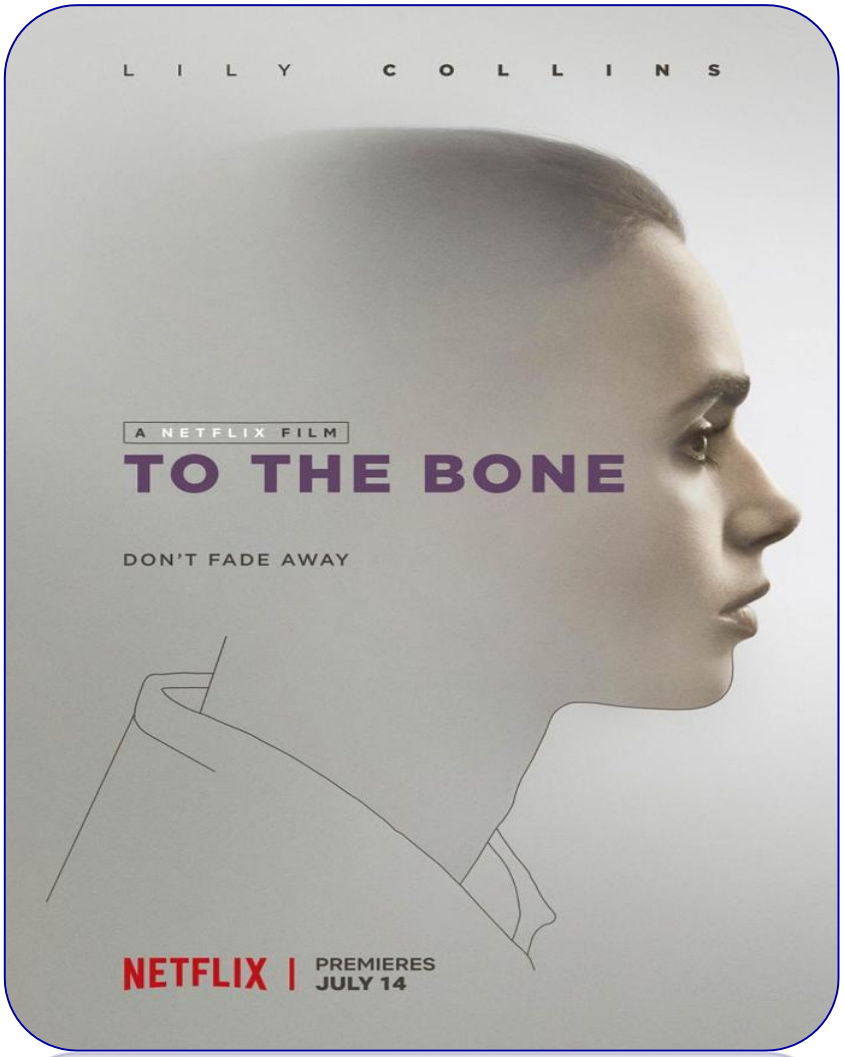
Adolescencia y TRASTORNOS ALIMENTARIOS (1)



Miedo a comer
(Lauren Greenfield, 2006)

"Solo quiero que me dejen morir…
Estoy harta de mí, estoy tan cansada.
Quiero ser más delgada"

Adolescencia y TRASTORNOS ALIMENTARIOS (2)

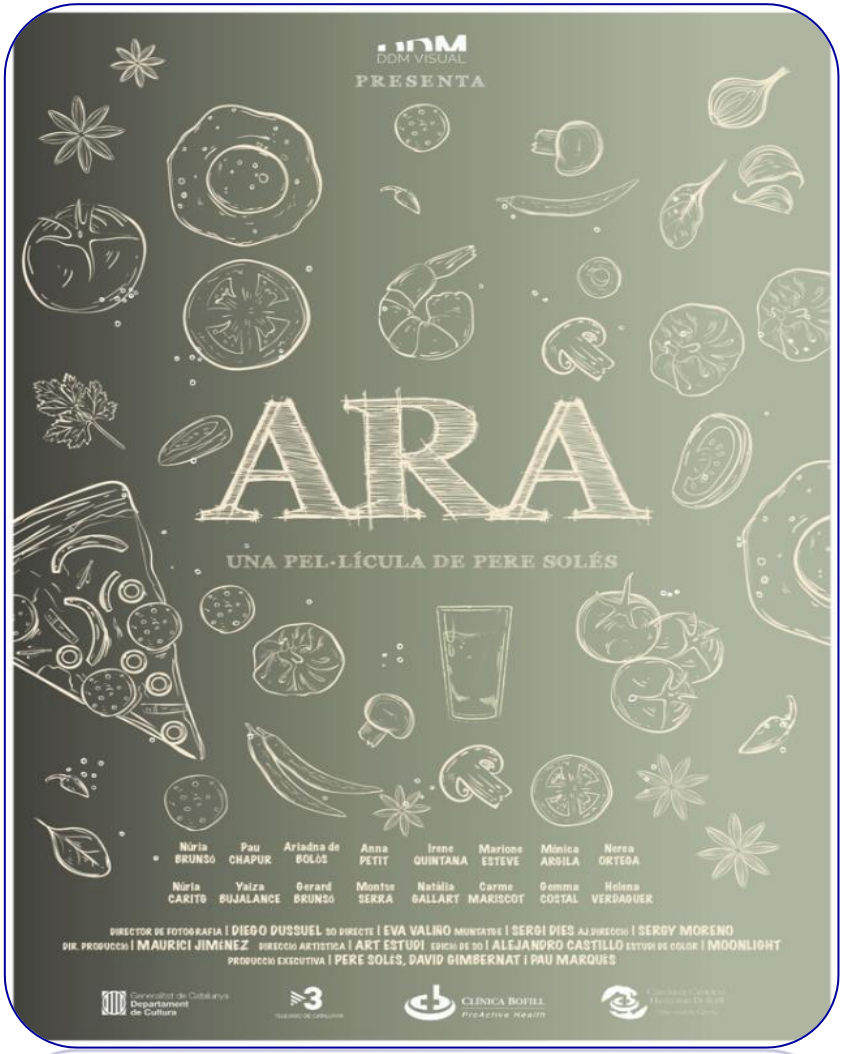


Hasta los huesos
(Marti Noxon, 2017)

"No estás delgada, más bien das miedo. Y me da que esto te gusta. Pero, como sigas así, un día no volverás a despertarte… Si quieres que te ayude, tendrás que aceptar algunas cosas"



Adolescencia y TRASTORNOS ALIMENTARIOS (3)



Ara
(Pere Solés, 2018)

"¿Cuánto tiempo conlleva tantas normas? Piensas ¿podré? Que si la comida, la ropa, los espejos, las ventanas con reflejos, cerrar el lavabo, la cocina, la nevera, los medicamentos… Te falta el aire cuando lees tantas normas"



Prescribir películas para entender el SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTOJUVENIL



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para abordar el sobrepeso y la obesidad infantojuvenil

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

"Globesity", un grave problema de salud pública

El sobrepeso y la obesidad infantojuvenil se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Su implicación clínica radica principalmente en el desarrollo de resistencia a la insulina, en aproximadamente el 50 % de casos, que conlleva la aparición de comorbilidades que son las que van a determinar el pronóstico a corto y a largo plazo (dislipemia, hipertensión arterial, hepatopatía, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico, ateroesclerosis y enfermedad cardiovascular, trastornos ortopédicos, psicológicos, apnea del sueño...). En la edad pediátrica, sobrepeso corresponde a un índice de masa corporal (IMC) para la edad superior en más de una desviación estándar por encima de la mediana de referencia de la OMS, y obesidad cuando ese IMC es más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana[1,2].

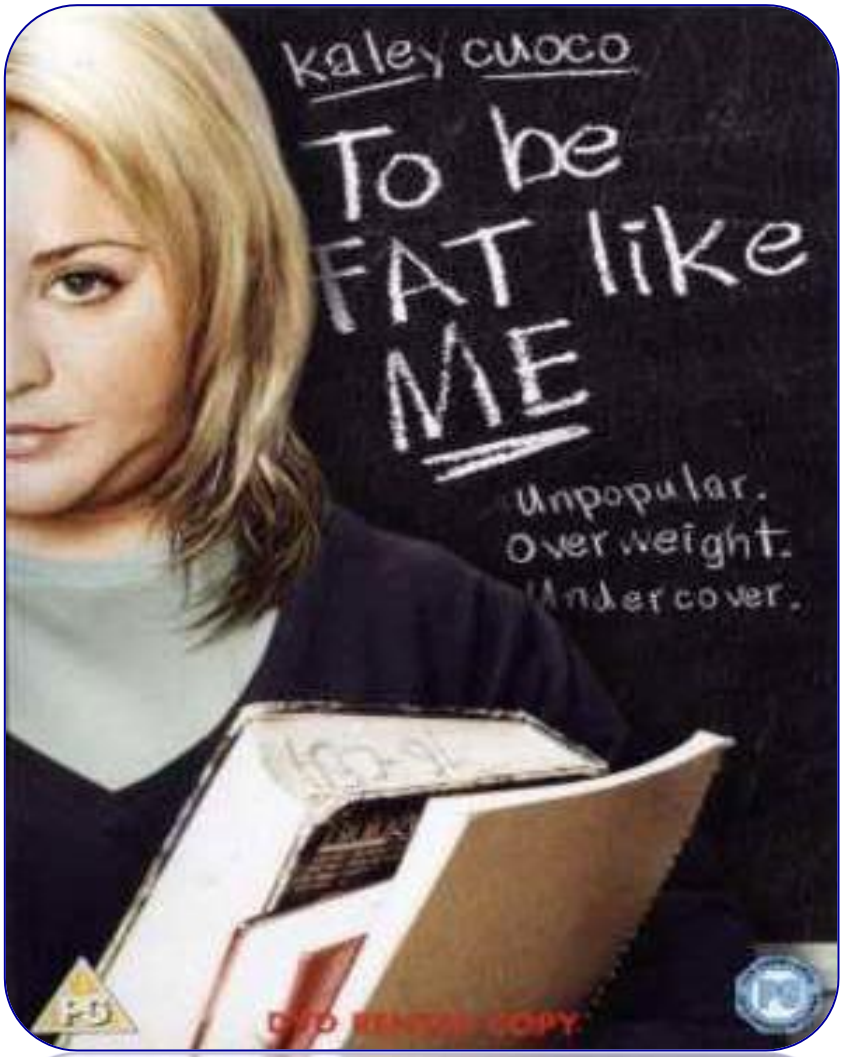
En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró la obesidad como una epidemia global ("globesity"). Todos los países están afectados por esta epidemia. Ningún país ha registrado un descenso de la prevalencia de la obesidad en el conjunto de su población, y ninguno va camino de cumplir el objetivo de la OMS de "no aumentar en 2025 con respecto a los niveles de 2010". De esta manera comenzaba el curso de la plataforma Continuum, "Atención integral al paciente con sobrepeso y obesidad"[3], liderado por cinco sociedades científicas de la Asociación Española de Pediatría. Y sigue con algunos datos epidemiológicos demoledores: actualmente se calcula que un 38 % de la población mundial mayor de 5 años padece sobrecarga ponderal (sobrepeso + obesidad) y un 14 %, obesidad; además, con la tendencia actual, en 2035 estas cifras aumentarán hasta un 51 % en el caso de la sobrecarga ponderal y un 24 % para la obesidad, cifras que serán aún mayores en España. Y las consecuencias de esta pandemia no son solo en salud, sino también económicas.

Los factores de riesgo para sobrepeso y obesidad infantojuvenil son multifactoriales:

- Genéticos: obesidad monogénica en casos raros con obesidad muy intensa de inicio temprano.
- Ambientales y conductuales: alimentación hipercalórica y desestructurada, elevada ingesta de proteínas y energía en los primeros meses de vida, crecimiento rápido posnatal, ausencia o disminución de lactancia materna e introducción precoz de alimentación complementaria.
- Estilos de vida: sedentarismo, bajo nivel de actividad física y alto tiempo frente a pantallas.
- Psicosociales: ambiente social y escolar desfavorable, acoso escolar, baja autoestima.

https://doi.org/10.63149/j.pedint.116

Adolescencia y OBESIDAD (1)



Ser gorda como yo
(Douglas Barr, 2007)

"Al ser gorda, ya no soy la dueña de mi cuerpo. Todos los demás tienen derecho a opinar, ¿por qué?... ¿Cómo puedes valorarte si te recuerdan 15 veces al día que no vales nada?"

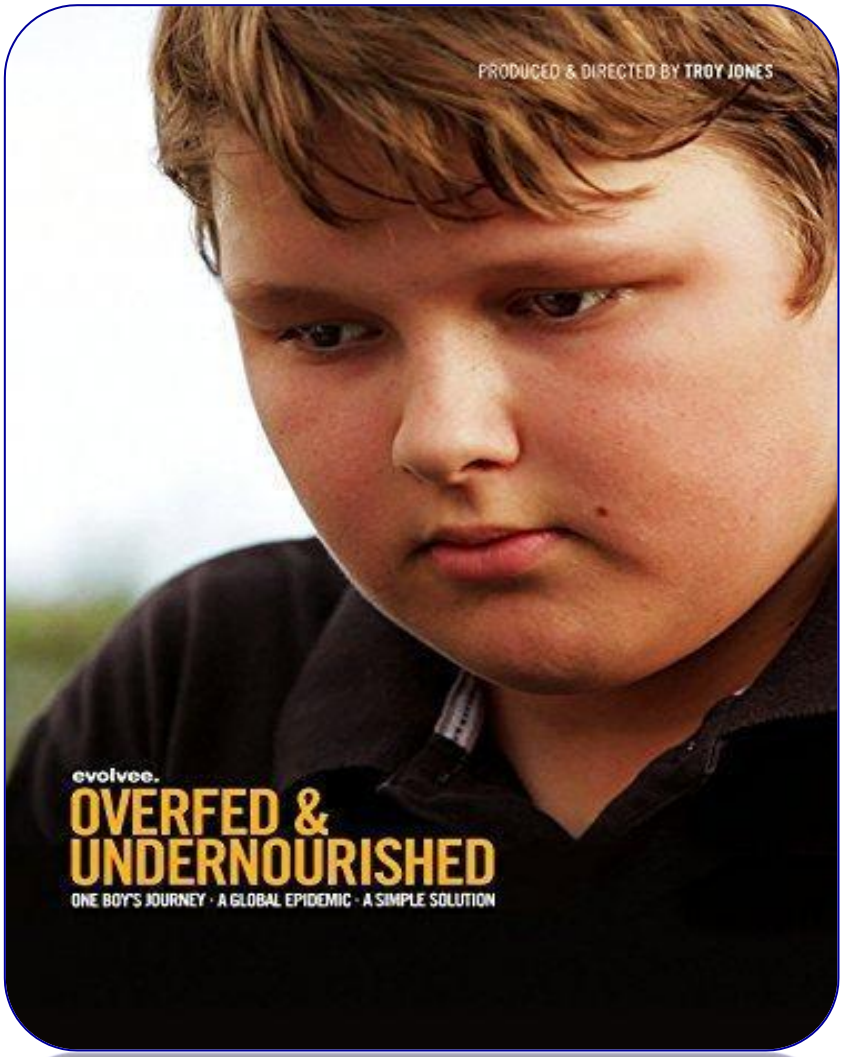
Adolescencia y OBESIDAD (2)



Yo, Terri
(Azazel Jacobs, 2011)

"La vida es un lío, amigo... pero todos lo hacemos lo mejor que podemos"

Adolescencia y OBESIDAD (3)



Sobrealimentados y desnutridos
(Troy Jones, 2014)

"Pienso que en la sociedad moderna, de repente, la enfermedad se volvió normal, la obesidad se volvió normal, no moverse se volvió normal, sentarse delante de un ordenador se volvió normal"



Prescribir películas para entender el SIDA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica
en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender el sida en la infancia y adolescencia

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

La evolución del VIH/sida en la ciencia y en la clínica

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) irrumpió en la historia de la medicina el 5 de junio de 1981, cuando los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos reportaron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (por aquel entonces conocido como *Pneumocystis carinii*) en hombres homosexuales de Los Ángeles. Tres años después, en 1984, el equipo franco-estadounidense del Instituto Pasteur de París, dirigido por Françoise Barré-Sinoussi, Jean-Claude Chermann y Luc Montagnier, identificó el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como agente causal de la enfermedad. Ese mismo año se determinaron las vías de transmisión –contacto sexual, transfusión de sangre contaminada y transmisión vertical (madre a hijo)– y en 1985 se desarrolló el primer test de diagnóstico basado en la detección de anticuerpos. Estos hallazgos iniciales transformaron el VIH/sida de una incógnita médica mortífera en una entidad transmisible y potencialmente diagnosticable.

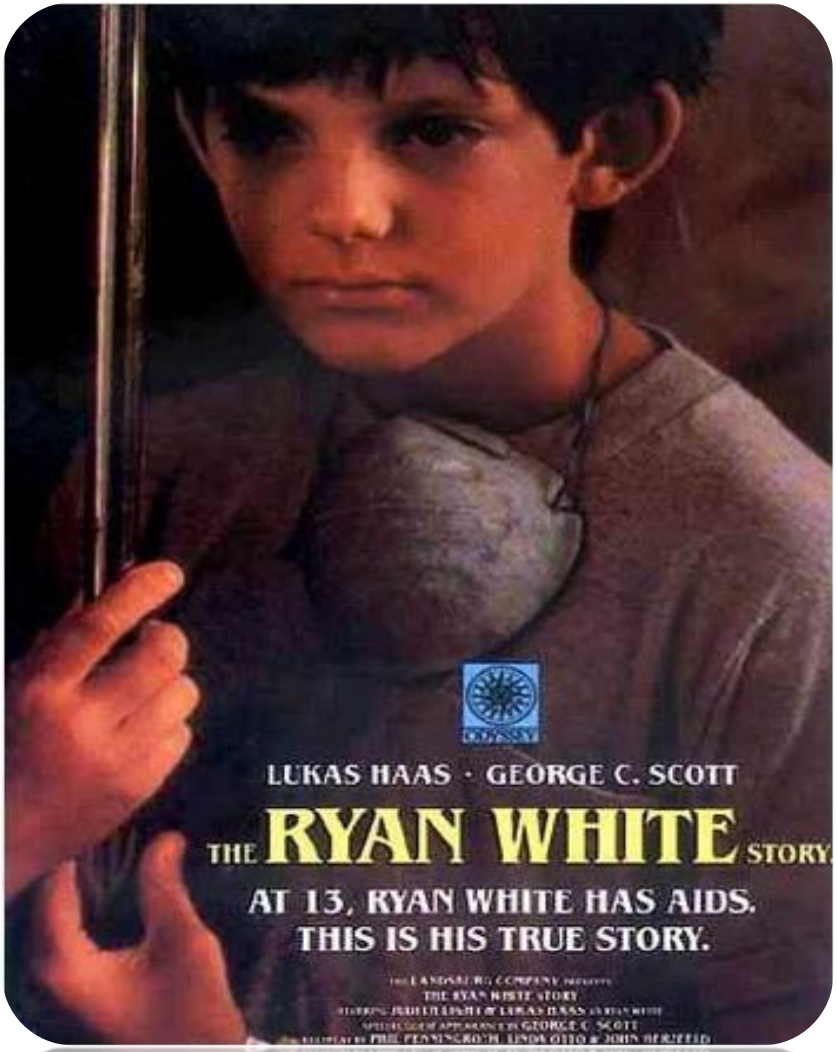
El VIH es un retrovirus que contiene dos copias de ácido ribonucleico (ARN) de cadena simple, una enzima transcriptasa inversa y proteasas virales. Esta infección progresiva destruye la inmunidad celular, dejando al paciente susceptible a infecciones oportunistas (candidiasis, tuberculosis, *Pneumocystis*, citomegalovirus) y malignidades asociadas (sarcoma de Kaposi, linfomas) que caracterizaban la presentación clínica del sida. En sus inicios, y durante muchos años, su diagnóstico iba asociado a una alta morbilidad y mortalidad.

En 1987 se introdujo la zidovudina (AZT), primer fármaco antirretroviral que inhibía la transcriptasa inversa, con resultados modestos y toxicidad considerable. El cambio fundamental llegó entre 1995-1996, cuando la combinación de tres o más fármacos de diferentes familias –inhibidores de transcriptasa inversa nucleósidos (ITRN), inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos (ITRNN) e inhibidores de proteasa (IP)– demostró por primera vez la capacidad de suprimir la replicación viral a niveles indetectables. Este tratamiento antirretroviral combinado (TAR) permitió que la infección aguda evolucionara de una sentencia de muerte a una enfermedad crónica controlable. Desde entonces, la oferta terapéutica se ha expandido exponencialmente: antagonistas de receptores de quimiocinas (como maraviroc), inhibidores de integrasa (dolutegravir, bictegravir), inhibidores de transcriptasa inversa de acción prolongada y esquemas de dosis única una vez al día, cada vez más seguros y tolerables.

El diagnóstico ha evolucionado desde los primeros test ELISA (1985) a pruebas rápidas de cuarta generación que detectan antígeno y anticuerpos simultáneamente, con una ventana diagnóstica de tan sólo 18 días. La prevención se apoya ahora en profilaxis preexposición (PrEP) con tenofovir/entricitabina, reduciendo el riesgo de adquisición en un 90 % en

https://doi.org/10.53149/j.pedint.128

Adolescencia y SIDA (1)

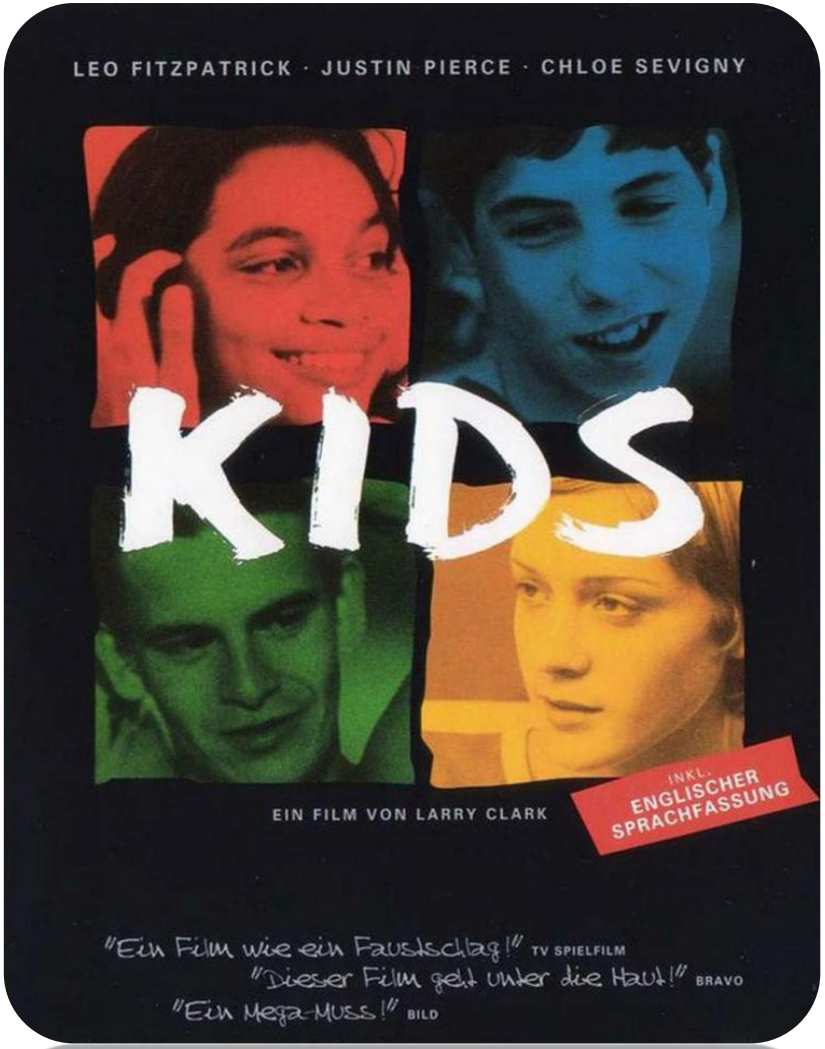


Juicio a un menor
(John Herzfeld, 1989)

"Tengo mi propia toalla en la cartera, y es la única que puedo utilizar. Para comer tengo servilletas, platos de papel, cuchillos y tenedores de plástico. Después de utilizarlos tengo que tirarlo todo, y no puedo beber en ninguna fuente"



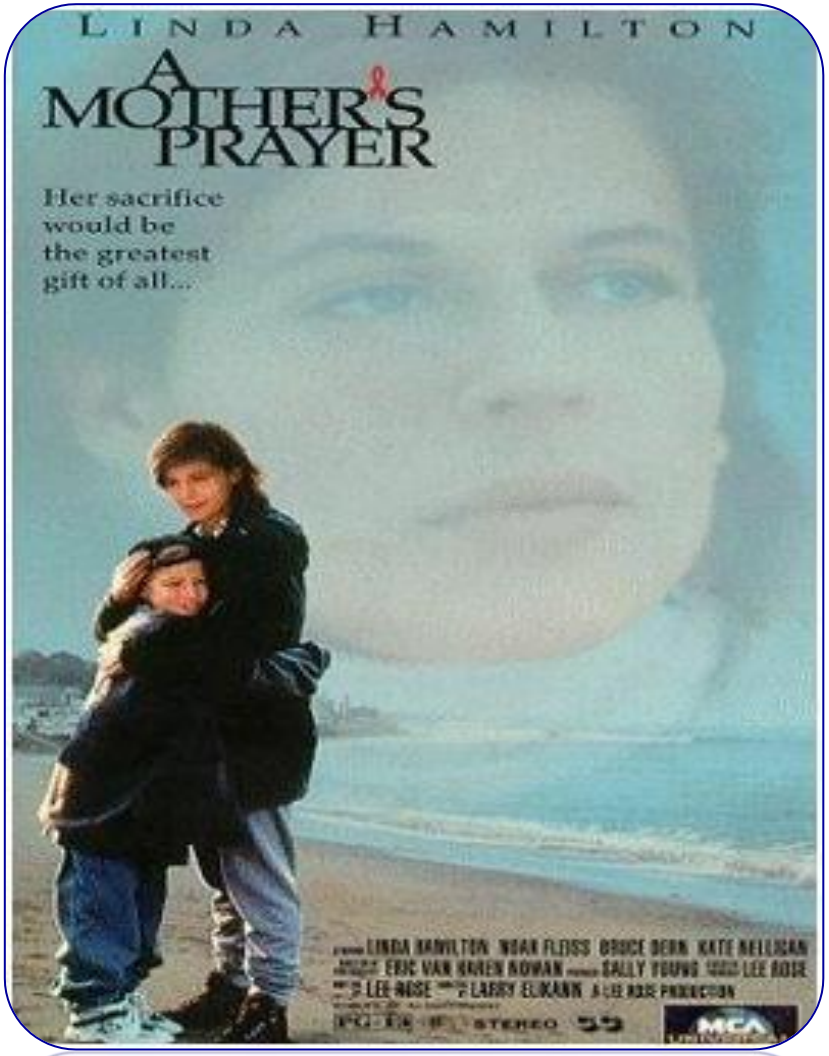
Adolescencia y SIDA (2)



Kids
(Larry Clark, 1995)

"Tendré que decirle a mi hermanito que me voy a morir"

Adolescencia y SIDA (3)



La súplica de una madre
(Larry Elikann, 1995)

"Lo único que me importa es que mi hijo esté bien cuando yo no esté"

Prescribir películas para entender el TRABAJO Y EXPLOTACIÓN INFANTIL



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica
en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para combatir la problemática del trabajo y la explotación infantil

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Trabajo y explotación infantil, una realidad persistente

El trabajo infantil es toda actividad laboral realizada por niños, niñas o adolescentes que perjudica su desarrollo, su salud o su educación, o que les priva de su infancia y dignidad. La explotación infantil es una forma más grave de abuso en la que el menor es utilizado de manera abusiva o forzada, a menudo vulnerando sus derechos; por ejemplo, mediante trabajos peligrosos, esclavitud, trata, explotación sexual o actividades delictivas. Los dos implican una violación clara de sus derechos y su protección, pero la explotación infantil es un paso más grave e ilegal si cabe.

Son situaciones tan importantes que las recordamos con un "día" al año, aunque está claro que la lucha debe ser diaria. El Día Mundial contra el Trabajo Infantil se celebra el 12 de junio y fue impulsado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para concienciar sobre este problema y promover su erradicación. Es cierto que no existe una denominación universalmente establecida como Día de la Explotación Infantil y solemos hacer referencia a jornadas de sensibilización distintas según el tipo de abuso; por ejemplo, el 16 de abril para la esclavitud infantil o el 4 de abril para la explotación sexual infantil. Centremos nuestra mirada en el trabajo infantil como prototipo.

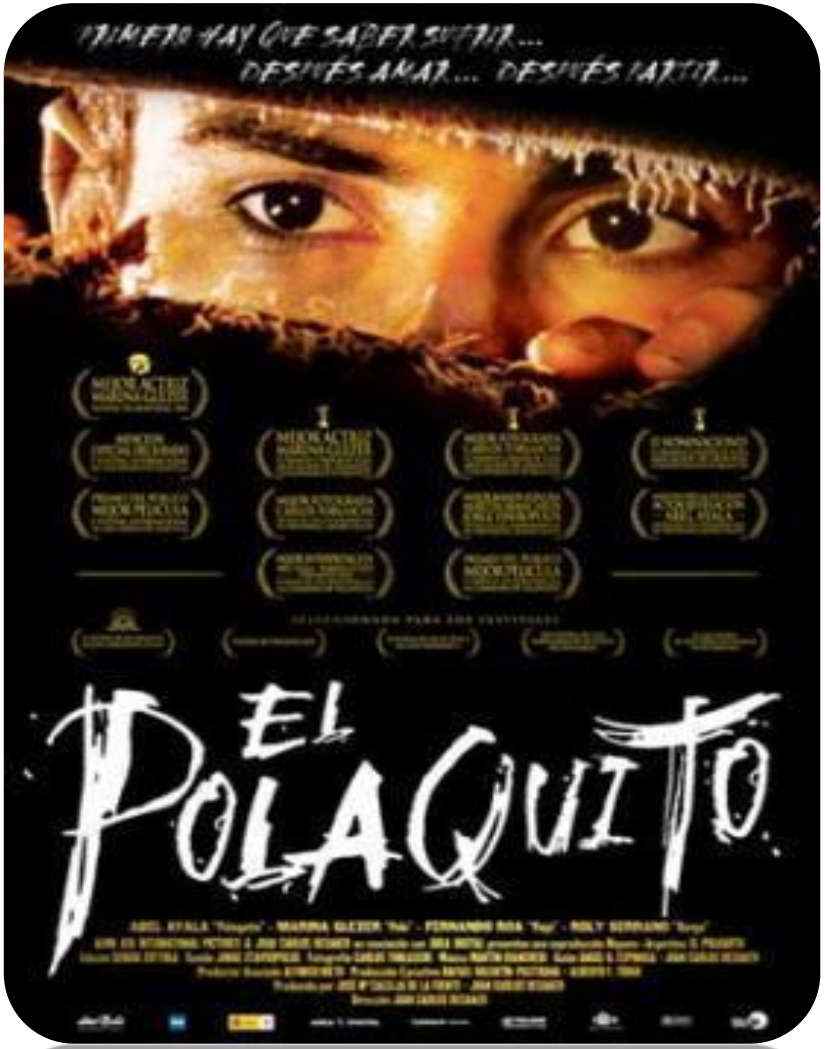
https://doi.org/10.61149/j.pedint.141

El trabajo infantil afecta a casi 140 millones de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años en 2024-2025, según la OIT y UNICEF, incumpliendo la meta de erradicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible pactada para 2025. Esta explotación viola derechos fundamentales y perpetúa ciclos de pobreza, teniendo en cuenta que el trabajo infantil priva a los niños de su infancia, potencial y dignidad, y que es perjudicial para su desarrollo físico, mental, social y moral. Las peores formas abarcan esclavitud, trata, prostitución, pornografía, reclutamiento armado y drogas.

Aunque su problemática es global, está claro que afecta más a los países fuera del considerado primer mundo. Y, aunque la cifra de 140 millones de menores trabajadores supone 20 millones menos que en 2000, el progreso se estancó por la pandemia de COVID-19, los conflictos bélicos y el cambio climático. El África subsahariana concentra 87 millones (dos tercios globales), seguida de Asia meridional (26 millones) y Asia-Pacífico. Los países con mayor incidencia son Malí (55,8 % de los menores), Benín (52,5 %), Chad (51,5 %), Guinea-Bissau, Somalia, Camerún, Zambia, Malawi, Burkina Faso, R. D. del Congo, Etiopía, Bangladés y Níger, todos por encima del 40 %. América Latina bajó a 7 millones, pero persisten altas tasas de trabajo infantil en minería ilegal y agricultura.

Entre las causas del trabajo y la explotación infantil se barajan varias: pobreza extrema (donde las familias dependen de ingresos infantiles y los padres envían a los niños a las calles

Adolescencia y EXPLOTACIÓN INFANTIL (1)

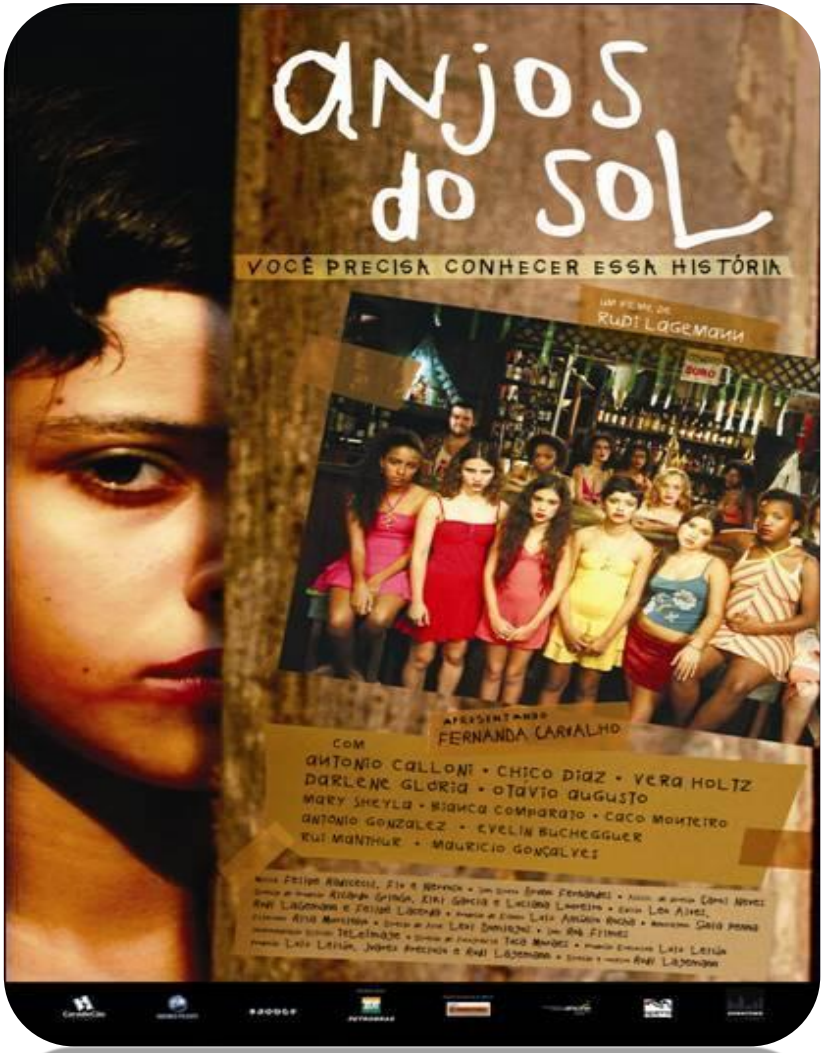


El Polaquito
(Juan Carlos Desanzo, 2003)

"El expediente judicial que investigó la muerte de El Polaquito fue cerrado y archivado como suicidio"



Adolescencia y EXPLOTACIÓN INFANTIL (2)



Ángeles del Sol
(Rudi Lagemann, 2006)

"A partir de hoy tendréis una nueva vida. Tendréis cada una vuestro cuarto. Y más: os alimentaré, os vestiré, os daré medicinas y perfumes. Y todo lo que necesito es que os acostéis con mis clientes"



Adolescencia y EXPLOTACIÓN INFANTIL (3)



Slumdog Millionaire
(Danny Boyle, 2008)

"De la miseria a rey. Es tu destino"



Prescribir películas para entender las MIGRACIONES Y LA INFANCIA EN TRÁNSITO



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender las migraciones y la infancia en tránsito

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

Migraciones, un fenómeno complejo global

Se denomina migración al desplazamiento de personas desde un lugar de origen hacia otro territorio, ya sea dentro del mismo país o cruzando fronteras internacionales. Puede ser temporal o permanente, voluntaria o forzada, y suele estar ligada a factores económicos, sociales, políticos o ambientales.

Las migraciones son uno de los grandes fenómenos de nuestro tiempo. Cada año, millones de personas dejan su lugar de origen para buscar trabajo, seguridad, reunificación familiar o una vida mejor en otro país. Según Naciones Unidas, en 2024 había casi 304 millones de migrantes internacionales en el mundo, una cifra que refleja la magnitud global de este proceso (y, a buen seguro, que es una cifra infraestimada)[1]. En la práctica, y como ya se ha subrayado, la migración es un fenómeno complejo que no responde a una sola causa, sino a una combinación de motivos. Naciones Unidas subraya que tres son las causas principales[1,2]: 1) los motivos más frecuentes de la migración son económicos: muchas personas emigran porque no encuentran empleo, porque sus salarios son muy bajos o porque buscan mejores condiciones de vida para ellas y sus familias; 2) también pesan mucho las causas políticas y de seguridad: los conflictos armados, la persecución por razones étnicas, religiosas o ideológicas y las violaciones de derechos humanos obligan a millones de personas a abandonar sus hogares; 3) a esto se suman las causas ambientales: sequías, inundaciones, huracanes, terremotos y otros desastres naturales empujan a comunidades enteras a desplazarse, a veces de forma temporal y a veces de manera definitiva.

Por tanto, no es difícil pensar que los principales países de origen suelen ser aquellos afectados por pobreza, conflictos o inestabilidad política. Entre los grandes focos migratorios mundiales destacan países de América Latina, África y Asia, además de zonas castigadas por guerras prolongadas o crisis humanitarias. En términos generales, muchos flujos salen de países con menos oportunidades hacia economías más desarrolladas.

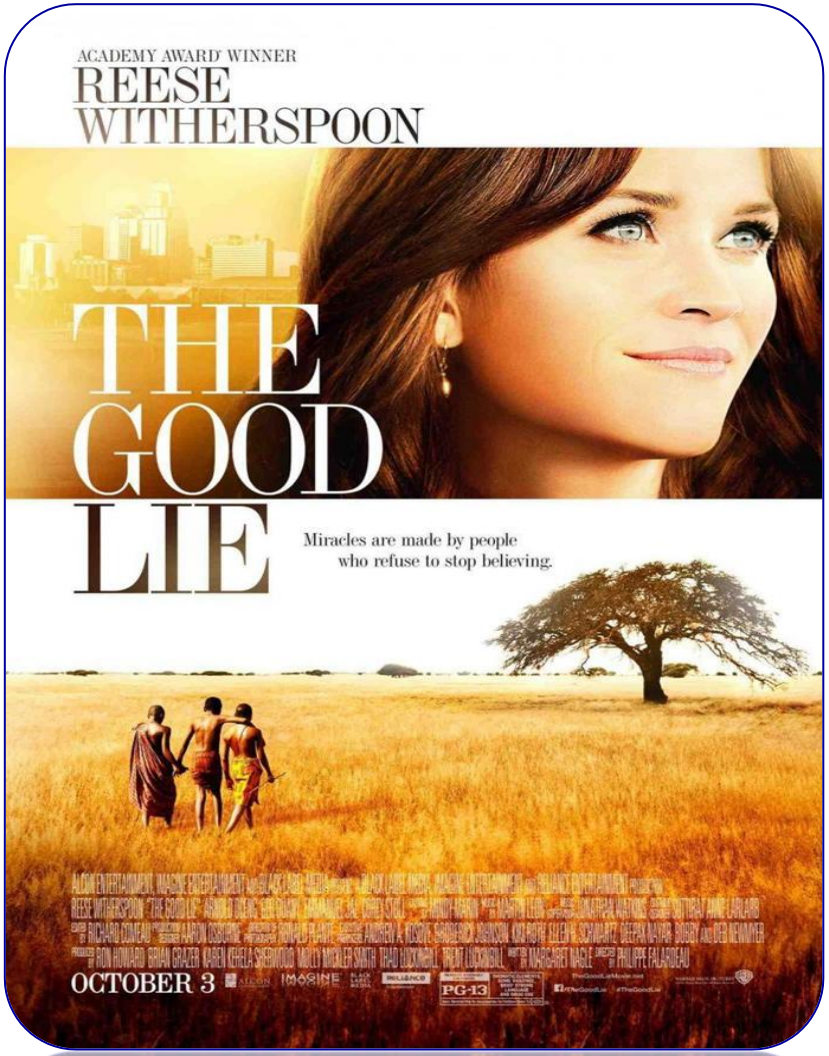
En general, los países que reciben más población migrante suelen tener economías más grandes, redes laborales más amplias o una posición geográfica estratégica. Y es por ello que, entre los países receptores, los grandes destinos suelen ser Estados Unidos, varios países de Europa Occidental y algunos Estados de Oriente Medio y del Golfo. Naciones Unidas indica que el mundo ha alcanzado cifras récord de migración internacional, mientras que ACNUR señala que a finales de junio de 2024 había unos 37 millones de refugiados en el mundo.

Un movimiento poblacional de este calibre tiene consecuencias tanto en los países de origen como en los países receptores[3]:

- Para los países de origen, la migración tiene efectos positivos y negativos. Entre los positivos destaca el envío de remesas, que en muchos casos sostiene a familias enteras y dinamiza la economía local. Sin embargo, también hay

https://doi.org/10.63149/j.pedint.153 Pediatr Integral 2026; XXX (4): 280.e1 – 280.e12

Adolescencia y MIGRACIONES (1)



La buena mentira
(Philippe Falardau, 2014)

"Mis padres fueron asesinados en la guerra de Sudán. Y mis hermanas, vendidas como esclavas... Ahora estamos en Norteamérica. Y en Norteamérica no somos nada"



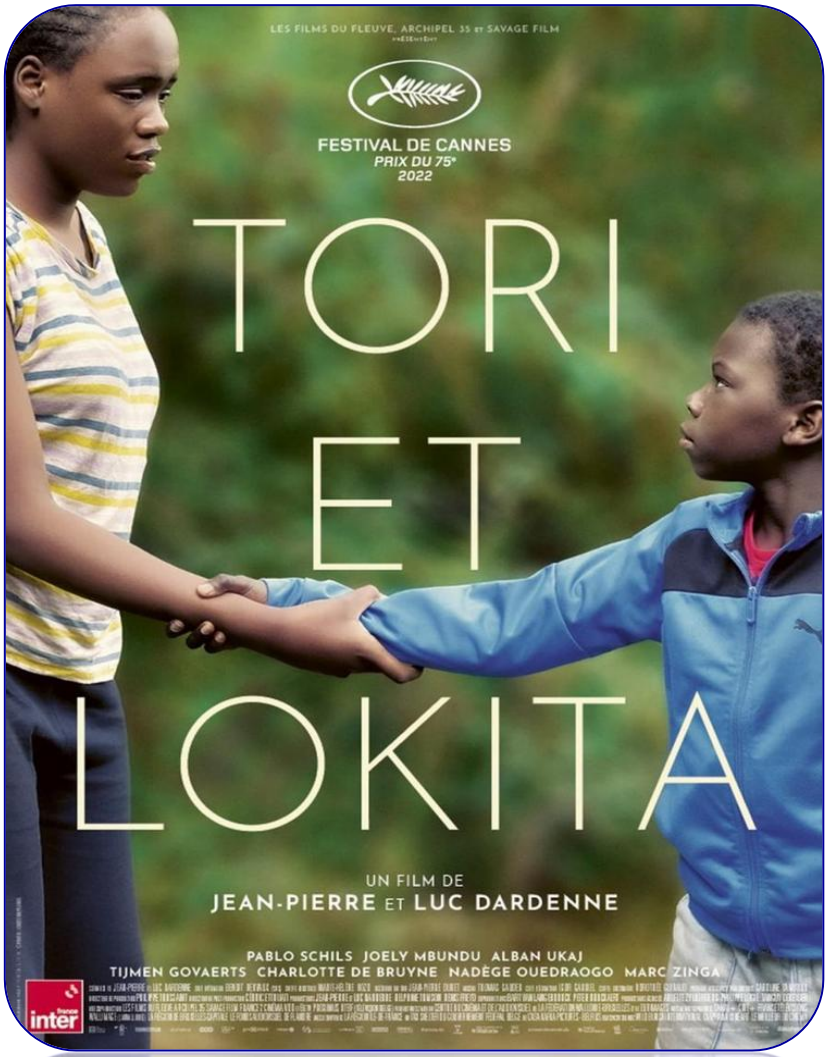
Adolescencia y MIGRACIONES (2)



Collisions
(Richard Levien, 2018)

“Cada cuatro minutos, un niño ciudadano de los Estados Unidos es separado de uno de sus padres por deportación”

Adolescencia y MIGRACIONES (3)



Tori y Lokita
(JP Dardenne y L Dardenne, 2022)

"Nos quedaremos juntos. Es lo que nos ha funcionado desde que nos conocimos en el barco"



Prescribir películas para entender los DEFECTOS SENSORIALES EN LA INFANCIA



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender los defectos sensoriales desde la infancia

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

https://orcid.org/0000-0002-1063-4132

El mundo sensorial y el valor de ver, oír y nombrar

El mundo sensorial es la base de nuestra relación con la realidad: vista, oído, olfato, gusto y tacto. Y, siendo todos importantes, son los dos primeros los más relevantes, porque es a través de la vista y el oído desde donde construimos memoria, orientación, aprendizaje e identidad. Cuando uno de esos canales falta o se altera desde la infancia, no solo cambia la percepción del entorno, sino también la forma de vincularse con los demás y de entenderse a uno mismo.

La vista organiza gran parte de la experiencia humana: nos permite anticipar, reconocer rostros, leer gestos y situarnos en el espacio. El oído, por su parte, no solo capta sonidos; también abre la puerta al lenguaje oral, al ritmo de la conversación y a la música del habla. El lenguaje articula ambos mundos porque transforma sensaciones en significado compartido y hace posible que la experiencia individual se convierta en comunicación social.

Crecer con una discapacidad visual o auditiva no significa "vivir menos", pero sí vivir de otro modo, con estrategias específicas de adaptación, con apoyos más necesarios y, muchas veces, con una mirada social que impone barreras antes que soluciones. La infancia con ceguera o sordera puede desarrollar una enorme riqueza perceptiva, pero esa riqueza depende mucho del entorno: accesibilidad, educación, tecnología, familia y reconocimiento social[3-5].

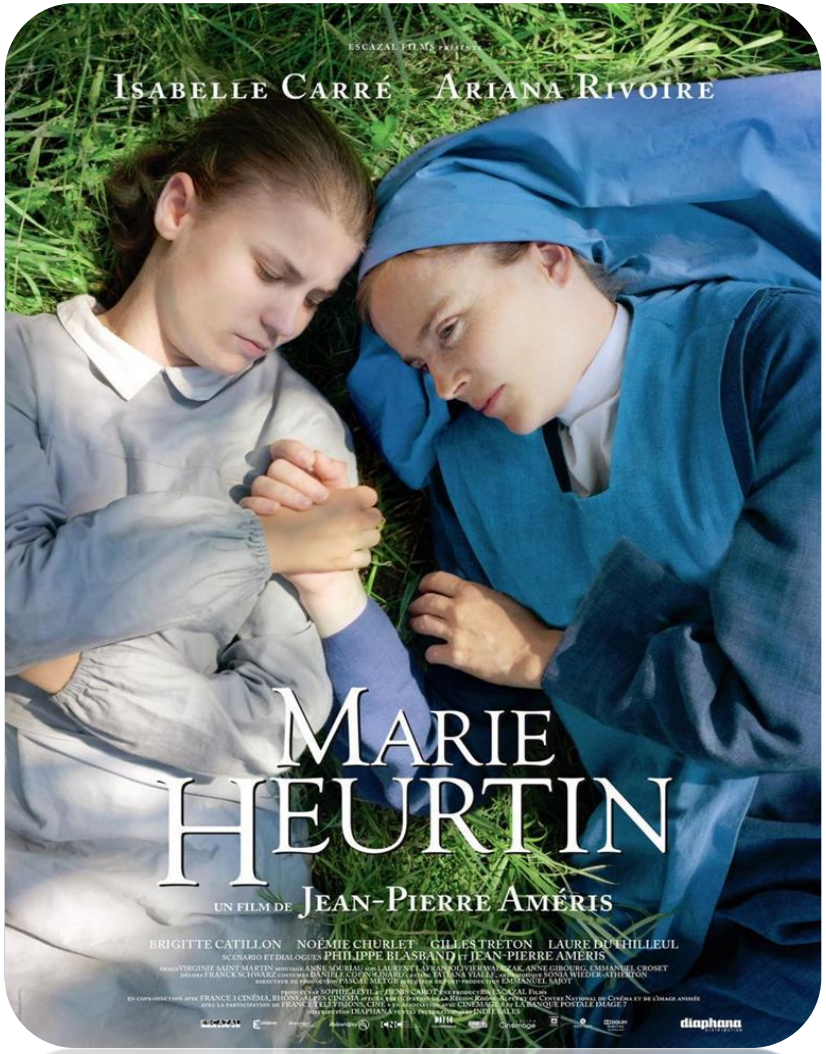
¿Cuáles son las causas principales de ceguera en la infancia?[1,3]

Las causas principales de ceguera en la infancia suelen agruparse en congénitas, perinatales, infecciosas, hereditarias y traumáticas. Entre las más importantes están las cataratas congénitas, el glaucoma congénito, las anomalías del nervio óptico o de la retina, la retinopatía del prematuro, las infecciones intrauterinas (como toxoplasmosis, rubéola o citomegalovirus) y las lesiones o traumatismos oculares; sin olvidar los errores de refracción importantes no corregidos tempranamente, que pueden favorecer la ambliopía con graves pérdidas de visión.

Conviene sospechar un problema visual si el niño no fija la mirada, desvía un ojo, se acerca mucho a los objetos, tropieza con frecuencia, tiene pupilas anormales o presenta un reflejo blanco en la pupila.

https://doi.org/10.631349/j.pedint.165

Adolescencia y DEFECTOS SENSORIALES (1)



La historia de Marie Heurtin
(Jean-Pierre Améris, 2014)

"Me ha hecho conocer un mundo que no conocía. Un mundo vivo que palpita debajo de los dedos"



Adolescencia y DEFECTOS SENSORIALES (2)

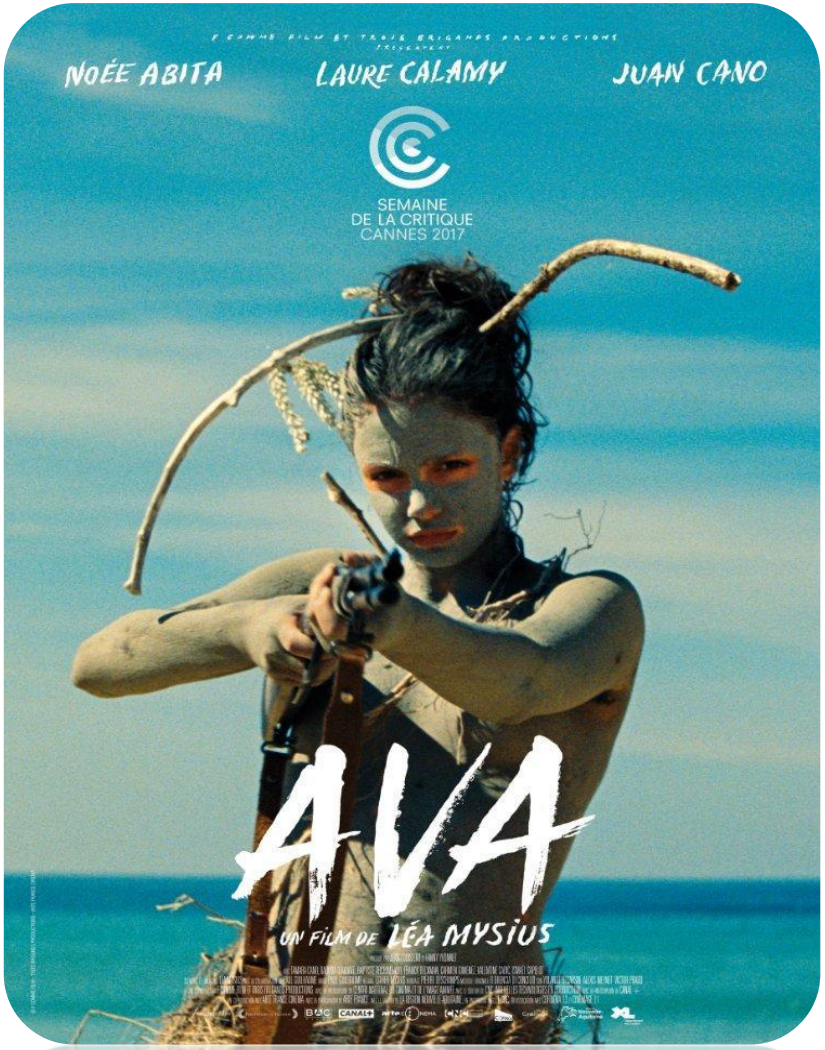


La familia Bélier
(Éric Lartigau, 2014)

"Mis padres no son como los demás. Pero yo tampoco soy como los demás… Ser sordo no es un hándicap, es una identidad"



Adolescencia y DEFECTOS SENSORIALES (3)



Ava
(Léa Mysius, 2017)

"¿Te acuerdas cuando hablamos de la retinosis pigmentaria, que tu vista iría disminuyendo y que no podrás ver por la noche, y que el círculo se cerrará? A veces ocurre muy temprano…"



Prescribir películas para entender a los MENORES CON ALTAS CAPACIDADES



Enlace al artículo



Terapia cinematográfica
en la infancia y adolescencia

Pediatría Integral inicia esta nueva sección para poner en relación la ciencia (pediátrica) con el arte (cinematográfico), y hacer del séptimo arte un instrumento más para cimentar la arteterapia en nuestro día a día. El objetivo, es prescribir películas de cine que todo pediatra pudiera ver para mejorar en ciencia y conciencia en nuestra práctica clínica habitual, tanto en temas médicos como sociales. Prescribir películas argumentales bajo la observación narrativa para extraer todas las emociones y reflexiones posibles. Para ser mejores médicos pediatras. Y, quizás, por qué no, para ser mejores personas.

Prescribir películas para entender a los menores con altas capacidades (niños prodigio)

J. González de Dios

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Profesor del Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
Autor del proyecto "Cine y Pediatría"

https://orcid.org/0000-0002-1061-4132

Altas capacidades en la infancia: una aproximación a lo que es y lo que no es

Las altas capacidades intelectuales no equivalen simplemente a "sacar buenas notas" ni a tener un cociente intelectual elevado. Se refieren a un funcionamiento intelectual, creativo o talentoso significativamente superior al habitual en una o varias áreas, y deben entenderse junto con el desarrollo emocional, social, motivacional y escolar del menor. En España, este alumnado forma parte de las necesidades específicas de apoyo educativo y las administraciones deben identificar tempranamente sus necesidades y proporcionar respuestas inclusivas.

La valoración no debería basarse en una sola puntuación de cociente intelectual (CI). Debe integrar entrevista familiar, historia evolutiva, observación, evaluación cognitiva y creativa, rendimiento, motivación, adaptación sociemocional y contexto escolar. Además, un niño o niña puede tener una capacidad extraordinaria en un área y dificultades relevantes en otra; el desarrollo no siempre es homogéneo.

Las características principales de las altas capacidades incluyen estos perfiles:

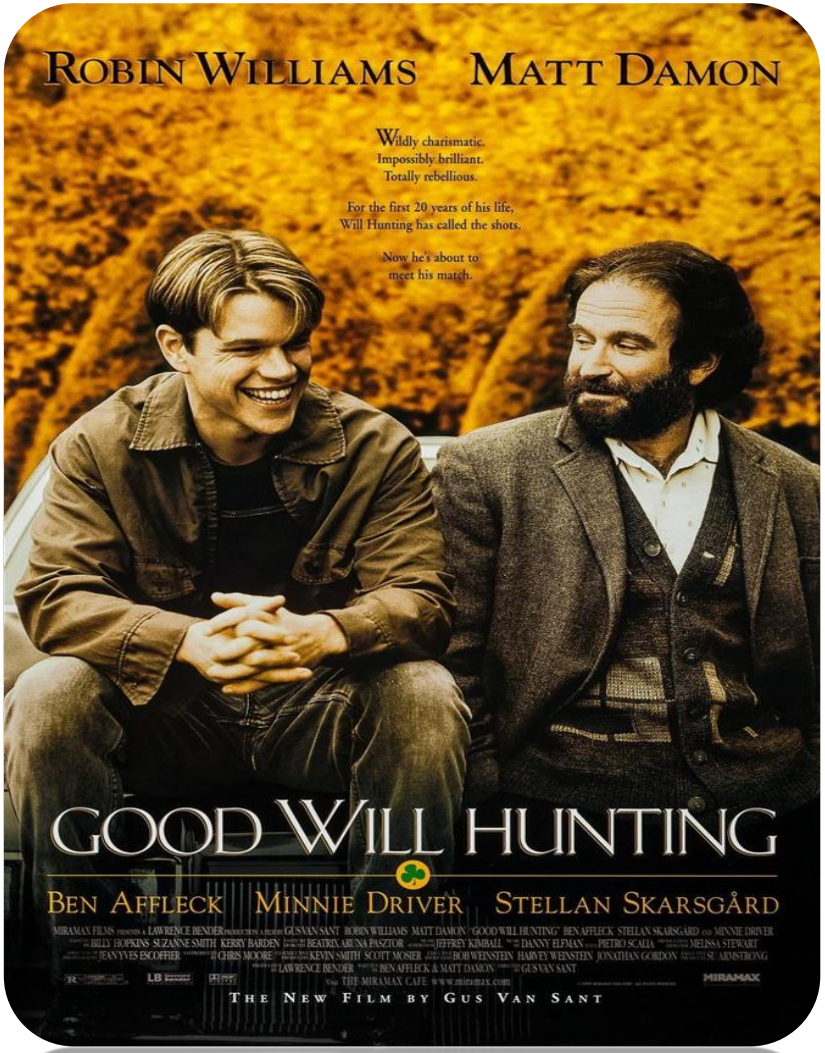
- Precocidad intelectual. Desarrollo más rápido de determinadas habilidades durante los primeros años. No siempre se mantiene con la misma intensidad; por eso conviene realizar un seguimiento evolutivo.
- Talento simple. Rendimiento excepcional en un área concreta: matemáticas, lenguaje, música, dibujo, memoria, razonamiento espacial o creatividad, por ejemplo.
- Talento complejo. Combinación elevada de varias aptitudes. Puede ser lógico-verbal, matemático-espacial, artístico-figurativo u otra combinación.
- Superdotación o capacidad intelectual general elevada. Perfil más global, con recursos altos en varias capacidades cognitivas, creatividad, razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas.
- Doble excepcionalidad. Coexistencia de altas capacidades con otra condición o dificultad, como trastorno del espectro autista (TEA), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), dislexia, trastorno del desarrollo del lenguaje o dificultades emocionales.

Tras esta aproximación inicial, ¿cuáles son las señales tempranas de las altas capacidades infantiles?

Las señales tempranas pueden observarse desde la etapa preescolar, pero ninguna de ellas, por sí sola, permite establecer un diagnóstico. La precocidad es un indicio que debe interpretarse junto con la trayectoria del desarrollo, la conducta, el aprendizaje y el contexto familiar y escolar; de hecho, un desarrollo

https://doi.org/10.63145/j.pedint.177

Adolescencia y ALTAS CAPACIDADES (1)

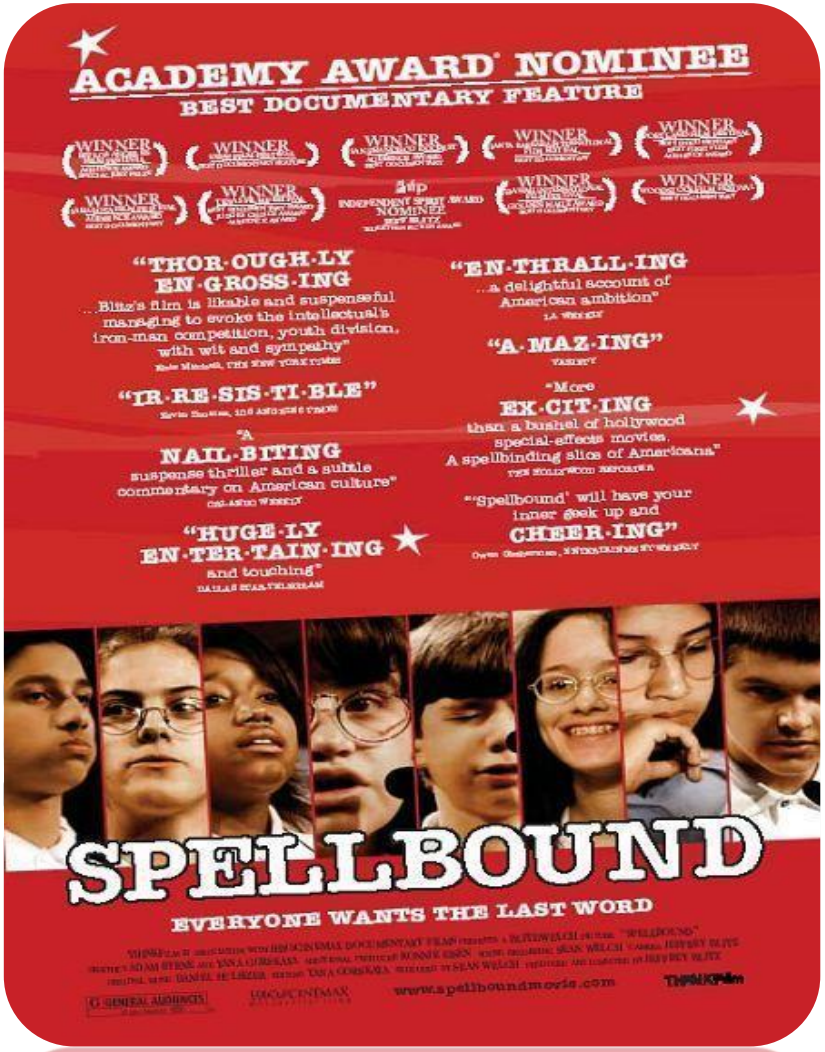


El indomable Will Hunting
(Gus Van Sant, 1997)

"Nosotros escogemos a quién dejamos entrar en nuestro mundo"



Adolescencia y ALTAS CAPACIDADES (2)



Spellbound
(Jeffrey Blitz, 2002)

"En este país, el deletreo forma parte de un proceso de la comunidad"



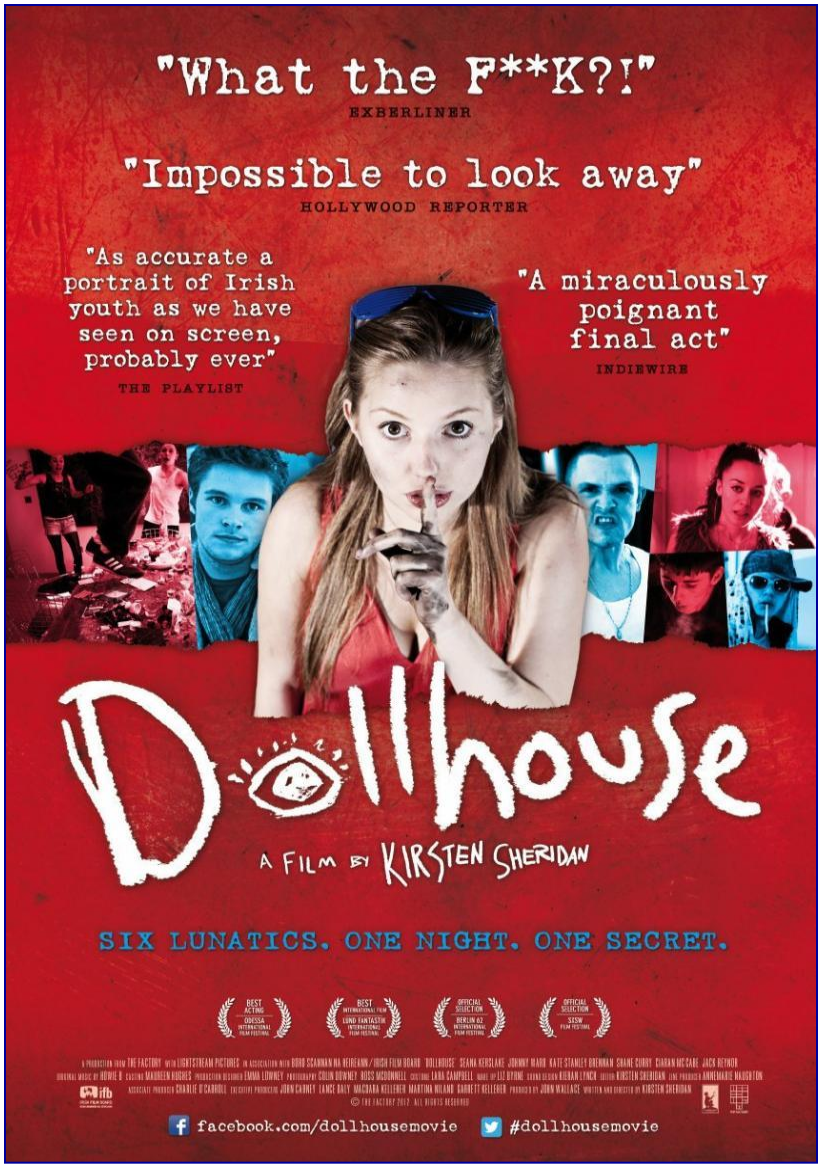
Adolescencia y ALTAS CAPACIDADES (3)



X + Y
(Morgan Mathews, 2014)

"Si la verdad es belleza y la belleza es verdad, entonces las matemáticas son de las cosas más bellas"





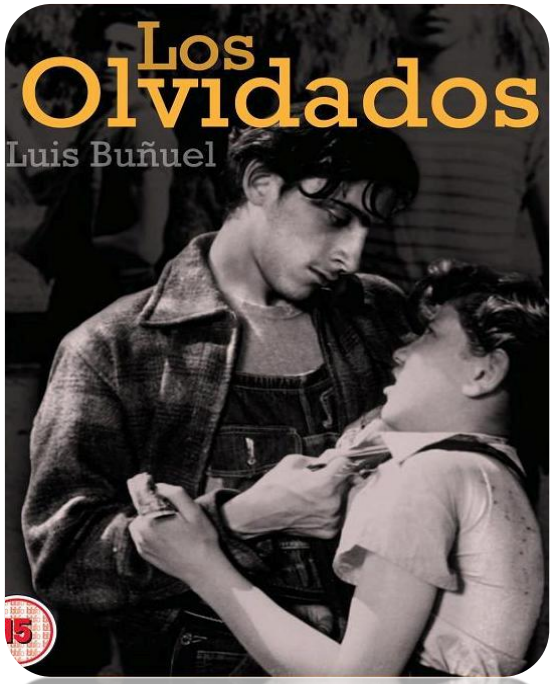
ADOLESCENCIA,

puro

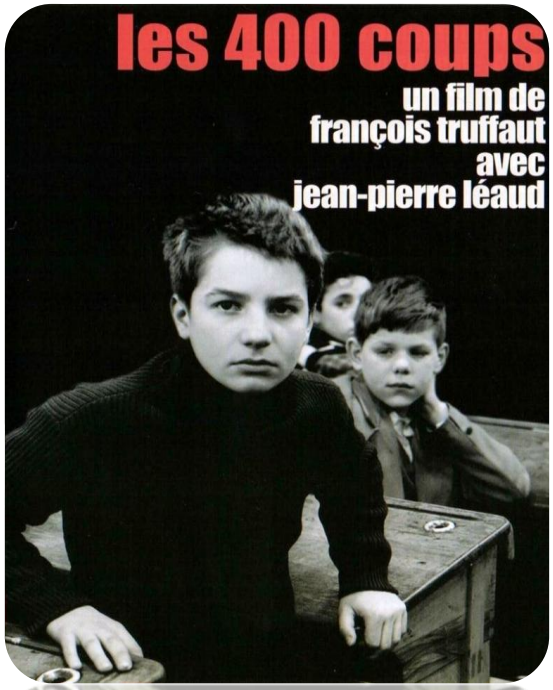
COMING OF AGE



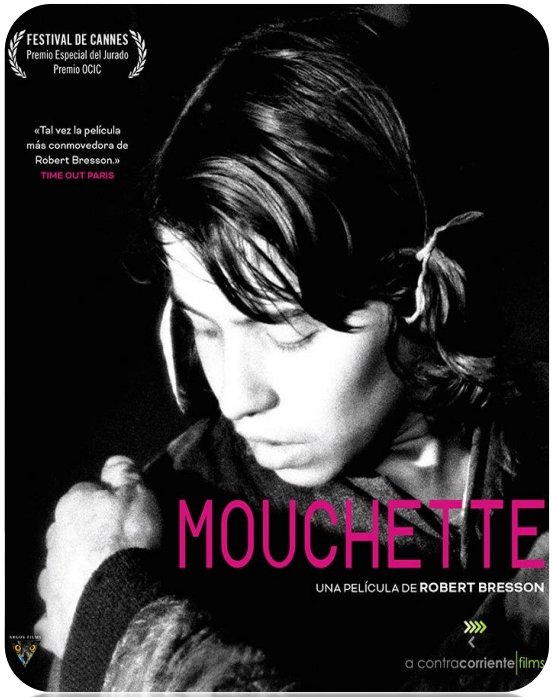
Adolescencias en BLANCO Y NEGRO



Los olvidados
(Luis Buñuel, 1950)



Los 400 golpes
(F. Truffaut, 1959)



Mouchette
(R. Bresson, 1967)

Adolescencias en COLOR



Verano del 42
(R. Mulligan, 1971)

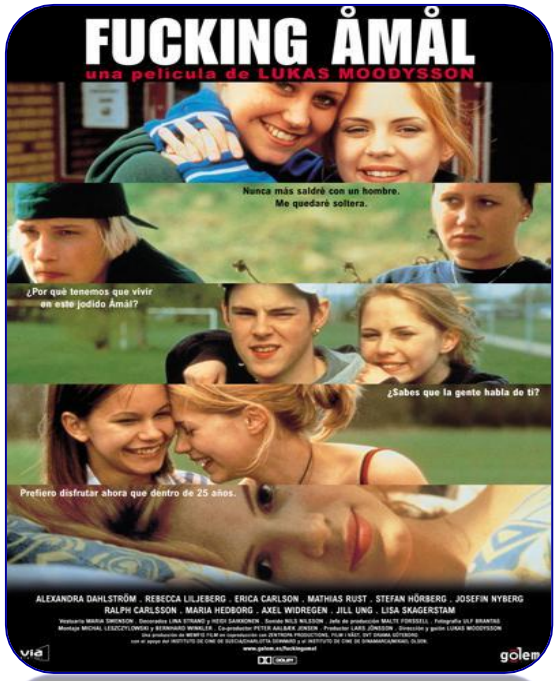


El club de los poetas muertos
(Peter Weir, 1989)

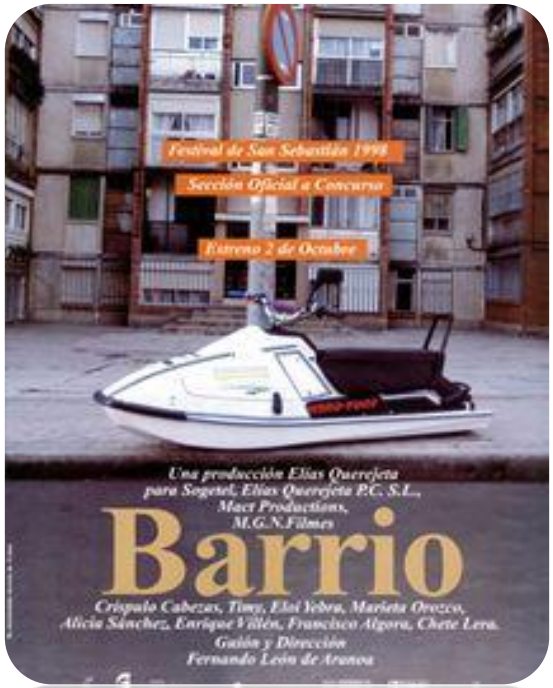


Verano en Louisiana
(R. Mulligan, 1991)

Adolescencias que despiden el SIGLO XX



Fucking Amal
(L. Moodysson,1998)



Barrio
(F. León de Aranoa, 1998)

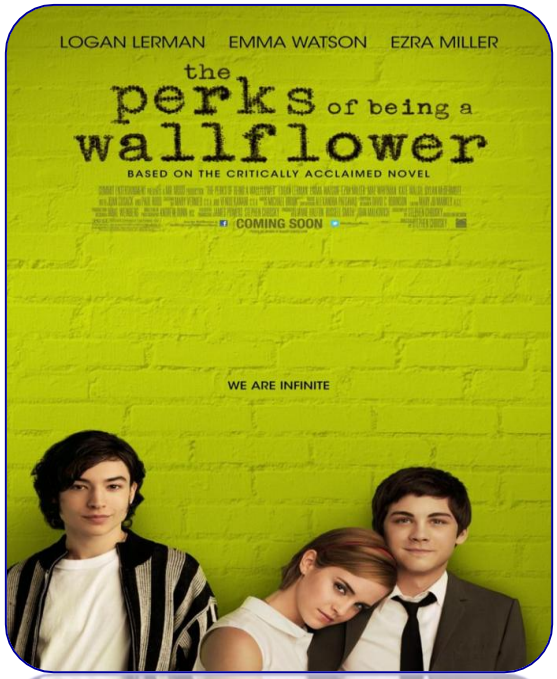


Las vírgenes suicidas
(Sofia Coppola, 1999)

Adolescencias de las últimas décadas



Una historia casi divertida
(R. Fleck y A. Boden, 2010)



Las ventajas de ser un marginado
(Stephen Chbosky, 2012)



Cuando tienes 17 años
(André Téchiné, 2016)



Adolescentes
(Sébastien Lifshitz, 2019)

“Siento que estoy madurando, que entiendo mejor las cosas, que entiendo mejor la vida. Siento que estoy reaccionando más como una adulta, o como una joven adulta, supongo”







Un THE END de Cine y de Pediatría







C&P, una oportunidad para la HUMANIZACIÓN

Tres IDEAS y tres FRASES DE CINE para llevar a casa… previo al THE END



IDEA

1



El CINE es un arte exquisito para la docencia y para la humanización en Pediatría, en particular, y para la Sanidad, en general

IDEA

2



El cine es un gran recurso PEDAGÓGICO y el tema de la ADOLESCENCIA lo reivindicamos como un nuevo género cinematográfico por la calidad y calidez de sus obras y enseñanzas

IDEA

3



Es posible (y bueno) PRESCRIBIR películas.
¡¡ Atrévete a hacerlo en tu hospital, centro de salud, centro escolar, familia,… !!

Agradecimiento



Al apoyo de la Asociación Española de Pediatría, de las diferentes sociedades regionales y de especialidades de España, México, Colombia, Argentina, Chile, República Dominicana, Portugal, Estados Unidos,….

A esta Reunión de Padres de Adolescentes

Y a la VIDA...





DISFRUTAR DE LA ADOLESCENCIA DE LOS HIJOS

Javier González de Dios

javier.gonzalezdedios@gmail.com

