Curso Intensivo
"Los Bordes: Neurología, Psicología y Pediatría"
Aprendizaje y Conducta: problemas y trastornos

Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria -SAP
Mayo de 2008
Resumen de disertaciones

INTRODUCCIÓN

Por Dra. Ionit Lamstein y Dr. Juan Pablo Mouesca

ALGUNAS PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR:

1- *¿Lo que nos cuentan los padres y los pacientes, es patológico o no?*
2- *¿Se trata de una variante de lo normal, de un problema o de un trastorno?*
3- *Nuestra función como pediatras: no es la responsabilidad exclusiva de estos casos. Es necesario ayudar a esclarecer el diagnóstico (pero son los especialistas los que diagnostican), descartar lo médico (Ej.: déficit auditivo, etc.), derivar adecuadamente y mantener un seguimiento de la familia y el caso a través del todo el tratamiento y después. No perder de vista al chico y la familia en el problema.*
4- *¿Es necesaria la interdisciplina?*
5-

EVALUACIÓN MÉDICA DE UN NIÑO CON FRACASO ESCOLAR Y/O DE CONDUCTA:

Anamnesis:

- Informe escolar actual y rendimiento anterior
- Evaluación por gabinete psicopedagógico y concurrencia escolar.
- Historia perinatal: abuso, drogas, alcohol. Eventos: asfixia, prematurez.
- Historia médica: enfermedades crónicas, anemia, intoxicación con plomo, convulsiones, accidentes (Trauma EncéfaloCraneano), medicación actual y pasada.
- Desarrollo del lenguaje (con retraso o distorsionado), habilidades comunicativas.
- Conducta actual y pasada. Impulsividad, tristeza, preocupación. Conducta antisocial, baja autoestima.
- Antecedentes familiares: rendimiento escolar pobre, alcoholismo, conducta antisocial, problemas de aprendizaje, muerte de un miembro de la familia, condición psicopatológica de los padres.
- Historia social: divorcio, abuso, pobreza.

Examen físico:

- Impresión general, ánimo, conciencia, ansiedad, tics, como es la relación en el consultorio, impulsividad.
- Fenotipo: Anomalías congénitas menores, estigmas de síndromes genéticos.
- Antropometría: Baja talla, micro o macrocefalia
- Piel: Manchas
- Tímpanos: evidencia de enfermedad crónica.
- Genitales: maduración sexual.
- Screening visual y auditivo.

Laboratorio:

Guiado por el examen físico:

- anemia
- screening plomo
- función tiroidea
- análisis cromosómicos
- screening drogas (adolescentes).

PRESENTACION DE CADA ESPECIALIDAD Y SU ROL EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS EN EL APRENDIZAJE Y LA CONDUCTA.

PSIQUIATRÍA

Por Dra. Adriana Ingrata

Cerebro límbico, comienza en el lóbulo temporal con hipocampo, hipotálamo, sube hasta tálamo hacia corteza frontal. El circuito de la neurobiología puede fallar.
Trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, Trastorno del control del impulso, déficit de la atención. Necesita una mirada interdisciplinaria. Hablar de diagnósticos abiertos, porque rotular puede traer beneficios pero también problemas a futuro.

NEUROLOGÍA INFANTIL

Por Dra. Nora Grañana

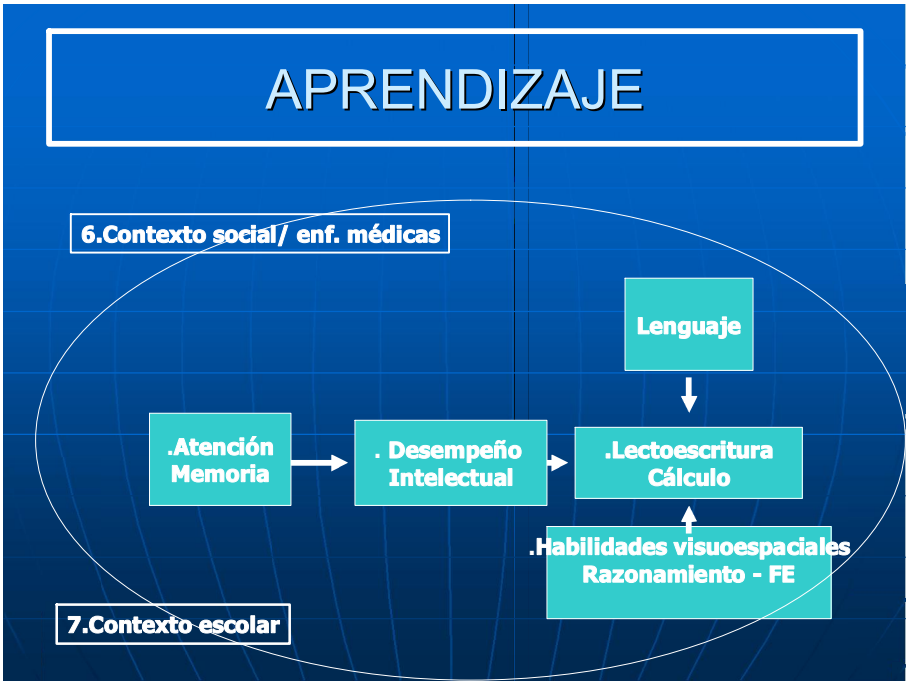
Trastornos de aprendizaje es una consulta cada vez más frecuente: cómo, cuándo y a quién debe consultar el pediatra.

Fracaso escolar [1]:

5-15% alumnos en escolaridad primaria

- 1/3 trastorno del aprendizaje, lectoescritura y cálculo (1% severo)
- 1/3 trastorno del aprendizaje no verbal:
  - Déficit de atención
  - Discalculia, deficiencias visuoespaciales y visuales
  - Trastornos ejecutivos y práxicos.
- 1/3 otras causas:
  - Retraso Madurativo
  - Deprivación educativa
  - Causas emocionales, etc.

Aprendizaje:



Hábitos de vida, TV en el cuarto, dormir a las 2 o 3 de la mañana, cómo come, cómo duerme, encuestas de screening.

[1] Schulmberger E et al. Rev Neurol 2008; 46 (Suppl 1): S55-58.-

Para aprender necesito prestar atención, entender ¿Está adecuado a su grado escolar?, se necesita un sistema de desarrollo y aprendizaje en conjugación, ver el progreso escolar, cómo está la lectoescritura.
Semiología del cuaderno: cómo lee, cómo escribe, cómo copia, ver el cuaderno.
Evaluar lo no verbal: razonamiento, visoespacial, ordenamiento de filas.

Trastorno específico del aprendizaje:

- Trastorno en la lectura: dislexia
- Trastorno en la escritura: disgrafia
- Trastornos del cálculo: discalculia
- Más frecuente en varones
- 1-2 DS por debajo del CI.
- Microdisgenesias corticales (*Galaburda et al*)

Evaluación neuropsicológica
Tratamiento precoz, individual en conciencia fonológica- evidencias clase B y C

Dislexia:
Signos de sospecha en preescolares [2]

Dificultades
- Con rimas
- En aprendizaje del alfabeto
- En asociar sonidos a letras
- En reconocer letras al inicio del preescolar
- Antecedente retraso del lenguaje
- Historia familiar de trastornos de aprendizaje

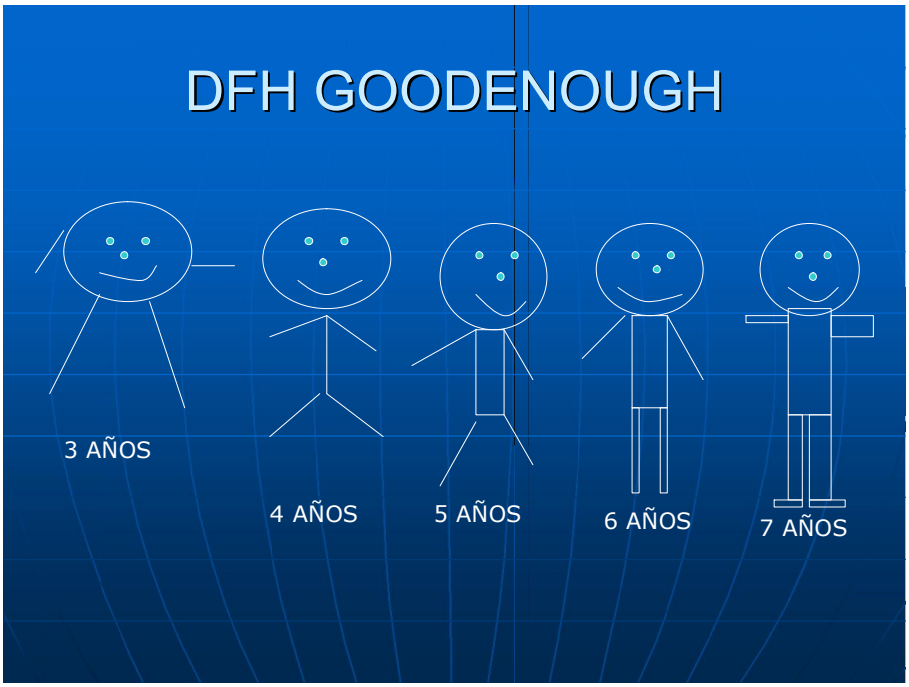
Evaluación neuropsicológica - fonoaudiológica

Trastornos del lenguaje:
Pautas de alarma (NIH 1999)[3]

Indicaciones absolutas de evaluación inmediata:
- Ausencia de silabeo a los 12 meses
- Ausencia de señalamiento o gestos a los 12 meses
- Ausencia de palabras aisladas a los 16 meses
- Ausencia de frases de dos palabras (no ecolálicas) a los 24 meses

[2] Hamilton Am Fam Physic 2006; 74: 2079- 84

[3] Fact. Predictivos de dislexia: def. sintácticos y semánticos (Meneghello et al.2000)

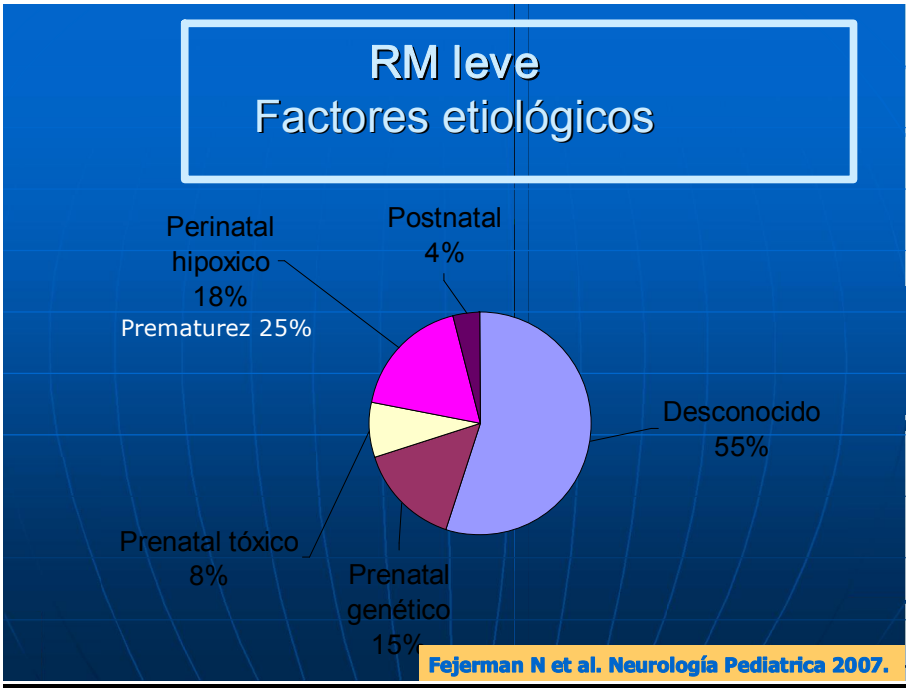


SNAP-IV

Es una escala diseñada para maestros y padres.

A través del uso de escalas, semiologia del cuaderno y figura humana, se puede arribar a un diagnostico.

¿Cuándo no presta atención, a dónde va su cabeza, en que piensa?



<u>Trastornos del aprendizaje no verbal</u>

- Déficit visoespacial: geométricos
- Trastornos del cálculo: discalculia
- Alteración en funciones ejecutivas: en resolución de problemas, en epilepsia, TEC
- Déficit de memoria: epilepsia temporal

Evaluación psicología educacional/neuropsicología

<u>Atención</u>

1) *No copia la tarea completa?*
A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas

2) *Pasa de un juego a otro? No completa juegos?*
Dificultad en mantener la atención en actividades de juego;

3) *Parece no escuchar cuando se le habla directamente?*
Evita dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo sostenido

4) No completa mandados?
No sigue instrucciones y no finaliza tareas (no negativista);

5) Hay que llamarlo muchas veces a comer, a cambiarse para salir, para bañarse?
Tiene dificultad al organizar sus tareas y actividades

6) No completa tareas
Evita dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo sostenido

7) Pierde los útiles, celulares, la ropa
Extravía objetos necesarios para tareas o actividades

8) Suena el teléfono e interrumpe la tarea
A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

9) Es desordenado?
Es descuidado en las actividades diarias.

Aprendizaje

Contexto social / enfermedades médicas

- Estructura familiar
- Nutrición
- Sueño
- Enfermedades clínicas
- Enfermedades neurológicas

Tratamiento médico/ psicológico

Contexto escolar

- Año escolar
- Estructura áulica
- Docente
- Programa académico

Evaluación diagnóstica

1. CLINICA
    - Contexto psicosocial
    - Enfermedades médicas
2. NEUROLÓGICA/PSIQUIÁTRICA
    - Examen neurológico
    - Orientación terapéutica
3. NEUROPSICOLÓGICA
    - Tests cognitivos
    - Test evaluación conducta
4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS
    - Auditivos/visuales
    - Neuroimágenes

Orientación terapéutica

PSICOPEDAGOGÍA

Por Lic. Adriana Márquez

Aprendizaje:
: Es una relación vincular donde una persona toma el conocimiento de otro. El aprendizaje se mantiene a lo largo de la vida, teniendo su comienzo con el vínculo con sus padres.
2 años: sensorio-motriz con la boca
3 años: momento de salida al mundo social
5 a 6 años: comienza a concretar, seriar y ordenar
Durante la primaria, representativa, 4 operaciones
1º grado: se ponen de manifiesto los ideales de los padres.
3º y 4º grado: todavía no puede darle sentido a un texto que lee.
Muy importante la relación vincular con sus padres.
Comienza un despliegue simbólico.
Secundario: afecta el narcisismo de los padres. Incide la pubertad con todo lo que esto implica.
Existen trastornos para conceptuar, puntear un texto. Comienza a manejarse con hipótesis.
Existe una lógica que acompaña una forma de pensar.
Un niño que no puede aprender, conlleva mucho malestar.
Las causas son múltiples.

FONOAUDIOLOGÍA

Por Lic. Irene Sobol

Lenguaje: entramado somato-neuro-social. Es muy importante que la vía auditiva este indemne para que se puedan cumplir las acciones del oír y escuchar de la lengua que primero es oral y luego escrita.
El lenguaje es una producción singular y creativa (combinatoria de palabras) de la persona que lo usa.
Cuando un niño repite ecolálicamente una frase simple, hay lengua (sucesión de signos), pero no lenguaje (no es creativo).
4-4 ½ años: tiene completado todo el repertorio de fonemas, puede mantener un dialogo, realizar un relato rudimentario, es un hablante competente. Ya se ha apropiado del sistema básico del lenguaje.
En el escolar, las exigencias son mayores, existe una disponibilidad lingüística y ciertas competencias que le permiten comprender consignas.
La comprensión puede estar encubierta porque el niño antes de verbalizar, tiene una comprensión paraverbal.
Existen malos entendidos entre el niño y el adulto en el colegio porque a veces no comprende lo que tiene que hacer, siéndole perturbador.
Hay que tener sumo cuidado con el "ya va a hablar" o "ya va a caminar".
Entre los 6 a 12 meses, existe un balbuceo (matriz del dialogo en germen). Cuando llega al año de vida sin balbuceo ¡OJO!, estamos ante un problema muy primario.

PSICOMOTRICISTA

Por Lic. Pablo Bottini

Indicaciones de la práctica psicomotriz:
En todos aquellos casos en que el cuerpo y el movimiento sean "figura" sobre la base de las dificultades presentadas por el niño.

- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Hipermotilidad (muchos movimientos que no llegan a terminar lo que comienza) Vs. Hiperactividad (mucha actividad)
- Hipomotilidad e inhibiciones (dificultad con la expresión motriz)
- Dificultad para el establecimiento y sostén de las relaciones sociales
- Tics o ritmos motores que obstaculizan al niño en su desempeño cotidiano.
- Dificultades para el desarrollo e interés por las actividades lúdico-corporales.
- Dificultades en la coordinación de los movimientos que implican tanto praxias globales como especificas.
- Trastornos que afectan el gesto grafico y la praxia de la escritura.

Modalidad de abordaje en Psicomotricidad
Juego corporal:
Favorece la experimentación y el aprendizaje de actividades y movimientos novedosos captando el interés del niño al basarse en la espontaneidad desplegada por éste en el juego.
Se influye así en los niveles tónico - emocionales, motriz - instrumentales y práxico - cognitivos, generando aprendizajes enactivos eficaces.

PSICOLOGÍA

Por Lic María Inés Molle

Qué piensa el psicoanálisis del desarrollo de un niño.
Existe una interrelación entre el psiquismo, el contexto y la maduración neurobiológica.

SEMIOLOGIA DEL CUADERNO:

Por Lic. Adriana Márquez

Mientras los niños hagan lo que quieran sus padres, está todo bien, cuando no lo hacen afectan su narcisismo y concurren a la consulta para que el profesional actúe y "encarrile".
Los niños se ven cada vez peor frente a la descalificación materna que pone de manifiesto sus incapacidades.
¿Cómo corrige la maestra?, es positiva o negativa en sus notas y cartelones en el cuaderno.
¿Cómo es la carpeta y el cuaderno, está ordenada, tiene las hojas sueltas y rotas, o es demasiado obsesivo en el orden y la prolijidad?
¿Cómo usa el espacio?
¿Tiene tareas sin hacer?
¿En que áreas le va mejor?
¿Cómo son sus dibujos?, ¿se los hace su madre?
¿Cómo es el tipo de escritura?, ¿omite o invierte letras?

Dislexia: retraso en 2 años el aprendizaje, lectoescritura.

Alteraciones en la organización espacial-literalidad: bd - pq (son las más comunes)
Un niño que lee en imprenta minúscula y tiene una alteración temporoespacial tardan en leer porque tienen que discriminar con el contexto que letra va. Se confunden en sol-los le-el o cambios silábicos enteros

Disgrafia: fea letra. Ver como escribe en un dictado o en una copia del pizarrón o de otro libro.

Disortografia: falta de ortografía. El lenguaje y la escritura tienen leyes.

Discalculia:

Es fundamental la ayuda de los padres
Mas frecuente en varones que en mujeres (8:2)

COMO LEER UN PSICODIAGNOSTICO

Por Lic. Adela De Larrocha

Es sumamente importante la detección temprana y la orientación adecuada.
No es igual un chico que se encapricha que otro que tiene una conducta desafiante negativista con una familia agotada que cede a las demandas del niño y se entra en un círculo vicioso del cual es difícil salir.
¿Cuándo solicitar consulta? ¿Es un problema de madurez?
No habla cuando debería hacerlo

No camina cuando debería hacerlo
Niño que no comprende consignas
Alteración del control esfinteriano.

Psicodiagnóstico:

Proceso por el cual el psicólogo describe la personalidad del niño.
¿Existe trastorno o no?
¿Qué tipo de trastorno es?
¿Cuál es su etiología?

Evalúa 3 áreas:

1- *Emocional:* Explora cuales son los conflictos, ansiedades, mecanismos de defensa en juego, fantasías, deseos, temores, maduración del niño. Pensamiento mágico. Criterios de realidad. Cuál es la imagen de sí mismos (se construye a través del contacto con los demás.
2- *Social*: ¿Cómo percibe el mundo que lo rodea, cómo se relaciona con los demás, qué actitud asume, es líder?
3- *Familiar:* ¿Cómo percibe a esta familia, cómo la describe, cuáles son sus figuras, se encuentra mas o menos valorizado en ella?, ¿cuáles son las alianzas que se establecen?

¿Cómo se realiza?

1- *Entrevistas con los padres*: Motivo de consulta, historia familiar, historia del paciente, escuchar que dicen y que no dicen, como lo dicen, como describen el síntoma, importancia otorgada al síntoma, nivel de colaboración, posibilidad de implementar cambios.
2- *Aplicación de test.* Jugar, dibujar y contar (3 lenguajes a través de los cuales el niño dice cosas.
3- *Análisis e interpretación*.
4- *Elaboración del informe*: debe presentar el diagnóstico, pronóstico y orientación (estrategia terapéutica o abordaje para un caso concreto), ¿cómo es el niño, que le pasa, cómo lo influye lo que le pasa?, mostrar aspectos disfuncionales y aspectos adaptativos.
5- *Devolución.*

Debe ser claro, completo, original, especifico.

TALLER

CASO 1:

IVAN. 6 AÑOS. PREESCOLAR. VIVE EN BARRIO CARENCIADO. TIENE HERMANO DE 3 AÑOS.

Iván tiene 6 años concurre a preescolar, vive en un barrio carenciado, con su madre de 27 años ama de casa, su padre de 38 años colectivero y un hermano de 3 años. Madre embarazada de 28 semanas.
Fue derivado por la escuela para evaluar escolaridad al pediatra del centro de salud .En la consulta se constata que el niño no habla, salvo con su madre (mutismo selectivo?), no escribe su nombre, no responde a las preguntas de reconocer los colores, ni contar hasta 10, el dibujo de la figura humana es un garabato.
Se realiza interconsulta a s. neurología de hospital pediátrico donde en el informe de contrarreferencia solicitan al psicólogo del CESAC descartar retardo mental.

Informe de psicóloga del CESAC:
Iván inicia escolaridad a los 5 años, coincide con el ingreso de su hermano al jardín. En un principio la madre no se muestra preocupada, alega que la escuela no lo sabe tratar, si reconoce que le cuesta aprender, que no se le entiende cuando habla por eso había iniciado tratamiento fonoaudiologico. Y que la razón por la que no fue al colegio es que ella no lo consideraba necesario y que tenía miedo de que no lo cuidaran.
Ella se muestra omnipotente en el cuidado del niño, el "afuera" es vivido como peligroso y desvalorizante. No tolera la derivación a psicología, se defiende y dice "yo no soy ninguna tonta" (en su apariencia y en su discurso especialmente surgen indicadores de inmadurez, habla en diminutivo y el profesional tiene que ser cuidadoso en su intervención para poder entablar relación transferencial) ya que todo es vivido (en el vínculo de ella con Iván) como que el afuera los quiere separar; ella necesita para mantener su narcisismo, sentirse unida, importante para el niño.
La figura paterna desde el discurso materno esta borrada "Iván no quería estar con el padre…", "lo hace llorar...", "es muy bruto…"," que el padre que se ocupe de su trabajo y ella de los hijos ".
La madre luego de varias sesiones empieza a ceder y permite que Iván entre solo al consultorio, se muestra ansiosa: el quiebre es a partir de su otro hijo, quien no presenta aparentemente dificultades en el colegio, lo define como "más despierto", "es terrible", "es más vivo".
Iván es un niño que no está acorde desde lo emocional con un niño de su edad cronológica. Dificultades serias en la capacidad de sublimación y actividad creativa.
Juego esteriotipado. Puede cumplir consignas cortas, siempre y cuando, se lo organice.
No logra por si mismo cumplirlas. Sí responde a lo que tiene que ver con hábitos y formalidades.
Se le llenan los ojos de lágrimas cuando surge tema mamá, mirada triste y apagada, ansiedad, no tolera quedarse en el consultorio sin su mamá.

Antecedentes: en la historia clínica se constata en un control de salud a los 4 años la sospecha del pediatra de que el niño podría presentar un trastorno del espectro autista con mutismo, la madre refería que con ella hablaba, el pediatra anota en historia clínica que el niño no lo mira y no contesta las preguntas que le hace. Se observa un movimiento de sacudidas de manos como aleteo cuando se le dirige la palabra. La mama refiere que juega con una cajita, no hay juego simbólico- funcional.
Pidió la derivación a servicio de mediano riesgo de hospital pediátrico para ser evaluado por neurología y psiquiatría. Se piensa en una segunda tanda de derivación a fonoaudiologia y oftalmología. La madre no volvió mas hasta esta derivación actual del colegio.

1) A los 4 años: ¿qué algoritmo de derivación o de estudio hubiera sugerido?
2) Si UD. hubiera sospechado la falta de adhesión de la madre a la derivación al psicólogo, ¿qué hubiera hecho?
3) ¿Cuál es su rol como pediatra ahora, a los 6 años de Iván?

Mutismo selectivo: Niños que han logrado estructurar el lenguaje dentro de su edad pero selectivamente, lo usan en ámbito familiar. En el escolar no lo usan. Son niños silenciosos con buen nivel de comprensión.
Es de cuidado porque el referente es el que dice que con el habla.
Pensar en un niño que voluntariamente no usa el lenguaje, es pensar en un niño comprometido emocionalmente porque tiene que hacer un control excesivo del lenguaje para no comunicarse con el otro. Cuando hablamos de mutismo, hablamos de patología.
El hablar es un acto complejo, es donde el que habla queda en situación de exposición. A veces están relacionados con secretos familiares que ellos no pueden delatar. Existe un vínculo complejo.
Creatividad: comprometida. Juego-lenguaje-grafismo tiene que ver con la capacidad humana de simbolización. Juego precario donde la representación no se hace. Pueden existir acciones bizarras con las manos. El lenguaje esta entramado con lo cognitivo, motriz-biológico-social. Salir de casa a la escuela, es salir de lo privado a lo expuesto.
Cuando hay mutismo, hay gravedad que incluye a la familia.
A mayor gravedad de la clínica del niño, mayor es el compromiso de la patología familiar. Cuando el caso es muy grave, la familia está implicada por lo que es necesario primero tratar a la familia para poder rescatar al niño.

<u>CASO 2:</u>
MARCELO, 8 AÑOS. DISGRAFIA. OBESO.

Marcelo es un niño de 8 años derivado por disgrafia por la maestra de 3er grado.
La maestra lo deriva inicialmente a psicomotricista con quien realizó una primer entrevista en conjunto con una fonoaudióloga y un psicólogo.
Luego de la primer consulta de evaluación del equipo es derivado a la pediatra.
Como datos relevantes luego del primer encuentro con la pediatra: Paciente sin antecedentes médicos patológicos, que concurre a escuela pública, con buen desempeño en general (pendiente primer informe de evaluación escolar).
Niño obeso, la madre refiere que "el ultimo año ha crecido mucho" y "no puede medir sus movimientos".
Lee bien, escucha, está atento, responde bien a consignas.

1) ¿Qué entiende Ud por disgrafia?
2) ¿Qué comentarios haría con respecto al circuito de derivación?.
3) ¿Qué haría Ud en este caso?.
4) ¿Que datos recabaría? ¿qué antecedentes le serían de utilidad?

Es necesario hacer el diagnostico diferencial entre torpeza motriz y dispraxia (psicomotricista)
No todos los disgraficos responden a dispraxia.
La asociación con la obesidad nos pone ante una situación severa y preocupante para el niño.
Incoordinación motora vs. Dispraxia.

CASO 3:

SANTIAGO 5 AÑOS TRASTORNO DE CONDUCTA. NO TIENE LIMITES.

Santiago tiene 5 años. Viene con su mamá y su hermana 9 años a hacerse un control de salud, es la primera consulta con este pediatra. Es un RNTPAEG sin antecedentes patológicos. Se alimenta a base de leche (1,5 litro por dia). No come verduras, sí frutas. La mamá le da la sopa en la boca "por que sino no la toma". Tiene vacunas completas. Se duerme a la 1 y se levanta a las 10Hs. Entra al colegio a las 12Hs. El niño arma tal lio en el consultorio que el pediatra le pregunta a la madre si tiene problemas para ponerle límites. Ella le dice que sí y que no sabe cómo hacer para frenarlo. El pediatra cita a ambos padres para una consulta sobre ese tema.
A la semana, vienen ambos padres (2ª consulta). Refieren problemas de adaptación en el jardín. Le cuesta entrar "por que allí le ponen límites". Le comentan que en el jardín se aísla. Juega solo o con un amigo al que no le permite jugar con otros compañeros o le pega. No hace los trabajitos de la sala, le escupe a la seño de catequesis. Ve cinco horas de TV por día, tiene el TV en su pieza. No pudo ir a natación por que no le hacia caso a la maestra.
El papá lo reta pegándole en la cola "allí, decía mi padre, no hace mal". El niño tiene conductas desafiantes con la mamá tipo ¿Y a mi qué?, ¡yo no lo voy a hacer!,Vos sos un bol…. El pediatra arma el familiograma. El papá tiene 46 años, trabaja en un negocio, hizo estudios terciarios incompletos (Sistemas). Su papá falleció a los 41 años de cáncer de pulmón, cuando él tenía 13 años. Su madre tiene 70 años. No tiene hermanos. La mamá de Santiago tiene 41 años es docente y trabaja de bibliotecaria en la misma escuela a donde concurre Santiago. Actualmente es sana pero refiere haber tenido depresión post parto en los dos puerperios. Ella es la 2ª, de 5 hijos. Sus padres son italianos de 65 años, muy estrictos "educados a la antigua, ¿vio?", "yo no les podía preguntar nada a mis papás". El abuelo materno de Santiago tiene DBT e HTA.
La hermana de Santiago, Ana tiene 9 años. Le va bien en la escuela. Hace gimnasia artística.
El pediatra cita una vez más a los padres en una semana y les pide que traigan la cartilla de la Obra social para una derivación al psicología infantil.
Viene a la semana la madre sola (3ª consulta). La madre cuenta que hubo cambios desde la consulta anterior. El padre le saca la TV de la pieza a Santiago "hasta que te portes bien". Durante un tiempo en el que la mamá estaba hablando con un vendedor callejero, el niño sacó la TV del cuarto de los padres, la enchufó en su pieza y se puso a verla. Cuando la madre se dio cuenta, el niño le dijo: "¿ves que la TV funciona bien?" (usando el argumento de que no tenia TV por que no andaba en su pieza). La mamá le dijo "ya vas a ver cuando venga papá, por que te dijimos que no al TV". Con esto, el niño devolvió el TV a la pieza de los padres nuevamente. La madre lo cuenta orgullosa de que el niño hiciera "lo que estaba bien". El pediatra les explica que el caso de Santiago requiere de un especialista. No alcanza con los consejos que él pueda dar y deriva al niño a un admisor para salud mental de la obra social.
A los 3 meses, en Marzo, la madre, el niño y su hermana regresan a la consulta para hacer el certificado de aptitud física. No ha podido realizar ninguna consulta a salud mental. La madre explica: "tuve que hacerme un tratamiento de conducto y no conseguí encontrar a ningún psicólogo en las vacaciones" "Además nos fuimos de vacaciones y ¿para qué vamos a empezar algo que no íbamos a continuar?". El pediatra insiste en la necesidad de la terapia y deriva nuevamente al admisor de la OOSS.

1. ¿En qué áreas tiene problemas Santiago?
2. ¿Qué piensa UD de los padres?

3. ¿Qué pautas de crianza Ud le aconsejaría?
4. ¿Considera necesario que este niño y su familia reciban atención psicológica? Si responde que sí, piense estrategias para lograr una derivación adecuada.
5. ¿Cada cuanto haría el seguimiento pediátrico?

No olvidar la anamnesis del tiempo libre y que piensan los padres de la situación.
En general los padres se dan cuenta de que existe un problema. En el colegio se establecen leyes que no son cumplidas por el niño, las mismas leyes no se cumplen en la casa.
Niño que juega solo o con otro compañero del cual se apropia y no lo deja jugar con otro niño.
Hay que ayudar a los padres a moverse de una situación fija sin sentirse culpables.
Es muy necesario hacer intervenciones preventivas.

CASO 4: KEVIN

Kevin tiene 9 años, cursa 3º grado. Es derivado del colegio al pediatra sin nota , la madre refiere que la maestra le dijo "que no puede leer y tartamudea, que si no lo lleva al médico, va a repetir el año".
El pediatra pregunta a Kevin para qué vino. El cuenta que no sabe, que no le gusta el colegio, que quiere ser jugador de fútbol.
Se realiza pedido de interconsulta a oftalmología, fonoaudiologia, se pide audiometría tonal. Se pide a la maestra del colegio un informe escolar del niño y cuaderno escolar.
Ex físico: Dentro de límites normales. Vacunas: incompletas se indica 2º refuerzo.

2º entrevista con el pediatra 3 meses después:

Trae IC a oftalmología: informan lateralidad cruzada.
IC fonoaudilógica: se diagnostica disfluencia, iniciará tratamiento compensador, pendiente audiometría (turno en 1 mes). Sospecha dislexia, pide derivación a Sv. de neurología.
Trae el cuaderno donde pediatra observa: deja grandes espacios en las hojas entre cada oración, errores de ortografía relacionados a como pronuncia (en los dictados). Copia sin tantas faltas. El cuaderno esta muy desprolijo y sucio, hojas dobladas, casi todas las correcciones de la maestra son por "incompleto".
El pediatra pide a Kevin que escriba su nombre y nota un leve temblor en mano izquierda (es zurdo). Se le pide que lea un libro que se le ofrece, pero se niega.
Pide interconsulta con Sv. neurología de hospital pediátrico. El pediatra se encuentra perdido con varios diagnósticos de sospecha y dificultad en elaboración de estrategia de abordaje, se le explica a la mamá la situación. Estamos a mitad de año.

Antecedentes del niño: RNTPAEG, como antecedentes neurológicos presentó 3 episodios de convulsiones febriles antes de los 4 años. Es el 7º hijo de una madre de 43 años, paraguaya, empleada doméstica, el padre no vive con ellos, los abandonó. La madre no lo volvió a ver (hace 3 años). Lenguaje: *mamá y papá* refiere a los 2 años, frases que se pudieran entender a los 4 años. Juego: con la pelota desde que comenzó a caminar, no juegos de mesa, ni rompecabezas. A los 6 años: varicela.

1) Que diagnósticos UD sospecharía en este caso?

2) Si le falta datos, exponga cuáles.
3) Describa su rol como pediatra ahora

Retraso madurativo. Trastorno de la motricidad. Temblor intencional.
Muy importante establecer un diálogo con el niño desde una temática que a él mas le interese.
Tartamudez: alteración del ritmo y fluidez discursiva.
Se habla de tartamudez fisiológica o funcional como algo que ocurre alrededor de los 3 años ¡OJO!, no existe la tartamudez, a los 3 años el niño tiene vacilaciones o dudas en lo que va a decir. Sus pensamientos y lo que habla son de mayor complejidad.
El niño normal siente placer por hablar, en el tartamudo esto esta muy comprometido.
Momentos de oposición: alrededor de 3 años, cuando comienza a simbolizar. A los 6 años comienza la escuela, si en este periodo cede, puede recomenzar en la adolescencia (periodo de crisis).
Cuando un niño a los 9 años no puede leer, es una situación grave porque esta en desventaja con respecto a sus pares.
Debemos pedir permiso para ver el cuaderno porque es una situación muy expositiva para el niño.
Muy importante tener en cuenta el idioma de los padres y su contexto sociolingüístico.
Lateralidad cruzada: la dominancia corporal no es homogénea (puede ser diestro para escribir, zurdo para patear y diestro para elegir con que ojo mira por un tubo. Existe mayor destreza motriz de un lado. La dominancia ocular puede ser contraria a la dominancia manual.
El zurdo patológico: aquel que es único en la familia, o tiene ambidexteridad. Si es el único en la familia, puede asociarse a trastornos de la fluidez. Pueden tener alteraciones inmunes o migrañas (área de Brocca a la izquierda).

Áreas de la fonoaudiologia: Foniatría (fluidez)
Audiologia (aparato auditivo)
Neurolinguista

Agradecimientos:
A la valiosa colaboración a la participante del Curso: Dra. María Virginia Baglietto por sus aportes para la elaboración de este material