



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

## Programa Nacional de Actualización Pediátrica



### Módulo 2

- ❖ Drogadependencias:  
un síntoma social
- ❖ Retardo mental
- ❖ Abdomen agudo  
quirúrgico en el lactante

PROGRAMA NACIONAL DE  
ACTUALIZACIÓN PEDIÁTRICA  
08

# Módulo 2

## ❖ Drogadependencia: un síntoma social

Dra. Nora Reboledo

## ❖ Retardo Mental

Lic. Graciela Ricci de Mannucci

## ❖ Abdomen agudo quirúrgico en el lactante

Dr. Adrián R. Oneto

### Comité Editorial

Dra. Virginia Orazi

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Isabel Maza

### Procesamiento didáctico

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

### Dirección

Dra. María Luisa Ageitos



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**Sociedad Argentina de Pediatría**  
Secretaría de Educación Continua

**(08)**

# ➤ Pronap 2008

## ➤ Comisión Directiva SAP

### Presidente

Dr. Mario Grenoville

### Vicepresidenta 1ª

Dra. Margarita D. Ramonet

### Vicepresidente 2ª

Dr. Ernesto R. Alda

### Secretaria General

Dra. Nelida c. Valdata

### Tesorero

Dr. Gustavo R. Cardigni

### Pro-Tesorera

Dra. Stella Maris Gil

### Secretario de Educación Continua

Dr. Luis E. Urrutia

### Secretario de Actas y Reglamentos

Dr. Roberto D. Nazr

### Secretaria de Relaciones Institucionales

Dra. Angela Gentile

### Secretario de Filiales y Delegaciones

Dr. Omar L. Tabacco

### Secretaria de Subcomisiones, Comites y Grupos de Trabajo

Dra. Alicia M. Benitez

### Secretario de Medios y Relaciones Comunitarias

Dr. Jesus M. Rey

### Vocal 1º

Dr. Claudio Pedra

### Vocal 2º

Dr. Alejandro Lozano

### Vocal 3º

Dr. Mario Ripoli

### Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

## ➤ Secretaría de Educación Continua

### Presidente

Dr. Luis Urrutia

### Vocales

Dra. Silvia Castrillón

Dra. Isabel Maza

Dra. Lucrecia Arpi

Dr. Héctor Daniel Vázquez

Dra. Angela Nakab

Dr. Heman Rowenstein

### Asesoras Pedagógicas

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

## ➤ Directora PRONAP

Dra. Maria Luisa Ageitos

### Editores asociados

Dra. Virginia Orazi

Dra. Isabel Maza

Dra. Roxana Martinitto

### Secretarias Administrativas

Fabiana Cahaud

María Laura Boria

María Fernanda Pizarro

## ➤ Consejo Asesor del PRONAP

### Directores de Región

#### Región Metropolitana

Dr. Domingo Longo

#### Región Litoral

Dr. Carlos A. Badias

#### Región Pampeana Norte

Dr. Carlos Cipolla

#### Región Pampeana Sur

Dr. Jorge Cabana

#### Región Centro Cuyo

Dr. Ricardo Demarco

#### Región Noreste Argentino

(NEA) Dra. Gloria M. Chiarelli

#### Región Noroeste Argentino (NOA)

Dra. Claudia M. Palladino

#### Región Patagónica Atlántica

Dr. Marcelo Murua Manzano

#### Región Patagónica Andina

Dr. Jorge R. Nicolini

## ➤ Equipo de apoyo profesional

Marcelo Aguirre, Nestor Albizuri, Lucrecia Arpi, Miriam Bonadeo, Silvia Castrillon, Luis Armando Cima, Cristina Ciriaci, Leopoldo Coarasa, Marta Eugenia Del Caño, Susana Factorovich, Claudia Ferrario, Carlos Figueroa, Gabriela Giannini, Nelly Insfran, Walter Joaquin, Maria Ernestina Reig, Roxana Martinitto,

Isabel Maza, Angela Nakab, Monica Ohse, Adriana Peralta, Gladys Pernas, Lilia Rabinovitz, María Ernestina Reig, Josefa Rodriguez, Susana San Miguel, Norma Schenone, Mabel Schinder, Ana Marfa Soria, Liliana Tarico, Ricardo Vicentino, Miguel Angel Yohena, Horacio Yulitta, Liliana Villafaña.

## ➤ Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP).

Av. Coronel Díaz 1971 C1425DQF. Buenos Aires.

Teléfonos: (011) 4821-2318/2319/ 5033/8612, internos: 130/131/132/145.

Fax directo: interno 132. Correo electrónico: pronap@sap.org.ar Internet: <http://www.sap.org.ar>.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 12 a 20 hs.

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2008.

I.S.B.N.: 978-987-9051-69-6

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ó transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previa por escrito de la Sociedad Argentina de Pediatría. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Diseño y producción: **GIO** comunicación

{54-11} 47814871 - info@giocomunicacion.com.ar

Impresión: **IDEOGRAFICA**  
Diseño y Producción Gráfica

Tte. Gral. J.D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires.

Telefax: 4327-1172 • ideografica@interlink.com.ar

## Indice

<b>PRONAP Informa</b> .....	6
<b>Drogadependencia: un síntoma social</b> .....	8
Dra. Nora Reboledo	
<b>Retardo mental</b> .....	32
Lic. Graciela Ricci de Mannucci	
<b>Abdomen agudo quirúrgico en el lactante</b> .....	66
Dr. Adrián R. Oneto	

## PRONAP informa

### Con este Módulo Ud. está recibiendo:

- ❑ Hoja suelta de: Signos de alarma para el pediatra (Cap. Retardo Mental.)
- ❑ Anexo de fotos de Abdomen Agudo.
- ❑ CD Audio: Semiología del cuaderno
- ❑ Cronograma actualizado de Encuentros Presenciales 2008

En el módulo 3 recibirá otro capítulo de Adicciones y un CD con material complementario.

### PARA COMPARTIR

Por ahora hemos tenido menos reclamos en el Módulo 1, ¿Habrá mejorado el correo?

### EXÁMENES FINALES 2007

Hemos terminado de corregir los exámenes del PRONAP '07. Recibimos en total 6.830 exámenes: 5.267 mujeres y 1.563 varones. El puntaje máximo posible ha sido 99 puntos ya que por razones técnicas se anuló una pregunta.

Los colegas que han obtenido el puntaje máximo, son 26 y se distribuyeron de la siguiente manera:

- ❑ Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11 alumnos);
- ❑ Buenos Aires: Ramos Mejía (2), Castelar (1), La Plata (1), San Nicolás (1);
- ❑ Córdoba (1 alumno) Villa María;
- ❑ Tucumán (4 alumnos);
- ❑ Mendoza (2 alumnos) San Rafael, Tunuyán;
- ❑ Jujuy (1 alumno);
- ❑ Santa Fe (2 alumnos) Rosario.

### Muchas felicitaciones a ellos en especial y a todos los que hicieron el esfuerzo en general!!!

En este momento estamos realizando el envío de los certificados. Si para fines del mes de Octubre aun no lo ha recibido, por favor, reclame. Tiene tiempo hasta el 31 de Diciembre de 2008 para hacerlo.

### FE DE ERRATAS

Módulo 1 - Página 79: Cuadro de Encuentros Presenciales.

Rogamos tomar nota de algunas modificaciones con respecto a los Encuentros Presenciales:

Entidad Matriz, fechas incompletas, debe decir:  
07/11\* - 15/11 - 29/11 - 05/12\*.

Filial Corrientes la fecha es: 29/11.

Filial Tucumán para informes e inscripción: Sede Filial, Sra. Graciela Soria, (0381) 4244708, Lun. a vie. 9 a 13 hs.

\* viernes

### LISTA E-MAIL

Si Ud. tiene interés en participar debe solicitarlo a: pronap@sap.org.ar

Enviando su nombre, número de documento y dirección de correo electrónico.

Una vez anotado en la misma deberá enviar sus mensajes a: sap-pronap07@sap.org.ar

### Encuentros Presenciales 2008

Como en el módulo 1, publicamos nuevamente el listado de los encuentros para este año. Por favor, mire con atención las direcciones de las sedes y fechas ya que algunas fechas fueron modificadas.

Las Sedes Entidad Matriz, Formosa, Catamarca, Rosario, San Juan, Mendoza y San Luis tendrán los Encuentros Presenciales en los meses de marzo y abril de 2009. Las fechas definitivas de estos Encuentros serán publicadas en el módulo nº 4.

Los Encuentros son seleccionados a nivel local por los Directores de Región que nos envían la fecha y la sede definitiva.

Les aclaramos que los horarios que figuran en el siguiente cuadro son para informes e inscripción. El horario del Encuentro será informado en cada sede.

No desaproveche esta oportunidad de reunirse con colegas, de analizar, discutir y compartir su práctica profesional cotidiana, recuerde que no se efectúa en los Encuentros ningún tipo de evaluación.

### Agende la fecha y el lugar que le interesa e inscribese.

## ❖ Cronograma actualizado de Encuentros Presenciales 2008

REGIÓN	FILIAL ORGANIZADORA	LUGAR	FECHA	INFORMES E INSCRIPCIÓN	RESPONSABLE MÉDICO
Región Metropolitana	Entidad Matriz	Entidad Matriz Av. Coronel Díaz 1971 Ciudad Aut. de Bs. As.	07/11* 15/11 29/11 05/12*	Secretaría PRONAP 4821-2318/9 Int. 129 - 130 - 132 de 12 a 19 hs.	Dra. Isabel Maza
	Distrito Oeste	Circ. Médico La Matanza Av. de Mayo 743 Ramos Mejía	29/11	Srtas. Natalia y Gisela 4464-2900 / 04 Lun. a vie. de 9 a 17 hs. info@cirmedmatanza.com.ar	Dr. Manuel Maza
Litoral	Rosario	Filial Rosario Catamarca 1935 Rosario, Santa Fe	14/11*	Sede Filial (0341) 4253062 Lun. a vie. de 9 a 17 hs.	Dra. Adriana Peralta
	Río Uruguay	Salón Htal. J. J. de Urquiza Uncal s/n° Conc. del Uruguay, Entre Ríos	8/11	(03442) 427491/426789	Dra. Silvia Masini
	Concordia	Asociación Médica de Concordia, 9 de Julio 11 Concordia, Entre Ríos	15/11	Bernardo de Irigoyen 236 (0345) 4217699 Lun. a vie. de 17 a 20 horas	Dra. María Eugenia Cafure
Región Centro Cuyo	La Rioja	Colegio Médico Gremial Av. Facundo Quiroga 25	1/11	(03822) 452729 / 421051 (03822) 156-24484	Dra. Sonia Frack
	San Francisco	Centro Médico Belgrano Belgrano 226	8/11	Sede Filial Srta Emilia. 03564-426672/481399	Atilio E. Oliveta
Región Pampeana Norte	Regional Oeste	Circ. Médico de Junín Rivadavia 379	8/11	Sra. María Liz (02362) 433325 / 433301 Lun. a vie. de 10 a 14 hs. sap_regional_oeste@speedy.com.ar	Dra. Diana Plunier
Región Patagónica Atlántica	Santa Cruz	Colegio Médico de Santa Cruz Maipú 144 - Río Gallegos	15/11 9 a 16 hs	Sra. Valeria (02966) 422110 / 424162 Lun. a vie. de 10 a 12:30 y de 15 a 19:30 hs.	Dra. María Elena Palla
	Tierra del Fuego	Salón OSDE - Ushuaia	15/11 9 a 16 hs.	Dra. Edit Scaiola (02901) 424856	Dra. Edit Scaiola
	Valle del Chubut	Htal. Andrés Isola R. Gomez y A. Pujol, Pto. Madryn	08/11 9 a 16 hs.	Dra. Silvia Bersanker (02965) 15201316 (02965) 454392 de 16 a 20 hs.	Dra. Silvia Bersanker
	Golfo San Jorge	Colegio Médico del Sur de Chubut - Alvear 392, Cdo. Rivadavia	01/11 9 a 16 hs	Dra. Sandra Roldán (0297) 155-946125 de 8 a 12 hs. y de 16 a 20 hs	Dra. Sandra Roldán
Región Pampeana Sur	La Pampa	Colegio Médico de La Pampa Av. San Martín 655 Santa Rosa, La Pampa	8/11	Liliana Epifanio (02954) 15668202	Dr. Guillermo Iglesias
	Tandil	Círculo Médico de Tandil Pinto 851 - Tandil	15/11	(02293) 444220 / 44520	Dra. Manuela Beazley
NOA	Tucumán	Sede Filial Hospital del Niño Jesús - 3° Piso Pje. Hungría 750 - Tucumán	15/11	Sra. Hilda Soria (0381) 4244708 Lun. a vie. 9 a 13 hs.	Dra. Silvia Analía del Valle Fernández
	Santiago del Estero	Salón del Colegio de Médicos 9 de Julio 154	8/11	Sede Filial Santiago del Estero Sra. Silvina de Lun. a Vie. de 9:30 a 11:30 hs. Telefax: (0385) 4224859	Dra. María de los Ángeles Jiménez
	Catamarca	Auditorio Hospital de Niños Eva Perón - Av. Del Valle 1050, 2° piso. Catamarca	01/11	Srta. Romina (03833) 430966	Dr. Héctor Corzo
NEA	Corrientes	Colegio Médico de Corrientes Carlos Pellegrini 1785	29/11	Secretaría Filial Carlos Pellegrini 1785 Lun. a vie. de 14 a 17:30 hs. sapotes@hotmail.com	Dra. María Elena Ferreiro Dra. Mirian Salmón
	Misiones	Aula Magna Htal. de Pediatría "Dr. Fernando Barreyro" Mariano Moreno 110 Posadas, Misiones	01/11	Sra. María Juana Vieira Lun. a vie. de 14 a 20 hs. (03752) 435763 (03752) 155-52485	Dr. Fernando Vinuesa
Patagonia Andina	Lagos del Sur	Colegio Médico de Bariloche Gallardo 1334, S. C. de Bariloche	15/11	Secretaría Filial (02944) 442315 / 434911 saplagosdelsur@speedy.com.ar	Dra. Ana María Nuñez

\* viernes

# Capítulo 1

## ❖ Drogadependencias: un síntoma social

**Dra. Nora Reboledo**

Médica Pediatra. Médica de Adolescentes. Secretaria del Grupo de Trabajo en Adicciones-SAP.

Responsable médica de Centro de Día y Ambulatorio-PAIDA-SENNAF.

Consejera en dependencia química. Especialización en Adicciones-Escuela Sistémica Argentina-Master en Prevención y Asistencia de las Drogadependencia- USAL, en curso.

Mi agradecimiento a mis compañeros del Grupo Trabajo en Adicciones:

Dra. Graciela Morales, Dra. Marta Braschi, Dra. María Maffassanti, Dra. Perla Krawiec, Lic. Adriana Narváez, Dr. Jorge Argibay.

A todos aquellos con los que trabajo día a día en la trinchera y hacen posibles las utopías.



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**Sociedad Argentina de Pediatría**

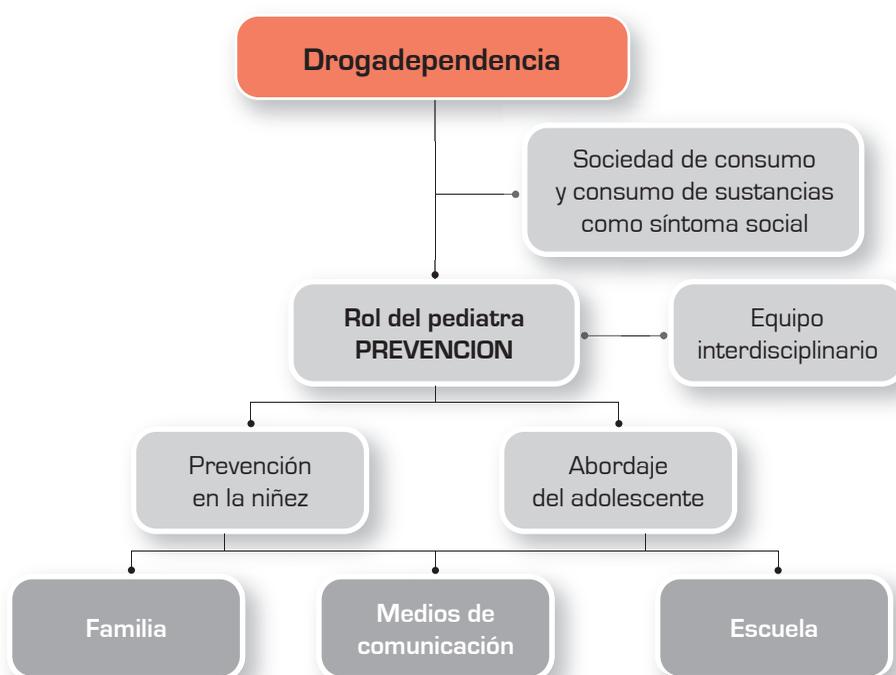
Secretaría de Educación Continua

**(08)**

## Objetivos

- ❑ Reconocer el consumo de sustancias como síntoma social en una sociedad de consumo.
- ❑ Instalar la importancia del rol del pediatra en la prevención desde la niñez.
- ❑ Realizar una acción integral, de diagnóstico, intervención y sobre todo prevención, ante el problema de las drogadependencias.
- ❑ Consensuar entre los diferentes profesionales conceptos y criterios para lograr una acción conjunta destinada a la prevención e intervención ante las drogadependencias.
- ❑ Conocer cuáles son las características socio-psicológicas que nos permitan identificar a las personas en riesgo y/o potenciales consumidores de drogas.
- ❑ Reflexionar sobre el significado de “ser adolescente” en el contexto actual.
- ❑ Considerar la importancia del uso de la HC del adolescente como un instrumento de gran valor y la interdisciplina como la única forma posible de abordaje.
- ❑ Explicar los efectos producidos por las distintas drogas.
- ❑ Capacitar a los educadores/as, adolescentes y padres como agentes multiplicadores responsables de la prevención y posible actuación ante casos de uso y abuso de drogas.
- ❑ Conocer cuál es la metodología, recursos y materiales con los que contamos a la hora de promover programas de prevención con niños, niñas y adolescentes.
- ❑ Considerar como una primera aproximación a la compleja problemática del consumo de sustancias el presente capítulo como forma de comenzar a ocuparse y dejar de preocuparse.

## Esquema de contenidos



## Introducción

**“...Sólo quienes sean capaces de encarnar la utopía serán aptos para el combate decisivo, el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido...”.**

**Ernesto Sábato**

La nuestra, es una sociedad que se basa en el éxito y en la competitividad y por tanto, es caldo de cultivo de distintas adicciones. Las drogas son consumidas porque aparecen como potenciadoras de los valores típicos de la civilización: ellas se convierten, entonces, no sólo en un síntoma de los individuos, sino, sobre todo, en un síntoma social. Lo que importa no es la disponibilidad de la droga, lo que importa es este modelo de sociedad consumista, en donde la drogadicción está enmarcada en una cultura que reafirma y justifica el uso más o menos legal de distintas sustancias.

Cabe reflexionar, pues, no sobre el objeto droga, sino sobre el sujeto y la comunidad.

❖

**Que la comunidad ayude a resolver lo que la comunidad ha ayudado a crear. El verdadero agente preventivo es la propia comunidad.**

❖

Cada comunidad debe comenzar por identificar su problemática, y entonces buscará elaborar las soluciones pertinentes. Una tarea efectiva de prevención se sustenta en un proyecto de transformación social. La comunidad no debe ser un simple objeto de planes y programas elaborados desde fuera de ella, sino que es ella misma la que debe participar creativamente en lo que tenga que ver con su bienestar y crecimiento. Cada comunidad tiene sus características propias que la hacen una comunidad dinámica, con líderes progresistas, con

una organización flexible, en donde todos participan, con metas, propósitos y objetivos claros. Sólo un esfuerzo concentrado, es decir todo el conjunto de la sociedad (políticos, escuela, barrio, clubes, la familia, etc.), será suficiente para resolver los problemas que atentan contra la comunidad.

Sin embargo, un grado demasiado elevado de institucionalización de la respuesta, puede atentar contra la tarea de prevención y aislar de la sociedad a los grupos de población directamente afectados por una problemática. La acción preventiva tiene que desenvolverse en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar y teniendo en cuenta que los problemas de la sociedad y los propios sistemas de convivencia inciden directamente en las acciones que se realizan dentro de este marco. En el desarrollo de realidades concretas, es preciso, además, considerar qué factores de orden político, económico, social e individual, entran en juego en cada momento y en cada grupo. Recordemos que el contexto sociocultural es uno de los elementos más importantes para encontrar el sentido no sólo de las adicciones, sino de cualquier comportamiento humano.

Un joven recurre compulsivamente al delito y obtiene ingresos extraordinarios, que gasta en ropa, drogas y otros insumos que lo hacen sentirse una persona respetable.

Una joven recurre a la cirugía estética para sacarse un “peso” de encima y ese sacarse ese “peso” es avalado por los adultos, el que lo saca y el que lo permite.

Un adolescente requiere del dolor físico para delimitar sus límites corporales, se realiza piercings con una aguja de coser y juega por dinero con otros niños del barrio al “Club de la pelea”, la consigna es golpearse hasta lastimarse. El que más aguanta gana las apuestas.

Los padres de un adolescente consultan porque saben o sospechan que su hijo consume drogas.

¿Qué significación tienen estos hechos para la generación de los padres de estos jóvenes y

adolescentes, para el conocimiento de los profesionales que reciben las consultas y para los/las adolescentes que protagonizan estas situaciones? ¿Qué lugar ocupa el “consumo” en el compromiso vital de los adolescentes, en la construcción de su identidad, en la definición de su pertenencia?

Desde el marketing estratégico, el consumo se define por un proceso que implica la búsqueda del objeto de satisfacción, el encantamiento y la decepción. Esta sencilla descripción sirve tanto para explicar la búsqueda de la autorrealización a través de la compra de un auto o una marca de zapatillas, como de la búsqueda de identidad a través del consumo de marihuana, pasta base o Lucky Stricke. La satisfacción de una necesidad fisiológica como movimiento o nutrición, está completamente desplazada por la satisfacción de necesidades de orden superior como ser seguridad, estima, pertenencia y más frecuentemente autorrealización. Esta afirmación se hace evidente en el más ligero análisis de cualquier publicidad bien lograda. La cerveza por ejemplo, lejos de tener sabor a lúpulo y cebada, y satisfacer la sed o nublar las penas, tiene “El sabor del encuentro”. A estas características se suman lo que A. Tofler conceptualiza como la fórmula explosiva del consumo, con sus características de: novedad, diversidad, transitoriedad. Dicha fórmula ilustra claramente la diversificación de productos de consumo “legal” y la vinculación de los adolescentes con los productos de consumo ilegal. Así lo testimonian la alta frecuencia del policonsumo, la capacidad de introducción al “mercado” de nuevas drogas y las conductas compulsivas no mediadas por sustancias, desde el piercing, las cirugías estéticas, el juego de picadas de autos.

Ahora bien esta “fórmula explosiva” que define adecuadamente la evolución de los mercados nos arroja de repente a la pregunta: ¿Con qué pasado, presente o porvenir pueden comprometerse los jóvenes...? ¿Qué pueden decirnos los estudios de marketing estratégico sobre “el consumo”, para iluminar los procesos con los cuales los adolescentes consiguen identidad y pertenencia a través del consumo de teléfonos celulares, paco, drogas sintéticas o nuevas tecnologías informáticas?

En este contexto definido y legitimado por los

derechos del consumidor: ¿qué respuestas podemos esbozar a la pregunta? ¿Con qué pasado, presente o provenir pueden comprometerse los jóvenes? La aceptación de que vivimos en un mundo completamente integrado en el que se está desarrollando lo que podemos llamar una cultura “prefigurativa”, puede mejorar nuestras posibilidades de construir con los jóvenes un planeta sustentable.

Los jóvenes han encontrado en la noche su espacio de pertenencia, el momento del día en que se reúnen y hacen las cosas que quieren, sin restricciones. Es tarea de los adultos intentar comprenderlos, pero, al mismo tiempo, generar en ellos nociones de límites y de responsabilidad. En la actualidad, los jóvenes habitan un mundo difícil, guerrero, sangriento. Miran con veneración MTV, pero asisten sorprendidos a muertes de niños y jóvenes como ellos, que las cadenas mundiales transmiten a toda hora, casi en vivo y en directo. Perciben con sensibilidad especial, quizá reflexiva, quizá intuitiva, que este sistema social donde les toca convivir, y que no eligieron, no concuerda con los valores y los conceptos de justicia transmitidos por esos mismos adultos que deben cumplirlos: “Libertad, igualdad, fraternidad”.

La generación precedente sufrió excesos y sinsabores, pero no experimentó la globalización de la información. Este fenómeno trajo importantes cambios para la cultura joven. El mundo de los padres también se ha tornado problemático; aparecen como ejes dominantes las dificultades económicas, la inestabilidad, la inseguridad. Ellos también trastabilan. Los adultos se encuentran en medio de una crisis y, por la indiferencia que manifiestan los jóvenes hacia la misma, ésta se perfila como atípica en el escenario histórico. Podemos entonces elaborar las siguientes hipótesis:

- ❑ Existe una tendencia a la desintegración del adulto extra-familiar como figura modelo de identificación. Los ídolos actuales son imágenes testigo de sí mismos, ya y ahora, sin la aspiración a conformar un perfil adulto mediato. Son verdaderos espejos donde se refleja el yo, aunque se trate de un Rolling Stone de 60 años de edad real.
- ❑ Se presenta al cuerpo joven de 13 ó 14 años como un modelo referencial. Muchos adultos dirigen hacia la segunda década de vida sus aspiraciones de belleza.

La belleza se detuvo en la juventud para todas las etapas vitales.

❑ El duelo por la niñez perdida está atenuado por las ambigüedades del adulto y el joven aumenta su autosuficiencia en esos aspectos, antes impensables. La etapa de la adolescencia se vive como nunca antes, con la misma entidad cualitativa que la adultez y la vejez. Ya no es más un “tránsito hacia”.

Estamos viviendo una “adolescentización” de la sociedad: los adultos quieren parecer jóvenes y vivir como tales.

En el proceso de identificación, el presente y el futuro desempeñan un papel trascendente. Cuando se selecciona un modelo, se hace con relación a “yo en el futuro”; si la ecuación es “yo en el presente”, entonces la identificación aparece quebrada, imperfecta y no determinante. En este universo nuevo, los jóvenes han estructurado un espacio no colonizado por los adultos, la noche. La noche del fin de semana es para muchos jóvenes lo que le da sentido al resto de la semana, es la expresión de un imaginario mítico que les permite agruparse e identificarse con sus propios signos y códigos. Allí, en ese espacio de encuentro, tal vez puedan anesthesiarse, desinhibirse, consumir alcohol u otras sustancias, y hacer cosas que no harían sin el efecto de estos sustitutos. La noche suspende determinado tipo de controles: no están los padres, ni los profesores, ni los jefes; sólo tal vez vigila la policía. La noche está ligada a la sexualidad, a la salida de los hogares, a lo prohibido. Crea la ilusión de una integración más profunda que la que brinda el día.

Es raro que los jóvenes consuman alcohol en solitario. Beben en grupo, pero en espacios donde están ellos solos. Consumen alcohol y otras sustancias entre pares, es decir, tienen sus puntos de encuentro y una determinada temporalidad: los fines de semana, las fiestas de fin de curso, fiestas en general, viajes de egresados. El modelo de los líderes juveniles en el que sus referentes son en gran medida consumidores. Esto lleva a que el “no consumidor” quede como un raro o un aburrido. En este sentido, el alcohol ha pasado a ser un ritual de iniciación, como lo fue en otras épocas fumar los primeros cigarrillos. Este rito adquiere el significado de otorgar autonomía.

También nos encontramos con una disociación entre

los valores ideales y los realmente propugnados en el mundo adulto. El consumo de sustancias se disocia de la siguiente manera: las drogas duras, como la cocaína y la heroína, son objetadas y vistas bajo la lupa de la sanción social, mientras que los consumos más recreativos, percibidos como ligados al éxito social (alcohol, marihuana, y tal vez el éxtasis) no suscitan la sanción social de manera marcada.

¿Qué hacer ante este panorama, ciertamente difícil y angustiante, tanto para los padres como para los profesionales de la salud que tratan adolescentes?

En principio, trabajar fuertemente en **campañas de reducción de la oferta**; esto es, concentrarse directamente en los **medios de comunicación**. Por otra parte, no dejar de lado el trabajo constante de **prevención en escuelas, centros barriales y clubes**. Al mismo tiempo, llevar a cabo **programas de percepción de riesgo de consumo** de alcohol en los jóvenes. Incluso, implementar **intervenciones breves en las guardias** hospitalarias, y dejar registrado si la causa de un accidente fue por consumo de alcohol o de otras sustancias. En fin, así como se propone que hay un segmento adolescente que está creando un contexto paralelo al de los adultos, también los jóvenes están usando para tal una lógica que escapa al pensamiento de sus mayores. Los adultos debemos asumir que tenemos fuerte participación en su génesis. Si logramos modificar ciertas variables, esta transmisión dará validez a nuestra vida adulta y al mismo tiempo nuestra acción redundará en un mayor bienestar para nuestros jóvenes.

Con la revolución informática y la instantaneidad de la información, todo saber aparece como accesible y al instante. Salvo nuestra mente o nuestro espíritu. ¿Acaso la **noción de alma o espiritualidad** estará perimida, o sumergida en el mundo del consumo y de la imagen? Los ritmos cotidianos son frenéticos, pletóricos de información a procesar y metabolizar y el todo resulta imposible a digerir. **Somos la civilización de la imagen y de lo efímero**. ¿Qué ocurre en la mente, cuando desde temprano en la vida todo ocurre a este ritmo de vértigo?

Es la cultura del vértigo, el tiempo vivencial interiorizado, producto de realidades sociales en cambio permanente y de modo acelerado.

Es la época del amigo confidente, de la barra de los

pares, de las pandillas y tribus que legislan y regulan los comportamientos de esa edad. Comportamientos miméticos, con los pares y no con los padres, son los que marcan las pautas. Y la tribu de pertenencia toma una jerarquía inusitada, mientras lo familiar atrayente se troca por momentos en rechazante y hasta repugnante: los gestos, actitudes y valores del mundo adulto son a cuestionar y/o rechazar.

En la gran urbe anónima del planeta del siglo XXI es cada vez más difícil tener un lugar propio en el mundo. Un lugar propio que me permita tener la oportunidad de llevar a cabo mis capacidades, un proyecto de vida donde cada uno se sienta único, original, e insustituible. Sumergido en la multitud anónima, sofocado en la misma, cada quien organiza su destino o su estrategia para sobrevivir. La palabra exclusión o excluido tiene poca presencia en las disciplinas como un sector creciente de la población del mundo que, en las actuales condiciones de producción material y simbólica, transitará su vida sin destino ni proyecto.

O sea: de los excluidos nadie

se hace cargo, es la

invisibilidad de los nadies,

los niños invisibles, ¡están!!

¿Nadie los ve????

Y así van por la vida sin presente

ni futuro, sin proyectos.

Como nuestro oficio no se ocupa de las multitudes sino de seres humanos concretos y encarnados, nos toca acoger en nuestros consultorios algunos ejemplares de esa humanidad a la deriva, que vienen, lo sepan o no, desorientados a pedirnos que les ayudemos a construir un destino, una estrategia de vida. Mal hacemos cuando tratamos de encorsetarlos en las categorías diagnósticas que aprendimos en la modernidad.

Desde que nacemos nuestra vida depende de las

relaciones personales, iniciadas en la familia e integradas en la comunidad. Es necesario que los adultos consideremos la amplia gama de necesidades que los adolescentes debieran satisfacer por sobre lo material: autonomía, autodeterminación y autosuficiencia, necesidad de comunicarse con los demás y participar en la construcción de la realidad, proceso que se ve fuertemente condicionado por la compleja sociedad en que les toca vivir. El adolescente entonces se “adueña” de alguna esquina o calle donde pasa las horas en compañía de otros adolescentes o deambulando sin rumbo fijo por la calle con despreocupación y alegría que despiertan desconfianza en algunos adultos. Debemos saber que el tiempo libre es para los adolescentes tiempo particular, tiempo privado, de búsqueda, donde a veces surge la soledad, la desorientación y el vacío, y con ellos el riesgo; este es el tiempo de buscar amigos y agruparse y tiene para ellos vital importancia.

Agruparse **PARA SEPARARSE DE** los adultos ensayando transgresiones, buscando sus propios límites, entrenarse lejos de los padres y otros adultos en las nuevas conductas que le demandará el mundo, **PARA ENCONTRARSE CON** sus pares, generando mecanismos de mutua identificación (vestimenta, música, etc.) que le permitan circular sin censura construyendo su identidad y **PARA COMPARTIR** no solo desde la aceptación y aprobación sino para participar junto con otros (¿no se reconoce usted años atrás?). En este proceso de diferenciación-homogenización, con ritos y códigos propios se forman los grupos, donde circulan mensajes cargados de “significación”, roles establecidos, sentimientos y emociones que tienen gran influencia en el desarrollo personal, transformando cualitativamente su personalidad en este proceso de socialización, generando la posibilidad de **SER CON LOS OTROS**.

## ❖ Rol del pediatra en la prevención

### La importancia de la prevención desde la niñez

Seguramente la siguiente situación le resulte familiar.

Martín llega al consultorio dentro de su colorido cochecito, todos los móviles parecen moverse a la vez, todos ofrecen una música que hace que ninguna se escuche, todos los sonidos de un zoológico están en su cochecito. Y Martín llora y tira todo, nada lo motiva.

Su mamá sólo dice: “tiene sueño y es la hora de la mamadera”. Es imposible revisar a Martín. Y así se va del consultorio jugando con el celular de su mamá.

Consideramos que el fenómeno de las adicciones no se limita a un problema de sustancias o drogas, sino que responde al tipo de vínculo que nosotros y nuestra comunidad establecemos con los diferentes tipos de sustancias tanto legales como ilegales.

Para comprender este vínculo es necesario tener en cuenta los procesos individuales de cada persona, la sustancia y el contexto socio-cultural, en un momento histórico determinado.

Es por ello que la generación de vínculos en cantidad y calidad entre los niños/as, entre éstos y las personas adultas, entre las instituciones y organizaciones de la comunidad, es esencial para la práctica preventiva: actúan como un tejido de sostén, apuntalamiento y protección, esencial para la prevención del fenómeno de las adicciones.

Es importante que quienes nos relacionamos de diferentes maneras con niños/as y tenemos el propósito de llevar adelante tareas preventivas, podamos preguntarnos acerca de qué es ser un niño/a.

Aunque la pregunta suene obvia, se puede contestar de diferentes maneras, según sean nuestras representaciones, ideas y saberes.

Parecería que la infancia es un fenómeno natural, cuando en realidad es el resultado de una compleja construcción histórico-social. Los diferentes atributos del ser niño/a y nuestras ideas y sentimientos hacia lo infantil son el resultado de diferentes procesos históricos, políticos y sociales.

Habitualmente tendemos a simplificar la categoría infancia y a pensar, a partir de nuestra historia y nuestra formación, en la existencia de “un niño/a ideal”. Esta mirada es distinta a partir del cambio de paradigma que propone la Convención de los Derechos del Niño/a.

❖

**La Convención nos brinda una nueva perspectiva en el abordaje de la categoría infancia: todos los niños y niñas son sujetos de derecho. En este sentido nos acercamos a los niños/as con los que trabajamos desde el respeto por su identidad.**

❖

**Estamos acostumbrados como adultos a opinar acerca de lo que creemos que es más conveniente para ellos. Pero, en general, no incluimos su opinión y su especial perspectiva en tanto niño. Poder incluirla actúa como un factor protector frente al fenómeno de las adicciones ya que fortalecemos su identidad, su autoestima y colaboramos en la construcción de la autonomía y responsabilidad necesarias para cada etapa de sus vidas.**

Especialmente cuando trabajamos con niños, pensamos que si promovemos el desarrollo personal a partir del trabajo de la autoestima, la toma de decisiones, el autocuidado, la tolerancia a la frustración, el análisis crítico y la comunicación en los vínculos que tanto ellos como nosotros establecemos, habremos iniciado un camino hacia el logro de mejores condiciones vida y estaremos realizando cotidianamente acciones preventivas.

Asimismo establecer límites claros y coherentes. Lo que ayer fue no, hoy seguirá siendo no.

Las acciones de prevención integral están centradas en las personas, sean niños, jóvenes o adultos, ya que el problema no es la existencia de sustancias psicoactivas o su oferta, sino el vínculo que las personas adultas y los niños/as desarrollan respecto a estas sustancias. Por eso se trabaja identificando fortalezas y debilidades, de los niños y niñas, de las personas que están en relación cotidiana con ellos y de la comunidad en la cual se hallan insertos.

Es una prevención basada en el trabajo intersectorial e interdisciplinario. Se convoca para las acciones

preventivas a las áreas de salud, educación, desarrollo social, cultura, comunicación y deportes; a las familias, a las instituciones y organizaciones comunitarias. Se trata de llegar a los niños y niñas en su familia, su barrio, su escuela, su club.

Para que la prevención sea efectiva proponemos tener en cuenta los diversos aspectos asociados a dicho fenómeno. No alcanza con una prevención centrada en la sustancia, ni sólo en la persona, ni sólo en el contexto. Para comprender esta problemática social particular es necesario tener en cuenta la relación entre los procesos individuales de los niños/as, de las personas adultas, las sustancias y la organización social, en un momento histórico determinado.

## ➤ Prevención desde la niñez: ideas fuerza

Para que un niño se sienta seguro es necesario que sea aceptado, valorado y querido por ser como es. La seguridad hará que el niño actúe con más libertad.

Para que un niño se sienta capacitado para hacer frente a las diferentes situaciones que ocurren durante su desarrollo, es necesario que sus padres les den la oportunidad de elegir, así como de equivocarse y saber pedir perdón. Y proporcionarle el estímulo necesario para aceptar responsabilidades y asumir consecuencias.

Para que un niño se sienta integrado a su entorno es necesario que se respete su raza, religión, clase, cultura.

Para que un niño sienta que puede superarse es necesario que algo le motive. Cabe a sus padres motivarle hacia actividades que beneficien su desarrollo personal, sin olvidarse de sus capacidades.

El exceso de permisividad y de sobreprotección material de los hijos, que después deben sobrevivir en una sociedad competitiva y frustrante, está originando un choque que, en ocasiones, es difícil de digerir y que puede acarrear trastornos de personalidad en ellos.

De ahí, que los límites deben estar muy presentes desde el nacimiento para ayudar al niño a reforzar su personalidad, y conocer desde muy pequeño que no es omnipotente y que las frustraciones existen en la vida real.

Los límites tienen que estar muy claros desde muy pequeños, porque ponerlos en la adolescencia ya será tarde. Los niños, desde que nacen, tienen que aprender y diferenciar entre el bien y el mal, y que no tienen por qué tener todo aquello que desean y que existe una correlación entre un premio y un comportamiento adecuado.

Hay que tener en cuenta que solo en un 30% de los trastornos de personalidad el origen guarda relación con componentes biológicos, genéticos o de daño cerebral, mientras que el 70% está relacionado con condicionantes educacionales y ambientales



**Nosotros, pediatras que tenemos el honor de estar desde el nacimiento en el crecimiento y desarrollo de ese niño debemos asumir nuestro rol comprometido y responsable; cada consulta es una instancia única e irrepetible, de nosotros depende también la prevención y de ello debemos hacernos cargo.**



## La familia

La prevención comienza desde la panza de la mamá. Con la adquisición de un buen vínculo madre-hijo, con un padre afectuoso ejerciendo firmemente su función y con una correcta puesta de límites. Comienza enseñando a los hijos a enfrentar y resolver los conflictos que se le presentan, a usar el diálogo permanente, no la violencia. Extender la red familiar a amigos, incluir en ella al barrio y la escuela.

❖

**Prevenir en familia no es sólo anticiparse a los problemas, también es educar. Esto implica transmitir valores y actitudes, fortalecer habilidades y comportamientos que ayuden a los hijos a crecer y desarrollarse en forma integral, plena y sana.**

❖

Las investigaciones identifican una serie de factores que disminuyen la probabilidad de que alguien del núcleo familiar comience a consumir drogas. Son los llamados **factores protectores** y entre ellos, destacan:

- ❖ **Padres involucrados:** saben dónde están sus hijos, qué hacen, con quiénes se relacionan y adónde van; conocen sus problemas, intereses y necesidades. Hay estudios que demuestran que se disminuye hasta tres veces las probabilidades de consumo. Padres informados sobre las drogas y sus efectos. Fuertes vínculos con la escuela.
- ❖ **Buen diálogo con los docentes,** desde una postura de respeto hacia la institución escolar.
- ❖ **Normas claras de conducta dentro de la familia.** Los padres protegen a sus hijos cuando establecen normas claras, bien definidas y comunicadas y adaptadas a la etapa de desarrollo de los hijos/as. Los límites demuestran amor.
- ❖ **Cercanía, apoyo emocional y trato cálido y afectuoso a los/as hijos/as.**

- ❖ **Fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales de cada hijo/a:** autonomía, autocontrol, autoestima, resistencia a la presión del grupo y capacidad para resolver problemas y conflictos personales.
- ❖ **Actitud y comportamientos preventivos frente al consumo de drogas por parte de los padres.** Padres y hermanos conscientes de su rol de modelos y ejemplos de vida sana.
- ❖ **Estilos de comunicación y resolución de conflictos adecuados, no violentos, entre los miembros de la familia.**

Fuertes vínculos con la familia. Cuando los padres tienen un buen nivel de comunicación, preocupación y atención con sus hijos/as, disminuye la probabilidad de consumo en los hijos. Algunas actitudes de los padres son claves para evitar el riesgo de consumo de sustancias:

1. **Fomentar la seguridad en sí mismos:** aceptarlos como son, valorar sus avances y logros, manifestar amor y cariño, crear expectativas ajustadas a la realidad personal.
2. **Ayudarlos a madurar:** darles la oportunidad de tomar decisiones personales, darles autonomía y fomentar responsabilidades, adaptarse a las nuevas exigencias de los hijos en función de la etapa del desarrollo.
3. **Enseñar autocontrol:** enseñarles a dirigir adecuadamente sus emociones a través del diálogo y el ejemplo, hábitos de autocuidado, estilos de vida saludables, control de los impulsos, normas y límites claros.
4. **Establecer lazos sociales y familiares:** buscar el apoyo de redes sociales y fortalecer una adecuada identidad familiar segura y cálida, pero permeable, fortalecer el diálogo y la comunicación con los parientes, la escuela y los amigos.

El **rol del padre** en la génesis de las adicciones es muy importante. En un intento de re-entender la creciente escalada de violencia que atraviesa lo social en todas sus áreas, y nos toca en lo individual, pensamos que una de las situaciones fundamentales estaría en relación directa con la situación actual de desocupación y fragmentación de la red social y de los vínculos familiares, generando padres que se sienten subestimados, deprimidos y, por lo tanto,

imposibilitados para ejercer su función normativa. Cuando a la desocupación se suma la falta de proyectos, surge la desesperanza. La alta incidencia de patologías como las adicciones, los trastornos alimentarios, la violencia y los actos delictivos, son una expresión de la carencia de la palabra paterna "ordenadora", que imponga límites que premien las conductas legítimas y castiguen las transgresiones. El vacío que emerge en un mundo sin límites, puede fácilmente llenarse en algunas personalidades especiales, por objetos pulsionales excesivos: el alcohol, la comida, las drogas. Incapaz de sentirse sancionado, guiado, el adolescente puede dirigirse a situaciones de placer inmediato de auto o heterodestrucción. Nos debatimos permanentemente ante la idea de superar un modelo "autoritario" de paternidad. Y llegamos entonces al otro extremo del "todo-vale", que no es otra cosa que su contrapartida, que suele originar restituciones fundamentalistas.

A esta alternancia polar, debemos oponer un modelo paternal distante tanto del autoritarismo castrante, como de la permisividad caotizante: *"yo quiero que el primer porro lo fume conmigo", "yo prefiero que tomen en casa", "tiene una planta de marihuana en el fondo de casa"*

Es evidente que la relación entre progreso y esfuerzo al estilo moderno, es distinta de la anterior socialización, donde se aseguraba la correlación sacrificio, postergación, no gratificación, estudio, aprendizaje, subordinación, con el resultado final del progreso económico y social en la adultez.

❖

**En la actualidad, el éxito no está correspondiendo a esta secuencia y un cierto escepticismo inclina a los jóvenes hacia lo fortuito que, obviamente, incluye el azar y lo azaroso.**

❖

En relación con lo anterior, se destaca un diferente manejo del tiempo.

Parece que no hay, o se ha acortado la capacidad de espera. La típica pauta de gratificación diferida que los padres de la generación adulta actual informan como verdad revelada, no conmueve ni motiva a los jóvenes de hoy día. No todas las situaciones de violencia surgen de la marginación y la pobreza. Quienes provienen de familias sin apremios económicos y se involucran en episodios de violencia, podrían derivar de esquemas parentales permisivos. ¿El ocio, los videojuegos, los cybers...son los culpables? ¿Cuál es la responsabilidad de nosotros como padres?

Estudios sobre factores asociados al consumo identifican, asimismo, una serie de **factores de riesgo** en el funcionamiento familiar que aumentan la probabilidad de que sus hijos inicien el uso de drogas. Entre ellos, aparecen:

- ❖ Deficiencias en las habilidades educativas y prácticas de manejo familiar de los padres.
- ❖ Familias disfuncionales.
- ❖ Inadecuada resolución de conflictos.
- ❖ Conflictos y problemas de relación entre padres e hijos.
- ❖ Trastornos mentales y comportamientos violentos de los padres y/o adultos significativos.
- ❖ Historia de alcoholismo y de abuso de drogas en la familia.
- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Predisposición genética.
- ❖ Marginalidad.

En las familias de los consumidores, aparecen los siguientes puntos nodales:

**Desde el punto de vista analítico**

- ❖ Madre depresiva.
- ❖ Padre ausente.
- ❖ Falta de límites (generacionales y sociales)
- ❖ Modelo adictivo.
- ❖ Pacto criminoso.
- ❖ Crisis en la autonomización adolescente.
- ❖ Tabú del incesto.
- ❖ Duelos no elaborados.
- ❖ Secretos familiares.

**Desde lo sistémico**

- ❖ Mala alianza marital.
- ❖ Interacción simbiótica madre-hijo.
- ❖ Coalición intergeneracional.
- ❖ Progenitor sobreinvolucrado.
- ❖ Progenitor periférico (está pero no participa de la vida de la familia).
- ❖ Falta de fronteras generacionales.
- ❖ Fallas en la comunicación.
- ❖ Incongruencia jerárquica.
- ❖ Dobles mensajes.
- ❖ Deseos de muerte.
- ❖ Ciclo vital en crisis.
- ❖ Secretos familiares.

El consumo de marcas y objetos dadores de ilusoria identidad social reemplaza al fatigoso camino que deben transitar los jóvenes para construir su propia identidad, un fenómeno que se espeja y se reproduce en el campo de las adicciones. Para prevenir, lo importante no es enseñar a la familia a oler la ropa, observar ojos colorados y pupilas dilatadas y a buscar sobrecitos de dudoso origen.

❖

**La mejor prevención es poner el énfasis en la crianza y en el desarrollo global del individuo, anticiparnos al desarrollo de una personalidad adictiva brindando un contexto nutricional y contenedor, que es aquel que permite a la persona hacer un acopio de vivencias, recuerdos y situaciones ligadas a lo afectivo y a la salud.**

❖

No demonicemos el consumo de sustancias, creemos que la multicausalidad del mismo debe estar siempre contemplada y no compartimos el tener una actitud punitiva que enseñe a sus padres a buscar señales de alarma.

**❖ La escuela**

El momento actual se presenta como crucial para la prevención, ya que se están dando pasos importantes en cuanto al desarrollo de experiencias preventivas cada vez mejor definidas, realizadas y evaluadas.

El primer acto preventivo es nombrar el problema, reconocerlo en su dimensión multicausal y desde aquí, producir las estrategias de acción.

❖

**Si la adicción es una patología social de lo no-dicho, prevenir es recuperar la palabra.**

❖

Esta concepción del accionar preventivo debe tener direcciones operativas claras, pues no se trata de un simple "poner en palabras". El desafío es la construcción de proyectos de acción "desde y en" las instituciones implicadas, pues es en su seno donde se construyen las subjetividades y los modos de sufrir y crecer de los ciudadanos.

Los tipos de intervención clásicos en la prevención de las adicciones pueden englobarse dentro de dos modelos claramente diferenciados:

**Prevención específica:** es aquella cuyas actuaciones se refieren directa y expresamente a las drogas, los efectos de su uso y abuso y a los riesgos que comportan. **Prevención inespecífica:** es aquella cuyo objetivo es el influir sobre los factores de riesgo y de protección, personales y sociales que inciden en la aparición de las adicciones. Es decir, todas aquellas medidas destinadas a conseguir un desarrollo equilibrado en las personas, que pretenden una mejora de la calidad de vida, y en consecuencia un incremento de sus posibilidades de integración y participación.

En este sentido, pensamos que una actividad preventiva en adicciones de tipo puramente específica puede ser insuficiente.

Más que pensar a la prevención como una lucha contra las sustancias denominadas drogas, hay que construirla en cada barrio no como un acto de declamaciones científicas o morales, sino como un hecho de participación ciudadana. **Prevención es acción social. La participación social en la construcción de proyectos comunitarios es en sí un acto de salud. No es de la droga de lo que debemos hablar. La droga es el velo que cubre las causas determinantes. Por lo tanto, será preventivo descorrer ese velo, y hacer hablar al síntoma social para producir un acto social transformador de la realidad. Así, desde nuestra concepción, el primer acto preventivo no será hablar, explicar ni alertar, sino escuchar.**

❖  
Escuchar lo que la droga tapa y los sufrimientos de comunidades e instituciones. Del hablar al hacer, de las drogas a sus causas.  
❖

El accionar preventivo debe contemplar:

1. Promocionar la salud como un valor apreciado por los alumnos, de forma que se adquieran hábitos y costumbres para su bienestar físico, mental y de su entorno familiar y social.
2. Promover la visión y el sentido de comunidad en la institución.
3. Enfatizar sobre lograr éxito en la vida en base al refuerzo de la autoestima, la apreciación de los valores y asumir los compromisos.
4. Centrar la prevención en los alumnos y toda la comunidad.
5. Concientizar a los docentes sobre la necesidad de ejercer su labor de una forma relevante y no mecánica.
6. Reducir la necesidad de creer que para prevenir

se debe contar con “expertos” de cada tema.

7. Aumentar las relaciones entre los miembros de la comunidad escolar, cada uno aprehende que la prevención es “tarea de todos”.

Los **factores resilientes** más importantes en la educación son:

- ❑ Integración social.
- ❑ Estimulación del desarrollo personal.
- ❑ Estimulación de la reflexión y acceso al conocimiento.
- ❑ Estimulación de la expresión.
- ❑ Estimulación de la autoestima.
- ❑ Estimulación del pensamiento crítico.
- ❑ Promoción del: “yo soy”, “yo puedo”, “yo estoy”, “yo tengo”.

Los **objetivos de la prevención educativa** sobre drogas deben estar orientados a:

- ❑ Reforzar una imagen positiva de sí mismo.
- ❑ Adquirir destrezas.
- ❑ Toma de decisiones.
- ❑ Responder a las persuasiones.
- ❑ Actitud crítica hacia el consumo.
- ❑ Hacer frente a las presiones del grupo.
- ❑ Saber escuchar y dialogar.
- ❑ Hacer peticiones.
- ❑ Recibir quejas.
- ❑ Favorecer las habilidades de interacción.
- ❑ Capacidad para enfrentar conflictos.
- ❑ Aprendizaje de estrategias que ayudan a resolverlos.
- ❑ Desarrollo de autonomía personal.
- ❑ Reforzar la autonomía, la autoestima y la construcción de un proyecto de vida saludable.
- ❑ Descubrir y sentir la vida como una realidad y como un proyecto del que somos protagonistas y responsables.
- ❑ Elaborar e interiorizar normas básicas de salud, higiene, alimentación y cuidado personal.
- ❑ Conocer y apreciar el propio cuerpo.

- ❑ Estimular el deporte y la actividad física como vida saludable, amistad y solidaridad.
- ❑ Valorar críticamente situaciones y conductas de riesgo para la salud.
- ❑ Desarrollar conocimientos con base científica sobre conceptos, hábitos, actitudes y valores positivos con respecto a la salud.
- ❑ Adoptar una actitud crítica ante el consumo de las drogas.
- ❑ Promover alternativas de ocio y tiempo libre saludable.
- ❑ Favorecer el desarrollo de la autoestima, la responsabilidad, la toma de decisiones y la comunicación interpersonal y familiar.

El **trabajo con los padres** intentará:

- ❑ Fomentar su participación y ayudarlos en mejorar su rol parental.
- ❑ Informarlos – formarlos en las problemáticas actuales de los jóvenes.
- ❑ Ofrecer talleres preventivos de orientación en tabaco, alcohol y drogas.

Resiliencia como estrategia para prevenir situaciones de riesgo y preservar la salud integral del adolescente, trabajando las cuatro áreas: soporte y recursos externos, fortalezas internas, habilidades entre las personas e interacción social. Sin olvidar la necesidad de acción de las políticas sociales que apoyen los esfuerzos individuales. Prevenir es asumir una sociedad en riesgo.

❑

**El concepto-valor futuro no lo es para las generaciones actuales, como así tampoco el de progreso y desarrollo. Hay para los jóvenes una crisis de futuro. Los niños, niñas y adolescentes están a la intemperie, ¿será posible reinventar el porvenir?**

❑

## ❑ Abordaje del adolescente

**“Nosotros tenemos la alegría de nuestras alegrías y también la alegría de nuestros dolores, porque no nos interesa la vida indolora, que la civilización del consumo vende en los supermercados. Y estamos orgullosos del precio de tanto dolor, que con tanto amor pagamos”.**

### Eduardo Galeano

En la Sala de espera está Valeria de 18 años con su hijo de 2 años, Fernando de 16 años y Carolina. Carolina tiene 18 años, es consumidora de cocaína endovenosa de larga data, usó misoprostol intravaginal al saber que estaba embarazada, espera para ser atendida ella y su hijo Facundo de 6 meses de vida. Facundo presenta focomielia. Tenemos en el Servicio 3 niños con la misma patología. Ninguno de ellos ha pedido turno. Lo importante es que estén.

La demanda espontánea en Adolescencia siempre es mucha y nosotros, médicos de adolescentes, no nos podemos permitir jamás perder una oportunidad, es el tiempo de los certificados de aptitud física que siempre debieron entregar ayer. Es el tiempo en que sus vidas tantas veces andan a la deriva, a la intemperie.

Ellos saben que ese lugar les pertenece, es un espacio que reconocen como propio. Ser médicos de adolescentes es esto, es estar, es escuchar, es poner límites. No somos sus amigos, debemos ser un referente adulto válido para ellos que los ayude en la resolución de conflictos y tantas veces en la elaboración de proyectos de vida. De todo esto se trata trabajar con adolescentes.

Somos a la vez médicos-escucha de sus padres, son ellos los que muchas veces, confundiendo roles, nos hacen cargo de encontrar soluciones tantas veces mágicas, de toda la problemática familiar que se vive en cada casa. Cada día debemos abordar una problemática que va instalándose en nuestra sociedad, esta problemática del consumo de sustancias que llegó para quedarse.

Nos parece de gran importancia recordar en este capítulo todo lo relacionado con el abordaje de la salud integral del adolescente. Tal vez no sea fácil definir la etapa de la adolescencia. Y es por ello que nos puede simplificar discusiones la referencia obligada a los términos que emplea la OMS: La

adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica". Este período, siempre según la OMS, quedaría enmarcado en la segunda década de la vida. Pero prefiero entender un período más amplio que incluya la etapa de la juventud, así como tomar esta definición de salud: "La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa".

Es especialmente interesante el **concepto de salud integral del adolescente** como toma de posición ante una situación comúnmente observada, en que se asevera que el ser humano es una unidad bio-psico-social, pero que en la práctica suele reducirse a la concentración de esfuerzos de los programas de salud en el área biológica. El objetivo de los programas debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, así como reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables.

Uno de los temas que más preocupa cuando abordamos el tema de la atención a la salud integral del adolescente es el que hace referencia al **concepto de riesgo**. Entendemos por riesgo la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan con una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales. El conocimiento de los riesgos no debe ser la excusa para refugiarnos en el pesimismo ante el devenir de la juventud actual. Debe demostrar la necesidad de diseñar programas preventivos, organizar sistemas asistenciales que sean válidos, e intervenir cuando la ocasión lo requiera. Pero hay que distinguir entre factores de riesgo, conductas de riesgo y situaciones de riesgo.

Ya vimos que los **factores de riesgo** son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir. Los factores de riesgo pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

Las **conductas de riesgo** agrupan aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura.

Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia.

Los y las adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer unas nuevas formas de relación con los adultos. Se trata de manifestaciones normales de la crisis fisiológica de la adolescencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conductas de riesgo.

En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre. Pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

En estos últimos años ha adquirido especial protagonismo la aplicación a las ciencias de la salud de un término de las ciencias físicas: "resiliencia".

La aplicación de este término a las ciencias de la salud surge de la siguiente pregunta: ¿por qué algunos individuos que crecen en situaciones de adversidad son capaces de madurar de forma saludable y productiva, mientras que existen individuos que parece que jamás serán capaces de superar las adversidades experimentadas durante sus primeros años de vida?

Al intentar dar respuesta a estos interrogantes, podemos entender la resiliencia como aquella capacidad de resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades. Al aplicarlo al tema que nos ocupa podemos afirmar que la fragilidad y la resiliencia del adolescente van a estar en función de la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores.

Los factores protectores son los elementos o características a nivel personal, familiar o social que impiden o evitan que una persona experimente y/o mantenga el consumo de alguna droga.

**Factores de protección personales:** Imagen personal positiva. Confianza en sí mismo, seguridad personal. Habilidades sociales que permitan resistir a las presiones de los grupos. Capacidad crítica. Manejo de información clara y precisa sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas. Buenas relaciones interpersonales. Habilidades de comunicación. Presencia de una escala de valores. Proyecto de vida.

**Factores de protección familiares:** es el grupo que se caracteriza por un sistema de relaciones cálidas y afectivas donde se valora la comunicación y la expresión de los sentimientos, así como el desarrollo personal y la autonomía. Las personas se sienten queridas y protegidas, pues existen normas en ellas y límites claros a las conductas de las personas que integran el núcleo familiar. También se caracterizan por transmitir valores, estilos de vida, actitudes y creencias que promueven el autocuidado y el no consumo de sustancias.

**Factores de protección social:** son los grupos que promueven la participación, el uso adecuado del tiempo libre, que son tolerantes con la diversidad, pero tienen normas y límites claros sobre aquellos aspectos

que se relacionan con el autocuidado, el valor de la vida y el respeto por la persona.

La adolescencia es momento de transformaciones y contradicciones.

Al mismo tiempo que el adolescente se aleja de su familia para formar una identidad propia, su redefinición en el mundo depende en gran medida del medio familiar en el que aconteció su infancia.

Desde el ámbito de la salud, los servicios que atienden adolescentes no pueden ser rígidos, es necesario que los profesionales responsables de su atención estén capacitados para ello, el adolescente no es un adulto en miniatura ni un niño que ha aumentado su talla, los profesionales responsables de su atención deben tener la capacidad de escucharlos atenta y cuidadosamente, permitiéndoles expresarse sobre los temas más complejos e íntimos, con respeto por sus tiempos y la confidencialidad.

En la consulta, es importante abordar temas relacionados con el estilo de vida, hábitos; es en este punto que **el profesional debe estar altamente capacitado para abordar una problemática de este tiempo, altamente compleja, como es el consumo de sustancias**, familia, escolaridad, socialización y uso de su tiempo libre. Para la consulta con el adolescente siempre usaremos la Historia Clínica del Adolescente-OMS-OPS-CLAP (se usa en todos los consultorios), un instrumento que nos permite un excelente y completo diagnóstico de situación en relación a qué problemática tenemos delante. A la vez levantaremos la historia adictiva, toda vez que el adolescente haya podido decir de su historia de consumo, de lo contrario respetaremos los tiempos y realizaremos un completo examen físico, buscando aquellos signos en relación a consumo, solicitaremos laboratorio completo, incluyendo siempre serología

para HIV, previo consentimiento informado, VDRL y hepatitis B.

**El abordaje de la salud integral del adolescente sólo debe ser concebido desde la interdisciplina, trabajar en equipo será la premisa fundamental.**

Es necesario tener en cuenta, que los jóvenes son “sujetos de derecho” y como tales deben ser considerados en la atención de la salud. Los adolescentes constituyen una población a considerar seriamente en las políticas sociales y sanitarias, ya que es fundamental trabajar para los jóvenes ahora, para asegurar un futuro mejor.

Probablemente existen tantas definiciones de adicción o fármaco dependencia basadas en la investigación al igual que en la experiencia personal, como formas de pensar. No es de extrañar, pues, que haya muchas áreas de honesto desacuerdo en las definiciones que se ven a diario. Nosotros creemos que es una enfermedad que ha tenido una **motivación particular para cada adolescente, por lo que compromete a la persona en su totalidad.**

Delante de un adolescente consumidor de drogas, consideramos que él se encuentra en un momento evolutivo de su proceso, y que para ir adelante, necesita ALGO que la mayoría de las veces no reconoce, que en nuestra percepción es la llave de las posibilidades de este individuo.

**“Adicto” viene del latín, a-dicto, lo no dicho, algo muy profundo en la mente que no puede ser verbalizado.**

**Lo no dicho es una fuente de dolor profundo que puede tener una causa traumática en la infancia.**

Pudo haber ocurrido incluso antes del lenguaje, o puede ser aún más profundo, relacionado a una “angustia existencial”, al dolor de la separación: del útero, del paraíso, del Edén. Ese dolor por la separación, también puede ser causa de la búsqueda de la unidad. La búsqueda por conocer y re-armar los pedazos de nosotros mismos dentro de nuestro diseño personal; por insertarnos y funcionar dentro del mundo que habitamos; por ser parte de un todo y salir así del eterno sentimiento de marginación que provoca lo “no dicho”.

**Es una herida y una llamada.  
Un dolor y una posibilidad.  
Una puerta entreabierta para entrar o para salir.**

Aquella puerta, que en la adolescencia se abre un poco más, se transforma en una pulsión de búsqueda de soluciones, preferiblemente inmediatas, pudiendo alinearse junto a las drogas y a su rápido efecto apaciguador de esta necesidad. Generando una tranquilizadora anestesia, poniendo distancia de la abrumadora realidad circundante.

La droga es un “remedio” que “remedia” estos estados internos de “necesidad” y “búsqueda de placer” a cualquier costo.

Si se consume una sustancia “psicoactiva”, ocurrirá sin duda, una gran aceleración de las funciones cerebrales, se producirá un gran vértigo de emociones y sensaciones y por consecuencia analógica un gran desgaste cerebral. El “tanque” de la energía del cerebro quedará “vacío” y con la acumulación de “sesiones de velocidad”, “fundido” y “limado” para usar una jerga bien conocida.

Es así que las adicciones pueden clasificarse de acuerdo a la complacencia social de su objeto, según la OMS, en las bien vistas por la sociedad, las regularmente vistas por la sociedad y en las mal vistas. Es de destacar que en todos los casos, la enfermedad de base es la incapacidad para

exteriorizar sus sentimientos, sus afectos. Por lo que el individuo debe echar mano a mecanismos patológicos para poder compensar esas falencias. Es tan enfermo el adicto al trabajo como el adicto a la cocaína. Solo que en el primer caso la sociedad no lo combate.

En lo que atañe a las posibles causales que genera un paciente de estas características, pueden describirse: la predisposición genética y el desencadenante psico-socio-familiar. El entorno socio-familiar es muy importante, ya que actúa como desencadenante de la alteración genética. Se necesita la predisposición y el desencadenante para obtener el producto final que es el drogodependiente. El consumo de sustancias puede producir tolerancia, compulsión y síndrome de abstinencia.

La condición de dependencia a una determinada droga no es necesariamente sinónimo de adicción, ya que por ejemplo, el diabético juvenil, depende de la insulina que se administra para vivir. Su enfermedad es la diabetes, su solución es la insulina. El cocainómano, en cambio, depende de la droga para no morir. Su enfermedad es la adicción, su solución aunque enferma y enfermante es la cocaína.

No puede abordarse al paciente desde la óptica de una sola especialidad ni curarlo en términos biológicos. Obviamente, el abordaje debe ser multidisciplinario, por ser una patología multicausal y la cura en términos sólo biológicos es imposible, lo que puede lograrse es una recuperación. El adicto se recupera, porque en definitiva se transforma en una paciente abstinente asintomático. Las huellas a nivel bioquímico que se producen son irreversibles, tanto más cuanto más inmaduro es el Sistema Nervioso Central. Los niños llaman la atención y piden ayuda como pueden, en general sin palabras que lo expliquen claramente. Pero el mensaje, la señal, el síntoma asoma irremediablemente. Si un chico sufre alguna forma de violencia o abandono, si desconoce autoridades, si le faltan nutrientes alimentarios y emocionales, si no choca sus impulsos contra límites que lo encuadren, si no puede entregarse a la conducción y protección de un adulto, los problemas se instalan desde temprano: uno de ellos, el consumo de drogas o el riesgo de generar más adelante una adicción.

La mayoría de esos chicos que consumen alcohol, pegamento y/o paco son pobres, víctimas inocentes

de vidas marginales en las que la droga se suma como remate a una situación de exclusión social previa. Pero el consumo de drogas no es patrimonio de los sectores más postergados. Por otro lado debemos decir que no existen dispositivos en Argentina para el tratamiento de los niños y niñas, ni equipos de profesionales capacitados para ello.

“Que tantos chicos de 11 años decidan quedarse en un lugar donde saben que se consumen drogas implica **que hay un alerta que no llegó** y por lo tanto se exponen. Lo mismo ocurre con otros datos: a uno de cada diez chicos de esa edad le han ofrecido drogas alguna vez y el mismo porcentaje tiene un amigo o compañero que se droga. Hablamos de una franja etárea que permanecía al margen del tema drogas. Hoy ya no les resulta desconocido ni ajeno”.  
Dr. Hugo Míguez. Diario Clarín 2007.

La Secretaría de Atención a las Adicciones, provincia de Buenos Aires, insiste en que por más que el uso de alcohol no sea frecuente, el contacto tan temprano con la bebida es preocupante. **“La cultura actual favorece las conductas adictivas y predispone al consumo. Muchos programas de televisión están influyendo a los chicos y ni las autoridades, ni la familia, ni la escuela, estamos pudiendo contrarrestar ese estímulo masivo. Hay que proteger a los chicos y hablarles cada vez más temprano para que puedan desarrollar un juicio crítico y cuidarse”**.

La edad de inicio en menores en situación de exclusión social promedia los 10 años. En general comienzan con pegamento. En la clase media, en general, consumen por primera vez a los 14 años y el debut suele ser con marihuana. El contacto con el alcohol es anterior.

Tabla 1: Efectos del consumo de sustancias

Sustancia	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
<b>Marihuana</b>	<p>Aumento del apetito. Taquicardia. Aumento de la tensión arterial. Enrojecimiento de los ojos. Disminución de la fuerza muscular. Intoxicación aguda: Despersonalización, confusión, inquietud, excitación</p>	<p>Disminución de la memoria. Complicaciones similares al tabaco.</p>
<b>Cocaína</b>	<p>Estimulación general, falta de apetito. Sensación de aumento de fuerza física y capacidad intelectual. Posibilidad de infartos, arritmias, etc. Intoxicación aguda: Sequedad de boca, sudoración, fiebre, irritabilidad, temblores, espasmos convulsiones, delirio.</p>	<p>Delgadez. Perforación del tabique nasal. Crisis de agitación, psicomotriz, ansiedad, pánico. Psicosis.</p>
<b>Alcohol</b>	<p>Falta de apetito. Nauseas, vómitos, diarrea. Ardor de estómago.</p>	<p>Cara alcohólica: ojos, nariz y pómulos enrojecidos, cabello escaso y fino. Aparato digestivo: úlcera, gastritis, esofagitis, diarrea, hepatitis, cirrosis, cáncer de hígado. Sistema nervioso: polineuritis, síndrome alcohólico fetal.</p>
<p><b>Pasta base</b></p> <p><b>Los efectos que produce el consumo de pasta base se pueden dividir en cuatro etapas:</b></p>	<p><b>1. Etapa de euforia</b> Euforia. Disminución de inhibiciones. Sensación de placer. Éxtasis. Intensificación del estado de ánimo. Cambios en los niveles de atención. Hiperexcitabilidad. Sensación de ser muy competente y capaz. Aceleración de los procesos de pensamiento. Disminución del hambre, el sueño y la fatiga. Aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo respiratorio.</p> <p><b>2. Etapa de disforia</b> Sensación de angustia, depresión e inseguridad. Deseo incontrolable de seguir fumando. Tristeza. Apatía. Indiferencia sexual.</p> <p><b>3. Etapa en que la persona empieza a consumir ininterrumpidamente</b> cuando aún tiene dosis en la sangre para evitar la disforia.</p> <p><b>4. Etapa de psicosis y alucinaciones</b> El consumo de PBC puede provocar psicosis o pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y durar semanas o meses. Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas.</p> <p><b>Otros efectos físicos</b> que se pueden observar por el consumo de PBC son: Pérdida de peso. Palidez. Taquicardia. Insomnio. Verborrea. Midriasis (dilatación de las pupilas). Náuseas y/o vómitos. Sequedad de la boca. Temblor. Hipertensión arterial. Falta de coordinación. Dolor de cabeza. Mareos. Picazón.</p>	

Para finalizar definiremos los términos más frecuentemente usados:

El uso habitual de las sustancias puede originar situaciones conflictivas. Surgirá entonces un **problema de abuso**: la persona comprometerá su salud o tendrá dificultades para funcionar como lo hacía hasta antes de usar drogas. Existen drogas cuya utilización conlleva tantos riesgos que cualquier forma de consumo genera las consecuencias del abuso, la pasta base, por ejemplo. De igual manera, hay sustancias que al margen de la frecuencia con que se consuman y de que exista o no dependencia, su uso puede acarrear importantes consecuencias: sobredosis, manejo de vehículos bajo sus efectos, consumo durante el embarazo. Se habla entonces de un consumo abusivo o problemático.

La **tolerancia** es el proceso que permite al organismo admitir progresivamente una mayor cantidad de droga. Se caracteriza por una disminución general del efecto de la sustancia con la misma dosis, de manera que el consumidor debe elevar la dosis o aumentar la frecuencia para conseguir la sensación deseada.

La **dependencia** de psicotrópicos es sinónimo de adicción y consiste en un conjunto de signos y síntomas que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de tales sustancias. En la dependencia, el individuo continúa utilizando los tóxicos a pesar de los efectos adversos que éstos ejercen en su organismo. Manifiesta, también, un incremento sucesivo en las dosis ingeridas, lo que lleva al sujeto a emplear la mayor parte de su tiempo ya sea en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos o conseguirla. Además, experimenta síntomas de intoxicación o abstinencia mientras realiza muchas de sus actividades cotidianas, que se subordinan al consumo de la sustancia modificando sus relaciones y hábitos sociales.

El **síndrome de abstinencia** es el conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al retirar o disminuir el consumo de una determinada droga con la que se ha generado dependencia; que se alivian al volver a usar la dosis cuya ingesta se dejó abruptamente. Cada sustancia da lugar a un específico síndrome de abstinencia, con signos característicos y diferente gravedad. La mayoría de

los síntomas son un estímulo, a veces poderoso, que lleva al consumidor a autoadministrarse nuevamente la sustancia para evitar las molestias que produce su falta.

**Policonsumo**: Es el consumo de diferentes sustancias al mismo tiempo y se trata de un hábito cada vez más generalizado. Los drogadependientes que solicitan ayuda profesional, a menudo tienen la convicción de que sólo les causa problemas la droga que ha sido dominante en su proceso de adicción. Esto es una complicación a la hora de pautar un tratamiento y prever futuras recaídas. Las posibles combinaciones de sustancias son muy numerosas.

## Ejercicio de Integración y Cierre

**A - Responda las siguientes consignas**



**1** Mencione 5 acciones concretas de prevención

.....

.....

.....

**2** Mencione por lo menos 5 factores de riesgo familiar

.....

.....

.....

**3** Mencione por lo menos 5 factores de protectores familiares

.....

.....

.....

**4** ¿Cuál debe ser el rol del pediatra en la prevención desde la niñez?

.....

.....

.....

.....


**B - Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas**

- 1** Laura tiene 15 años, viene con su mamá. Refiere intensas cefaleas, pérdida de memoria, trastornos del sueño, omalgia, contractura muscular y amenorrea de 20 días.

a) *Plantee hasta 3 diagnósticos diferenciales*

.....

.....

b) *¿Cómo abordaría el caso y qué interconsultas y estudios solicitaría?*

.....

.....

- 2** Pedro tiene 16 años ingresa a la guardia con: vómitos, cuadro de confusión y gran compromiso ventilatorio, sudoración profusa, sensación de hambre, nerviosismo y cambios súbitos de humor, mareos, visión doble y borrosa. Es controlado los Servicios de Adolescencia y Endocrinología.

a) *¿Cuál sería la primera acción a desarrollar?*

.....

.....

b) *Plantee hasta 3 diagnósticos diferenciales*

.....

.....

c) *¿Cómo abordaría el caso y qué estudios e interconsultas solicitaría?*

.....

.....

Compare sus respuestas con las que figuran en la **Clave**



## Conclusiones

Mirarlos, la mirada del vínculo, del afecto, del estar, de escuchar, la mirada del límite y como dice Winnicott: "Donde haya un adolescente pujando por crecer, debe haber un adulto que ofrezca un sostén para ese empuje".

Hemos intentado realizar una primera aproximación de manera muy resumida a la compleja y multicausal problemática del consumo de sustancias. Nuestro mayor objetivo ha sido instalar la importancia de la prevención desde la niñez. La participación activa del Pediatra en conjunto con la escuela, la familia y la comunidad. Desarrollar todos los programas de prevención educativa posibles en todos aquellos ámbitos posibles. Comprometer activamente a todos los efectores de la comunidad. Si la prevención se realiza de forma temprana, se consigue optimizar las "defensas psicológicas" de los niños, fomentando y consolidando la adquisición de hábitos, actitudes, valores y habilidades orientadas hacia una mejor calidad de vida.

Desarrollando aptitudes y conocimientos para un crecimiento autónomo capaz de resistir las presiones grupales, las situaciones estresantes y sobrellevar de la manera más sana posible los factores de riesgo que exponen al uso y abuso de sustancias en niños, niñas y adolescentes y posteriormente en los adultos. Entendemos la prevención como un proceso cuyo objetivo es facilitar modificaciones de conducta para una mejor calidad de vida englobando las actitudes de: PENSAR, SENTIR Y ACTUAR, para formar ciudadanos capaces de modelar y comprometerse en la posibilidad real de una sociedad mejor.

Prevenición en una sociedad en crisis debe ser la ampliación de la conciencia popular.

## Lecturas recomendadas

1. Fernández D'Adam, Guillermo. Prevención educativa en drogas. Editorial Gabas. Año 2006.
2. Manual de Adicciones, Roberto Baistrocchi - Roberto Fernández Cabriola. Ed GABAS. Colección textos universitarios en Drogodependencias, nov 2003.
3. Las adolescencias del siglo XXI. Dr. Marcelo Viñar. Septiembre 2007- congreso de adolescencia-sap.
4. Manual de Medicina de la Adolescencia-OPS; año 1996.
5. Revista Cubana de Farmacia; Año 2007.
6. [www.lasdrogas.info](http://www.lasdrogas.info)  
Instituto para el Estudio de las Drogodependencias.  
Gobierno de Canarias - Generalitat Valenciana.
7. [www.nida.org](http://www.nida.org) - [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)  
National Institute on Drugs Abuse.
8. [www.conace.cl](http://www.conace.cl)  
Consejo Nacional de Control de Estupefacientes. Mrio. del Interior; Chile.
9. [www.fad.es](http://www.fad.es) Fundación de Ayuda contra la Drogadicción Madrid; España.
10. [www.girasolfundacion.org.ar](http://www.girasolfundacion.org.ar) Fundación Girasol; Argentina.
11. Revista Adolescencia Latinoamericana. [www.rol-adolec.bus.br](http://www.rol-adolec.bus.br)

## Clave de respuestas

### A - Responda las siguientes consignas

1. Trabajar en campañas de reducción de la oferta. Realizar programas de percepción del riesgo en los jóvenes. Incluir y orientar a la familia para que incluya la voz y la opinión de los niños desde pequeños. Trabajar con la familia factores protectores, especialmente los relacionados con vínculo, modelos de identificación, comunicación y estimulación de la autoestima del niño, la niña y los adolescentes.
2. Deficiencias en habilidades educativas y prácticas de manejo familiar de los padres. Familias disfuncionales. Historia de adicciones en los padres: tabaquismo, alcoholismo, abuso de drogas. Trastornos mentales de los padres. Comportamientos violentos de adultos cercanos.
3. Buena comunicación. Posibilidad de expresión de sentimientos y afectos. Existencia de normas y límites claros a las conductas. Transmisión de valores y creencias que promuevan un estilo de vida saludable y de autocuidado. Fomento de la seguridad y la autoestima.
4. Desde el consultorio trabajar con el niño, la familia y siempre que podamos, con la escuela. Establecer límites desde el afecto, escala de valores, entender que para pertenecer primero debemos ser. Ayudar en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas desde su nacimiento hasta su adolescencia Desde la sociedad, insertándonos con una participación activa en todos aquellos ámbitos posibles para desarrollar, sostener y medir el impacto de los programas educativos de prevención en drogas.

### B - Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

#### ❑ Laura

a) Diagnósticos diferenciales: embarazo, trastornos de la alimentación, consumo de drogas. b) Anamnesis y examen físico, de lo que surge que Laura es consumidora de marihuana de larga data. Presenta trastornos del ciclo que nunca fueron estudiados. Trae un test de embarazo negativo. Nunca realizó control por ginecología. Menarca:

11 años. IRS: 13 años. No MAC. TA 140/75 mmHg. Escolaridad: repitente.

Se realizó interconsulta con Ginecología para la implementación de consejería en MAC, con Kinesiología y Psicología. Se solicitó rutina completa con serología para HIV, Hepatitis B y VDRL. Test de embarazo. Rx de tórax y ECG. Se completó esquema de vacunación. Se la cita cada 7 días. Se trabaja en equipo con Ginecología y Psicología.

\* IRC: Inicio de relaciones sexuales, MAC: Métodos anticonceptivos.

#### ❑ Pedro

a) Diabetes, consumo de sustancias, intoxicación. Pedro es diabético e ingresa en hipoglucemia. Es controlado por el Servicio de Adolescencia y por Servicio de Endocrinología. El control de la diabetes para el adolescente implica un desafío más que se añade a los múltiples cambios físicos, hormonales y emocionales que vivencia. Es fundamental que el adolescente con diabetes sea sostenido por sus padres, el médico de adolescentes y sus pares para lograr la aceptación de sus controles y del tratamiento. Su camino hacia la independencia debe ir de la mano de la adquisición de su responsabilidad en el control de su salud.



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# Capítulo 2

## Retardo mental

Lic. Graciela Ricci de Mannucci

Licenciada en Fonoaudiología. Profesora de Educación Especial

Magister en Pedagogía con terminales en Discapacidad e Integración Escolar

Presidenta de Asociación Civil para el Desarrollo de la Educación Especial y la Integración (A.D.E.E.I.)



Por un niño sano  
en un mundo mejor

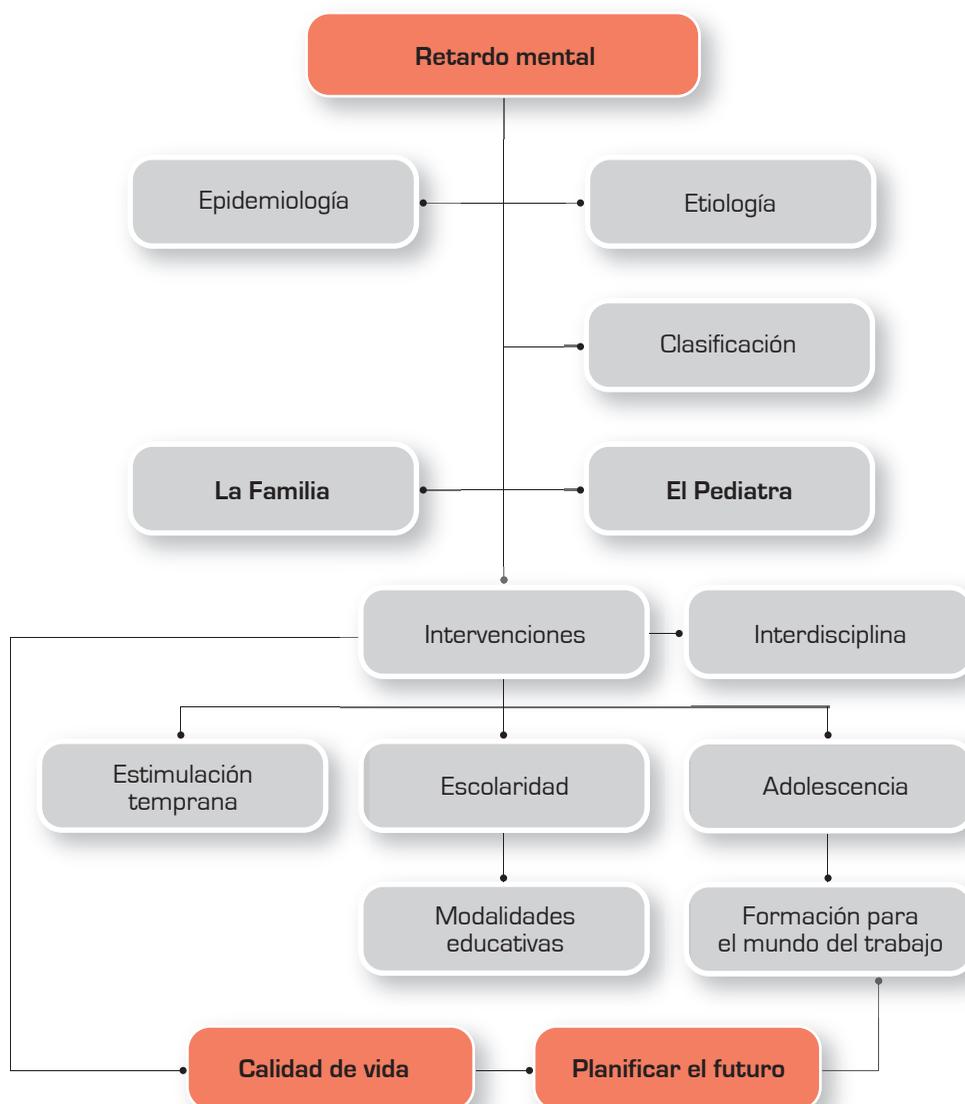
Sociedad Argentina de Pediatría  
Secretaría de Educación Continua

(08)

## Objetivos

- ❑ Revisar las conceptualizaciones que sobre el retardo mental tienen los profesionales de la salud.
- ❑ Identificar signos de alarma para realizar intervenciones tempranas de estimulación.
- ❑ Orientar a la familia con información actualizada sobre posibilidades de escolarización de los niños.
- ❑ Acompañar a las familias que tienen un hijo adolescente con retraso mental en la planificación de un futuro posible.
- ❑ Estimular, en la medida de lo posible, la construcción de autonomía y autodeterminación en estos niños.
- ❑ Conocer, difundir y hacer cumplir los derechos que tienen los niños con discapacidad.
- ❑ Valorar la necesidad del trabajo en equipos interdisciplinarios.

## Esquema de contenidos



## Introducción

El desarrollo del presente trabajo se realiza bajo la concepción de que la discapacidad no es una cuestión solamente biológica sino una retórica social, histórica y cultural. No es un problema sólo de la persona que la porta sino que está relacionada con la manera en que se organizan los vínculos sociales a distintos niveles: familiar, escolar, laboral, comunitario.

La definición de **Retardo mental (R.M.)** vigente actualmente en nuestro país es la suministrada por la Asociación Americana de Retardo Mental en el año 1992 que textualmente dice: *“El R.M. se refiere al deterioro sustancial de las funciones presentes. Está caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del término medio, que existe juntamente con limitaciones que se relacionan con dos o más de las áreas de la conducta adaptativa: comunicación, autoestima, independencia, salud y seguridad, conocimientos funcionales, ocio y trabajo.*

*El R.M. se manifiesta antes de los 18 años”.*

Esta definición es una conjunción de las principales concepciones teóricas que a través de los años se han ocupado del retardo mental: el enfoque médico; el psicométrico, vinculado a la Escuela Francesa; el evolutivo (paralelismo psicogenético, inacabamiento, viscosidad genética) relacionado con la Escuela de Ginebra, que en una gran simplificación, concluyó asimilando el Retardo mental leve con el nivel de pensamiento operatorio concreto, el Retardo mental moderado con el pre-operatorio y Retardo mental severo y Profundo con el nivel sensoriomotor; el

comportamiento, representado por el conductismo; el enfoque cualitativo a la luz de las investigaciones de Vigotsky y la Escuela Soviética y el cognitivo, vinculado a la Escuela Norteamericana.

Cuando hace referencia a *“limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual”* implica que deben existir limitaciones relacionadas con la inteligencia conceptual, práctica y social.

Al decir *“está caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media”* está definiendo como límite un cociente intelectual (C.I.) de 70 aproximadamente, de modo tal que siendo 100 una nota media o promedio, acepte dos desviaciones estándar de 15 puntos, obtenidos a través de dos o más pruebas de inteligencia aplicadas por profesional especializado y experimentado. Las pruebas que se apliquen deben ser válidas, fiables y explorar diferentes capacidades intelectuales para brindar un perfil que permita la comparación entre diversas habilidades relacionadas con la inteligencia.

Al mencionar *“coexiste junto a dos o más de las áreas de la conducta adaptativa”* significa que el funcionamiento intelectual limitado no es definitorio del retardo mental sino que deben registrarse también alteraciones en la valoración de la capacidad adaptativa del evaluado, dando relevancia a los factores ecológicos y contextuales.

Para una mayor comprensión de las habilidades adaptativas se presenta una tabla donde se describen brevemente y se relacionan con actividades, conductas y desempeños.

**Tabla 1: Habilidades adaptativas**

Habilidad adaptativa	Ejemplos prácticos
Comunicación: capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamiento simbólico y no simbólico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender órdenes sencillas.</li> <li>- Utilizar lenguajes alternativos.</li> <li>- Ser capaz de recibir y expresar afecto.</li> <li>- Escribir una carta o mensaje.</li> <li>- Comprender símbolos sociales.</li> </ul>
Autocuidado: se refiere al nivel de autonomía en las habilidades de higiene, comida y vestimenta, incluyendo apariencia física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar actividades de la vida diaria solo y/o con ayuda.</li> <li>- Requerir el tipo y momento de ayuda necesaria</li> </ul>

## Habilidad adaptativa

Habilidades sociales: interacción con los otros, autorregulación de la conducta, aceptación y uso de normas sociales.

Habilidades en la vida del hogar: incluye las habilidades necesarias para el funcionamiento del hogar.

Utilización de recursos de la comunidad: habilidades para el uso adecuado de recursos comunitarios de acuerdo a sus intereses y necesidades.

Autodirección: incluye actividades en las que el sujeto debe tomar decisiones vinculadas a su vida cotidiana, eventualmente haciendo uso de habilidades cognitivas y aprendizajes escolares.

Salud y seguridad: habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud.

Ocio y tiempo libre: incluye intereses variados que reflejan la elección y preferencia de la persona.

Trabajo: habilidades relacionadas con poseer un trabajo de tiempo parcial o total (habilidades laborales específicas y comportamiento social).

## Ejemplos prácticos

- Reconocer y demostrar afecto
- Iniciar, mantener y finalizar interacciones con otros.
- Mantener amistades
- Interaccionar con diferentes grupos sociales de acuerdo a la edad, intereses, necesidades

- Preparar comidas.
- Administrar su economía doméstica.
- Realizar tareas como planchar, cocinar, lavar.

- Viajar en transporte público /colectivo, tren, subte, taxi).
- Comprar en negocios y/o supermercados
- Consultar a un médico o centro de salud.
- Participar en actividades recreativas.

- Aprender a organizar y cumplir un horario.
- Cumplimentar rutinas laborales o sociales de la vida diaria.
- Buscar ayuda.
- Resolver problemas cotidianos.
- Escribir y leer.
- Operar por medio de algoritmos o en forma concreta.
- Aplicar conocimientos, procedimientos y actitudes de los aprendizajes realizados.

- Comer a diario y regularmente.
- Identificar y transmitir los síntomas de enfermedad.
- Prevenirse de accidentes y aplicar primeros auxilios.
- Ejercer la sexualidad responsablemente.

- Participar y/o asistir a eventos culturales y recreativos.
- Ídem de entretenimientos en el hogar.
- Respetar y acomodarse a pautas de participación social.

- Desempeñarse en tareas específicas.
- Respetar el compañerismo.
- Observar las relaciones jerárquicas.

*Fuente: El aprendizaje en alumnos con necesidades especiales. Ministerio de Educación y Cultura de la Nación. 1999.*

Finalmente, el corte que se propone a los 18 años resulta arbitrario. Cuando el retardo madurativo se instala después de esa edad se designa como “pérdida de facultades intelectuales o habilidades mentales descendidas”.

La definición, aunque resulta un tanto inacabada ya que más allá de lo que diga el C.I., la edad y la

capacidad adaptativa, existe un sujeto, único e irrepetible, singular y particular que se esconde detrás del déficit, muestra tres factores claves:

- ❑ Las capacidades son aquellos atributos que posibilitan el funcionamiento adecuado de la persona en la sociedad; el entorno hace referencia a los lugares donde vive, aprende, juega, trabaja, se socializa e interactúa.
- ❑ El funcionamiento relaciona las capacidades con el entorno circundante, pues cada persona actúa

acorde a sus posibilidades en un ambiente determinado.

▣ Las limitaciones que presenta deben afectar su capacidad para afrontar desafíos de la vida cotidiana.

El análisis realizado tiene como finalidad intentar desterrar el concepto de C.I. como **único** dato para definir el futuro de una persona, conducta aún en vigencia, a punto tal que las escuelas especiales de todo el país están organizadas por C.I. y se dividen en escuelas para alumnos con retardo mental leve, moderado y severo.

Los errores en medidas de inteligencia pueden diagnosticar un débil mental como normal, dando lugar a una debilidad mental oculta, o bien diagnosticar un normal como retrasado, provocando el falso débil mental.

Maud Mannoni afirma la necesidad de otra mirada. “¿Por qué encontramos débiles mentales tontos y débiles mentales inteligentes con C.I. idéntico?”

Esta nueva visión que da la definición de la Asociación Americana de Retraso Mental muestra una concepción cambiante del R.M. y de la discapacidad en general, que se aleja de una visión patológica, determinada, permanente y estática, hacia una perspectiva contextual en la que el **trastorno resulta de la interacción entre las limitaciones de la persona y el entorno físico y social, donde también se consideran los apoyos que debe recibir para un mayor y mejor desempeño.**

Visto así el R.M. invita al desafío de brindar las ayudas necesarias para establecer cambios significativos.

Este concepto de cambio se enriquece a la luz de dos cuestiones que aún no son debidamente consideradas: las inteligencias múltiples y la plasticidad neuronal.

Con respecto a las inteligencias múltiples descritas por Howard Gardner en 1983, que influyeron en académicos y educadores de la década del 90, el autor describe siete tipos de inteligencias independientes entre sí:

- la lingüística (referida a la capacidad para utilizar adecuadamente las palabras en forma oral o escrita);

- la lógico-matemática (capacidades intelectuales de deducción y observación aplicadas a la resolución de problemas científicos);

- la espacial (capacidad para percibir lo espacial y representarlo gráficamente);

- la musical (para la ejecución de instrumentos y desarrollo de la capacidad musical);

- la cinético-corporal (habilidad en la utilización del propio cuerpo para expresar una emoción o desempeñarse en la danza o el deporte);

- la intrapersonal (capacidad para acceder a la propia vida emocional, a los sentimientos propios, reconocerse defectos y cualidades y tomar decisiones en base a ello);

- la interpersonal (habilidad para interpretar las intenciones, motivaciones y estados de ánimos ajenos y ejercer el liderazgo).

▣

**Esta teoría tiene el mérito de subvertir la visión de que la humanidad se divide básicamente entre los seres humanos iluminados y los desprovistos de inteligencia.**

▣

Sostiene que cada una de las personas de la media, tiene una mezcla singular de varios tipos de inteligencias, lo que lleva a pensar que la mayoría es, al mismo tiempo, inteligente para algunas áreas del conocimiento y limitada para otras. Obviamente existe gente menos provista de inteligencia y otra que raya en la genialidad y, entre ambas, toda una gama de variantes.

La ciencia ha reunido evidencias suficientes para llegar a la conclusión de que la inteligencia es el resultado de dos factores: la genética y la experiencia de cada uno en su relación con el ambiente. Las neurociencias han comprobado lo que

las sociedades modernas no han asimilado todavía, jerarquizando solamente las habilidades lingüística y matemática, ambas medidas a través de pruebas de C.I., y no apreciando en su real magnitud las restantes.

Con respecto a la *plasticidad neuronal*, se sabe que es la propiedad que tienen las células nerviosas de reorganizar sus conexiones sinápticas y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células.

En el marco del retardo mental interesa lo relativo a la plasticidad adaptativa, entendida como el fenómeno de modificación que sufre el cerebro de manera permanente para cambiar o generar un circuito neuronal con el fin de instalar una ruta de conexiones nueva, cambios que ocurren con procesos como el aprendizaje y la memoria.

Aportes recientes de la neurobiología muestran cómo la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia, de modo tal que los

elementos más finos del proceso de transferencia de la información entre neuronas (las sinapsis) sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida: los mecanismos de plasticidad operan a lo largo de la vida del individuo y determinan de manera significativa su devenir.

Finalmente, cómo es posible que estando ya en el siglo XXI muchos profesionales continúen guiándose por las pruebas de inteligencia o tests de C.I. que, analizando únicamente los niveles de capacidad verbal y de ejecución, los lleven a caratular un niño en forma definitiva, como padeciendo un retardo mental inmodificable, estático y definitivo, cartel que lo acompañará por el resto de su existencia y será el que lleve el timón para determinar su ubicación en el núcleo familiar, su escolaridad, sus posibilidades laborales y su inserción en el medio social, en suma, su vida toda. Y lo que es más, lo lleve a engrosar la lista de personas con discapacidad recortando las posibilidades de estimulación que tendría sin este rótulo.

## Epidemiología

Los datos del ENDI (Encuesta Nacional sobre Discapacidad) que se llevó a cabo en la Argentina entre los años 2001 y 2003 determinaron que existen alrededor de 2.200.000 personas con discapacidad, lo que se corresponde con el porcentaje de la O.M.S. del 7%.

Unas tres personas de cada cien tienen retardo

mental o sea un C.I. inferior a 70.

Doce de cada mil niños escolarizados lo presentan.

El 56,54% del total del R.M. pertenece a retardo mental leve, proporción increíblemente abultada.

El 26,02% pertenece a retardo mental moderado.

El 11,06% a retardo mental severo.

El 6,36% a retardo mental profundo.

**Tabla 2: Total del País. Población con discapacidad. Cantidad de discapacidades por grupos de edad.**

Total del País.	Población con discapacidad. %		Cantidad de discapacidades					
			Una discapacidad %		Dos discapacidades %		Tres discapacidades o más %	
<b>Total</b>	<b>2.176.123</b>	<b>100,0</b>	<b>1.609.118</b>	<b>73,9</b>	<b>438.823</b>	<b>20,2</b>	<b>128.182</b>	<b>5,9</b>
0-4	50.854	100,0	38.925	76,5	9.171	18,0	[..]	[..]
5-14	203.643	100,0	166.622	81,8	27.134	13,3	9.887	4,9
15-29	250.677	100,0	211.998	84,6	30.470	12,2	8.209	3,3
30-49	336.868	100,0	281.491	83,6	45.845	13,6	9.532	2,8
50-64	467.823	100,0	360.490	77,1	87.812	18,8	19.521	4,2
65-74	372.217	100,0	256.493	68,9	95.657	25,7	20.067	5,4
75 y más	494.041	100,0	293.099	59,3	142.734	28,9	58.208	11,8

Nota: el total del país abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más.

Fuente: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI). INDEC. CONADIS.

Primera Encuesta Nacional 2002-2003. Complementaria del Censo 2001.

## Etología y comorbilidades

Solamente en el 25% de los casos se encuentra una razón específica que justifique el retardo mental (Tabla 3)

**Tabla 3: Posibles factores que pueden contribuir en la patogenia del retraso mental**

<b>Trastornos previos a la concepción</b>	<p>Anomalías monogénicas (por ejemplo: errores congénitos del metabolismo, enfermedades neurocutáneas).</p> <p>Anomalías cromosómicas (por ejemplo: enfermedades ligadas al cromosoma X, translocaciones, cromosoma X frágil).</p> <p>Síndromes poligénicos familiares.</p>
<b>Alteraciones embrionarias precoces</b>	<p>Cromosomopatías (por ejemplo: trisomías, mosaicos).</p> <p>Infecciones (por ejemplo: citomegalovirus, rubéola, toxoplasmosis, virus de inmunodeficiencia humana)</p> <p>Teratógenos (por ejemplo: alcohol, radiación)</p> <p>Alteración de la función placentaria</p> <p>Malformaciones congénitas del sistema central (idiopáticas).</p>
<b>Agresiones al cerebro fetal</b>	<p>Infecciones (por ejemplo: virus de la inmunodeficiencia humana, toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes simple).</p> <p>Tóxicos (por ejemplo: alcohol, cocaína, plomo, fenilcetonuria materna)</p> <p>Insuficiencia placentaria/malnutrición intrauterina.</p>
<b>Problemas perinatales</b>	<p>Prematurez extrema.</p> <p>Lesiones hipóxico-isquémicas.</p> <p>Hemorragia intracraneal</p> <p>Trastornos metabólicos (por ejemplo: hipoglucemia, hiperbilirrubinemia).</p> <p>Infecciones (por ejemplo: herpes simple, meningitis bacteriana)</p>
<b>Lesiones cerebrales posnatales</b>	<p>Infecciones (por ejemplo: meningitis, encefalitis).</p> <p>Traumatismos (por ejemplo: lesiones craneales graves).</p> <p>Asfixia (por ejemplo: casi ahogamiento, apnea prolongada, sofocación).</p> <p>Alteraciones metabólicas (por ejemplo: hipoglucemia, hipernatremia).</p> <p>Tóxicos (por ejemplo: plomo).</p> <p>Hemorragia intracraneal.</p> <p>Malnutrición.</p>
<b>Experiencias posnatales perturbadoras</b>	<p>Pobreza y desorganización familiar.</p> <p>Disfunción de la relación lactante-cuidador.</p> <p>Psicopatología parental.</p> <p>Consumo de sustancias tóxicas por los padres.</p>
<b>Influencias desconocidas</b>	

Fuente: Tratado de Pediatría Nelson. 3era edición. Mc Graw-Hill. Interamericana España, pag 156, tomo 1

Para clarificar esta situación, establecer diagnóstico, pronóstico y poder planificar una terapéutica adecuada, hay que estudiar previamente las comorbilidades que pueden presentarse.

*Comorbilidad médica asociada:* entre ellas hipotiroidismo, cataratas congénitas, cardiopatías, epilepsia, desnutrición, trastorno motor, déficit auditivo o visual, etc.

*Comorbilidad mental asociada:* trastornos del desarrollo, trastorno por déficit atencional/ hiperactividad, enfermedad de tics y otros trastornos del movimiento, esquizofrenia y otros estados psicóticos, trastornos del ánimo, trastorno ansioso, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de la alimentación, desorden de estrés post-traumático.

*Comorbilidad con trastornos del desarrollo* (autismo y psicosis), fallas de constitución del pensamiento en estrecha vinculación con fallas estructurales en el proceso de construcción del psiquismo.

Se ha formulado la teoría de que un diagnóstico más completo revelaría que un considerable número de niños clasificados como con retardo mental padecen en realidad, inhibiciones y traumas psicológicos.

Por ese motivo se solicitan, siempre que sean posibles, estudios más completos, como las evaluaciones neuro psicológicas y neurolingüísticas.

La reducción de la mortalidad de bebés de bajo peso al nacer o de aquéllos que sufren complicaciones severas durante el parto, determina que muchos de los niños que se salvan queden con varias secuelas, entre ellas el retardo mental.

En relación a conocer la causa que provocó el retardo mental hay situaciones en que es necesario extremar la búsqueda. Y ellas son: cuando se sospecha que hay una terapéutica específica como en el caso de las enfermedades metabólicas y endócrinas; cuando se piensa en una enfermedad progresiva, para preparar adecuadamente a la familia y cuando se piensa en una causa hereditaria. En esta última opción, como es la fragilidad del cromosoma X se impone la necesidad del consejo genético para planificar el futuro familiar.

No sucede lo mismo con el Síndrome de Down, que es la causa más común de retardo mental genético, pero no es hereditario, aunque pueda repetirse en un 5% de los casos.

En la Tabla 4 se presenta un listado de signos de alarma para el pediatra. Este listado es solamente una posible guía y deben ser tenidos en cuenta recordando que existen individualidades propias de cada ser humano. No es, por lo tanto, una tabla rígida.

**La complejidad del comportamiento y las respuestas y lo engañoso que puede resultar un solo factor causal vuelve imperativa la necesidad de que cada caso sospechoso de R.M. sea puesto a prueba, hasta que la observación y el estudio verifiquen o refuten el diagnóstico.**

**Tabla 4: Signos de alarma para el pediatra**

Edad	Signo
Tres meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duerme mucho.</li> <li>- No gira la cabeza hacia el lugar de donde proviene un sonido.</li> <li>- No cambia de posición para intentar tomar un objeto.</li> <li>- No logra asir con una o dos manos un sonajero.</li> <li>- No puede fijar la vista en un objeto y seguir sus movimientos con la mirada.</li> <li>- No produce algunos sonidos en forma de arrullos.</li> <li>- No ríe.</li> </ul>

Tabla 4: Signos de alarma para el pediatra

Edad	Signo
De cuatro a seis meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No reconoce a sus padres.</li> <li>- No reconocer objetos familiares, como su mamadera.</li> <li>- No logra mantener la cabeza erguida.</li> <li>- No puede levantar objetos pequeños.</li> <li>- No aparece el balbuceo.</li> <li>- No se entretiene con juguetes de peluche o plástico, con objetos de goma que hacen ruido o artículos blandos para morder cuando comienzan a salir los dientes.</li> </ul>
De siete a nueve meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se sienta ni gatea.</li> <li>- No se mueve con facilidad.</li> <li>- No se estimula tirando cosas al suelo o haciendo ruido golpeando, por ejemplo, una cacerola con una cuchara.</li> </ul>
De diez a doce meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No gira sobre sí mismo en la cuna ni se sienta cuando despierta.</li> <li>- No logra ni intenta la manipulación de objetos: apilar, encastrar, ensartar anillos.</li> <li>- No comprende lo que su madre le dice.</li> <li>- No asocia el objeto concreto con su nombre.</li> <li>- No pronuncia palabras sencillas (mamá, papá, adiós).</li> <li>- No emite onomatopéyicos.</li> </ul>
Un año	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No camina entre los 14 y los 18 meses.</li> <li>- No trepa.</li> <li>- No responde al ser llamado por su nombre.</li> <li>- No baila al ritmo de la música.</li> <li>- No cumple órdenes sencillas.</li> <li>- No imita.</li> <li>- No acrecienta su lenguaje comprensivo y la cantidad de palabras emitidas, aun en media lengua.</li> </ul>
Dos años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No presenta las típicas rabietas de los dos años.</li> <li>- No sostiene la mirada.</li> <li>- Permanece aislado de otros niños de su edad.</li> <li>- No logra más de 200 palabras.</li> <li>- No logra movimientos de coordinación gruesa.</li> <li>- No se entretiene jugando con agua, arena, cajas.</li> </ul>
Tres años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No muestra tranquilidad y docilidad.</li> <li>- No comienza el juego imaginativo-simbólico.</li> <li>- No incorpora frases.</li> <li>- No pregunta constantemente.</li> <li>- No controla esfínteres.</li> <li>- No logra usar el triciclo.</li> <li>- No puede caminar en puntas de pie.</li> <li>- No puede saltar con ambos pies.</li> <li>- No sube una escalera empleando alternadamente los pies.</li> <li>- No logra comenzar a incorporar coordinación fina.</li> <li>- No aumenta su curva de atención.</li> <li>- No se entusiasma con pinturas, dibujos, plastilina.</li> <li>- No diferencia tamaños o colores.</li> </ul>

**Tabla 4: Signos de alarma para el pediatra**

Edad	Signo
Cuatro años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No puede vestirse y desvestirse solo.</li> <li>- No disfruta jugar con otros niños.</li> <li>- No aumenta su vocabulario e introduce oraciones y preguntas permanentes (cómo-por qué).</li> <li>- No diferencia tamaños y formas.</li> <li>- No logra integrarse a la sala de jardín de infantes correspondiente a su edad.</li> <li>- No baja las escaleras alternando los pies.</li> <li>- No logra saltar en un pie.</li> <li>- No puede hacer rebotar una pelota.</li> </ul>
Cinco años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No logra coordinación refinada.</li> <li>- No reconoce su nombre escrito.</li> <li>- No reconoce y escribe su inicial.</li> <li>- No reconoce los números.</li> <li>- No logra saltar.</li> <li>- No posee lenguaje espontáneo fluido.</li> <li>- No puede mantener un diálogo ni describir una lámina.</li> </ul>

Fuente: *Elaboración propia.*

En los niños con RM no hay reglas universales, todo dependerá de factores concomitantes y del cuadro general de cada individuo. También se pueden presentar dificultades psicomotoras, sensoriales, de habilidades sociales, de autocuidado, de aprendizaje y de lenguaje.

En cuanto al desarrollo de la personalidad, tiene dificultades para estructurar su experiencia y hacer uso de ella.

Si bien recibe datos perceptivo-motores, tiene dificultades para la estructuración de esos datos de forma que adquieran significación real para él, que

los pueda utilizar en cualquier momento. El elemento de personalidad más sobresaliente y quizá determinante de otras características, es la repetida experiencia de fracaso, que parece regir muchos de los procesos motivacionales y ser el motivo por el cual las personas con retardo mental generalmente adoptan estrategias orientadas a evitar el fracaso, a disminuir los riesgos, más que a la búsqueda del éxito.

Otra característica es creer que los acontecimientos que ocurren están fuera de su control. Se guían por claves directrices externas y guías proporcionadas por el entorno. Son frecuentes sentimientos de frustración, labilidad emocional, vulnerabilidad al estrés y a reacciones de ansiedad.

## ➤ Clasificación

Actualmente se consideran superadas las clasificaciones rígidas y se prefiere abordar las diferencias desde una observación detallada y profunda que dé elementos de mayor representatividad de la realidad de cada niño, con un enfoque neuropsicológico. De esta forma, y de acuerdo a la evaluación de los rasgos propios de cada uno, se tiene una imagen más precisa, real, completa y respetuosa del sujeto y, por ende, permite establecer con mayor claridad la ayuda que requiere.

Sin embargo, desarrollaremos la clasificación de acuerdo al nivel intelectual o C.I. por ser la más conocida y frecuentemente utilizada.

Los niños con **RM leve (C.I. 55-70)** son niños que pueden desarrollar su comunicación y las habilidades sociales. Presentan un mínimo retraso en las áreas perceptivas y motoras. Es en la escuela donde se detectan dificultades de aprendizaje de técnicas instrumentales. No presentan problemas de adaptación en el ambiente familiar ni social. Más adelante pueden adaptarse al mundo del trabajo.

Muchos autores no lo consideran una entidad nosológica ya que generalmente las diferencias son de orden socio-cultural, familiar o ambiental.

Los niños con **RM moderado (C.I. 40-55)** pueden adquirir hábitos de autonomía personal y, con algunas dificultades mayores, también sociales.

Aprenden a comunicarse con el lenguaje oral, si bien éste presenta algunas alteraciones.

Tienen dificultad en la comprensión de los convencionalismos sociales. Logran un aceptable desarrollo motor y pueden adquirir habilidades básicas para desempeñar algún trabajo. Contrariamente a lo que podría esperarse, la percepción elemental no está demasiado alterada. Hay trastornos de juicio y razonamiento, pero estos niños pueden hacer generalizaciones y clasificaciones mentalmente, aunque después tengan dificultades o no sean capaces de expresarlas a nivel verbal.

Generalmente se acercan al aprendizaje de la lecto escritura y el cálculo sin llegar a dominarlo.

Los niños con **RM severo (C.I. 25-40)** generalmente necesitan protección y ayuda permanente ya que su nivel de autonomía personal y social es muy bajo.

Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden realizar algunas adquisiciones verbales, pero su lenguaje es muy elemental. El vocabulario es muy restringido; la sintaxis, simplificada. No adquieren lecto escritura.

Pueden adiestrarse en habilidades de autocuidado básico.

Llegarán a realizar trabajos mecánicos y manuales simples bajo control.

Los niños con **RM profundo (C.I. menor de 25)** presentan grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación. Son dependientes en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos muy simples de autoayuda.

Desde los años 80 se ha producido una fuerte crítica, tanto en los ámbitos médico y psicológico como en el educativo, a categorizar el retardo mental utilizando sólo los instrumentos de la

psicometría y muy especialmente a las categorías de leve, moderado, severo y profundo.

Estos argumentos presentan distintos cuestionamientos:

- El cuestionamiento a la confiabilidad de los instrumentos de medición (tests).
- La utilización indiscriminada de pruebas de C.I. en la escolaridad obligatoria lo cual generó un acrecentamiento de la matrícula de escuelas de retardo mental en todo nuestro país, específicamente de retardo mental leve aumentando la discriminación.
- La evaluación parcializada que no tiene en cuenta la incidencia del contexto ni otras áreas importantes del desempeño.
- La comprobación que el uso de metodologías actualizadas favorecen la modificación del área cognitiva.
- La existencia de propuestas de ámbitos más normalizadores e inclusivos en todos los contextos (social, familiar, salud, laboral).

Este análisis crítico se hace más relevante aún en el caso del retardo mental leve.

Algunos autores sostienen que sólo el 10% de las personas incluidas en esta categoría podrían ser consideradas como tales, mientras que el resto encubrirían una población perteneciente a sectores desfavorecidos cultural y económicamente, a minorías lingüísticas, a poblaciones migratorias, grupos marginados, es decir, sería el resultado de diferencias socio-culturales y ambientales.

❖

**Se instala un doble estado de exclusión, la precarización de oportunidades y habilitaciones devenidas de la pobreza y del entorno y las dificultades para aprender devenidas de esa precarización de oportunidades.**

❖

**Retardo mental**

La descripción del R.M. aparece a lo largo de toda la historia del hombre.

Se describe en todas las culturas, universalidad.

Distribución equitativa en todas las clases sociales.

Compromiso orgánico comprobable, en la mayoría de los casos.

Las personas son identificables como tales durante toda su vida.

Diagnóstico universal, basado en síntomas y síndromes.

Se encuentra comprometido todo el desarrollo de la persona en su conjunto (lenguaje, motricidad, actividad simbólica, etc.).

**Rotulación del retardo mental leve**

Aparece ligada a la complejidad tecnológica de la sociedad industrial y a la obligatoriedad de la educación primaria.

No aparece en sociedades simples o con alto grado de homogeneidad cultural.

La gran mayoría de los casos pertenecen a los sectores menos favorecidos de la sociedad.

Sin compromiso orgánico comprobable.

Sólo pueden identificarse a partir de las exigencias que impone la escolarización.

Se diagnostica mediante la aplicación de pruebas de inteligencia.

Se refiere particularmente al desempeño escolar entendido como adaptación, no se encuentra comprometido el comportamiento en su conjunto.

Es importante recordar que difícilmente se rotule a un niño con esta categoría antes de su ingreso a la escuela, lo cual lleva a responsabilizar a la institución escolar de este sobrediagnóstico.

Es interesante el siguiente cuadro comparativo entre el retardo mental (según el modelo tradicional) y el análisis del retardo mental leve.

Jean Mercer realizó una investigación en Riverside, California en 1963/4 sobre el alto grado de rotulación de niños con R.M.L., especialmente en el primer ciclo, arribando a dos conclusiones significativas:

❖

**En la complejidad de las sociedades modernas asociadas al fenómeno de diversidad cultural, la escuela funciona como agencia rotuladora.**

**La escolaridad obligatoria y el indiscriminado uso de pruebas de C.I. hacen más amplios los efectos de la rotulación, afectando a gran parte de la población educativa.**



Por lo tanto la autora recomienda que ante la necesidad de una valoración diagnóstica, se incluya al niño en diversas situaciones no escolares, que acerquen a la escuela una mirada más amplia.

El retardo mental leve no es una categoría de necesidad educativa especial ni producto de la composición genética. Es una categoría que encubre la pertenencia de las personas rotuladas como tales a los sectores menos favorecidos de la población, que refleja las diferencias de oportunidades educacionales y medioambientales, pero que no debe entenderse como un retardo mental sociocultural. Y como es en la iniciación de la vida escolar donde aparece, es la escuela la que no debe transformar la diferencia en déficit, pero tampoco pueden quedar los niños librados a la suerte de sus diferencias. La escuela debe reconocer las diferencias en el punto de partida escolar y obrar en consecuencia, llevando adelante una planificada acción destinada a atenuarlas. Esto queda demostrado en los datos del ENDI que arrojan que 1,8% de los niños de 0 a 5

años presentan discapacidad, pero en la franja etaria de 5 a 14 años este porcentaje asciende al 3,6%.

Agravando esta situación aparecen otras estadísticas que nos informan que en el país, la población escolar de alumnos de escuelas especiales de nivel inicial, primario y laboral, públicas y privadas, asciende a 166.629 alumnos, que concurren a 1.093 escuelas especiales y sus anexos. De esas 1.093 escuelas, el 75% son escuelas de retardo mental y de ese 75%, el 50% son de retardo mental leve. Y están todas con muchos alumnos, lo cual es una señal de alarma mayor.

Si bien estos datos se conocen y se han analizado desde hace más de diez años, la división de las categorías escolares de Educación Especial no han cambiado y las escuelas de retardo mental leve se encuentran pobladas por alumnos que están rotulados con una etiqueta.

Pero la realidad de un niño no puede comprenderse ni abordarse sin tener en cuenta a su familia, ya que la relación entre ambos teñirá todo el devenir del hijo.

## La familia

Una familia es, ante todo, una gran trama vincular. La familia que espera un hijo está colmada de proyectos, expectativas e ideales familiares.

Durante nueve meses y más también se piensa en el bebé que se quiere tener, el bebé diseñado, el dibujado, programado y soñado. Se espera un hijo normal, sano, sin problemas, que cumpla con el deseo de proyección hacia el futuro, se espera al hijo ideal. Y cuando nace, aunque sea sano y lindo, hay un cierto grado de desilusión frente a ese bebé real, que, seguramente, algo no tendrá del soñado. Y entonces hay algo que recomodar. Y también hay algo que modificar en relación a la imagen de padres que se había pensado, hay algo que modificar del rol que se soñaba desempeñar, para asumir las posibilidades reales, de uno como madre o padre y del entorno donde se actúa.

El nacimiento de un hijo con discapacidad lleva esto a su máxima expresión; produce un quiebre grave en la estructura de la familia, determinando la existencia de un antes y un después de ese acontecimiento. Se rompe todo lo depositado en ese hijo antes del nacimiento, las expectativas, los proyectos y las

ilusiones. Aparece una injuria narcisista que no se puede elaborar y deja sin capacidad y sin recursos para poder sostener y contener a ese bebé. El encuentro con lo impensable desestabiliza y muere la imagen de los padres que soñaron ser. Para que puedan vincularse con el hijo real, ellos tendrán que realizar el duelo por el hijo que no nació.

**Algunas familias encuentran por sí mismas, la posibilidad de resistir y construirse positivamente, dando cuenta de la resiliencia de los seres humanos**

Las familias no pueden ser consideradas solamente pasivas y receptoras, aceptando las soluciones que otros puedan plantearles desde afuera. Es necesario

darles un lugar activo y protagónico en la búsqueda de sus propios recursos, capacidades y fortalezas.

Todos los esfuerzos de quienes acompañan a la familia en los primeros momentos deben estar dirigidos a colaborar en la concreción de la acogida, con la concreción de la posibilidad de alojar a ese niño que no es el niño esperado, el soñado. Si no se colabora rápidamente, la familia inconscientemente puede reorganizar su propia economía psíquica sustentando la ilusión de que el tiempo no pasa y ese hijo comienza a funcionar como un bebé eterno.

En cambio, cuando la intervención es exitosa, es incalculable el valor de todo lo que la familia puede aportar a lo largo de la vida de ese niño.

❖

**La familia sabe de su hijo cosas que los profesionales no podemos ver, por eso es necesario aprender a escuchar lo que nos dicen y hasta lo que no nos dicen.**

❖

Nos cabe la tarea de trabajar los factores protectores y facilitadores para aumentar la resiliencia de esos padres y hermanos. La familia, pero también la escuela, la sociedad y la armonía de las relaciones entre estos actores son generadores de resiliencia. Y si la resiliencia es, en verdad, un entramado vincular sano, sobre esa reparación habrá que trabajar.

Si logramos algo de esto iremos viendo, con matices, caídas, subidas y mesetas, una familia que mostrará su esfuerzo, que quizá vivirá la desculpabilización y que podrá tejer redes de sostén y contención, verdaderos apoyos o "holdings" para su hijo discapacitado y también para sus hermanos.

❖

**Es la familia la que marca el camino.**

❖

Los terapeutas y los educadores difícilmente podemos ir más allá del punto al que han llegado o están dispuestos a llegar los padres en relación con su hijo. Cuando el entorno familiar es facilitador de autoconfianza y creatividad, el niño podrá lograr la plenitud de sus talentos y podrá ser artífice, en la medida de lo posible, de su destino.

Pero ese duelo no se elabora de una vez y para siempre. Se renueva periódicamente en distintos momentos: cuando se ingresa en una institución, ante un nuevo embarazo; cuando las preguntas son cuál es la mejor escuela, qué pasa en la adolescencia, y qué hacemos con el secundario, y dónde va a trabajar, quién lo prepara para el mundo del trabajo, qué empresa lo podrá contratar, se casa o no; conviene que tenga hijos o no, y cuando los padres no estén quién lo mantendrá, con quién vivirá. Y mientras tanto la familia sufre, se desorienta y se desespera. Y algunas se desarman.

Generalmente, **los hermanos**, presentan necesidades postergadas que aprenden a ocultar; son atentos y solícitos con el hermano discapacitado, le tienen paciencia, lo ayudan, lo cuidan y se sobreadaptan. Pero esto no es normal, deja rastros; por lo tanto algunas veces se dan situaciones que son fuente de hostilidades, celos, envidia, ya que los padres a ese hermano siempre le responden, es para quien tienen tiempo, nunca para él. Otras veces sienten "la culpa de su propia normalidad". También puede aparecer vergüenza frente a los amigos e inseguridad, soledad, desamparo y depresión por esa confusión de sentimientos y ambivalencia de los mismos, que pueden traducirse en algunos síntomas físicos o problemas escolares. Lo ideal es que el hermano pueda participar y colaborar con su hermano discapacitado sin quedar atrapado en excesos.

Es un aprendizaje el que debe realzar la familia para lograr el justo equilibrio que favorezca la realización de cada uno de sus hijos sobre la base del respeto a las posibilidades, intereses y necesidades de cada uno en particular, intentando llegar al punto en que la discapacidad de un hijo no sea el centro de toda la dinámica familiar.

Con seguridad hay familias que avanzan, que pueden lograr este equilibrio. Que aceptan gradualmente la realidad de su hijo especial; entonces, disminuyen las angustias, los temores y la desesperanza. Es un

camino con idas y venidas pero posible y se puede llegar al punto de desterrar la idea de sacrificio y renunciamiento y generar el espacio necesario para que aparezca la energía infinita de la esperanza.

En la Argentina se cuenta con escasos programas destinados a orientar, contener y acompañar a las familias de personas con discapacidad. Las que más logros han tenido son las organizaciones ligadas a la discapacidad intelectual y muy especialmente al Síndrome de Down en los últimos veinte años. Si bien han propiciado espacios de contención entre pares, estos no han logrado expandirse a otras discapacidades.

En general, se han esclarecido aspectos médicos y terapéuticos, es decir, lo centrado en la persona con discapacidad, pero no se ha abordado lo relacionado con cada uno de los miembros de la familia de esa persona. Es decir que se ha olvidado que trabajar con la persona con discapacidad implica trabajar con su entorno. No se lo ha realizado ni desde el Estado ni desde las ONGs., si bien está ampliamente comprobada la importancia ejercida por las organizaciones que han propiciado el asesoramiento y la contención a otras familias a través de los grupos de autoayuda.

Las familias con un miembro con discapacidad necesitan agruparse para buscar pertenencia pero evitando la separación social. Es necesario trabajar los vínculos de las familias con la comunidad en la cual se hallan insertas.

Otro punto a tener en cuenta es la importancia del abordaje de esta problemática apelando a los principios de complementariedad y subsidiariedad de los sistemas y otros estamentos del Estado.

### **➤ Sistema Único**

Una preocupación constante para las familias ha sido, históricamente, que sus hijos con discapacidad tuvieran acceso y reconocimiento pleno al derecho a ver satisfechas sus necesidades básicas vinculadas con la salud, la educación y la seguridad social.

Hoy en día existe ese derecho establecido por la legislación vigente, enmarcado en “el reconocimiento digno de su condición de persona con necesidades especiales”.

Desde el año 1998 existe la Ley 24.901 “Sistema de prestaciones de atención integral a favor de las personas con discapacidad”, cuyo objetivo es asegurar la universalidad de la atención a las personas con discapacidad, mediante el desarrollo de un sistema de integración de políticas y recursos institucionales y económicos afectados a la temática, en el ámbito nacional.

Esto significa brindar a todas las personas con discapacidad una cobertura integral a sus requerimientos, con adecuado nivel de calidad en los servicios y prestaciones y con buena articulación de los recursos existentes.

Comprende: estimulación temprana; centros educativos terapéuticos; rehabilitación psicofísica con y sin internación; escuelas especiales de nivel inicial y primario; apoyo a la integración escolar; centros de día; rehabilitación profesional y formación laboral; hospital de día; residencias; pequeños hogares y hogares; ayudas técnicas, prótesis y ortésis, transporte. Y muy recientemente se han incorporado el servicio de apoyo para la vida autónoma, apoyo para la vida en el hogar, apoyo para la integración comunitaria y apoyo domiciliario.

Para gozar de estos beneficios se requiere estar afiliado a una obra social nacional y tener certificado de discapacidad. Algunas prepagas se han adherido últimamente.

Si bien estaba prevista la cobertura a la población con discapacidad carenciada, esta no se aplica y se sigue luchando para que sea una realidad, como también para que las obras sociales provinciales, de las Fuerzas Armadas y de Seguridad brindan esta cobertura a sus afiliados con discapacidad, sin necesidad de reclamarlo en la mayoría de los casos, por vía del recurso de amparo o reclamo judicial.

## Intervenciones ¿Por dónde se comienza?

En algunos casos el diagnóstico se realiza antes del nacimiento, entonces hay posibilidades de una preparación previa.

Otras veces se hace en el momento del nacimiento. Entonces, el pediatra en la sala de partos se enfrenta a una situación muy especial, de soledad, de desasosiego, de incertidumbre, la cual le demanda una gran fortaleza para pararse frente a esos padres llenos de ilusiones y darles la noticia.

### Estimulación temprana

Muchas veces el diagnóstico no es suficientemente preciso, pero sabemos que la premisa es no perder tiempo. Las primeras adquisiciones de los bebés son fundamentales y deben concretarse en tiempo y forma oportunos. Sentarse, gatear, caminar, adquirir los elementos que posibilitan el lenguaje deben ocurrir, en la medida de lo posible, en la etapa cronológica correspondiente. Cuando así no sucede es necesario indagar las causas del retraso o intervenir para encaminarlas y, si es posible, resolverlas.

Y mientras todo se va clarificando se instala la posibilidad de comenzar con estimulación temprana.

En otros casos, frente a un bebé con signos físicos como los que tienen los niños con Síndrome de Down o cuadros más complejos, no hay dudas. Entonces, a los cuarenta y cinco días se desarrollan las primeras sesiones.



**Hace años que la idea es no esperar.  
Atrás quedaron las tan escuchadas frases: “ya va a hablar” “ya va a caminar”  
“Usted lo compara con sus otros hijos”  
“cada uno tiene sus tiempos” “usted está muy ansiosa”.**



La estimulación temprana es una de las intervenciones que pueden introducir cambios importantísimos implicados en la recuperación funcional, lo cual permite nuevas posibilidades de estudio y acercamiento a diversas patologías y su recuperación, y quizá nos ayude a encontrar desde la humildad del desconocimiento, la clave para entrar en el mundo de los niños con retardo mental.

Los bebés en riesgo biológico y/o social deben ser derivados a estimulación temprana. En su abordaje se trabaja con el niño pero también con sus padres, en búsqueda del entramado vincular que tanto favorecerá el desarrollo futuro del bebé.

Las estimuladoras tempranas van abriendo el camino, fertilizando el terreno, durante cuatro años y permiten así el ingreso a preescolar con una serie de herramientas de fundamental importancia para la etapa siguiente.

También es muy importante la integración sensorial (estimulación sensorial primaria), como básica de intervenciones posteriores. El concepto de estimulación sensorial refiere a un abordaje de la persona con discapacidad que logra evoluciones altamente significativas a través de la relajación y la estimulación multisensorial. Incide en la atención, el pensamiento y el desarrollo cognitivo mediante el aumento de las capacidades perceptuales y sensoriales generales.

### Interdisciplinariedad

Es necesario consensuar que el marco conceptual que define el ámbito de intervención de un equipo de profesionales es la interdisciplinariedad.

Interdisciplinario porque en el corazón de un equipo con esa característica encontramos una “mutua fecundación conceptual”, encontramos “inteligencia compartida”, verdaderos soportes del accionar profesional; porque del diálogo amplio y fructífero del equipo va a surgir una respuesta ética; porque el diálogo entre las disciplinas desarrollado con sentido crítico va a brindar resultados positivos, con la condición de que el punto de convergencia interdisciplinario sea tener en cuenta al niño y su contexto.

Esta forma de trabajo supone, fundamentalmente, una renuncia a la omnipotencia de cada profesional y de cada profesión, donde ninguno debe apropiarse ni desligarse del niño.

El equipo interdisciplinario debe realizar también un trabajo serio de reflexión sobre su propia realidad.

Esto significa armar una red de apoyo, acompañamiento, sostenimiento y contención entre profesionales y también con los padres ya que aunque tengan distintas perspectivas, intereses y presiones, se enriquecen trabajando juntos.

### La escolaridad

El Dr. Héctor Vázquez, conocido pediatra de nuestro medio, dice *"el ingreso al jardín de infantes es una salida a lo social"*. Sin duda lo es, y también para el niño con R.M. que a los dos años y medio o tres de edad trataremos de integrar a un jardín común. El espacio normalizador de una sala de **jardín de infantes** es fundamental. Este pequeño pasará por el período de adaptación donde no será el único que tiene que adaptarse. También su mamá que por primera vez vivirá el despegarse, debe adaptarse a esta particular situación que tanto ayuda a la maduración del hijo y al crecimiento de los padres.

Pero el jardín está marcado por la cercanía con la familia y en muchos casos es considerado un alargamiento del hogar y por eso la posibilidad de adaptación de ambos.

De acuerdo al cuadro que el niño presente se quedará solito o, si es necesario tendrá una docente integradora que acompañe sus primeros intentos de socialización, de intercambio, de quedarse al cuidado de otra persona adulta.

Pero también es una situación espejada, donde se harán visibles las diferencias con otros niños de la misma edad. Este crucial momento, uno de los primeros de una larga serie de situaciones donde la comparación es inevitable, marcará en cierta forma, un rumbo en la vida familiar en relación al tema de las diferencias. Con dolor, con sufrimiento, pero encuadrados en una situación real, se comenzará a transitar el camino del respeto por las diferencias, base imprescindible para lograr iniciar el proceso de integración a un grupo, que conducirá, en el futuro, a la inclusión en la sociedad en la que le corresponda vivir.

"Me duele ver que es distinto".

"Se queda en un rincón en la salita; él todavía no habla".

"No intenta imitar a sus compañeros".

"Me parece que todos lo ignoran".

Estas son las frases más escuchadas de las mamás en esta etapa. Y resurge la vivencia de un nuevo duelo y la necesidad de apoyo para todos por parte de su incondicional amigo el pediatra y, secundariamente, de los demás profesionales que intervengan: fonoaudióloga, estimuladora, maestra integradora, psicomotricista, musicoterapeuta.

**El ingreso a la escuela primaria** es otro momento de replanteos. Los aportes del Dr. Vázquez *"otro movimiento de pérdida y ganancia [se pierde un preescolar, se gana un escolar] y es el momento de enfrentarse con la incógnita del aprendizaje"*.

Este ingreso a primaria no es un evento sino un proceso que desencadena tensiones psicológicas por tener que enfrentarse a entornos escolarizantes y desconocidos, mucho más estructurados que el jardín, donde van a aparecer francamente las dificultades que el niño presenta para aprender y para relacionarse.

Pero lo más conflictivo se plantea frente a la elección entre una escuela común y una escuela especial.

Los padres no están solos en esta decisión, o, por lo menos, no deben estarlo. Los profesionales que lo atienden, su pediatra, su neurólogo, interdisciplinariamente, deben opinar, asesorar. Si el equipo no existe y está solamente el pediatra, será el quien aconseje y la familia, después de escuchar, es quien hará la elección, es la que tiene realmente poder de decisión.

El proceso de selección de la escolaridad es siempre complejo y está influenciado por la disponibilidad de información y recursos provista por los profesionales, las preferencias y valores de los padres y la disponibilidad de las instituciones educativas en un ámbito determinado.

**Modalidades educativas y condiciones mínimas para acceder a cada una de ellas.**

## Escuelas especiales

La escuela especial es un espacio muy respetable que está presente en ciudades relativamente grandes de nuestro país, pero no en todas las ciudades. Sería demasiado traumático aconsejar un traslado, una mudanza, en búsqueda de la escuela especial.

Existen escuelas para niños con retardo mental leve, moderado y severo; sordos e hipoacúsicos; ciegos y disminuidos visuales; irregulares motores; con severos trastornos de la personalidad; con discapacidades múltiples; centros de formación laboral. A ellas concurren los niños con discapacidad que presenten un defasaje mayor a dos años de edad cronológica y de más de dos años en la propuesta curricular, incluyendo quienes no pueden llegar a alfabetizarse.

Además hay escuelas hospitalarias y domiciliarias, para niños que sin tener discapacidad, se encuentren internados o guarden cama en sus casas por más de 30 días.

Todas ellas cuentan con un conjunto de servicios, técnicas, estrategias, conocimientos y recursos pedagógicos, orientados a la atención de personas con necesidades educativas especiales a causa de una discapacidad

## Integración escolar

Se refiere al proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con discapacidad para integrarse a la escolaridad común en cualquiera de los niveles. Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

Es una realidad en muchos lugares la integración escolar, no suficientemente sistematizada, con resabios de voluntarismo, pero avanzando hacia la imagen objetivo que es la inclusión.

Es una oferta del sistema educativo para los niños y jóvenes que, presentando necesidades educativas especiales derivadas de una discapacidad, se beneficien con una escolaridad común con apoyo de maestro integrador. Estos apoyos pueden ser brindados por la educación especial y en algunas jurisdicciones, por equipos interdisciplinarios integradores privados.

La integración escolar se fundamenta en influencias nacionales e internacionales, caracterizadas por una

creciente revalorización de la diversidad y de la autodeterminación. Se perfila desde el marco de la Ley Nacional de Educación, y de las leyes y normativas, que en consonancia con estos principios, han fortalecido el respeto por las diferencias y por la integración, lo cual supone, una resignificación del accionar del sistema educativo común y de los distintos ámbitos institucionales en todos sus aspectos: teóricos, pedagógicos, organizativos y administrativos.

Se busca un enfoque destinado a favorecer la integración de los alumnos con R.M. procurando avanzar hacia la inclusión de los mismos, en diferentes niveles y ciclos del sistema escolar permitido definir un esquema conceptual que rige el accionar y la dinámica de gestión, en relación a la que se puede viabilizar, una nueva cultura escolar que parte del principio de que todas las personas pueden aprender.

Se pone de relieve el concepto de **necesidades educativas especiales**, el cual aleja las explicaciones de las diferencias sólo vinculadas al déficit del sujeto, para buscar situaciones y estilos nuevos de apoyos específicos, que ofrezcan a los alumnos con RM mejores oportunidades de desarrollar el potencial de aprendizaje dentro de la dinámica del aula común. Institucional y operativamente, se interpreta el apoyo pedagógico para la integración escolar, como el conjunto de procesos sistemáticos y sostenidos mediante los cuales se interactúa con las instituciones escolares comunes, para mejorar las condiciones de aprendizaje de los alumnos con retraso mental, satisfacer éstas y lograr los cambios de actitud de las escuelas, necesarios para atender la diversidad. Se aspira, finalmente, a mejorar la calidad de las experiencias educativas de estos niños y jóvenes y de todos sus compañeros, y alcanzar más eficazmente la meta de la inclusión.

Se da lugar así a la concepción del **modelo de apoyo curricular colaborativo** (M.A.C.C) cuyo eje es el trabajo con el alumno, con el contexto escolar, familiar y social donde se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje. Orienta a que el equipo de apoyo, del cual el docente integrador es parte fundamental, participe de la cultura de la escuela, promoviendo de esta manera variedades de alternativas que favorecen una postura más flexible, colaborativa y positiva de las instituciones escolares comunes. La integración escolar intenta que el docente de apoyo o integrador sea percibido como colaborador del docente de grado o del profesor de área, según el nivel educativo donde actúa.

Implementar un proyecto de integración a escuela común de un alumno con RM implica un trabajo conjunto de esa escuela común con la escuela especial o el equipo integrador que lo va a llevar adelante y consta de diferentes etapas:

### 1) Admisión:

Evaluación de las necesidades educativas especiales:

Interconsulta con los profesionales tratantes del niño a fin de aunar criterios sobre las características individuales y las estrategias de abordaje.

Selección del maestro integrador quién se hará cargo del proceso.

Entrevista con el equipo escolar a fin de conocer el proyecto educativo institucional, la dinámica escolar, la disponibilidad de recursos edilicios, las características del grupo escolar, y consensuar los criterios básicos de la propuesta de integración.

Implementación del proyecto de integración.

Aceptación y compromiso de la familia.

### 2) Implementación del proyecto de integración:

Acuerdo Interinstitucional.

Selección de estrategias de apoyo.

Determinación de las expectativas de logro.

Determinación de las adaptaciones curriculares.

Determinación de criterios de evaluación y promoción.

Participación de las familias en el proceso de integración.

El proyecto de integración, una vez diseñado, se eleva a la autoridad competente.

### 3) Seguimiento, supervisión y evaluación.

**La integración a una escuela común y, en ámbitos más desarrollados, la opción de una escuela inclusiva, que se abre a todos y donde las diferencias pueden ser contempladas como forma de admitir la singularidad del ser humano, es aún un proceso en construcción.**

Existen otros servicios que pertenecen al sistema de salud, destinados a personas con problemas mentales. Ellos son el centro educativo terapéutico y el hospital de día.

### Centro educativo terapéutico

Servicio que se brinda a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Asimismo comprende el apoyo específico de aquellas personas con discapacidad cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera. El tratamiento es ambulatorio y está destinado a personas con discapacidad mental, lesionados neurológicos, parálisis cerebrales, multidiscapacitados, etc., entre los cuatro y los veinte años de edad.

### Hospital de día

Es el tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. Está destinado a personas con discapacidad mental, por ejemplo, a causa de psicosis, esquizofrenia, etc.

## La adolescencia

La etapa de la adolescencia está teñida de las características propias de todo adolescente, agravadas en los casos de retardo mental por las diferencias en relación a sus compañeros, que se pueden haber acentuado con el paso de los años. Se puede encontrar un adolescente adherido a su familia, al punto de no alcanzar la autonomía necesaria para sostener amistades o relaciones o no desarrollar las habilidades mínimas necesarias para adquirir la independencia que le permita explorar el mundo. Es una época de muchas crisis. Hay familias que pueden anticiparse normalmente a las crisis movilizándolo recursos propios del entorno. Otras se paralizan o las niegan.

En el caso de las familias con un hijo con retardo mental esto se agiganta. Se han perdido las esperanzas de la ansiada normalidad; comienza la

desesperación por la falta de amigos, la escasez de salidas, paseos, u otras actividades de estos jóvenes que no sean con papá, mamá o un hermano. Los padres que van llegando a la mitad de su vida sienten plenamente el temor por lo que le pasará a su hijo cuando ellos falten.

“El tiempo se me termina”, “¿Qué esperanza nos queda?” Son frases recurrentes en esta etapa.

Se plantea ahora si nuestro niño ya crecido puede seguir una educación secundaria adaptada a sus posibilidades o si, habiendo llegado al techo no solo de sus posibilidades sino de las posibilidades de flexibilidad del sistema educativo para adaptarse y dar respuestas a las necesidades de este joven, es el momento de pasar a una escuela especial o a una escuela especial de formación laboral.

Existen pocas experiencias en Argentina relacionadas con la integración en el nivel medio o secundario, lo que ocasiona serias dificultades para ubicar escolarmente a estos jóvenes.

### Formación para el mundo del trabajo

Posiblemente sean las últimas intervenciones directas del médico pediatra, no por eso menos importantes. Por el contrario, una vez más será la voz más escuchada, por eso sentimos la necesidad de plantear lo que se ofrece.

Si el retardo mental es serio, la derivación se hace a una **escuela de formación laboral especial**, donde podrá capacitarse para un trabajo protegido. En casos más severos, los Centros de día o Centros educativos terapéuticos son alternativas válidas.

Si hay posibilidades mayores existe la opción del **servicio de aprestamiento laboral**: Intenta lograr la habilitación laboral de este joven para posibilitar su inserción en el mundo del trabajo ya sea este competitivo, protegido, empresa social, pequeña y mediana empresa, empleo con apoyo, grupos laborales protegidos, etc. mediante talleres de 18 meses de duración, al cabo de los cuales ha recibido la capacitación específica necesaria.

Para completar esa capacitación existe una instancia de **pasantías laborales**, que tiene como objeto la aplicación de los conocimientos adquiridos y la adquisición de conductas y hábitos con destrezas propias del trabajador. Proveen al involucrado de los conocimientos necesarios para insertarse en una

situación real de trabajo.

Las pasantías se realizan en puestos de trabajo del mercado laboral competitivo, talleres protegidos de producción, empresas sociales, etc. La duración varía de acuerdo a las posibilidades del pasante, características del puesto, los requerimientos del empleador, etc.

El proceso se continúa con el **Servicio de colocación laboral**, por el cual se trata de integrar o reintegrar a la persona a una actividad productiva, remunerada, acorde con sus capacidades y que satisfaga sus necesidades en puestos de trabajo en los diferentes ámbitos seleccionados en estrecha coordinación con los empresarios, sindicatos, responsables de talleres.

A esto le sucede el seguimiento correspondiente en los lugares de trabajo tendiendo a garantizar el ajuste trabajo-trabajador.

Es sorprendente ver la cantidad de jóvenes que, después de pasar por este proceso de aprestamiento laboral, se encuentran trabajando en puestos reales, percibiendo sueldos dignos, cumpliendo con las pautas que se requieren en estos ámbitos. Y ver como esa situación de “trabajadores” los prepara para afrontar nuevos desafíos.

En relación a las posibilidades de trabajo para aquellas personas con discapacidad que por lo comprometido del cuadro no pueden acceder al trabajo competitivo, es interesante describir la existencia de los **Talleres protegidos de producción**. Se trata de una entidad estatal o privada bajo dependencia de asociaciones con personería jurídica y reconocidas como de bien público, que tengan por finalidad la producción de bienes y/o servicios. Su planta está integrada por trabajadores preparados y entrenados para el trabajo, que cumplen con los requisitos de edad y que están afectados por una discapacidad que les impide obtener y conservar un empleo competitivo. Estos avances que tanto trabajo han costado, deben ser conocidos por las familias y por las personas con discapacidad, para que puedan reclamar sus derechos.

Y también por los profesionales y la sociedad en su conjunto, para que pueda promover y ayudar a difundir que existen caminos, atajos, para hacer frente a la discapacidad con más y mejores herramientas.

## Calidad de vida: concepto que tiñe todas las intervenciones

La definición más aceptada sobre calidad de vida es la que propuso Robert Schalock en 1996: *“Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”*.

Este concepto hace posible una nueva perspectiva de nuestra visión sobre el retardo mental y se convierte en una influencia positiva para quienes rodean a la persona con discapacidad: la familia, la escuela, el mundo del trabajo, los ambientes de diversión. Y, al obligarnos a identificar, planificar y evaluar nuevos servicios y apoyos, se convierte en un principio orientador de los cambios que deben realizarse.

La calidad de vida se relaciona con la capacidad de elegir, de tomar una opción por la emancipación y la elección de un determinado sistema de valores. Es cambiar la mirada que históricamente se ha tenido de la persona con Retardo mental pasando de una posición de sujeto pasivo, receptor y obediente a un individuo activo, dotado de responsabilidades y valores y ejecutor auténtico de su propia vida.

**El concepto calidad de vida incluye las variables de autodeterminación y autonomía.**

La autodeterminación se refiere al poder que pueden adquirir las personas para adoptar sus propias decisiones, tener la posibilidad de desarrollarse, crecer y aprender a realizar sus propias elecciones y a afrontar las situaciones por sí mismas.

Es la oportunidad de expresar valores y opiniones personales, principio fundamental para todas las personas, también para las que presentan necesidades especiales.

Aún cuando se trate de un niño o joven que requiera apoyos específicos para sus necesidades especiales, se deberán crear las condiciones necesarias para que sea posible realizar estas elecciones personales

**La integración e inclusión a la escuela y luego la inserción en mundo laboral son instancias esenciales para la calidad de vida y para la aplicación de la autodeterminación.**

Algunas estrategias de aprendizaje para lograr conductas de autodeterminación y autonomía en personas con retardo mental que les permite regular sus propias conductas con independencia de los apoyos y los convierte en participantes activos de sus propios aprendizajes son, entre otras el autoaprendizaje, la autoevaluación y la autosupervisión.

Sería conveniente no perder de vista estos conceptos de calidad, autonomía y autodeterminación para incorporarlos como conceptos prioritarios en la educación de las personas con retardo mental aunque podemos pensar que no deben ser exclusivas de este grupo minoritario. El Sistema Único ha sido un logro importantísimo en el desarrollo de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

### Planificar el futuro

Se ha instalado el concepto de **“Programación centrada en la familia de la persona con discapacidad”**, absolutamente válido para quienes presentan retardo mental.

Consiste en intentar pensar y diseñar anticipadamente el proyecto de vida de una persona con discapacidad por parte de su familia. Esto, que en un comienzo es enfrentarse a una hoja en blanco, se irá llenando con las decisiones familiares a lo largo de la vida de ese hijo. Ello no significa dejar de lado los intereses y deseos propios de quien es

discapacitado. Por el contrario, se trata de planificar para prever lo que pueda suceder.

Cada familia es diferente por lo que se debe contextualizar a cada una de ellas, tener en cuenta su extracción social, su situación laboral y económica, su modo de vida, sus creencias, valores y demás pautas de conducta.

Este trabajo de planificación conjunta entre los miembros de la familia permitirá conocer cuál es la ética que impera en este grupo como ordenadora de valores y, a partir de esa ética, saber si es posible la construcción de un proyecto para el futuro del hijo.

Es instar a las familias a munirse de la información y orientación necesaria para acceder a los derechos que ese miembro posee, conocer esos derechos y su sostén jurídico, evitar que padres y hermanos se enfrenten, en algún momento, a situaciones desconocidas o deban tomar decisiones para las que no estén preparados.

Se trata de conocer anticipadamente los apoyos que eventualmente puedan requerirse en el mañana, saber qué implica la educación y la rehabilitación, interiorizarse de la posibilidad de su hijo de adquirir formación y lograr un trabajo protegido o competitivo, que existen diversos servicios asistenciales, que la seguridad social cubre jubilaciones y pensiones, que existe la condición de insanía o inhabilitación, el manejo del patrimonio y la administración de recursos económicos y financieros, el estímulo a los vínculos y relaciones interpersonales y los apoyos.

Con respecto a apoyos, se han incorporado recientemente la cobertura de apoyo para la vida autónoma, apoyo para la vida en el hogar, apoyo para la integración comunitaria, apoyo domiciliario.

❖

**No es lo mismo para una familia que siente la responsabilidad que le cabe con un miembro discapacitado conocer lo que puede ocurrir y con qué puede contar y, en función de ello planificar, que dejar todo librado a un futuro pleno de incertidumbre.**

❖

“Si bien pensar el futuro es un desafío, dejarlo en manos del destino es una temeridad”. En este tema crucial trabajan muchas asociaciones.

### ❖ Vivienda independiente

Para los jóvenes en general, llevar una vida independiente es una elección que implica el ejercicio de habilidades de la vida cotidiana y el cumplimiento de responsabilidades, con autonomía y autodeterminación.

Los jóvenes con retardo mental han tenido pocas posibilidades de concretarlo porque siempre se los ha visto como niños eternos, lo que les ha impedido desarrollar la autoconfianza necesaria para emprender sus propios proyectos y ser verdaderos protagonistas de sus vidas.

Pero una experiencia reciente tira abajo esos conceptos. Se ha desarrollado en nuestro país un programa financiado por recursos canadienses que consistió en que un grupo de ocho personas con retardo mental vivieran en forma independiente de sus familias y de una institución que los alojara, durante tres meses. El objetivo principal fue promover la vida independiente de jóvenes con retardo mental, afianzando el protagonismo, la participación social, la asunción de responsabilidades inherentes a la vivienda independiente y el respeto por las normas de convivencia.

El programa fue contundentemente exitoso. Puso en evidencia el deseo y la posibilidad de estos jóvenes de administrar y manejar su propia casa, tener su lugar, su hogar. Permitió a las familias involucradas reconocer que sus hijos con R.M. tienen opción a elegir una vida más independiente con desarrollo pleno.

Se espera poder replicar esta experiencia, pero hoy ya se puede mostrar que este camino es posible en Argentina.

## Ejercicio de Integración y Cierre

### A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



V F

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. El retardo mental es una categoría diagnóstica, no una enfermedad en sí misma.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El niño con retardo mental severo puede aprender a leer y escribir.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Las experiencias de vivienda independiente para los jóvenes discapacitados en la Argentina son prácticas muy frecuentes.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es aconsejable comenzar con estimulación temprana en los casos de bebés en riesgo biológico y/o social.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La interdisciplina es necesaria para el abordaje de los niños con retardo mental.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Los niños con retardo mental pueden concurrir a jardines de infantes comunes con apoyo de un docente integrador.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Conocer el cociente intelectual de un niño es la manera más actualizada de poder detectar sus reales potencialidades.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Las pruebas que miden el CI se basan solo en las capacidades verbales y de ejecución.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. El manejo de los signos de alarma por parte del pediatra ayudan a "no perder el tiempo" y comenzar lo más pronto posible con estimulación temprana.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Para poder usufructuar el Sistema Único de prestaciones básicas para personas con discapacidad es necesario tener certificado de discapacidad y obra social nacional. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B. Responda las siguientes consignas



- 1** Defina los siguientes conceptos
- a. *Plasticidad neuronal adaptativa*

.....

.....

.....

- b. *Calidad de vida.*

.....

.....

.....

c. Autodeterminación.

.....

.....

.....

d. Autonomía.

.....

.....

.....

- 2** Explique las principales críticas que se le han realizado desde diferentes disciplinas a la clasificación del RM en función del CI.

.....

.....

.....

- 3** Describa las ventajas de planificar el futuro de un niño con discapacidad mental.

.....

.....

.....

### Analice y resuelva los siguientes casos clínicos

- 1** Lucas es un joven de 14 años con retardo mental. Está por terminar la escuela primaria y la familia se plantea el ingreso a un colegio secundario común. Todavía no tiene manejo del dinero, no sabe la hora y no viaja en forma autónoma. Los padres están muy preocupados por Germán, el hermanito de 7 años quien presenta síntomas depresivos, de aislamiento y reacciones oposicionistas.

a) ¿Qué recomendaciones haría a los padres?

.....

.....

.....

b) *¿Cuál es el diagnóstico presuntivo del hermano y a qué profesional consultaría?*

.....

.....

.....

- 2** Gonzalo es un niño de 7 años, quién está por finalizar 1er. grado en una escuela común. El año anterior realizó permanencia en sala de 5. Este año la maestra lo nota muy poco motivado, desatento y distraído. No ha logrado apropiarse de los rudimentos básicos de la lectoescritura, conoce los números hasta 4 y puede contar hasta 10. Presenta lenguaje infantil, muy descendido en los aspectos semántico y morfosintáctico.

a) *Mencione los diagnósticos diferenciales que plantearía ante este caso*

.....

.....

.....

b) *¿Qué exámenes solicitaría?*

.....

.....

.....

c) *¿Con quién consultaría?*

.....

.....

.....

Compare sus respuestas con las que figuran en la **Clave**



## Conclusiones

El pediatra es, para cada familia, la persona elegida para acompañar el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo de su hijo. Es la representación de la ayuda, la contención y la cura. Cuando ese hijo tiene retardo mental, se intensifican los roles de contención y el pediatra pasa a ser la persona de mayor confianza, la palabra autorizada, de mayor peso.

Es el coordinador natural del equipo interdisciplinario, la persona de mayor confianza, el sostén máximo en situaciones críticas. Es quien enseña a ser padres o bien, acompaña el proceso de aprendizaje para llegar a ser padre; es quién explica una y otra vez, tantas como sea necesario, qué es el RM y como encararlo en cada momento de la infancia y la adolescencia del hijo que lo padece.

El pediatra es quien da aliento, quien atempera el

sufrimiento, quien escucha y responde en consecuencia, quien vive los momentos evolutivos junto a los padres, quien hace las derivaciones a otros profesionales, quien siempre está.

Es quien leyó algo nuevo sobre el tema y lo transmite, quien no pierde de vista los vínculos intrafamiliares, quien ve algo en el hermano y actúa rápidamente, quien habla de los límites, quién piensa en la escolaridad, aconseja un jardín, quien explica los cambios a partir de planteos teóricos.

## Lecturas recomendadas

1. Núñez B. Familia y Discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2007.
2. Hormigo A, Tallis J, Chein A. Retraso Mental en Niños y Adolescentes. Aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos. Noveduc. Buenos Aires. 2006.
3. Verdugo Alonso MA, De Borja JF. Apoyos, Autodeterminación y calidad de vida. Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Amarú Ediciones Salamanca. España. 2001.
4. Booth T, Ainscow M. Índice de Inclusión. UNESCO. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. 2007.
5. Aznar A y González Castañón D. "¿Son o se hacen?" El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples. Noveduc. Colección discapacidad. Bs. As. 2008.

## Bibliografía consultada por la autora.

1. Giordano S, Nogués S. Educación, resiliencia y diversidad. Un enfoque pedagógico y social de la intervención con niños, escuela, familias y comunidad. Espacio Editorial. 2997.
2. Marchesi A, Coll C, Palacios J. Desarrollo psicológico y educación, III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Alianza Editorial. Madrid. 1992.
3. Grupo de Investigación EDI. Diseño curricular para alumnos con Síndrome de Down. Prensas Universitarias de Zaragoza. 2004.
4. Bautista R. Necesidades educativas especiales. Ediciones Aljibe. España. 1993.
5. Devalle de Rendo A, Vega V. Una escuela en y para la diversidad. Aique. Grupo Editor. Argentina 2006.
6. Untoiglich G. Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires. 2005.

## ➤ Ejercicio de Integración y Cierre. Clave de respuestas

### A. Identifique si los siguientes enunciados son verdaderos o falsos

1. Verdadero.
2. Falso.
3. Falso.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Falso.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.

### B. Responda las siguientes consignas

#### 1. Defina los siguientes conceptos

- a) **Plasticidad neuronal adaptativa:** La plasticidad neuronal es la propiedad que tienen las células nerviosas de reorganizar sus conexiones sinápticas y de modificar los mecanismos implicados en su comunicación con otras células. En el marco del RM interesa lo relativo a la plasticidad adaptativa, entendida como el fenómeno de modificación que sufre el cerebro de manera permanente para cambiar o generar un circuito neuronal con el fin de instalar una ruta de conexiones nueva, cambios que ocurren con procesos como el aprendizaje y la memoria.
- b) **Calidad de vida:** es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.
- c) **Autodeterminación:** se refiere al poder que deben adquirir las personas para adoptar sus propias decisiones, tener la posibilidad de desarrollarse, crecer y aprender a realizar sus propias elecciones y a afrontar las situaciones por sí mismas.
- d) **Autonomía:** es el resultado del respeto mutuo de los derechos y libertades, respeto mutuo que se alcanza mediante la participación activa en la comunidad.

#### 2. Explique las principales críticas que se le han realizado desde diferentes disciplinas a la clasificación del RM en función del CI.

Los argumentos más críticos relacionados con la clasificación de los RM en base al CI tienen que ver con la utilización indiscriminada de tests o pruebas que no siempre son confiables y que miden las capacidades verbales y de ejecución dejando de lado el contexto y el análisis de otras áreas importantes para el desempeño. También se critica fuertemente la utilización de los resultados de las pruebas ya que en la mayoría de los casos son una herramienta que aumenta la discriminación de niños y niñas. Por último se sabe que metodologías de trabajo pertinentes y oportunas logran mejoras en el área cognitiva con lo que se hace imprescindible la

reevaluación y seguimiento constante de los niños.

### 3. La mayor ventaja es poder pensar y diseñar anticipadamente el proyecto de vida de una persona con R.M. teniendo en cuenta sus deseos, intereses y posibilidades.

Es un trabajo de planificación conjunta entre los miembros de la familia, que les permitirá munirse de información y orientación necesaria para acceder a los derechos que la persona con discapacidad posee, conocer el sostén jurídico que tienen, conocer los apoyos que pueden llegar a necesitar, evitar que padres y hermanos se enfrenten a situaciones desconocidas, conocer las posibilidades diversas de educación, de formación para el mundo del trabajo, tanto competitivo como protegido, de rehabilitación, jubilaciones, pensiones. Evitar quedar librado a un futuro incierto es una gran ventaja.

#### C. Analice y resuelva los siguientes casos clínicos



**1. Lucas** tiene posibilidades de ingresar a un colegio secundario; por lo tanto, es necesario que domine ciertas habilidades que le permitirán ser autónomo e independiente y contribuirán a la integración social con sus pares, como son el manejo del dinero, saber la hora y viajar solo. Son tres nociones que convendría que adquiriera antes del comienzo de las clases. Su hermano Germán presenta las características típicas de quien tiene un hermano con discapacidad. Se enoja, se aísla, se deprime o se opone, siendo estas reacciones habituales en los hermanos que no han elaborado la situación familiar. Solicitaría consulta con Psicología.

#### 2. Gonzalo

- Los diagnósticos diferenciales que se plantean son retardo mental y retraso en la adquisición y organización del lenguaje.
- Solicitar evaluación neuropsicológica y neurolingüística, observación directa y hora de juego.
- Consultar con Psicopedagogía y Fonoaudiología.

En relación a las interconsultas le presentamos la siguiente ampliación:

Áreas para controlar		Posible(s) consultor(es)
<b>Motor</b>	Deambulación, forma de sentarse, posición, columna.]	Ortopedista, kinesiólogo, terapeuta físico, terapeuta ocupacional (TO).
<b>Dieta</b>	Peso, depósitos de grasa, dieta, problemas alimentarios.	Nutricionista/ dietista, fonoiatra, TO.
<b>Convulsiones</b>	Registros de convulsiones, niveles y efectos colaterales de los fármacos.	Neurólogo.
<b>Dermatología</b>	Escaras.	Enfermeras, cirujano plástico
<b>Odontología</b>	Dientes, encías.	Odontología.
<b>Comportamiento</b> ]	Agresión, autoagresión, sueño, pica, comportamiento obstaculizante.	Psicólogo, psiquiatra.
<b>Apoyo</b>	Finanzas, sostén familiar, programas de ayuda.	Trabajador social.
<b>Sensorial</b>	Visión, audición.	Oftalmólogo, fonoaudiólogo.
<b>Infecciones</b>	Vacunas, ambiente, pulmones, orina.	Enfermera de vigilancia epidemiológica.
<b>Constipación</b>	Heces, reflejos gastroesofágicos.	Gastroenterólogo.
<b>Sexualidad</b>	Menstruación, actividad, sexual, masturbación, anticoncepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual.	Ginecólogo, programa de rehabilitación.

Copyright 1992; S Sulkes. Pediatrics in Review.

El pediatra en la atención del niño con discapacidad madurativa. Vol 17. N 8. Oct.1996.

# Retardo mental

## ANEXO

### DATOS DE INTERÉS

Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad. Av. Julio A. Roca 782. 4º piso (1067) Buenos Aires. Tel.: 4343-0181/0109 www.cndis.gov.ar

Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad. Ramsay 2250 (1428) Buenos Aires. Tel.: 47849497/4783-5034 www.snr.gov.ar

Superintendencia de Servicios de Salud. Av. Pte. Roque Saenz Peña 530. Buenos Aires. www.sssalud.gov.ar

Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Ley 24.901. www.sisdis.gov.ar

Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Educación Especial Esmeralda 55 6º piso, Buenos Aires. Tel.: 433-91808 Prof. Macarena Lucero Schmidt.

Dirección de Educación Especial de la Provincia de Buenos Aires. Calle 12 entre 50 y 51. Torre 1 Piso 13, La Plata. Prof. Alicia Dimeglio. dir\_especial@gba.gov.ar

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

### CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

#### SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (Organismo Nacional)

Dirección: Ramsay 2250 (C1428BAJ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Teléfono: 011 4783-8144/9077/4354  
E-mail: juntamedica@snr.gov.ar

#### HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Hospital PENNA y Hospital PIÑERO (Certificarán Discapacidades Viscerales)

Hospital ALVEAR (Certificará Discapacidades Mentales)

Hospital SANTA LUCIA (Certificará Discapacidades Visuales)

Hospital ROCCA (Certificará Discapacidades Motoras y Sensoriales)

Instituto de Rehabilitación Psicofísica - IREP (Certificará Discapacidades Motoras)

### PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad: Ordenado de O-9 y A-Z

#### 25 DE MAYO

Organismo: HOSPITAL SATURNINO UNSUÉ  
Dirección: Calle 37 y 1  
Teléfono: (02345)466060

#### 9 DE JULIO

Organismo: HOSPITAL DR. JULIO DE VEDIA  
Dirección: Av. T. Cosentino 1223  
Teléfono: (02317) 430125/430026/430520

#### AVELLANEDA

Organismo: HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. P. FIORITO.

Dirección: Belgrano 815  
Teléfono: 4201-3081/87

#### AYACUCHO

Organismo: HOSPITAL DR. PEDRO SOLANET  
Dirección: Av. Indart 852  
Teléfono: (02296) 46387

#### AZUL

Organismo: REGIÓN SANITARIA IX  
Dirección: Arenales y Bolívar  
Teléfono: (02281) 42019/ 423410  
Organismo: HOSPITAL DR. ANGEL PINTOS  
Dirección: Amado Díaz 270  
Teléfono: (02281) 424015/424150

#### BAHIA BLANCA

Organismo: REGIÓN SANITARIA I  
Dirección: Moreno 267  
Teléfono: (0291) 4555110

Organismo: HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS DR. JOSÉ PENNA  
Dirección: Láinez 2170  
Teléfono: (0291) 4564200/4550350/4550190

#### BALCARCE

Organismo: HOSPITAL F. FOSATTI  
Dirección: 19 N° 926 e/ 28 y 30  
Teléfono: (0266) 72017/422017

#### BERISSO

Organismo: HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. VICTOR LARRAÍN  
Dirección: Londres 4435  
Teléfono: (0221) 461-1101/02

#### BOLIVAR

Organismo: HOSPITAL SUBZONAL GRAL.  
Dirección: Avda. Calfucurá s/N°  
Teléfono: (02314) 424679

#### BRAGADO

Organismo: HOSPITAL SAN LUIS  
Dirección: Hnos. Islas y Urquiza  
Teléfono: (02342) 430572/422210/422169

#### BURZACO

Organismo: HOSPITAL SUBZONAL DR. JOSE M. JORGE  
Dirección: Gorriti 300  
Teléfono: 4294-1384/4294-8100

#### CAÑUELAS

Organismo: HOSPITAL SUBZONAL DARDO ROCHA  
Dirección: Nta. Sra. de la Merced s/N°  
Teléfono: (02226) 430277

#### CARLOS CASARES

Organismo: CENTRO MATERNO INFANTIL  
Dirección: Lamadrid 185  
Teléfono: (02395) 451217/452557

#### CARLOS TEJEDOR

Organismo: HOSPITAL MUNICIPAL GARRE  
Dirección: E. y S. Garré 950  
Teléfono: (02357) 420103

#### CHACABUCO

Organismo: HOSPITAL SUBZONAL MUNICIPAL DEL CARMEN  
Dirección: Av. Garay 216  
Teléfono: (02352) 428109/430827

**CHASCOMÚS**

**Organismo:** HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL  
**Dirección:** Av. Lastra e H. Irigoyen  
**Teléfono:** (02241) 431339/431330/431093

**CHIVILCOY**

**Organismo:** REGIÓN SANITARIA X  
**Dirección:** Hijas de María 148  
**Teléfono:** (02346) 423967/422642/422546

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL  
**Dirección:** Av. H. de San José 31  
**Teléfono:** (02346) 422052/423520

**DAIREAUX**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO ROMANAZZI  
**Dirección:** Carlos Pellegrini 1136  
**Teléfono:** (02316) 452128/4522809/453297

**ENSENADA**

**Organismo:** HOSPITAL HORACIO CESTINO  
**Dirección:** San Martín y Estados Unidos  
**Teléfono:** 469-1041/1255

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL DE REHABILITACIÓN

**Dirección:** Calle 129 y 53  
**Teléfono:** (0221) 4834758

**ESCOBAR**

**Organismo:** HOSPITAL ERRIL DE ESCOBAR  
**Dirección:** Gálvez S/N  
**Teléfono:** (03487) 422603/433181/420637

**FLORENCIO VARELA**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS MI PUEBLO  
**Dirección:** Montevideo y Chañar  
**Teléfono:** 4255-7809/7810/1767

**GENERAL VILLEGAS**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL SUBZONAL  
**Dirección:** Stubrin S/N  
**Teléfono:** (03388) 423629/429630

**GENERAL RODRIGUEZ**

**Organismo:** HOSPITAL VICENTE LÓPEZ Y PLANES  
**Dirección:** Av. 25 de Mayo y Alem  
**Teléfono:** (0237) 4853307/4853301/06

**GUERNICA**

**Organismo:** HOSPITAL DRA. CECILIA GUIERSON  
**Dirección:** Alberdý y Testa  
**Teléfono:** (02224)475291/5408/5413/15/16/17

**HAEDO**

**Organismo:** HOSPITAL POSADAS  
**Dirección:** Martínez de Hoz y Marconi  
**Teléfono:** 4469-9200/9300

**HIPÓLITO IRIGOYEN**

**Organismo:** MUNICIPALIDAD DR. SAVERIO M. GALVAGNI  
**Dirección:** Urquiza 502  
**Teléfono:** (02314) 451098/452062

**HURLINGHAM**

**Organismo:** HOSPITAL DE ATENCIÓN PRIMARIA HURLINGHAM  
**Dirección:** J. D. Solís 16500  
**Teléfono:** 4452-6381

**JUNIN**

**Organismo:** REGIÓN SANITARIA III  
**Dirección:** Borges y 25 de Mayo  
**Teléfono:** (02362) 443717/443626

**Organismo:**

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS  
**Dirección:** Lavalle 1084  
**Teléfono:** (02362) 433138/432665/4331974

**LA MATANZA**

**Organismo:** HOSPITAL PAROISSIEN  
**Dirección:** Ruta Nacional 3 Km 21  
**Teléfono:** 4669-3390/3490/3190

**LA PLATA**

**Organismo:** REGIÓN SANITARIA XI  
**Dirección:** Calle 3 e/ 60 y 61  
**Teléfono:** (0221) 4820184/4257167

**Organismo:** HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN MARTÍN  
**Dirección:** Calle 69 y 116  
**Teléfono:** (0221) 421190/1195/1199/4251717

**Organismo:** HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS ROSSI  
**Dirección:** Calle 37 entre 116 y 117  
**Teléfono:** (0221) 4828821/24/4823562/4247599/4247603

**Organismo:** HOSPITAL INTERZONAL SOR MARÍA LUDOVICA  
**Dirección:** Calle 4 e/ 65 y 66  
**Teléfono:** (0221) 4535901/03

**LINCOLN**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL DR. RUBEN MIRAVALLE  
**Dirección:** San Lorenzo 2000  
**Teléfono:** (02355) 421400/421600

**LOBOS**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL DE LOBOS  
**Dirección:** Maestro Pietro S/N  
**Teléfono:** (0227)421212/422135

**LUJAN DE LA TRINIDAD**

**Organismo:** REGIÓN SANITARIA VI  
**Dirección:** Leandro N. Alem 453  
**Teléfono:** 4292-7511

**LUJAN**

**Organismo:** HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LUJAN  
**Dirección:** San Martín 1750  
**Teléfono:** (02323) 423333/424870

**MAGDALENA**

**Organismo:** HOSPITAL SUBZONAL DE AGUDOS MAGDALENA  
**Dirección:** Las Heras 385  
**Teléfono:** (0221) 453313/453443/453308

**MALVINAS ARGENTINAS**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL RAMÓN CARRILLO  
**Dirección:** Oruro 2943  
**Teléfono:** 4660-1616/44560089

**MAR DEL PLATA**

**Organismo:** REGIÓN SANITARIA VIII  
**Dirección:** Independencia 1213  
**Teléfono:** (0223) 4953802/4957281/49530802

**Organismo:** INSTITUTO PSICOFÍSICO DEL SUR  
**Dirección:** Ruta 88 Km 4  
**Teléfono:** (0223) 4820011

**MARCOS PAZ**

**Organismo:** HOSPITAL DR. HÉCTOR J.D. AGNILLO  
**Dirección:** Alem 250  
**Teléfono:** (0220) 471333

**MELCHOR ROMERO**

**Organismo:** HOSPITAL INTERZONAL ALEJANDRO KORN  
**Dirección:** Calle 520 e/ 170 y 175  
**Teléfono:** (0221) 4785665/5253/0018

**MERCEDES**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL BLAS DUBARRY  
**Dirección:** Calle 12 N° 825  
**Teléfono:** (02324) 423194

**MERLO**

**Organismo:** COMISIÓN DEL DISCAPACITADO  
**Dirección:** Sarandí 367  
**Teléfono:** (0220) 4833136/4821865

**MONTE**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL VIDELA DORNA  
**Dirección:** Zenón Videla Dorna 851  
**Teléfono:** (02227) 443100/101

**MONTE GRANDE**

**Organismo:** HOSPITAL SANTA MARINA  
**Dirección:** Alvear y Cardeza  
**Teléfono:** 4290-0557/0266

**MORENO**

**Organismo:** HOSPITAL MARIANO Y LUCIANO DE LA VEGA  
**Dirección:** Libertador 710  
**Teléfono:** (0237) 44620038 / 4620039 / 4625946

**NECOCHEA**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL EMILIO FERREIRA  
**Dirección:** Calle 9 N° 4801  
**Teléfono:** (02262) 422405

**OLAVARRÍA**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL MUNICIPAL  
**Dirección:** Rivadavia 4057  
**Teléfono:** (02284) 440800/06

**PEHUAJÓ**

**Organismo:** HOSPITAL REGIÓN SANITARIA II  
**Dirección:** Echeverría 560  
**Teléfono:** (02396) 472346 / 472500

**Organismo:**

HOSPITAL GENERAL J.C. ARAMBURU  
**Dirección:** Dean Funes 56  
**Teléfono:** (02396) 473230/472793 - Fax

**PELLEGRINI**

**Organismo:** HOSPITAL GUILLERMO DEL SOLDATO  
**Dirección:** Ugarte 317  
**Teléfono:** (02392) 49-8660

**PERGAMINO**

**Organismo:** HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN JOSÉ  
**Dirección:** Liniers e Italia  
**Teléfono:** (02477) 441400/441401/436633

**PILA**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL DE PILA  
**Dirección:** Calle 11 y 6  
**Teléfono:** (02242) 498230

**PILAR**

**Organismo:** HOSP. MUNICIPAL J. SANGUINETTI DE PILAR  
**Dirección:** Víctor Vergani 860  
**Teléfono:** (02322) 20508/433740

**QUEQUÉN**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ IRURZÚN  
**Dirección:** 541 N° 3550  
**Teléfono:** (02262) 450052/450854

**QUILMES**

**Organismo:** SECRETARÍA DE SALUD - Dirección de Capacidades Diferentes  
**Dirección:** 12 de octubre 1660  
**Teléfono:** 4253-0086

**RANCHOS**

**Organismo:** HOSPITAL LOCAL GENERAL DE AGUDOS CAMPOMAR  
**Dirección:** Av. Campomar 3413  
**Teléfono:** (02241) 481351/481124

**RIVADAVIA**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL  
**Dirección:** Cte. Hilcuat S/N  
**Teléfono:** (02337) 452178/452100

**SALADILLO**

**Organismo:** HOSPITAL DE SALADILLO  
**Dirección:** Francisco Enparanza 2753  
**Teléfono:** (02344) 454112

**SALLIQUELÓ**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL  
**Dirección:** 9 de Julio 675  
**Teléfono:** (02394) 480001/480064

**SAN FERNANDO**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL PETRONA DE CORDERO  
**Dirección:** Belgrano 1995  
**Teléfono:** 4744-2624/5883/4750/4557

**SAN ISIDRO**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN ISIDRO  
**Dirección:** Av. Santa Fe 600  
**Teléfono:** 4512-3714/3715

**SAN MARTÍN**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL GENERAL MANUEL BELGRANO  
**Dirección:** Constituyente 3120  
**Teléfono:** 4752-8375/8456/8450

**SAN MIGUEL**

**Organismo:** DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROMOCIÓN Y AYUDA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD  
**Dirección:** Paunero 1136  
**Teléfono:** 4451-5825/5847

**SAN NICOLÁS**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN FELIPE  
**Dirección:** Moreno 31  
**Teléfono:** (02461) 422897/423912

**SAN VICENTE**

**Organismo:** HOSPITAL SUBZONAL DR. CARRILLO  
**Dirección:** Pascual Santero y Mateu  
**Teléfono:** (02225) 483640

**TANDIL**

**Organismo:**

**HOSPITAL RAMÓN SANTAMARINA**

**Dirección:** Paz 1400  
**Teléfono:** (02293) 422010

**TIGRE**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL MAGDALENA V. DE MARTÍNEZ  
**Dirección:** Cassareto 66  
**Teléfono:** 4479-0915/0876/0879

**TRENQUE LAUQUEN**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO ORELLANA  
**Dirección:** Castelli 150  
**Teléfono:** (02392) 422237/422432

**VICENTE LÓPEZ**

**Organismo:** HOSPITAL MUNICIPAL BERNARDO HOUSAY  
**Dirección:** Irigoyen 1757  
**Teléfono:** 4796-7228/7218/7236

**WILDE**

**Organismo:** SECRETARÍA DE SALUD  
**Dirección:** Rodo 300 y Belgrano  
**Teléfono:** 5222-7700 Int. 2

**ZÁRATE**

**Organismo:** HOSPITAL ZONAL VIRGEN DEL CARMEN  
**Dirección:** Paso y Felix Pogola  
**Teléfono:** (03487) 422300/423060/423467

**PROVINCIA DE CATAMARCA**

**Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:**

**SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA**

**DIRECCIÓN DE ASISTENCIA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
**Dirección:** Avda. Perón N° 11 (4700)  
 San Fernando del Valle de Catamarca  
**Teléfono:** 03833-437921  
**E-mail:** discapacidaddctca@yahoo.com.ar

**PROVINCIA DE CÓRDOBA**

**Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:**

**CÓRDOBA CAPITAL**

HOSPITAL DE CÓRDOBA  
**Dirección:** Av. Patria 656 - Barrio Pueyrredón  
**Teléfono:** (0351) 434 9002/6

**HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD**

**Dirección:** Bajada Pucará s/N°, Barrio Crisol  
**Teléfono:** (0351) 458 6400

**HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO PROVINCIAL**

**Dirección:** Saavedra Sud 160, Barrio Juniors  
**Teléfono:** (0351) 4342429

**NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA****Dirección:** Belgrano 1502, Barrio Güemes**Teléfono:** (0351) 4344100**HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL NIÑO JESUS****Dirección:**

Castro Barros 650, Barrio San Martín

**Teléfono:** (0351) 4346060**HOSPITAL PREVENTIVO SAN ROQUE****Dirección:**

Rosario de Santa Fe 374, Barrio Centro

**Teléfono:** (0351) 4342437/38**HOSPITAL TRÁNSITO CÁCERES DE ALLENDE****Dirección:** Pringles 1002, Barrio Pueyrredón**Teléfono:** (0351) 4342411**PROVINCIA DE CORRIENTES**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**CORRIENTES CAPITAL****Organismo:** INSTITUTO CORRENTINO DE AYUDA AL LISIADO**Dirección:** San Lorenzo 784**Teléfono:** (03783) 424842.

Lunes a Viernes de Horario: 7 a 13 hs.

**GOYA****Organismo:** HOSPITAL ZONAL "Dr. CAMILO MUNIAGURRIA"**Dirección:** Avda. Mazzanti 550**Teléfono:** (03777) 422283/422710

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Hospital Julio C Perrando**Dirección:** Av. 9 de Julio 1101 - Resistencia**Teléfono:** (03722) 42 5050 44 2399**Observaciones:** Es la Junta Central**PROVINCIA DE CHUBUT**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Hospital Subzonal Santa Teresita**Dirección:** J.A. Roca 555, Rawson**Teléfono:** (02965) 481260**PROVINCIA DE ENTRE RÍOS**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Instituto Provincial de Discapacidad  
**Dirección:** Gregoria Matorras de San Martín y Azcuenaga, Paraná**Teléfono:** (0434) 208280/4208281**E-mail:** ipdiscapacidad@yahoo.com.ar**PROVINCIA DE FORMOSA**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Centro de Día**Dirección:** Junín y Yunká, Formosa**Teléfono:** 03717-436446**Horario:** Lu a Vi: 8:00 hs a 12:00 hs.**PROVINCIA DE JUJUY**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Departamento Provincial de Rehabilitación. Ministerio de Bienestar Social**Dirección:** Independencia N° 41**Teléfono:** 0388-4234243**Horario:** Lu a Vi: 07:00 hs a 15:00 hs.**PROVINCIA DE LA PAMPA**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Dirección de Discapacidad. Ministerio de Bienestar Social**Dirección:** Av. Roca 851 - Santa Rosa**Teléfono:** (02954) 453953**Horario:**

Lunes y Jueves de 00.09 hs. a 11.15 hs

**PROVINCIA DE LA RIOJA**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Zona Sanitaria I. CPS, San Vicente**Dirección:** Oyola y Pamplona B° San Vicente**Teléfono:** (03822) 424210**Horario:** Ma 8:00 a 12:00 hs.**PROVINCIA DE MENDOZA**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Gerencia de Discapacidad**Dirección:** Colón 659 Ciudad de Mendoza**Teléfono:** (0261) 4254780**Horario día Lunes:**

Lu 8:30 a 12:30 hs y 14:30 a 18:00 hs

**Horario día Martes:** 8:30 a 11:30 hs**Horario día Miércoles:** 8:30 a 12:30 hs**Horario día Jueves:** 8:30 a 12:30 hs**PROVINCIA DE MISIONES**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Ministerio de Bienestar Social**Dirección:** Junín y Tucumán, Posadas**Teléfono:** (03752) 444082**Horario:** Lu a Vi: 6:30 hs a 12:00 hs.**PROVINCIA DE NEUQUÉN**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Junta Coordinadora para la Atención Integral del Discapacitado Ju.C.A.I.D**Dirección:** Salta 265 (8300) Neuquén**Teléfono:** (0299) 4495552**PROVINCIA DE RÍO NEGRO**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:**

Consejo Provincial del Discapacitado

**Dirección:** Laprida 226. Viedma**Teléfono:** (02920) 421833**Horario:****PROVINCIA DE SALTA**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Secretaría de Estado de Asistencia Médica y Promoción Social**Dirección:** Lerma 800, Salta**Teléfono:** (0387) 4375146/5**Horario:** sin confirmar**PROVINCIA DE SAN JUAN**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:**

Dirección de la Persona con Capacidades Especiales

**Dirección:** Gral. Acha 534 (s), Capital**Teléfono:** (0264) 4216606**Horario:** Mie 7:00 a 13:00 hs.**PROVINCIA DE SAN LUIS**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas**Organismo:** Centro de Referencia Provincial de Rehabilitación**Dirección:** Ciudad de Rosario y Pasteur, San Luis

**PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

Junta Central: Junta Médica Central Evaluadora de Personas

**Organismo:** Sin Datos Oficiales

**Dirección:** Sin Datos Oficiales

**Teléfono:** Sin Datos Oficiales

**Horario:** Sin Datos Oficiales

**PROVINCIA DE SANTA FE**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas

**Organismo:** Dirección de Rehabilitación

**Dirección:** Boulevard Gálvez 1563, Ciudad de Santa Fe

**Teléfono:** (0342) 4574785

**Horario:** Ma y Mie 8:00 a 12:00 hs

**PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas

**Organismo:** Instituto de Rehabilitación Integral

**Dirección:** 24 de setiembre 446

**Teléfono:** 0385 4211480 / 4217189

**Horario:** Sin Información Suministrada

**PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad:

**Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas

**Organismo:** Sin Información Suministrada

**Dirección:** Sin Información Suministrada

**Teléfono:** Sin Información Suministrada

**Horario:** Sin Información Suministrada

**PROVINCIA DE TUCUMÁN**

Organismo donde se tramita el Certificado de Discapacidad: **Junta Central:** Junta Médica Central Evaluadora de Personas

**Organismo:** Junta de Evaluación de Discapacidad

**Dirección:** Alberdi 416, San Miguel de Tucumán

**Teléfono:** 0381 4526291 / 0381 4526292

**Horario:** Martes y Miércoles de 07.30 a 13.30 hs.



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# Capítulo 3

## ▣ Abdomen agudo quirúrgico en el lactante

Dr. Adrián R. Oneto

Cirujano Infantil. Hospital Regional Ushuaia - Miembro Titular de Asociación Civil Argentina de Cirugía Infantil (ACACI).  
Certificado por A. M.A. - Residencia completa y Jefatura de Residentes en Cirugía Infantil en Hospital de Niños "R. Gutiérrez".  
Ciudad de Buenos Aires. - Especialista en Medicina Legal otorgado por la Universidad de Buenos Aires.



Por un niño sano  
en un mundo mejor

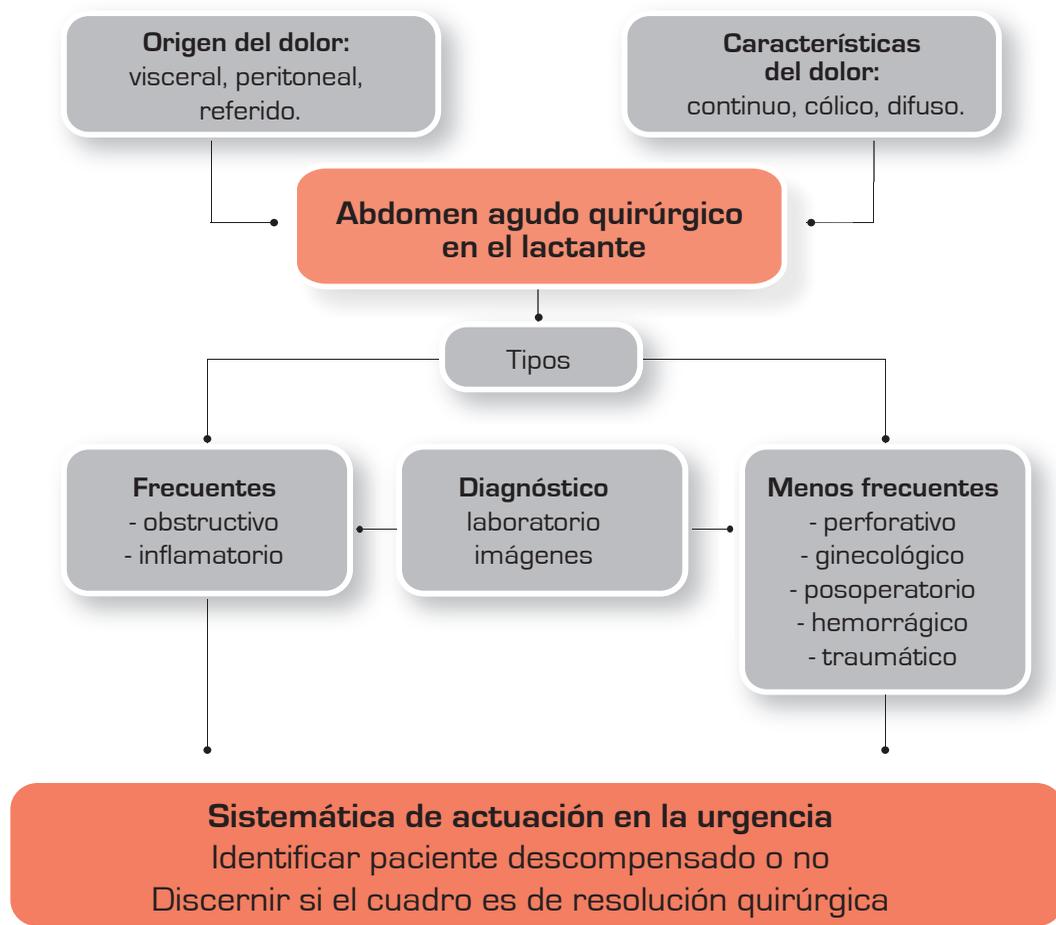
Sociedad Argentina de Pediatría  
Secretaría de Educación Continua

(08)

## Objetivos

- Identificar los distintos tipos de abdomen agudo según su signosintomatología específica.
- Reconocer las posibilidades y limitaciones que tienen los distintos estudios por imágenes para el diagnóstico en casos de abdomen agudo.
- Ordenar la atención de una urgencia de acuerdo a una sistemática.
- Decidir oportunamente la intervención del cirujano infantil y/o el traslado del paciente.

## Esquema de contenidos



## Introducción

El “Abdomen agudo” es un cuadro que se caracteriza principalmente por la aparición en forma brusca de dolor abdominal. Un proceso abdominal causante de un abdomen agudo comienza con un dolor difuso, poco localizado, producto de una irritación visceral. Cuando esto se complica y se afecta el peritoneo parietal, el dolor se hace más intenso y localizado.

**El abdomen agudo es una urgencia y se debe actuar con rapidez para determinar si se trata de un abdomen “quirúrgico” o no.**

No se espera que el profesional que recibe al niño, el pediatra, llegue a un diagnóstico de certeza, pero sí debe discernir entre una patología quirúrgica de otra que no lo es, en el menor tiempo y con los medios más simples. Esto implica reconocer que hay entidades que no requieren del especialista quirúrgico, y por lo tanto, esta diferenciación debe ser hecha por quien está capacitado por su formación general a dar atención al niño en forma integral. Es conveniente no embarcarse en procedimientos o estudios complicados que, en general, no brindan mayores certezas que el abordaje sistemático de la clínica quirúrgica básica.

El “Abdomen agudo” exige una aproximación diagnóstica clara, rápida y eficiente, ya que dejado a su propia evolución, sin un tratamiento adecuado, puede llevar a la muerte del enfermo.

**Las características del dolor son de fundamental importancia.**

El dolor puede ser:

■ **Continuo:** en relación con procesos inflamatorios agudos.

■ **Cólico:** este dolor se expresa en dos fases regulares de crecimiento y cese, sugiriendo obstrucción del tracto gastrointestinal o del genitourinario.

■ **Difuso:** suele presentarse en la evolución de los otros tipos de dolor.

Estas características son de muy difícil interpretación en los lactantes, tanto para el profesional actuante como para los padres. Se debe extremar el interrogatorio y realizar un examen físico exhaustivo.

En este grupo etario, de 28 días a los 2 años de edad, la definición de los síntomas es de gran dificultad y frecuentemente el diagnóstico es tardío. A veces los padres, por compromisos laborales, desconocen detalles de la evolución del cuadro clínico y suelen sobredimensionar los hechos que más los impactan y omitir otros detalles significativos. Es frecuente que la consulta sea vespertina o nocturna cuando los padres regresan al hogar una vez terminada la jornada laboral.

Si bien su determinación es compleja, el dolor según su origen se puede encuadrar en:

■ **Visceral.** El origen de este dolor se encuentra en los receptores situados en las vísceras huecas o sólidas abdominales o en el peritoneo visceral. Es un dolor de transmisión lenta, se percibe con poca precisión, está mal localizado y es difuso. Los estímulos que lo provocan pueden ser: mecánicos (distensión, estiramiento, tracción o contracción), espasmos viscerales o isquemia. La sensación que trasmite es de quemazón o incomodidad, no se encuentra una postura antálgica, la intensidad es variable y con frecuencia se asocia a manifestaciones vagas como: ansiedad, sudoración, náuseas, vómitos, taquicardia, hipotonía o palidez.

■ **Somático o peritoneal.** Tiene su origen en los receptores del peritoneo parietal, piel y músculos. Es un dolor de transmisión rápida. Está provocado por

la eliminación de los metabolitos tisulares que aparecen tras la inflamación o la isquemia. Es un dolor que se percibe bien localizado, punzante, muy intenso y que provoca una quietud absoluta, originando una clara posición antálgica, la cual se intenta mantener de una forma permanente evitando cualquier maniobra o movimiento que lo exacerbe.

■ **Referido.** Es el dolor que se origina en regiones alejadas de donde se manifiesta, siendo por lo tanto un dolor de proyección cerebral. Su origen puede ser tanto visceral como somático.

Cualquiera de los tipos de dolor descriptos pueden modificarse según la capacidad del niño para tolerarlos, existiendo factores psicógenos y ambientales que los incrementan o disminuyen.

Es importante contar con especialistas pediátricos, clínicos y quirúrgicos, para la atención de estos enfermos que exigen experiencia y conocimientos para encaminar el flujo diagnóstico y para decidir el adecuado tratamiento sin pérdida de tiempo.

Existen cuadros de abdomen agudo de resolución clínica de causas metabólicas, endocrinas o tóxicas entre otras.

### Tipos de abdomen agudo quirúrgico

- Obstrutivo.
- Inflamatorio.
- Perforativo.
- Ginecológico.
- Hemorrágico.
- Postoperatorio.
- Traumático.

### Abdomen agudo obstructivo

El abdomen agudo obstructivo puede cursar con dolor o sin dolor.

#### Abdomen Agudo Obstrutivo

##### Sin dolor

Hipertrofia pilórica

##### Con dolor

Invaginación Intestinal

Hernia Inguinal atascada

Vólvulo intestinal

Parasitosis

Hernia interna

Infarto de intestino

**El abdomen agudo de tipo obstructivo es el más frecuente en el lactante.**

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- Dolor agudo, cólico, de máxima intensidad, violento y generalizado.
- Períodos de calma.
- Gran compromiso de estado general
- Distensión abdominal.
- Silencio abdominal.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Enterorragia tipo "jalea de grosellas".
- Vómitos (alimenticios, biliosos o fecaloideos).
- Ausencia de eliminación de gases o materia fecal.
- Timpanismo abdominal.

La **invaginación intestinal** (Ver imagen 1 en el insert de fotos) es una de las primeras causas de abdomen agudo quirúrgico en el lactante, comparable solamente con la hernia inguinal atascada.

Si bien es una entidad que se puede ver a cualquier edad, la presentación más frecuente es durante el primer año de vida.

La distribución según el género marca una ligera predisposición hacia el sexo masculino a razón de 2:1.

Hasta hace poco tiempo se consideraba que las causas de la invaginación intestinal eran idiopáticas pero estudios realizados sobre el asa afectada han demostrado que en el 26,5% de los casos se presenta algún tipo de alteración (el 18,7% presenta adenitis mesentérica) y que, en un 60,6% de los casos, el análisis de la materia fecal muestra algún tipo de sobreinfección, siendo el Adenovirus, Rotavirus, Yersinia y el Staphilococcus Aureus los entes más encontrados.

En la actualidad se considera que la causa más frecuente de la invaginación intestinal es la infección gastrointestinal.

La **hipertrofia pilórica** se manifiesta entre la segunda y la quinta semanas de vida, con una edad media de 40 días. Es una patología conocida y temida por la gran mayoría de los pediatras. Su diagnóstico significa un desafío ya que se trata de un paciente absolutamente normal que comienza con vómitos no biliosos importantes y hay que recordar que a esta edad frecuentemente los vómitos se producen sin patología subyacente. En la práctica, la sospecha de hipertrofia pilórica se demora 8 días en promedio, tiempo en el que se puede empeorar el estado de nutrición e hidratación del niño.

Su frecuencia es muy variable dependiendo de la constitución étnica de la población estudiada; en general se presenta entre 0,85 a 2,6 cada 1000 lactantes.

El 80 al 85% son de sexo masculino con una relación de 4:1 con el sexo femenino.

La etiología es desconocida. Algunos estudios describen una alta relación, un incremento de casi ocho veces, existente entre hipertrofia de píloro y la ingesta en edades tempranas (entre los 3 y los 13 días de vida) de macrólidos.

La lactancia materna es factor de protección.

Sus síntomas clásicos son:

- Vómitos en "chorro" (que puede estar ausente en un tercio de los niños con síndrome pilórico).
- Palpación del píloro (ausente en la mitad de los casos).
- Alcalosis metabólica- ph por encima de 7,45- (presente sólo en el 25%).
- Hipocloremia (presente sólo en un tercio de los casos).

El dolor no es la principal manifestación de la hipertrofia pilórica.

El diagnóstico es patrimonio exclusivo de los estudios por imágenes.

Es una patología de fácil e inocua confirmación diagnóstica, con tratamiento quirúrgico con muy bajo porcentaje de complicaciones -menos del 0,4%- y una mortalidad que en sus comienzos llegaba al 50% y que hoy es prácticamente 0%.

La **hernia inguinal atascada** es una complicación de la hernia inguinal y presenta dolor.

La complicación de atascamiento u oclusión es rara, entre 1,5 y 8% y la posibilidad que requiera tratamiento quirúrgico de urgencia es aún menos frecuente. Entre el 25 y el 33% se reduce en forma manual con sedación leve.

La incidencia de hernia global, a cualquier edad pediátrica, es de 0,8 a 4,4% aumentando a 30% en los pacientes prematuros.

**El examen físico se debe realizar con el paciente totalmente desvestido de modo que una hernia inguinal se puede advertir rápida y fácilmente.**

En la **suboclusión por áscaris** es importante remitirse a la signo-sintomatología clásica de un cuadro obstructivo. La anamnesis inicial puede guiar las sospechas sobre el cuadro de parasitosis. En general se trata de niños mayores, con antecedentes familiares y/o domiciliarios (convivencia con animales).

La etiología más frecuente es el *Ascaris Lumbricoides*, que puede llegar a la formación de "ovillos" obstructivos a cualquier nivel del intestino y vía biliar, e incluso su perforación y diseminación por toda la cavidad abdominal (Ver imagen 2 en el insert de fotos).

El tratamiento con antiparasitarios en el curso del abdomen agudo podría empeorarlo debido a la detención del movimiento, por la muerte o parálisis del parásito.

**En las patologías obstructivas el diagnóstico presuntivo rápido y precoz es de vital importancia para evitar la demora en el diagnóstico definitivo y/o tratamiento quirúrgico.**

## Abdomen agudo inflamatorio

La diverticulitis de Meckel, la colecistitis y la apendicitis son ejemplos de abdomen agudo de causa inflamatoria. En general, se manifiestan a edades más avanzadas, cerca de los 2 años de edad.

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- ❑ Dolor abdominal de iniciación brusca, continuo e intenso.
- ❑ Hiperestesia cutánea.
- ❑ Fiebre, taquicardia.
- ❑ Reacción peritoneal, defensa o contractura.
- ❑ Náusea, vómitos.

En este grupo de patologías se destacan los problemas relacionados con el divertículo de Meckel, siendo la entidad más frecuente de causa inflamatoria. (Ver imágenes 3, 4, 5 y 6 en el insert de fotos).

Su origen está relacionado con la persistencia del conducto onfalomesentérico que, aproximadamente entre la quinta y séptima semanas de desarrollo, debería obliterarse. Dependiendo de la etapa donde se detenga este proceso se producen las distintas anomalías: divertículo de Meckel, conducto onfalomesentérico, quiste onfalomesentérico, brida alantoidea.

Aproximadamente entre el 1 y el 2% de la población presenta persistencia del divertículo de Meckel pudiendo hacerse evidente a cualquier edad. Cerca del 90% de los casos se ven antes de los 10 años de edad. Hay una clara predisposición masculina con una relación de 3:1. El 28,6% son asintomáticos y son hallazgos durante una laparotomía por otra causa.

**Tabla I. Complicaciones del divertículo de Meckel**

Complicaciones	Frecuencia de presentación
Oclusión Intestinal	40%
Hemorragia	31%
Diverticulitis	18%
Fístula umbilical	9%
Otros (tumores, hernias, perforación, etc.)	2%

La **colecistitis** es un cuadro inflamatorio de la vesícula biliar. En la gran mayoría de los casos se origina en un lito previamente asintomático que ocluye la vía biliar provocando estasis del líquido y secundariamente infección del mismo.

La frecuencia de la **litiasis vesicular** a edades tempranas e incluso intrauterino, va aumentando a medida que progresa la tecnología diagnóstica y su accesibilidad.

La colecistitis puede estar presente en lactantes internados con cuadros graves y falla multiorgánica pero sin la obstrucción por lito. Desde ya son enfermos bajo cuidados intensivos y no son materia de este artículo.

La gama de posibles complicaciones de esta obstrucción es muy amplia con un franco incremento en la complejidad de tratamiento y riesgo de vida del niño.

Las complicaciones son: cólico biliar, colecistitis, colecistitis necrohemorrágica, síndrome coledociano, pancreatitis. (Ver imagen en el insert de fotos).

**Inflamación del apéndice cecal.** Se presentan entre 2 y 4 casos por 1.000 lactantes. En general esta entidad no es sospechada por ser considerada patología de niños mayores; se demora el diagnóstico y por consiguiente el índice de perforación apendicular es cercano al 100% con el consiguiente aumento de complicaciones.

Las causas son múltiples y en general comienzan con una consulta tardía, aproximadamente un 55% de los enfermos presentan sintomatología abdominal por más de 48 horas. La demora también se observa en la sospecha por parte del profesional que recibe al lactante con diagnósticos “erróneos” variados.

#### Tabla II. Diagnósticos erróneos en cuadros apendiculares

Gastroenteritis 51,3%

Constipación 25,6%

#### ➤ Abdomen agudo perforativo

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- Dolor abdominal en puntada.
- Abdomen en tabla (contractura).
- Reacción peritoneal generalizada.

- El niño está inmóvil, no quiere jugar.
- Fiebre, taquicardia.
- Ausencia movimientos respiratorios abdominales.
- Ausencia de ruidos abdominales.

Ejemplos: Perforación intestinal de etiología diversa.

Las causas de **perforación intestinal** son múltiples, comprenden varias entidades patológicas. Es importante conocer el cuadro clínico, que requiere una rápida y eficiente conducta diagnóstica para decidir el adecuado tratamiento quirúrgico.

Es importante su sospecha para no solicitar estudios complejos que insumen tiempo y que pueden ser reemplazados por procedimientos sencillos, rápidos y de bajo costo como una radiografía simple de pie.

#### ➤ Abdomen agudo ginecológico

Es un grupo de entidades de muy baja frecuencia en este grupo etario. Esto no descarta la posibilidad de encontrarse ante a un cuadro agudo de origen abdominal producto de un **ovario poliquístico**, con el ligamento ovárico torcido, hemorrágico y necrosado. Todo agrandamiento del ovario de características quísticas en general corresponde a una etiología benigna, pero en caso de dar un cuadro agudo, su tratamiento es quirúrgico.

El **quiste de ovario complicado** es la indicación de cirugía más frecuente.

Las complicaciones generalmente corresponden a quistes simples mayores de 5 cm. de diámetro. En los casos en los que el diagnóstico se realiza en forma prenatal o en recién nacido, la postura conservadora se mantiene hasta este tamaño siempre que las características ecográficas sean simples, sin tabiques, sin sospecha de contenido hemático y con un estricto seguimiento. Las complicaciones de quiste ovárico son torsión de ligamento ovárico, necrosis ovárica, hemorragia, oclusión intestinal.

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- Dolor abdominal continuo de aparición brusca pero intensidad moderada.
- Dolor a la palpación profunda, defensa abdominal.
- Taquicardia, hipotensión, ansiedad.
- Palidez, sudoración, frialdad.

## ❖ Abdomen agudo hemorrágico

Si se excluyen los casos de origen traumático, el abdomen agudo hemorrágico se centra en las complicaciones de los tumores con algún componente vascular, como son los hemangiomas o hemolinfangiomas y en la entidad conocida como “bazo errante”.

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- ❖ Dolor abdominal continuo de aparición brusca pero intensidad moderada.
- ❖ Dolor a la palpación profunda, defensa abdominal.
- ❖ Taquicardia, hipotensión, ansiedad.
- ❖ Palidez, sudoración, frialdad.

La localización de los **linfangiomas** a nivel abdominal se observa en el 2 al 5% de los casos. La manifestación inicial es una tumoración abdominal o un cuadro abdominal agudo. La localización más frecuente es en el mesenterio del intestino delgado, seguido por formaciones únicas en el epiplón mayor, y por último, con menor frecuencia, pero en general con múltiples quistes, en el retroperitoneo.

En cuanto al **bazo errante** su frecuencia aumenta a edades mayores si bien no se descarta en este grupo etéreo. En general, la esplenectomía es la consecuencia de no ser tratado a tiempo. La gran laxitud o falta de fijaciones hace que su punto de anclaje, que es el pedículo vascular, pueda en ocasiones pivotear sobre sí mismo con la consiguiente obstrucción del flujo sanguíneo y el infarto esplénico, causante del cuadro abdominal agudo.

## ❖ Abdomen agudo postoperatorio

Los antecedentes recabados en la anamnesis y en el examen físico son fundamentales. Ante la confirmación de una intervención abdominal, de cualquier tipo, por más pequeña que sea y un cuadro abdominal agudo, en general oclusivo, se debe pensar en un abdomen agudo postoperatorio. La confirmación se obtiene del relato de los padres, por la historia clínica, si fue hecha en el lugar, o mediante la constatación física de la cicatriz o herida en el examen abdominal.

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- ❖ Dolor abdominal intenso, en general cólico, que no responde a analgésicos.

- ❖ Silencio abdominal.
- ❖ Distensión abdominal.
- ❖ Vómitos o débito gástrico aumentado y bilioso.
- ❖ Deterioro del estado general.

## ❖ Abdomen agudo traumático

Es de vital importancia la anamnesis con los padres o la persona que trae al niño para identificar el antecedente de un trauma. Se debe descartar **maltrato** el que debe ser informado a las autoridades pertinentes durante la urgencia. La denuncia de sospecha de lesión intencional a un menor es un deber.

Se debe sospechar trauma ante todo lactante con súbita distensión abdominal y con alguna de la sintomatología siguiente.

Su cuadro clínico se caracteriza por:

- ❖ Duración del dolor >6 horas.
- ❖ Inicio súbito, intolerable.
- ❖ Comienzo insidioso y aumento progresivo.
- ❖ Signos francos de irritación peritoneal.
- ❖ No eliminación de materia fecal o gases.
- ❖ Presentación de shock con pérdida de conciencia.

Son ejemplos de abdomen agudo traumático la ruptura de víscera hueca y la ruptura de víscera sólida.

## Diagnóstico

Ante una urgencia es necesario diferenciar entre una entidad que va a requerir tratamiento quirúrgico y otra que no. Esto es primordial, ya que de contar en la zona con un especialista, deberá ser consultado inmediatamente pero en caso de no contar con él y con los recursos necesarios, se deben poner en marcha los mecanismos para trasladar al enfermo a un centro que cuente con la complejidad adecuada.

Este es un punto muy importante, ya que es el cirujano infantil quien tiene que definir si se insiste con algún otro método diagnóstico o si, teniendo en cuenta los tiempos de cada caso, se adopta una conducta quirúrgica inmediata.

### Laboratorio

Es la puerta de entrada para el estudio de todo abdomen agudo, si bien su especificidad es relativa en cuanto a discernir entre las distintas entidades. Esto se debe a que las variaciones de los distintos parámetros tomados son demasiado amplias como para constituir un marcador patognomónico, pero si se correlaciona la clínica del paciente con los resultados obtenidos se puede decidir con mayor precisión los pasos a seguir.

En cuanto las pruebas que se van a solicitar y por tratarse de una urgencia con posibilidad cierta de tratamiento quirúrgico, no deben ser muy numerosas sino amplias y simples, como ser:

- ❑ Hemograma: nos da una idea del estado del paciente y fundamentalmente buscamos en el recuento de glóbulos blancos un parámetro rápido de infección.
- ❑ Amilasemia: solamente en los traumatismos y donde sospechamos patología pancreática.
- ❑ Sedimento urinario: para descartar cuadros de infección urinaria que a esta edad pueden llegar a dar un patrón abdominal.
- ❑ Coagulograma: al ser una entidad de posible resolución quirúrgica no debemos olvidar este estudio que si bien no va a aportar para el diagnóstico pero sí evitará una segunda extracción.

### Radiología simple

El método por imágenes más sencillo, simple, de bajo costo y fácil interpretación, y que está disponible en la gran mayoría de los centros asistenciales es la radiografía simple, estudio fundamental e imprescindible en el inicio de todo algoritmo diagnóstico abdominal, e incluso para la resolución de la gran mayoría de las entidades.

Es muy importante saber qué se busca, qué se sospecha, para saber cómo pedir el estudio, ya que es habitual que estos cuadros consulten fuera del horario laboral del médico radiólogo. Las especificaciones deben ser claras y concretas ya que la interpretación del estudio va a ser hecha por el mismo pediatra.

En este tipo de cuadros el mayor provecho del estudio se obtiene solicitando un placa simple y con el paciente de pie, o en caso de no ser posible por el cuadro del niño, semisentado. Aporta innumerables datos, es más, en determinados tipos de cuadro agudos son diagnósticas y no requieren seguir con otros estudios.

La atención se debe enfocar en los siguientes datos para tomar una rápida decisión: seguir investigando o solicitar la consulta con un especialista.

Los datos a buscar son:

- ❑ Neumoperitoneo.
- ❑ Niveles hidroaéreos.
- ❑ Distensión gástrica y/o intestinal.
- ❑ Distribución irregular del aire intestinal (Ver imagen 8 en el insert de fotos).

**Neumoperitoneo:** es la presencia de aire en la cavidad peritoneal fuera del tracto digestivo. Este dato solo y aislado indica que el paciente debe ser evaluado por un especialista en cirugía infantil ya que es muy probable se trate de un abdomen agudo perforativo y el tratamiento sea quirúrgico, sin importar cuál sea la etiología.

**Niveles hidroaéreos:** al estar el enfermo en posición vertical el enlentecimiento, la obstrucción u oclusión

va a provocar que el gas se coloque por encima del nivel líquido. Se encuentra principalmente en los cuadros oclusivos, obstructivo vascular e incluso en los de tipo inflamatorio. Pero no es un dato específico por sí, si bien es característico, también se ve en los abdomen de tipo ginecológico, postoperatorio e incluso en los infecciosos pero de tratamiento médico. Es decir, son datos que aportan pero no definen por sí mismo, como el caso anterior; deben ser correlacionados con los datos clínicos y de laboratorio.

**Distensión gástrica y/o intestinal:** este dato, que puede ser fácilmente detectado por el médico pediatra, representa un hecho de suma importancia, ya que pone de manifiesto una obstrucción o dificultad en el pasaje del contenido gaseoso con la consiguiente distensión del asa proximal. Estos hechos característicos de los cuadros oclusivos u obstructivos, como la hipertrofia pilórica, e incluso postoperatorios no son patognomónicos sino que requieren su correlación con el cuadro clínico e incluso con otros estudios.

**Distribución irregular del aire intestinal:** este un dato de difícil correlación, y como en los anteriores, no es específico. Se observa en grandes masas ginecológicas o tumorales, si bien, requiere ser complementado con otros estudios (Ver imagen en el insert de fotos).

**Velamiento del aire intestinal:** dato de difícil interpretación ya que va a entrar en juego ciertas características técnicas del estudio. Su interpretación, cuando es la adecuada, va a significar la presencia de una sustancia líquida, en general sangre, entre las asas. Este hecho correlacionado con el cuadro agudo va a tener características patognomónicas e indicativas de solicitar consulta con un especialista quirúrgico.

### Radiología contrastada

Esta metodología de estudio solamente tiene indicación en un cuadro de urgencia en los casos de un abdomen agudo de tipo oclusivo u obstructivo vascular, en donde se sospecha hipertrofia pilórica o invaginación intestinal y cuando no se dispone de

ecografía.

  
No debe ser realizada sin el  
especialista quirúrgico.  


Clásicamente se utilizaba la radiografía contrastada ante la sospecha clínica; se obtenía una serie de cinco placas: una general sin contraste, otra para marcar o no la presencia de reflujo, dos en posición oblicua y una retrasada.

De no contar con un seriografo, con una radiografía simple en la que se observe un estómago dilatado, se puede administrar al paciente una pequeña cantidad -5 ml- de contraste baritado y después de 1 hora tomar una segunda radiografía simple de pie. Teniendo en cuenta que el vaciamiento gástrico lleva aproximadamente 20 minutos, si en la segunda placa se observa la presencia del material de contraste aún en estómago, se puede sospechar, con alto grado de certeza, una hipertrofia pilórica.

Se debe tener presente la posible aspiración del material contrastado suministrado por lo que hay que tener la precaución de mantener al lactante en posición semisentada todo el tiempo de espera hasta la segunda placa y luego, sí, y no antes, colocar una sonda nasogástrica.

Ante la sospecha de invaginación intestinal, por clínica y por radiografía simple de pie donde se observan niveles hidroaéreos, dilatación de asas intestinales sin aire en recto, no se debe realizar un estudio contrastado sin la presencia de un equipo quirúrgico listo. Esto se debe a que si bien este estudio puede ser diagnóstico y terapéutico, en ciertos casos se puede provocar el estallido intestinal por necrosis o por sobredistensión barométrica, con la consecuente peritonitis, de grave pronóstico si no se trata en forma inmediata.

Se reserva este estudio para el especialista en cirugía infantil, quien debe decidir cuando el intento terapéutico del estudio ha fracasado y se debe pasar a una intervención de urgencia.

El colon por enema con sustancia contrastada baritada o aire no debe ser intentado por otro profesional que no sea un cirujano infantil.

### Ecografía

Este podría llegar a ser uno de los avances de mayor significación en cuanto al diagnóstico. Es un estudio incruento, simple, indoloro, y de relativo bajo costo. No produce daño por radiación excesiva y por lo tanto puede ser repetido cuantas veces sea necesario, y no requiere anestesia para ninguna edad. Requiere de un profesional entrenado y con experiencia.

En la actualidad este estudio ha desplazado a varios otros, en especial a los contrastados, como "gold standard" para etiquetar una serie de entidades nosológicas como por ejemplo la hipertrofia pilórica y la invaginación intestinal.

En el síndrome pilórico hoy se acepta este estudio como de primera línea, dejando los exámenes contrastados para definir en caso de dudas, y será el cirujano quien decida si es conveniente su realización. Las medidas del esfínter pilórico están estandarizadas y comprobadas considerando normal una longitud de canal de hasta 16 mm; un espesor de la masa muscular de hasta 4 mm.

Es importante recalcar que es el estudio indicado, aunque no está disponible en todos los centros de atención y que los resultados son operador dependiente. En estos casos es preferible un pequeño trago de sustancia de contraste baritada para definir el posible traslado.

En cuanto a la invaginación intestinal la ecografía es el único estudio indicado para esta etapa del diagnóstico.

Si bien el estudio contrastado, en determinadas situaciones (cuadros con menos de 24 horas de evolución), no solo es diagnóstico, sino que también por presión puede llegar a ser terapéutico provocando la reducción de la invaginación, lo que no deja de ser de alto riesgo de perforación intestinal por excesiva presión o por necrosis intestinal. Esto obliga a una conducta quirúrgica inmediata para lo cual es mandatorio contar con un equipo quirúrgico listo.

Los signos radiológicos simples -falta de aire distal, niveles hidroaéreos, etc.- son suficientes para fundar la sospecha diagnóstica y solicitar una derivación urgente a un centro que cuente con la complejidad adecuada.

La ecografía es un método que ha revolucionado el diagnóstico de la gran mayoría de las entidades y en especial en los casos de urgencia abdominal.

Hoy sería lícito decir que todo abdomen agudo debería ser sometido a un estudio ecográfico que, en las manos indicadas y correlacionando los resultados con los datos clínicos y de laboratorio, puede brindar más información que cualquier otro estudio, con menor irradiación, en forma más rápida y sin traslado del paciente.

La ecografía se ha impuesto para el estudio de los cuadros apendiculares, si bien no es considerado como un patrón de oro. Cobra gran importancia en este rango de edad donde la sintomatología no es típica y su frecuencia es baja. Esto se debe a que es posible observar a la perfección el tamaño apendicular, considerando normal un diámetro de hasta 6 mm.

De allí la trascendencia de este método ya que también hace posible observar la presencia de

líquido libre en cavidad peritoneal, el engrosamiento de la pared intestinal, la presencia de tumoraciones, abscesos, y adenopatías.

Donde sí representa un patrón de oro absoluto es en el estudio de la patología biliar, siendo hoy indiscutido para arribar a un diagnóstico de colecistitis.

### ❖ Tomografía computada

Son muy pocas las indicaciones de este tipo de estudio en esta etapa del diagnóstico de un abdomen agudo.

Tiene gran utilidad en los cuadros abdominales compensados donde la ecografía no ha aportado una respuesta satisfactoria, siendo el término “compensado” de fundamental importancia ya que en un traumatismo abdominal o en un tumor vascular sangrante la sospecha y el tratamiento deben llegar antes que la confirmación diagnóstica si hay riesgo de descompensación.

### ❖ Resonancia magnética nuclear

Este estudio no tiene indicación en la evaluación inicial de un paciente con un cuadro abdominal agudo que realiza el pediatra.

### ❖ Centellografía nuclear

No es un estudio indicado para un cuadro agudo descompensado, su única indicación es para certificar la presencia de un divertículo de Meckel. El divertículo posee en aproximadamente un 50% de los casos mucosa gástrica ectópica en su interior. Esta mucosa, secretora de ácido clorhídrico por medio de las células parietales, puede ser marcada por el radio isotopo Tc 99, haciendo visible en imágenes una captación de dicho contraste fuera del estómago, indicativo del divertículo. Si es un estudio con altos grados de especificidad sus porcentajes de falsos positivos y negativos no lo hacen un método patognomónico.

## ❖ Sistemática de actuación ante la urgencia

### ¿Cuál es la conducta a seguir en una guardia o centro de atención donde concurre un niño con un cuadro abdominal agudo?

- ❖ Considerar la gravedad y urgencia de cada caso.
- ❖ Discernir si se trata de un problema de resolución médica o quirúrgica.
- ❖ Descartar que no se trate de un problema de pared.

**1.** Cuando llega el enfermo la primera gran tarea y la más urgente es reconocer al niño descompensado o con síntomas de compromiso del estado general.

**Ante un caso grave o descompensado** se debe actuar en forma rápida y eficiente, en la misma sala de guardia.

- a. Evaluación inicial del niño. En caso de traumatismo abdominal confirmado convocar al especialista en cirugía infantil.
- b. Colocar acceso venoso para reponer pérdidas de líquidos.
- c. En caso de pérdida de sangre importante reponer volemia con la solución más adecuada y accesible.

d. Colocar sonda naso gástrica para cuantificar y calificar las pérdidas por esta vía.

e. Exámenes de laboratorio (considerar hemograma, coagulograma, orina completa, medio interno según clínica).

f. Solicitar radiografías simples de abdomen de pie, si es posible en la misma sala de guardia o “shock room”.

g. Segunda evaluación del paciente, convocar al especialista en cirugía infantil.

Estos esquemas no son rígidos y sus variaciones en general están relacionadas a la disponibilidad del especialista; en grandes centros con disponibilidad permanente del mismo será convocado en forma inmediata.

  
**En centros de baja o mediana complejidad ante un paciente grave, no es recomendable iniciar estudios complementarios de diagnóstico para llegar al mismo porque se retrasaría la solicitud de evacuación del enfermo a un centro que cuente con mayor complejidad. La prioridad es compensar hemodinámicamente al niño para posibilitar un traslado seguro para acceder al tratamiento correspondiente.**  


centros de baja complejidad. Es importante tener en cuenta que hay estudios donde se somete al niño a un riesgo de lesión que no se podrá resolver.

Si no es posible contar con especialista en cirugía infantil es perentorio solicitar una derivación y/o evacuación al centro más cercano que cuente con el mismo, con la premisa de mantener al niño estable hasta tanto sea posible este traslado.

Los estudios y diagnóstico etiológico en un paciente grave son patrimonio del especialista en cirugía infantil.

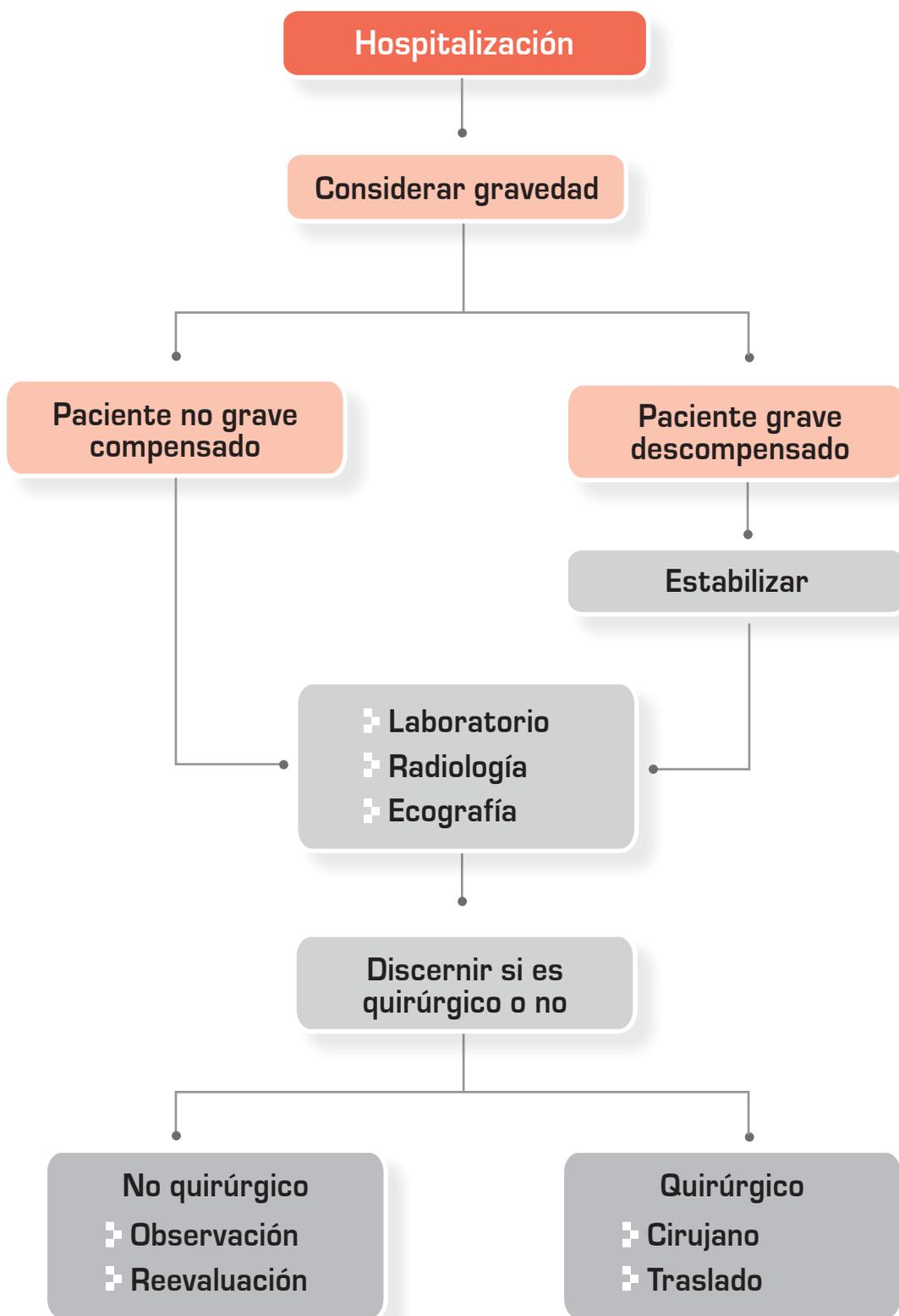
Si el cuadro inicial no reviste gravedad y/o cuando el paciente se estabiliza se pasa al segundo punto.

**2.** Discernir si se trata de un problema médico o quirúrgico.

- a. Evaluación inicial del niño.
- b. Internación y control evolutivo.
- c. Colocar acceso venoso para reponer pérdidas de líquidos.
- d. Sonda naso gástrica en caso de presentar vómitos incoercibles.
- e. Exámenes de laboratorio.
- f. Solicitar radiografías simples de abdomen de pie.
- g. Segunda evaluación del paciente.

En caso de sospechar patología de resolución quirúrgica se debe convocar al especialista. Si no se cuenta con el mismo, se pueden solicitar otros estudios que permitan precisar aún más el diagnóstico quirúrgico pero hay que recordar que es necesario contar con un especialista en radiología con experiencia pediátrica, no muy frecuente en

❖ Sistemática de actuación ante la urgencia



## Ejercicio de integración y cierre

### A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



V	F
---	---

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. La hipertrofia de píloro y la invaginación intestinal se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Está demostrado que la lactancia materna es un factor protector para el abdomen agudo inflamatorio.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La causa más frecuente de invaginación intestinal es la infección gastrointestinal.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La invaginación intestinal es más frecuente en el primer año de vida.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La principal manifestación de la hipertrofia pilórica es el dolor localizado, punzante, muy intenso.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La hernia inguinal se manifiesta con dolor sólo cuando está complicada.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La hernia inguinal atascada es más frecuente en los lactantes nacidos antes de término.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Un cuadro de suboclusión por ascaris se resuelve con un tratamiento antiparasitario.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. En más de la mitad de los casos de apendicitis, el diagnóstico es tardío, con sintomatología de 48 horas o más.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Los estudios complementarios de laboratorio tienen una especificidad relativa en cuanto a discernir entre las distintas patologías del abdomen agudo.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. El coagulograma es un estudio que aporta información para el diagnóstico.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. En una radiografía simple de abdomen se analiza neumoperitoneo, niveles hidroaéreos, distensión gástrica, distribución irregular del aire intestinal.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. La presencia de aire en la cavidad peritoneal fuera del tracto digestivo indicaría un abdomen agudo perforativo de resolución quirúrgica.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. El estudio esófago-gastro-duodenal es el único método para el diagnóstico de la hipertrofia pilórica.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Si una radiografía simple muestra la presencia de aire en la cavidad peritoneal fuera del tracto digestivo es suficiente información para decidir la intervención del cirujano infantil. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. En una ecografía es posible observar el tamaño apendicular. Se considera normal un diámetro de hasta 6 mm.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. La ecografía ha desplazado a la radiografía contrastada en el estudio de la hipertrofia pilórica y/o invaginación intestinal.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. La realización de las pruebas de laboratorio e imágenes es el primer paso en la sistemática en la atención de una urgencia.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. El segundo paso en la sistemática en la atención de una urgencia es determinar si se trata de un cuadro de resolución quirúrgica o no.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. En todos los casos, el pediatra debe indicar todos los estudios necesario para arribar al diagnóstico etiológico.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## B. Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.



**Juan**, de 11 meses de edad, llega a la guardia de un hospital de baja complejidad. El niño ingresa, poco reactivo y con mucosas secas. El abdomen está distendido, muy doloroso, de difícil valoración por el dolor; sin ruidos hidroaéreos.

*¿Cuál es la conducta inicial?*

.....

.....

.....

**Pedro**, de 35 días de vida, ingresa a la guardia por presentar vómitos importantes de un día de evolución, tolera alimentación pero en forma irregular. Como antecedente su pediatra de cabecera ha iniciado estudios para descartar reflujo gastro-esofágico. El niño se encuentra en buen estado general, reactivo, sin dolor abdominal, levemente deshidratado. La madre le entrega una seriada esófago-gastro-duodenal de hace 1 semana donde se observa importante reflujo y tiene pendiente una phmetría.

*¿Cuál sería la conducta a seguir?*

.....

.....

.....

**Laura**, de 1 año y 3 meses de edad, llega a la guardia con importante dolor abdominal, sin hipertermia y sin vómitos, dos días de evolución. La madre refiere que el cuadro ha ido empeorando y no ha tenido deposiciones ni eliminación de gases. Como antecedente, la madre refiere que hace 6 meses tuvo deposiciones con sangre y que le dijeron que era una fisura anal. No volvió a repetir el cuadro. Al examen físico presenta importante distensión abdominal, con dolor difuso muy importante, sin reacción peritoneal.

*¿Cuál es la sospecha diagnóstica? ¿Cuál sería el manejo inicial?*

.....

.....

.....

Compare sus respuestas con las que figuran en la **Clave**



## Conclusiones

El pediatra, frente a la aparición brusca o aguda de dolor abdominal en el niño, debe efectuar un interrogatorio completo sobre los antecedentes, analizar la secuencia de aparición de los distintos síntomas y realizar un examen físico completo. En él debe evaluar el estado general del niño, palpar el abdomen, comenzando por la zona no dolorosa, en búsqueda de signos específicos que orienten a las distintas patologías y finalizar con la auscultación de los ruidos hidroaéreos.

El abdomen doloroso quirúrgico habitualmente evoluciona con agravamiento de la signo-sintomatología.

El pediatra deberá sospechar si el cuadro clínico requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia, o si

por el contrario, requiere de la observación del niño con la eventual hidratación parenteral y reposo digestivo (ayuno) y la realización de los exámenes complementarios pertinentes. Estas decisiones surgirán de la interconsulta y el diálogo con el cirujano infantil.

La clínica es la herramienta diagnóstica por excelencia frente al niño con abdomen agudo doloroso siendo fundamental el seguimiento médico hasta arribar al diagnóstico. La evaluación repetida por el clínico y el cirujano a fin de observar la evolución de los síntomas, definirá el tratamiento a seguir.

El rol del pediatra es trascendente para hallar la correcta utilización de los métodos de diagnóstico y realizar la consulta oportuna con el especialista.

## Lecturas recomendadas

1. Aschroft W Keith, Holder M Thomas. Cirugía Pediátrica. Tercera edición, Interamericana Mc Graw Hill. Año 2002.
2. Blanch AJ, Perel SB, Acworth JP. Paediatric intussusception: epidemiology and outcome. Emerg Med Australas 2007 Feb; 19(1):45-50.
3. Boneti C, McVay MR, Kokoska ER, Jackson RJ, Smith SD. Ultrasound as a diagnostic tool used by surgeons in pyloric stenosis. J Pediatr Surg 2008 Jan; 43(1):87-91; discussion 91.

## ❖ Ejercicio de integración y cierre. Clave de respuestas

### A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Falso: Está demostrado que es factor protector para hipertrofia de píloro.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Falso: En la hipertrofia de píloro, justamente el dolor NO ES la principal manifestación sino que lo es el vómito en chorro aunque este síntoma puede estar ausente en un tercio de los casos.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Falso: El tratamiento con antiparasitario puede paralizar al parásito y provocar obstrucción intestinal.
9. Verdadero.
10. Verdadero.
11. Falso: Dado que el cuadro muy probablemente tenga una resolución quirúrgica, el coagulograma se realiza para evitar una segunda extracción de sangre.
12. Verdadero.
13. Verdadero.
14. Falso: La ecografía es el estudio de primera línea para el diagnóstico de hipertrofia pilórica y de invaginación intestinal.
15. Verdadero.
16. Verdadero.
17. Verdadero.
18. Falso: El primer paso es la evaluación del paciente para establecer si presenta síntomas de descompensación.
19. Verdadero.
20. Falso: En un paciente grave, los estudios y el diagnóstico etiológico son patrimonio del especialista en cirugía infantil.

### B. Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas.

1. Juan. En el manejo inicial se debe asumir como un caso grave, hospitalizarlo y dar prioridad al manejo inicial de sostén hemodinámico e hidratación parenteral siguiendo el esquema sugerido para este tipo de enfermos. Luego de una nueva evaluación y si el paciente se compensa, solicitar estudios de laboratorio y radiológicos simples, al mismo tiempo que se inicia derivación a un centro de complejidad adecuada.

**2.** Pedro. En este caso es importante diferenciar al paciente que concurre a guardia de aquel en seguimiento por consultorio. Ante la sospecha de un cuadro quirúrgico se puede solicitar una radiografía simple de pie que puede marcar un aumento del tamaño de la cámara gástrica, sospecha de síndrome pilórico, que se confirmaría con una ecografía en caso de contar con ella.

**3.** Laura. El manejo inicial es el que corresponde a un paciente compensado, es decir internación y observación. La sospecha clínica inicial es cuadro apendicular y/o presencia de divertículo de Meckel complicado. Análisis de laboratorio (hemograma, coagulograma, orina completa), radiografía simple de abdomen, ecografía. La definición ya es competencia del especialista, pudiendo sí, en caso de mejorar el cuadro clínico, solicitar un estudio de medicina nuclear.



**TODOS TENEMOS CAPACIDADES DIFERENTES.  
INTEGRÉMONOS PARA SUMAR.**

ART. 23, CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. ART. 75, CONSTITUCION NACIONAL. LEY 23849.

**PRONAP 08**

**Sociedad  
Argentina  
de Pediatría**



Por un niño sano  
en un mundo mejor

Esta Tirada de 7.800 ejemplares  
se terminó de imprimir  
en el mes de Septiembre de 2008 en



Tte. Gral. J.D. Perón 935 (C1038AAS) Ciudad de Buenos Aires.  
Telefax: 4327-1172 • [ideografica@interlink.com.ar](mailto:ideografica@interlink.com.ar)