



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Secretaría de Educación Continua

Programa Nacional de Actualización Pediátrica



Módulo 4

- Envenenamiento por animal ponzoñoso
- Trastornos: Autista y de Asperger
- Trabajo infantil: una problemática social y compleja

PARO N/A P 10

Módulo 4

Envenenamiento por animal ponzoñoso

Dra. Nilda Gait

Trastornos: Autista y de Asperger

Dr. Miguel Ángel García Coto

Trabajo infantil: una problemática social y compleja

Dra. Virginia Orazi y Lic. Teresa Stonski

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

(10)

➤ Pronap 2010

➤ Comisión Directiva SAP

Presidente

Dra. Margarita D. Ramonet

Vicepresidente 1°

Dr. Gustavo R. Cardigni

Vicepresidente 2°

Dr. Omar L. Tabacco

Secretaria General

Dra. Angela Gentile

Tesorera

Dra. Stella Maris Gil

Pro-Tesorero

Dr. Claudio R. Pedra

Secretaria de Educación Continua

Dra. María del Carmen Toca

Secretario de Actas y Reglamentos

Dr. Dr. Jorge L. Cabana

Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. Nélida C. Valdata

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. Jesús María Rey

Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Adriana Fernandez

Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. Ingrid Waisman

Vocal 1°

Dra. Claudia M. Palladino

Vocal 2°

Dr. Guillermo T. Newkirk

Vocal 3°

Dra. Roxana Martinitto

Coordinadora Técnica

Dra. Adriana Afazani

➤ Secretaría de Educación Continua

Secretaria

Dra. María del Carmen Toca

Miembros

Dr. Juan Carlos Vassallo

Dr. Luis Urrutia

Dra. Angela Nakab

Dra. Claudia Palladino

Dra. Isabel Maza

Dra. Liliana Sabbag

Dra. Lucrecia Arpi

Dra. María Luisa Ageitos

Dra. Silvia Algieri

Dra. Silvia Castrillón

Asesoras Pedagógicas

Lic. Amanda Galli

Lic. Claudia Castro

➤ Directora PRONAP

Dra. María Luisa Ageitos

Editores asociados

Dra. Isabel Maza

Dra. Roxana Martinitto

Dra. Virginia Orazi

Secretarias administrativas

Fabiana Cahaud

María Laura Boria

Silvina Muleiro

➤ Consejo Asesor del PRONAP

Directores de Región

Región Metropolitana

Dr. Gustavo Bardaui

Región Litoral

Dr. Juan Carlos Sacco

Región Pampeana Norte

Dr. Ignacio Goñi

Región Pampeana Sur

Dr. Pablo Andreatta

Región Centro Cuyo

Dr. Daniel Miranda Murillo

Región

Noreste Argentino (NEA)

Dra. María Staël Magdalena

Romero

Región

Noroeste Argentino (NOA)

Dr. Luis Giribaldi

Región Patagónica Atlántica

Dra. María Elena Palla

Región Patagónica Andina

Dra. Lidia Morettini

➤ Equipo de apoyo profesional

Marcelo Aguirre, Nestor Albizuri, Lucrecia Arpi, Miriam Bonadeo, Silvia Castrillón, Luis Armando Cima, Cristina Ciriaci, Leopoldo Coarasa, Marta Eugenia Del Caño, Susana Factorovich, Claudia Ferrario, Carlos Figueroa, Gabriela Giannini, Nelly Insrán, Walter Joaquín, Roxana Martinitto, Isabel Maza,

Ángela Nakab, Monica Ohse, Adriana Peralta, Gladis Pernas, Lilia Rabinovitz, María Ernestina Reig, Josefa Rodríguez, Susana San Miguel, Norma Schenone, Mabel Schinder, Ana María Soria, Liliana Tarico, Ricardo Vicentino, Liliana Villafaña, Miguel Angel Yohena, Horacio Yulitta.

➤ 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 10 a 20 hs.

© Sociedad Argentina de Pediatría, 2010.

I.S.B.N.: 978-987-9051-81-8

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o 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.

Armado: Rosario Salinas

IDEOGRAFICA
SERVICIOS EDITORIALES

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

Índice

PRONAP Informa	4
Envenenamiento por animal ponzoñoso	10
Dra. Nilda Gait	
Trastornos: Autista y de Asperger	42
Dr. Miguel Ángel García Coto	
Trabajo infantil una problemática social y compleja	68
Dra. Virginia Orazi y Lic. Teresa Stonski	

PRONAP informa

Información útil y necesaria

Estamos terminando el curso 2010 y les presentamos el último módulo del 6° ciclo, esto quiere decir que hemos recorrido 18 años en el camino del saber.

Con este Módulo Ud. está recibiendo:

Hoja suelta de:

- ❑ Encuesta de Opinión (Cuadernillo de preguntas y Formulario óptico).
- ❑ Examen Final (Cuadernillo de preguntas y Formulario óptico).
- ❑ Trabajo en Terreno (Cuadernillo de preguntas y Formulario óptico).
- ❑ Póster para salas de espera: promoción del lenguaje.
- ❑ 3 volantes de Recomendaciones para el buen dormir.
- ❑ Calendario 2011.
- ❑ Díptico trabajo infantil.
- ❑ Índice temático cronológico 1993/2010.
- ❑ Índice temático alfabético 1993/2010.
- ❑ Cd con el audio de TGD y 2 testimonios de padres y materiales complementarios de los temas 2010 para información y consulta.
- ❑ Ficha de Inscripción PRONAP 2011.

El Examen Final 2010

Como siempre el examen tiene 100 preguntas de selección múltiple. La novedad del año 2010 es que las preguntas tienen 3 opciones: a), b) y c). Este cambio –pasar de cuatro a tres opciones– se basa en trabajos publicados recientemente¹. En las investigaciones se revisaron gran cantidad de exámenes respondidos por estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud y se encontró que en las preguntas de cuatro y/o cinco opciones siempre quedaban algunas que “no

funcionaban”, es decir que eran muy poco elegidas (menos del 5% de los alumnos). También encontraron que la calidad de las preguntas, grado de dificultad y de discriminación, se relacionaba con la cantidad de opciones que eran elegidas y no simplemente por la cantidad de opciones que ofrecía la pregunta. Como la experiencia demuestra que la mayoría de los profesionales que elaboran las preguntas para los exámenes tienen dificultades para encontrar opciones que resulten igualmente atractivas, muchos investigadores están concluyendo que sería recomendable hacer preguntas con tres buenas opciones. En el PRONAP hemos revisado los exámenes de los últimos años y encontramos que muchas de las opciones no habían funcionado (fueron elegidas por menos del 5% de la población que contestó el examen). Por este motivo decidimos probar con tres opciones para ver si mejoramos la calidad de nuestro Instrumento de Evaluación.

El nivel de exigencia para la aprobación es del 60% de respuestas correctas.

Como Ud. sabe, corregimos mediante lector óptico. **Por eso le rogamos lea atentamente el instructivo para el llenado de los mismos, respetando las indicaciones, de lo contrario no podremos computar sus respuestas y Ud. no recibirá el certificado correspondiente.**

Una vez presentado todos los formularios (encuesta de opinión, trabajo en terreno y examen final) no se aceptarán reclamos respecto a la forma en que se completaron y/o entregaron los mismos (por ejemplo: realizó el examen final en el formulario equivocado o lo llena parcialmente, etc). Es por ello que le pedimos especial atención en la confección de los formularios y muy en especial en el examen.

1. Tarrant M, Ware J, Mohammed A. An assessment of functioning and non-functioning distractors in multiple-choice questions: a descriptive analysis. BMC Medical Education 2009. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/9/40>.

Haladyna T, Downing S, Rodriguez M. A Review of Multiple-Choice Item-Writing Guidelines for Classroom Assessment. En: Applied measurement in education, 15 (3), 309-334. Copyright © 2002, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

El llenado atento y responsable de cada material (examen, encuesta y trabajo en terreno) también son parte del aprendizaje.

Conserve una fotocopia de las respuestas, como constancia en caso de posteriores reclamos.

❖

La fecha tope de entrega del Examen Final, la Encuesta de Opinión y el Trabajo en Terreno es 30 de abril del 2011. No hay prórroga para estas entregas y no se aceptarán formularios una vez vencidos los plazos.

❖

Encuesta de Opinión 2010

La Encuesta de Opinión tiene 40 preguntas y será leída por un lector óptico al igual que el Examen Final y el Trabajo en Terreno. Los formularios son parecidos (igual color, formato y cantidad de burbujas), **NO LOS CONFUNDA**, lea atentamente el título de cada uno para identificarlos.

Su sincera opinión es de mucho interés para nosotros.

Ud. es el responsable de sus entregas. No olvide el seguimiento de las mismas telefónicamente o por mail en un tiempo prudencial.

Certificación 2010

Si Ud. aprueba el examen del PRONAP, recibirá una certificación por 250 horas y en el caso de haber participado del Encuentro Presencial o Virtual su diploma será por 280 horas.

❖

La Secretaría de Educación Continua asigna al PRONAP 18 - 19 créditos según si concurre o no a un Encuentro Presencial o Virtual, que el CEP acredita. Para la adjudicación de créditos será requisito haber aprobado el examen final y haber cumplido con todas las exigencias del año (entregar encuesta de opinión y trabajo en terreno). El PRONAP otorga créditos para la Recertificación de pediatras ante el Consejo de Evaluación Profesional (CEP) de la SAP.

❖

Con el examen correspondiente al 2010 finaliza el 6º ciclo PRONAP (Serie roja: '08 -'09 -'10) y los alumnos que cumplan con los requisitos abajo descriptos recibirá en un solo diploma la suma de horas acumuladas en los tres años, siempre que haya asistido, por lo menos a un Encuentro Presencial.

La certificación acumulada unifica sus acreditaciones del siguiente modo:

Diploma por	Requisitos
840 hs	Exámenes aprobados: 08, 09 y 10 Asistencia a 3 (tres) Encuentros Presenciales (en tres años diferentes)
810 hs	Exámenes aprobados: 08, 09 y 10 Asistencia a 2 (dos) Encuentros Presenciales (en dos años diferentes)
780 hs	Exámenes aprobados: 08, 09 y 10 Asistencia a 1 (un) Encuentro Presencial
560 hs	Dos Exámenes aprobados: 08 y 09 ó 08 y 10 ó 09 y 10 Asistencia a 2 (dos) Encuentros Presenciales (en dos años diferentes)
530 hs	Dos Exámenes aprobados: 08 y 09 ó 08 y 10 ó 09 y 10 Asistencia a 1 (un) Encuentro Presencial

El resultado del examen estará en su poder antes del 30 de agosto del 2011.

Si no recibe el resultado y/o la certificación, rogamos contactarse con la Secretaría del PRONAP. Agende esta fecha tope.

Encuentros Presenciales

En los próximos meses de Marzo y Abril habrá 12 Encuentros Presenciales. Los temas que

se tratarán en los Encuentros, son los MISMOS que en los de noviembre y diciembre 2010. La idea es brindar una oportunidad para aquellos que prefieren estas fechas.

Las fechas y sedes son las siguientes:

REGIÓN	FILIAL QUE ORGANIZA	LUGAR	FECHA	INFORMES E INSCRIPCIÓN	RESPONSABLE MÉDICO
Metropolitana	Entidad Matriz	Entidad Matriz Salguero 1242 Ciudad Aut. de Bs. As.	09/04	Secretaría PRONAP 4821-2318/9 Int. 129 - 130 - 132 de 12 a 19 hs.	Dra. Isabel Maza
Pampeana Sur	Bahía Blanca	Salón Auditorio Biblioteca Asociación Médica Gorriti 770, 1º piso	*18/03	Secretaría Filial Lorena de Luisa Dorrego 63 – Entrepiso 0291-4501247 Lun a vie de 8 a 12 hs sapbb@bvconline.com.ar	Dra. María José Yulita
Centro Cuyo	San Luis	Círculo Médico de San Luis Colón 367	19/03	Dra. María del Valle Rinaudo 02652-581482	Dra. María del Valle Rinaudo Dra. Rosana Dutto
	Río Cuarto	Salón Auditorio Colegio Médico de Río Cuarto Constitución 1051	09/04	Sra. Edith Allende Colegio Médico 0358-4654598	Dr. Pablo Dieser Dr. Sergio Borghi
	San Juan	Salón del Concejo Deliberante Municipalidad de San Juan Caseros 298	19/03	Secretaría Filial Mitre 879 (E), 1º "2" 0264-4212632 0264-155-669387 sapfsj@interredes.com.ar raulmartinezcolombres@hotmail.com	Dra. Marta Merlo
NOA	Salta	Sede Filial Adolfo Güemes 541	*18/03	Srta. Laura Molina Lun a Vie. De 8 a 14 Hs. 0387-4210558	Dr. Javier Campos
Pampeana Norte	Junín	Círculo Médico de Junín Av. Rivadavia 379	09/04	Secretaría Filial 02362-433301 secrejunin@sap.org.ar	Dra. María Fernanda Taulamet

REGIÓN	FILIAL QUE ORGANIZA	LUGAR	FECHA	INFORMES E INSCRIPCIÓN	RESPONSABLE MÉDICO
Patagónica Andina	Alto Valle	Colegio Médico de Cipolletti Alem 444	19/03	Secretaría Filial 0299-4437072 saprnynqn@speedy.com.ar	Dr. Tomás Herczeg
NEA	Misiones	Aula Magna Htal. de Pediatria "Dr. Fernando Barreyro" Mariano Moreno 110 Posadas, Misiones	12/03	Sra. María Juana Vieira 03752-15366024 vieira51@hotmail.com	Dra. María Ernestina Rolli
Patagónica Atlántica	Golfo San Jorge	Colegio Médico del Sur de Chubut Alvear 392 Cdo. Rivadavia	19/03	Secretaría Filial Alvear 392 0297-4444120 156-253536	Dr. Ricardo Ponce de León
	Santa Cruz	Maipú 144 Río Gallegos	16/04	Sra. Norma Silva 02966-420790	Dra. Marcelina Cruz
	Ushuaia	Salón OSDE Ushuaia	09/04	Dra. Edit Scaiola (02901) 424856	Dra. Edit Scaiola

* viernes

PRONAP 2011

Con este módulo Ud. recibirá la **Ficha de Inscripción al PRONAP 2011**.

LA INSCRIPCIÓN COMENZÓ EL 10/12/10 Y CIERRA EL 30/04/11

Tenga en cuenta que la Ficha de Inscripción para lector óptico sólo puede ser utilizada por ALUMNOS del Curso.

Si conoce a algún profesional que quiera inscribirse al PRONAP por primera vez, por favor, pídale que solicite la Ficha de Inscripción para nuevos alumnos (de llenado manual) a la Secretaría del PRONAP, en cualquier Filial de la SAP o la imprima desde la página:

www.sap.org.ar; solapa Educación, opción PRONAP, Ficha de inscripción.

Los temas del 2011 fueron seleccionados, como siempre, en base a las sugerencias de los

inscritos, de los miembros de la Secretaría de Educación Continua, de la consulta a los Presidentes de Filiales y Directores de Región. La decisión final ha estado a cargo de la Dirección PRONAP y la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Para el 2011 se consideran los siguientes temas que serán tratados con diferentes modalidades:

- ❑ Alteraciones de la talla
- ❑ Anticoncepción
- ❑ Apego - Vínculo
- ❑ Atención del RN sano
- ❑ Atención inicial del politraumatizado
- ❑ Burn out
- ❑ Cambio climático en la salud humana
- ❑ Conductas adictivas

- ❑ Diabetes
- ❑ Enfermedad reumatológica
- ❑ Errores frecuentes
- ❑ Lactancia Materna e infecciones
- ❑ Malformaciones mayores y menores
- ❑ Reflujo gastroesofágico
- ❑ Suicidio

Temas de Infectología Pediátrica

TIPs Módulo 1 y 2: 3ª cohorte

Abierta la inscripción para el Curso Temas de Infectología Pediátrica – TIPs, Módulos 1 y 2: 3ª cohorte, **sólo en la opción web**. Tiene tiempo de inscribirse hasta el 30 de abril de 2011. Para mayor información

puede ingresar a www.sap.org.ar, solapa educación, sección TIPS.

TIPs Módulos 3 y 4: 2ª cohorte

Abierta la inscripción para el Curso Temas de Infectología Pediátrica –TIPs, Módulos 3 y 4: 2ª cohorte, con la opción módulo o web. Tiene tiempo de inscribirse hasta el 30 de abril de 2011. Para mayor información puede ingresar a www.sap.org.ar, solapa educación, sección TIPS.

¡Gracias por llegar hasta aquí en su lectura!

Lo esperamos en el 2011, sus aportes, sugerencias y observaciones son bienvenidas.

Por último le pedimos que **si realizó un cambio en su domicilio** nos avise lo más pronto posible para evitar retrasos en la recepción de los Módulos y/o Certificado.



Los mejores deseos de paz
y prosperidad para todos.
Hagamos el intento
de proponernos hacer un
mundo mejor para nuestros
niños y niñas.

Equipo PRONAP
Diciembre 2010

Capítulo 1

❖ Envenenamiento por animal ponzoñoso

Dra. Nilda Gait

Médico especialista en Pediatría, en Salud Pública y en Toxicología por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Jefa del Servicio de Toxicología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Directora de la Unidad Toxic ambiental de la Provincia de Córdoba.

Con la colaboración de la **Dra. Ruth Llebeili**. Pediatra. Toxicóloga del Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina.



Por un niño sano
en un mundo mejor

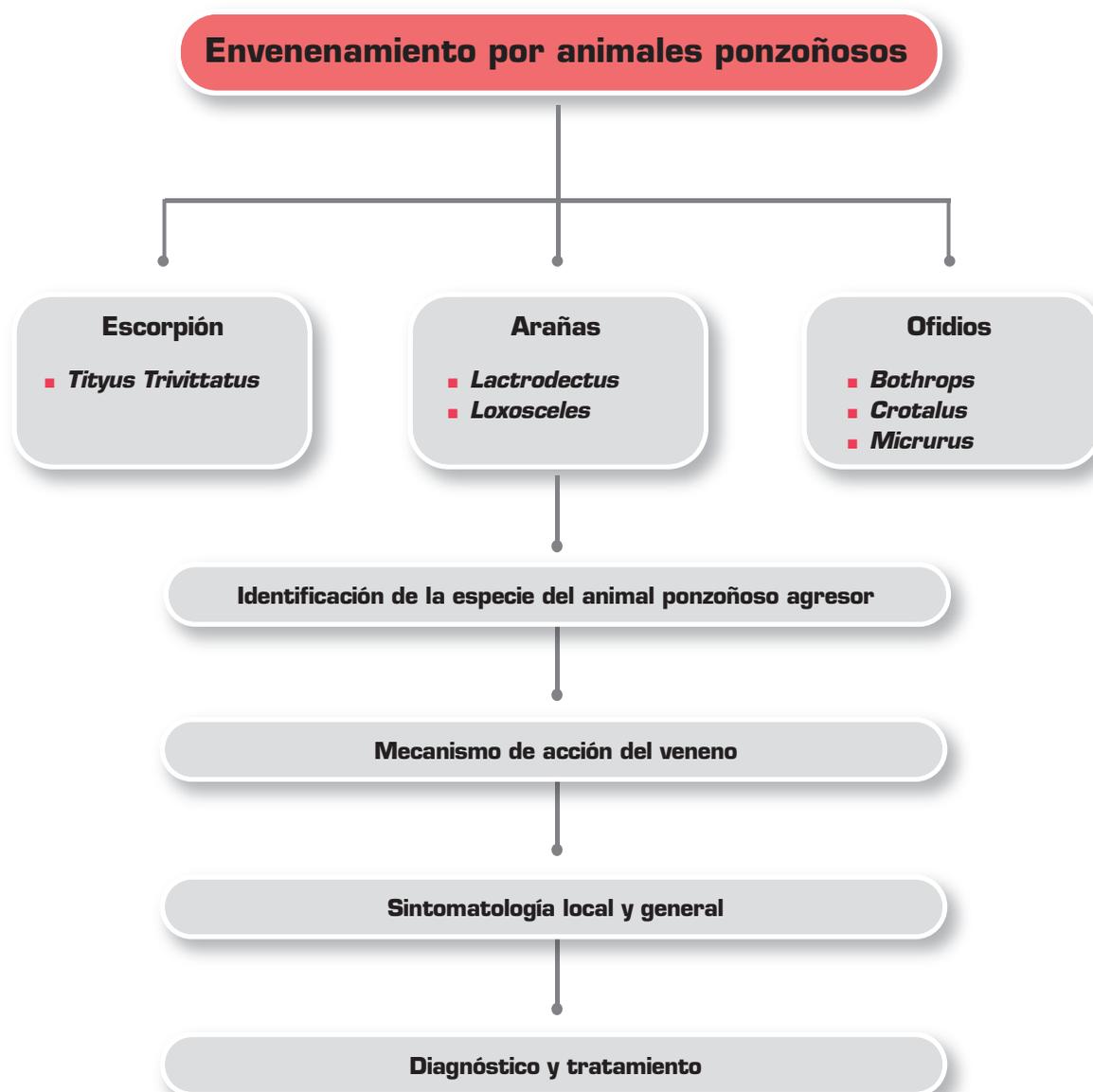
Sociedad Argentina de Pediatría
Secretaría de Educación Continua

(10)

Objetivos

- ▣ Advertir la importancia de las medidas preventivas para evitar un envenenamiento por animales ponzoñosos.
- ▣ Reconocer las características de las picaduras y mordeduras para identificar el tipo de animal ponzoñoso agresor.
- ▣ Tener en cuenta que un accidente por animal ponzoñoso es una emergencia y que se debe actuar con la premura necesaria.
- ▣ Decidir la administración de antivenenos previa consulta a un centro toxicológico.
- ▣ Hacer la denuncia obligatoria ante las autoridades sanitarias utilizando la Planilla C2.

Esquema de contenidos



Introducción

Las picaduras y mordeduras por animales ponzoñosos dan origen, a través de la inoculación del veneno, a fenómenos locales y/o sistémicos que ponen en riesgo la vida de los accidentados.

En el Centro de información y asesoramiento del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, en los últimos 5 años se registraron 702 casos (media: 140,4 en 5 años), de mordeduras y picaduras de animales ponzoñosos: escorpionismo con 557 casos (media 111,4 en 5 años), araneismo con 127 casos (media 25,4 en 5 años) y ofidismo con 18 casos (media 3,6 en 5 años).

La estadística nacional de Accidentes por

Animales Ponzoñosos, hasta junio 2010, registra: escorpiones 3616 casos, arañas 610 casos y ofidios 417 casos.

En los últimos años se advierte un aumento en la incidencia de estos accidentes que, en alguna medida, se deben a cambios climáticos (aumento de la temperatura) y al crecimiento de la población periurbana.

El Ministerio de Salud de la Nación (Resolución N° 1715 de diciembre de 2007) aprobó las Normas de Vigilancia y Control de las enfermedades y eventos de notificación obligatoria en las que se incluye el envenenamiento por animales ponzoñosos.

Escorpionismo

En Sudamérica, el único género de importancia sanitaria, es el *Tityus*; en Argentina sólo se encuentra *Trivittatus* como productor de Escorpionismo. Hay dos especies que habitan en áreas rurales y espacios extradomiciliarios adaptándose a los lugares urbanos y que por su

abundancia, preocupan al hombre (*Bothriurus* y el *Tityus Trivittatus*)

Las especies más frecuentes en la provincia de Córdoba son el *Bothriurus bonariensis* y el *Tityus Trivittatus*.

Gráfico N°1

Accidentes registrados de escorpionismo entre los años 2001 a 2010 (hasta junio).
Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

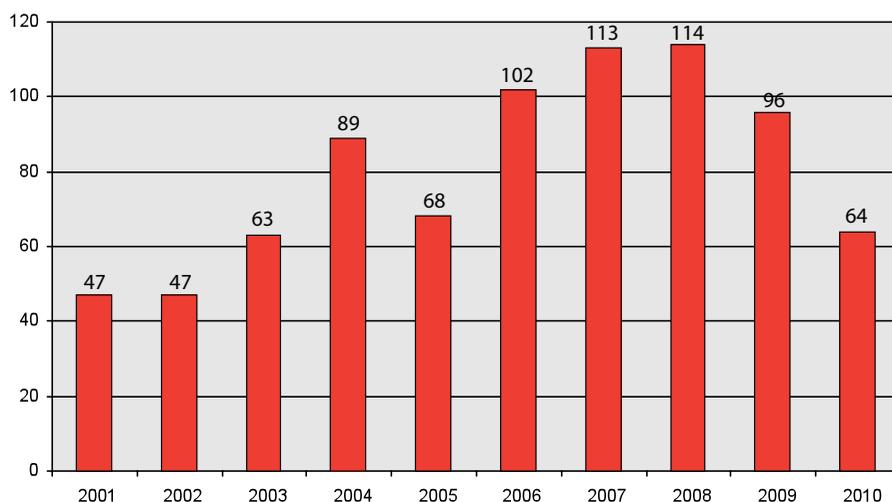
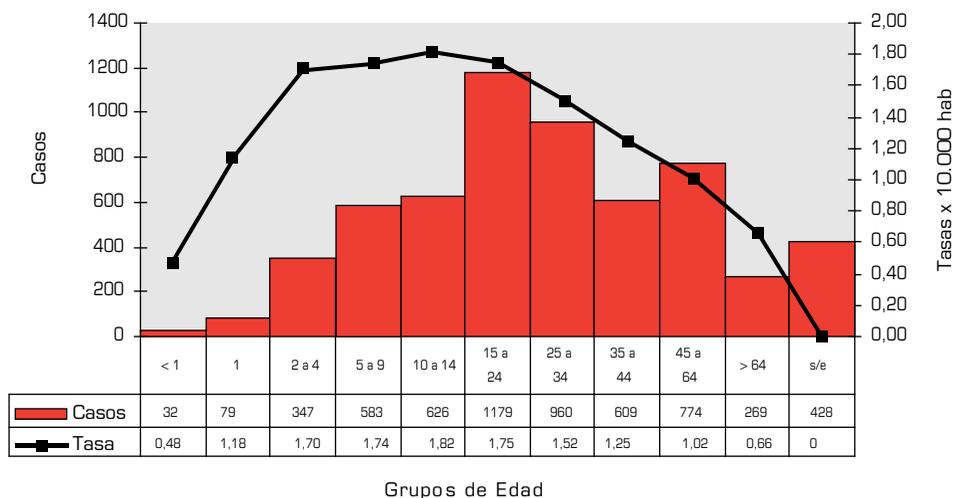
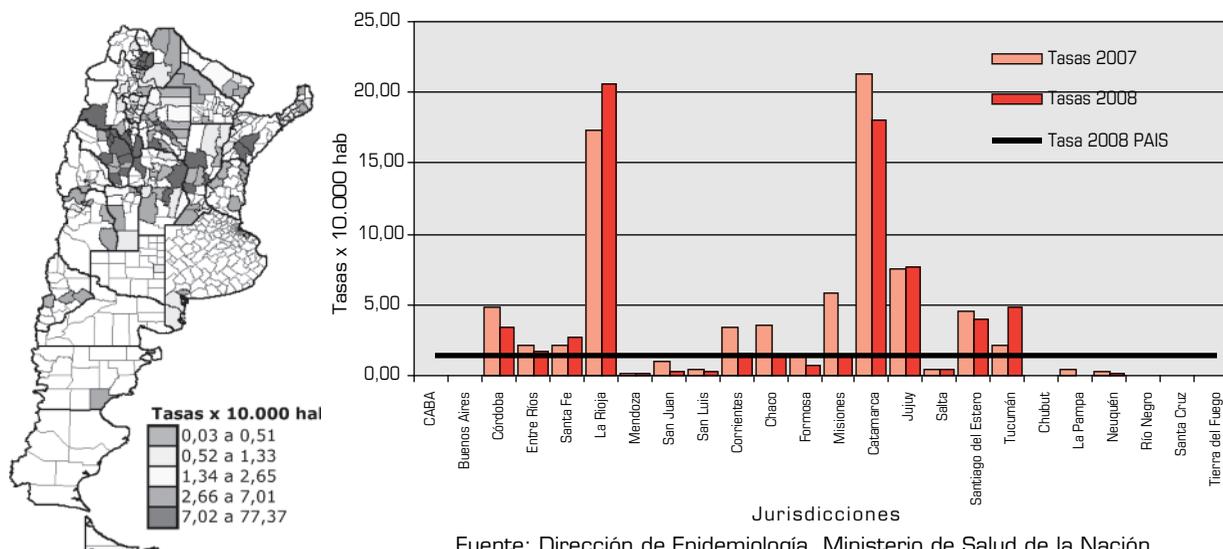


Gráfico 2
Casos y tasas de notificación de alacranismo o escorpionismo por 10.000 habitantes según grupos de edad. Argentina, año 2008 (n=5.886)



Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 3
Tasas de notificación de casos de escorpionismo o alacranismo por 10.000 habitantes según departamentos –mapa 2008– y jurisdicciones de Argentina en los años 2007 y 2008



Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

El *tityus trivittatus* es el que produce un cuadro con afectación neurológica y compromiso general que en niños y ancianos puede ocasionar la muerte por fallo cardíaco.

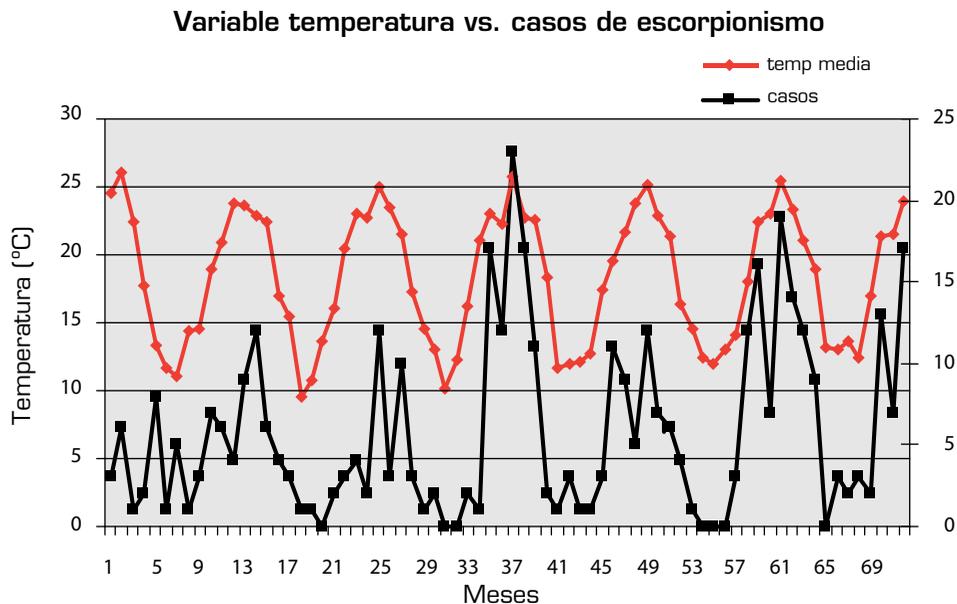
Durante el día, los escorpiones se ocultan debajo de piedras y troncos o las cuevas que ellos escarban. Se ubican en lugares periféricos, en terrenos baldíos, galpones, lugares en los que se acumulan escombros. Pueden estar dentro de las viviendas, en los caños de desagüe (baños), contrapisos o

marcos de aberturas, suelen buscar refugio en zapatos, ropas, trapos, sábanas, etc. Se alimentan de insectos, arañas, cucarachas y pequeños vertebrados. De hábitos nocturnos y

activos todo el año. La época del año de mayor ocurrencia de casos de picaduras es a fines de la primavera y en el verano, aumentan los eventos en las olas de calor.

Gráfico N° 4

Relación de las medias mensuales de las diferentes variables climáticas respecto al número total mensual de accidentes por escorpionismo de *Tityus Trivittatus* en el período de 72 meses. Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad



Características

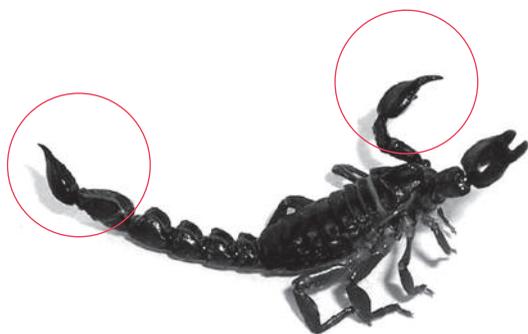


Figura 1: Escorpión *Bothriurus bonariensis*

- 6 cm, color castaño uniforme.
- Pinzas anchas y redondeadas (tipo Popeye).
- Cola con un solo aguijón inoculador.
- Hábitat nocturno y urbano. Se alimenta de insectos y cucarachas.

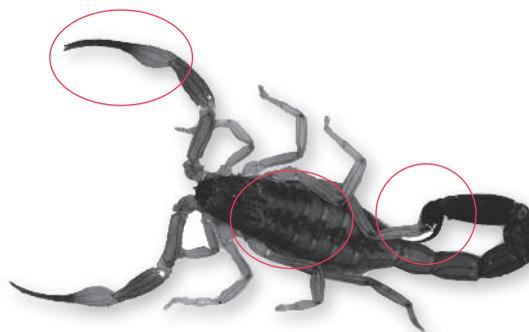


Figura 2: Escorpión *Tityus Trivittatus*

- 4,3 a 6,2 cm, color castaño amarillento con tres bandas longitudinales oscuras en el dorso.
- Pinzas largas y delgadas. Cola con un aguijón y otro apéndice que semeja una púa en la base del aguijón (doble aguijón).
- Hábitat nocturno y urbano. Se alimenta de insectos, principalmente cucarachas.

El veneno es una secreción rica en polipéptidos neurotóxicos, que actúan modulando los canales de Na⁺ o bloqueando los canales de K⁺ y que puede alterar la funcionalidad de la transmisión del impulso nervioso autónomo.

■ Sintomatología

La clínica es el resultado de alteraciones causadas por una toxina que modifica los

procesos de polarización y repolarización en tejidos excitables, dada por la liberación de la acetilcolina, catecolaminas y otros neurotransmisores.

En niños y ancianos se puede producir bloqueo auriculoventricular. La muerte se produce por falla cardíaca y por su acción sobre el centro cardiorrespiratorio.

El cuadro clínico comienza a los 10-60 minutos de la picadura y dura entre 7 a 10 días, tiempo que se tarda en metabolizar el veneno.

Signos y síntomas

Locales	Generales
<p>Liberación de serotonina</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eritema ■ Pápula ■ Dolor tipo urente ■ Edema leve ■ Hormigueo ■ Piloerección localizada ■ Contracciones fibrilares en el área 	<p>Neurotoxicidad presináptica del SNS y Parasimpático y en la unión de la placa neuromuscular</p> <p>Neuromuscular por la liberación de catecolaminas y acetilcolina</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Palidez ■ Náuseas y vómitos ■ Broncorrea, taquipnea ■ Hipotermia. ■ Hipertensión, hipotensión ■ Taquicardia, bradicardia ■ Depresión de la conciencia, excitación
<p>En casos graves: arritmias, convulsiones, insuficiencia cardíaca, hipotensión, edema agudo de pulmón.</p>	

Estudios complementarios

Laboratorio:

- Leucocitosis con neutrofilia
- Hiperglucemia Hipokalemia
- Aumento de la CPK.
- Aumento de la CPKMB
- Amilasemia

- **Electrocardiograma:** taquicardia sinusal, extrasístoles supraventriculares y alteraciones en la repolarización.
- **Ecocardiograma:** disminución de la contractibilidad del ventrículo izquierdo.

Diagnósticos diferenciales: arritmias cardíacas de causas diversas, edema agudo de pulmón cardiogénico, picaduras por hemipteros (hormigas coloradas y otros).

La picadura rara vez presenta una lesión eritematosa macular por lo que no sirve para diagnóstico.

■ Tratamiento

- Lavar la herida y calmar el dolor con analgésicos.
- Inmovilizar el miembro y elevarlo.
- Completar el esquema de vacuna contra el tétanos, si es necesario.

- Observar por seis horas con monitoreo cardíaco en guardia. En los casos leves o locales suele remitir sin aplicación del suero específico.
- Si aparece sintomatología generalizada (caso moderado y/o grave) aplicar una, dos o tres ampolla de suero EV disuelto en dextrosa al 5% o solución fisiológica en 1/20 a pasar en 30-60 minutos. El suero viene en frasco de 2 ml, su color tiene que ser transparente y es producido en el Instituto Malbrán.

No se debe utilizar adrenalina en ningún caso de escorpionismo.

➤ Criterios de internación

- Paciente con síntomas locales, en Sala de Observación durante 4 a 6 horas, con monitoreo cardíaco.

- Casos moderados y graves: en Unidad de Cuidados Intensivos.
- Paciente con antecedentes cardíacos y respiratorios.
- Elevación de las enzimas cardíacas.

Sin atención médica idónea, la muerte de un niño o de un anciano emponzoñado por *Tityus* puede ocurrir en 24 horas después del accidente.

❖

Las toxinas del escorpión dejadas actuar libremente terminan produciendo lesiones (pancreatitis aguda, miocarditis y edema agudo de pulmón) que no desaparecen si la colocación del antidoto se realiza después de las 24 horas del accidente.

❖

➤ Aracnoidismo

En Argentina existen tres especies de interés médico sanitario: *lactrodectus* grupo *mactans*

(viuda negra), *loxosceles laeta* (rinconera, violinista), *phoneutria* (bananera o armadera).

Gráfico 5
Casos registrados de accidentes con arañas. Otras especies incluyen arañas de las familias *Filistatidae*, *Amaurobidae*, *Lycosidae*, *Polybetes* y *Salticidae*. Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

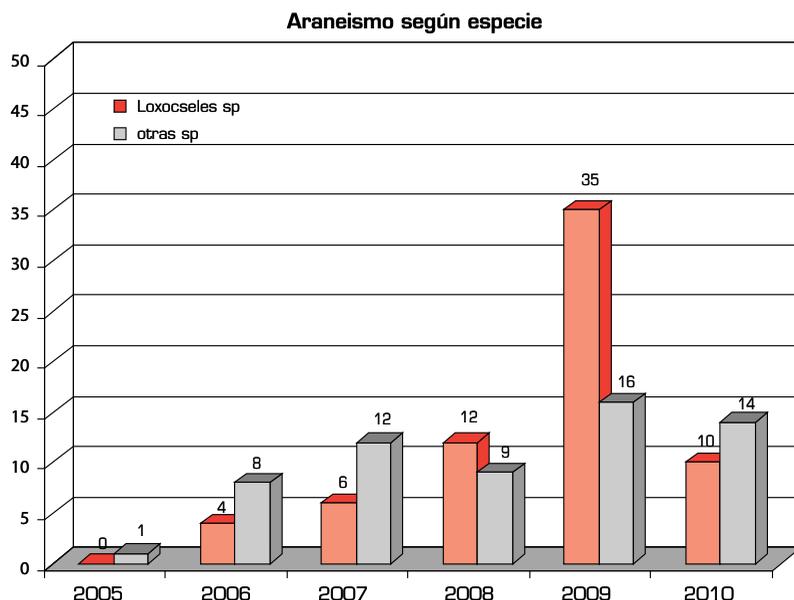
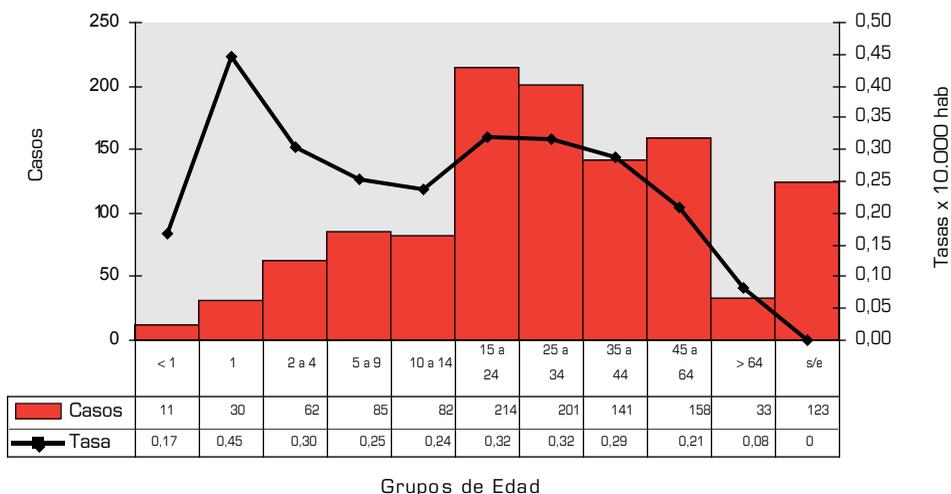
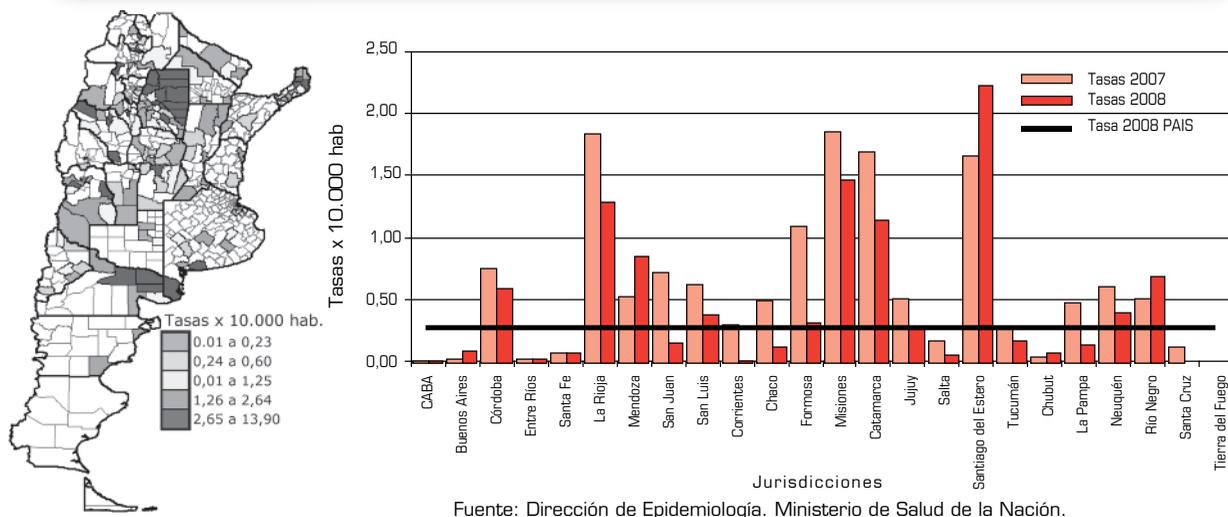


Gráfico 6
Casos y tasas de notificación de casos de aracnoidismo según grupos de edad por 10.000 habitantes. Argentina, año 2008 (n= 1.140)



Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 7
Tasas de notificación de casos de aracnoidismo por 10.000 habitantes según departamentos – mapa 2008- y jurisdicciones de Argentina en los años 2007 y 2008



Lactrodectus grupo mactans

Conocida como viuda negra, dama venenosa, araña de abdomen rojo, araña mortífera. Se distribuye en zonas tropicales y subtropicales. En Argentina se encuentra en Santiago del Estero, Buenos Aires, Cuyo, Salta, Córdoba. Pertenece a la familia Therididae y llama la atención por su color vistoso. Sólo la hembra es venenosa, su nombre se debe al color y porque devora al macho después de la cópula.

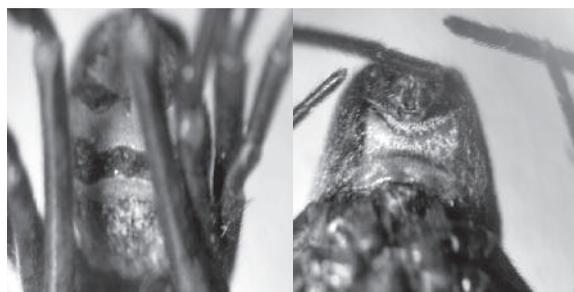


Figura 3: Lactrodectus o viuda negra

Foto: Biólogo Pierotto Marcelo - Servicio de Toxicología Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba

Características

- Mide 1 cm. De color negro con el abdomen, región ventral, anaranjado o rojo (reloj de arena).
- Habitat: vive al aire libre, en zonas oscuras y húmedas, cerca del suelo, entre las cortezas de los árboles, maderas, escombros, etc. Urbana, peridomiliar y áreas rurales.
- No es agresiva (solo pica si se la molesta o aprieta).

La ponzoña de la *lactrodectus nactans* es una neurotoxina con acción estimulante del simpático, que aumenta con el paso de las horas (4-6 horas).

Se han hallado cuatro sustancias principales: ácido gama aminobutírico, hialuronidasa, phosphodiesterasa y polipéptidos. El polipéptido es el que posee más actividad, se aislaron tres fracciones con diferente poder letal: una que mata sólo insectos, otra que mata insectos y mamíferos y la tercera que es mortal sólo para mamíferos. Su veneno contiene una familia de proteínas de aproximadamente mil aminoácidos, las lactrotoxinas. La alfa lactrotoxina es una toxina presináptica que ejerce sus efectos tóxicos sobre el sistema nervioso central de los vertebrados: aumenta la concentración de Ca intracelular en las neuronas despolarizantes y estimula la exocitosis de los neurotransmisores en las terminaciones nerviosas

Este emponzoñamiento brinda inmunidad total contra el veneno de este género.

❖
El veneno de la araña viuda negra es neurotóxico, 15 veces superior al veneno de la serpiente cascabel. En las primeras horas del accidente presenta una fase simpático tónica de 4 a 6 horas y luego vagotonía.
 ❖

Sintomatología

En la evolución de la enfermedad se puede observar la siguiente secuencia:

- Sialorrea (aumento de secreción de saliva), hiperestesia (pérdida de sensibilidad), midriasis (dilatación de pupilas), opresión precordial, alteración del segmento ST del electrocardiograma.
- Astenia (debilidad muscular), depresión psíquica.
- Excitación, ansiedad, pseudo psicosis (lucidez), contracturas musculares generalizadas en el abdomen (abdomen agudo), paresia vesical (parálisis de la vejiga) y priapismo (erección peneana permanente).
- Muerte (falla hemodinámica - edema agudo de pulmón cardiogénico) es más común en los niños.

Signos y síntomas

Locales	Generales
<p>A los 15 a 60 minutos de producida la picadura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eritema. ■ Dolor local punzante, que puede irradiarse y generalizarse con infartamiento ganglionar regional. ■ Pilo erección y contracturas musculares en el área de la picadura. <p>No hay necrosis tisular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A nivel ocular: edema bpalpebral, puede acompañarse de hiperemia en cara y cuello. ■ Dolores musculares e hiperestesia cutánea muy intensos que pueden persistir durante meses. ■ A nivel cardíaco: sensación de muerte inminente, taquicardia o bradicardia, puede presentar aumento de la tensión arterial. ECG: se visualizan alteración del segmento ST y prolongación del QT (esto tiene relación con los niveles de K y Ca en sangre). ■ A nivel digestivo: náuseas, vómitos, constipación. Aumento del tamaño hepático, no insuficiencia hepática. ■ Manifestaciones genitourinaria: priapismo, eyaculación y enuresis, oliguria.
<p>Formas graves: rush escarlatiniforme, morbiliforme, papulovesiculoso, en el sitio de la picadura o en la región toracoabdominal.</p>	

Estudios complementarios

Laboratorio

- Hemoconcentración.
- Leucocitosis con neutrofilia.
- Eosinopenia y linfopenia.
- Hiperglucemia y glucosuria.
- Hiperproteinemia, hipocloremia e hiponatremia.

El diagnóstico se realiza por antecedentes epidemiológicos y por la clínica (inicio brusco en ambiente epidemiológico, excitación psicomotriz, mialgias generalizadas, hiperestesia).

Diagnósticos diferenciales: abdomen agudo de causa quirúrgica y no quirúrgica, infarto agudo de miocardio, tétano, pancreatitis, peritonitis, porfiria, intoxicación alimentaria.

Tratamiento

❖
Criterios de internación: todos los casos de aracnoidismo (sospecha o confirmados) se internan.
 ❖

- Antisepsia en el lugar de la picadura, analgesia ante el dolor intenso y soporte vital.
- Para disminuir las contracturas musculares se pueden utilizar miorrelajantes (diazepam y gluconato de calcio EV).
- El uso de corticoides es controvertido.
- Para decidir el tratamiento específico hay que consultar a un Centro de Toxicología (ver referencias en Anexo 1). Antiveneno específico del Malbrán, ha demostrado mayor efectividad cuando se utiliza dentro de las 36 horas. Una ampolla de suero antilatrodectus por vía EV, diluida en 100 cc de solución fisiológica, a pasar en 30 a 60 minutos.

❖ ***Loxosceles***

Se la conoce como araña tejedora, reclusa o suicida. Se encuentra en zonas templadas y tropicales (Argentina, Chile, Bolivia, Brasil,

Perú, Uruguay). En Argentina, se encuentra en todo el país.

No es agresiva, su picadura es accidental, el 85% sucede en la noche cuando el niño duerme y aplasta al arácnido que pica sólo si es atacado. En Argentina, la picadura de *Loxosceles* representa el 4% de los accidentes por animales ponzoñosos y es la responsable de los casos mortales por aracnoidismo. La falta de higiene, en el hogar y en el espacio peridomiciliario, favorece su presencia.



Figura 4: *Loxosceles* (araña violín).

Foto: Biólogo Pierotto Marcelo - Servicio de Toxicología Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba

Características

- Mide de 8 a 9 milímetros de largo.
- Es de color gris, tostado marrón o negruzco, según el espesor de la capa de pelo.
- Tiene tres pares de ojos en forma de v, la cara dorsal del cefalotórax tiene una depresión más oscura en forma de violín.

- La tela es adherente y pegajosa blanca, algodonosa e irregular con hilos escasos.
- Hábitat: prefiere lugares secos y oscuros. En zonas húmedas, cálidas y lluviosas se la encuentra dentro del domicilio detrás de cuadros, espejos, muebles apoyados en la pared y en cualquier hueco, entre maderas. Fuera de la vivienda: se la puede hallar en orificios naturales de barrancas, de tronco de árboles y piedras.
- Son solitarias, pero cuando el ambiente es favorable se agrupan.
- Se alimenta de insectos.

El veneno que destruye la pared celular agredida, llega desde las glándulas salivales del arácnido a través de los quelíceros. Uno de los principales componentes es la esfingomielina D que tiene el principal efecto tóxico (dermonecrótico y hemolítico); también se encuentran en el veneno otras enzimas como proteasas, esteraza, fosfolipasa. Algunos autores dicen que en esta acción está involucrado el sistema inmunológico, plaquetas y polimorfo nucleares.

La esfingomielina D ha demostrado ser la responsable de la hemólisis intravascular secundaria a la activación de las metaloproteínas de la membrana eritrocitaria, las que clivarían en glicofornias inhibitoras del complejo, provocando hemólisis mediada por la vía alternativa del complemento.

Sintomatología

La evolución clínica depende de los siguientes factores:

- cantidad de veneno inyectado
- lugar donde picó
- tamaño del individuo (niños, embarazadas y ancianos más vulnerables)
- terreno inmunológico del paciente.

El envenenamiento puede presentarse en dos formas clínicas: cuadro cutáneo y cuadro cutáneo visceral o necrótico-hemolítico. En un 10% de los casos se produce el cuadro cutáneo-visceral o cutáneo-necrótico hemolítico que es la forma más grave.

Signos y síntomas

Cuadro cutáneo	Cuadro cutáneo-visceral o cutáneo-necrótico hemolítico
<p>Dolor punzante, urente, acción mecánica producida por los quelíceros. También la picadura podría ser indolora.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hay eritema y edema en la zona de la picadura, no deja godet en las primera 4 a 6 horas, muchas veces es interpretado como absceso. ■ Progresa a áreas equimóticas que dan a la piel un color rojo violáceo. Muchos autores chilenos han designado a esto placa Liveoide (áreas de vasodilatación activas, de color morado y otras áreas de vasoconstricción pálidas). A las 48 horas se forman vesículas o ampollas serosanguinolentas. ■ Al 5º y 7º día, el área se oscurece y se forma una escara que se desprende entre la segunda y tercera semana, quedando una úlcera necrótica superficial negra. ■ Entre la 4ª y la 6ª semana y hasta los 3 meses se produce la cicatrización. 	<p>Cuadro sistémico que puede ser independiente de la reacción local y se asocia a muerte por coagulación intravascular diseminada (CID), hemólisis e insuficiencia renal aguda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En el curso de la primeras 12 horas de la picadura comienza con sensación de cansancio, fiebre, febrículas, malestar general, vértigos, náuseas, vómitos y diarrea, cefaleas, erupción generalizada, picazón, hipotensión, artralgias, dolores musculares generalizados, visión borrosa, somnolencia, ictericia y trastorno de la coagulación, anemia, hemólisis y CID. ■ Entre las 12 a 24 horas aparece la ictericia, la CID, el fallo renal, convulsiones, hipotensión y la hemoglobinuria. ■ Entre el 2º y 3º día se produce anemia hemolítica.
<p>Cuando la úlcera necrótica se infecta, los gérmenes involucrados son: stafilococo epidermidis, pseudomona, estreptococo, escherichia coli.</p>	<p>Cuando el pulso comienza a ser filiforme, hay cianosis, la respiración se vuelve estertorosa y el paciente entra en anuria, sobreviniendo colapso y muerte.</p>



Foto 1: *Loxosceles* cutáneo a las 48 horas



Foto 2: *Loxosceles* cutáneo a los 5 días

(Servicio de Toxicología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad – Córdoba)

Estudios complementarios

Laboratorio

Leucocitosis con neutrofilia. Anemia hemolítica.

Aumento de los reticulocitos, plaquetopenia, VSG aumentada, hiperbilirrubinemia a predominio de la indirecta (casos graves), hematuria y alteración de la coagulación.

En los cuadros cutáneos viscerales solicitar el test de la protrombina, el KPTT y la función renal.

El diagnóstico presuntivo se realiza con la epidemiología, la clínica y la lesión característica.

Diagnósticos diferenciales

Picaduras de insectos: pueden causar una reacción cutánea inmediata. Las mordeduras de las hormigas rojas y las picaduras de abejas, avispas y avispones generalmente son dolorosas. Es más probable que las picaduras de mosquitos, pulgas y ácaros causen picazón antes que dolor. Dolor localizado, enrojecimiento, hinchazón o picazón. También se puede experimentar una sensación de ardor, entumecimiento u hormigueo.

Abscesos con celulitis: acumulación de pus y de material infectado dentro de o sobre la piel, úlcera abierta o cerrada, nódulo abultado, enrojecida, puede presentarse drenaje de líquido hinchazón localizada, induración (endurecimiento del tejido). Área afectada sensible y caliente. En algunos casos, puede ocurrir fiebre o escalofrío.

Ántrax: infección cutánea que a menudo involucra un grupo de folículos pilosos. El material infectado forma una protuberancia, llamada masa, que se presenta en lo profundo de la piel. Cuando se tiene más de un ántrax, la afección se denomina ántrax múltiple. El ántrax es distinto al carbunco. La mayoría de los ántrax son causados por la bacteria *Staphylococcus aureus*. Hay más probabilidad de infecciones por ántrax en: fricción por ropas o por la afeitada, higiene deficiente, mala salud general. Las personas con diabetes, dermatitis y sistemas inmunitarios debilitados tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones por estafilococos. El ántrax puede estar rojo e irritado y podría doler al tocarlo, también crece con mucha rapidez, tiene un centro de color blanco o amarillo (pústula). Exuda, supura o forma costra. Se disemina a otras áreas de la piel. Algunas veces se pueden presentar otros síntomas: fatiga, fiebre, molestia general o indisposición, prurito en la piel antes del desarrollo del ántrax.

Pioderma gangrenoso: desregulación del sistema inmune, específicamente alterada la quimiotaxis de neutrófilos. Suelen describir la lesión inicial como una reacción a una picadura, con una pápula pequeña, roja o pústula que se transforma en una lesión mayor ulcerosa. A menudo, los pacientes dan una historia de una reclusa parda o mordedura de la araña pero no tienen pruebas de que una araña realmente causó el evento inicial. El dolor es la queja histórica predominante. Artralgias y malestar a menudo pueden estar presentes. Enfermedades sistémicas se observan en el 50% de los pacientes con pioderma gangrenoso y puede ocurrir antes, simultáneamente o después del diagnóstico que incluyen la enfermedad inflamatoria intestinal, y una poliartritis que suele ser simétrica como cualquiera de las enfermedades hematológicas seronegativo o seropositivo, y/o trastornos, como la leucemia o estados preleucémico, sobre todo en la naturaleza mielocítica o gammapatías monoclonales (principalmente inmunoglobulina A (IgA); otras formas de artritis, tales como la artritis psoriásica, artrosis o espónido artropatía, enfermedades hepáticas, incluyendo hepatitis y la cirrosis biliar primaria, mielomas (tipo IgA predominantemente), y enfermedades inmunológicas, como lupus eritematoso y el síndrome de Sjögren. Existen dos variantes principales de pioderma gangrenoso

- Clásico: ulceración profunda con un borde violáceo que domina el lecho de la úlcera.
- Atípico: tiene un vesiculopustulosas “jugoso” de los componentes. Esto es por lo general sólo en la frontera, es erosiva o ulcerada superficialmente, y con más frecuencia en la superficie dorsal de las manos, las piezas de extensión de los antebrazos o la cara.

Síndrome de Steven Jonson: enfermedad vesiculoampollosa muco cutánea generalizada, de etiología desconocida en el 50% de los casos. Se caracteriza por una reacción de hipersensibilidad debida a virus, infecciones bacterianas, fármacos, vacunas, cambios hormonales de la menstruación, síndrome de Reiter y sarcoidosis, entre otras causas:

Herpes zoster: erupción vesicante y dolorosa debido al virus *varicela-zoster*, que ocasiona la varicela. El primer síntoma generalmente es un dolor en un solo lado, hormigueo o ardor. El dolor y el ardor pueden ser intensos y generalmente se presentan antes de que aparezca cualquier erupción; se forman parches en la piel, seguidos de pequeñas ampollas. Las ampollas se rompen, formando pequeñas úlceras que comienzan a secarse y formar costras que caen en dos a tres semanas. La cicatrización es rara. Los síntomas adicionales pueden abarcar: dolor abdominal, escalofríos, dificultad para mover algunos de los músculos en la cara, ptosisptosis palpebral, fiebre, sensación de malestar general, lesiones genitales, dolor de cabeza, hipoacusia, dolor articular, pérdida del movimiento del ojo, inflamación de los ganglios linfáticos, problemas en el sentido del gusto, problemas de visión.

Chancro de inoculación del tripanosoma: si el sitio primario de la infección es el ojo, se observa un edema unilateral de los párpados y conjuntivitis. La enfermedad aguda se presenta por lo general en niños con un chagoma de inoculación o nódulo eritematoso de bordes infiltrados, en el sitio de infección, acompañado de linfadenitis regional y dacrioadenitis (signo de Romaña). El chagoma situado generalmente en la cara o los brazos, puede ser doloroso. La piel circundante se endurece y más adelante se hace hipopigmentada.

Lesmania cutánea localizada: una o varias lesiones localizadas en cualquier parte de la superficie corporal. La presentación típica es la de una úlcera redondeada de bordes elevados e indurados, fondo granulomatoso; se inicia como una pápula eritematosa posterior a la picadura de un insecto que crece en el transcurso de pocas semanas y posteriormente se ulcera; puede tener diferentes tamaños y mostrar escasa secreción serosa; si presenta infección secundaria, ésta se torna purulenta. También se manifiesta como pápulas o placas rodeando la úlcera; así como trayectos linfáticos y adenopatías satélites regionales. En caso de

existir infección bacteriana sobreagregada, esta úlcera se torna dolorosa. Puede simular diferentes enfermedades dermatológicas.

Necrosis epidérmica tóxica (NET): afección rara, pero de carácter mortal, que ataca a niños y adultos; se caracteriza por la pérdida epidérmica de más de 30% del área de la superficie del cuerpo y de las mucosas. La mortalidad es alrededor de 30 - 40%. A veces es difícil hacer la distinción clínica con el síndrome de Stevens Johnson, pues hay varias manifestaciones que traslapan como las conjuntivitis y lesiones orales, aunque la afección extensa de la piel sin compromiso de mucosas es más característica de NET. Se han propuesto cuatro mecanismos patogénicos fundamentales: medicamentos, *Staphylococcus*, enfermedades diversas (como la mordedura de ofidios) e idiopático.

Tratamiento

General: hielo local, elevación del miembro afectado. Control de signos vitales. Vacuna antitetánica.

Específico: cuidado de la lesión. En los casos leves, calmar el dolor con analgésico no narcóticos. En caso de dolor moderado y grave utilizar analgésicos narcóticos. No usar salicilatos. Calmar el prurito con

difenilhidramina 1 mg/kg/dosis vía oral o endovenosa.

Antídoto: si bien algunos autores no lo indican la experiencia en nuestro país es satisfactoria si se administra en forma precoz (de 6 hasta 12 horas del accidente).

- En el cuadro cutáneo (local): 1 ampolla antiloxoscele diluida en solución fisiológica (100 cc) a pasar en 30 minutos.
- En el cuadro cutáneo-visceral: 2 ampollas de antiloxoscele diluidas en solución fisiológica (100 cc) a pasar en 30 minutos.
- Corticoides se usan para disminuir las respuestas inflamatoria prednisona 1mg/kg/día – Betametasona 0,025 mg/kg/dosis EV cada 6 horas por 48 horas. Algunos autores utilizan la dapsona para inhibir la migración de polimorfonucleares: dosis 1,4 mg/kg/día en niños.
- Cámara hiperbárica: terapia opcional, en nuestro país hemos encontrado eficacia.

❖
Todos los antivenenos puede ser colocados en emergencia, por cualquier médico previamente asesorado por un Centro de Toxicología.
 ❖

➤ Ofidismo

En el mundo existen más de 2.500 especies de ofidios, la mayoría no son venenosos; un 12% tiene colmillos conductores de veneno y el 7% tiene veneno letal para el hombre.

Los ofidios son reptiles, igual que las tortugas y los cocodrilos y se los puede clasificar en serpientes venenosas o víboras y en culebras que no son venenosas.

En Argentina existen más de 99 especies de ofidios, pero sólo tres géneros son temibles:

- Género *Bothrops*: con 8 especies (*Bothrops alternatus* o víbora de la cruz, *Bothrops neuwiedii* o yarará chica, *Bothrops ammodytoides* o yarará ñata, *Bothrops*

jararaca, *Bothrops jararacuss*, *Bothrops mojen* y la *Bothrops cotiara*).

- Género *Crotalus*: 1 especie (Cascabel).
- Género *Micrurus*: con 5 especies (Coral).

Estos tres géneros son los únicos de importancia sanitaria en nuestro país. Las serpientes de estos tres géneros poseen características morfológicas que las diferencian y su conocimiento puede ser de gran valor para facilitar la identificación del animal agresor en casos de envenenamiento y optar por el tratamiento específico de manera oportuna. Las personas que trabajan o que realizan

actividades recreativas en áreas rurales y/o selváticas están expuestos a mordedura de serpientes. El envenenamiento por serpientes venenosas, es una urgencia médica. Según el

Programa Nacional de Ofidismo, se registran alrededor de 850 casos anuales, siendo en su gran mayoría, producidos por el genero *Bothrops*.

Gráfico 8
Incluye mordeduras de yarará y *crotalus* (hasta junio 2010)
Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

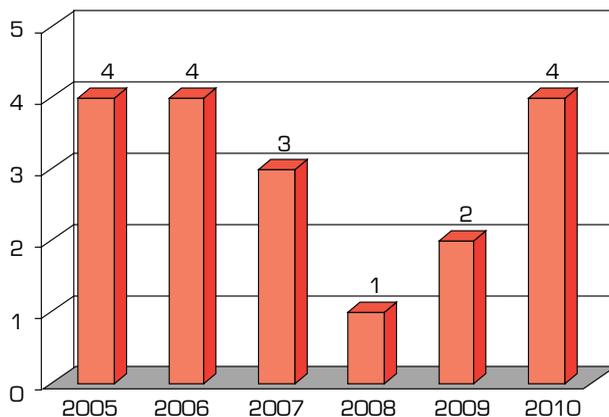
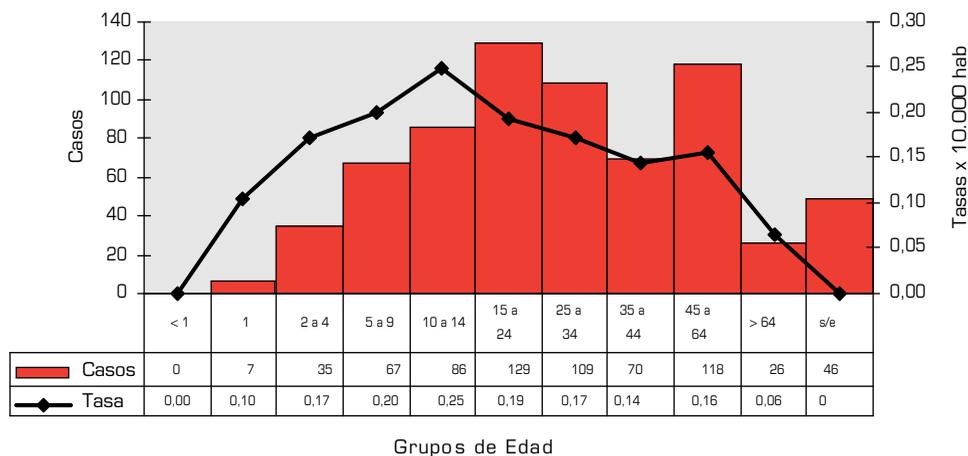
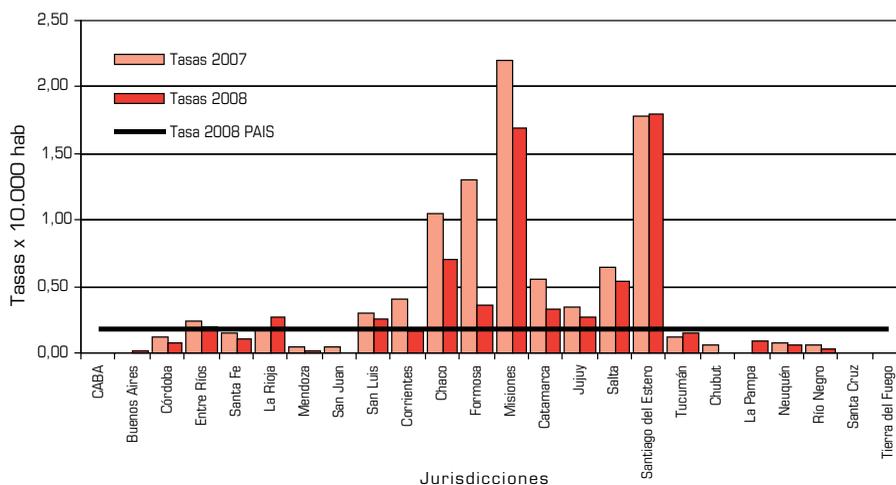
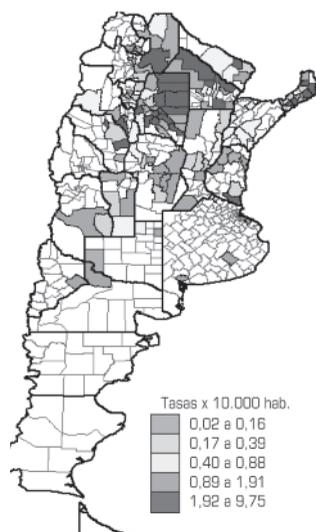


Gráfico 9
Casos y tasas de notificación de ofidismo por 10.000 habitantes según grupos de edad.
Argentina, año 2008 (n=5.886).



Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 10
Tasas de notificación de casos de ofidismo por 10.000 habitantes según departamentos –mapa 2008– y jurisdicciones de Argentina en los años 2007 y 2008



Fuente: Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien se registran casos en todo el país, la mayoría son notificados por las provincias del Nordeste y Noroeste, durante la temporada de verano.

Los accidentes se producen en todos los grupos etarios, pero el 25% corresponde a envenenamiento en adolescentes (11 a 20 años) con predominio del sexo masculino (más del 66%). En cuanto a la localización de la mordedura, más del 70% de los casos ocurre en los miembros inferiores, por debajo de la rodilla.

Características

Comunes de las serpientes venenosas

- Cabeza triangular cubierta por escamas con cresta, con cuello evidente (excepto la coral de cabeza redondeada y lisa).
- Con Foseta loreal, orificio ubicado entre el ojo y la foseta nasal (excepto la coral, que no la posee).
- Ojos con pupilas verticales (excepto la coral, que son circulares).

Específicas

- **Yarará grande o víbora de la cruz:** dibujos arriñonados marrones oscuros en el dorso y el vientre blanco con manchas negras. Presenta una cruz en la cabeza con pequeñas escamas, la cola se afina bruscamente.

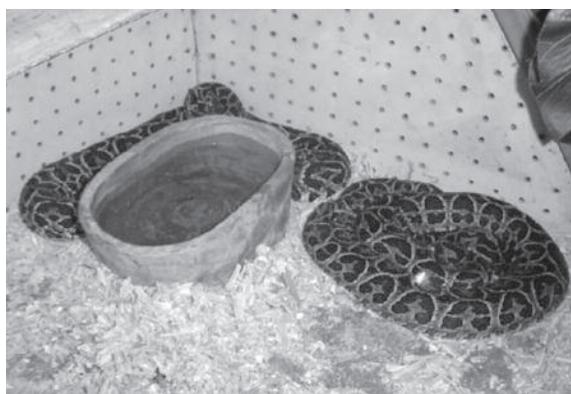


Figura 5: *Bothrops alternatus* (yarará grande o víbora de la cruz)

Foto: Dr. Mario Vignolo. Hospital Iturraspe. San Francisco, Córdoba.

Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

- **Yarará chica:** dibujos triangulares oscuros en el dorso que algunas veces se unen formando un reloj de arena marrón oscuro.



Figura 6: *Bothrops neuwiedii* (yarará chica)

Foto: Biólogo Pierotto Marcelo - Servicio de Toxicología Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

- **Yarará ñata:** dibujos rectangulares oscuros en el dorso y dibujos circulares oscuros en los costados.



Figura 7: *Bothrops ammodytoides* (yarará ñata)

Foto: Daniel Herman. Área Investigación y desarrollo. Serpentario. INPB-ANLIS, Dr. Carlos G. Malbrán.

- **Cascabel:** color marrón claro o dorado, dibujos romboidales en el dorso. Posee escamas ásperas que lastiman al tacto.



Figura 8: *Crotalus durissus terrificus* (cascabel)

Foto: Biol. Juan Manuel González. Servicio de Toxicología.

- **Coral:** el cuerpo está cubierto de anillos de colores completos (rojo- blanco amarillento y negro).

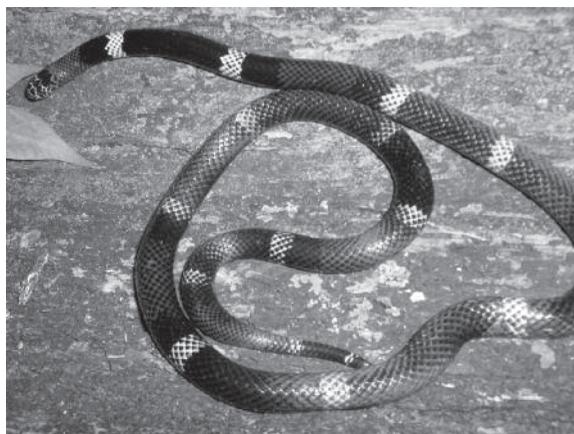


Figura 9: *Myrurus phyrrocriptus* (coral)

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.

El veneno de las serpientes ponzoñosas es viscoso y amarillento. Es un activo compuesto alergénico (desechado contiene 40% de residuo cristalizado) que puede durar cerca de 40 años si es desecado al vacío y se mantiene en oscuridad y a temperatura ambiente.

El veneno contiene sustancias proteicas (polipéptidos), de bajo peso molecular, muchas de éstas con actividad enzimática que parece tener un particular efecto sobre receptores específicos.

Las serpientes no inoculan todo el veneno en

una sola mordida; tienen mayor inoculación en un plano óseo. La gravedad depende.

- Del animal: el tamaño y el grado de irritabilidad, el agotamiento de la glándula y si tiene enfermedad dentaria.
- Del sujeto mordido: la edad, peso, lugar de mordedura y su profundidad y si actuaron ambos dientes inoculadores. El género *Bothrops* tiende a inocular por mordida de 40 a 120 mg de veneno. el género *Crotalico* inoculara aproximadamente 53 mg de veneno y el género de *Micrurus* inoculara 22 mg de veneno por mordida.

➤ Fisiopatogenia

Dependerá de las enzimas que predominen en los venenos de cada género de serpiente ponzoñosa. El veneno del género de *Bothrops*, es de efecto cito-histotóxico con tendencia a la coagulación intra o extravascular; el del género *Crotalico*, es neurotóxico presináptico con efecto hemolítico tardío y el del género *Micrurus*, es de acción neurotóxica pre y postsináptico.

Se pueden describir las siguientes acciones:

- **Acción coagulante:** el estado de incoagulabilidad resultante (efecto defibrinatorio) que podría llevar a una CID, dura mientras exista veneno circulante y por un lapso de 24 horas o más, hasta tanto sea neutralizado por el suero específico, o bien se hayan extinguido los factores que intervienen en la coagulación. La actividad directa (similar a la trombina) sobre el fibrinógeno, es el efecto **Trombin-like**, que no es inhibido por la heparina, siendo esta última quien inhibe la actividad de la trombina plasmática pero no el efecto trombin-like el cual actúa directamente sobre el fibrinógeno plasmático transformándolo en fibrina. Luego de la administración del suero específico, la regeneración del fibrinógeno ocurriría en pocas horas. En 20 especies se demostró la presencia de un componente que activa al factor X de la coagulación. La rápida edematización de la zona (por actividad enzima proteolítica) y la trombosis vascular in situ actuarían como una barrera que sería atravesada gradualmente por el veneno hacia

la circulación sanguínea iniciando su actividad coagulante. La fracción coagulante, no tiene acción sobre el endotelio vascular.

- **Acción proteolítica:** dependiendo de la degradación proteínica del veneno liberando enzimas, cada una con su acción específica sobre determinadas estructuras del organismo. Produciendo a nivel local necrosis celular de piel, de tejido celular subcutáneo y de músculos mientras que a nivel sistémico produce lesión del endotelio vascular, con la endovascularitis necrozante con trombosis y hemorragias internas como equimosis, melena, etc. además el riesgo de dar lesiones en el SNC y calcificaciones del parénquima renal.

- **Acción hemolítica:** la fosfolipasa A actúa sobre la lecitina plasmática transformándola en isolecitina, esta última con capacidad hemolisante. Esto lleva a daño renal por lesión tubular con nefrosis y por otro lado la producción del síndrome del nefrón intermedio.

- **Acción neurotóxica:** la fracción neurotóxica del veneno atraviesa la barrera hematoencefálica, actuando sobre los núcleos craneanos mesencefálicos, bloqueando los mediadores que rigen la actividad de las células nerviosas eectoras. Con su tratamiento oportuno, desaparecen los signos en pocos días.

El veneno de la serpiente coral tiene mayor potencia neurotóxica, provoca un compromiso neurológico más extenso con parálisis de un mayor número de nervios craneales, lo que se conoce como Síndrome deficitario bulbo-pedúnculo-protuberancial descendente.

➤ Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico es importante

- Conocer los antecedentes: mordedura con identificación de especie.
- Realizar un examen físico, cuadro clínico general.
- Laboratorio: depende de la especie involucrada en el accidente.

Mordedura por yarará (las 3 especies). Síndrome cito-histotóxico con tendencia a la coagulación intra o extravascular (por consumo de los factores de la coagulación) el estado de incoagulabilidad resultante puede durar 24 horas o más, mientras exista veneno circulante.

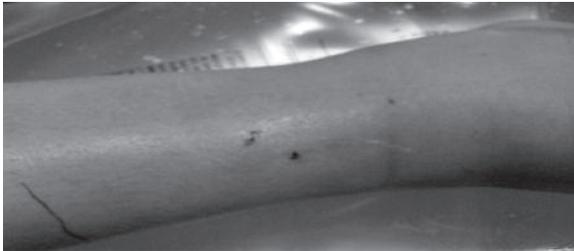


Foto 3: Mordedura de yarará chica, "marca de colmillos con sangrado espontáneo"

En el área de la mordedura se advierte marca de colmillos con sangrado espontáneo, dolor intenso con tendencia en minutos a la formación del edema importante, equimosis con grandes ampollas de contenido hemático, necrosis, linfangitis y adenitis regional.



Foto 4: Mordedura de yarará chica (cara)

Foto: Dra. S. Mercado. Servicio de Toxicología Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

En los casos moderados y graves: fiebre e irritabilidad, hiperestesia, hiperreflexia, disminución de la agudeza visual, náuseas, vómitos, epigastralgias, taquicardia, CID (petequias, epistaxis, hematemesis, etc.), hipotensión y shock.

- **Laboratorio:** anemia, leucocitosis, plaquetopenia, cilindruria, alteración del tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina y del fibrinógeno.

Mordedura por cascabel. Acción neurotóxica y hemolítica tardía.

En el área de la mordedura: dolor y edema leve acompañado por parestesias, pudiendo producirse escasas petequias. Las manifestaciones neurotóxicas son de carácter curarizantes: facies neurotóxica (parálisis palpebral, diplopía, disminución de la agudeza visual, anisocoria, obnubilación, disartria); sialorrea, mialgias, parestesias, vértigos, cefaleas intensas, en los casos graves hipotensión, oliguria, insuficiencia renal aguda y shock.

- **Laboratorio:** hemólisis, hemoglobinuria, albuminuria, metahemoglobinemia e hiperuricemia.

Mordedura por coral. Acción neurotóxica exclusivamente.

En el área de la mordedura dolor escaso, edema leve, a los pocos minutos hipoestésias o anestesia.

A partir de la zona mordida, compromiso motor y sensitivo con parálisis de los pares craneales (ptosis palpebral, diplopía, anisocoria), sialorrea, mialgias, disnea, parestesias e hipoestésias del miembro afectado. Casos graves: parálisis de los músculos respiratorios, insuficiencia renal, muerte dentro de las 4 a 6 horas.

Tratamiento

Todos los pacientes que presentan síntomas de accidentes por víboras deben ser hospitalizados.

El Instituto Malbrán produce todos los antivenenos ofídicos que se requieren para el tratamiento.

Medidas generales: lavar la herida con agua y jabón; analgésicos y prevención del tétanos. Reposo con inmovilización y elevación del miembro afectado.

Vigilar los signos vitales.

No deben utilizarse antibióticos en forma preventiva. Evitar la utilización de ácido acetil

salicílico que podría favorecer las hemorragias. En la coagulopatía por veneno de yarará, las transfusiones de sangre, plaquetas, los productos anticoagulantes y la vitamina K no cumplen ninguna función. Fasciotomía: cuando la presión compartimental exceda los 30 mmHg; es realizado con el instrumental específico por traumatología.

Medidas específicas: dependen del género de serpiente involucrada.

- **Yarará:** casos leves y moderados: 2 a 4 frascos de suero antiothrops disueltos en 100 o 200 cc de dextrosa al 5% o solución fisiológica a pasar en 20 minutos EV. En los casos graves duplicar la dosis.
- **Cascabel:** 5 frascos de suero anticrotalus disueltos en 100 a 200 cc de solución fisiológica o dextrosa al 5%, pasar en 20 minutos EV. En casos graves duplicar la dosis.
- **Coral:** 5 frascos de suero antimicrurus disueltos en 100 cc de dextrosa al 5% o solución fisiológica; pasar en 20 minutos EV. En casos graves duplicar la dosis.


Los sueros deben aplicarse en instituciones donde sea factible el manejo de una reacción anafilactoidea. Efectuar test de Sensibilidad antes de su aplicación.


Control durante la internación: signos vitales. En el caso de accidentes por yarará, coagulograma cada 3 a 6 horas, medición de la presión compartimental y eco doppler arteriovenoso del miembro afectado (si fuese necesario).

Prestar atención al aporte de líquidos: deficiente aporte de líquidos lleva a deshidratación y oligoanuria.

A veces se cometen errores como los siguientes: sobredosis de suero específico; ligadura del miembro (favorece el síndrome isquémico edematoso y la necrosis); incisiones locales; succión de la lesión; amputación de la zona necrosada por métodos tradicionales; tratamientos con métodos anticoagulantes y ofrecer bebidas alcohólicas, torniquete en el miembro superior derecho.

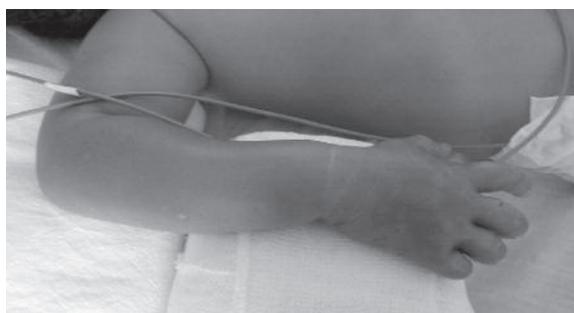


Foto N° 5: Torniquete en miembro superior derecho (mordedura por yarará chica)

Servicio de Toxicología. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

Criterios de alta: remisión clínica y de laboratorio.

Control por consultorio externo: a los 7 o 10 días del alta médica.

Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



V F

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. El aumento de la incidencia de los accidentes por animales ponzoñosos se vincula a cambios climáticos relacionados con aumento de temperatura. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Según el Programa Nacional de Ofidismo, anualmente se registran alrededor de 850 casos de envenenamiento por serpiente venenosa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La picadura de arañas es el accidente por animal ponzoñoso más frecuente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. El veneno del escorpión actúa modulando los canales de Na ⁺ o bloqueando los canales de K ⁺ y puede alterar la funcionalidad de la transmisión del impulso nervioso autónomo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El cuadro clínico que corresponde a una picadura de escorpión dura entre 7 y 10 días que es el tiempo que el organismo tarda en metabolizar el veneno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La ponzoña de la araña <i>lactrodectus matans</i> (viuda negra) es una neurotoxina con acción estimulante del simpático. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. El veneno de la araña <i>loxosceles</i> tiene un efecto tóxico dermonecrotico y hemolítico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Toda persona que ha sido picada por araña viuda negra debe ser hospitalizada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. En casos de picaduras de araña, la administración de los antivenenos debe realizarse en Centro especializado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. El veneno de las serpientes ponzoñosas contiene sustancias proteicas (polipéptidos) de bajo peso molecular que actúan sobre receptores específicos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. El veneno del género <i>Bothrops</i> (yará) desencadena un síndrome cito-histo-tóxico con tendencia a la coagulación intra y extravascular. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Una mordedura de serpiente ponzoñosa tiene, en todos los casos, la misma gravedad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Los efectos de la mordedura de una serpiente ponzoñosa dependen de las enzimas que predominen en su veneno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. El veneno del género <i>Crotalico</i> (cascabel) es neurotóxico presináptico con efecto hemolítico tardío. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. El veneno del género <i>Micrurus</i> (coral) es de acción neurotóxica pre y postsináptica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. El veneno de la araña <i>Lactroductus</i> (viuda negra) es 15 veces superior al veneno de la serpiente cascabel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. La sintomatología por picadura de araña viuda negra aparece entre 15 y 60 minutos después de producirse la picadura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Las manifestaciones neurotóxicas por mordedura de serpiente cascabel son de carácter curarizante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Todos los pacientes que presentan síntomas de accidentes por víboras deben ser hospitalizados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Los sueros antibothrops, anticrotalus y antimicrurus deben aplicarse en instituciones donde sea factible el manejo de una reacción anafilactoide. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



B. Lea las siguientes situaciones clínicas y responda

*¿Qué reflexiones se plantea ante estos tres casos?
 ¿Cómo considera la calidad de atención médica que recibieron estos niños?
 ¿Cuáles fueron los aciertos y los errores en el proceso de atención?*

.....

- 1** Niño de 4 años de edad, del interior de la provincia de Córdoba, que colocándose la zapatilla sintió un dolor punzante. A las 2 horas comenzó con irritabilidad, sialorrea y vómitos biliosos: lo llevaron al hospital zonal donde comprobaron una arritmia cardíaca (taquicardia); consultando con especialista se le indica Amiodarona y se mantiene en observación. Como el niño no mejoraba se decidió derivar a un hospital público de 2º nivel, donde llega con 9 horas de evolución: con dificultad respiratoria y estertores crepitantes en ambos campos pulmonares. Pensando en inhibición de la colinesterasa se solicita estudio que informa: pseudocolinesterasa 10.000 U/l (valor normal 8 a 19 U/l). Ante este resultado se sospecha emponzoñamiento y se decide colocar una ampolla de antiveneno. Como no mejora, se deriva a un Hospital de 3º nivel donde se realiza una Historia Clínica completa y la madre relata que en el lugar se encuentran escorpiones y arañas y que había encontrado uno en la cama del niño. Se realiza identificación del ejemplar; se solicita CPK-CPKMB, amilaseemia, potasemia, ECG; se administra el antiveneno correspondiente. El niño fallece a las 24 horas del accidente.

Conclusiones: escorpionismo grave con edema agudo de pulmón, no diagnosticado a tiempo.

.....

2 Motivo de consulta: derivada del interior de zona urbana por presunta picadura de araña (lesión en miembro inferior izquierdo: talón).

Antecedentes: paciente de sexo femenino de 18 meses de edad, que comienza con temperatura de 39,5°C el día 17-02 (05.00 hs). La madre refiere que a la mañana del mismo día advierte una lesión como picadura de insecto (08.00 hs). A posteriori la picadura evoluciona a lesión redondeada sobreelevada de coloración violácea de aproximadamente 3-4 cm de diámetro rodeado de un halo eritematoso de 3 cm.

El 18-02-06 se realiza punción de la lesión, extrayéndose un pequeño coágulo. Medicada con cefalexina y metronidazol.

Día 19-02-06 a las 18.30 hs ingresa al Hospital de Niños en la ciudad de Córdoba.

Examen físico: irritabilidad, piel y tejido celular subcutáneo y elasticidad conservada, palidez generalizada. Miembro inferior izquierdo: lesión redondeada, ulcero necrótica con impronta de punción rodeada de halo eritematoso de 3 cm de diámetro, edema y aumento de temperatura local. Dolorosa a la palpación.

Resto del examen s/p. Fc: 160 por minuto, Fr 30 por minuto, temperatura 37°C.

Laboratorio: GB 1600, NS 32 %, Linf 65 %, Monoc 3 %, GR 4.360.000, Hb 10.6, Hto 31 %, VSG 94 mm, Plaquetas 214000 mm³, Urea 0.30 gr/l, Creatinina 5.0 mg/l, PCR(+), KPTT 36". ATB, penicilina + clíndamicina.

Al día 20-02 aumento de la lesión con ampollas y progresión proximal del edema.

Al día 21-02 presentó edema hasta la rodilla, Godet (+), fascitis necrotizante, con síndrome compartimental por lo que se decide fasciectomía de pie y pierna. Se agrega Gentamicina.

Al día 22-02 se observa progresión de la lesión con mala perfusión del miembro izquierdo, se realiza toilette de urgencia, se constata fascitis necrotizante; se programa amputación.

Al día 23-02 se realiza amputación supracondílea de fémur izquierdo. Ingreso a UTI. Cultivo de material de fasciectomía: Pseudomona (+). Se indica antibiótico: Meropenem.

Conclusiones: *Loxoscelismo cutáneo grave con inmunodepresión y sobreinfección bacteriana.*

.....

.....

- 3** *Niña de 9 años de edad, procedente de Alta Gracia, traída por sus padres al Hospital de Niños por Guardia central. En pierna derecha presentaba una lesión con 2 improntas paralelas de 2 mm de diámetro c/u. Lesión eritematosa, la zona edematizada y de colorido rojo oscuro con dolor urente. Regular estado general. A los 30 minutos del episodio, se agregan lesiones hemolíticas. Laboratorio: glóbulos blancos: 20.700/mm³ con neutofilia y desviación a la izquierda. Plaquetas 230.000/mm³. pseudocolinesterasa 10.000 U/l (valor normal 8 a 19 U/l). Ante este resultado se sospecha emponzoñamiento. Tiempo de protombina: 36% al ingreso y 10% a la media hora. A las 3 horas del accidente se colocan 3 ampollas antiveneno en solución fisiológica. Recuperación clínica a las 3 horas del tratamiento. Conclusiones: mordedura por yarará chica.*
-
-

Puede comparar sus respuestas con las que figuran en la **Clave de Respuestas**.



Conclusiones

El envenenamiento por animales ponzoñosos es una enfermedad grave y de difícil diagnóstico. Es importante reconocer en las lesiones (picadura-mordedura) qué especie es la que está involucrada.

La vida del paciente puede depender de la correcta identificación del agente agresor.

El diagnóstico también se basa en los datos epidemiológicos de la región, por eso los accidentes por animales ponzoñosos son de notificación obligatoria (ver Planilla C2 en el Anexo) y la información que brindan los profesionales es fundamental. La vigilancia epidemiológica de estos envenenamientos es de gran importancia para identificar los riesgos y conducir acciones destinadas a la prevención y control de los mismos. La información brindada por los profesionales también es significativa para las decisiones sobre la producción de los antivenenos específicos. La disponibilidad y correcta utilización –tiempo y dosis– de este recurso puede salvar vidas.

Para preservar la salud, el desarrollo y el bienestar de los niños es imprescindible identificar y reducir los factores de riesgo ambientales.

Algunas recomendaciones para transmitir a las familias:

- Mantener los espacios peridomiciliarios libres de residuos que atraen a los roedores y cucarachas (plato preferido de ofidios y escorpiones).
- No acumular leñas, ladrillos o escombros cerca de la vivienda.
- Limpieza del hogar: no acumular cajas u otros objetos cercanos a la pared, revocar y tapar grietas de paredes y techos, colocar tapas mosquiteras en los resumideros.
- Alejar la cama y la ropa de la pared.
- Sacudir las prendas de vestir y zapatos antes de usarlos.
- Usar vestimenta adecuada (no andar descalzo, usar bota manga ancha, pantalón de loneta, calzado alto de cuero o goma).
- En los campamentos, cerrar bien la carpa y mantenerla ordenada.
- No introducir manos en cuevas, nidos o huecos de árboles; no levantar piedras ni troncos.
- No acercarse a las serpientes ni hacer movimientos bruscos.

Lecturas recomendadas

1. Ministerio de Salud de la Nación. Envenenamiento por animales ponzoñosos. Boletín Epidemiológico Anual. 2006.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de los envenenamientos ofídicos. Año 2007.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de enfermedades de notificación obligatoria.

Estos documentos están disponibles en www.msal.gob.ar

Bibliografía

1. Paris M E y Ríos B J C. Lactrodectismo mactans (araña del trigo), Intoxicaciones. Epidemiología, Clínica y Tratamiento, Septiembre 2005. segunda edición; 305-307. Ediciones Universidad Católica de Chile.
2. Paris M E y Ríos B J C. *Loxosceles Laeta* (araña de rincón), Intoxicaciones. Epidemiología, Clínica y Tratamiento, Septiembre 2005. segunda edición; 308-313. Ediciones Universidad Católica de Chile.
3. Saracco S, Roodt A. Envenenamiento por animales ponzoñosos. Revista ATA informa. Marzo/junio 2005; Año 19, Números 67/68; 45-49.
4. Cabrerizo S, Docampo P, Cari C, Rozas M, Díaz M, Roodt A, Cursi O. Loxoscelismo: presentación de un caso cutáneo-visceral con resolución favorable. Arch Argent Pediatr 2009;107(3):256-258.
5. Cabrerizo S, Docampo P, Cari C, Rozas M, Díaz M, Roodt A, Cursi O. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. Arch Argent Pediatr 2009;107(2):152-159.
6. Roque L, Abriata G, Martínez D. Envenenamiento por animales ponzoñosos. Boletín Epidemiológico Periódico. Sep-octubre 2007. www.msal.gov.ar
7. Facultad de Medicina de la UBA. Departamento de Toxicología. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de los envenenamientos ofídicos www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/guia_ofidismo_final07_pdf

Paginas Web:

1. www.cepis.ops-oms.org
2. www.ataonline.org.ar
3. www.cse.com.ar/articulos_serpientes1.asp
4. www.entomologia.fcien.edu.uy/especiespeligrosas.htm ¿Cuáles son nuestras especies de arañas peligrosas?
5. Poisindex (base de datos toxicológicos) 2003-2004-2005.

Clave de respuestas. Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



1. Verdadero.

2. Verdadero.

3. Falso: según la estadística nacional, la picadura de escorpión es la más frecuente, en segundo lugar se ubican las picaduras de arañas y en el tercero van las mordeduras de serpientes.

4. Verdadero.

5. Verdadero.

6. Verdadero.

7. Verdadero.

8. Verdadero.

9. Falso: puede realizarse en la Emergencia por cualquier médico previamente asesorado por centro especializado.

10. Verdadero.

11. Verdadero.

12. Falso: la gravedad depende del animal (tamaño, grado de irritabilidad, agotamiento de la glándula, enfermedad dentaria) y del sujeto (edad, peso, localización de la lesión)

13. Verdadero.

14. Verdadero.

15. Verdadero.

16. Verdadero.

17. Verdadero.

18. Verdadero.

19. Verdadero.

20. Verdadero.

B. Casos clínicos



Comparta sus reflexiones con los colegas.

Anexo I Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica

Los Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica (CIAATs) fueron creados, en respuesta a la necesidad de la comunidad y del cuerpo profesional de acceder a la información sobre las sustancias químicas, los venenos naturales y los medicamentos para poder manejar las intoxicaciones y los riesgos relacionados con la exposición a los mismos.

CAPITAL FEDERAL

UNIDAD DE TOXICOLOGÍA - Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Responsable: Dr. Nelson Francisco Albiano

Sánchez de Bustamante 1399

CP1425 CAPITAL FEDERAL

Tel: (54 11) 4 962 6666

Tel/Fax: 4 962 2247

Fax: 4 962 3762

E-mail: toxi-guti@pccp.com.ar

Horario de Atención: 24 hs.

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

UNIDAD DE TOXICOLOGÍA - Hospital de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Responsable: Dra. María Elisa Fernández

Avda. Montes de Oca 40

CP1270 CAPITAL FEDERAL

Tel: (54 11) 4 300 2115/4 307 5842/4

Fax: 4 307 7400

E-mail: maefernan@intramed.net.ar

Horario de Atención: 24 hs.

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

SERVICIO DE TOXICOLOGÍA - Hospital Escuela "José de San Martín",

Universidad de Buenos Aires

Responsable: Prof. Dra. Julia Higa

Paraguay 2201

CP 1120 CAPITAL FEDERAL

Tel/Fax: (54 11) 4 508 3760

E-mail: escarlato@intramed.net.ar

Horario de Atención: 8:00 a 14:00 hs.

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

UNIDAD DE TOXICOLOGÍA - Hospital General de Agudos "J. A. Fernández"

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Responsable: Prof. Dra. Norma Vallejo

Cerviño 3356

CP1425 - CAPITAL FEDERAL

Tel: (54 11) 4 808 2655 Tel/Fax: 4 801 7767

E-mail: toxifer@cvtci.com.ar

Horario de Atención: 24 hs.

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica (a profesionales).

SECCIÓN TOXICOLOGÍA - Hospital Italiano de Buenos Aires

Responsable: Dra. Flavia A. Vidal

Gascón 450

CP 1181 - CAPITAL FEDERAL

Tel: (54 11) 4 959 0311/0313 Fax: 4 959 0311

Horario de atención: 8:00 a 17:00 hs. (personal)

8:00 a 24:00 (telefónica)

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CENTRO NACIONAL DE INTOXICACIONES- Hospital Nacional "Prof. Alejandro Posadas"

Responsable: Prof. Dr. Osvaldo H. Curci

Av. Presidente Illia y Marconi

CP1706 - HAEDO - PCIA. DE BUENOS AIRES

Tel/ Fax: (54 11) 4 658 7777/4 654 6648

Conmutador: 4 469 9200

Línea telefónica de cobro revertido:

0-800-333-0160

E-mail: cntoxicologia@janssen.com.ar

Horario de Atención: 24 hs.

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

CENTRO DE ASESORAMIENTO Y ASISTENCIA TOXICOLOGICA - Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" - Provincia de Buenos Aires

Responsable: Dra. María Cristina Alonso

Calle 14, Nro.1631

CP1900 - LA PLATA - PCIA. DE BUENOS AIRES

Tel: (54 221) 451 5555/5901 (interno 1312)

Fax: 453 5930

Línea telefónica de cobro revertido: 0-800-222-9911

Horario de Atención: 24 hs.

Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

**DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA
MUNICIPALIDAD DE PERGAMINO
Hospital Interzonal de Agudos San José**

Responsable: Dra. Adriana Torriggino
Liniers e Italia
CP 2700 - PERGAMINO. PROV. DE BUENOS AIRES.
Tel: (54 2477) 4297 92/99 interno 259
Fax: 4252 64
E-mail: coopjos@multinetmo.com.ar
Horario de Atención: 8 a 14 hs.
Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

**SERVICIO NACIONAL DE INFORMACIÓN
TOXICOLÓGICA VETERINARIA (SNITV)
Facultad de Veterinaria- Universidad Nacional
del Centro de la Provincia de Buenos Aires**

Responsable: Dr. Alejandro Soraci - Dra. Ofelia Tapia
Paraje Arroyo Seco s/n - Campus Universitario
CP 7000 - TANDIL
TE: 2293-422357 FAX 426667
E-mail: snitv@vet.unicen.edu.ar

CÓRDOBA

**SERVICIO DE TOXICOLOGÍA - Hospital de
Urgencias**

Responsable: Dr. Eduardo L. Brocca
Catamarca 440
CP 5000 - CÓRDOBA
Tel: (54 351) 422 2003/4/421 5400
Fax: 421 7004
E-mail: hospurg@tecomnet.com.ar
Horario de Atención: 8 a 14 hs.
Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

**SERVICIO DE INTOXICACIONES - Hospital de
Niños**

Responsable: Dr. Rafael Buteler
Corrientes 643
CP 5000 - CÓRDOBA
Tel: (54 351) 422 9961 int. 129/422 4388/
422 0391/423 6352
Fax: 423 5761
E-mail: invitado1@powernet.com.ar
Horario de Atención: 8 a 14 hs.
Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

JUJUY

**SECCIÓN TOXICOLOGÍA – Hospital de Niños
“Dr. Héctor Quintana”**

Responsable: Dra. María Cristina González
José Hernández 624
CP 4600 – SAN SALVADOR DE JUJUY
Tel: (54 388) 4 22 1288
Fax: 4 22 1291
E-mail: fundhosp@mail.imagine.com.ar
Horario de Atención: 08:00 a 13:00 (personal),
08:00 a 24:00 hs (telefónica)
Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

MENDOZA

**TOXICAID Centro de Información Toxicológica -
ECI Emergencias Médicas**

Responsable: Dr. Sergio Saracco
9 de Julio 1936
C.P.5500 - MENDOZA
Tel: (54 261) 425 0284/423 1123
Fax: 438 05 49
E-mail: sersaracco@infovia.com.ar
Horario de Atención: 24 hs.
Tipo de asistencia que se brinda: Telefónica.

SALTA

SERVICIO DE TOXICOLOGÍA - Hospital del Niño

Responsable: Dra Griselda Juárez
Sarmiento 625
CP 4400 - SALTA
Tel: (54 387) 421 39 54 (interno 115)
Fax: 431 02 77/ 422 05 19
E-mail: hmisal@salnet.com.ar
Horario de Atención: 8 a 14 hs.
Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

SANTA FE

**SERVICIO DE NEUROTOXICOLOGÍA - Hospital
J. M. Cullen**

Responsable: Dr. Juan C. Langhi
Avda. Freyre 2150 Sala 3 Subsuelo
CP 3000 - SANTA FE
Tel. (54 342) 459 7371
Conmutador: 459 8336
Fax: 459 7822
E-mail: hospjmc@ssdfc.com.ar
Horario de Atención: 8 a 14 hs.
Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

SERVICIO DE TOXICOLOGÍA - Sanatorio de Niños

Responsable: Dr. Juan Carlos Piola
 Alvear 858 PB. A
 CP 2000 - ROSARIO - PCIA. DE SANTA FE
 Tel: (54 341) 448 0202
 Tel.Cel: (54 366) 440 0019
 Fax: (54 341) 439 7041
 E-mail: sertox@arnet.com.ar
 Horario de Atención: 24 hs.
 Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

SERVICIO DE TOXICOLOGÍA Hospital Provincial de Rosario

Responsable: Dr. Omar Sain
 Alem 1450
 CP 2000 - ROSARIO - PCIA. DE SANTA FE
 Tel: (54 341) 440 8360/421 1134
 Fax: 421 8864
 E-mail: sain@arnet.com.ar
 Horario de Atención: 8 a 14 hs.
 Tipo de asistencia que se brinda: Personal.

TOXICOLOGÍA, ASESORAMIENTO Y SERVICIOS (T.A.S.)

Responsable: Dr. Juan Manuel Berman
 Tucumán 1544
 CP 2000 - ROSARIO - PCIA. DE SANTA FE
 Tel: (54 341) 446 0077 Fax: 424 2727
 E-mail: toxico@toxicologia-tas.com.ar
 Horario de Atención: 24 hs.
 Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

TUCUMÁN

DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA, PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA LA DROGA - Asistencia Pública y Emergencia Médica

Secretaría de Salud y Promoción - Municipalidad de San Miguel de Tucumán
 Responsable: Dr. Alfredo Córdoba
 Chacabuco 233 1er. P.
 CP 4000 - SAN MIGUEL DE TUCUMÁN
 Tel: (54 381) 421 2329/6307
 Fax: 430 2499
 E-mail: teranpena@infovia.com.ar
 Horario de Atención: 8 a 14 hs.
 Tipo de asistencia que se brinda: Personal y telefónica.

EN FORMACIÓN

CHUBUT

SERVICIO DE TOXICOLOGÍA - Hospital Zonal de Trelew

Responsable: Dra. Marcela Regnando
 28 de Julio y Pellegrini
 CP 9120 - TRELEW - PCIA. DEL CHUBUT
 Tel/Fax: (02965) 42 1385
 Tel. Cel. (02965) 15 466 3304

MENDOZA

CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ASESORAMIENTO TOXICOLÓGICO - CIMATOX Dirección de Farmacología - Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza

Responsable: Dra. María Ester Liceda
 Casa de Gobierno Piso 5° Cuerpo Central
 CP 5500 - Mendoza - Pcia. de Mendoza
 Tel: (0261) 449 2917/423 4715
 Fax: (0261) 449 2923/423 4715
 E-mail: msmendoz@anmat.gov.ar

MISIONES

SERVICIO DE TOXICOLOGÍA - Hospital Provincial de Pediatría de Misiones

Responsable: Dra. Adriana Inés Haas
 López Torres y Moreno
 CP 3300 - POSADAS - PCIA. DE MISIONES
 Tel/fax: (03752) 44 7100
 E-mail: ahass@intramed.net.ar

Anexo II
Planilla C2 para notificación obligatoria

Capítulo 2

❖ Trastornos: Autista y de Asperger

Dr. Miguel Ángel García Coto

Médico Psiquiatra de niños. Director del Grupo CIDEP (centro de investigaciones del desarrollo psiconeurológico). Director del VIII Curso Anual de Autismo y Trastornos del Desarrollo Socio Cognitivo. Profesor Titular de Psicopatología Infantil de la Universidad de Palermo. Médico consultor del Hospital Materno Infantil de San Isidro.



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría
Secretaría de Educación Continua

(10)

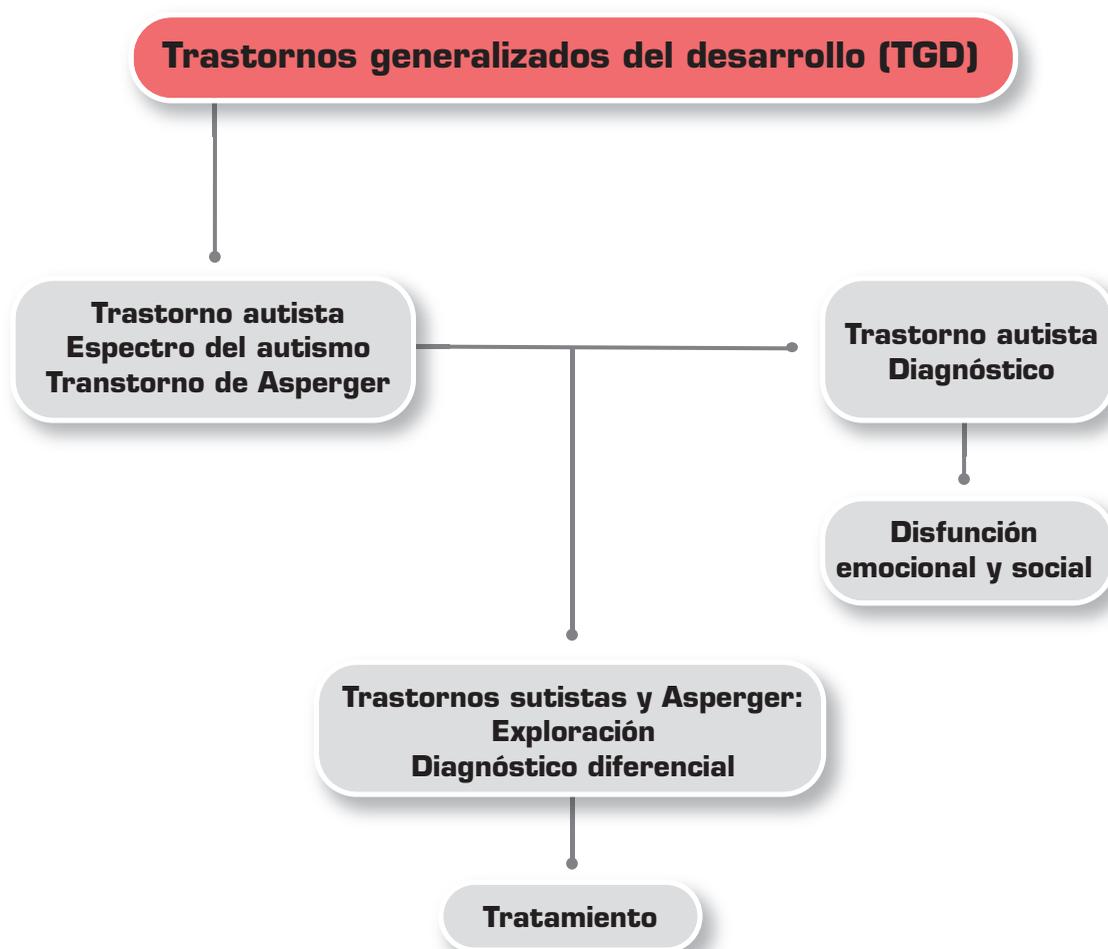
Glosario

AA	Autismo atípico.
AI	Autismo infantil.
DAMP	Déficit de atención de la motricidad y de la percepción.
DESP	Disfunción emocional y social precoz.
D.S.M	Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades.
FAE	Fenotipo autista extendido.
RM	Retraso mental.
SELD	Trastorno del aprendizaje socio emocional.
SAE	Síndrome de acento extranjero.
SR	Síndrome de Rett.
TA	Trastorno autista.
TAs	Trastorno de Asperger.
TB	Trastorno bipolar.
TEA	Trastornos del espectro autista.
TELplus	Trastorno específico del lenguaje con signos de disfunción socio emocional.
TGD	Trastornos generalizados del desarrollo.
TGDse	Trastornos generalizados del desarrollo sin especificar.
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo.

Objetivos

- ❑ Describir los diferentes trastornos generalizados del desarrollo (TGD).
- ❑ Identificar las principales características de los TGD.
- ❑ Reconocer las áreas o los comportamientos en los que estos niños presentan dificultades para realizar una aproximación diagnóstica.
- ❑ Diferenciar los TGD de otros trastornos nosológicos que presentan perfiles conductuales semejantes.
- ❑ Conocer los criterios para realizar diagnóstico y diagnóstico diferencial.
- ❑ Realizar diagnóstico diferencial entre trastornos autistas y trastorno de Asperger.
- ❑ Reconocer la necesidad de abarcar diferentes áreas disciplinarias en el tratamiento de estos cuadros.

Esquema de contenidos



Introducción

Trastornos generalizados del desarrollo (TGD), es una denominación cuyo uso comenzó a generalizarse en 1980 con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades, DSM - III, para referirse al autismo infantil, y pocos años más tarde, también al trastorno descrito por Hans Asperger.

La importancia de este grupo nosológico se destaca por las dificultades en la investigación etiológica, por la alta densidad de publicaciones en los últimos veinte años y por los sorprendentes resultados de la epidemiología. En un estudio realizado en 1983 en el CONICET se encontró una prevalencia del Trastorno Autista del 4,5 por diez mil. Los estudios en otros países oscilaban, en ese entonces, entre

un 2 y un 4 por diez mil, mientras que en un reciente meta-análisis de varios estudios, en los que se agregan los hallazgos de autistas tipo Kanner (0,39 %) más lo que hoy se conoce como Trastornos del Espectro Autista o TEA (0,77%) se llega al 1,16%. No se puede afirmar que las causas de este crecimiento sean solamente debidas a criterios diagnósticos diferentes. Estamos frente a un problema alarmante en cuanto al crecimiento y en cuanto a los resultados de los tratamientos, que si bien son mejores que hace veinte años, aún siguen siendo insuficientes.

El término **autismo** surge por primera vez en la literatura psiquiátrica en 1911, cuando el psiquiatra Eugen Bleuler utiliza el término como “signo de agravamiento” en esquizofrenia de larga

evolución y se le atribuyen, además, contenidos imaginarios de los cuales no se da evidencia. En 1943 el psiquiatra Leo Kanner describe el perfil de 11 niños que padecen un trastorno del desarrollo emocional y de las relaciones. Desgraciadamente, en esta oportunidad, se utiliza el mismo término que utilizó Bleuler en 1911 lo que llevó a analizar el trastorno que ocurre en niños muy pequeños (en los primeros treinta meses de vida) con un enfoque que no podía despegarse de la esquizofrenia de los adultos.

En 1944 el pediatra vienés Hans Asperger describió lo que él llamó “psicopatía autística” como un trastorno en las relaciones sociales y emocionales con buen desarrollo del lenguaje (a diferencia del autismo) y cognitivo, agregándole, en ese momento, dismorfías corporales.

Durante muchos años se consideró que este trastorno estaba relacionado con disfunciones

ambientales. Así, entonces, mientras los psicoanalistas pensaban que el problema estaba en la madre, muchos conductistas lo atribuían a fallas en la enseñanza de los padres. Han sido años muy duros para los padres de niños con estos trastornos, que además de padecer el doloroso impacto de un niño con problemas severos, también tuvieron que padecer a profesionales que los responsabilizaban y condenaban, ya que por más que hicieran horas de terapia, el problema no sólo no se solucionaba, sino que la culpa seguía siendo de ellos y no de los conocimientos limitados de los psicopatólogos y de la psicopatología. Fueron años oscuros en este campo. Hoy se tienen más recursos para abordar el problema, que aunque todavía no se ha resuelto, al menos hemos aprendido algunos sustratos neurocognitivos importantes para el tratamiento.

➤ Trastornos generalizados del desarrollo (TGD)

Los TGD son trastornos del desarrollo neurocognitivo que:

1. Tienen evidencias de su origen genético: actualmente hay varios genes identificados en poblaciones TGD y que involucran características cognitivas, sociales y de lenguaje, además de sensoriales y motoras. Se supone la convergencia de más de once genes en la expresión del trastorno.
2. No son motivados por sucesos de vida o alteraciones vinculares con padres o cuidadores.
3. Comienzan a manifestarse muy tempranamente con alteraciones en la interacción, en el uso del lenguaje verbal y no verbal, en la manipulación de objetos comunes y en el comportamiento frente a los estímulos sensoriales.
4. Su definición nosológica se produce entre el segundo y tercer año de vida del niño de acuerdo a los criterios diagnósticos actuales, aunque el trastorno de Asperger (TAs) se diagnostica más tarde.

De los TGD, el trastorno autista (TA), el trastorno de Asperger (TAs) y el TGD sin

especificar (TGDse), comparten casi todos los criterios arriba mencionados.

El Trastorno de Rett y el Trastorno Desintegrativo presentan características evolutivas diferentes aún cuando se los pueda confundir en algún momento de su evolución (según el DSM - IV TR, Manual Diagnóstico y Estadístico, IV edición, texto revisado).

➤ Trastorno autista (TA)

El clásico **Autismo Infantil (AI)** que se diagnostica a través de la conducta, presenta trastornos fundamentalmente cualitativos en las siguientes áreas:

1. De la reciprocidad socioemocional.
2. De la comunicación.
3. Del desempeño cotidiano.

Los trastornos en el área de la **reciprocidad socio-emocional**, se manifiestan con algunas conductas tales como:

1. Aparente indiferencia ante los acercamientos comunes de los demás. Esto podría no verse con claridad, si se le propone algo concreto que conoce y le interesa mucho.

2. No presentan intereses y ni realizan actividades compartidas. Prefiere hacer cosas por su cuenta antes que con otros, excepto juegos corporales o de secuencias conocidas de movimientos.
3. No saludan espontáneamente o no responden al saludo, es decir, no realizan saludos convencionales según la edad o gesticulaciones equivalentes. Un niño puede no decir "hola" pero sí mirar y sonreír o acercarse. No buscan consuelo cuando les pasa algo, aunque puedan ser sensibles a la contención del adulto. Tampoco se aproximan a consolar a otros.
4. No evidencian conductas de imitación social inmediata o solicitada. Pero pueden aparecer conductas que indican imitación diferida, tanto a personas reales como a personajes de TV.
5. Les faltan las capacidades necesarias para hacer o sostener una amistad.
6. Les cuesta asumir roles ajenos, tanto en juego simbólico como en juegos dramáticos.
7. Presentan falta de reconocimiento o de atención a reglas sociales. Algunos pueden aprender reglas, pero les cuesta adecuarlas al contexto real de aplicación.

Los trastornos en **la comunicación** se expresan de diferentes maneras:

1. Con ausencia de lenguaje verbal en más del 50% de los casos (por pérdida o falta de desarrollo).
2. Con dificultades para usar socialmente el lenguaje verbal (aunque lo tengan) de manera flexible: cada palabra tiene uno y sólo un significado, esto les impide una comprensión coloquial adecuada.
3. La comprensión parece ser más lenta o bien estar focalizada en algún aspecto, como si de toda una frase se tomara como referencia: a) una sola palabra a la que se le asigna el significado del todo, o b) la entonación o el acento, independientemente del significado asignado por el hablante.
4. Tienden a usar frases aprendidas globalmente con entonaciones ajenas a la situación del momento, son repeticiones (ecolalias diferidas) muchas veces funcionales.

5. Tienen trastornos de la velocidad, acentuación, ritmo, volumen, tono y valor comunicativo del lenguaje.
6. Algunos presentan claros acentos extraños a los que se usan en su contexto, como si fueran extranjeros.
7. Presentan trastornos en la habilidad para comprender metáforas e ideas abstractas.

Los trastornos en **el desempeño cotidiano**, como en el resto de las áreas, suelen ser múltiples:

1. **Estereotipias motoras:** se llaman estereotipias a los movimientos y/o conductas usuales o extrañas que tienen en común la falta de funcionalidad; algunas parecen relacionadas con estados de ánimo, p.ej. aleteo de manos en momentos de excitación, tanto por algo positivo para ellos como negativo. Podrían ser conductas expresivas de estados emocionales. Es común que un niño dé vueltas a un autito en miniatura para hacerle girar la rueda, pero no lo es que sólo haga ese movimiento durante largo rato. También es frecuente que quiera ver una película más de una vez, pero no lo es que quiera verla ininterrumpidamente una y otra vez durante horas, días, semanas y meses. Es importante que el pediatra explore la correspondencia entre la conducta definida como estereotipia y la modalidad neurocognitiva del niño (comunicación incluida).
2. **Conductas sensoriales o motoras anormales:** reacciones a estímulos sensoriales que salen de lo esperable en el contexto o bien conductas de aparente búsqueda de estímulos sensoriales: visuales, auditivos, táctiles, cenestésicos, vestibulares, etc. Reacciones inesperadas a ruidos y sonidos, voces humanas, olores, luces, colores, etc. Giros de cabeza y/o cuerpo, balanceos, movimientos, rarezas en la marcha y en la postura. Producción monótona de sonidos o ruidos, acercamiento gustativo u olfativo a objetos, etc.
3. **Preocupaciones con ciertos objetos o partes de ellos:** focalización de la atención en algún atributo del objeto o en el uso

selectivo, para repetir algún patrón de acción muchas veces disfuncional.

4. **Reacciones de estrés intenso con desorganización de la conducta:** cuando lo que espera que suceda y lo que sucede realmente, no coinciden.
5. **Rutinas fijas, muy rígidas y difíciles de modificar:** una vez aprendido un patrón de resolución, lo repiten siempre de la misma manera sin posibilidades de adaptación a las variaciones del contexto.
6. **Intereses restringidos y/o perseverativos:** aparentemente la atención es canalizada a los patrones aprendidos y repetidos.
7. **Ausencia de interés espontáneo** en actividades comunes para otros niños.
8. **Trastornos en el juego simbólico.**

➤ Espectro del autismo

Para el diagnóstico, según DSM, se necesitan **uno o dos criterios de cada una de las tres áreas**. Esto lleva a una gran dispersión que impide pensar al Trastorno Autista como una categoría nosológica nítida. Por lo tanto, es interesante considerar el concepto de “espectro”, ya que admite diferencias en el grado de manifestación de las dificultades, tanto socio-comunicativas como de desempeño cotidiano. De este modo, se puede intentar comprender una amplia gama de trastornos que difieren cuali y cuantitativamente, pero que tienen en común diferentes niveles en las áreas mencionadas.

Wing introdujo entre los TGD el trastorno descrito por Asperger e instaló en la década del 80, el concepto de **Espectro del Autismo (o Trastornos del Espectro del Autismo – TEA)** como se lo denomina actualmente.


Los TEA tienen en común, trastornos en la comunicación social, la comprensión social y el interés social.


Los primeros subtipos descriptos son:

- I. **Distante:** a) Distante e indiferente en muchas situaciones, excepto cuando tiene

necesidades específicas. b) Cualquier interacción es principalmente con adultos, a través de lo físico. c) Aparentemente tienen escaso interés por el contacto social. d) Poca evidencia de reciprocidad en comunicación verbal y no verbal. e) Poca evidencia de actividad compartida y atención mutua. f) Escaso contacto ocular, evitación del mismo. g) Pueden presentar conductas estereotipadas y repetitivas. h) Prescindencia de los cambios ambientales, como alguien que entre en la habitación. i) Moderado a severo déficit cognitivo.

- II. **Interactivo pasivo:** a) Muy escasos acercamientos sociales espontáneos. b) Aceptación de los acercamientos iniciados por otros: adultos o por otros niños. c) Aparentemente no disfrutan del contacto social pero tampoco lo rechazan. d) El niño puede hablar o no. e) La ecolalia inmediata es más frecuente que la diferida. f) Siempre hay algún grado de déficit cognitivo.

- III. **Interacción activa no-convencional:**

- a) Aparecen acercamientos sociales espontáneos, más frecuentes con adultos y menos frecuentes con pares.
- b) La interacción incluye preguntas incesantes, rutinas verbales y conductuales, no necesariamente funcionales.
- c) La interacción puede ser comunicativa o no-comunicativa (si habla), con ecolalia inmediata y diferida.
- d) Asunción de roles escasa o deficiente.
- e) Percepción escasa de las necesidades de su prójimo.
- f) No modifica las características del discurso según la situación.
- g) Presenta dificultades en cambio de temas.
- h) Muestra mayor interés en rutinas interactivas que en contenidos.
- i) Puede estar muy atento a las reacciones de los demás en temas de su interés.
- j) Son menos aceptados socialmente que el grupo pasivo.

Luego se agregó el:

- IV. **Solitario (Sula Wolf):** sin interés por la interacción y comunicación social, parecen solitarios por elección propia.

➤ Trastorno de Asperger (TAs)

Antiguamente se la denominaba *psicopatía autística*. Fue descrita por Hans Asperger en 1944, e ignorada durante más de treinta años tanto por la literatura como por los profesionales anglo-sajones.

Los criterios diagnósticos del DSM - IV incluyen:

A. Alteración cualitativa de la interacción social (por lo menos dos ítems de los siguientes):

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiada al nivel de desarrollo de la persona.
3. Ausencia de tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (ej. no mostrar, traer o enseñar a otros objetos de interés).
4. Ausencia de reciprocidad social y emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (por lo menos uno de los siguientes):

1. Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, por su intensidad o por su objetivo.
2. Adhesión, aparentemente inflexible, a rutinas y/o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (ej. sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje, clínicamente significativo (ej. a los dos años usa palabras sencillas, a los tres años usa frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades propias de la edad.

F. No cumple los criterios de otros TGD ni esquizofrenia.

El Trastorno de Asperger está siendo diagnosticado con mucha frecuencia en nuestro medio. Pero es necesario notar que la **diferencia** establecida en esta clasificación con el TA **es la ausencia de retraso en el lenguaje y el desarrollo cognitivo** siendo los demás indicadores prácticamente los mismos en ambos trastornos: TAs sería TA de alto funcionamiento. Es un diagnóstico diferencial poco preciso; en la quinta versión del DSM (no publicada) se plantea la inclusión del TAs en los TEA.

De todos modos mientras, nos manejemos con los criterios actuales, en la clínica no podemos dejar de reconocer algunos perfiles conductuales diferenciales dentro de los niños diagnosticados TAs.

Diferentes perfiles de Asperger¹

En principio consideramos que hay un grupo de niños que presentan:

1. Trastornos con diversas alteraciones en el desempeño social.
2. Autonomía funcional básica autosuficiente.
3. Buen desarrollo estructural del lenguaje verbal.

Y que, por lo común, son diagnosticados como TAs, pero en los que se encuentran diferencias semiológicas importantes que les confieren comportamientos sociales tales como:

1. **Dificultades en la acomodación social:** esto es en adecuar su comportamiento y el conocimiento de las reglas al contexto en el que se desempeñan. Estos son los "*inflexibles sociales*" con alto nivel de conflicto social en

¹ (García Coto et al, 2006)

general y con pares en particular. Para ellos en el momento de decidir cómo actuar, primero está la regla y después la persona. Aprendieron textualmente la regla pero no pueden adecuarla al contexto de pares. Ejemplo: decir que alguien se copia en un examen (sin malicia, solo por “sentido de justicia”).

2. **Falta de percepción de lo social como algo gratificante (recompensa social):** los dos subtipos posibles serían el “*neutro*” para quien lo social es indiferente pero lo soporta y sobrelleva (ejemplo: el subtipo B - Interactivo-pasivo), y el “*socio-fóbico*” que no sólo rechaza activamente el contacto sino que también lo expresa ante quien quiera escucharlo (subtipo IV - Solitario). Generalmente, en este subtipo, encontramos con mayor frecuencia a los que rechazan todo tipo de interacción social por no considerarla necesaria, salvo que responda a necesidades específicas del individuo y en el cual la habilidad social sea un medio para otros fines.
3. **Desconocimiento de signos sociales:** el llamado “*analfabetismo social*”, se trata de niños que desconocen y tienen dificultades para aprender los signos que marcan las convenciones sociales.
4. **Dificultades en la comprensión, planificación y ejecución de la conducta social:** manifiestan no sólo interés en lo social sino también genuinos deseos por “hacer” como los demás y pertenecer a un grupo, pero cuando logran imitar modelos, su aplicación termina siendo inadecuada.
5. **Dificultades en la inhibición,** que no necesariamente es generalizada, tal vez por falta de valoración del impacto que sus palabras pueden tener en los demás, o porque una vez que están en posesión de alguna idea o información tienen que transmitirla más allá de sus consecuencias. Son los que van a aparecer como más agresivos frente a los demás.
6. **Autovaloración negativa:** Hacen una retracción activa tras comprobar repetidamente su fracaso en el campo social. Son los que más se benefician y mejor desempeño logran con los programas de intervención en enseñanza de habilidades

sociales. En ellos lo social es potencialmente gratificante o al menos es deseado como un logro necesario.

❖ Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar (TGDse)

Es una categoría en donde se advierten los signos de los TGD, pero no en forma completa. La atipia puede manifestarse a partir de signología incompleta (falta de indicadores en alguna de las tres áreas mencionadas) o bien, por la edad de comienzo. Incluye el autismo atípico (AA).

❖ Trastornos nosológicos que pueden presentar alguno de los perfiles mencionados anteriormente

Existen trastornos nosológicos y condiciones **no necesariamente patológicas**, que pueden presentar los perfiles conductuales mencionados anteriormente:

1. **Trastorno obsesivo compulsivo (TOC):**
Fuera de las obsesiones y compulsiones, estos niños muestran interés y destrezas sociales acordes a su edad. Las preocupaciones obsesivas por actividades o cosas hacen que muchas veces privilegien a éstas y desaprovechen oportunidades sociales que cualquier niño de su edad no se perdería. Estas situaciones de “evitación social estratégica” podrían confundirse con un desinterés social estructural.
2. **Síndromes dis-ejecutivos:**
Perfil de trastornos con una evolución de empeoramiento progresivo a medida que la información social se va complejizando con la edad. Empeoran a medida que los desafíos son más complejos; la intervención inmediata permite compensar dificultades.
3. **Trastorno bipolar (TB):**
Se trata de chicos que, por lo general, presentan variaciones en su ritmo de actividades con períodos de activación que en algunos casos se repiten varias veces a lo largo del día, trastornos del sueño con

disminución marcada del tiempo total del mismo, sin recuperación diurna y con nivel de actividad alto. Son notables sus cambios en el estado de ánimo sin que puedan identificarse variables externas claras que puedan motivarlos.

4. **Déficit de atención de la motricidad y de la percepción (DAMP):**

Incluye impulsividad, hiperactividad y desatención. Pueden presentar otras manifestaciones de trastornos del desarrollo, tales como: conductas obsesivas, trastornos en los movimientos, en el procesamiento sensorial y social.

5. **Trastornos del aprendizaje no verbal (TANV) o síndrome hemisférico derecho:**

Se manifiestan signos de dificultades en el procesamiento visual y táctil con buen desarrollo verbal, particularmente en lo fonológico. Pueden presentar también actividades de tipo repetitivo con insistencia de ejecución que tienen como característica el hecho que son actividades comunes de la vida diaria, y también trastornos de la actividad, el control de los impulsos y la atención.

6. **Trastornos del aprendizaje socio emocional (SELD):**

Es una disfunción en el desarrollo social manifestada por interés por el contacto con los demás, con incapacidad para evaluar la distancia social y la disponibilidad de los demás para la interacción, torpeza en el uso de claves y en el aprendizaje de habilidades sociales, así como algunos problemas académicos, particularmente en matemáticas.

7. **Fenotipo autista extendido (FAE):**

Descrito inicialmente por Ann Le Coteur (1996) particularmente en familiares de niños autistas diagnosticados, donde se reconocen, en muchos casos, “rasgos autistas”, insuficientes para incluirlos en una categoría. Losch y Piven (2007) lo describen como un cuadro al que llaman **trastorno socio-cognitivo leve** y que presenta estilo de personalidad extraño, relaciones sociales

escasas y lenguaje pragmático perturbado.

Los niños con FAE se manifiestan entonces con: personalidad rígida, preferencias por las rutinas antes que por la novedad, reticencia social. No se interesan por la interacción en sí misma. Tienen pocos o ningún amigo y son abiertamente torpes en el uso del lenguaje verbal para la interacción social.

8. **Teckie o techie:**

“Los fanáticos de las computadoras. El teckie se relaciona más con las computadoras que con las personas. Trabaja mejor de noche, cuando todos se han ido a dormir. No ve nunca la luz del día ni respira aire fresco, sino que florece bajo la luz artificial y sometido a una temperatura controlada. Puede ser arrogante, indisciplinado, ingobernable y antisocial” (Katherine Neville. Riesgo Calculado. 1993. Ediciones B. España). Están los que leen gran cantidad de libros, los que leen solo un tipo de material (por ejemplo: manga – historieta japonesa), ven un sólo tipo de programas de televisión (ciertos dibujos animados), etc. La diferencia con otros niños está en el rechazo a otro tipo de actividades que no sean las de su elección, y en que lo social no está entre sus preferencias. No pocas veces son falsamente diagnosticados como TGD o TAs. Son candidatos al bullying² en los grupos que deban frecuentar.

9. **Síndrome del acento extranjero (SAE)** (colaboración del Dr. Javier Sanabria):

Este cuadro se está presentando con mucha frecuencia en la consulta pediátrica. En ciertos niños, aparece un fenotipo lingüístico particular, con un vocabulario especial y características particulares en la prosodia, con aparición de vocablos que no son propios de la competencia lingüística del lugar de donde provienen estos niños, sino vocablos propios de la variante centroamericana, en especial mexicanos. Los **vocablos** usados se repiten en gran parte de los niños, siendo los más usados: cometa, pastel, columpio, emparedado, gasolina, confituras, palomitas de maíz, frijoles, sorbete, etc.

Utilizan frases preformadas: “no surte

² Bullying: es una situación de hostigamiento entre pares que se observa en grupos escolares, deportivos, etc.

efecto”, “hola camarada”, “sal de allí”, y tiempos verbales en voz imperativa, como ser vísteme, cázame, súbeme, alcánzame, dime, toma.

Con respecto a la prosodia, usan un tono de voz especial, con una cadencia y ritmo especiales, distintos a lo habitual, que asemeja por completo a un habla extranjera.

Al analizar el desarrollo de muchos de estos niños, se puede observar que son criados en un medio ambiente con características especiales, con una alta exposición a la televisión desde una edad muy temprana, junto a falta de un adecuado estímulo parental, tanto en cantidad como calidad, con pocas posibilidades de explorar su entorno, con pobres experiencias lúdicas, recreativas y de sociabilización.

En general estos niños, desde edades muy tempranas, muestran también un claro **trastorno en la regulación sensorial**, con características especiales en su conducta:

- ❖ Suelen ser niños un tanto demandantes, muy inquietos y movedizos.
- ❖ La actividad excluyente suele ser el ver televisión, en especial todos los canales de dibujitos animados. Desde el mismo momento en que se despiertan, ya desayunan mirando la TV. A la noche, suelen dormirse con la televisión encendida, viendo dibujitos.

- ❖ Presentan poca posibilidad para organizar un juego bien desarrollado acorde a su edad, con tendencia al aislamiento o juego solitario.
- ❖ Tienen claras dificultades a nivel de la atención selectiva y sostenida, excepto para todo lo relativo a la televisión o videojuegos.
- ❖ Tienen pobres competencias sociales, son niños solitarios, con dificultad para entablar relaciones interpersonales.
- ❖ En el jardín de 4 ó 5 años, muestran problemas de conducta, dificultad para adaptarse, problemas para poder cumplir con las distintas rutinas y actividades del jardín; conductas desadaptativas y un rendimiento académico menor al esperado para su edad.
- ❖ Presentan trastornos del sueño, siendo éste irregular, entrecortado, con menos horas de lo habitual, y con mayor demanda de la presencia de los adultos ya sea al inicio del mismo, como durante distintos momentos de la noche.
- ❖ Muestran claras dificultades en el normal desarrollo del lenguaje, tanto en la vertiente expresiva como comprensiva.

Al asociar las características anteriores, se puede plantear que cumplen con criterios para poder incluirlos dentro del TEA.

La intervención temprana ha logrado una excelente evolución en algunos de estos niños, cambiando de tal forma todas las características anteriores que podrían considerarse “variables normales” del desarrollo.

❖ Trastorno autista: diagnóstico

El diagnóstico generalmente se hace entre los 18 meses y los 2 años de edad.

En los primeros 18 meses de vida no se encuentran criterios suficientes para diagnosticar un TGD con certeza. En el DSM IV TR encontramos que todos los signos dependen de conductas correspondientes a etapas evolutivas coincidentes con lo que se llama

“función semiótica”, esto es la capacidad que adquiere el niño alrededor de los 18 a 24 meses de edad para:

- ❖ establecer relaciones causales,
- ❖ sustituir acción por palabra,
- ❖ sustituir un objeto por otro (o por una acción sin objeto),
- ❖ sostener representaciones de objetos en su memoria para luego utilizarlas
- ❖ construir representaciones del mundo de acuerdo a sus propias experiencias.

Las funciones que se van adquiriendo evolucionan en complejidad de tal modo que le permiten al niño afrontar cada vez más exitosamente los desafíos cotidianos.

❖
Cuando una función se paraliza y deja de transformarse al servicio del crecimiento, o bien recorre otras direcciones y sentidos, el desarrollo evolutivo esperable se compromete y aparecen las divergencias entre lo que se espera que un niño haga y lo que hace realmente.
 ❖

Cuando las referencias para el desempeño no comparten un mismo principio de relevancia con el ambiente social, comienzan a aparecer signos como los mencionados en la descripción del autismo infantil (por ejemplo, el niño prefiere girar sobre sí mismo antes que jugar con sus pares).

Durante la anamnesis a los padres acerca de la conducta durante el primer año de vida, hemos encontrado que algunas se repiten llamativamente en niños posteriormente diagnosticados como TGD. A veces también eso hemos podido observarlo en videos familiares correspondientes a esa edad.

En muchos casos, la observación de conductas relevantes para un posible diagnóstico posterior, no se corresponden con las que han alarmado a los padres o han motivado la consulta profesional.

Para el **diagnóstico de autismo**, es necesario tener en cuenta que:

- ❖ Los trastornos aparezcan en los tres primeros años de vida.
- ❖ Los indicadores nucleares no se deban a retraso mental (RM) ni a situaciones interactivas familiares.
- ❖ Expresen un perfil básico que se mantiene a través del tiempo.
- ❖ Presenten retrasos o anomalías en el desarrollo evolutivo del lenguaje verbal, el desempeño ejecutivo y el desempeño social.

❖ Disfunción emocional y social precoz (DESP)

Descrita en el año 2004 durante el desarrollo del II Curso Anual de Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, en Buenos Aires, la **Disfunción Emocional y Social Precoz (DESP)**, se define como una conducta aislada o asociada a otras, que puede presentar un niño:

- ❖ Antes del año y medio de vida.
- ❖ En presencia de familiares y extraños.
- ❖ Sólo a veces relacionadas temporalmente con sucesos de vida compatibles con algún tipo de privación sensorial y/o social.
- ❖ Sin etiologías identificables en el momento de la ocurrencia de las mismas.
- ❖ Sin constituir una entidad nosológica compatible con las clasificaciones de referencia (DSM o CIE).
- ❖ Algunas de dichas conductas pueden ser co-sintomáticas (acompañando a trastornos identificables).

Para su **diagnóstico** son necesarios algunos **signos directos** como:

- ❖ **Trastornos en la co-ritmicidad cotidiana:** esperable entre los padres y el niño en las actividades básicas ya desde el momento del nacimiento, sin ajustes en el segundo trimestre: alimentación, sueño, juegos, vocalizaciones. Ausencia o escasa frecuencia de conductas de solicitud (miradas, vocalizaciones), anticipación (miradas, extensión de los brazos) y respuesta a la aproximación. A los padres les cuesta anticipar regularidades en las manifestaciones conductuales de su hijo, no pudiendo ajustar su conducta a sus necesidades.
- ❖ **Falta de adaptación corporal** al ser sostenido en brazos con posturas que van desde la percepción de molestia, hasta el llanto o arqueado dorsal.

- ❖ **Falta de reciprocidad** ante la estimulación que el adulto le hace al niño en conductas tales como: movimientos de labios, sonidos, movimientos de manos sincrónicos con canciones (imitación por modelado simultáneo). El niño no parece acoplarse a la estimulación del adulto. Aparente retraso de vocalizaciones tanto espontáneas como de respuesta.

Pueden presentar algunos **signos indirectos**:

- ❖ **Predominio de conductas sin contenido funcional o evolutivo aparente**: balanceos, giros continuos de cabeza, desplazamientos sin metas aparentes, sonidos vocales sin apariencia de ejercicio, juego o búsqueda de respuesta. Alta frecuencia de conductas puramente sensoriales repetitivas y no evolutivas. Patrones motores fijos sin adaptaciones ante los cambios contextuales y madurativos.

- ❖ **Dificultades en el cambio de foco atencional**: falta de interés ante la novedad, falta de evolución de conductas anticipatorias, demora o ausencia de aceptación de comidas nuevas.

En resumen, la **Disfunción Emocional y Social Precoz (DESP)**:

- ❖ Es una hipótesis de trabajo.
- ❖ Es indicio para la exploración nosológica.
- ❖ Es un diagnóstico de transición para el primer año de vida.
- ❖ Un sólo signo es indicación para la intervención activa inmediata: exploración e intervención sea terapéutica, educativa o de estimulación.
- ❖ No siempre reconoce una etiología conocida.
- ❖ No evoluciona necesariamente a TEA.

❖ Trastornos asociados a autismo o comorbilidad

Son aspectos, situaciones o conductas que pueden presentarse tanto en niños con autismo como en la población general, no guardan una relación causal necesaria con los TGD, su diagnóstico permite un tratamiento específico para el TA.

❖

Es necesario aplicar una semiología minuciosa del niño y su familia que nos permita discriminar entre lo que son los indicadores nucleares del autismo y lo que son los trastornos asociados.

❖

La descripción de la comorbilidad se hace tomando como referencia los cinco ejes de la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades en su 4ª edición, revisada (DSM IV TR):

Eje I: corresponde a los trastornos nosológicos psicopatológicos y algunas condiciones no necesariamente patológicas.

Eje II: trastornos de personalidad y retraso mental.

Eje III: trastornos clínicos: neurológicos y sistémicos.

Eje IV: nivel de estrés al que estuvo expuesto el niño en los últimos seis meses.

Eje V: nivel de adaptación social logrado y autonomía.

La **co-morbilidad en el eje I** es muy amplia y podremos identificar diversos trastornos, tales como: disquinesias, ansiedad generalizada, fobias, autoagresión, aislamiento, trastornos en el sueño, en el apetito, en el control de los esfínteres. Conducta desafiante, balanceo, gritos, irritabilidad, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, rechazo o pegoteo excesivo. Berrinches, rabietas. Miedos a cosas específicas del ambiente. Trastornos depresivos, de ansiedad. Trastornos por estrés post-traumático. Mutismo selectivo. Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Tics. Trastornos de tipo obsesivo-compulsivo, trastornos específicos del lenguaje (TEL).

Trastornos asociados en el eje II. Según algunos estudios, un 60% de los niños con AI

tienen un CI menor de 50, un 20% entre 50 y 70 y el resto mayor de 70.

❖
**La mayoría de los niños con TA
 tienen un retraso global del desarrollo.**
 ❖

Trastornos asociados en el eje III

Son numerosos los estudios que informan acerca de la coincidencia de TGD y trastornos de origen claramente orgánico. En un estudio realizado por la Dra, Flavia Sinigaglia en el Hospital Zubizarreta en Buenos Aires, sobre 55 niños diagnosticados con TGD, se encontró:

Retraso en el desarrollo psicomotor	60%
Factores de riesgo perinatales	43%
Alteraciones en RMN	40%
Trastornos psiquiátrico en familiares	38%
Trastornos en el EEG	17%
Otras enfermedades	10%
Anomalías genéticas	7%

Trastornos asociados en el eje IV

Frecuentemente se observa la presencia de alguna **situación potencialmente estresógena** en casi todos los niños que hacen un trastorno autista en el segundo o tercer año de vida.

❖
**El estresor es un factor de riesgo que
 pone en evidencia el tipo de reacción
 frente al estrés pero no causa el
 trastorno.**
 ❖

Lo esperable sería que una vez pasado el hecho y con una intervención terapéutica adecuada, todo volviera a su curso natural, y el desarrollo continuara. Pero esto no sucede en el caso del autismo.

Trastornos asociados en el eje V

En esta área concurren factores propios de la patología tanto nuclear como asociada, familiares, sociales, educativos, oportunidades de integración, etc. En cada nivel de desarrollo de funciones adaptativas encontraremos un gradiente diferencial de integración dado por las oportunidades que el medio pueda otorgar y los recursos cognitivos y adaptativos del niño.

Trastornos Asociados vinculares

Nosotros diagnosticamos lo que llamamos el "*síndrome de sustitución en el desempeño*": situación que se da por la percepción de los padres de una excesiva impotencia funcional de su hijo. Se prolonga una modalidad relacional propia del primer año de vida cuando el niño poco podía hacer por sí mismo. Lo consideramos una modalidad vincular, producto de una relación que, inicialmente fue muy adecuada e importante para el niño. Pero que se transforma en disfuncional cuando se prolonga en el tiempo y se dejan de contemplar las posibilidades evolutivas del niño. Es perturbador, porque se lo ve al niño en función de sus dificultades y no de sus posibilidades.

❖
**La modalidad vincular, en todo caso,
 podría llegar a ser un trastorno asociado
 al autismo y NO causante del autismo.**
 ❖

Sin embargo, sí puede ser la causa de trastornos asociados en los ejes I, IV y V (DSM - IV): ansiedad, depresión, trastornos de conducta, del sueño, del apetito, de la integración social, stress post-traumático, etc. En todos los casos deben ser diagnosticados. No se puede programar un tratamiento sin conocer la modalidad vincular parento-filial. Y no pocas veces habrá de ser nuestro primer objetivo terapéutico.

Trastornos autistas y Asperger. Diagnóstico diferencial

El planteo para realizar los diagnósticos diferenciales variará de acuerdo a cuál sea el “signo eje”:

Signo eje	Diagnóstico diferencial
Aislamiento	Habrá que realizar diagnóstico diferencial con trastorno reactivo de vinculación en la infancia, depresión, trastornos por estrés agudo, mutismo selectivo.
Pérdida de funciones adquiridas	Los diagnósticos diferenciales más importantes serán: afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner), síndrome de Rett (SR) y el trastorno degenerativo infantil.
Lenguaje	Se debe realizar el diagnóstico diferencial con trastornos del lenguaje y con Trastorno Específico del Lenguaje con signos de disfunción social emocional (TELplus).
Nivel cognitivo	El diagnóstico diferencial más importante es con retraso mental (RM).
Autoagresión	Se puede encontrar en RM, cuadros metabólicos, con situaciones ambientales, con condiciones somáticas, con otros cuadros psiquiátricos, TOC severos.
Movimientos anormales	Es necesario hacer diagnóstico diferencial ante la posibilidad de que sean parte de trastornos asociados, trastorno por tics múltiples o bien por tratamientos farmacológicos.
Rituales y otras conductas compulsivas	El diagnóstico diferencial es con TOC y Tourette.

Autismo - Asperger: exploración

El primer aspecto a tener en cuenta es la entrevista con los padres y la confección de la historia clínica.

Las entrevistas con el niño pueden tener modalidades diferentes que van desde la observación en su medio natural hasta las entrevistas estructuradas y libres que se hacen en el consultorio. La observación de

fotos y videos que la familia pueda aportar acerca de la vida del niño desde su nacimiento hasta la actualidad pueden resultar de mucha utilidad.

Además, pueden usarse diferentes instrumentos (generalmente el especialista), **que auxilian pero no reemplazan la observación clínica ni la experiencia vivencial de la interacción con el niño**, que ponen en evidencia indicadores del trastorno en el contexto de evaluación.

Instrumentos de Evaluación

C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale)	Para evaluar gravedad del cuadro autista.
ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule)	Es un programa de observación activa con el niño y la madre o el padre presentes. El puntaje informa acerca de signos presentes y necesarios para el diagnóstico de autismo (según DSM IV) o bien de espectro de autismo. Se diferencia en cuatro módulos de acuerdo al nivel de lenguaje verbal, siendo el 4 para jóvenes y adultos.
ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised)	Es un modelo de toma de datos mediante una entrevista prolongada y muy minuciosa que responden los padres a un entrevistador entrenado en ella. Con puntaje para autismo.
HBS (escala de conductas adaptativas y deficitarias)	Para explorar las conductas que corresponden aproximadamente a la edad cronológica del niño, en las áreas: comunicación, vida cotidiana, socialización, habilidades motrices y también la presencia de conductas inadecuadas.
Torre de Hanoi y otros similares	De complejidad diferente, para investigar distintos aspectos ejecutivos.
DURAND	Escala para investigar motivación de la conducta.
Leyton para niños	Para exploración de conductas obsesivo-compulsivas.
Exploración de las habilidades empáticas y de inferencia de estados mentales ajenos. El tipo de pruebas que se usan depende de las características del niño.	
Etograma y análisis funcional de la conducta.	
Evaluación funcional de la comunicación.	
PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado de Schopler).	
Otras pruebas específicas en lo cognitivo, neurocognitivo, lenguaje, desempeño no-verbal, integración sensorial, etc. que son tomadas por especialistas.	

La configuración conductual que surge de las entrevistas con el niño y su familia, nos lleva a construir ordenamientos clínicos, que, al compararlos con las descripciones del DSM - IV, nos permiten su inclusión en las categorías y subtipos clínicos correspondientes. Se investigan:

1. Modalidades y nivel cognitivo (verbal y no-verbal).
2. Habilidades lingüísticas y modalidades comunicativas.
3. Adecuación de la conducta del niño a su edad (cronológica, mental y lingüística).
4. Trastornos en habilidades sociales, juego, comunicación y presencia de otras conductas.
5. Cualquier situación médica (eje III).
6. Factores estresantes psicosociales relevantes (eje IV).
7. Nivel de desempeño social autónomo (eje V).
8. Modalidades en el procesamiento sensorial.

Tratamiento

El tratamiento es complejo y debe abarcar todas las áreas del desarrollo involucradas. El diagnóstico nosológico en sí mismo no nos aporta datos suficientes.

El diseño debe hacerse en forma individualizada de acuerdo a la configuración conductual, las modalidades comunicativas, relacionales, de aprendizaje y de control del desempeño, además de las características sensoriales, ejecutivas y lingüísticas (desarrollo, modalidades de adquisición y de organización).

El tratamiento es multimodal e incluye técnicas provenientes de: análisis conductual aplicado, psicología neurocognitiva, terapias de juego, comunicación, integración sensorial, habilitación neurocognitiva, farmacología y habilitación socio emocional (incluidas las expresivas), entre otras.

Aconsejamos no centrarse en una sola técnica u orientación teórica psicológica excluyente, por considerar un abordaje de estas características al menos insuficiente e inadecuado para tratar la complejidad del problema del desarrollo.

Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



V F

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Los TGD son trastornos del desarrollo neuro-cognitivo que tienen evidencias de su origen genético. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Los TGD son muchas veces motivados por sucesos de la vida o alteraciones vinculares con los padres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Los TEA tienen en común, trastornos en la comunicación social, la comprensión social y el interés social. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. En el Trastorno de Asperger (TAs) hay retraso clínicamente significativo del lenguaje. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El diagnóstico de trastorno autista se hace generalmente después de los 18 meses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aproximadamente un 60% de los niños con AI tienen un C.I. menor de 50. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La mayoría de los niños con trastorno autista (TA) tienen un retraso global del desarrollo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La diferencia del TAs con el TA es la ausencia de retraso en el lenguaje y el desarrollo cognitivo siendo los demás indicadores prácticamente los mismos en ambos trastornos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Para el diagnóstico, el primer aspecto a tener en cuenta es la entrevista con los padres y la confección de la historia clínica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. El tratamiento es complejo y debe abarcar todas las áreas del desarrollo involucradas. El diagnóstico nosológico en sí mismo no nos aporta datos suficientes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B. Responda las siguientes consignas**

1 Mencione por lo menos tres características presentes en el autismo infantil (AI) en cada una de las siguientes áreas:

a) Reciprocidad socioemocional.

.....

.....

.....

.....

.....

b) Comunicación.

.....

.....

.....

.....

.....

c) Desempeño cotidiano.

.....

.....

.....

.....

.....

2 Mencione por lo menos 5 criterios diagnósticos del DSM-IV para Trastorno de Asperger:

.....

.....

.....

.....

.....

3 *Relacione la columna de la izquierda (trastornos nosológicos y condiciones no necesariamente patológicas) con la de la derecha (caracterizaciones).*

<p>1. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)</p> <p>.....</p>	<p>a) Se manifiestan con claridad signos de dificultades en el procesamiento visual y táctil con buen desarrollo verbal particularmente en lo fonológico. Pueden presentar también actividades de tipo repetitivo con insistencia de ejecución que tienen como característica el hecho que son actividades comunes de la vida diaria y también trastornos de la actividad, el control de los impulsos y la atención.</p>
<p>2. Trastorno Bipolar (TB)</p> <p>.....</p>	<p>b) Los fanáticos de las computadoras o los que las usan. El niño se relaciona más con las computadoras que con las personas. Trabaja mejor de noche, cuando todos se han ido a dormir. Puede ser arrogante, indisciplinado, ingobernable y antisocial. Pueden leer gran cantidad de libros, los que leen sólo un tipo de material, ven un sólo tipo de programas de televisión (ciertos dibujos animados), etc. No pocas veces son falsamente diagnosticados como TGD o TAs.</p>
<p>3. Trastornos del aprendizaje no verbal (TANV)</p> <p>.....</p>	<p>c) Se trata de chicos que por lo general presentan variaciones en su ritmo de actividades con periodos de activación que en algunos casos se repiten varias veces a lo largo del día, trastornos del sueño sin recuperación diurna y con nivel de actividad alto. Son notables sus cambios en el estado de ánimo sin que se puedan identificar variables externas claras que puedan motivarlos.</p>
<p>4. Trastornos del aprendizaje socio emocional (SELD).</p> <p>.....</p>	<p>d) Es una disfunción en el desarrollo social manifestada por interés por el contacto con los demás, con incapacidad para evaluar la distancia social y la disponibilidad de los demás para la interacción, torpeza en el uso de claves y en el aprendizaje de habilidades sociales así como algunos problemas académicos particularmente en matemáticas.</p>
<p>5. Teckie o Techie</p> <p>.....</p>	<p>e) En este cuadro es llamativo, cómo en ciertos niños, aparece un fenotipo lingüístico particular; caracterizado por presentar un vocabulario especial y características particulares en la prosodia.</p>
<p>6. Síndrome del Acento extranjero (SAE)</p> <p>.....</p>	<p>f) Fuera de las obsesiones y compulsiones, estos niños muestran interés y destrezas sociales acordes a su edad. Las preocupaciones obsesivas por actividades o cosas, hacen que muchas veces desaprovechen oportunidades sociales que cualquier niño de su edad no se perdería. Estas situaciones de evitación social estratégica podrían confundirse con un desinterés social estructural.</p>



C. Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

- 1** Nicolás es un niño de seis años que se niega a salir de su casa. Cada vez que va a la escuela tiene fuertes berrinches con auto y hétero agresión. Algo similar sucede cuando van de compras y cuando no se cumple alguna expectativa propia o se le modifica alguna.

Rechaza en general tanto a pares como a adultos, prefiere juegos solitarios y repetitivos. Sus padres han notado, entre otras características llamativas, que tiene una gran sensibilidad a los ruidos, que no soporta tener las manos sucias ni el olor de su caca. Aunque los datos son escasos, ¿cómo orientaría la exploración tanto para el diagnóstico nosológico como para los problemas de conducta?

.....

.....

.....

- 2** Entre los 18 a 24 meses de edad, Lucas (9 años):
- No mira cuando lo hamacan o lo tienen en sus rodillas jugando.
 - No muestra algún interés en otros niños.
 - Le gusta subirse a muebles, escaleras, etc., desde que empieza a caminar.
 - No hace juegos de sustitución: hacer como si estuviera tomando el te con miniatura o similar.
 - No juega con juguetes.
 - Señala para pedir.
 - Inicia rutinas de atención conjunta.
 - Muestra objetos.
 - Si se le pregunta donde está algo, señala con su dedo.

Ud. podría señalar ¿cuáles son conductas llamativas y que exigirían una exploración más minuciosa?

.....

.....

.....

3 Bernardo (7 años):

- Dice frases largas, de forma no repetitiva.
- Tiene lenguaje social, charla: puede mantener una conversación sencilla.
- Tiene ecolalias inmediatas y diferidas: dice frases raras.
- Confunde pronombres.
- La entonación y la velocidad de las palabras es “diferente a lo común”.
- No hace gestos (para significar sí o no).
- En algún momento pensaron que no escuchaba bien, porque no respondía, no se orientaba en dirección a la fuente del sonido.
- A los 3 años: primeras palabras aisladas, seis meses después: frases.

En esta descripción Ud. ¿encuentra signos sospechosos de TA o TEA?, si los encuentra diga ¿cuáles podrían ser?

.....

.....

.....

Puede comparar sus respuestas con las que figuran en la **Clave** de Respuestas.



Conclusiones

Los TEA se despliegan en una gama muy amplia de desempeños diversos.

En el estudio de prevalencia citado al comienzo, los autores encontraron que el 40% de los diagnósticos fueron tardíos, aún avanzada la niñez.

Y esto tiene que ver con la inconsistencia de los criterios actuales. Por este motivo, en este capítulo estamos incluyendo una gran variedad de descripciones de cuadros clínicos que pueden ser compatibles con TEA.

En el borrador del DSM V (5ª edición del DSM) informan que la nueva denominación de estos trastornos es TEA, y en ellos estarán incluidos los TAs y TGDse, en tanto que la categoría Trastorno de Rett pasa a otro grupo. Y aparece la posibilidad de hacer especificaciones clínicas considerando los signos según la edad y cruces con ejes que evalúan el cociente de lenguaje y de inteligencia.

En principio considerar todos los TGD (excepto Rett) dentro de una denominación común (TEA)

al menos simplificará el diagnóstico hasta que podamos discriminar diferentes subtipos etiológicos y tener una idea un poco más clara de lo que es el autismo.

Es importante evitar actitudes iatrogénicas al invocar supuestas culpas y/o responsabilidades irreversibles parentales en el origen del problema; así como prometer tratamientos que abren expectativas de logros inalcanzables para el niño, o bien por el temor a dar el diagnóstico real referirse a formas supuestamente más leves que con el tiempo no se van a confirmar y van a significar un dolor aún mayor para todos.

Se aconseja hablar claramente con los padres planteándoles la realidad y la posibilidad de ir avanzando progresivamente con metas pequeñas y asequibles, sin que queden atrapados en una sola técnica o escuela teórica sino confiando en un enfoque clínico que pueda integrarlas en la medida de las necesidades del niño.

Lecturas Recomendadas

1. Asociación Americana de Psiquiatras. DSM - IV - TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson SA, Barcelona.
2. Monfort, M. y otro. El niño que habla. Madrid: General Pardiños. 2002.
3. Kremenchukzy J. Acento y melodía en el lenguaje. Detección precoz de alteraciones en la cadencia del lenguaje. Arch.argent.pediatr 2003;101(5):398.
4. GrupoCIDEP: www.grupocidep.org
5. Pennington B. Chapter 1, Fundamental Issues. En: Bruce Pennington (2003); the Development of Psychopathology: Nature and Nurture, the Guilford Press, NY.
6. Van Meter K. Autism clusters identified in California. Autism Res. Published online January 4, 2010.
7. Ozonoff S. Autism symptoms not evident in children younger than 6 months. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Published online February 8, 2010.
8. Greg Pasco; Identification and diagnosis of autism spectrum disorders: An Update, Medscape online, abril 2010.
9. American Academy of Neurology: guideline summary for clinicians 'screening and diagnosis of autism'. www.aan.com/professionals/practice/index.cfm

10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders: a national clinical guideline (2007). www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf United Kingdom National Screening Committee: The UK NSC policy on autism screening in children. www.screening.nhs.uk/autism
11. National Institute of Mental Health. Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders). www.nimh.nih.gov/health/publications/autism/the-diagnosis-of-autism-spectrum-disorders.shtml
12. American Psychiatric Association. Autism and other pervasive developmental disorders conference. Sacramento, CA, USA, 3-5 February 2008. www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMVRRevisionActivities/ConferenceSummaries/AutismConference.aspx
13. World Health Organisation: Revision of the International Classification of Diseases (ICD). www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en/index.html

Clave de respuestas. Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



1. Verdadero.

2. Falso. la modalidad vincular, en todo caso, podría llegar a ser un trastorno asociado al autismo y **no** causante del autismo.

3. Verdadero.

4. Falso: No hay retraso general del lenguaje ni del desarrollo cognitivo, clínicamente significativo.

5. Verdadero.

6. Verdadero.

7. Verdadero.

8. Verdadero.

9. Verdadero.

10. Verdadero.



B. Responda las siguientes consignas

1 Características presentes en el autismo infantil (AI).

Reciprocidad socio-emocional	<p>Aparente indiferencia ante los acercamientos comunes de los demás. No presentan intereses y no realizan actividades compartidas. No saludan espontáneamente o no responden al saludo. No evidencian conductas de imitación social inmediata o solicitada. Les faltan las capacidades necesarias para hacer o sostener una amistad. Presentan falta de reconocimiento o de atención a reglas sociales.</p>
Comunicación	<p>Ausencia de lenguaje verbal en más del 50% de los casos. Dificultades para usar socialmente el lenguaje verbal. La comprensión parece ser más lenta o bien estar focalizada en algún aspecto, en la entonación o el acento, independientemente del significado asignado por el hablante. Tienden a usar frases aprendidas globalmente con entonaciones ajenas a la situación del momento, son repeticiones (ecolalias diferidas) muchas veces funcionales. Trastornos de la velocidad, acentuación, ritmo, volumen, tono y valor comunicativo del lenguaje. Algunos presentan claros acentos extraños a los que se usan en su contexto, como si fueran extranjeros. Trastornos en la habilidad para comprender metáforas e ideas abstractas.</p>
Desempeño cotidiano	<p>Estereotipias motoras. Conductas sensoriales o motoras anormales. Preocupaciones con ciertos objetos o partes de ellos. Rutinas fijas, muy rígidas y difíciles de modificar. Intereses restringidos y/o perseverativos. Ausencia de interés espontáneo en actividades comunes para otros niños. Trastornos en el juego simbólico.</p>

2 Criterios diagnósticos del DSM - IV para Trastorno de Asperger:

Alteración cualitativa de la interacción social.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas.

El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

No hay retraso general del lenguaje, clínicamente significativo.

No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades propias de la edad.

No cumple los criterios de otros TGD ni esquizofrenia.

- 3** Relacione la columna de la izquierda (trastornos nosológicos y condiciones no necesariamente patológicas) con la de la derecha (caracterizaciones).
1. f)
 2. c)
 3. a)
 4. d)
 5. b)
 6. e)

C. Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas



- 1** **Nicolás.** Algunas de las respuestas posibles:
- a. Explorar un TEA.
 - b. Explorar también trastornos en el procesamiento sensorial y en el desarrollo de las funciones ejecutivas.
 - c. Hacer análisis funcional de la conducta para conocer su posible función reguladora sobre el medio social: relación con la actitud parental.
 - d. Todas las conductas expuestas son sospechosas de TEA.
- 2** **Lucas.** Algunas de las respuestas posibles:
- a. Todas.
 - b. Es necesario explorar retraso mental, TEA, otros trastornos neurológicos.
 - c. Las tres últimas pueden ser de un niño con TEA manejándose en un ambiente conocido, pero dejarían de serlo si lo hiciera con todas las personas (en este caso hay que buscar un retraso madurativo o un trastorno del lenguaje verbal).
- 3** **Bernardo.** Algunas de las respuestas posibles:
Todos son rasgos compatibles con TEA. Los primeros coincidirían con un Trastorno semántico pragmático, en el último se descartaría asperger por el retraso en el lenguaje verbal (criterios DSM IV TR).

Capítulo 3

❖ Trabajo infantil una problemática social y compleja

Dra. Virginia Orazi

Médica pediatra. Servicio de Pediatría del Hospital Municipal B. Houssay, Vicente López en provincia de Buenos Aires. Docente de la UBA. Técnica del Área Salud Integral del Niño de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Miembro del Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo de SAP.

Lic. Teresa Stonski

Licenciada en psicología. Asistente Técnico en la Comisión Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. Docente en Instituciones académicas. Consultora de organismos internacionales y nacionales. Becaria de investigación de Unidades Académicas y de Gobierno.



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría
Secretaría de Educación Continua

(10)

Ejercicio de reflexión inicial

Antes de comenzar la lectura del capítulo le proponemos que reflexione unos instantes sobre el tema de trabajo infantil relacionado con el rol del pediatra.

Revise las historias clínicas de sus pacientes y responda el siguiente cuestionario:

¿Cuántos niños, niñas o adolescentes que trabajan atiende?

Mencione qué tipo de actividades realizan.....

.....

¿Incluye habitualmente en la consulta preguntas referidas a diagnosticar situaciones de trabajo infantil?

SÍ No

¿Sospecha o sospechó en alguna oportunidad, la problemática del trabajo infantil en pacientes que acuden a su consulta por alguna de las siguientes patologías:

- lesiones no intencionales por traumatismos de diferente tipo: lesiones cortantes, heridas, quemaduras, fracturas, amputaciones? Sí NO
- trastornos músculo-esqueléticos? Sí NO
- lesiones de piel? Sí NO
- patologías respiratorias? Sí NO

¿Tiene registro de este tipo de situaciones en la HC de los pacientes? Sí NO

¿En cuántas oportunidades ha notificado a los organismos correspondientes acerca del trabajo en sus pacientes?

¿Podría mencionar por lo menos tres entidades (organismos, programas, etc.) que atienden esta problemática en su localidad o provincia?

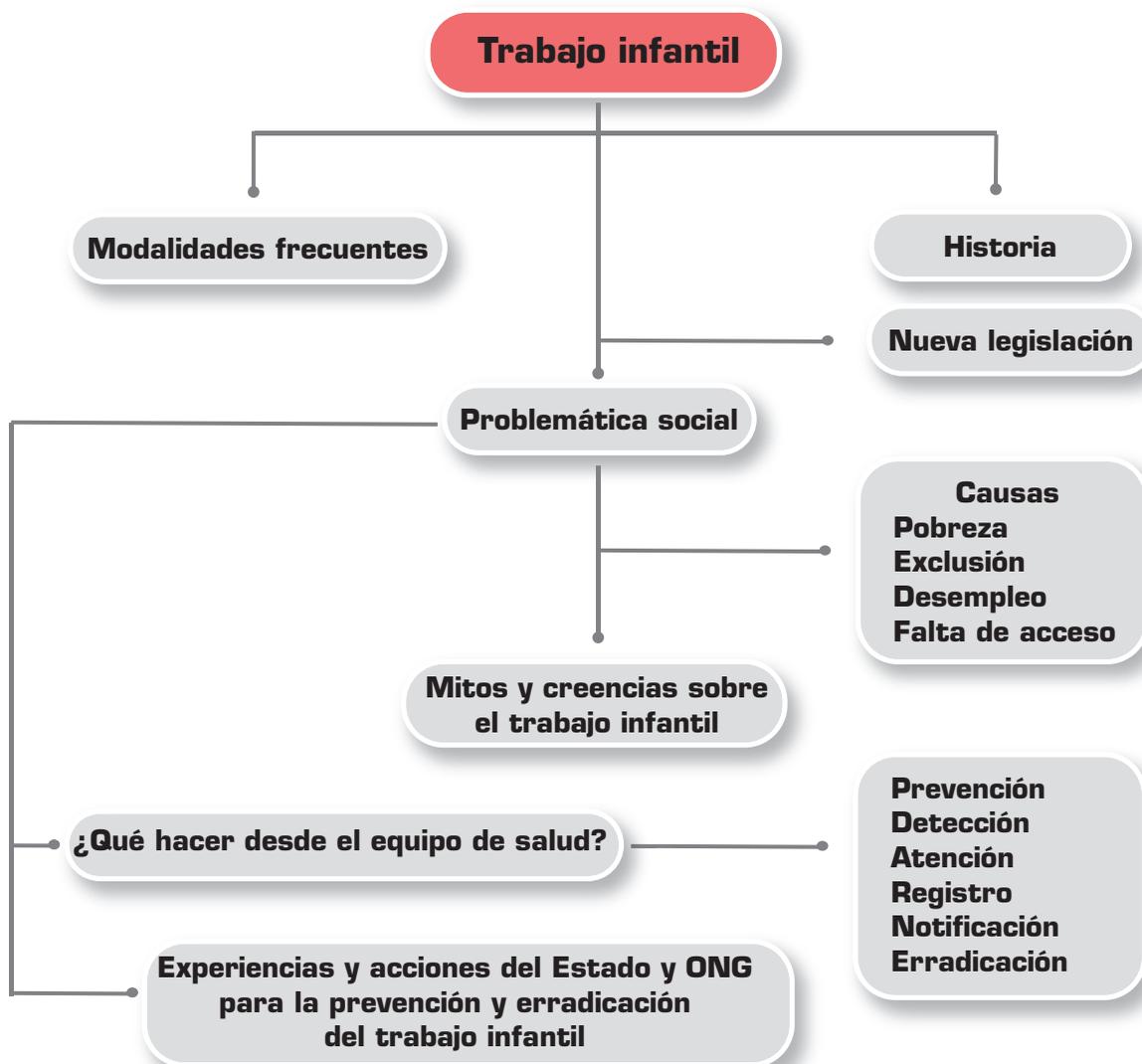
.....

Este ejercicio no tiene clave, intentamos que sea un disparador para la lectura reflexiva de este tema.

Objetivos

- ❖ Conceptualizar “trabajo infantil”.
- ❖ Identificar las modalidades más frecuentes de trabajo infantil en nuestro país.
- ❖ Recordar la evolución del trabajo infantil en la historia.
- ❖ Identificar el marco normativo actual en nuestro país.
- ❖ Comprender la existencia del trabajo infantil como un fenómeno complejo que responde a diferentes causas.
- ❖ Valorar las causas culturales, creencias o mitos como generadoras de la invisibilización del trabajo infantil.
- ❖ Reconocer la dimensión del trabajo infantil en nuestro país.
- ❖ Aplicar, desde el sector salud, herramientas tendientes a disminuir el impacto de esta problemática.
- ❖ Conocer el trabajo del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil tendientes a la erradicación del trabajo infantil.

Esquema de contenidos



➤ Introducción

➤ Presentación

El conocimiento de la problemática del trabajo infantil está relacionado con la actividad que realizo en la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de salud de la Nación. Esta Dirección decidió hace varios años abordar y participar activamente en la prevención y erradicación del trabajo infantil e involucrar al sector salud, ya que **TODO TRABAJO INFANTIL DAÑA LA SALUD**. Desde esta perspectiva, el camino recorrido y con la necesaria colaboración de la Lic. Stonski, intentaremos darles un panorama del tema.

Virginia Orazi

➤ Una experiencia que cambió una idea

Estamos convencidas que el equipo de salud está comprometido en el cuidado de la salud de todos los niños y en construir una sociedad más justa e igualitaria. La prevención debe ser una de las metas principales en relación al trabajo infantil, esta tarea es semejante a la que realizamos con muchos temas de salud. Seguramente podremos incidir conversando con las madres, las familias y la comunidad, señalando lo perjudicial del trabajo infantil, las lesiones que provoca y las consecuencias para la salud, la educación y el futuro de las niñas y los niños.

En cuanto a las acciones concretas de erradicación, desde el sector salud es difícil visualizar los modos de intervenir, pensábamos que eran tareas de otros sectores. Por una experiencia, empezamos a ver que esto era posible.

“Una mañana cualquiera, en el consultorio externo del hospital, atiendo a una mamá preocupada y bastante molesta. Traía a su hija de 12 años enferma, quería solicitar turno con un neumólogo; como era pleno invierno, se lo

dieron para tres meses después.

Traté de tranquilizar a la mamá, le dije que si algo me preocupaba al atenderla, podía hablar con los especialistas y adelantar el turno. Revisé minuciosamente a la niña, comencé la historia clínica con una anamnesis dirigida a la enfermedad. Estos actos, como todos hemos aprendido, cambiaron la actitud de la mamá. Es una familia pobre, ambos padres tienen primario completo, el padre trabaja de pintor por su cuenta y la madre es ama de casa con seis hijos, cinco de los cuales conviven. La casa es de material y chapa, tiene agua de pozo fuera del hogar.

En la confección de la historia clínica, una de las preguntas fue ¿cómo era el desempeño escolar de la niña? La madre respondió que últimamente las notas no eran buenas. Pregunté si había tenido muchos episodios de enfermedad y ausentismo, contestó que no y que faltaba poco a la escuela.

Me dirigí a la niña, para dialogar y pregunté, si la escuela era muy difícil y necesitaba ayuda (la madre interrumpió y dijo que era buena alumna). También le pregunté qué hacía cuando volvía de la escuela. En la respuesta... cuenta que todas las tardes iba a la casa de la tía, que tiene una beba de 4 meses, para ayudarla, volvía tarde... recibía 20 pesos que eran para sus gastos...

Esto es trabajo infantil.

Conversamos del tema, ese día y en varias consultas posteriores, ya la niña no trabaja”.

Todos debemos comprometernos en esta tarea compleja y difícil, hay miles de niños que trabajan. No sólo tiene que ver con uno de sus determinantes principales, la pobreza, hay otras causas, algunas pautas culturales y tradiciones arraigadas en muchos sectores de nuestra población, pobres, ricos, universitarios y analfabetos que inciden en la dificultad de erradicar el trabajo infantil.

¿Qué entendemos por trabajo infantil?

El concepto sobre trabajo infantil adoptado en Argentina en el Plan Nacional para la prevención y erradicación del trabajo infantil, está fundamentado en la defensa de los derechos, fue consensuado por muchos sectores sociales de todo el país y tiene por objetivo orientar las reflexiones y promover acciones para la prevención y erradicación de las situaciones de trabajo en los niños.

Se define trabajo infantil como **“Toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niños y niñas, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o trabajo, que no han finalizado la escolaridad obligatoria o que no han cumplido los 18 años si se trata de trabajo peligroso”**.

Describimos brevemente los componentes de esta definición:

- Concepto **de niño**, según la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño se entiende que niño o niña es todo ser humano por debajo de los 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.
- Con respecto **a la edad mínima**, existen dos criterios para definirla: 1) La edad mínima no podrá ser inferior a la edad en que cesa la instrucción obligatoria establecida por la legislación del país. 2) La edad mínima de incorporación al empleo, teniendo en cuenta lo peligroso que pueda ser la tarea para la salud, la seguridad o la moralidad, no debe ser menor a 18 años.


En nuestro país, la ley 26.390 sancionada en el año 2008, prohíbe el trabajo en los menores de 16 años y protege el trabajo adolescente entre 16 y 18 años.


- La **actividad económica** ya sea de carácter físico y/o intelectual, destinada a la producción de bienes y servicios que incluye toda la producción y tratamiento de

productos primarios que se destinen al mercado, trueque o al autoconsumo.

- La **estrategia de supervivencia** se refiere a las conductas de las personas, para obtener recursos y enfrentar las necesidades básicas para la subsistencia individual y/o colectiva.
- La **remuneración** o retribución que se obtiene como consecuencia de haber puesto su fuerza de trabajo puede ser en dinero o especies.
- La **categoría ocupacional** corresponde a las distintas formas de actividad laboral. Aquí, al no existir relación de dependencia, se lo denomina trabajo independiente o familiar; trabajo doméstico, etc.

Existen otros conceptos semejantes como el de la Comisión Provincial para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (COPRETI) de la Provincia de Buenos Aires, que denomina Trabajo infantil a: “las estrategias de supervivencia o actividades productivas de comercialización o prestación de servicios, remuneradas o no, realizadas por niñas y niños, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o trabajo establecida en nuestro país, que atenten contra su integridad física, mental, espiritual, moral o social y que interrumpan o disminuyan sus posibilidades de desarrollo y ejercicio integral de sus derechos”.

Debemos conocer que hay **dos posturas en relación al trabajo infantil**, una enfocada a la **erradicación**, adoptada por la Argentina, los países de la región y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y otra la de **protección**. Esta última, al amparo del derecho establecido en la Convención de los Derechos del Niño de que estos deben ser escuchados, distintas organizaciones propugnan el derecho de la niñez al trabajo y desde allí, la sindicalización y la mejora de las condiciones laborales.

Hay varias organizaciones, por ejemplo, en América Latina los Manthoc en Perú, en África el Movimiento Africano de Niños y Jóvenes trabajadores y otros.

En Argentina, hay organizaciones que llevan adelante esta postura de protección, sostienen que a los niños debe dárseles la oportunidad de

combinar el ganarse la vida con una educación lo suficientemente flexible para acomodarse a sus necesidades específicas. Sostienen que deben ponerse en marcha mecanismos que los protejan de las peores formas del trabajo infantil, que afecten su salud, seguridad y desarrollo social. El énfasis debe ponerse en la promoción de las condiciones laborales seguras.

No compartimos esta postura ya que no respeta el derecho a la igualdad de todos los niños y propicia dos infancias profundizando la inequidad.

➤ Modalidades de trabajo infantil

El trabajo infantil tiene diferentes modalidades según los países. Algunas son más visualizadas o reconocidas que otras.

En Argentina las más habituales son:

- Trabajo doméstico en su propia casa o para terceros. El cuidado de hermanos menores.

- En la vía pública: pidiendo propinas, venta ambulante, limpiavidrios, cartoneo.
- Trabajo agrícola: preparación de la tierra, siembra y cosecha de frutas y verduras. Cuidado de animales, fumigación en áreas rurales.
- En la industria textil, calzado, vidrio, cuero y minería.
- En la construcción en general. Trabajo en ladrilleras, etc.

Estas modalidades no son homogéneas, cada una presenta características particulares, según el ámbito geográfico, algunas están relacionadas con emprendimientos familiares.

Todas estas actividades constituyen situaciones de riesgo diferentes para la salud y producen lesiones físicas, psicológicas y del desarrollo. Todas afectan el rendimiento escolar, impidiendo la formación para un futuro mejor, perpetuando el círculo vicioso de la pobreza.

➤ Un recorte de la historia

La existencia del trabajo infantil está presente en forma más o menos oculta a lo largo de toda la historia. En varias publicaciones, se hace referencia al documento sobre el Estado de la clase obrera en Argentina, elaborado por el médico catalán Juan Bialek Massé, a solicitud del Gobierno del Gral. Roca, en 1904. El informe relata la explotación de los niños, que comienzan a trabajar con 5 ó 6 años y ya eran considerados aptos para cualquier oficio, por su tamaño y peso apropiados para los estrechos corredores de las minas. Las niñas de 10 y 12 años trabajando en las refinerías con jornadas de doce horas, y cuenta que en una visita a una fábrica estaban, anémicas, pálidas, flacas con síntomas de fatiga...

En la foto 1, tomada alrededor de 1910 por el equipo de fotógrafos de Caras y Caretas (Archivo General de la Nación) muestra un patio de algún conventillo donde funcionaba un precario taller de zapatería con un aprendiz de pocos años.



Foto 1. Zapaterito descalzo

Fuente: Clarín Zona pág. 38, del 26 de agosto 2007.

En las sociedades precapitalistas era aceptado el trabajo infantil como algo natural, para las familias era un rol resocializador. En la revolución industrial fue tomado como una estrategia de supervivencia de los sectores más pobres y mano de obra barata para los empresarios. En el capitalismo y con la ruptura del orden económico y social preexistente es donde el tema de la infancia en general y de los niños trabajadores en particular comienza a ser visto como una problemática social.

Como se señala en el excelente libro “Trabajo infantil en la Argentina”, hace 100 años, el 26 de septiembre de 1907, se aprobó la primera ley 5.291 que reglamentó el trabajo de mujeres y niños, redactada en base al proyecto del diputado Alfredo Palacios, luego de ásperos debates y la oposición parcial de entidades patronales ligadas a la Unión Industrial Argentina.

Y como dice en el prólogo “Aquella ley, significó el inicio de la era de intervención estatal destinada a proteger a los trabajadores y sus familias. Desde entonces, aunque muy lentamente, un

conjunto de factores coadyuvaron a que el trabajo infantil en la Argentina comenzara a convertirse en un hecho menos frecuente, y a veces marginal, en un fenómeno acotado particularmente a zonas rurales o semirurales en las que, con el paso del tiempo, se estimaba, se provocaría finalmente un cambio cultural... Pero el proceso esperado no se concretó.

Contrariamente a ello, desde mediados de los años setenta el avance de un proceso económico basado en la flexibilización laboral, el desempleo y el empobrecimiento generalizado, dio lugar al incremento de la informalidad y al crecimiento del trabajo infantil, que alcanzaron proporciones alarmantes.

A cien años de la primera iniciativa del Estado en pos de la erradicación, en la Argentina hoy existe el trabajo infantil. ...”.

Las primeras leyes de prohibición fueron impulsadas, en Europa de principios del siglo XX, por los trabajadores agrupados en sindicatos, para proteger a los niños y las mujeres de los excesos de la Revolución industrial.

➤ Legislación actual y marco normativo del trabajo infantil

En la legislación nacional están contenidas normas de origen internacional, fundamentalmente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y normas propias que establecen la generalización de la prohibición de trabajar por debajo de la edad de admisión al empleo y protección del trabajo adolescente. Entre las normas internacionales incorporadas a nuestra Constitución están la Convención Universal de los Derechos del Niño (Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989), el Convenio 138 (1973) que establece la edad mínima de admisión al empleo o trabajo, determinada por cada país y el Convenio 182 (1999) que establece la erradicación de las peores formas de trabajo infantil (que incluyen la esclavitud, trata de personas, servidumbre por deudas y otras formas de trabajo forzoso, reclutamiento y utilización de niños en conflictos armados, explotación sexual, pornografía y actividades ilícitas), que configuran delito.

Estos convenios establecen que no podrán

trabajar en tareas penosas, peligrosas e insalubres, los niños, niñas y adolescentes por debajo de los 18 años.

Los instrumentos normativos nacionales son la Ley 26.390 (que reemplaza la ley de Contrato de Trabajo, 20.744) junto a la ley 26.061 de Protección Integral de Niños, niñas y Adolescentes, la ley Nacional de Educación y el Pacto Federal del Trabajo.

En Argentina, existe un adecuado marco normativo que establece la prohibición del trabajo infantil por la ley 26.390 aprobada por el Congreso de la Nación y publicada en el Boletín Oficial el 25 de junio de 2008, en la que se elevó la edad mínima de admisión al empleo de manera progresiva. En el año de su publicación (2008) la edad mínima era de 15 años, actualmente, a partir del 25 de mayo de 2010, la edad mínima es de 16 años.

La ley 26.390 introduce desde su mismo título la **Prohibición del trabajo infantil** y la **Protección del trabajo adolescente** reemplazando la denominación “Trabajo de menores”. Fundamentalmente establece la **prohibición de trabajar por debajo de los 16 años, vigente desde mayo de 2010**, en cualquier actividad laboral. La misma ley avanza en regular una problemática que favorecía el fraude laboral e invisibilizaba el trabajo infantil en el ámbito familiar. La nueva regulación establece que el titular de la “empresa familiar” deberá solicitar a la Autoridad de Trabajo de su

jurisdicción una autorización de trabajo del niño y niña entre los 14 y los 16 años, además de reglar un tope de jornada laboral de tres horas diarias o quince semanales y la obligación de asistencia a la escuela. Esta autorización no será otorgada si la empresa familiar es dependiente de una empresa mayor a través de la figura de tercerización u otras. Para concluir, se requiere seguir avanzando en el establecimiento de instrumentos de protección para los adolescentes trabajadores que cuentan sólo con regulación en cuanto a jornada laboral y trabajo nocturno.

➤ Mitos y creencias sobre el trabajo infantil

❖

El trabajo infantil constituye una problemática social compleja que tiene múltiples determinantes entre los cuales podemos citar aquellos de orden económico, político-legal-institucional y cultural.

❖

Los determinantes son factores del medio social cuya confluencia produce las situaciones de trabajo infantil.

Entre los determinantes de **orden económico** pueden citarse los contextos de pobreza en el sentido de falta de oportunidades y de acceso a los bienes y servicios públicos básicos para una parte de la población. Asimismo la falta de equidad en la distribución del ingreso y la riqueza, los bajos salarios, la desocupación y la subocupación mantienen y en muchos casos han generado situaciones de empobrecimiento de amplios sectores de la población. De este modo, muchas familias se ven forzadas a incorporar a todos los miembros del hogar al sostenimiento económico de las necesidades básicas.

Por el lado de la demanda de trabajo, el “empleo” de niños, niñas y adolescentes representa una reducción de costos laborales, al nivel de que en muchas actividades como la agrícola, la remuneración es percibida por el

jefe de familia a través de la modalidad de pago a destajo (pago por producción).

En relación con los **determinantes político-legal-institucionales** se dan situaciones de incumplimiento de las leyes laborales y de los convenios internacionales, y como contracara, en muchas jurisdicciones del país se observa una escasa dotación de inspectores laborales que fiscalicen el cumplimiento de las normativas. Asimismo las dificultades en la implementación de políticas sociales protectoras de los derechos de la infancia, la precaria infraestructura pública y específicamente de servicios de salud en vastas zonas de nuestro país, la ausencia de un desarrollo social equitativo y los factores relacionados con la falta de acceso a niveles educativos de calidad, componen una realidad sobre la cual deben implantarse las acciones en el campo de la prevención y erradicación del trabajo infantil.

Por último, como una dimensión fundamental en nuestro tema, analizamos los **determinantes culturales**, considerando cultura a toda producción humana de hábitos, prácticas, ideas y significados compartidos por los grupos sociales. La exploración de este determinante fue iniciada en la CONAETI por la Lic. Silvia Miorin cuya mirada desde la antropología nos permitió ir desarrollando y avanzando en una descripción multifacética.

❖

En todas las familias, en todos los hogares (pobres o no) hay decisiones sobre quién trabaja, quién estudia, quién hace las tareas domésticas, cuestiones que están regladas por la cultura que portamos, que denominados patrones socioculturales.

❖

Dentro de estos patrones socioculturales, los **mitos y las creencias** brindan explicaciones acerca de fenómenos o instituciones, tienen una carga valorativa, organizan nuestro pensar y sentir y tienen efectos en nuestros actos sociales. Son sostenidos de generación en generación, se van convirtiendo en verdades únicas e irrefutables; sin embargo, cuando analizamos el contenido que transmiten, encontramos interpretaciones erróneas de la realidad.

Consideramos necesario revisar estas ideas y creencias ya que ellas facilitan la naturalización, y legitiman o justifican el trabajo infantil, es decir, permiten que sigamos viendo a las niñas y los niños trabajando como algo “natural”, como parte del proceso de socialización de ciertos grupos sociales vulnerables.

A continuación compartiremos algunos mitos y creencias que circulan en nuestro imaginario social acerca del trabajo infantil para tratar de reflexionar en torno a ellos.

“Los niños son explotados por sus padres”

Entendemos que no se trata de que las situaciones de trabajo infantil deban explicarse apelando a la intencionalidad de padres o progenitores de explotarlos para su provecho. Los padres a menudo reproducen, de manera inconsciente con sus hijos, conductas que reflejan el grado de explotación del que fueron objeto cuando ellos mismos eran pequeños, así decimos que el trabajo infantil suele reproducirse generacionalmente.

Este mito revictimiza a las familias que viven en condiciones de pobreza. Culpabilizar a los padres no se corresponde con una visión que destaque los múltiples y complejos determinantes que concurren en esta

problemática y tienen, a menudo, un efecto que lejos de resolver, dificulta las posibilidades de sumar a los propios actores (los padres, la familia) implicados en el problema para alcanzar una solución adecuada.

“Es mejor que un niño trabaje a que esté robando”

Esta creencia tiene origen en una práctica que se realizaba a principio del siglo XX para socializar a los hijos de los sectores pobres, en las instituciones correccionales se los ponía a trabajar. De esta manera no representaban una “amenaza” para el resto de la sociedad. Aquí hay una asociación directa entre niño pobre y niño delincuente. La creencia se sustenta en dos alternativas que resultan inválidas desde una perspectiva que mire a los niños y las niñas como sujetos de derecho, entendiendo como derechos a garantizar y “alternativas” en la infancia, la educación, el desarrollo saludable y el juego entre otros.

“Las niñas que realizan tareas domésticas no trabajan”

La modalidad de trabajo infantil doméstico es una de las modalidades más invisibilizadas por estar oculta en el ámbito privado del hogar y no ser considerado muchas veces como “trabajo” para las propias mujeres adultas.

El trabajo infantil doméstico es aquel que realizan niñas y niños en el hogar reemplazando a los adultos, cumpliendo “roles” de adultos, cuidando hermanos menores, cocinando, realizando tareas domésticas durante muchas horas diarias y a veces comprometiendo su rendimiento escolar. Es diferente a responsabilizar a los niños y niñas de algunas tareas del hogar.

“Cuando los niños trabajan en la cosecha, no están desnutridos”

En un estudio realizado en 2007 los agentes de salud entrevistados transmitían esta idea desde su experiencia cotidiana. Entendían que el trabajo infantil era en cierta manera un mal menor frente a las situaciones de desnutrición de la población infantil que observaban. Entendemos que cuando hay trabajo en el

campo, relacionado a la época del año que se levanta la cosecha, todo mejora, los padres tienen trabajo, toda la comunidad tiene trabajo y pueden proveer a sus familias de la satisfacción de las necesidades básicas, la más importante la alimentación. Al igual que en la ciudad, cuando un padre no tiene trabajo todo se deteriora y por supuesto también la alimentación y hay riesgo de desnutrición. Una adecuada nutrición/alimentación, el cuidado familiar, una crianza comprometida, el amor de los padres y un medio ambiente que no impida la expresión de la carga genética del individuo, en general se traducirá en un crecimiento y desarrollo adecuado de niñas y niños. Los responsables de proveer las necesidades infantiles son sus padres, sus familias y el Estado de diversas formas.

En estas frases que analizamos, el trabajo infantil aparece como “protector” de la infancia, como un “socializador” y en realidad se convierte en una herramienta de control social para los hijos de los pobres.

Ninguna de las modalidades de trabajo infantil es “formativa” sino que obligan a los niños a realizar tareas de adultos.

El trabajo de los niños nunca representa una solución a un problema, en realidad siempre representa un fracaso del mundo adulto para dar solución a un problema.

La realidad en cifras: dimensión de la problemática

En el año 2004 se realizó la primera medición específica con datos cuantitativos y cualitativos sobre el trabajo infantil. Consistió en una Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA), realizada como un emprendimiento conjunto del Ministerio de trabajo Empleo y Seguridad Social (MTEySS), el INDEC y el Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la OIT. La EANNA incorporó una nueva modalidad en técnica de indagación, se realizó en los hogares y se entrevistó a los propios niños/as y adolescentes, garantizando así respuestas más verídicas.

El objetivo fue obtener información sobre la naturaleza, magnitud y datos socio-demográficos del trabajo infantil en Argentina. La información corresponde al Gran Buenos Aires (GBA), Mendoza, tres provincias del Noroeste, (Jujuy, Salta y Tucumán) y dos del Noreste, (Formosa y Chaco). Se seleccionó estas regiones como prioritarias por los niveles de pobreza, economías informales y la contratación laboral de base familiar.

Se encuestó una muestra representativa de población urbana y rural, los resultados se dividen por edades, en dos grupos, 5 a 13 años y 14 a 17 años y el conjunto representa

alrededor de la mitad de los niños y adolescentes de 5 a 17 años del país.

Si bien la cobertura es importante, los resultados no deben ser extrapolados a otras regiones ni a la totalidad del país.

En relación a la actividad desarrollada se diferenciaron tres categorías:

- Trabajo: el que genera bienes y servicios para el mercado.
- Autoconsumo: producción y elaboración de productos primarios para consumo del hogar (incluye cuidado de huerta y animales) y la autoconstrucción o reparación de la propia vivienda.
- Actividad doméstica: realizada en el propio hogar obstaculizando el desarrollo del niño al competir con la escuela, juego y descanso.

Resultados

¿Cuántos trabajan, dónde y en qué actividad?

Según estas tres categorías, es **muy importante** el número de niños que trabajó, **según la edad**:

- De 5 a 13 años el 6,5% trabajó en actividades equivalentes al adulto, el 4,1% realizó actividad productiva para autoconsumo y el 6,5% realizó tarea doméstica intensa.
- En el grupo de adolescentes 14 a 17 años, trabajó el 20,1%, el 6,6% realizó actividad productiva para autoconsumo y el 11,4% realizó tarea doméstica intensa.

Con respecto a las regiones donde se realizaron las encuestas, los índices más altos de trabajo entre 5 y 13 años se encontraron en Mendoza (8,8%) y NEA (6,9%) y a las edades entre 14 y 17 años en Mendoza (29,8%) y NOA (22,4%). El trabajo fue más importante en el ámbito rural, siendo más significativo en el rango de 14 a 17 años. Según la encuesta con respecto al género, los varones se concentraron más en la actividad productiva para autoconsumo y las mujeres en las tareas domésticas. (Ver Tablas 1, 2, 3 y 4).

Tabla 1
Niños de 5 a 17 años por grupo de edad y sexo según condición laboral en la semana de referencia

	Varones %	Mujeres %
5 a 13 años		
Trabajo	7,6	5,2
Resto	92,4	94,8
14 a 17 años		
Trabajo	23,8	16,3
Resto	76,2	83,7

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

Tabla 2
Niños de 5 a 17 años por grupo de edad y sexo según otras actividades económicas en la semana de referencia

	Varones %	Mujeres %
5 a 13 años		
Productiva p/autoconsumo	4,8	3,3
Tarea doméstica	4,0	8,4
Resto	91,2	88,3
14 a 17 años		
Productiva p/autoconsumo	10,9	2,3
Tarea doméstica	4,0	18,9
Resto	85,1	78,8

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

Tabla 3
Niños de 5 a 17 años por grupo de edad y tipo de área según condición laboral en la semana de referencia

	Urbano %	Rural %
5 a 13 años		
Trabajo	6,4	8,0
Resto	93,6	92,0
14 a 17 años		
Trabajo	19,1	35,5
Resto	80,9	64,5

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

Tabla 4
Niños de 5 a 17 años por grupo de edad y tipo de área según otras actividades económicas en la semana de referencia

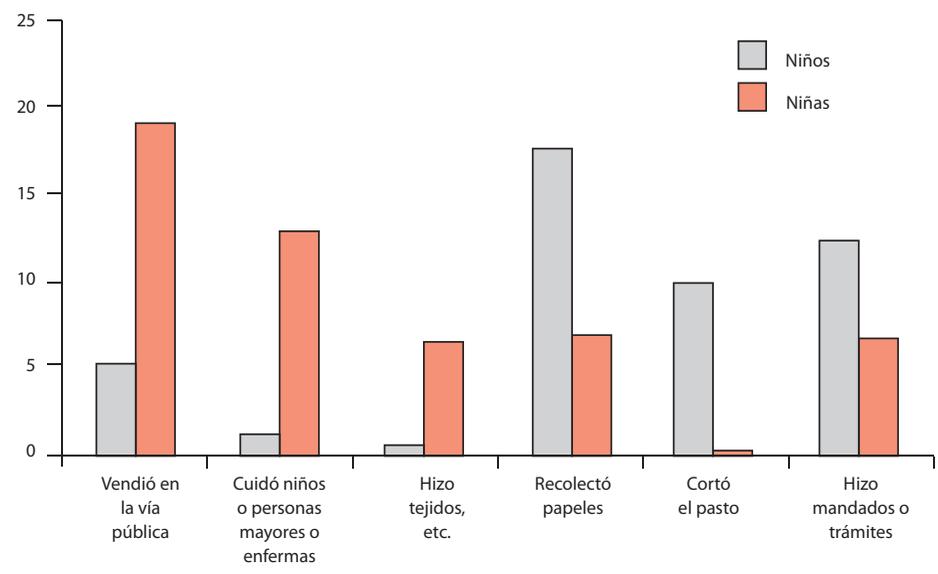
	Urbano %	Rural %
5 a 13 años		
Productiva p/autoconsumo	3,4	12,8
Tarea doméstica	5,9	8,3
Resto	90,6	78,9
14 a 17 años		
Productiva p/autoconsumo	6,0	17,2
Tarea doméstica	11,7	6,9
Resto	82,3	75,9

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

En el gráfico 1 se muestra las diferencias de género en relación con algunas actividades desarrolladas por los encuestados con edades entre 5 y 13 años.

Observar el predominio de las niñas en la venta y cuidado de personas y el de varones en recolección de papeles y trámites.

Gráfico 1
Actividad laboral y género



Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

¿Qué nos dice la encuesta sobre la educación?

Con respecto a la **educación** de los niños/as y adolescentes, la escolarización

de los niños que trabajan es alta entre los 5 y 13 años pero en el caso de los adolescentes 25% de los que trabajaron no asiste a la escuela (Ver tabla 5).

Tabla 5
Niños de 5 a 17 años por asistencia a escuela según grupos de edad en la semana de referencia. Total regiones

Asistencia a la escuela	5 a 13 años Trabajaron %	14 a 17 años Trabajaron %
Asiste	97,2	74,7
No asiste	2,8	25,6

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

En la tabla 6 se puede observar cómo repercute el trabajo infantil en la escuela con respecto a las inasistencias y llegadas tardes frecuentes y

cómo se duplica en las áreas rurales en el rango de 5 a 13 años. Las causas de estas inasistencias están plasmadas en la tabla 7.

Tabla 6
Niños de 5 a 17 años que asisten a escuela, inasistencias frecuentes y llegadas tarde según grupos de edad en la semana de referencia. Total regiones y área urbana y rural

	5 a 13 años Trabajaron %	14 a 17 años Trabajaron %
Inasistencia frecuentes		
Totales regiones	19,8	25,8
Áreas urbanas	20,6	26,3
Áreas rurales	10,9	21,0
Llegada tarde frecuente		
Totales regiones	18,7	22,2
Áreas urbanas	19,4	23,1
Áreas rurales	10,4	13,6

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

Tabla 7
Niños de 5 a 17 años por asistencia a escuela según grupos de edad y condición de trabajo en la semana de referencia. Total regiones

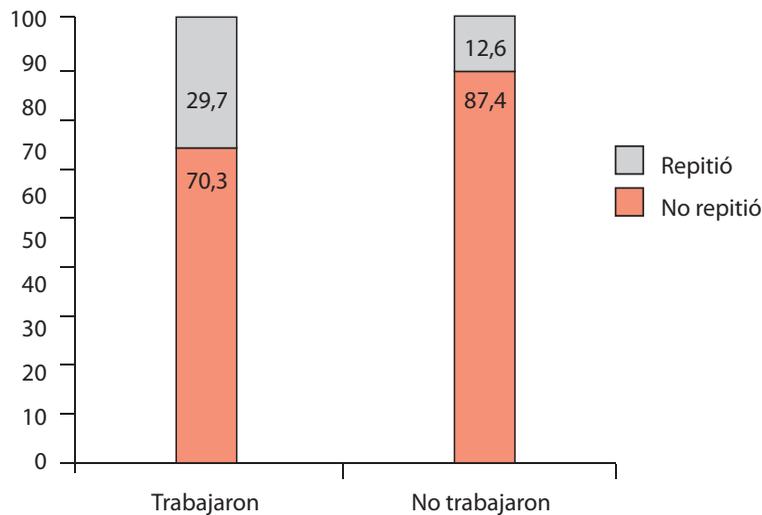
Motivo de inasistencia a la escuela	5 a 13 años		14 a 17 años	
	Trabajaron %	No trabajaron %	Trabajaron %	No trabajaron %
Acompaña o ayuda a miembros del hogar a/en su trabajo	7,0	1,4	10,4	3,5
Cuida miembros del hogar	17,5	8,3	9,4	8,5
Hace tareas del hogar	0,4	1,0	5,1	4,9
Se queda dormido/a	26,1	22,0	21,3	25,8
No tiene ganas de ir a la escuela	4,2	16,8	26,1	28,8
Otra razón	44,8	50,5	27,7	28,4

Fuente: EANNA, MTEySS, INDEC

Con respecto a la repitencia de niños entre 5 y 13 años en el gráfico 2 se observa el fuerte impacto en la escolaridad y esta

tendrá consecuencia en el futuro de estos niños ya que la repitencia suele anunciar el abandono escolar.

Gráfico 2
Niños y niñas de 5 a 13, por condición laboral según repetición de año escolar.
En porcentajes.



EANNA, MTEySS/INDEC. Primera edición, junio 2006

¿Qué sabemos de los accidentes y la salud de los niños que trabajan?

No tenemos en el país registros en el **sector salud** sobre las lesiones o accidentes de niños que trabajan o que están en situación de trabajo (o sea, acompañando a sus padres en el trabajo) ya que no pensamos en general que los accidentes y lesiones que atendemos se producen en esta situación y raramente lo registramos en la historia clínica.

En el informe Forastieri, "El trabajo de los niños: Riesgos para la salud y la seguridad", en relación a encuestas en 26 países, con respecto a lesiones y enfermedades en situación de trabajo expresa que:

- ❖ Las lesiones más frecuentes, 69% corresponden a cortes, heridas y pinchazos. Las más graves, a quemaduras 7%, dislocaciones, fracturas y esguinces 6%, la amputación de miembros, menor al 1%.
- ❖ Las enfermedades más frecuentes son los trastornos músculo-esqueléticos 57% y en la piel 21%. Las más graves son los problemas respiratorios y gastrointestinales 5%, trastornos en la vista 4% y auditivos 1%.

En relación al **género** los niños presentan más alteraciones que las niñas.

Contamos con algunos datos oficiales sobre las lesiones y accidentes en adolescentes. En el año 2006 según datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los trabajadores accidentados, por supuesto se refieren a trabajo registrado y de edad permitida (en ese momento 14 años) se denuncian:

- ❖ 1.935 mujeres de 14 a 19 años que corresponde al 1,6% del total de los trabajadores.
- ❖ 16.948 varones de 14 a 19 años que corresponde al 3,3% del total de los trabajadores.

¿Cuántos serán los niños lesionados que trabajan o están en situación de trabajo? Seguramente muchos, deberemos comenzar a preguntarlo y registrarlo, para conocer la dimensión.

Comisión Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI) - Plan Nacional - COPRETI

¿Cómo es la respuesta de Estado a esta problemática social?

Política pública en prevención y erradicación del trabajo infantil

En el año 2000 se crea la Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (CONAETI) en el ámbito del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Esta Comisión se encuentra conformada por todos los ministerios del Poder Ejecutivo Nacional, así como por representantes del sector sindical, empresario, Episcopado, OIT y UNICEF. Lleva adelante la coordinación, seguimiento y evaluación de la política pública de prevención y erradicación del trabajo infantil.

La Comisión ha llevado adelante acciones con un fuerte eje en la articulación con los diferentes sectores sociales y niveles de gobierno, tanto nacional, provincial, municipal y con organismos internacionales.

En el orden internacional la Argentina ha impulsado y acordado en 2006 con los países miembros del MERCOSUR un Plan Regional para la Prevención y Erradicación del trabajo infantil, con objetivos de acción como difusión, diagnóstico a nivel regional, armonización de legislaciones de prohibición del Trabajo infantil y protección del trabajo adolescente. Ejemplo de acciones son el establecimiento de procedimientos articulados de inspección laboral para la identificación de casos de trabajo infantil en zonas de frontera.

En el nivel provincial funcionan 23 Comisiones Provinciales para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (COPRETI) que ejecutan acciones coordinadas con CONAETI y propias. Funcionan en el ámbito de las carteras de trabajo y tienen una composición similar a la CONAETI y algunas de ellas han incorporado en su decreto de constitución a Organizaciones de la Sociedad Civil.

Se realizan Encuentros Nacionales semestrales de COPRETI, estos encuentros son espacios de reflexión, intercambio y diseño de acciones.

La COPRETI realiza una valiosa tarea de monitoreo de la ejecución del Programa Asignación Universal por Hijo a los fines de la medición de los impactos que tiene en la prevención y erradicación de situaciones de trabajo infantil y de las familias en condiciones de vulnerabilidad.

En el año 2006 se elabora en el ámbito de la Comisión Nacional el **Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil**, consensado conjuntamente con las Comisiones Provinciales (COPRETI). Con posterioridad cada COPRETI fue diseñando y ejecutando sus programas de acción en línea con el mencionado Plan.

El Plan Nacional contiene 10 objetivos con una visión integral desde una perspectiva de derechos y de género. Tiene como objetivos centrales: producción y difusión de información en relación a la problemática, fortalecimiento del ámbito familiar, salud, educación, inspección laboral, legislación y protección del trabajo adolescente.

Son múltiples las acciones realizadas a partir del diseño del plan, nos referiremos a las más relevantes.

Cumpliendo el objetivo de sistematización de la información se crea el **Observatorio Nacional de Trabajo Infantil (OTIA)** que funciona en el Ministerio de Trabajo y lleva adelante estudios, relevamientos y procesamiento de información que sirve de base para el diseño de las políticas nacionales y provinciales. Su sitio Web para consultar es www.trabajo.gov.ar/OTIA. Recientemente se han consolidado en las regiones de NOA (Salta) y CUYO (Mendoza) Observatorios Provinciales de Trabajo Infantil (OPTIA) que están realizando estudios y relevamientos.

En 2007 se crea la **Red de Empresas contra el Trabajo Infantil** con un número creciente de miembros (80 a la fecha) que realizan acciones desde la Responsabilidad Social Empresaria, en las comunidades del país, como Los "jardines de cosecha" y también al interior de sus cadenas de valor para identificar eslabones sensibles de

trabajo infantil y actuar sobre ellos.

Por otro lado un **grupo integrado por múltiples actores sociales** y los tres niveles de gobierno, coordinado por CONAETI y la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desde el 2008 están abordando la problemática detectada en el ámbito del Mercado Central de la localidad de La Matanza. Se han identificado niños realizando actividades laborales. Asimismo se trabaja en articulación con el Poder Judicial y la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia de la Nación para la intervención en los casos de peores formas de trabajo infantil.

Entendiendo que los **docentes** son los actores claves en la prevención y erradicación del trabajo infantil se realizaron numerosas actividades de sensibilización y concientización en relación a la importancia de su rol para la detección y abordaje de las situaciones de trabajo infantil.

En el año 2007 se firma un convenio entre los Ministerios de Trabajo y Educación que consistente en extender ayuda económica y fortalecimiento escolar a niños y niñas detectados en situaciones de trabajo dentro de una línea de intervención del Programa de Inclusión Educativa, esto constituyó un movimiento de asociación con los docentes de sectores vulnerables de todo el país.

La intervención del **sector salud** está

contemplada en el objetivo 8 del Plan Nacional que establece: "Promover en el marco de la prevención y erradicación del trabajo infantil, la atención de la salud psicofísica de las niñas y los niños en situación de trabajo" y como primera línea de acción el propiciar un componente de prevención y erradicación del trabajo infantil en la formación de agentes de atención de la salud y de seguridad e higiene.

Durante los años 2009 y 2010 se realizaron seminarios de capacitación con el apoyo de un material (en edición) sobre consecuencias e impacto del trabajo infantil sobre la salud, elaborado por dos consultores, los Licenciados Martín de Lellis y Maria Natalia da Silva con la colaboración de las autoras de este capítulo; esta actividad fue realizada en el marco del Programa conjunto de Apoyo al Plan Nacional llevado a cabo por OIT, Unicef y PNUD. Los talleres realizados con los agentes del equipo de salud en varias provincias de nuestro país, tuvieron entre otros el objetivo de reflexionar y asociar los síntomas que presentaban los niños y las niñas en las consultas con la realización de tareas laborales, así como también transferir algunos lineamientos de intervención en el ámbito local en los casos detectados. Quedaron delineadas articulaciones de las autoridades sanitarias municipales y provinciales, con las COPRETI para implementar el sistema de abordaje integral.

¿Qué hacer desde el sector salud?

El equipo de salud desde su concepción más amplia, médicos, pediatras, auxiliares y enfermeras, agentes sanitarios, promotores de salud, psicólogos, asistentes sociales etc. requieren visualizar la existencia del trabajo infantil, reconocerlo como un problema social y capacitarse para promover acciones, de:

- 1) **Prevención**
- 2) **Detección**
- 3) **Atención**
- 4) **Registro**
- 5) **Notificación**
- 6) **Erradicación** de la gran cantidad de niños que trabajan.

Una de las premisas en esta tarea es la **necesidad de participación y trabajo conjunto con las familias y la comunidad y la conexión con otros sectores y disciplinas como educación, desarrollo social, antropología, Ministerios de trabajo, secretarías de empleo y secretarías de derechos del niño, ONG y otros.**

1) Prevención de la vulneración de los derechos

La consulta por control en salud es el momento para la prevención.

La prevención del trabajo infantil debe ser abordada sobre todo en zonas con población carenciada, vulnerable y en áreas rurales donde la situación es más grave.

Orientar a la familia e informar de los efectos del trabajo en la salud y desarrollo del niño. Es una acción primordial de todo el equipo de salud. Recordemos algunos conceptos, conocidos por todos, que explican la vulnerabilidad y el riesgo de sufrir alteraciones que tienen los niños y son útiles para transmitir y compartir en la consulta para la prevención con las familias y la comunidad.

El crecimiento y desarrollo de las niñas y niños es el resultado de la interacción entre el programa genético, que el individuo recibe de sus padres biológicos y las condiciones ambientales de crianza y la cultura de la familia y la comunidad.

A pesar que la carga genética está “gravada” en cada célula del cuerpo, cuando el ambiente que rodea al niño es adverso y perjudicial impedirá un adecuado crecimiento y desarrolla tanto en la salud psico- física como social.

Los niños, desde la concepción hasta la adolescencia, atraviesan diferentes etapas en las cuales su organismo sufre modificaciones de tipo morfológicas, diferenciaciones celulares, crecimiento en tamaño, desarrollo de las funciones fisiológicas, etc. Estas características biológicas hacen al niño especialmente vulnerable en los diversos períodos de crecimiento. Cuando más inmaduro es un organismo es mayor el riesgo de lesiones y alteraciones.

En la fisiología del crecimiento sabemos que el proceso evolutivo y madurativo de cada órgano es particular y que cada uno tiene sus propios períodos críticos donde la vulnerabilidad está aumentada. El cerebro, los riñones y los órganos reproductivos recorren esta evolución en

tiempos diferentes, por lo tanto su vulnerabilidad es diferente en el tiempo del crecimiento de un niño.

Hay otros factores por los cuales los niños y las niñas tienen más riesgos y son más vulnerables que los adultos, nombraremos algunos:

- ❑ Alta tasa de crecimiento y división celular.
- ❑ Permeabilidad cutánea aumentada, generando mayor absorción de sustancias.
- ❑ Absorción intestinal mayor que el adulto, por inmadurez biológica.
- ❑ Reducido metabolismo de las toxinas, que no permite la eliminación adecuada de sustancias.
- ❑ Inmadurez del sistema excretor renal, dificultando el desecho de sustancias.
- ❑ Consumen más alimento, respiran más aire y beben más agua en proporción al peso.
- ❑ Su sistema inmunitario, reproductor, digestivo, nervioso central, etc. son inmaduros.
- ❑ Los niños no reconocen el peligro adecuadamente y cuando lo reconocen no pueden responder de manera segura para ellos.

Hay períodos o límites de tiempo para el desarrollo de la conducta sensorio-motriz, la inteligencia, la personalidad, la conducta social, el lenguaje, el sentimiento de autoestima, la seguridad en sí mismo etc.

Conversemos con los padres sobre las consecuencias que puede tener el trabajo infantil. Sugerimos algunos temas:

- ❑ La personalidad y subjetividad.
- ❑ Los comportamientos delictivos, adictivos y la sexualidad.
- ❑ Los aspectos vinculados al sufrimiento, el desgaste y estrés mental.
- ❑ La conformación de una familia.
- ❑ La inserción en el mercado formal de trabajo.
- ❑ La formación como futuros trabajadores.
- ❑ Los accidentes, lesiones y secuelas por la actividad laboral.
- ❑ La necesidad del juego y la recreación para su desarrollo.

- La necesidad de una educación para el futuro y muchas más...

2) Detección de niños y niñas que trabajan o en situación de trabajo

¿Cómo hacer y qué estrategias utilizar?
Desarrollaremos algunas.

A) En el **examen físico** detectar signos o lesiones observables o síntomas referidos y relacionarlos con posibles actividades de trabajo.

A modo de ejemplo observe la tabla 8 desarrollada como herramienta para capacitación en el sector salud.

Tabla 8
Guía para la detección de trabajo infantil

Indicadores o síntomas, signos, lesiones observables	Riesgos y condiciones psicofísicas de vulnerabilidad o factores predisponentes	Hipótesis de trabajos que podría estar desarrollando
Trastornos músculo-esqueléticos (dolor, fatiga muscular, agotamiento, contractura, esguinces, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Trasladar/levantar cargas pesadas Movimientos repetitivos Posturas inadecuadas y posiciones forzadas. Largas jornadas de trabajo y trabajo nocturno Insuficiente descanso Tejido óseo y muscular inmaduro y en crecimiento Desarrollo insuficiente o incompleto de coordinación y fuerza Manipulación de equipos peligrosos: sierras, tractores. Falta de percepción de peligro por inmadurez intelectual Déficit crónico de la nutrición Discapacidades físicas e intelectuales Déficit de vestimenta y calzado 	<ul style="list-style-type: none"> Minas o canteras Trabajo en la construcción Fabricación de ladrillos Talleres textiles o de tejidos Confección de calzado o curtiembres Fabricación y comercialización de pinturas Trabajo en puertos: estibadores, changarines Agricultura y/o ganadería Talleres de reparación de automóviles Cirujero/cartoneo Trabajo doméstico.
Trastornos respiratorios (dificultad respiratoria, tos, dolor, obstrucción bronquial, retracción intercostal, alergia, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a polvos, gases y emanaciones nocivas y agentes biológicos Exposición a fibras sintéticas Ventilación inadecuada Exposición a benceno y asbesto Escasa limpieza de los lugares en los que permanecen largas horas Medios de calefacción: braseros, cocinas y calefones (monóxido de carbono) Bajas temperaturas Hacinamiento Contaminación ambiental por tabaco Falta de percepción de peligro por inmadurez intelectual Déficit de vestimenta y calzado 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en minas, canteras, elaboración de piezas de mármol Trabajo en la construcción Fabricación de ladrillos Talleres textiles o de tejidos Fábricas de cerámica o vidrio Mataderos y procesado de carne Trabajo en puertos: estibadores, changarines. Cartoneo, basurales Trabajo con petróleo, madera, solventes y carbón Trabajo con herbicidas y pesticidas. Trabajo rural: agricultura y ganadería Trabajo doméstico Trabajo en cámara frigorífica Talleres de autos y estaciones de servicio

Fuente: Trabajo infantil y su impacto en la salud. Material elaborado en el marco del Programa conjunto de Apoyo al Plan Nacional por MTEySS, CONAETI, OIT, Unicef y PNUD (en edición).

B) **Conversar con los niños y niñas** mediante preguntas dirigidas, para sospechar o detectar si el niño trabaja o estás en situación de trabajo (acompañando a sus padres) en la consulta.

Las preguntas estarían enfocadas en las actividades y tareas que realiza el niño o adolescente en la casa, su día de vida etc. Algunos ejemplos:

- ❑ ¿Quiénes viven con vos en tu casa?
- ❑ ¿De qué trabajan tus papás? ¿Tenés hermanos que trabajan?
- ❑ ¿Tu familia viaja? Preguntar por qué motivos, trabajo o visita familiar, etc.
- ❑ ¿Cómo es tu barrio? ¿Hay plaza, club, polideportivo?
- ❑ Contame un día de la semana, desde que te levantás, ¿qué haces?
- ❑ ¿Cuáles son tus juegos preferidos? ¿Dónde y con quién los realizás?
- ❑ ¿Quién prepara la comida?
- ❑ ¿Ayudas en tu casa? ¿Cómo? ¿Qué tareas realizas?
- ❑ ¿Cómo te va en la escuela, tenés tiempo de hacer los deberes?
- ❑ ¿Alguien te ayuda con las tareas escolares?

C) **Conversar con las familias** para visualizar el trabajo infantil como un problema.

Una de las causas de la invisibilidad del trabajo que realizan los niños, se debe a que las familias ven las tareas en el hogar (domésticas) y fuera de la casa (en el campo o vía pública) como **ayuda**.

También suelen las familias ver el trabajo infantil como **natural** y son parte de los patrones socioculturales de su comunidad. Las familias suelen considerar erróneamente, el trabajo como educativo y/o formador para los niños y que les permite adquirir experiencia y responsabilidades.

3) Atención para curar o aliviar las lesiones y disminuir las secuelas

Sabemos cómo hacerlo. Convenir con las familias el seguimiento de las lesiones, pero fundamentalmente advertir la situación de riesgo del niño y la familia.

4) Registro para conocer la dimensión y cuantificar una realidad

❑

La necesidad de registrar en las historias clínicas las situaciones de trabajo infantil, nos permitirá buscar y desarrollar estrategias para cuantificar la problemática para procurar mayor compromiso político de los diferentes niveles.

❑

Para **registrar** debemos preguntar e investigar en diferentes situaciones (guardia, consultorio externo e internación), en qué circunstancia ocurrieron los episodios. Podemos sospecharlo ante relatos dudosos o por las características de la herida.

En general, el niño o adolescente tratará de ocultar que se encontraba trabajando, porque fue una indicación del empleador y por temor a perder el trabajo con el que ayuda a su familia.

- ❑ En la **guardia** ante lesiones no intencionales por traumatismos de diferente tipo, lesiones cortantes, heridas, quemaduras, fracturas y en traumatismos graves como amputaciones, etc.
- ❑ En **consultorio externo**, en controles por salud y en las consultas por enfermedad tener presente los ejemplos de la tabla 8 donde se relacionan signos y síntomas con posible trabajo. Recordar las más frecuentes: músculo-esqueléticas, piel, respiratorias etc. También relacionar el género del paciente con las posibles lesiones por trabajo, las niñas en trabajo doméstico, los niños rural y la vía pública.
- ❑ En **internación** según la causa e incorporar como rutina en la anamnesis, trabajo de los padres, emprendimientos familiares y actividades del paciente, su día de vida, recreación y escolaridad.

5) Notificación. Informar la vulneración de los derechos

¿Dónde y cómo notificar? Existen organismos estatales como las COPRETIS en las provincias, allí se puede realizar la notificación de niños en

situación de trabajo. Hace tiempo están trabajando en el tema y conocen estrategias que pueden ayudar a las familias. En el Anexo 1 encontrará las direcciones y diferentes formas de comunicarse y contactarlas.

Otra vía en cada lugar y provincia, para informar esta situación, son las oficinas o Secretarías de promoción y protección de los derechos de las niñas/os. Según la provincia, están funcionando o en proceso de implementación y adaptación de la Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061 que derogó la Ley del Patronato.

6) Erradicación del trabajo infantil es nuestro objetivo final

Indudablemente esta acción, tiene que ver con las particularidades de cada lugar y situación.

Para encontrar estrategias de acción, se requiere la necesaria participación de todos los actores de la sociedad, la presencias de los organismos del Estado y las organizaciones de la sociedad civil en todas sus formas.

El análisis conjunto permitirá reconocer en cada lugar los determinantes y condicionantes del trabajo infantil. Este es el primer paso, para buscar las estrategias disponibles y desarrollar otras.

Existen también en los Ministerios de Trabajo provinciales y nacional oficinas que deben hacer cumplir la Ley de prohibición del trabajo infantil mediante inspecciones laborales en terreno. La mayoría de las organizaciones que se citan en el apartado "Experiencias" más adelante, trabajan en todo el país y pueden ser contactarlas.

➤ Experiencias y acciones para la prevención y erradicación del trabajo infantil

En esta sección expondremos algunas de las acciones que diversas organizaciones realizan en este tema; sabemos que no son las únicas.

❖

Es muy importante que los pediatras averigüen en sus localidades y provincias qué tipo de estrategias se están implementando para tener herramientas en el momento en que se detecta alguna situación de trabajo infantil.

❖

➤ Sociedad Argentina de Pediatría

La SAP ha sido pionera en concientizar y promover acciones para la prevención y erradicación del trabajo infantil. En este marco produce materiales para el equipo de salud, como el documento desarrollado en ocasión de la utilización de los niños como banderas para demarcar las áreas de fumigación en los campos.

En los últimos años realizó diferentes actividades en adhesión al Día Mundial contra el Trabajo Infantil, el 12 de junio. En el año 2008, la Comisión Directiva convocó a un encuentro y debate con expertos y presentó para difusión una selección de cortometrajes con diferentes formas de trabajo infantil, realizados por jóvenes de 14 a 21 años del país. El material fue seleccionado del programa llamado "Unminutopormis derechos" que realizó Unicef y la Fundación Kiné de cortos guionados, actuados y algunos filmados por jóvenes. Este material es útil para sensibilizar al equipo de salud y la comunidad. También propicia la exposición del tema en las mesas de los congresos organizados en el país y este capítulo en el PRONAP.

La Sociedad en su compromiso, firmó en el año 2009 un nuevo Convenio con la CONAETI para acciones conjuntas y participa junto a otros actores gubernamentales y no gubernamentales, en el diseño y ejecución de propuestas en el ámbito de la subcomisión de salud creada a tal fin en la CONAETI.

En Entidad Matriz de la SAP dentro del Grupo de trabajo de Derechos del Niño, hay un grupo que trabaja en la temática Trabajo infantil: invitamos a unirse y a formar grupos en todas las filiales.

❖ Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Es una agencia de la Naciones Unidas que procura fomentar la justicia social y los derechos humanos en actividades laborales. Es tripartito, conformado por los gobiernos, las organizaciones de trabajadores y empleadores. Desde su creación en 1919, incluyó en su agenda la problemática del trabajo infantil y contribuyó a convertir esta lucha en una causa universal. Una de sus actividades es la elaboración de convenios o reglas de comportamiento. Los gobiernos las adoptan y ratifican comprometiéndose a realizar acciones para cumplirlos. Dos relacionados con el trabajo infantil son el Convenio 138 y el Convenio 182 de los cuales se habló. En América Latina y el Caribe fueron ratificados por la mayoría de los países, entre ellos Argentina. Esta organización en nuestro país promueve y desarrolla muchas actividades sobre el tema y colabora permanentemente con organismos gubernamentales y no gubernamentales en todo el país.

❖ UNICEF

El Fondo para la Infancia es la Organización de Naciones Unidas que realiza acciones por y para los niños, niñas y adolescentes. Muchas de sus acciones están enfocadas en la prevención y erradicación del trabajo infantil con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del país. Entre las actividades específicas es de destacar que junto a la Fundación Kiné han producido una serie de cortos llamado "Un minutopormisderechos" que contó con la particularidad de ser guionado y actuado por adolescentes de todo el país. También forma parte de los organismos que apoyan el Plan Nacional de la CONAETI como la capacitación de docentes y equipos de salud en el tema y otras acciones. Muchas de las experiencias y publicaciones se pueden encontrar en la página web de la institución.

❖ Programa Porvenir Salta y Jujuy

Con el auspicio de la Cámara del Tabaco de Jujuy y de Salta, COPROTAB, Cooperativa de Tabacaleros Jujuy, Dimon Argentina, Massalin

Particulares, Universal Leaf Tabacos, y coordinado por la Organización Conciencia se viene desarrollando desde 2003 el Programa Porvenir en las provincias de Salta y Jujuy. La intervención se realiza en los Centros Porvenir que funcionan en la época de la cosecha del tabaco, que son en enero a marzo. Estos centros funcionan en las escuelas públicas, atiende a niños y niñas de 9 a 14 años, hijos de trabajadores y productores tabacaleros. El objetivo es que no acompañen a sus padres a la cosecha sino que concurren a los centros donde realizan actividades recreativas y educativas con docentes capacitados por el programa. Es un programa sustentable que desde 2003 y ya ha atendido a casi 2000 niños de la región tabacalera. La CONAETI realizó durante los inicios del programa asistencia técnica para la selección de los beneficiarios y capacitación a docentes y productores de la Cámara de Tabaco de Salta y la Cooperativa de Jujuy.

❖ Programa Porvenir Misiones

El sector tabacalero de la provincia de Misiones realiza desde 2006, un programa de prevención y erradicación del trabajo infantil con tres líneas de intervención, fortalecimiento de las familias, sensibilización y concientización de líderes de opinión de las comunidades y fortalecimiento escolar a los niños y niñas. El programa propone, por un lado, implementar actividades que promuevan la retención escolar y un recorrido exitoso de los niños en el sistema educativo, y, por otro, la capacitación de directivos y docentes en la problemática del trabajo infantil. La CONAETI ha realizado asistencia técnica.

La consultora Schonfel y Asociados lleva adelante la gestión del programa, que trabaja con la población de las Picadas 65 y 74 de la localidad de San Vicente, zona en la cual la actividad preponderante es el cultivo de tabaco. Los destinatarios son 176 familias de productores tabacaleros de la Picada 65 y los niños que concurren a las tres escuelas de la Picada sean o no hijos de productores tabacaleros. El programa es un ejemplo y se ha sustentado en el tiempo por la acción de sectores como los Ministerios de Trabajo,

Educación y Desarrollo de la provincia de Misiones junto a organizaciones no gubernamentales.

➤ Proniño

El Programa PRONIÑO, financiado por Movistar, Telefónica Móviles y Fundación Telefónica España lleva adelante desde hace más de una década una serie de intervenciones en prevención y erradicación del trabajo infantil en el país. Uno de los componentes fundamentales de este programa es el financiamiento de proyectos de prevención y erradicación de trabajo infantil presentado por ONGs y que está en ejecución. La CONAETI ha brindado asistencia técnica al programa. El programa Proniño ha ganado un importante lugar entre los programas a nivel internacional en intervención en la problemática del trabajo infantil.

➤ Red de empresas contra el trabajo infantil

Desde la necesidad de articulación con todos los actores sociales para la erradicación del trabajo infantil, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEYSS) y la CONAETI realizaron en el 2006, un llamado para conformar una red de empresas, considerando a este un sector clave para acciones contra el trabajo infantil y dando sentido y lugar a la responsabilidad social empresaria. Así surgió en 2007 la Red de empresas, un espacio institucional de articulación público y privado, que cuenta con el asesoramiento de la Organización Internacional del trabajo (OIT) y Unicef. En este ámbito, las empresas comprometidas con la erradicación implementan y coordinan programas y acciones, convocan a otras a sumarse y trabajan con la cadena de valor que involucra a proveedores y clientes, impulsando que no existan niños trabajando.

“Jardines de cosecha”

Es una actividad con el objetivo de prevención y erradicación del trabajo infantil agrícola en las zonas rurales tabacaleras, desarrollada en el año 2009/10 por la Cámara y Cooperativas del tabaco de la provincia de Salta (que se ampliará

a otras siete localidades y continuará el 2011) en conjunto con las empresas Sesa Select y Adeco de la Red de Empresas contra el trabajo infantil. Actuaron, como socio estratégico el Programa Porvenir y en la asistencia técnica la Asociación Conciencia, ambas organizaciones no gubernamentales.

Esta iniciativa surgió en los talleres de diagnósticos realizados en la comunidad, en respuesta a una acuciante necesidad de las madres, en relación al cuidado de sus hijos durante la jornada laboral. Se implementó un jardín de infantes en El Jardín (Departamento. La Candelaria) con personal capacitado, para el cuidado, contención, formación, recreación y actividades que promuevan el desarrollo y la atención integral de niños entre 1 y 8 años. También contaron con profesores de música, baile y telar. Funcionó de lunes a viernes, de 8 a 18 horas, durante los meses de enero y febrero durante la cosecha, en las escuelas primarias públicas de la zona con apoyo del Ministerio de Educación y del Ministerio de Desarrollo Social.

Se realizaron chequeos médicos con cada niño/a con la colaboración de los hospitales locales y recibieron vestimenta, calzado, desayuno, almuerzo, merienda, material escolar, kit de higiene personal y transporte. Los jardines contaban con equipamiento, suministros y materiales necesarios.

Esta experiencia fue evaluada por los realizadores y padres, como exitosa y permitió cumplir el objetivo de alejar del trabajo infantil a los hijos de trabajadores rurales o pequeños productores tabacaleros de bajos recursos, brindándoles herramientas que les permitan ampliar sus expectativas de futuro y reforzar sus estudios, evitando la repitencia y el abandono escolar. Durante los meses de abril a septiembre, brindó apoyo escolar y recreación si lo requerían y de forma personalizada.

➤ Los niños y el trabajo infantil

La Secretaria de Trabajo y de Cultura de la Presidencia de la Nación, el Ministerio de Educación y Unicef organizaron diferentes concursos, uno de logos y dibujos “El lugar de los niños es la escuela: no al trabajo infantil” con la participación de muchas escuelas de todo el

país. Algunos de los seleccionados y que suelen ilustrar las publicaciones referidas al tema son los siguientes:



Dibujo 1. Nicolás F. Paco Escuela N° 204 Palpalá, Jujuy.



Dibujo 2. Cynthia Otero. Escuela N° 11 Nivel medio y superior Victoria, Entre Ríos.



Dibujo 3. Alvaro Mansilla. Escuela Provincial N° 6.408 Roldan, Santa Fé.

Otro concurso de fotografías fue titulado "Invisible o Visible: no al trabajo infantil en la Argentina".

Programa "Pido la palabra - Diputados por un día" Erradicación del trabajo infantil

En el compromiso de la construcción de ciudadanía, el 13 de octubre del 2009, en la provincia de Santa Fe, se realizó una sesión de este programa, coordinado por el Diputado Lic. Marcelo Gastaldi, con la participación de los docentes y la Asociación Civil Conciencia. Participaron 57 alumnos del nivel medio de siete colegios, de la Capital y localidades de Santo Tome y San José del Rincón. Se debatió casi cuatro horas, en una sesión ejemplar y aprobaron iniciativas a favor de detección, erradicación y prevención del trabajo infantil. En la publicación que cuenta la experiencia dice, que al comienzo fue difícil para los chicos, porque pensaban que el chico trabajaba por falta de recursos de sus familias, pero luego de escuchar al especialista, comprendieron que no solo es por pobreza, también hay quienes los emplean, hay una cultura de la comunidad. La comprensión de esta realidad los llevo a proponer acciones como armar cooperativas para ayudar a las familias y que el padre pueda mantener el hogar.

Hay muchas experiencias más para replicar...

Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



V F

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. En nuestro país, la ley 26.390 prohíbe el trabajo en los menores de 16 años y protege el trabajo adolescente entre 16 y 18 años. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Todas las actividades relacionadas con el trabajo infantil, constituyen situaciones de riesgo para la salud y producen lesiones físicas, psicológicas y del desarrollo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. El trabajo infantil es una problemática social compleja que tiene múltiples determinantes entre los cuales podemos citar aquéllos de orden económico, político-legal-institucional y cultural. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si no existe remuneración o retribución económica no se puede considerar la actividad del niño, adolescente o joven como "trabajo". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Los niños, niñas y adolescentes que trabajan son los que tiene más dificultades en sus trayectorias escolares (repetencia, sobreedad, abandono). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La prevención del trabajo infantil por parte de los equipos de salud, debe ser abordada sobre todo en zonas con población carenciada, vulnerable y en áreas rurales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La invisibilidad del trabajo que realizan los niños, se debe muchas veces a que las familias ven las tareas en el hogar (domésticas) y fuera de la casa (en el campo o vía pública) como ayuda y no lo consideran trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Existen organismos estatales como las COPRETIS en las provincias, en las que se puede y debe realizar la notificación de niños en situación de trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se debe registrar en la HC del paciente la exposición a trabajo infantil y detallar qué tipo de actividad realiza el niño, niña o adolescente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Cuando se detecta una situación de trabajo infantil se debe realizar la denuncia inmediatamente en el Ministerio de trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**B. Responda las siguientes consignas**

1 Defina Trabajo infantil

.....

.....

.....

2 Como se especifica "edad mínima" en relación al trabajo infantil

.....

.....

.....

3 Mencione por lo menos cinco modalidades frecuentes de trabajo infantil en Argentina

.....

.....

.....

4 Explique algunos indicadores o síntomas, signos, lesiones observables, que podría encontrar en el examen físico que lo orientarían en la sospecha de trabajo infantil y especifique en qué tipo de tareas piensa en cada caso.

.....

.....

.....

5 Realice un listado de los organismos en los que se puede notificar el trabajo infantil o programas que estén trabajando con este tema.

.....

.....

.....

C. Analice y resuelva las siguientes situaciones



1 *Gastón*

Usted atiende un consultorio en un centro de atención primaria en una zona periurbana de una ciudad en alguna provincia del centro del país.

Consulta un padre con su hijo de 10 años porque tiene lesiones en ambas manos, en especial de las palmas. Le cuentan que las presenta hace un tiempo y que han empeorado. Le pregunta ¿cuánto tiempo? y el padre que es de pocas palabras, responde que hace un tiempo.

Revisa al niño, lo encuentra bien en general; las lesiones de las palmas no impresionan agudas, están enrojecidas con signos de inflamación con pápulas pequeñas, levemente escamosas con lesiones por rascado y sin signos de infección, no presenta lesiones semejantes en otros lugares del cuerpo y el resto del examen clínico es normal.

a) ¿Cuál es su impresión diagnóstica?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b) ¿Qué pregunta realizaría para identificar la causa?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) Ud. piensa que las lesiones son por manipular alguna sustancia que le provocó una alergia de contacto. No quiere culpabilizar a la familia; ¿qué preguntas realizaría para encontrar la causa y explicar la necesidad de evitar el contacto?

.....

.....

.....

.....

.....

d) El padre cuenta que fabrica ladrillos en la casa y que trabaja un tío, un primo y algunos vecinos y que su hijo ayuda. Esta es una posible situación de trabajo infantil, vista como “ayuda”. ¿Qué hace?

.....

.....

.....

.....

.....

2 Aldana

Aldana, una niña de 9 años, consulta a la guardia con una lesión cortante de 3 cm en antebrazo izquierdo, acompañada por una persona que dice ser una vecina. Esta persona le explica que conoce a los padres de la niña, que están trabajando y que Aldana se cortó con un cuchillo.

La lesión no es grave, es superficial y lineal, parece por un cuchillo o vidrio.

El corte solo requiere desinfección y tres o cuatro puntos que se resolverá fácilmente. Pero Ud. duda del relato de la acompañante y ve a la niña muy asustada.

a) Ud. sospecha posible episodio de violencia familiar
¿Qué conducta toma?

.....

.....

.....

.....

.....

b) La niña sencillamente relata que estaba preparando la leche, para los hermanos que tenían hambre y cortando las tostadas con el cuchillo grande y como el pan estaba duro se le resbaló y se cortó el brazo. Que estaba asustada porque la mamá le había dicho que cuidara bien a sus hermanos. No era una situación de violencia familiar, era trabajo infantil doméstico.

¿Qué conductas tomaría ante esta situación de trabajo infantil doméstico?

.....

.....

.....

.....

.....

Compare sus respuestas con las que figuran
en la **Clave** de Respuestas.



Conclusiones

Existe el trabajo infantil en la Argentina y son muchos los niños visibles e invisibles que trabajan en la ciudad y miles en el campo. No es cierto que si no resolvemos determinantes importante como la pobreza es poco lo que podemos hacer. Hay acciones concretas que ayudan a la erradicación como la Asignación Universal por Hijo, la ley de prohibición del trabajo por debajo de los 16 años, las becas, las leyes y acciones en defensa de los derechos, los programas para capacitar a los padres en al búsqueda de trabajos decentes, las inspecciones, las experiencias mencionadas de la sociedad civil, pero todo lo hecho no es suficiente. El sector salud y muchos otros integrantes de la sociedad, necesitamos mayor compromiso para acciones diarias que construyen. Hay tareas que podemos desarrollar como las mencionadas de sensibilizar, concienciar, prevenir, detectar, atender, registrar, notificar y erradicar el trabajo infantil es una parte de la tarea, no culpabilizar a

las familias, desnaturalizar una tradición y los mitos que justifican el trabajo infantil, es necesario conversar con la comunidad. Para erradicar el trabajo infantil falta mucho por hacer. El Estado debe profundizar todas las acciones existentes y desarrollar otras, como reglamentaciones para terminar con el trabajo a destajo o por cantidad, que obliga a las familias a que trabajen todos sus miembros para ganar más. Sin embargo, es imprescindible el trabajo conjunto de todos los sectores sociales junto a organismos gubernamentales y ONG. En cada provincia el equipo de salud, debe integrar y fortalecer las organizaciones que están trabajando hace tiempo en esta problemática social y compleja.

**Por el derecho a jugar,
a la salud y la educación
NO AL TRABAJO INFANTIL.**

Lecturas y páginas web recomendadas

1. MTEySS, Conaeti, Unicef. Despertando Conciencia junto a la sociedad civil. Buenos Aires. 2008.
2. OIT Argentina. Ministerio de Trabajo Empleo y seguridad Social. El Trabajo Infantil en la Argentina. Análisis y desafíos para la política pública. 1ª edición. Buenos Aires. 2007.
3. Provincia de Buenos aires. Ministerio de Trabajo. Comisión Provincial para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. Unicef. Construyendo Territorios Sin Trabajo Infantil. Herramientas para la gestión compartida de estrategias integrales frente al trabajo infantil con enfoque de Desarrollo local. 2010. www.trabajo.gba.gov.ar - www.unicef.org/argentina
4. Rey Mendez P, Varela M, Miorin S, Stonski T, Moro W. MTEySS: Por una niñez sin trabajo infantil. Material teórico operativo sobre la problemática del trabajo infantil. Buenos Aires. 2006.
5. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad social (MTEySS), Conaeti. Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del trabajo infantil. 2009. www.trabajo.gob.ar/conaeti
6. Convención sobre los derechos del niño: Texto completo, disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNcdn.pdf
7. Ley 26390: texto completo disponible en: http://www.trabajo.gba.gov.ar/documentos/legislacion/copreti/Ley_26390.pdf
8. Convenio 138: texto completo disponible en: www.trabajo.gov.ar/conaeti/legislacion/files/.../convenio_138.doc
9. Convenio 182. www.ilo.org/public/spanish/.../ilc/.../com-chic.htm
10. Unicef. <http://www.unicef.org/argentina/spanish/>

Bibliografía consultada

1. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Conaeti. Consejo Federal del Trabajo y Unicef. Ley 26.390 Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente. 1ª edición. Buenos Aires. 2009.
2. UNI Global Unión. La problemática del trabajo infantil en las Américas. 1ª Edición. Buenos Aires. 2009.
3. Pigna F. Diario Clarín Zona. La injusticia del trabajo Infantil. Buenos Aires. Agosto 2007.
4. MTEySS. Conaeti. Unicef.OIT. Manual para la construcción del observatorio regional sobre trabajo Infantil y Adolescente. Buenos Aires 2009.
5. Pido la Palabra noviembre dos mil nueve. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe y Conciencia. 2009.
6. OIT. INDEC. MTEySS. Infancia y adolescencia. Trabajo y otras actividades económicas. Primera encuesta. Análisis de resultados en cuatro regiones de la Argentina. Primera edición, Buenos Aires. 2006.
7. Castels R. La metamorfosis de la cuestión social. Ed. Paidós. Buenos Aires.1995.
8. Forastieri, V. El trabajo de los niños: riesgos para la salud y la seguridad. OIT. 2003.
9. Goffman I: Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 2001.
10. LLomovate S. Adolescentes trabajadores: su vida, escuela y trabajo. Dto. Nro. 42. FLACSO. Buenos Aires. 1987.
11. MTEySS, CONAETI, PNUD, OIT, UNICEF. Marco metodológico y herramientas de intervención para modalidades de trabajo infantil agrícola en el NOA. Informe Final. Mimeo. 2007.
12. OIT- MTEySS y UNICEF. Discursos y percepciones sobre el trabajo infantil: sus causas y consecuencias. Provincia de Misiones - Argentina. Vol. I y Vol. II Equipo de investigadores/as de la Carrera de Política Social del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento.

Clave de respuestas. Ejercicio de Integración y Cierre

A. Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados



1. Verdadero.

2. Verdadero.

3. Verdadero.

4. Falso. Muchas veces no hay retribución económica y sigue siendo trabajo infantil.

5. Verdadero.

6. Verdadero.

7. Verdadero.

8. Verdadero.

9. Verdadero.

10. Falso. Se debe indagar el tipo de trabajo, las causas del mismo y trabajar con la familia y la escuela el problema. Es importante conectar a la familia con alguno de los organismos (COPRETI) o programas que se ocupan de brindar estrategias a estas familias.



B. Responda las siguientes consignas

- 1** Trabajo infantil: “Toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niños y niñas, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o trabajo, o que no han finalizado la escolaridad obligatoria o que no han cumplido los 18 años si se trata de trabajo peligroso”
- 2** Con respecto a la edad mínima, existen dos criterios para definirla: 1) La edad mínima no podrá ser inferior a la edad en que cesa la instrucción obligatoria establecida por la legislación del país. 2) La edad mínima de incorporación al empleo teniendo en cuenta lo peligroso que pueda ser la tarea para la salud, la seguridad o la moralidad no debe ser menor a 18 años.
- 3** Modalidades frecuentes de trabajo infantil en Argentina: trabajo doméstico en su propia casa o para terceros. El cuidado de hermanos menores.
En la vía pública, pidiendo propinas, venta ambulante, limpiavidrios, cartoneo.
Trabajo agrícola, preparación de la tierra, siembra y cosecha de frutas y verduras. Cuidado de animales, fumigación en áreas rurales.
En la industria textil, calzado, vidrio, cuero y minería.
En la construcción. Trabajo en ladrilleras. Etc.
- 4** Trastornos músculo-esqueléticos: dolor, fatiga muscular, agotamiento, contractura, esguinces, etc. Frente a estos síntomas se debe indagar posibles trabajos en minas o canteras, trabajo en la construcción, fabricación de ladrillos, talleres textiles o de tejidos, confección de calzado o curtiembres, fabricación y comercialización de pinturas, trabajo en puertos (estibadores, changarines), trabajo rural (agricultura y/o ganadería), talleres de reparación de automóviles, cirujeo/cartoneo, basurales, trabajo doméstico.
Trastornos respiratorios: dificultad respiratoria, tos, dolor, obstrucción bronquial, retracción intercostal, alergia, etc. Frente a estos síntomas se debe indagar, además de lo anterior, posibles trabajos en elaboración de piezas de mármol, fábricas de cerámica o vidrio, mataderos y procesado de carne, trabajo en cámara frigorífica, trabajo con petróleo, madera, solventes y carbón, trabajo con herbicidas y pesticidas, estaciones de servicio.
- 5** En las provincias las COPRETI: allí se puede realizar la notificación de niños en situación de trabajo y las oficinas o Secretarías de promoción y protección de los derechos.
Programa Porvenir (Salta, Jujuy y Misiones).
Programa Proniño.

**C. Analice y resuelva las siguientes situaciones****1****Gastón**

- a) Las lesiones impresionan una dermatitis alérgica y la localización le sugiere una dermatitis de contacto.
- b) Si tocó algún producto o jugó con alguna planta.
¿Dónde viven, qué hay alrededor de la casa? ¿En qué trabaja el padre? ¿La familia tiene algún emprendimiento familiar? ¿Qué hace el niño cuando vuelve de la escuela?
- c) Tendría que realizar un seguimiento de las lesiones y conversar con la familia, ver sus creencias y cultura.
- d) Dejar registrada esta situación en la historia clínica y la sospecha de trabajo infantil. Solicitar ayuda de asistente social si hay o citar para control al papá y conversar de esta situación con riesgos y consecuencias en la salud y la educación del niño.

2**Aldana**

- a) Trataría de calmar a la niña, le explicaría que es chiquito el corte, se va a curar y no te dolerá y le pediría amigablemente que cuente: ¿Qué te pasó? ¿Cómo fue? ¿Qué estabas haciendo?
- b) Registrar en la historia clínica que la causa del accidente es porque la niña estaba realizando trabajo infantil doméstico y anotar el domicilio.
Solicitar ayuda de la asistente social si hay y/o citar para control en 48 hs. para controlar la herida a la mamá y papá y conversar de esta situación con riesgos y los accidentes consecuencias en la salud de la niña y sus hermanos.
Orientar a la familia como resolver la situación para que no ocurra un accidente más grave. Buscar ayuda en las redes comunitarias.

Anexo I

COMISIONES PROVINCIALES PARA LA PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL (COPRETI^s)

REGIÓN CENTRO

BUENOS AIRES

Presidente: Oscar Cuartago, Ministro de Trabajo.

Coordinadora: Dra. Nelly Mendoza, Asesora Ministro de Trabajo.

Dirección: calle 7 n° 222 entre 36 y 37, La Plata (1900).

Teléfono: (0221) 482-4438 int. 115, (0221) 424-9909 int. 121 y (0221) 429-3658.

Equipo: Lic. Juan Brasesco, Lic. Claudia Bulog, Lic. Adriana Aguirre.

Mail: copreti@trabajo.gba.gov.ar

CÓRDOBA

Presidente: Dr. Omar Sereno.

Dirección: Laprida 753, Ciudad de Córdoba (5000).

Teléfono: 0351-4341520/21.

Equipo: Lic. Nora Verde, Lic. Nelida Huespe, Lic. Mariana Roige

Mail: copreti@cba.gov.ar

ENTRE RÍOS

Presidente: Sr. Oscar Balla, Director de Trabajo.

Equipo: Lilitiana Garey.

Dirección: Buenos Aires 166 (3100) Paraná

Teléfono: 0343-4207986/987.

Fax: 0343-4207984.

Equipo: Lic. Zaida Jaime.

Mail: patonola@hotmail.com

LA PAMPA

Presidente: Dr. Roberto Marcelo Pedehontaa, Subsecretario de Trabajo.

Coordinadora: Gabriela Spósito.

Dirección: Lisandro de la Torre 257, (6300) Santa Rosa,

Teléfono: (02954)-564031/428593 (02954) 422029 (directo),

Mail: subtrabajo@lapampa.gov.ar

SANTA FE

Presidente: Dr. Carlos Rodríguez, Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Coordinadora: Lic. Silvina de Valle.

Director de trabajo Infantil: Sr. José Luis Bermúdez.

Dirección: Rivadavia 3051, 1° piso, (3000) Santa Fe

Teléfono: 0342-4577173/457-3176/7024/3182 457-3337

Mail: mtyss_copreti@santafe.gov.ar

jlbermudez@santafe.gov.ar

jose_luis_bermudez@hotmail.com

silvinadevalle@yahoo.com.ar

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Coordinadora: Dra. Gabriela Signes,

Dirección: Lima 221 3° (1073) CABA,

Teléfono: (011) 5371-4983,

Mail: infantilt@yahoo.com.ar

REGIÓN CUYO

LA RIOJA

Presidente: Nicolás Alfredo Mazza, Subsecretario de Trabajo.

Coordinadora: María Beatriz Miguel.

Dirección: Av. Laprida. Edif. del Ex hogar escuela. Centro Administrativo Provincial. Sector Este. (5300) La Rioja.

Teléfonos: 03822-453780/74/453746.

Mail: mariabetriz_80@hotmail.com

MENDOZA

Presidente: Dr. Guido Gabutti

Coordinadora: Lic. Dora Balada, Subsecretaría de Trabajo y Seguridad Social.

Equipo Técnico: Lic. Bárbara Simón, Lic. Ángeles Angulo, Lic. Lino Oviedo.

Dirección: Av. San Martín 601 (5500) Mendoza

Teléfono: 0261-4413346/4413351.

Fax: 0261-4239833.

Mail: copreti@mendoza.gov.ar

SAN JUAN

Presidente: Dr. Luis Salcedo Garay.

Coordinador: Roberto Correa Esbry, Dir Relaciones Laborales.

Dirección: Santa Fe 77 Oeste (5400) San Juan.

Teléfono: 0264-4203506.

Mail: copreti_sanjuan@yahoo.com.ar

SAN LUIS

Presidente: Alberto Lindow, Jefe de Prog. Relaciones Laborales.

Equipo Técnico: Maria Cecilia Yunta.

Dirección: Colon y 9 de Julio 6to. Piso CP (5700)

Teléfono: (02652) 430492.

Mail: copretisl@sanluis.gov.ar

REGIÓN NEA**CORRIENTES**

Presidente: Dra. Laura Vischi, Subsecretaria de Trabajo.

Coordinadora: Mariana Avila.

Dirección: San Juan 1222, casi Belgrano. (3400) Corrientes

Teléfono: (03783) 476043; 03788-433191.

Mail: crecersintrabajoinfantil@gmail.com

CHACO

Presidente: Ing. Oscar Domingo Peppo, Ministro de Gobierno y Justicia. Subsecretaria de Trabajo,

Secretario: Sr. Enrique Paredes, Subsecretario de Trabajo

Coordinadora: Nélica Beatriz Maldonado.

Dirección: Marcelo T de Alvear 145-4 piso Edif. B (3500)-Resistencia Chaco.

Teléfono: 03722-448019 /420122.

Mail: nebel.i@hotmail.com

FORMOSA

Presidente: Sr. Gustavo Valdez, Subsecretario de Trabajo.

Dirección: Brandsen 1037, Formosa (3600)

Teléfono: 03717-430167,

Mail: jgv1496@hotmail.com

MISIONES

Presidente: Ministra de Trabajo: Dra. Claudia Gauto

Coordinador: Dr. Juan Carlos Agulla, Subsecretaría de Trabajo.

Equipo: Lic. Omar Mora Sade.

Dirección: Santa Fe 343 (3300) Posadas

Teléfono: 03752- 447637/38/(int. 120).

Mail: depto_trabajoinfantil@yahoo.com.ar

REGIÓN NOA**CATAMARCA**

Presidente: Subsecretario de Trabajo Ing. Jorge Alberto Zar.

Teléfono: (03833) 459674.

Dirección: Caseros 812 1° Piso (4709) San Fernando del Valle de Catamarca.

Teléfono: (03833) 642838.

Fax: 03833-422002

Mail: copreticatamarca@hotmail.com

JUJUY

Presidente: Dr. Gastón Galíndez, Director Provincial del Trabajo.

Coordinadora: Dra. Mabel Vargas.

Dirección: Lavalle 621 esquina Salta (4600) San Salvador de Jujuy.

Teléfono: 0388-4221214.

Fax: 0388-4244120.

Mail: Mabel Vargas: mab_vargas@hotmail.com
dirtraju@imagine.com.ar; renejujuy@hotmail.com

SALTA

Presidente: Dr. Rubén Fortuny.

Coordinadora: Profesora Dora del Carmen Gudiño, Jefa de Programa.

Teléfono: (0387) 437-3231/4250-849.

Mail: donagudi@hotmail.com

Dirección: Alvear 435 Piso, 1ª (4400) Salta.

Teléfono: (0387) 432-9395/431-0708/431-4639.

Mail: todo.asutiempo@hotmail.com

SANTIAGO DEL ESTERO

Presidente: Dr. Walter Aseff, Ministro de Justicia, Trabajo y Derechos Humanos.

Dirección: Absalon Rojas 401 (4200) Sgo. del Estero.

Equipo: Graciela Arias, Lic. Andrea Spinello.

Teléfono: Copreti: (0385) 424-2203 (directo) 450-5008/5010/9193.

Mail: andraspinello222@hotmail.com
subsecretariadetrabajo@hotmail.com

TUCUMÁN

Presidente: Dr. Eduardo Fernández, Subsecretario de Trabajo.

Coordinador: Dr. Jorge Blasco, Director de Trabajo

Dirección: Junín 264 (4000) San Miguel de Tucumán.

Teléfono: (0381) 421-8678.

Mail: secgobierno@tucuman.gov.ar;
trabajoyempleo@tucuman.gov.ar

REGIÓN SUR**NEUQUÉN**

Presidente: Dr. Oscar Soto, Subsecretario de Trabajo.

Dirección: Bahía Blanca y Félix San Martín, Piso 1
Neuquén 8300.

Teléfono: 0299-449-5408 o 447-3309.

Mail: copreti@neuquen.gov.ar

RIO NEGRO

Presidente: Sr. Ricardo Ledo, Secretario de Estado
de Trabajo.

Coordinadora: Sra. María Rosa Gil.

Equipo Técnico: María Elena Togni.

Dirección: Rivadavia 55, 1° piso, (8500) Viedma.

Teléfono: 02920- 428071/431091.

Mail: ceti@trabajo.rionegro.gov.ar

SANTA CRUZ

Presidente: José Raúl Santibáñez, Subsecretaria de
Trabajo y Seguridad Social.

Coordinador: Miguel Ángel Díaz, Dirección de Empleo.

Dirección: Rawson 37, Río Gallegos (9400) Santa
Cruz.

Teléfono: 02966-430860/434613.

Mail: empleo@styss.gov.ar; mdiaz@styss.gov.ar

TIERRA DEL FUEGO

Director de Trabajo: Dr. Mario Lavado.

Coordinadora: Sra. Carolina Benítez.

Dirección: Fadul 204, Ushuaia (9410).

Teléfono: 02901-436095.

Mail: carolain323@hotmail.com,

EL SUEÑO

**El sueño infantil es también un proceso madurativo
Negarse a ir a dormir es parte normal del desarrollo
El buen dormir se enseña y se aprende**

RECOMENDACIONES

Saludarlo al irse de casa, evitando esconderse
Ayudarlo a diferenciar el día de la noche
Después de cenar, jugar tranquilos para que se vaya relajando
No utilizar la TV como “chupete” ni como “canción de cuna”

Ofrecerle un objeto (muñeco o sabanita) para que lo acompañe, permitirá conciliar el sueño más fácilmente

Acompañarlo cuando comienza el sueño

Iniciar el sueño nocturno donde dormirá toda la noche

Darle el pecho en el lugar donde dormirá
Acostarlo semidespierto
Cuando se despierta en la madrugada calmarlo tocándolo y hablándole



Es de noche, hacé noni



PRONAP

10

Sociedad Argentina
de Pediatría



Por un niño sano
en un mundo mejor

100 AÑOS

Por un niño sano en un mundo mejor

¡ESTABLECER RUTINAS ES MUY IMPORTANTE!

Siempre dormir en el mismo lugar, donde se despertará en la mañana

Utilizar el mismo horario para paseos, comida, baño

El mejor horario para conciliar el sueño es entre las 20.00 y 21.30 horas

Mamá y papá deben estar de acuerdo en las indicaciones

LAS SIESTAS

Los bebés menores de un año hacen varias siestas por día y suelen dejarlas entre los tres y cuatro años

Deben durar lo que el niño necesita, no hay que despertarlo, esto no mejorará el dormir nocturno

No oscurecer completamente el cuarto



Dr./a:

Esta tirada de 7.300 ejemplares
se terminó de imprimir
en enero de 2011 en



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