

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.org

Vol. III - Septiembre 2006 - Núm. 3

Sumario

Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006. **PAG. 2**

OPINIÓN

Docencia Mir. **PAG. 3**

NOTICIAS

Carta a los socios sobre las elecciones a cargos del Comité Ejecutivo de Junta Directiva de la AEPap. **PAG. 5**

Propuesta de objetivos para la AEPap periodo 2006-2010. **PAG. 6**

Noticias sobre Formación continuada pediátrica. **PAG. 8**

ARTÍCULOS

Papel del Pediatra de Atención Primaria en la atención integral al niño y adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). **PAG. 10**

Cecilia M Gómez Málaga

Artículo de colaboración: Diagnóstico: Sordera. **PAG. 13**

Elena García-Moreno Moruno

Estrella García Gutiérrez



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE GSK



Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, con objeto de promover e incentivar trabajos realizados en el ámbito de la Pediatría en Atención Primaria, convoca el **1º Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006**.

La beca tendrá carácter autonómico y será convocada cada dos años.

La dotación económica para la presente edición será de **3.000 euros**.

BASES DE LA CONVOCATORIA

- Los trabajos presentados podrán versar sobre cualquier tema relacionado con la Pediatría en Atención Primaria, debiendo ser originales no publicados o premiados anteriormente, realizados en el año 2.006 o que estén en curso o vayan a finalizar en el período máximo de un año tras la concesión del premio.
- Podrán presentar sus trabajos los socios de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura que ejerzan su actividad profesional en la Comunidad Autónoma de Extremadura, siendo al menos uno de los autores miembro de la Sociedad.
- El trabajo original y 4 copias deberán ser remitidos por correo certificado a la Secretaría de la Sociedad (Colegio Oficial de Médicos. Avda Colón 21. 06005 Badajoz). En el sobre no deberá figurar ningún remitente. En su interior se incluirá, en sobre cerrado, nombre y dirección completa del autor o autores del trabajo.
- Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 hojas DIN-A4 y deberán estar redactados a doble espacio, con márgenes de 2,5 cm a cada lado y fuente tipográfica de 12 puntos. La memoria del trabajo o proyecto se adaptará, al menos, a los siguientes apartados: Título, Resumen, Antecedentes y Justificación, Objetivos, Material y Método (medios y recursos disponibles), Aplicabilidad y utilidad práctica, y referencias Bibliográficas.
- El plazo de presentación de solicitudes para optar al premio **finalizará el día 31/12/2006**.
- El Grupo calificador estará compuesto por 3 miembros que designe la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, no pudiendo formar parte del mismo los firmantes de los trabajos ni aquellas otras personas relacionadas personal o profesionalmente con alguno de los autores. El fallo será inapelable, pudiendo considerarse desierto; en este caso el importe del premio no sería acumulado a la convocatoria siguiente.
- La entrega del premio tendrá lugar durante la celebración del Foro de Pediatría de Atención primaria de SPAPex, a celebrar en el año 2007. La cuantía del premio se entregará de la siguiente forma: un 25 % a la concesión, otro 25 % tras la entrega de resultados parciales y el 50 % restante al finalizar el proyecto. Del total de la cuantía, se deducirá la correspondiente retención a cuenta del I.R.P.F. del percceptor que será ingresada en la Hacienda Pública de acuerdo con la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y su Reglamento de aplicación.
- El concurso a la presente convocatoria supone la aceptación de estas bases.
- La publicación y difusión del trabajo premiado será realizado, en primer lugar, por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Publicaciones posteriores deberán hacer referencia, siempre, a su vinculación a esta Sociedad.

Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

NOTA : apertura en la página web (a partir de Octubre) de un foro para los socios, donde debatir temas profesionales, con tres temas a proponer:

- > 1. Productividad variable
- > 2. Participación en guardias de hospital
- > 3. Problemas de la pediatría en las zonas rurales



Opinion Grupo Docencia MIR AEPap, sobre documentos correspondientes a la especialidad de Pediatría y sus Áreas y rotación MIR-P por Atención Primaria.

El pleno de la Comisión de Recursos Humanos en su reunión del día 19 de abril de 2006 aprobó una resolución conjunta de los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales para la acreditación de Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas (1, 2).

Los contenidos que nos parecen de especial relevancia son:

1. Aprueba definitivamente la rotación obligatoria de residentes (MIR) de Pediatría por Atención Primaria.

2. Especifica los requisitos generales de acreditación que deben reunir los Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas planteando algunas diferencias sustanciales con los previos:

a. Propone que «Los Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes de Pediatría y sus Áreas Específicas se ubicarán en Unidades Docentes previamente acreditadas para la formación de especialistas en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria».

b. No establece ningún requisito relativo a los tutores de Pediatría de los Centros de Salud.

c. Posibilita que las comunidades autónomas puedan determinar la pertinencia de nombrar figuras docentes específicas para el seguimiento y coordinación de la formación de especialistas en Pediatría durante sus rotaciones por Atención Primaria de Salud.

3. Aporta un Anexo que es el «Programa oficial de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas» (3) que presenta como diferencia significativa respecto al previo la referencia a la rotación obligatoria por Atención Primaria y de la que destacamos:

a. Duración de la rotación 3 meses, siendo aconsejable su distribución en períodos de dos meses (en los dos primeros años y en los dos últimos de la residencia).

b. Lugar de realización. En Centros de Salud integrados en una Unidad Docente acreditada para la docencia en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que cuenten con consultas de Pediatría que reúnan los requisitos específicos de acreditación exigidos al efecto.

Se crea por fin una nueva situación en la que finalmente se inicia la regulación oficial de la rotación de residentes de Pediatría por Atención Primaria pero hay algunos aspectos que no consideramos adecuados y **PROPONEMOS**:

1. Que aunque, de manera operativa, los Centros de Salud acreditados para la docencia MIR en Pediatría tengan que estar inicialmente ubicados en un área o distrito en el que exista una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, la acreditación de los mismos se haga de manera independiente a la docencia MIR en Medicina de Familia.

2. Constitución de una estructura docente para la docencia MIR de Pediatría en Atención Primaria independiente de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. En el documento aprobado se hace constar la necesidad de realizar un seguimiento y coordinación de la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas durante sus rotaciones por Atención Primaria de Salud.

Para realizar estas funciones proponemos tres posibles modelos:

a. Unidades Autonómicas de Docencia de Pediatría de Atención Primaria vinculadas a las Comisiones de Docencia de los hospitales de referencia cuyas características se adaptarían a las peculiaridades de cada autonomía y estarán formadas por: responsables de docencia autonómicos, Pediatras de Atención Primaria en su calidad de tutores de residentes y tutores de Pediatría hospitalarios.



b. Comisiones asesoras de las Unidades Docentes Asociadas según lo propuesto en el texto del grupo de docencia de la AEPap (4)

c. Creación de la figura de un Coordinador para la docencia MIR Pediatría en Atención Primaria en cada área o distrito sanitario en paralelo al Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Las funciones de estas comisiones serían las ya descritas y las de proponer y valorar la acreditación de tutores y de Centros de Salud.

3. Rotación **básica**, con duración de 3 meses siendo el momento adecuado durante el último período de R-2 o al inicio de R-3.

4. Posibilitar una rotación avanzada, para aquellos que opten por su «especialización» en Atención Primaria durante al menos 6 meses en el último año de residencia.

5. Revisión del Programa docente al completo, sin que afirmemos que el que hemos propuesto sea el idóneo (4), si debiera de tenerse en cuenta a la hora de adecuar esa rotación por Atención Primaria.

6. Reconocimiento oficial del papel de **Tutor** al Pediatra de Atención Primaria con documento expreso, recursos y formación necesarios para el desarrollo de su labor.

7. Consideración de la especialidad de Pediatría como especialidad intra y extrahospitalaria y no como una especialidad exclusivamente hospitalaria

8. Ampliación de la Comisión Nacional de la Especialidad con dos vocales representativos del colectivo de Pediatras de Atención Primaria.

Grupo Docencia MIR-AEPap

DOCUMENTOS

1. - Pleno CC RR. HH 4- 4- 06

Proyecto: resolución conjunta de los ministerios de sanidad y consumo y de educación y ciencia por la que se establecen los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas.

2. - Pleno CC.RR.HH. 4 de abril 2006

Acuerdo de la Comisión Técnica de Formación Especializada de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de Salud en los programas formativos de determinadas especialidades en ciencias de la salud.

3. - ANEXO

Programa oficial de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas.

4. - «*Convenio de Colaboración docente entre atención primaria y el hospital general, para rotación de residentes de pediatría*» Grupo de docencia MIR de la AEPap disponible en <http://www.aepap.org>.

Cartas

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

Sociedad de Pediatría
de Atención Primaria de Extremadura

FORO Pediátrico

Colegio Oficial de Médicos
Avda. Colón, 21. BADAJOZ
Por e-mail: jjcuervov@spapex.org





ELECCIONES EN LA AEPap

Estimada/o compañera/o:

Los próximos días 20 y 21 de Octubre, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria celebra elecciones para la renovación de cargos del Comité ejecutivo de su Junta Directiva; es decir, se renuevan los cargos de: *Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero*.

Los pediatras de Atención primaria de Extremadura somos un grupo pequeño, pero muy participativo y comprometido con los fines de AEPap; y nuestra Sociedad -SPAPex- es miembro federado en AEPap desde su fundación.

En los últimos años, AEPap ha crecido mucho en número de asociados y, sobre todo, en fortaleza y representatividad frente a instituciones (nacionales y autonómicas) y demás colectivos profesionales; pero, también, han sido numerosos los problemas a los que ha debido enfrentarse, muy especialmente debido a su «juventud».

La fortaleza de cualquier Asociación la dan sus asociados y los objetivos comunes que persiguen. Por ello, es muy importante en el momento de unas elecciones, reivindicar nuestro derecho individual a elegir a nuestros representantes y dejar constancia de que todos participamos activamente y comprometidos con el trabajo de la Asociación.

Por estos motivos, desde SPAPex queremos contribuir a que estas elecciones sean realmente participativas y conseguir, de una forma transparente, el mayor número de votantes en estas elecciones.

¿Cómo votar?

1. Si vas a acudir al próximo Curso de Actualización en Pediatría de la AEPap, del 19 al 21 de octubre en Madrid, podrás hacerlo allí mismo en la Mesa electoral que estará constituida al efecto; ya sabes, que deberás identificarte con documento acreditativo.

2. Si decides votar por correo, y con objeto de garantizar la confidencialidad y legalidad del mismo, será imprescindible que introduzcas una única papeleta electoral, convenientemente rellena, en sobre cerrado y sin indicación alguna de tu identidad.

Este sobre blanco, con la papeleta rellena en su interior, debe introducirse junto a una fotocopia de tu DNI y un papel con tu nombre y el nombre de SPAPex (Sociedad federada a la que perteneces), en otro sobre, que será remitido por correo certificado a la dirección postal de la AEPap:

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Elecciones 2.006)

C/ Infanta Mercedes, 92 - bajo posterior

La fotocopia de tu DNI debe tener sobreescrita tu firma y la fecha de la firma.

Todas las copias de DNI serán destruidas en la reunión de Junta directiva que seguirá al resultado electoral, siendo nuestro garante de que esto sea así, el vocal de SPAPex.

3. La SPAPex quiere motivar a la participación en estas elecciones y facilitarte tu voto. Por ello, hasta el 13 de octubre recogerá los votos de los asociados que lo deseen para su envío colectivo por correo.

Así, podrás entregar tu voto (recuerda: sobre blanco con la papeleta rellena en su interior) y tus datos acreditativos (fotocopia de tu DNI, con tu firma y fecha de la firma sobreescritas) a cualquiera de los miembros de la Junta directiva de SPAPex o socios delegados que esta designe (por áreas geográficas).

¿A quien votar?: la información sobre las candidaturas que se presentan a estas elecciones podrás encontrarla en la página web de AEPap habilitada al efecto de estas elecciones <http://www.aepap.org/elecciones06/index.htm>. Recuerda que se pueden presentar candidaturas hasta el 5 de Octubre.

La papeleta electoral, así como toda la información sobre candidaturas y el procedimiento electoral, podrás conseguirla a través de la página web de AEPap www.aepap.org.

Y cualquier duda o pregunta sobre estas elecciones puedes dirigirte a la dirección de correo electrónico: elecciones06@aepap.org.

Gracias por tu colaboración; un abrazo

Juan J. Morell Bernabé

Presidente de SPAPex



PROPUESTA DE OBJETIVOS PARA LA AEPap periodo 2006-2010

Candidatura compuesta por:

(Presidente Juan Ruiz-Canela; Vicepresidente: Javier Soriano; Secretario: Rafael S. Polaina; Tesorero: Gloria Orejon

Se aproxima el momento en que debemos celebrar elecciones. En estos años la AEPap ha crecido de manera espectacular, somos en la actualidad la primera de las sociedades de pediatría de atención primaria. Nuestro objetivo debe ser continuar el crecimiento, consolidar lo alcanzado, convertirnos en una sociedad adulta e influyente en la sociedad. Sin perder las raíces y el sentido de nuestra creación.

NUESTRO PRINCIPALES OBJETIVOS

I- LIDERAZGO E IMPLICACION EN ATENCION PRIMARIA Y LIDERAZGO EN LA PEDIATRIA

En nuestro país el pediatra es el responsable de la atención infanto-juvenil de la población española dentro de la Asistencia Primaria de Salud. Los pediatras creemos que esto es beneficioso para los niños. Además el sistema sanitario público español es conocido como uno de los mejores de los países de nuestro alrededor, siendo además universal. La AEPap debe ser una organización éticamente irreprochable, comprometida con la atención pública y defensa del niño

Pero precisa:

- La AEPap necesita seguir extendiéndose por todas las comunidades autónomas, ya que nuestra apuesta es federal y debería existir en cada una de ellas una organización activa y debe consolidarse en todas las demás, en las que su fuerza y liderazgo como representante de los pediatras de AP es muy variable entre las distintas asociaciones.

- Potenciar y estimular la relación entre la AEPap y las asociaciones autonómicas que la integran, de forma que cada asociado perciba la organización como un todo, que forman parte de un proyecto más allá de su comunidad. La AEPap debe hacerse más visible en las autonómicas (más allá de la web, la revista y el curso) y estas entre si: necesitamos visibilidad y cohesión internas.

Sin embargo precisamos de relacionarnos con otras organizaciones:

- Con la Asociación Española de Pediatría en una relaciones basadas en el respeto, sumando nuestra troncalidad que es una fortaleza, con nuestra convicción de hacerla evolucionar a una gestión más participativa y donde la atención primaria este más reconocida.

- Relación preferencial y unidad de acción en los temas profesionales con la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria, con la que nos complementamos pero resaltando nuestra vocación por la atención pública

- Mantenimiento de reuniones con otras sociedades científicas de Atención Primaria y fomento de grupos de trabajo conjuntos sobre temas de interés común.

- Con la Administración sanitaria central y todas los organismos dependientes de ella, en todos aquellos aspectos relacionados con la salud infantil en los que es necesaria una mayor presencia e influencia de la Pediatría de AP.

- Establecimiento de un marco estable de relación con los sindicatos representativos en sanidad y las secciones de sanidad de los partidos políticos para tratar temas de interés para nuestro colectivo.

II COMUNICACIÓN CON LA SOCIEDAD

- Impulsar el mantenimiento, consolidación y difusión de las publicaciones propias de la AEPap, como la Revista Pediatría de Atención Primaria, haciéndola accesible a todos los socios. Asegurando la difusión más amplia posible de Evidencia en Pediatría e Infopadres

- Seguir impulsando la web de la AEPap y procurando que se mantenga todos los servicios existentes y promoviendo otros que la constituyan en principal fuente de información, foro de discusión y producción científica para todos los pediatras de atención primaria.

- Participación en todos los foros donde sea necesaria la presencia del pediatra de atención primaria



- Trabajando para convertir a la AEPap en una referencia de otros profesionales sanitarios y para la opinión pública, sobre la atención del niño.

- Disponer de una persona responsable de comunicación que gestione esta línea estratégica vinculado con el acuerdo del comité ejecutivo y la junta que permita:

- Realización de la cobertura informativa de los diferentes actos o reuniones que desarrolle la AEPap y con un plan específico de comunicación para todos los eventos que se organicen

- Elaboración y difusión de comunicados de prensa sobre las diversas actividades de la sociedad: documentos técnicos, presentación de publicaciones y cursos.

- Gestión de entrevistas y artículos de opinión para prensa, radio y televisión de los miembros de la AEPap

- Apoyo a las sociedades federadas en la comunicación fomentando la creación de vocales de prensa

- Elaboración de una base de datos de expertos, entre los diferentes grupos de la sociedad, que actúen como sus portavoces en aquellas ocasiones que se precise una opinión técnica por parte de la AEPap

- Habilitar posibles vías de incentivación que faciliten la participación de los representantes de la AEPap en actividades de prensa en representación de la misma

- Dispondrá de recursos profesionales para su realización

III MEJORAR LAS ACTIVIDADES DE FORMACION DE LA AEPAP

- Consolidación del Curso Anual con un diseño que incorpore mejoras pero mantenga su calidad

- Considerar la propuesta de la itinerancia en una sesión simultánea anual, ya que el curso esta saturado para nuevas ediciones en el año.

- Mejorar la coordinación e información entre las distintas actividades organizadas por las federadas, para favorecer el intercambio de alumnos y ponentes entre ellas.

- Creación de una estructura estable de formación que apoye a la formación continuada y

que contribuya a que todos los grupos, sociedades autonómicas, AEPap, curso monográficos y que sea transparente.

- Responsabilizar a una persona en la junta de la AEPap que vinculado al comité ejecutivo tenga en este ámbito su principal actividad. Este departamento de formación debe innovar e impulsar cursos a distancia que sean de interés para nuestros socios y se receptiva a la aplicación de nuevas tecnologías para nuestros asociados: conexión a Internet, cursos en CD-ROMs.

- Servir de apoyo e impulso de las actividades de las sociedades autonómicas que lo soliciten, ofertando apoyo

- Continuar desarrollando una base de datos de formadores con sus habilidades, localización y predisposición

IV COMUNICACIÓN INTERNA Y DESARROLLO PROFESIONAL

- Fomento del Grupo profesional y Defensa del perfil profesional del PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA en los diferentes ámbitos: Administración, sindicatos y partidos políticos, Universidad e Instituciones académicas, OMC.

- Impulso de plan estratégico en cooperación con otras sociedades de pediatría. Que de impulso del estudio de las necesidades de pediatras en función de variables sociodemográficas y de morbilidad para el siglo XXI , clima organizacional , sea capaz de hacer visible la aportación del pediatra al cuidado del niño

- Realización de foros de debate sobre el futuro profesional del Pediatra y recopile toda la información acerca de acuerdos y convenios autonómicos, nacionales e internacionales que giren en torno a las aspiraciones profesionales

- Creación de un boletín de información periódica

- Impulsar la Asamblea de Socios y propiciar una mayor participación

- Organización y potenciación de los grupos de trabajo existentes garantizando la adecuación de sus actividades y su desenvolvimiento

- Comprometer a financiar una reunión anual para los grupos operativos a cargo de la AEPap



- Impulso de la creación a través de Internet de foros de discusión entre los socios fundamentalmente orientados hacia los grupos de trabajo

- Elaboración de la normativa de los grupos de trabajo AEPap

- Creación de nuevos grupos de trabajo con objetivos y tareas definidos, recogiendo las iniciativas de los socios y coordinándolas.

V POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN

- Aumentar la implicación de las sociedades federadas y conseguir una mejor posición de los pediatras en la investigación en atención primaria.

- Intentar la creación de un grupo de trabajo sobre este tema

- Fomentar el trabajo en redes de investigación aprovechando sinergias

- Programar cursos, talleres y seminarios en metodología de la investigación en cada actividad organizada por la AEPap

VI FORMACION DE RESIDENTES

- Participación activa en el programa docente de formación de residentes de pediatría,

- Revindicar nuestra inclusión en la comisión nacional y participar en la organización de la rotación MIR por pediatría de atención primaria

- Conseguir el reconocimiento de los tutores de pediatría de atención primara

- Conseguir la creación de una estructura en atención primaria que la apoye

- Establecer un cupo de plazas en cada actividad formativa organizada por la AEPap para residentes, con cuotas inferiores a las del resto de inscritos.

Noticias sobre Formación continuada pediátrica

Próximos Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de interés para pediatría de Atención primaria:

Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura propuestos por la

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex):

- Salud bucodental en pediatría.

A celebrar en: Mérida, 16 al 18 de octubre de 2.006

Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura propuestos por el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI):

1. Curso: Habilidades para el trabajo en equipo en el entorno comunitario

A celebrar en: Don Benito, días 26 y 27 de septiembre

Dirigido a: profesionales sanitarios (con dedicación preferente a atención infantil) y trabajadores sociales de los EAP, Unidades de Salud Mental y Coordinadores y/o responsables.

2. Curso: Atención a la salud infantil desde Atención primaria

A celebrar en: Mérida, días 3, 4 y 5 de octubre
Dirigido a: enfermería de Atención primaria con labor preferente en atención pediátrica

3. Curso: Habilidades de comunicación con niños y familiares en situaciones difíciles

A celebrar en: Badajoz, días 6 y 7 de noviembre

Dirigido a: pediatras, enfermeras y trabajadores sociales del SES

4. Curso: Problemas cotidianos de conducta en la infancia (2ª edición)*

A celebrar en: Plasencia, días 11 y 12 de diciembre

Dirigido a: pediatras, médicos, enfermeras y psicólogos con atención preferente al niño en el nivel primaria

Otro Curso previsto que puede resultar interesante:

- Curso sobre Maltrato infantil: detección y notificación de casos

A celebrar en: Cáceres (18 al 20 de septiembre), Badajoz (4 al 6 de octubre) y Mérida (27 al 29 de noviembre)

Dirigido a: profesionales sanitarios de SES

Para más información y obtener el modelo de solicitud (en Anexo), consultar el DOE de 8 de junio de 2006; <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2006/6700/06061513.pdf>



XCIII Reunión de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura

Fecha: 10-11 de Noviembre de 2006, Sede de la Reunión: Puerto de Santa María (Cádiz).

Viernes 10 de noviembre de 2006

16,30-18,00 1ª MESA REDONDA DE RESIDENTES.

El Residente en la Urgencia Pediátrica:

Moderador. Eduardo Martínez-Boné Montero. Hospital Infanta Elena. Huelva.

1. Cefalea en la Urgencia Pediátrica. Residentes del HUMI Badajoz.

2. Dolor Abdominal. Residentes del HU Virgen Macarena, Sevilla.

3. El niño politraumatizado. Residente del Hospital de Jerez de la Frontera.

18.00-18.15 Descanso.

18.15-19.45. Talleres simultáneos.

Pruebas alérgicas con Phadiatop. Laboratorios Dr. Anselmo Andrés. HU Virgen de Valme. Sevilla.

Insulinoterapia práctica. Dra Ana Lucía Gómez Gila. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

RCP Pediátrica Básica e instrumentalizada. Dr. JA Soult. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

19.50 Acto inaugural.

- Memoria del Dr. Antonio González Meneses.

20.15-21.00

-Entrega del Premio Nestlé

-Conferencia.

Sábado 11 de noviembre de 2006

9.30-10.30 1ª Sesión de póster.

Sesiones Simultáneas.

10.30-12.00 MESA REDONDA DE ATENCION PRIMARIA.

Salud Mental Infantil en Atención primaria.

Moderador. Carmen Gutiérrez Moro. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Puerto Real (Cádiz).

1. Identificación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Dr. Julián Vaquerizo Madrid. Unidad de Neuropediatría y CEDEX. HUMI de Badajoz.

2. Retardo del Lenguaje. Mª Luisa Vidal Verdú. Unidad de Salud Mental Infantil y del Adolescente del HU de Puerto Real (Cádiz).

3. El espectro autista. Dr. Rafael Camino. Unidad de Neuropediatría HU Reina Sofía. Córdoba.

12,30-13.40 COMUNICACIONES ORALES.

14.00-16.00: Almuerzo.

16.00-17.00 Asamblea Reglamentaria.

17.30-19.00: 3ª MESA REDONDA.

Avances en Especialidades Pediátricas.

Moderador. Dr. Ignacio Arroyo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

1. Avances en Cardiología. Dr. José Santos de Soto. Unidad de Cardiología Pediátrica. HU Virgen del Rocío de Sevilla.

2. Avances en Cirugía Pediátrica. Dr. Juan Carlos De Agustín. Servicio de Cirugía Pediátrica. HU Virgen del Rocío de Sevilla.

3. Avances en Cuidados Intensivos Pediátricos Dr. Sebastián Quintero Otero Unida de Cuidados Intensivos Pediátricos. HU Puerta del Mar. Cádiz.

19.00-19.30 Descanso.

19.30-20-30. 3ª Sesión de póster. Sesiones Simultáneas.

I Jornadas del medicamento. Plasencia 24-29 de Noviembre de 2006.

Uso adecuado del medicamento: tarea de todos.

Las jornadas estarán compuestas por mesas redondas y talleres. Más información en www.spapex.org



PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y ADOLESCENTE CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Cecilia Matilde Gómez Málaga.

PAP CS Pueblonuevo del Guadiana (Badajoz)

DEFINIENDO EL PROBLEMA:

El TDAH es un trastorno crónico de la conducta, con una base neurobiológica, que afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto de:

- regular su nivel de actividad: «hiperactividad»
- inhibir o frenar sus pensamientos o comportamientos: «impulsividad»
- prestar atención a las acciones que realizan: «inatención».

El niño con TDAH tiene gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse, presenta un nivel alto de actividad inadecuada para su edad, se distrae muy fácilmente y es muy impulsivo.

Se estima que afecta a un 3-7% de niños de hasta 14 años. (1.7% al 17%).

El problema de niños no diagnosticados y, por tanto, no tratados, es su repercusión a medio y largo plazo, con disminución del rendimiento escolar y subsiguiente fracaso escolar; con repercusiones en la esfera social y emocional: problemas de relación por impulsividad, frecuente rechazo social, alteraciones de la conducta, conductas desafiantes, abuso de drogas. Sin tratamiento correcto suele alcanzar profesiones o trabajos por debajo de su capacidad.

Además un porcentaje importante lleva asociados otros trastornos psiquiátricos (comorbilidad).

Entre un 11 y un 68% seguirán con TDAH en la etapa adulta, teniendo dificultades en el ámbito personal, familiar y laboral.

El pronóstico del TDAH dependerá de la inteligencia, del nivel sociocultural, comorbilidad, apoyos escolares y sociales recibidos.

El diagnóstico precoz y una intervención terapéutica multidisciplinar adecuada va a permitir el desarrollo normalizado de estos niños.

¿QUÉ ES LO QUE CAUSA EL TDAH?

Hay una base genética demostrada, que interacciona con factores medioambientales, durante el embarazo (tabaco y alcohol), al nacimiento (prematuridad, bajo peso, isquemia cerebral), adversidad social.

Se ha demostrado una alteración en la transmisión de neurotransmisores (serotonina y dopamina) entre los lóbulos prefrontales y ganglios basales del cerebro. Las partes afectadas del cerebro son las que configuran el sistema cognitivo-ejecutivo.

Función ejecutiva: como planificar una acción, iniciarla, monitorizar si la estamos haciendo bien o mal, darse cuenta de y corregir errores, ver si estamos siguiendo el plan, evitar distracciones por estímulos irrelevantes, rechazar interferencias, poder ser flexibles si las circunstancias cambian y ser capaz de acabar la acción.

Tienen alterada la memoria de trabajo, la autorregulación de la motivación y del afecto, la internalización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis.

DIAGNÓSTICO DEL TDAH

Un diagnóstico correcto y a tiempo es el primer paso para un buen manejo del TDAH y para la prevención de sus complicaciones.

Generalmente son los padres, profesores, psicólogos escolares, pedagogos o pediatras los que primero sospechan un TDAH.



El diagnóstico es clínico.

El diagnóstico actualmente se basa en los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, estableciendo además tres tipos de TDAH: global o combinado, de predominio inatento o de predominio hiperactivo.

Estos síntomas deben cumplir las siguientes características:

- comenzar antes de los 7 años
- persistir al menos durante 6 meses
- aparecer en varios ámbitos. Domicilio, colegio, entrenamientos...
- originan deficiencias o dificultades para realizar sus actividades conforme a las normas generales, dificultándoles a alcanzar su potencial; debe haber pruebas del deterioro social y académico u ocupacional.
- no debe haber compromisos en las alteraciones sensoriales, y los síntomas no se explican por otro problema psiquiátrico o del desarrollo.

Además podemos encontrar otros problemas como consecuencia del déficit de atención e hiperactividad:

- retrasos en habilidades cognitivas
- deficiencias en el control de las emociones
- variabilidad temporal
- deficiencias en memoria
- problemas de rendimiento escolar
- problemas de autoestima
- problemas emocionales

EVALUACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA ANTE SOSPECHA DE TDAH

Entrevista clínica:

Antecedentes personales.

Antecedentes familiares

Relaciones familiares y sociales

Síntomas DSM-IV.

Examen físico.

Exámenes complementarios: no son necesarios.

Evaluación educativa . Cuestionario de Conners no confirma el diagnóstico, sino que lo sugiere o lo reafirma, y ayuda a su seguimiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ¿QUÉ PUEDE PARECER TDAH Y NO SERLO?

Problemas sociales y ambientales: ambiente poco afectivo, poco estructurado, falta de supervisión de adultos, padre o madre con trastorno mental, abuso de drogas, problemas de maltrato,

Problemas de inteligencia normal-baja o inferior a la normal. Problemas de aprendizaje verbal o no-verbal, cuyo tratamiento es apoyo psicopedagógico.

Alteraciones sensoriales (hipoacusia), alteraciones endocrinológicas (hipo o hipertiroidismo), alteraciones en la nutrición (malnutrición o inadecuada), alteraciones neurológicas, trastornos neurológicos (epilepsia, síndrome X frágil).

Medicamentos: teofilinas (asma), antihistamínicos (alergias), antiepilépticos, exceso de cafeína, pseudoefedrina, intoxicación por plomo.

Abuso de drogas: alcohol, marihuana, cocaína, speed, éxtasis, LSD..

Problemas psiquiátricos: trastorno del comportamiento disruptivo (trastorno desafiante de la conducta), trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar), trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del espectro autista, trastorno generalizado del desarrollo...

COMORBILIDAD EN NIÑOS CON TDAH

El TDAH frecuentemente (hasta 50% según algunas series) se acompaña de otros problemas en niños. Suele haber más problemas cuanto más tiempo ha pasado el TDAH sin tratamiento correcto.

Los trastornos que con más frecuencia acompañan al TDAH son: el trastorno oposicional-desafiante, los trastornos del humor (depresión o enfermedad bipolar), y los trastornos de ansiedad.

MANEJO DEL TDAH

El niño con TDAH presenta un problema crónico y generalizado que requiere tratamiento



continuado a largo plazo, multimodal y multidisciplinario.

El objetivo principal del tratamiento es mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias.

El pediatra y el médico de familia deberían estar cualificados para hacer una orientación diagnóstica inicial, evaluación, tratamiento y seguimiento de la mayoría de los niños y adolescentes con TDAH no complicado. Las consultas a otros especialistas (psicólogo, psiquiatra, neurólogo) dependerán de la complejidad y comorbilidad que presente el paciente y del conocimiento y experiencia que en este trastorno tenga el pediatra o el médico de atención primaria.

El tratamiento se basa en tres pilares:

1. El tratamiento farmacológico constituye en la mayoría de casos la primera elección y en los casos sin comorbilidad su eficacia es muy alta (70-90%). El fármaco más utilizado es el metilfenidato.

2. Trabajo con la familia: organización de las tareas, intervenciones psicopedagógicas (refuerzo positivo, costo por respuesta), terapias conductuales-cognitivas.

3. Trabajo en el colegio: crear un ambiente adecuado, permite la evaluación y monitorización del tratamiento.

A MODO DE CONCLUSIÓN: ¿QUÉ «PINTA» EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TDAH?

A pesar de su importante divulgación, la atención al niño con TDAH sigue desperdigada entre disciplinas médicas y psicológicas. De ahí la necesidad de centrar su atención en el profesional que estudia su desarrollo, atiende al niño a diario, es más accesible, y mejor conoce su medio familiar: el pediatra de atención primaria. No se trata de que el pediatra se haga un experto en psiquiatría infantil, psicopedagogía, neuropsiquiatría, ..., porque el pediatra ve y trata otros muchos problemas, sino de que tenga los conocimientos suficientes, como los tiene de cualquier otra especialidad médica o quirúrgica, para poder sospechar, diagnosticar el problema, iniciar y mantener el tratamiento si es necesario y posible o decidir que tiene que referir al niño a otro especialista.

Por tanto: el pediatra de atención primaria, por su accesibilidad y continuidad en el cuidado, es parte

esencial en el diagnóstico y podrá, junto a los padres y el profesor, coordinar las intervenciones y monitorizar la evolución, también en el caso en que sea necesario derivarlo a otros especialistas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

Fernández Pérez M y López Benito MM: El pediatra de Atención Primaria y el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid. Exlibris Ediciones, 2004:p. 123-132.

Soutullo Esperón C. Atención a la Comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la Entrevista Psiquiátrica. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid. Exlibris Ediciones, 2004: p.133-152.

Grau Sevilla MD y García Garrido JV. Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid. Exlibris Ediciones, 2004: p.153-161.

Fernández Pérez M, López Benito MM: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: al abordaje. Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 421-432.

Lora Espinosa A : Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. La necesidad de un trabajo conjunto. Monografía de la Asociación de pediatras de Atención Primaria de Andalucía. [en línea][fecha de consulta: 28-IX-2006]. Disponible en: http://www.pediatrasandalucia.org/docs/Hiperactividad_Alf-Lora.pdf

Soutullo Esperón C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Buenos Aires; Madrid; Médica Panamericana Ed, (2004).- (Colección Convivir con-)

Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbrearas FJ: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid; Ergon Ed. (2006).

NOTA: El contenido de este artículo se presentó en Abril de 2006 formando parte de una mesa redonda sobre hiperactividad dirigida a padres y docentes, organizada por la AMPA de Jerez de los Caballeros (Badajoz).



COLABORACIÓN: DIAGNÓSTICO: SORDERA

La información adjunta ha sido elaborada por:
Elena García-Moreno Moruno (Psicóloga) y
Estrella García Gutierrez (Trabajadora Social)
de los Departamentos de Servicios Sociales de ADABA
(Asociación de Deficientes Auditivos de Badajoz).

Estas palabras retumban en la cabeza de muchos padres cuando les comunican en la consulta del especialista que su hijo es sordo y que tienen que ponerle un aparato. Los padres no «entienden» lo que se les dice, o piensan: «Este médico es tonto, se ha equivocado. No puede ser, mi hijo oye perfectamente. Lo que le pasa es que algo lento para hablar, como su tío.»

Sin embargo, a pesar de todos estos pensamientos, salen de la consulta, enfadados, sí, pero también agolpándoseles un montón de ideas en la cabeza: ¿dónde hay otro médico?, ¿qué va a ser de mi hijo?, ¿qué es ese aparato?, ¿no hay operación?. Ahora mismo necesitan que se les respete su sentimiento de «impotencia», sus reacciones emocionales, y más adelante hablar con tranquilidad sobre el diagnóstico.

En Extremadura contamos con la Unidad de Detección Precoz de la Sordera, que inmediatamente al diagnóstico, les habla de un grupo de padres y profesionales al que pueden acudir para ser orientados con respecto a la sordera y sentirse más tranquilos.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA SORDERA DE LA COMUNIDAD DE EXTREMADURA

Dicho programa, promovido por la Consejería de Sanidad y Consumo, trata de descubrir cualquier tipo de sordera en niños recién nacidos y establecer un diagnóstico antes de los 3 meses, o lo antes posible. Para ello se vale de las Otoemisiones Acústicas.

El programa se divide en tres fases:

1.- Cribado: se realiza la prueba de otoemisiones a todos los recién nacidos de la comunidad. Se-

gún el resultado de la prueba, o bien salen del protocolo, o bien se les incluye en vigilancia por pertenecer a un grupo de riesgo, o bien se les repite la prueba. Según los resultados de esta segunda prueba, el niño puede salir del protocolo o derivado a su hospital de referencia para seguimiento con PEATC y establecimiento de un diagnóstico.

2.- Diagnóstico: se realizan PEATC y demás pruebas que se consideren necesarias.

Cuando un niño es diagnosticado de hipoacusia leve es vigilado por los propios padres y por los pediatras dentro del programa del niño sano.

Si el diagnóstico es de hipoacusia moderada se les dan pautas a la familia para estimular al niño en casa y se controla a los 9 meses con PEATC.

Si la sordera es grave, se controla al niño a los 4 meses de edad y se insiste en la estimulación por especialistas, siempre contando con la participación de la familia.

3.- Tratamiento: se realiza con la participación de otorrinos, logopedas, audioprotesistas, pediatras, radiólogos, genetistas, asociaciones de padres y sordos y la propia familia.

Consiste en:

- Estimulación precoz
- Tratamiento logopédico
- Tratamiento audioprotésico

En este momento la familia contacta con:

- ADABA (Asociación de Deficientes Auditivos de Badajoz) para comenzar la estimulación del niño con especialistas y orientar a las familias en cuanto aspectos no médicos de la sordera.



- EOEP Específico de Deficiencia Auditiva de la Consejería de Educación para seguimiento rehabilitador del niño y proceso de escolarización.
- CADEX (Centro de Atención al Discapacitado Extremeño) para su reconocimiento como minusválido y coordinación de la estimulación del niño bien en sus propios centros bien en otros centros autorizados por la Junta de Extremadura, como es el caso de ADABA para niños de 0-6 años.

En todo este proceso, hay determinadas sorderas que no aparecen en estos momentos, bien por que van a ser consecuencias de procesos sobreenvidados como por ejemplo traumáticos, enfermedades, ototóxicos,...., o bien por su propia evolución. Junto con los niños considerados como casos de alto riesgo, constituyen un grupo a controlar por los pediatras en los centros de salud, a través de las consultas o en los controles de niño sano.

Lista de antecedentes de riesgo:

En recién nacidos:

- Antecedente familiar de sordera infantil
- Infecciones intrauterinas como citomegalovirus, rubéola, sífilis, herpes y toxoplasmosis.
- Malformaciones de cabeza y cuello
- Peso al nacimiento menor de 1.500 gr
- Hiperbilirrubinemia que exige exanguinotransfusión
- Uso de sustancias tóxicas durante el embarazo
- Meningitis bacteriana
- Puntuación de APGAR de 0 a 4 al minuto o de 0 a 6 en cinco minutos
- Ventilación mecánica durante 5 o más días
- Síndromes que cursen con sorderas neurosensorial

En niños hasta 2 años:

- Sospecha de sordera por parte de los padres o cuidadores

- Retraso en la adquisición del lenguaje
- Meningitis y otras infecciones relacionadas con hipoacusia neurosensorial
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia o fractura de base de cráneo
- Síndromes que cursen con hipoacusia
- Medicamentos ototóxicos
- Otitis media recurrente u otitis media serosa durante más de 3 meses.

A partir de esta edad, la observación del niño por parte de los padres debe continuar al menos durante el periodo escolar pues un 30 % de las sorderas aparecen tardíamente. Si a cualquier edad se sospechara una posible sordera se debe contactar con el pediatra para efectuar el reconocimiento adecuado y derivarlo, en caso necesario y para descartar cualquier posibilidad de padecimiento de sordera.

En ADABA conocemos casos que si bien los padres han acudido ante la mínima sospecha de dificultad auditiva al pediatra para descartar una sordera, desde las consultas de los especialistas se les ha quitado importancia con comentarios como: «el niño es pequeño todavía, ya aprenderá a hablar», «lo que le pasa es que es un niño muy nervioso», «tan pequeño no podemos saber si es sordo o no»... Estos comentarios, que esperamos escandalicen a quién lea estas líneas, son reales y aún hoy algunos padres los escuchan en las consultas o en los controles del niño sano.

Aprovechemos el tener en Extremadura una Unidad de Sordera como la que tenemos, pionera en España, y no dejemos que ningún niño siga sin ser atendido conforme a su dificultad, tanto a nivel médico, como educativo y social.

CONSECUENCIAS DE UN DÉFICIT AUDITIVO DETECTADO TARDIAMENTE

En relación con el aprendizaje

- Presenta un retraso significativo en los aprendizajes del aula
- Demuestra falta de interés por las actividades que tiene mayor componente verbal



- Tiene dificultad en memorizar canciones y poemas
- Le cuesta mucho aprender conceptos nuevos
- Tiene dificultad en seguir y recordar las indicaciones verbales del profesor
- Copia mucho de sus compañeros
- Presenta, en general, bajo rendimiento escolar

En relación con el desarrollo del lenguaje (tomando como referencia el desarrollo del lenguaje oral de un niño oyente de su misma edad)

- El ritmo de desarrollo del lenguaje es lento
- Utiliza estructuras lingüísticas muy sencillas
- No se le entiende bien cuando habla
- Comete errores en la articulación por no disponer de patrones fonarticulatorios correctos (omisiones, sustituciones,...)
- Tiene dificultades para seguir una conversación larga
- Tiene dificultades para aprender vocabulario nuevo
- Le cuesta contar una historia
- Tiene dificultad para aprender una lengua extranjera

En relación a la lectoescritura:

- Puede presentar mayor dificultad para leer y escribir algunos fonemas y sílabas
- Le resulta difícil realizar dictados, comete faltas de ortografía e incluso puede omitir palabra
- Tiene dificultades en la comprensión de los textos y para responder a preguntas cuyas respuestas no se encuentran explícita en el texto.

En relación con el acceso a la información

- Los periodos de atención son cortos
- No le entretienen las películas ni los cuentos relatados por un adulto

- No presta atención ni participa en asambleas de clase o explicaciones
- Se distrae con frecuencia, sobre todo si hay ruido de fondo o el ambiente es ruidoso
- Necesitan que se le repitan las cosas
- Para oír, gira la cabeza siempre hacia el mismo lado y se lleva siempre al mismo oído los juguetes sonoros
- Dice mucho ¿qué?, ¿eh?,...
- En ocasiones, da respuestas incorrectas a preguntas que, con seguridad, conoce
- Parece oír «sólo lo que quiere»
- Tiene dificultades en responder a órdenes verbales
- Confunde palabras que suenan parecido

En relación al comportamiento, conducta y participación

- Se le puede «etiquetar» como un niño muy movido, distraído, a menudo desobediente o mal estudiante
- Puede manifestar problemas de comportamiento
- Puede presentar conductas inmaduras
- Parece un niño torpe o lento en sus respuestas
- Parece inseguro o frustrado
- Puede presentar baja autoestima
- Se aísla de sus compañeros en ocasiones
- No suele participar en actividades o juegos de grupos
- En general, las relaciones con los compañeros no son buenas

DETECCIÓN DE SORDERA EN NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS

Son pérdidas auditivas difícilmente detectables, ya que en principio no presentan alteraciones graves del lenguaje, por eso hay que prestar especial atención en los siguientes casos:



- *Niños que nacen con pérdidas auditivas, permanentes, leves y medias*: pueden adquirir el lenguaje de forma natural gracias a los restos auditivos, aunque la pérdida esté presente antes del desarrollo del lenguaje oral. No obstante, presentan retrasos del lenguaje y el habla a nivel comprensivo. Estas pérdidas pueden agravarse y convertirse en severas o profundas.

- *Niños con pérdidas auditivas adquiridas, permanentes, de distinto grado*: la pérdida se presenta con posterioridad al desarrollo del lenguaje oral, lo que provoca intervalos donde hay ausencia de información implicando retrasos en el desarrollo cognitivo y lingüístico.

- *Niños con pérdidas auditivas adquiridas y transitorias*: estas pérdidas, ocasionadas por catarras, alergias,...impiden el acceso a la información durante un determinado periodo de tiempo, provocando estados de ansiedad, problemas de conducta, falta de atención, desorientación,...y repercutir de manera negativa en los aprendizajes.

En general, si un problema auditivo, pasa inadvertido durante mucho tiempo, puede provocar dificultad en el acceso a la información y, por tanto, retraso en el desarrollo del lenguaje, bajo rendimiento académico y trastornos de comportamiento.

El entorno más inmediato al niño no reconoce el problema y en consecuencia no responde a las necesidades del alumno de la forma adecuada. El niño siente que le exigen más de lo que él puede y se aísla a nivel comunicativo, apareciendo problemas de integración social y provocando en el niño, si la situación persiste en el tiempo, inseguridad, baja autoestima, aislamiento e inadaptación social, trastornos emocionales y de personalidad,...

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Dentro del itinerario para la orientación a las familias, los padres tienen el derecho a ser informados, orientados y apoyados por los miembros del equipo multidisciplinar dentro de su propia competencia y del campo profesional que a continuación se especifica según las recomendaciones del *BIAP*

- **MÉDICO (otorrino / pediatra)**: debe ser especialista y competente en el diagnóstico y seguimiento del niño con discapacidad auditiva.

En el momento de dar el diagnóstico debe: disponer del tiempo necesario, para informar sobre la sordera y sus consecuencias, dar confianza a los padres en cuanto a sus competencias y las de su hijo.

En el seguimiento inmediato al diagnóstico debe: citar regularmente a revisión al niño y su familia de forma más frecuente durante la primera infancia, disponer del tiempo necesario para escuchar a los padres, informar a los padres de las nuevas posibilidades terapéuticas, informar igualmente al niño a medida que se desarrolla lo vaya permitiendo, ayudar al niño a entender la realidad de su deficiencia auditiva.

- **PSICÓLOGO**: debe favorecer todas las posibilidades de expresión personales para que emerjan las emociones, las expectativas, los comportamientos generados por la sordera del niño, teniendo en cuenta la personalidad de los padres.

- **LOGOPEDA**: es el encargado de las aplicaciones prácticas de las medidas terapéuticas y educativas durante la primera etapa. Debe saber orientar a la familia hacia el miembro competente del equipo pluridisciplinar, debe poder apreciar y reajustar el nivel de asimilación de las informaciones recibidas por los padres, permitir a los padres encontrar y fijar objetivos, proponerles estrategias de comunicación y ayudas para el desarrollo del lenguaje, respetando los límites de implicación de la familia en la educación del niño y el tiempo que necesita para comprometerse en ella.

- **AUDIOPROTESISTA**: debe tener un buen conocimiento del desarrollo del niño en general y del niño con deficiencia auditiva; una sensibilización a las repercusiones de la sordera sobre el sistema familiar y una formación en la adaptación protésica del niño pequeño.

- **TRABAJADOR SOCIAL**: se encarga de asesorar a las familias acerca de las estructuras sociales existentes y prestarles ayuda en los trámites burocráticos.

- **PROFESOR ESPECIALIZADO EN DEFICIENCIA AUDITIVA**: debe estar sensibilizado en cuanto a las repercusiones de la sordera en la familia, conocer el equipo terapéutico y mantener una relación regular.

Mantiene informados a los padres del proyecto pedagógico del centro, busca mantener una cola-



boración regular entre todos los implicados en la educación del niño deficiente auditivo, informa sobre la realidad de la evolución escolar del niño y particularmente sobre los progresos en los aprendizajes, reflexiona sobre los recursos más eficaces que permitan al niño progresar en su escolarización.

PADRES EXPERIMENTADOS: desempeñan un papel original y complementario en el asesoramiento. Por su experiencia pueden ser portadores de un mensaje de realismo y de esperanza. Animamos encuentros interfamiliares que permiten compartir experiencias, expresión de sentimientos, intercambio de informaciones favoreciendo la solidaridad, una formación más precisa en el campo de la sordera y la toma de conciencia familiar.

Cada profesional debe tener un buen conocimiento de las otras disciplinas, sea cual sea su formación de base. No puede jamás:

Emitir un juicio de valor

Llegar a culpabilizar a los padres

Sustituir a los padres

Para asesorar a las familias, deberá:

- Ser sensible a las repercusiones de la sordera sobre el ámbito familiar
- Tener una formación complementaria en técnicas de asesoramiento

La familia es el ámbito natural de desarrollo de la comunicación del niño por lo que será necesario mantener una estrecha relación con todos los miembros del equipo multiprofesional implicados en la educación-rehabilitación del niño deficiente auditivo.

El objetivo de nuestras intervenciones especializadas consiste en devolver al entorno familiar su función natural de modelo transmisor de la competencia comunicativa y lingüística, además de las responsabilidades inherentes a su condición de padres.

ELAPOYO A LA FAMILIA EN ADABA

Teniendo en cuenta todas las implicaciones que la deficiencia auditiva provoca en las familias, ADABA vio la necesidad de desarrollar un programa que atendiera y acogiera a las familias inmedia-

tamente después de la confirmación del diagnóstico. Por ello, a partir del año 97, llevamos a cabo el Programa Padre a Padre, cuyo principal objetivo era dar acogida por parte de padres experimentados, a los que llamamos Padres Guías, a los nuevos padres enfrentados por primera vez al diagnóstico de deficiencia auditiva. Estos PG ofrecen sobre todo su apoyo en estos primeros momentos así como su experiencia como padres de un niño sordo

A partir de los buenos resultados de este Programa Padre a Padre, desde el año 98 ADABA cuenta con el Servicio de Atención y Apoyo a Familias enmarcado en un Proyecto de Intervención Familiar en Atención Temprana, promovido en todas sus ediciones, y a nivel nacional, por FIAPAS y subvencionado por distintas entidades a lo largo de todo este tiempo como por ejemplo Fundación ONCE, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Caja Madrid, Fundación la Caixa,...

Participamos en el programa con el objetivo de orientar y guiar los primeros pasos de la familia en la atención del niño sordo, tanto a nivel de reeducación como de información sobre los recursos con los que cuentan en su comunidad y a los cuales tienen derecho.

Para ello, se realizan entrevistas personales así como elaboración de material formativo para atender las demandas de los padres. En estas entrevistas, en primer lugar sólo se les escucha y suelen entrevistarse con otros padres, si así lo requieren, y técnicos del Departamento de Servicios Sociales de ADABA (orientadora y trabajadora social). Los padres realizan labores de escucha y cuentan sus experiencias, intercambian información y sobre todo hablan de sus sentimientos (Programa Padre a Padre). Los técnicos ofrecemos información sobre los recursos existentes a los que pueden acceder y de qué modo, además de facilitarles material que les permita un primer acercamiento a la sordera de su hijo para entenderla y aceptarla.

En esta entrevista, o posteriores, según cada familia y las necesidades planteadas, también se les ofrece la posibilidad de que su hijo reciba reeducación logopédica y ellos aprendan un código de comunicación con el interactuar con su hijo.

A través del proyecto, también se actúa en otros frentes. Se mantienen contactos frecuentes con el



Equipo Específico de Atención a Deficientes Auditivos, para llevar un seguimiento del proceso educativo y rehabilitador de los niños de 0 a 6 años sobre todo, se tramitan ayudas para audífonos, solicitudes de Certificados de Minusvalías,... y todo aquello que las familias puedan necesitar.

Los objetivos prioritarios de dicho programa son los siguientes:

- 1.- Puesta en marcha y desarrollo del SAAF (Servicio de atención y Apoyo a Familias)
- 2.- Estructurar una red de formación y apoyo a las familias
- 3.- Estructurar una red de Atención Temprana y de apoyo educativo, familiar y social
- 4.- Promover una dinámica sistemática de intervención familiar
- 5.- Seguimiento y evaluación del programa:

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE ADABA

Los padres vienen derivados desde los centros de salud (otorrino o atención al paciente), desde los colegios o el Equipo Específico de Deficientes Auditivos, desde centros audiológicos o por otra familia.

En la primera entrevista sólo es de toma de contacto. Se recoge la mayor cantidad de información para conocer la situación familiar y las características del niño sordo a nivel médico y educativo, para a partir de ese momento detectar las posibles necesidades que puedan existir y comenzar a trabajar con ellos las gestiones precisas para su resolución.

En este momento están presentes la trabajadora social y el coordinador de las acciones con la familia. En determinadas ocasiones y según se desarrolle la entrevista y la decisión de la familia al respecto, están presentes otros padres. Esto hace que la nueva familia se sienta más cómoda y pueda comunicar mejor sus sentimientos y hablar abiertamente sobre la discapacidad.

En esta entrevista la trabajadora social habla a la familia de la asociación, los recursos existentes en la comunidad (ayudas del INSALUD, certificado de minusvalía, prestación por hijo a cargo, ...) y elabora su historia social recogiendo los datos personales, familiares y sociales.

El orientador familiar ha estado pendiente de los sentimientos que pueda tener la familia en estos momentos y las dudas que puedan surgirle con respecto al diagnóstico, las implicaciones reales de la sordera, audífonos e implante coclear, recursos y apoyos a nivel educativo, sistemas de comunicación, ototóxicos, ...

Así mismo, y en caso de que no estén presentes los Padres Guías, se les habla del Programa Padre a Padre y se les pone en contacto con los padres más cercanos a su localidad de origen o aquellos que han pasado por una misma situación en particular, por ejemplos los implantes cocleares También se les ofrece participar en reuniones con otros padres y técnicos.

Se les deriva al logopeda para que valore al niño y marque las pautas de la rehabilitación con el fin de que los padres las conozcan y se impliquen en la rehabilitación.

El seguimiento de la familia se hace por teléfono, entrevistas y recogida de información de otros ámbitos en los que también se atiende a la familia.. A partir de estos medios, se detectan también nuevas necesidades a las que se van dando solución.

Bibliografía

Dossier de Prevención y Atención Precoz de los Problemas Auditivos en edad Escolar

FIAPAS 2005

Bureau International d'Audiophonologie , sociedad científica creada por Real Decreto belga de 24 de marzo de 1.967 y representada en España por el Comité Español de Audiofonología (CEAF)

Guía de Buenas Prácticas para el funcionamiento de los SAAFs

Servicios de Atención y Apoyo a las Familias de personas con discapacidad auditiva