



6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center

Ciudad de Buenos Aires

Mesa redonda



Por un niño sano
en un mundo mejor

El pensamiento complejo: estrategia para la atención de pacientes en la actualidad

Coordinador:

Dr. José Rubén Anderman

Secretaria:

Dra. Esther Huang

Dra. Natalia Regatky

Dra. Karina Gutson

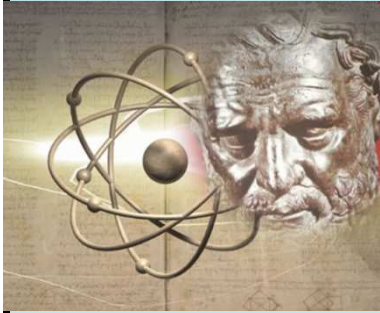
Rol del pediatra para la atención precoz de los trastornos del desarrollo

Prof. Laura Markowicz

Función del educador en un equipo de salud para la asistencia pediátrica

Lic Mónica García Barthe

Pediatría, antropología y procesos de atención



Demócrito de Abdera
460 al 370 a. C.



Euclides 325 265 AC
Geometría tridimensional



René Descartes 1596-1650
Modelo lógico y ordenado
"Res cogitans"(mente)
"Res extensa" (materia)



Isaac Newton 1642-1725
Leyes matemáticas explicativas

Mecanicismo clásico newtoniano.

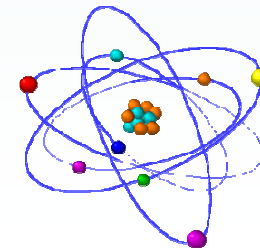
- Causa -efecto-certezas.
- Orden y predictibilidad.
- Determinismo ecuación lineal (una sola variable.)
- Las ecuaciones no lineales se transforman en lineales .



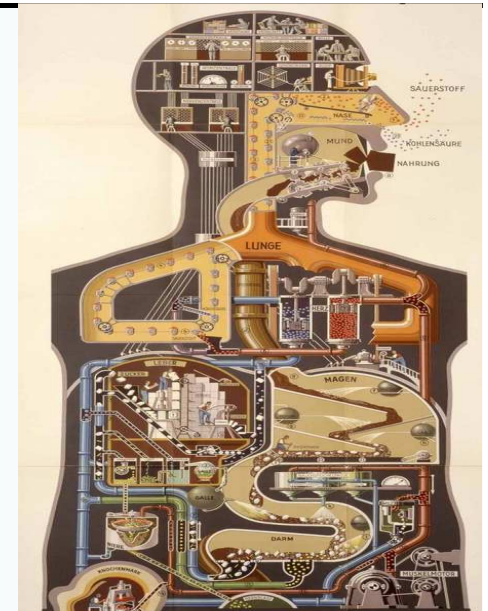
Tiempo



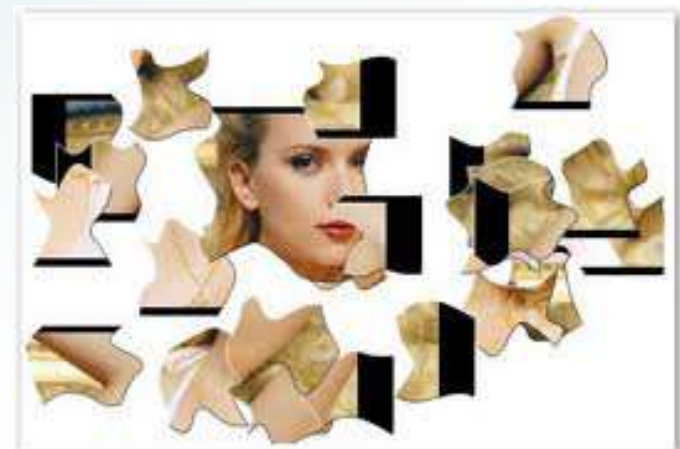
- Tiempo fluir constante y continuo independiente y externos a los fenómenos físicos.
- Materia constituida por partículas últimas , indestructibles con movimientos conocidos

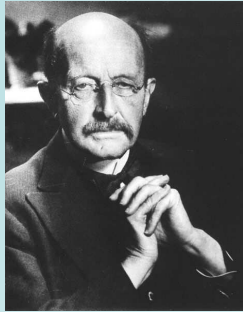


- Ser humano como máquina



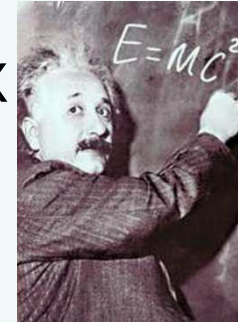
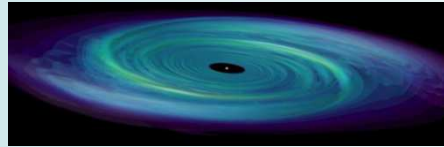
- Hombre enfermo fragmentado





Max Planck 1858- 1947

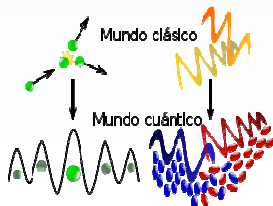
Revolución Científica Siglo XX



Albert Einstein 1879- 1955

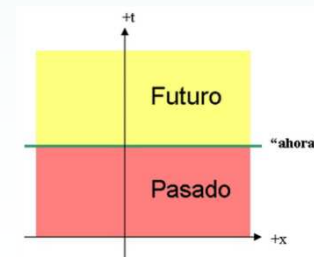
Teoría cuántica

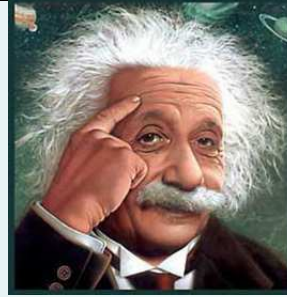
- La radiación no puede ser emitida ni absorbida de forma continua, sino solo en determinados momentos y pequeñas cantidades denominadas cuantos o fotones.
- La materia no existe muestra tendencia a existir.
- Se asocian a propiedades matemáticas en forma de ondas.
- Ondas de probabilidades que nos alejan de la certeza.



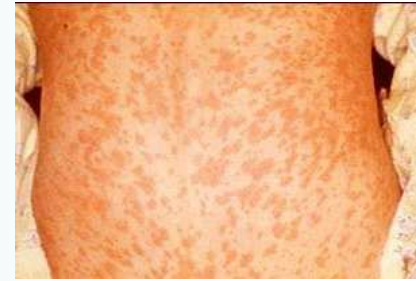
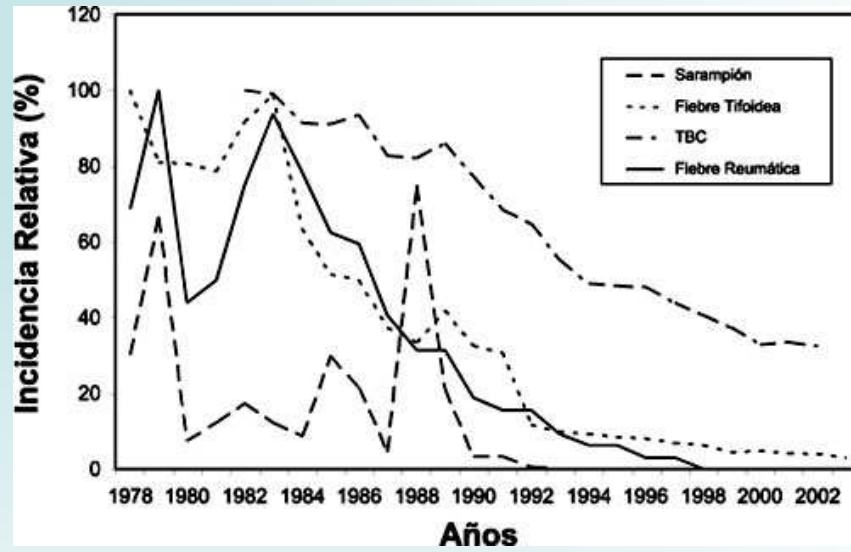
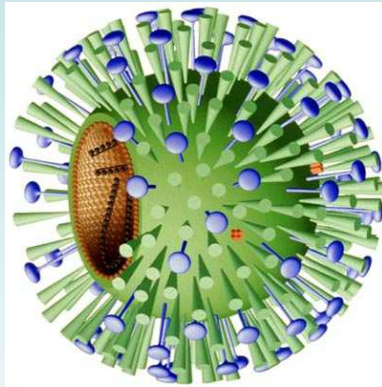
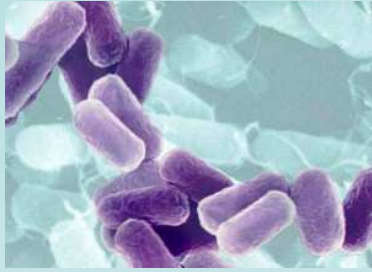
Teoría de la relatividad

- Espacio-tiempo continuo cuatridimensional.
- Espacio curvo causada por el campo gravitacional de los sólidos.
- Espacio curvo la geometría euclidiana pierde valor
- Ninguna magnitud es absoluta depende del observador.





- *Universo deja de ser una máquina considerada como una suma de componentes sino forma parte de un **sistema profundamente** relacionado.*
- ***El tiempo y espacio** dejan de ser absolutos.*
- ***Las partículas** dejan de ser elementales sólidas.*
- ***No es posible predecir** exactamente los comportamientos de los fenómenos ,aunque pertenezcan a sistemas simples.*
- *Los sistemas biológicos, económicos ,sociales y físicos integrados por una gran cantidad de componentes tienen comportamientos azarosos que **invalida el método científico clásico**.*



Cambios epidemiológicos:

➤ *Enfermedades crónicas:*

- Pretérmino extremo



- R.C.I.U.



- Malformaciones congénitas



- Pacientes con necesidades especiales (E.C.N.E.)



- Obesidad



- Caries



- Trastornos del desarrollo



- Mayor sobrevida de pacientes con neoplasias



- Transición de enfermedades de la niñez a la adultez



Cambios epidemiológicos:

- Fracaso escolar



- Violencia escolar



- Violencia familiar (S.M.I)



- Trastornos de conducta



- Dificultad en la crianza



- Patología medio ambiental



- Accidentes domésticos-traumatismos



- Drogadicción-alcoholismo



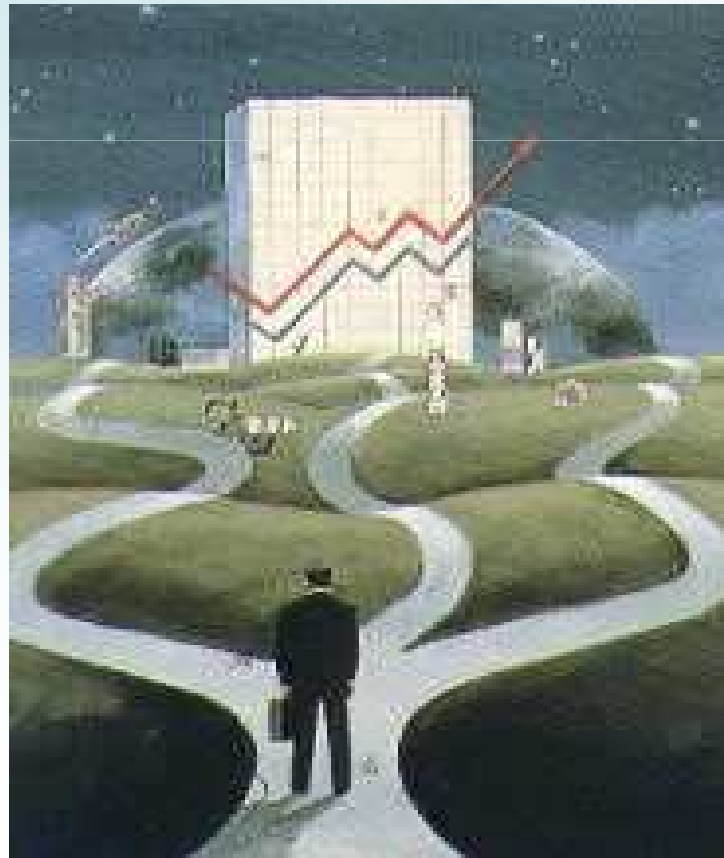
Nuevas configuraciones vinculares

- Familias ensambladas
- Familias mono parentales
- Familias matriarcales
- Ausencia de rol-función paterna
- Familias homosexuales
- Embarazo del adolescente
- Niños de la calle
- Hijos de fertilización asistida

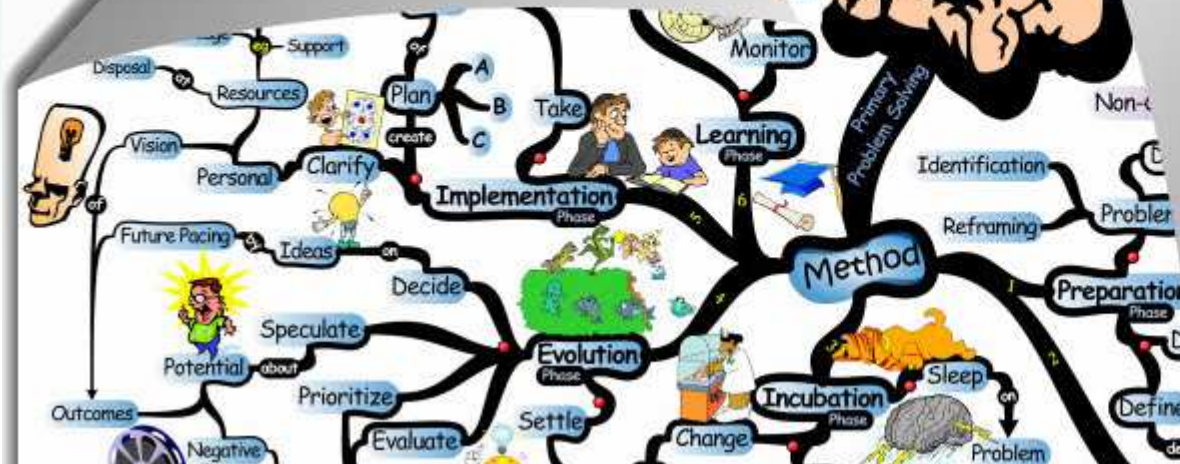
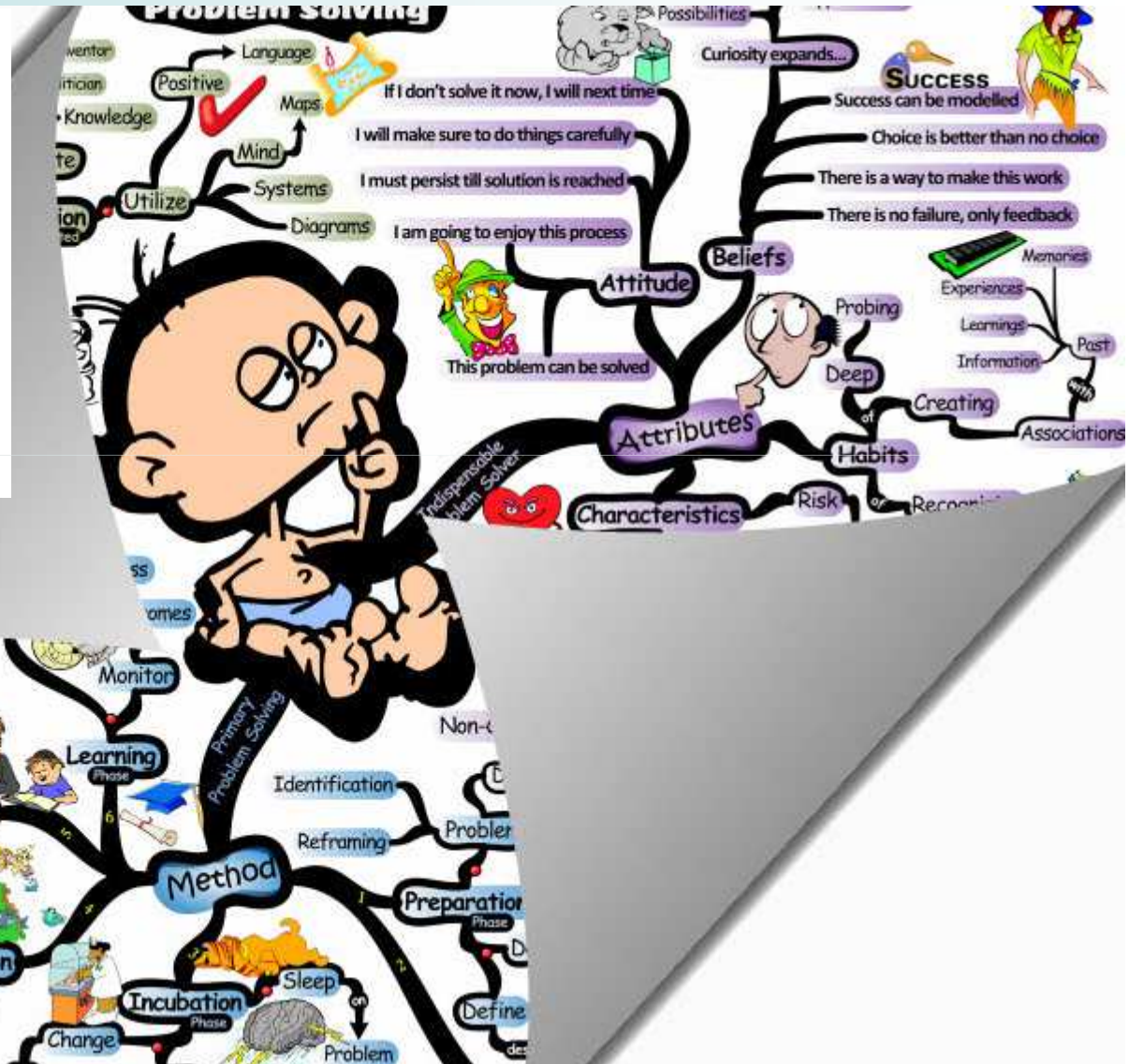
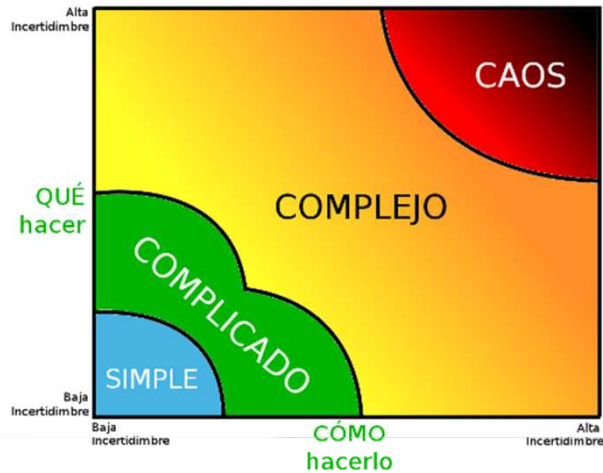




- *La medicina **se estancó en el método mecánico estadístico** interpretando que la naturaleza era regida por leyes lineales necesarias para la interpretación etiopatogénica como terapéutica.*
- *Los fenómenos médicos **no son lineales** sino que tienden al caos como en el resto de la naturaleza.*
- *Lo biológico no contempla la **conciencia humana**.*

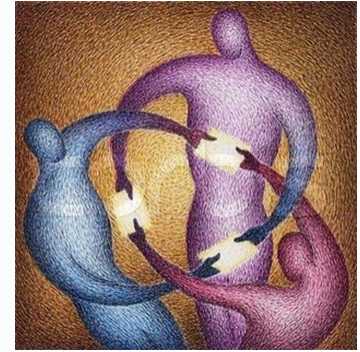


Pensamiento Complejo:



Complejidad

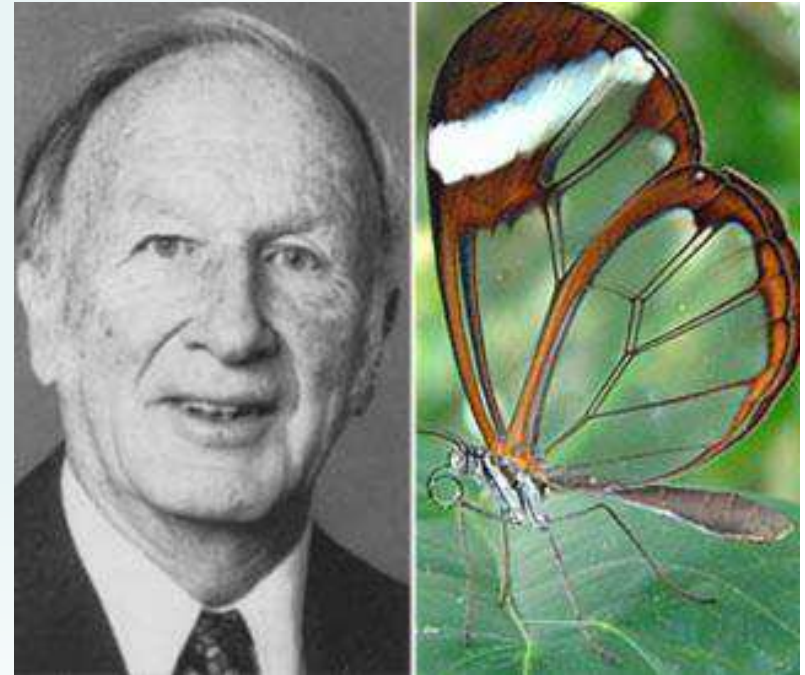
- Teoría información
- Teoría cibernética
- Teoría de los sistemas
- Teoría de autoorganización
- Azar organizador



Teoría del Caos

- Efecto Mariposa

Pequeños y simples cambios iniciales en el punto de partida de un proceso pueden producir grandes e inesperados cambios finales.



Edward Lorenz 1917-2008

Complejidad



- Es el *tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares*, que constituyen nuestro mundo fenoménico.
- El estudio de cualquier aspecto de la experiencia humana ha de ser por necesidad *multifacético*.
- La mente humana, si bien no existe sin cerebro, tampoco existe *sin tradiciones familiares, sociales, genéricas, étnicas, raciales*.
- Solo hay mentes encarnadas en cuerpos y culturas, y que el mundo físico es siempre el mundo entendido por *seres biológicos y culturales*.



Integrar los diferentes niveles:

- El órgano enfermo
- La estructura subatómica
- La conciencia-psiquis
- Hábitat-ecología



Nuevo paradigma

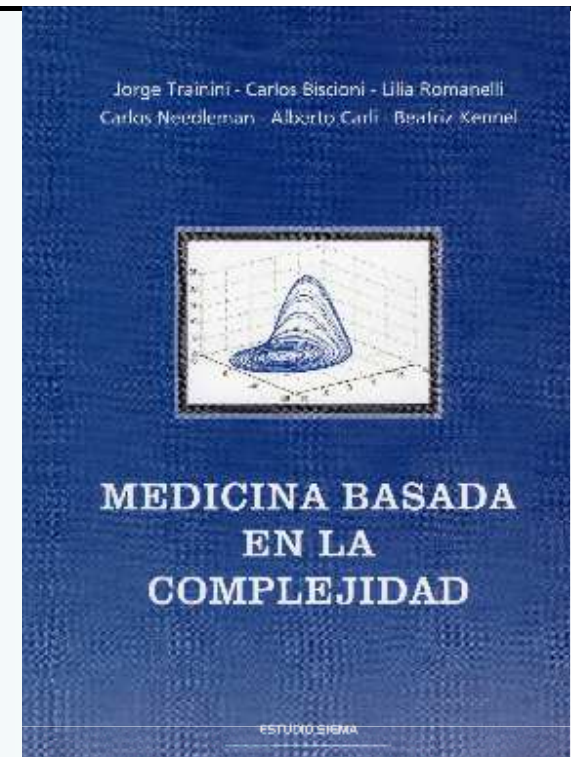
- Orden al desorden (caos)
- Exactitud incertidumbre
- Certeza a la probabilidad
- Observador participante



Dr. Carlos Needleman:

Pensamiento Complejo en pediatría.

Pensamiento Transdisciplinario: *“La transdisciplina es prerequisite para alcanzar la complejidad y comprender así la realidad de cada paciente. Arribar a este estadio, implica un proceso donde el médico, sin perder la identidad de la medicina es capaz de alcanzar un tipo de pensamiento superador del tecnicismo médico.”*





6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center

Ciudad de Buenos Aires

Mesa redonda



Por un niño sano
en un mundo mejor

**El pensamiento complejo: estrategia para la atención de
pacientes en la actualidad**

Rol del pediatra para la atención precoz de los trastornos del desarrollo

Dra. Natalia Regatky

Dra. Karina Gutson

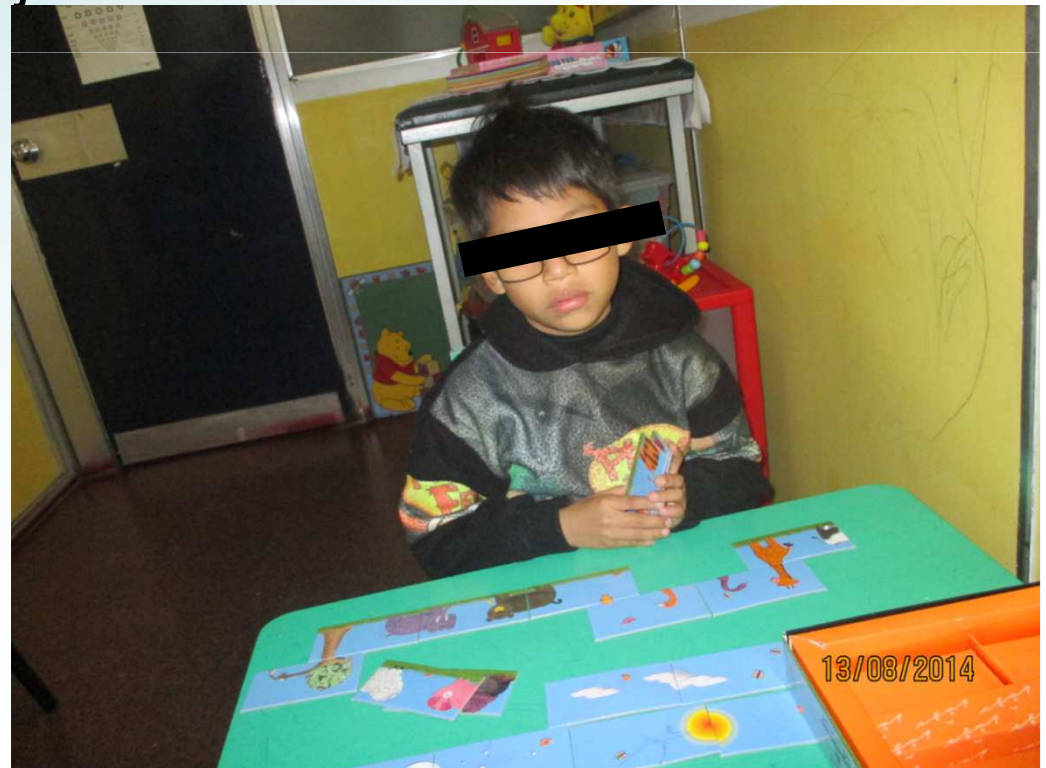
J. H.

7 años 10 meses 17 días

Control longitudinal en el consultorio desde los 11 días de vida.

Actualmente en 2° grado.

Antecedentes de retraso madurativo con importante componente del lenguaje y baja talla.



Edad: 11 días

MC explicito: Control de peso- ictericia

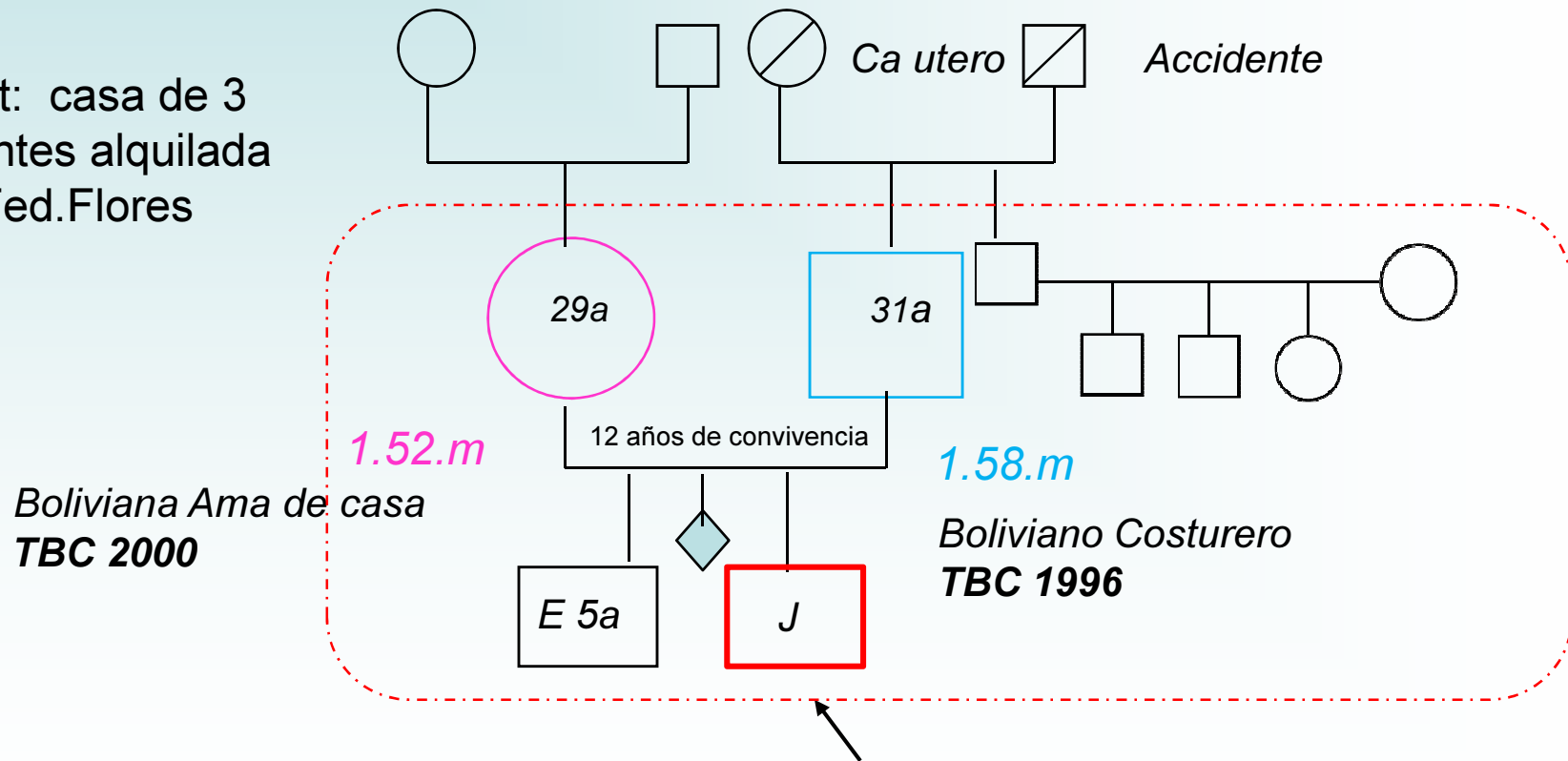
- Emb Controlado: G3 P2 RNT PAEG 39 S
- Peso 2.535 Kg. Talla 47 cm. PC 32cm.
- Peso al alta: 2.320 Kg. (72 hs.)
- Parto: vaginal, Apgar 9-10 Isogrupo iso factor 0 Rh +.
- Vacunas BCG VHB
- Serologías maternas:(-) Pesquisas neonatales y OEA normales.

- RN BEG vital llanto vigoroso, no agotable.
- Peso: 2390 Talla: 47.5 PC: 33 cm.
- *Ictericia* : neonatal fisiológica.
- Alimentación: Pecho +Leche maternizada. *" Se quedaba con hambre"*



Familigrama

Hábitat: casa de 3 ambientes alquilada
Cap. Fed.Flores



Edad	Intercurrencias	Estudios	Conducta	Tratamiento	Observaciones
17 días	ITU (E. Coli)	Eco renal y vesical normal	internado 18 días	Ampi - Genta Cefotaxime .	10 días de tratamiento
1m 20 d	Rechazo al alimento, hiporreactividad				2 días internado
5-7m	Mala progresión ponderal 2 bronquiolitis leves (ref. materna)			trat. quimioproláctico inconstante	Peso:-2.2 DS. Talla:-2.8 DS PC: perc3
7m 20 d		UCGM: normal Uro : Neg.	Uro c/ 3 m. Pautas alimentarias Vacunación Control en 15 días	Fe y vitaminas .	Pecho día por medio. No acepta semisólidos, Suspensión Vit. y el Fe
8m 9	<i>Neumonía bifocal en vértices</i> <i>.A descartar TBC hermano en tratamiento con 3 drogas por TBC</i> Estudios de <i>bajo peso</i> <i>Anemia ferropénica)</i>	PPD, lavado gástrico, baciloscopia .neg. Hemograma igA Ig.G antitrns glutaminasa y estudios inmunológicos normales Evaluación cardiológica y SGD normales.	4 mg/kg./día sulfato ferroso	Cefotaxime- Amoxicilina	10 días internado Evolución favorable al tratamiento antibiótico Mejoría Rx Se descarta TBC
9 m	<i>Anemia</i>		4 mg/kg./día sulfato ferroso		Respuesta reticulocitaria
12 m	<i>3 TEC</i> sin pérdida de conocimiento		Vacunación		Vacunación
1a 3m			Suspendió madre el sulfato ferroso a los 13 meses Reinicio Tratamiento		Destete continua con biberón
1a 8 m			Vacunación		inapetencia ,continua con biberón para dormir
1a 11m		Hb 10.6g/dl Parasitológico/Graham	Contnua con Fe Nitazoxamida		Hermano con oxiuriasis Madre PPD 23mm

Dinámica familiar

- Embarazo no deseado ni planificado. Violencia familiar crónica : Alcoholismo y maltrato físico del padre a E y a su madre, incrementado cuando queda embarazada de J.
- El padre tiene una conducta diferente con cada hijo, con J. es cariñoso, en cambio con su hijo mayor no y lo golpea cuando no desea comer.
- La madre no estaba preparada para este nuevo embarazo de J, refiriendo temor que tenga un "retraso en el desarrollo", comparando la mayor dedicación hacia su hijo mayor cuando tenía la misma edad de J.
- Desde que J. era lactante siempre se le dificultó la alimentación ya que mientras tomaba el pecho "se distraía"
- Conducta que continua hasta la actualidad. Persistiendo maltrato físico y verbal a los niños durante las comidas. Cohabitación obligada sin colecho.
- Historia de violencia en ambos padres cuando eran niños sobre todo a la madre le pegaban cuando no preparaba bien la comida de niña.

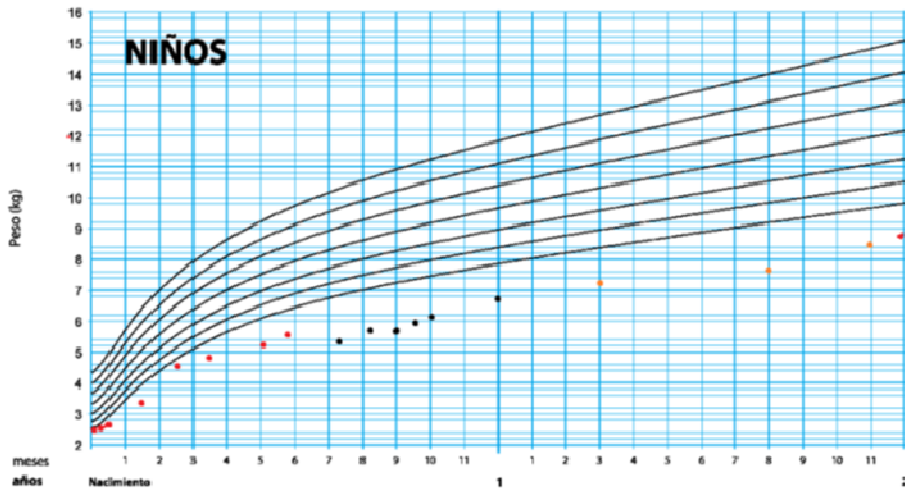
Diagnósticos presuntivos iniciales:

- ITU
- Disfunción familiar mal vinculo madre hijo/ Deprivación psicofectiva.
- Bajo peso secundario a hipo aporte por mala técnica alimentaria.

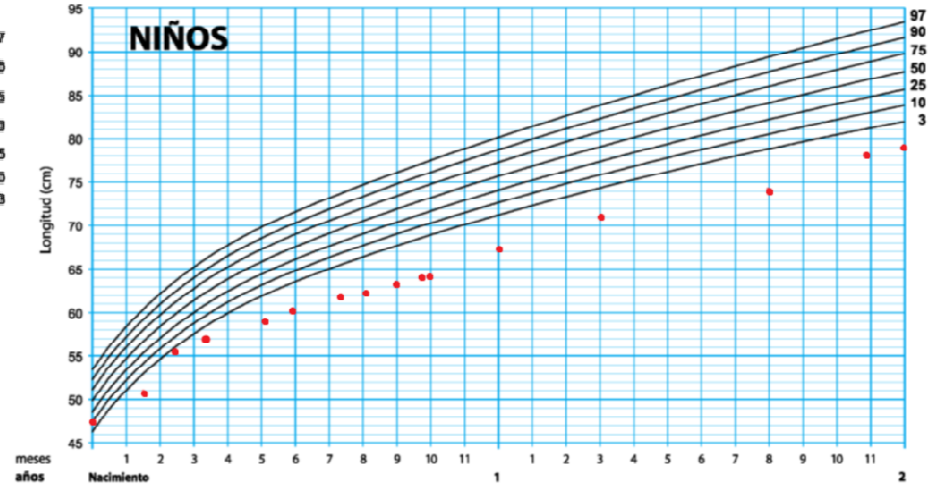
Diagnósticos a los 2 años:

- Desnutrición leve
- Baja talla familiar
- Maltrato emocional

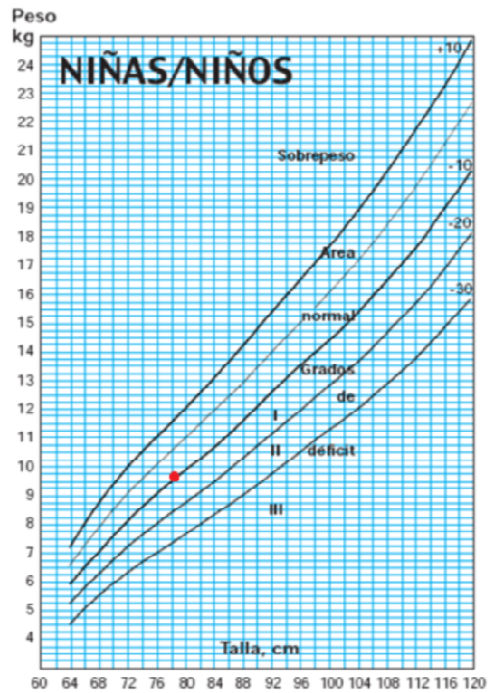
NIÑOS
PESO PARA LA EDAD
 Nacimiento - 2 años



NIÑOS
LONGITUD CORPORAL PARA LA EDAD
 Nacimiento - 2 años



NIÑAS / NIÑOS
RELACION PESO/TALLA
 1 a 6 años



los datos 2006 del Estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrones de crecimiento.

Edad (en meses y años cumplidos)

obre patrón de crecimiento.

NIÑOS
PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD
 Nacimiento - 5 años

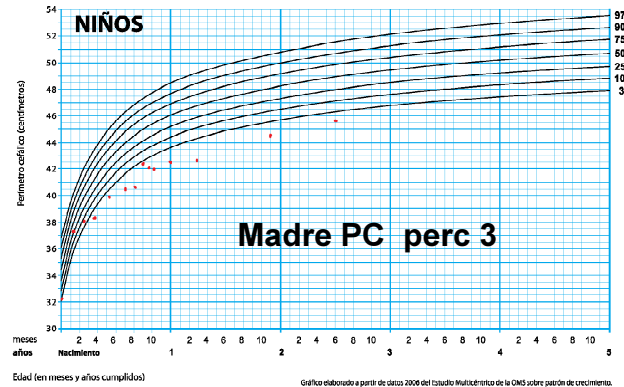


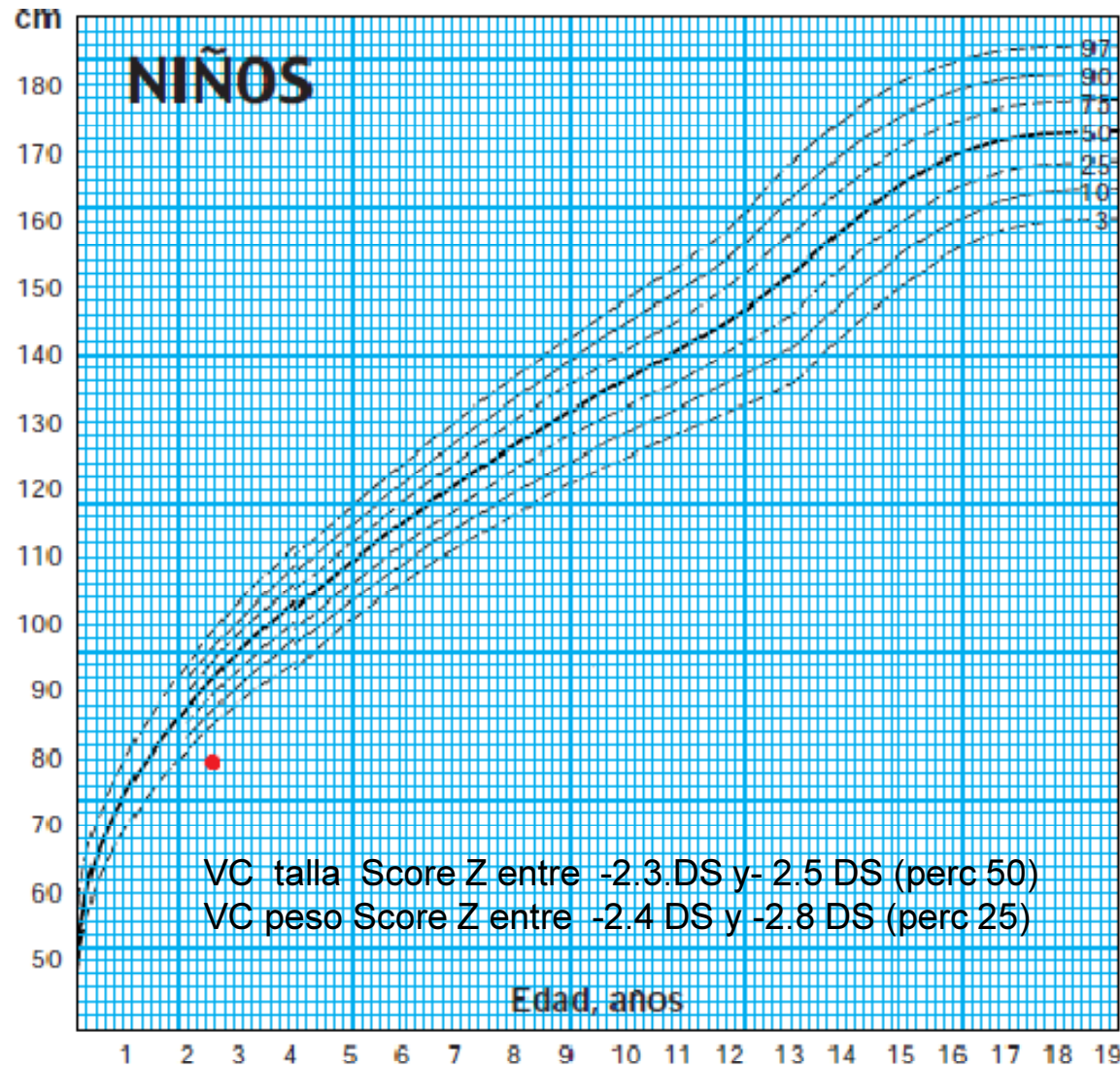
Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del estudio Multicéntrico de la OMS sobre patrones de crecimiento.

P/E 70% Gómez Desnutrición moderada
 P/T 89% Waterlow Desnutrición Leve

NINOS

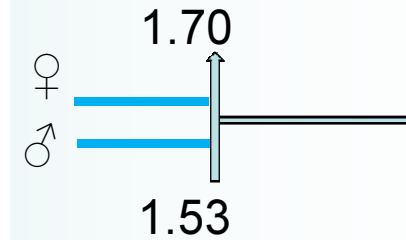
ESTATURA

Nacimiento-19 años



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

Talla objetivo genética



♀: 152cm.
♂: 158 cm.

TOG : $161.5 \pm 8.5\text{cm} = 153$ score Z -2.91

DNM a los 2 años:

Lenguaje: dificultad en el lenguaje expresivo evidenciado en la consulta y según referencia materna emite escasas palabras en su casa (una palabra por día). Lenguaje comprensivo: cumple ordenes simples .

- Diagnostico presuntivo:

Mutismo selectivo: secundario a violencia familiar cotidiana

Hitos del desarrollo



2 meses 20d

7 meses

10 meses

15 meses

18 meses

30 meses

42 meses



Sonrisa Social

Sedestación

Gateo

Deambulación

Mama- Papá

Juego Simbólico

C de esfínteres

No arma frases sustantivo verbo

Evaluación del neurodesarrollo

2 años y medio (30 meses)

- Dificultades en prensión del lápiz, retraído, no comprende consignas, palabra-frase, juego precario para la edad.
- CAT/CLAMS: 77%/73% (bajo).
- Impresión diagnóstica: **Retraso global del desarrollo**



2 años 9 meses

Retraso del Desarrollo



¿Qué entendemos por desarrollo?

Motricidad gruesa
Motricidad fina

Lenguaje
Cognición
Resolución de
Problemas

Desarrollo
socioemocional
Conducta adaptativa

Trayectorias de desarrollo

- **Desarrollo típico:** una etapa evolutiva sucede a otra.
- **Retraso:** 1 o más áreas DEMORAN en desarrollarse.
- **Desviación:** 1 área con desarrollo atípico.
- **Regresión:** desarrollo típico hasta una edad y pérdida posterior de habilidades adquiridas

Trayectorias de desarrollo

Desarrollo típico



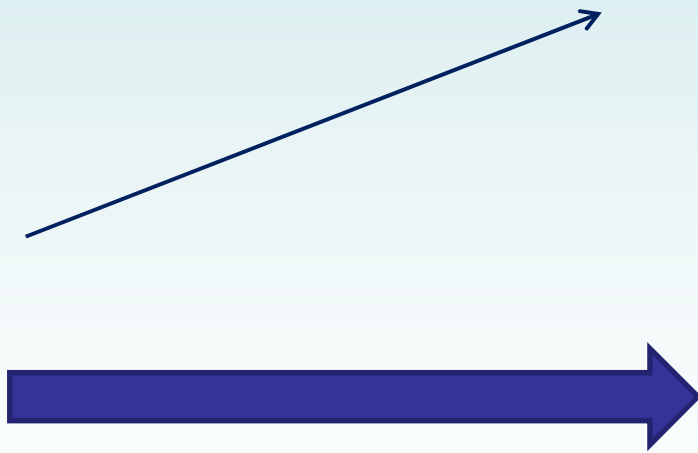
Trayectorias de desarrollo

Retraso del desarrollo



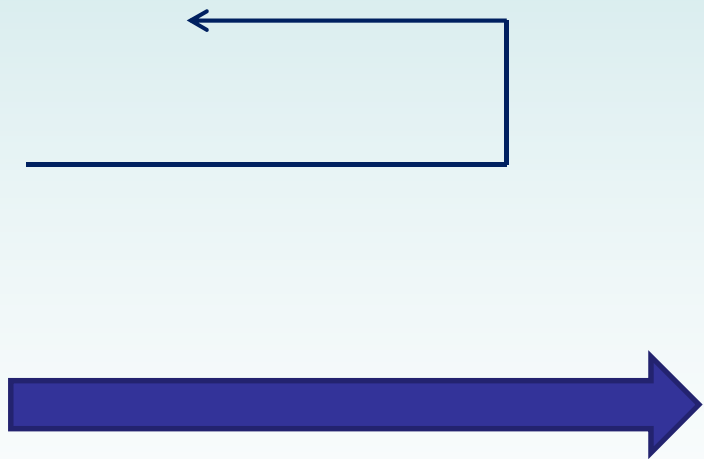
Trayectorias de desarrollo

Desviación del desarrollo



Trayectorias de desarrollo

Regresión del desarrollo



De qué hablamos cuando hablamos de...

- Retraso madurativo
- Retraso global del desarrollo
- Retraso mental
- Discapacidad cognitiva
- Discapacidad intelectual



Retraso del desarrollo en menores de 5 años

- Es un SINTOMA

Que puede indicar la presencia de una discapacidad intelectual reconocible en el futuro.

Hay un retraso madurativo, pero NO hay signos en el momento que permitan un diagnóstico preciso.

Retraso Global del Desarrollo <5 años

Demora significativa en 2 o más dominios del desarrollo

- MG o MF
- Lenguaje
- Cognición
- Social/personal
- Actividades de la vida diaria



Predictivo de
Discapacidad
Intelectual

En niños menores de 5 años

Retraso del desarrollo

Trastorno del desarrollo

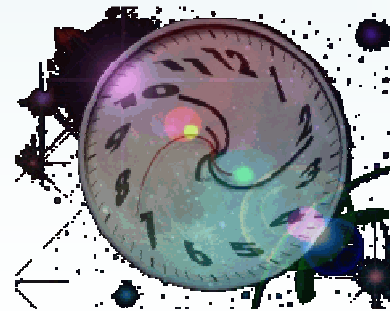
Puede evolucionar:

- **Desarrollo típico**
- **Trastorno**

• **Regresión**

• **Desviación**

¡Siempre es Patológico!



Algoritmo de estudio de un niño con Retraso Global del Desarrollo

Clinical Genetic Evaluation of the Child With Mental Retardation or Developmental Delays

John B. Moeschler, Michael Shevell and and the Committee on Genetics

Pediatrics 2006;117;2304-2316

DOI: 10.1542/peds.2006-1006



GME Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay

Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society

M. Shevell, MD; S. Ashwal, MD; D. Donley, MD; J. Flint, MD; M. Gingold, MD; D. Hirtz, MD;
A. Majnemer, PhD; M. Noetzel, MD; and R.D. Sheth, MD

Rol del pediatra

Valorar
posibles
causas

Detección precoz
e intervención
oportuna

Acompañar proceso
diagnóstico y
terapéutico

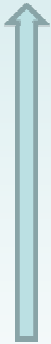
¿Qué hicimos?

- Control oftalmológico.
- Audiometría.
- Laboratorio de rutina y metabólico básico.
- Controles pediátricos frecuentes.
- Comunicación con diferentes terapeutas.
- Evaluación y tratamiento: psicomotricidad, fonoaudiología, orientación psicológica a padres.
- Sugerimos escolarización jardín sala de 3 años.

Hitos del desarrollo



4 años 6.m



6 años



6 años



Reconoce Colores

Dibujo figura humana

Escribe su nombre

Escolaridad



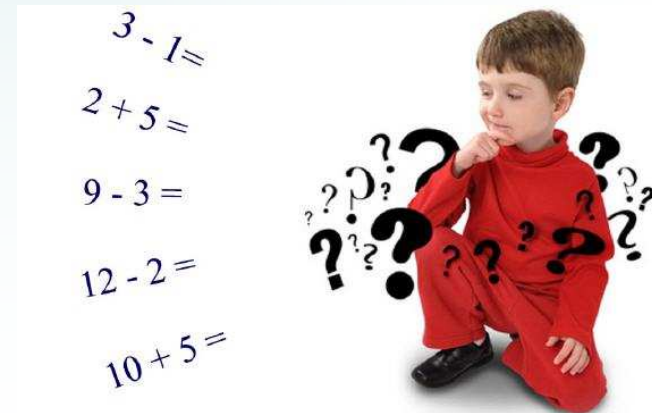
- Inició por recomendación pediátrica sala de 3 años: informe escolar con buena relación con pares y docentes, permanencia tiempo completo con buena adaptación.
- Dificultades en el lenguaje (usa gestos, no palabras para comunicarse) y en el grafismo.
- Requirió proyecto de integración escolar en preescolar y primer grado.



- Dada la persistencia del retraso madurativo y para continuar evaluación etiológica se solicita IC con genética.
- A los 6 años inicia evaluación y tratamiento psicopedagógico.
- Mejoría de trastorno expresivo-comprensivo del lenguaje, se agrega **disfluencia**.
- Se realiza nuevamente derivación a orientación psicológica a padres, sin resultado.

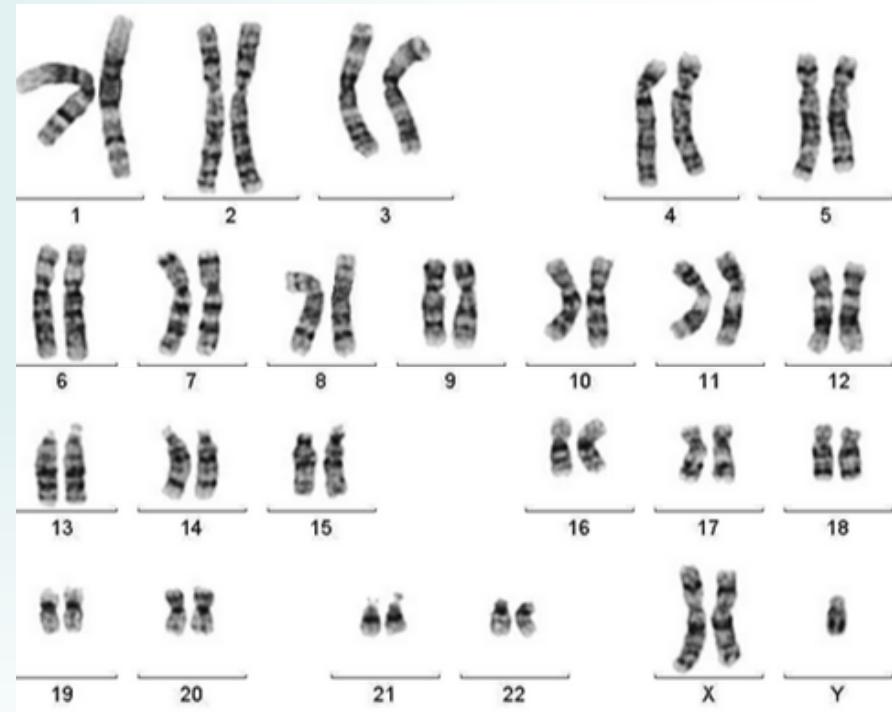
7 años de edad

- Cursa 2do grado. Continúa tratamiento fonoaudiológico y psicopedagógico.

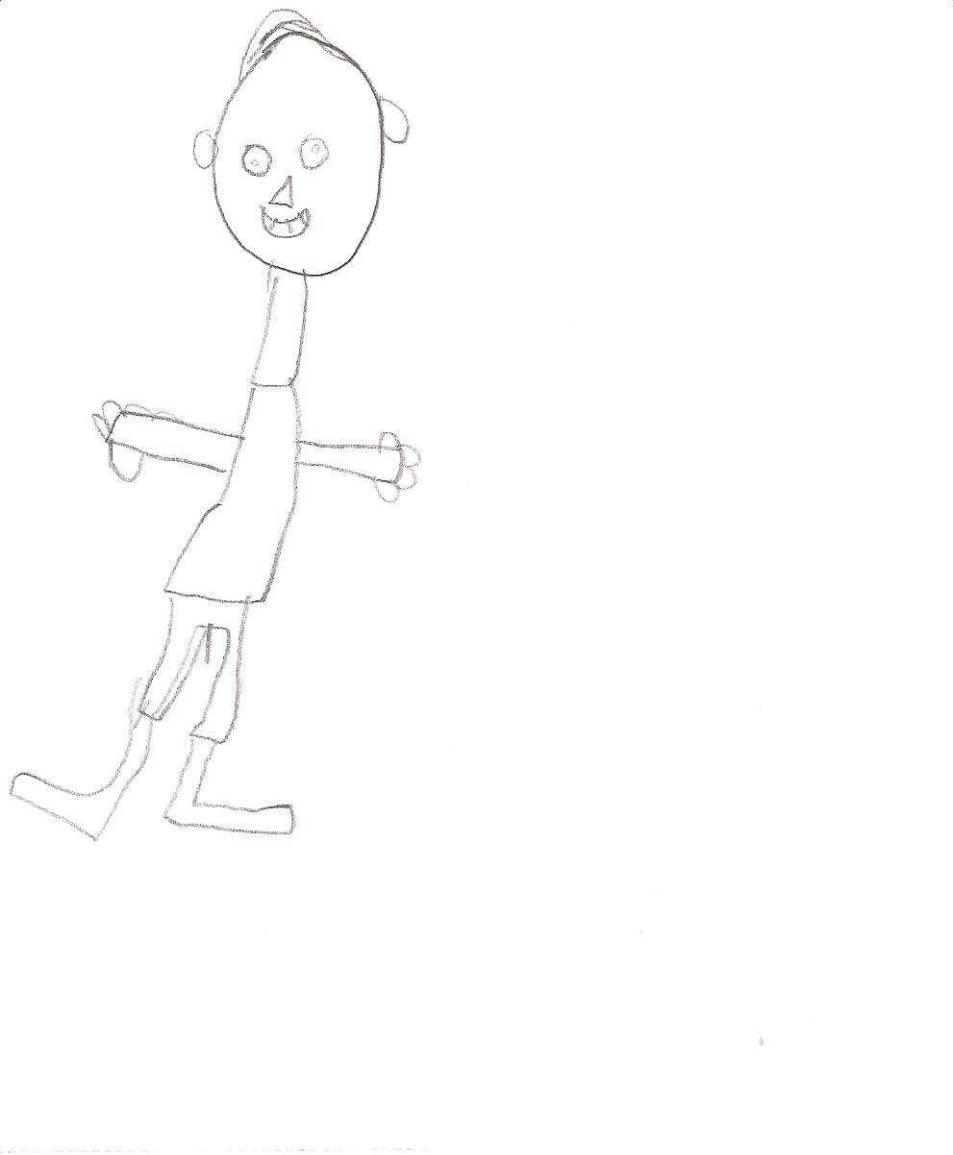


7 años de edad

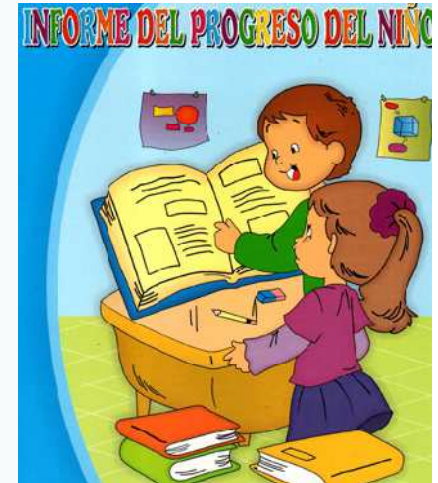
- Se recibe cariotipo:



47 XXY (Síndrome de Klinefelter).



Progresos:



¡Con los diferentes tratamientos y apoyos brindados a J y su familia, se encuentra escolarizado acorde a su edad cronológica!

Sin embargo...

Visión materna

- “J no puede”
- “En la escuela me mienten”
- “Él no sabe”
- “A mí no me responde cuando le pido que haga cuentas o escriba”
- “El no sabe de la enfermedad genética”





6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
Ciudad de Buenos Aires



Por un niño sano
en un mundo mejor

Mesa redonda

**El pensamiento complejo: estrategia para la atención de
pacientes en la actualidad**

**Función del educador en un equipo de salud para la
asistencia pediátrica**

Laura Markowicz
Especialista en Estimulación Temprana
Prof . en Educación Preescolar y en Educación Especial.

Ministerio de Educación GCBA
Dirección de Educación Especial
Escalafón A

Escuela Hospitalaria N° 1
“Dr. Ricardo Gutiérrez”

Maestra de Atención
Temprana

¿Qué es la Atención Temprana?

- Disciplina pedagógica-terapéutica cuyo objeto de trabajo son los bebés y niños pequeños que presentan problemas en su desarrollo, o en riesgo de padecerlo, incluyendo a su familia y al contexto comunitario.



¿A quién está dirigido?



- Bebés desde 45 días hasta 3 años, aproximadamente.
- Nuestro paciente es el bebé, pero este no es sin sus padres.



CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DEL NIÑO Y SU FAMILIA

■ ACCIONES DEL PEDIATRA

➤ Detección temprana:

- ✓ Identificación de señales de alarma en la consulta de control en salud “Cuando algo no anda bien”
- ✓ Detección sistemática mediante instrumentos de pesquisa de desarrollo

➤ Intervención oportuna y adecuada



VIÑETA



M

Ejes centrales de intervención

- Propuestas de juego significantes.
- Sostén y acompañamiento de los padres.
- Mirada integradora hacia el niño.
- Trabajo interdisciplinario.



Modalidad de intervención

- Individualizada
- Terapeuta único
- Aspectos estructurales e instrumentales
- Juego
- Familia presente



Gracias





6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
Ciudad de Buenos Aires



Por un niño sano
en un mundo mejor

Mesa redonda

**El pensamiento complejo: estrategia para la atención de
pacientes en la actualidad**

Pediatría, antropología y procesos de atención

Mónica García Barthe
Lic. en Psicología
Lic. en Antropología Social

- **Antropología y pediatría**
- **Identidad, cultura y diversidad**
- **El niño, su familia y el equipo de salud**



ELUNIVERSAL



**La antropología aborda la diversidad y la
variedad de la sociedad humana**

**Este abordaje incluye a los protagonistas de
esa diversidad (método etnográfico)**

**Es en la inclusión de la voz del otro donde
encontramos la especificidad de la mirada
antropológica**

**No es necesario que el otro sea exótico,
pintoresco y llamativo, o que viva en lugares
remotos para que hablemos de diversidad
cultural**

En el ser humano no existen hechos “naturales”

Todas las prácticas de los seres humanos están sometidas a la mediación cultural (lenguaje y símbolos), incluidas aquellas relacionadas con el cuidado de la salud.

Llamamos hecho social al conjunto de representaciones, prácticas y relaciones sociales

Construcción de identidad: conjunto de rasgos que me identifican y a la vez me diferencian del “otro” (formas de hablar, de vestirse, de alimentarse, de enfrentar la enfermedad y la muerte).

La diversidad cultural no es un contexto externo a la salud ni un obstáculo

Pensar la cultura no como un espacio cerrado aislado e inmodificable, sino como hecho dinámico y flexible que se reinventa en cada intercambio.

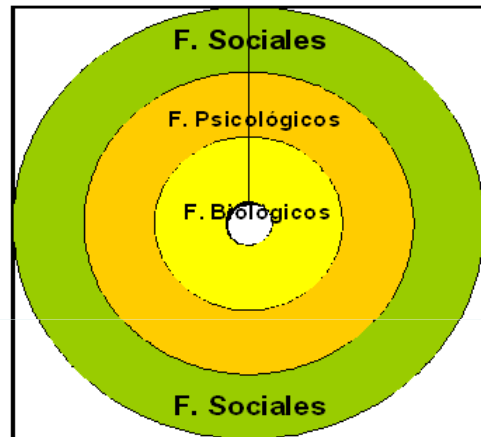
Salud como construcción histórica, social y política que se juega en un espacio relacional.

La diversidad cultural se juega en un plano de igualdad, son modelos paralelos que se encuentran.

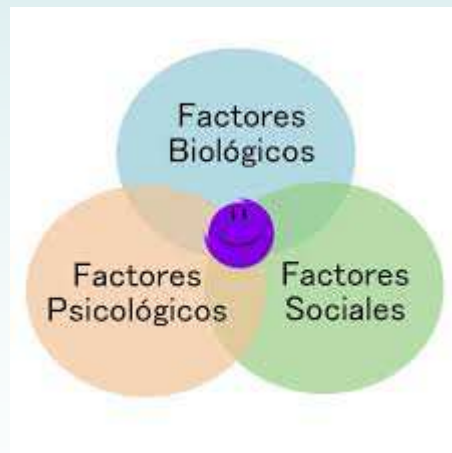
**¿Cuál es la relación entre
identidad cultural y los
procesos de salud –
enfermedad – cuidado?**

**¿Cómo podemos pensar la
relación entre el antropólogo
y los agentes de salud?**

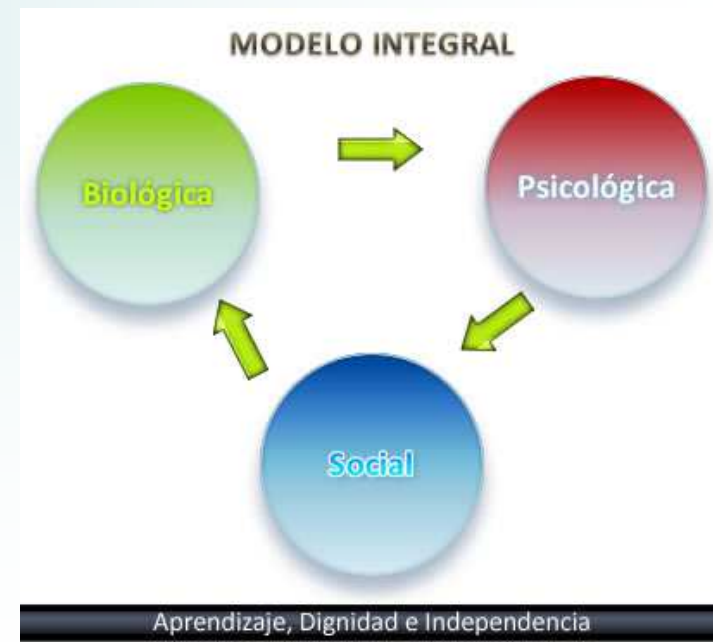
Modelo "Bio-psico-social"



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991



Sara Velasco



Aprendizaje, Dignidad e Independencia

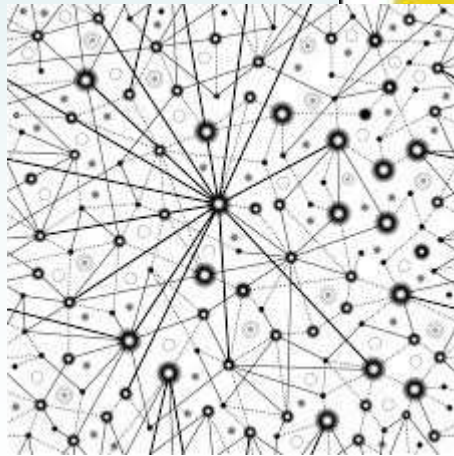
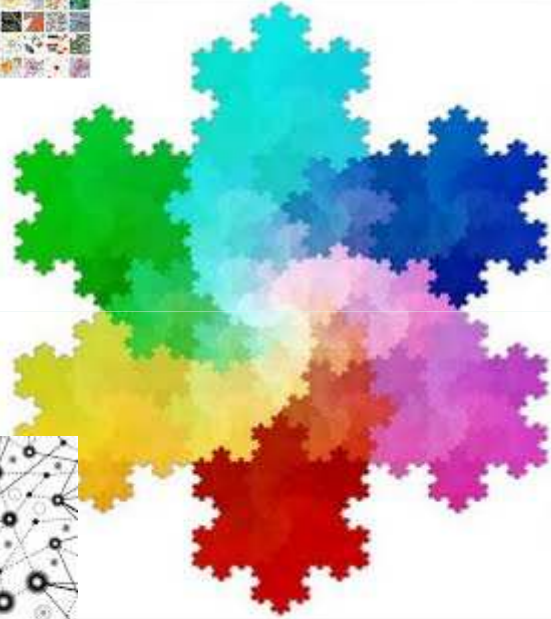
**Enfermedad como problema
biológico**

**Relaciones interpersonales como
fuente de malentendidos
Problemas de comunicación o en la
relación médico-paciente**

**Cultura como contexto, aspecto
pintoresco u obstaculo**



- **Si pensamos la cultura con una visión esencialista y estática, ésta se convierte en un obstáculo.**
- **El antropólogo no es un traductor ni un intérprete entre el equipo de salud y el “otro”.**



inferioridad
fundamentos
Fase II
BIOÉTICA
SISTEMA-NAC
Farmacología
RESPECTO
COMITESdeBIOÉTICA
INVESTIGAR
RESPONSABILIDAD
INVESTIGADORES
PATROCINADORES
COMPROMIS
Vacunas
Vulnerables
Intereses
Progreso Mayores
Niños
Beneficio
CENTROSdeINVESTIGACIÓN
Adultos
Riesgo

sistemas
ideas
propiedades
complejos
mundo
complejidad
paradigma
cosas
puede

- **Consultorio, el hospital o la sala de internación como espacios donde se entrecruzan relaciones interpersonales entre profesionales, técnicos, colaboradores, pacientes y sus familiares.**
- **Espacios interculturales donde mundos diversos entran en relación y se modifican mutuamente.**
- **La salud y la enfermedad se producen, se construyen y se significan EN la cultura.**



El niño, la familia y equipo de salud

- **Relación entre lo público y lo privado**
- **Toda intervención desde el equipo de salud interviene en la vida privada**
- **El primer nivel de atención y la decisión de concurrir al servicio de salud queda bajo la responsabilidad de un miembro de la familia, en general la madre.**
- **Familia enmarcada en un contexto socioeconómico, cultural, de relaciones de género, relaciones de poder intra e interfamiliares.**
- **Representaciones del cuerpo, de la enfermedad, de la muerte, del origen de la enfermedad, del rol de los integrantes de la familia, lugar atribuido al equipo de salud.**

¿Cómo pensar el síndrome genético en esa dinámica familiar?

¿Cómo se articulan la escuela y el contexto socioeconómico en el que viven?

¿Cuál es el lugar de la violencia en lo que le pasa al niño?

¿Cuáles son las representaciones maternas sobre lo que le pasa?

¿Cómo articular las dimensiones individual, vincular, familiar, institucional, cultural, socioeconómica, simbólica, etc...?

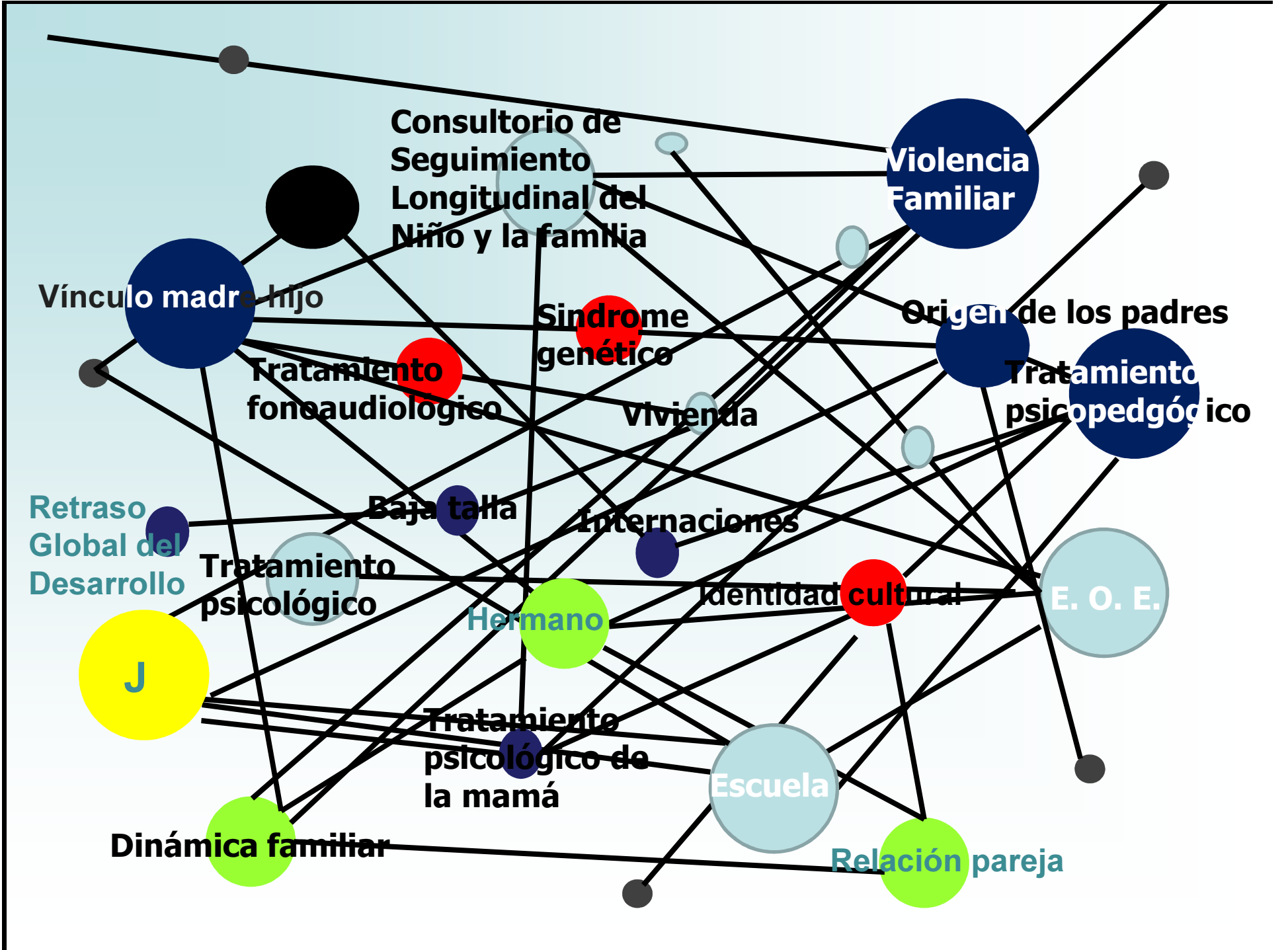
**Situación
socioeconómica**

Escuela

**Dinámica
Familiar**

Sme. Genético

Cultura

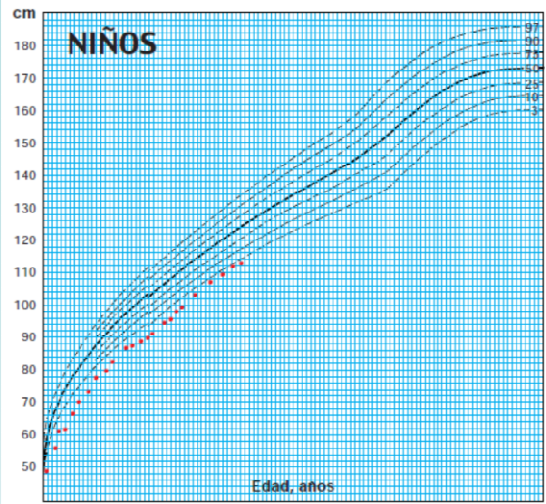


Incertidumbres



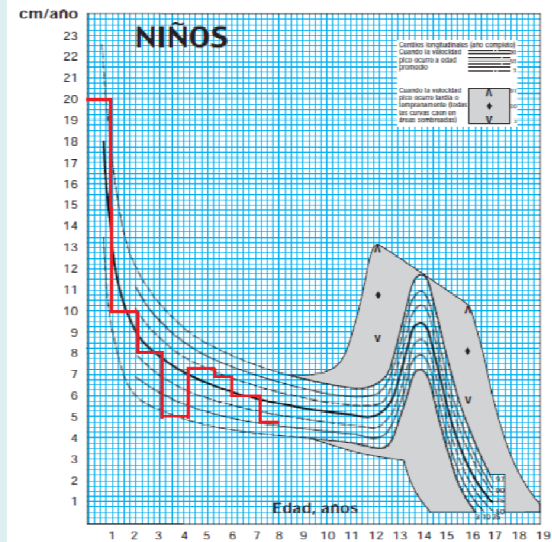
- J ¿Presentó BT patológica?
- ¿El trastorno global del desarrollo de J. es un epifenómeno de su entorno o estuvo ya determinado genéticamente por su síndrome?
¿O ambos?
- ¿Presentará un agravamiento de su condición socioafectiva en la adolescencia?
- ¿Podremos abolir el método disciplinario violento en esta familia y conseguir que sea mas afectuoso el trato de su madre?
- ¿¡Estamos tal vez frente a otro síndrome más grave¡?

ESTATURA
Nacimiento-19 años



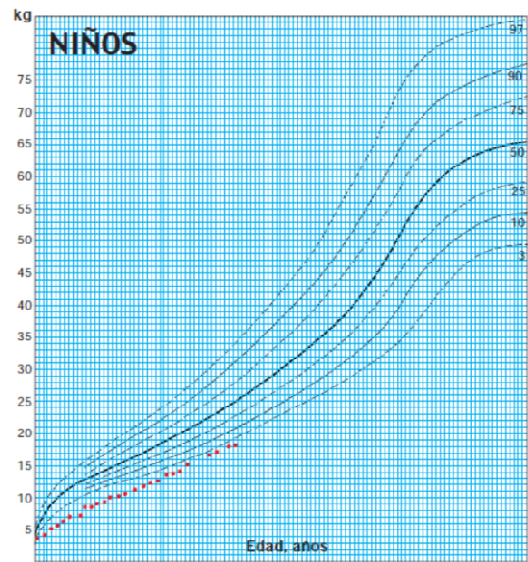
Graficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

VELOCIDAD DE ESTATURA
Nacimiento-19 años



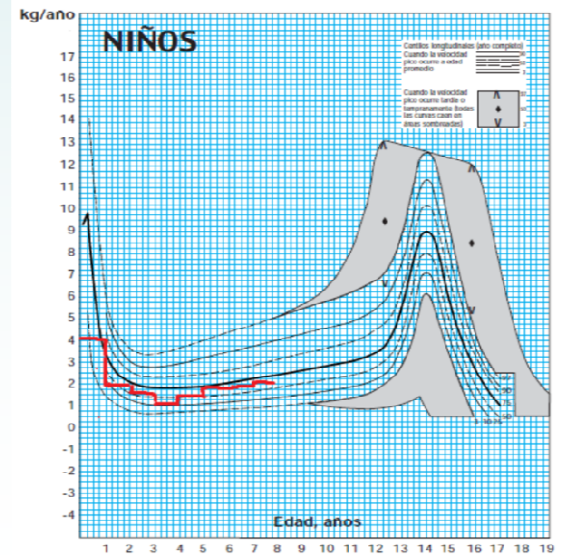
Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I) y 1966; 41:613 (parte II).

PESO
Nacimiento-19 años



Graficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

VELOCIDAD DE PESO
Nacimiento-19 años



Tanner JM, Whitehouse DH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I) y 1966; 41:613 (parte II).

LONGITUD CORPORAL - ESTATURA

Nacimiento - 6 años

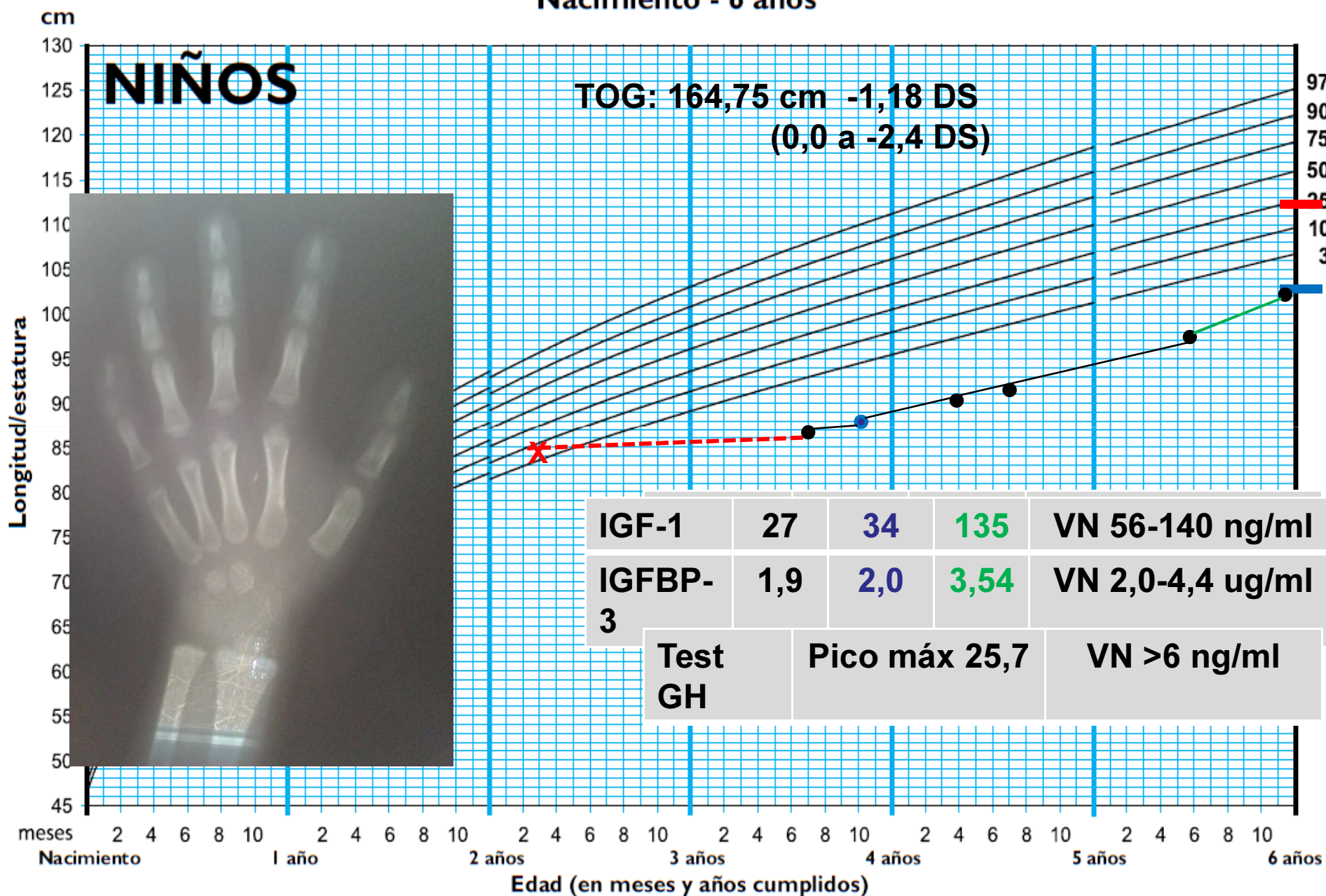
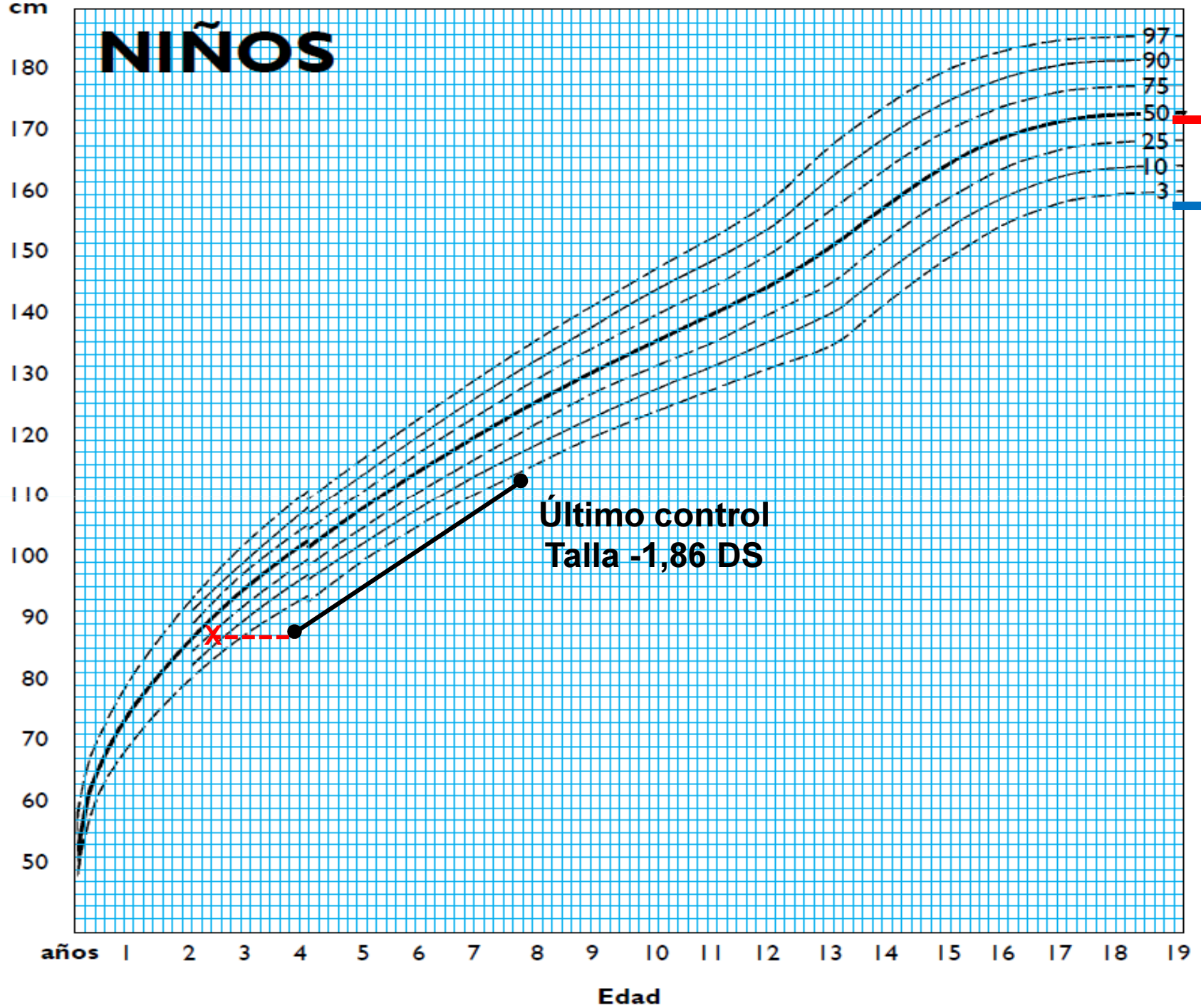


Gráfico elaborado a partir de datos 2006 del estudio Multicéntrico de la OMS y NCHS.

Talla

cm



Edad

. . . **la genética y los factores ambientales** interactúan en el curso de conformación del cerebro, la mente y el comportamiento. Estos autores muestran que a través de modelos computacionales, por ejemplo, se ha puesto en evidencia que **variaciones pequeñas en el procesamiento inicial de un ser humano** que podrían primitivamente estar gobernadas genéticamente, consiguen posteriormente a través de la **experiencia llevar a amplias diferencias en los resultados cognitivos** (Oliver et al., 2000 y O'Reilly y Jonson, 2002 en Munakata, et al., 2004).

María Laura de la Barrera Danilo Donolo “ Neurociencias y su importancia en contextos de aprendizaje “ Revista Digital Universitaria 10-4-2009 V 10 N° 4 • ISSN: 1067-6079



Joachim P Sturmberg

MBBS, MFM, PhD, FRACGP, is Honorary Associate Professor, Department of General Practice, Monash University, Melbourne, and Conjoint Associate Professor, Department of General Practice, Newcastle University, New South Wales. j.sturmberg@gmail.com

Systems and complexity thinking in general practice

Part 1 – clinical application

Many problems encountered in general practice cannot be sufficiently explained within the Newtonian reductionist paradigm. Systems and complexity thinking – already widely adopted in most nonmedical disciplines – describes and explores the contextual nature of questions posed in medicine, and in general practice in particular. This article briefly describes the framework underpinning systems and complexity sciences. A case study illustrates how systems and complexity thinking can help to better understand the contextual nature of patient presentations, and how different approaches will lead to different outcomes.

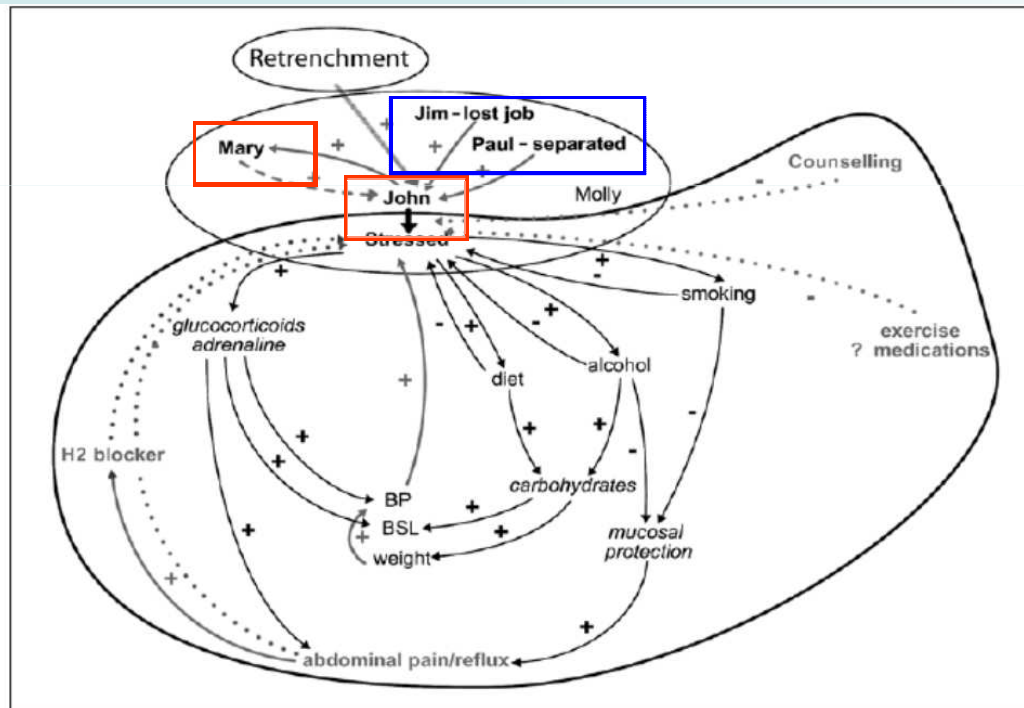


Figure 1e. John's multiple cause diagram

e) John becomes introspective, reframes the problem – the multiple cause diagram shows that John is part of at least three subsystems. John's central problem is stress. His retirement, marital problems and worries about his sons all increase his stress and stress response. The causal loops are self explanatory from their physiological and pharmacotherapeutic perspective. Of note are the synergistic effects caused by the input of multiple variables, eg. increased alcohol consumption and smoking both cause a decrease in mucosal protection which in turn increase ulcer/reflux symptoms and stress

Concepción clásica proceso salud-enfermedad, lo biológico, lo físico colisiona con lo humano:

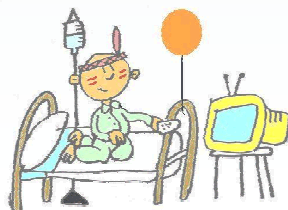
- **Conciencia- emociones**



- **Transferencia y contratransferencia** (proceso dialéctico en la relación médico paciente) el observador se transforma en participante activo. Perdida de objetividad

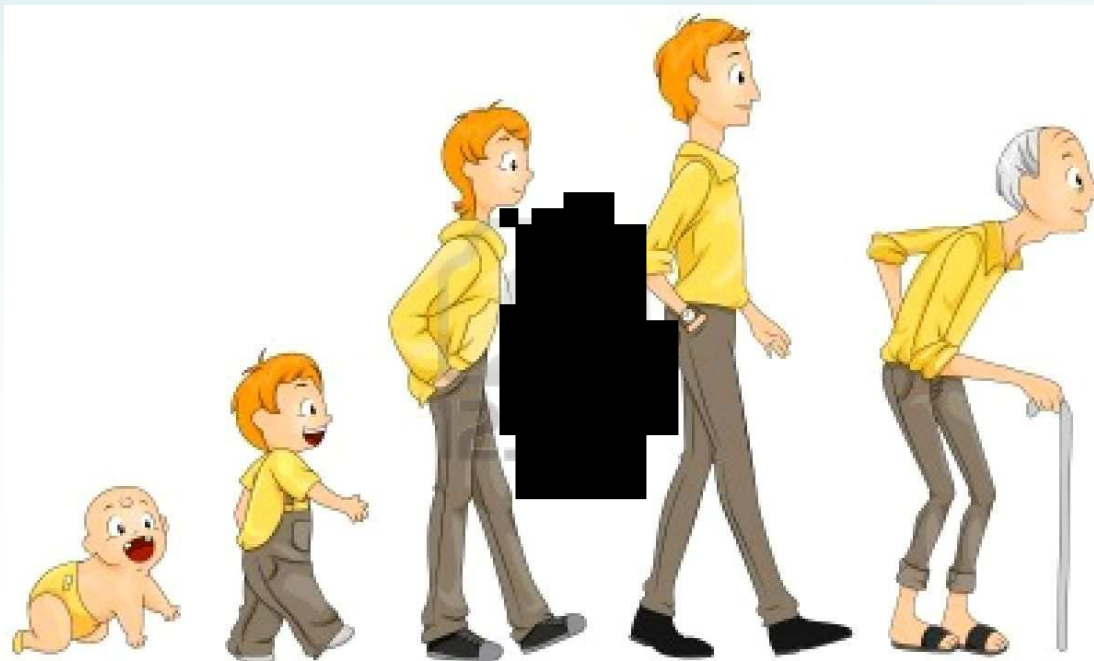
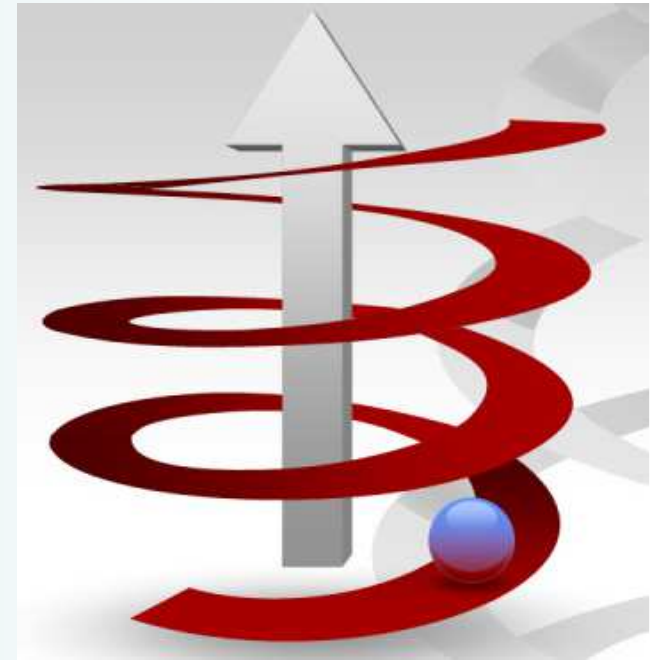


- **Ecología:** paciente-familia- sociedad-planeta



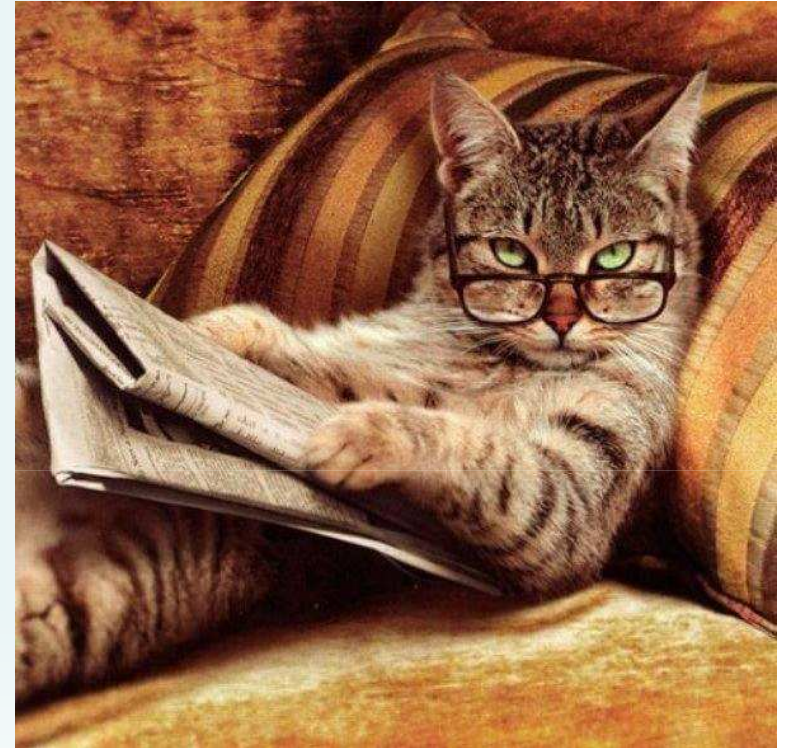
Complejidad del hombre

- Pequeños cambios pueden producir grandes cambios en el devenir de la vida. *"Efecto mariposa"*
- Salud- enfermedad del orden al desorden (T Caos)
- Hombre se comporta y es incluido en un sistema complejo abierto (familia)
- Atraviesa distintas etapas evolutivas hasta llegar a la vejez (crisis normales).



¡Muchas Gracias!

- jranderman@gmail.com
- eshu84@gmail.com
- regatky@gmail.com
- kgutson@gmail.com
- laura.marko@gmail.com
- mgarciabathe@fibertel.com.ar





6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
Ciudad de Buenos Aires



Por un niño sano
en un mundo mejor

- BRICEÑO GIL MIGUEL ANGEL, “Epistemología y Medicina Compleja” *Medicrit* 2005;2(6):95-103.
- JORGE TRAININI, CARLOS BISCIONI, LILIA ROMANELLI, CARLOS NEDLEMAN AIBERTO CARLI y BEATRIZ KENELL “Medicina basada en la complejidad” 1a edición. Editorial Estudio Sigma; 2008.
- JERUSALINSKY A. Y COLABORADORES, “Pequeña historia de un grupo de trabajo clínico” y “La educación es terapéutica”. En *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil, una clínica transdisciplinaria*. Ediciones Nueva Visión, Bs As. 2000
- CORIAT HAYDÉE Y OTROS; *Escritos de la infancia N° 8, Estimulación Temprana*. F.E.P.I.
- ESAIN A. Y BENSEÑOR F., “Si las cosas no van bien. Sobre saberes y modos de intervención en estimulación temprana.” En *Subjetividad y procesos cognitivos UCES*, 2004



6° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

19, 20 y 21 de noviembre de 2014

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
Ciudad de Buenos Aires



Por un niño sano
en un mundo mejor

- JOHN B.MOESCHLER, MICHAEL SHEVELL Clinical Genetic Evaluation of the Child With Mental Retardation or Developmental Delays Pediatrics 2006;117;2304
- M. SHEWEL Practice Parameter :Evaluation of the child with global development delay AA of Neurology 2004
- FASSIN, D. “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”. En: Revista Colombiana de Antropología. 2004; 40:283-318.
- GARCIA BARTHE, M. “Los aportes de la antropología a la medicina. La mirada sobre la familia y su lugar en el proceso de salud-enfermedad-atención”. En: Revista del Hospital de niños de Buenos Aires. Volumen 54 Clinical Genetic Evaluation of the Child With Mental Retardation or, Número 247, Diciembre 2012. 217-221.