

# La nueva pediatría



**Anna Gatell**

**Pediatra de atención primaria. EATP Garraf. ICS. Vilanova i la Geltrú**

Coordinación grupo de trabajo de Trastornos del Neurodesarrollo y del Aprendizaje de la Societat Catalana de Pediatria. Presidenta de la Societat Catalana de Pediatria

*En pleno siglo XXI estamos viviendo una nueva realidad, que se ha acelerado en estos dos últimos años con la pandemia de la covid-19. Los pediatras de atención primaria (AP) debemos reflexionar sobre la pediatría que hemos ejercido hasta ahora, y analizar profundamente las necesidades actuales de la infancia, la adolescencia y sus familias.*

**L**a pandemia ha forzado que nos topemos con esa realidad, y debemos ser capaces de reaccionar y adaptarnos para seguir mejorando la salud pediátrica. La infancia y la adolescencia son etapas de la vida con necesidades y problemas específicos, y las intervenciones que se hagan para mejorar la salud biopsicosocial en esta etapa influyen de manera positiva y significativa en la edad adulta. Por este motivo, la prevención, la promoción de la salud y una atención sanitaria de alta calidad, proporcionada por pediatras y profesionales de

enfermería pediátrica, debe de ser el objetivo prioritario de nuestra sociedad.

Según la OMS, en su última definición, la salud es un estado de completo bienestar biológico, psicológico y social. En 2006 se incluyeron los denominados “determinantes de la salud”, según el modelo de Dahlgreni Whitehead (figura 1).

En la representación gráfica se ve que el protagonista principal son las personas (niños, niñas y jóvenes con sus familias), que tienen unas características individuales únicas que NO son modificables (edad, sexo y factores constitucionales), rodeados de otras características que SÍ son modificables: el estilo de vida, la interacción entre las personas en el entorno mediante redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y trabajo, la alimentación, el acceso al bienestar y otros servicios fundamentales, como la educación o los servicios sanitarios. Por último, están las influencias económicas, culturales y ambientales que actúan sobre todas las demás capas. Este modelo pone de manifiesto que la salud no es el resul-

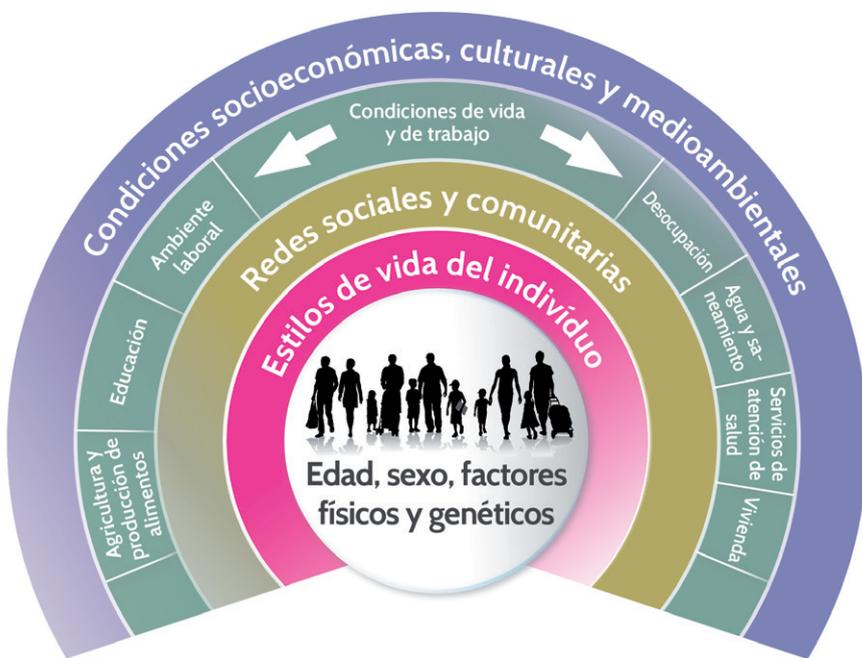


Fig. 1. Determinantes de la salud, según el modelo de Dahlgren Whitehead

tado de la voluntad individual, sino que todo es más complejo, y pone de relieve la importancia de los factores sociales y comunitarios, y su interacción con el entorno y con las personas con las que viven. La conclusión es que los servicios sanitarios son fundamentales para la salud, pero representan solo el 20 % en relación con el total de los demás determinantes de la salud; esto debe hacernos reflexionar y, por tanto, debemos ampliar nuestra tarea hacia el otro 80 %, si queremos tener posibilidades de mejorar la salud de la comunidad. Nuestra tarea se ampliará fuera de la consulta, hay que salir de nuestro hábitat habitual y trabajar en la comunidad y con los dife-

rentes profesionales que se ocupan también de la salud infantojuvenil.

Como todos sabéis, en la consulta de pediatría de AP, aparte de atender las consultas de las familias en los casos agudos, también atendemos a los pacientes con enfermedades crónicas, y uno de los pilares básicos es el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud “Infància amb Salut” del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, que ya ha quedado obsoleto, puesto que no se actualiza desde el año 2008, con el detrimento que supone para la calidad asistencial. Este es nuestro marco de referencia para hacer una valoración adecuada del desarrollo integral de los niños y las niñas y una detección correcta y a tiempo de algunas situaciones que, si no se detectan de manera precoz, podrían tener consecuencias y peor pronóstico.

Tenemos la gran suerte de que la mayor parte de los profesionales de pediatría y de enfermería actualizamos nuestros conocimientos, pero entendemos que el Departamento de Salud debe velar por la actualización de los protocolos en los que basamos nuestra labor asistencial. Actualmente se está llevando a cabo el proceso participativo para su actualización, pero es urgente hacerlo realidad.

El programa actual no tiene incorporados protocolos imprescindibles que el Departamento de Salud ya ha presentado públicamente, como el de malos tratos, el de la atención a la embarazada y al recién nacido, y el de las nuevas pautas de alimentación infantil, entre otros. Hay capítulos desfasados, como el cribado neonatal, que no prevé las 21 enfermedades que se pueden detectar desde 2016, el protocolo de atención al recién llegado, el abordaje de la salud mental utilizando la nueva clasificación del DSM-5 (con especial atención a los trastornos del neurodesarrollo) y el capítulo de las vacunaciones (con las recomendaciones de las nuevas vacunas no sistemáticas). También consideramos imprescindible la incorporación de nuevos protocolos, como el abordaje desde la AP de los trastornos del aprendizaje (tanto por la alta prevalencia como por la mejora en el pronóstico si se hace una orientación precoz correcta), la prevención de la plagiocefalia posicional, el abordaje de las infecciones de transmisión sexual y consejos para los adolescentes, la prevención y la detección precoz del acoso escolar, la atención al transgénero, el abordaje sobre el mal uso y el abuso de las pantallas digitales o de los juegos en línea, el abordaje de pacientes crónicos con multipatologías, el seguimiento de los prematuros extremos y de los pacientes que están en cuidados paliativos,



Les nostres solucions  
llibertat en moviment

f 📷 🐦 📷 📺 in

**Rehatrans** ☎ 93 293 41 33 [www.rehatrans.cat](http://www.rehatrans.cat)

además de aspectos relacionados con el control de la salud medioambiental y el contacto con tóxicos.

### Neurodesarrollo

Dentro de nuestra labor de evaluación global del desarrollo infantil, uno de los capítulos que nos ocupa y preocupa es el del neurodesarrollo, un proceso de desarrollo gradual, progresivo, anatómico y funcional del Sistema Nervioso Central (SNC) que comienza en la gestación y se consolida en la edad adulta. Un desarrollo que no es constante y que tiene un crecimiento mayor en los primeros años de vida, que es cuando se traduce en más cambios y adquisiciones, y que, a su vez, es el período más vulnerable.

Este desarrollo específico es lo que nos diferencia de las otras especies, nos hace humanos, diferentes, autónomos, y nos sirve para adaptarnos.

Una característica importante es que hay períodos del neurodesarrollo en los que una capacidad, habilidad o aprendizaje se puede adquirir de una forma más efectiva; estos pe-

*“Una característica importante es que hay períodos del neurodesarrollo en que una capacidad, habilidad o aprendizaje se puede adquirir de una forma más efectiva; estos períodos los llamamos periodos sensibles o “ventanas de oportunidad”*

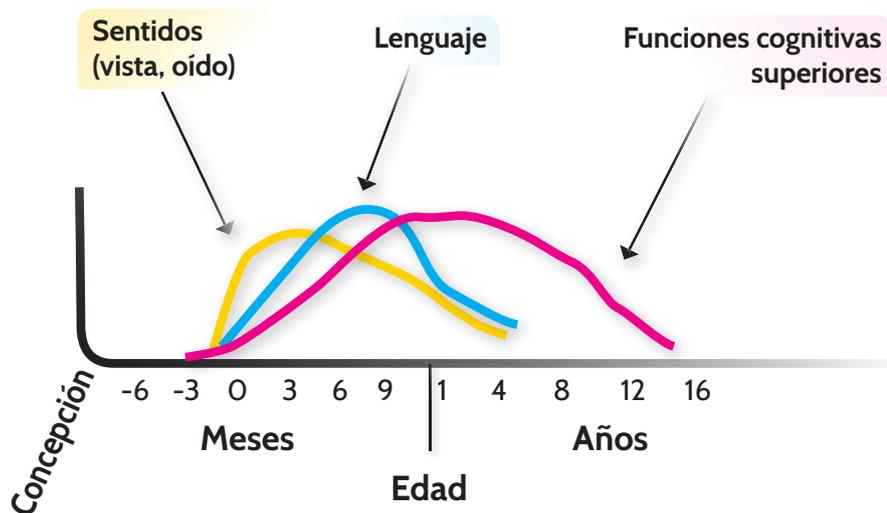


Fig. 2. Neurodesarrollo humano y períodos críticos.

ríodos los llamamos períodos sensibles o “ventanas de oportunidad”. Algunos son muy breves y acaban en los primeros años de vida (0-2 años), como los que dependen de estímulos sensoriales: visión y audición. Las funciones cognitivas superiores tienen períodos más amplios, como se observa en la figura 2.

Fuera de estos períodos sensibles se puede también adquirir un nuevo aprendizaje o habilidad, pero de forma más difícil, a más largo plazo, y será menos efectivo.

El desarrollo del SNC es un proceso muy complejo que viene determinado por factores genéticos, biológicos y ambientales. Cambia según las demandas externas, que van favoreciendo unos circuitos u otros. Este fenómeno se llama plasticidad, y es lo que hace que unos circuitos neuronales se consoliden mientras que otros se destruyen.

En los primeros meses de vida tiene lugar un gran número de conexiones o sinapsis neuronales, sinaptogénesis, con una sobreproducción que llega a tener una densidad sináptica superior a la del adulto. Después aparece la poda sináptica (después de la adolescencia, aproximadamente) y las conexiones neuronales menos utilizadas desaparecen (apoptosis neuronal).



En la maduración del SNC también interviene la mielinización de las diferentes áreas cerebrales. El recubrimiento de los axones por mielina facilita la conducción de los estímulos entre las neuronas. Esto se correlaciona directamente con la aparición de nuevas funciones o ítems en el desarrollo. En los primeros años de vida quedan mielinizadas las regiones motrices y sensoriales (períodos sensibles), en cambio, las zonas del lóbulo frontal no acaban de mielinizar hasta la adolescencia y con mucha variabilidad según el individuo; son períodos sensibles más largos.

La adquisición de los aprendizajes dependerá de la interacción del cerebro con el ambiente. Los estímulos externos llegan al cerebro a través de los sentidos, y la información es procesada y almacenada para que pueda ser utilizada cuando sea necesario. Los entornos más ricos en estímulos favorecen la consolidación de nuevos circuitos, y a través de la repetición y la práctica de las habilidades adquiridas se modifican las estructuras cerebrales, gracias a la plasticidad cerebral antes comentada, y así se consigue automatizar las habilidades; en definitiva, es la base del aprendizaje.

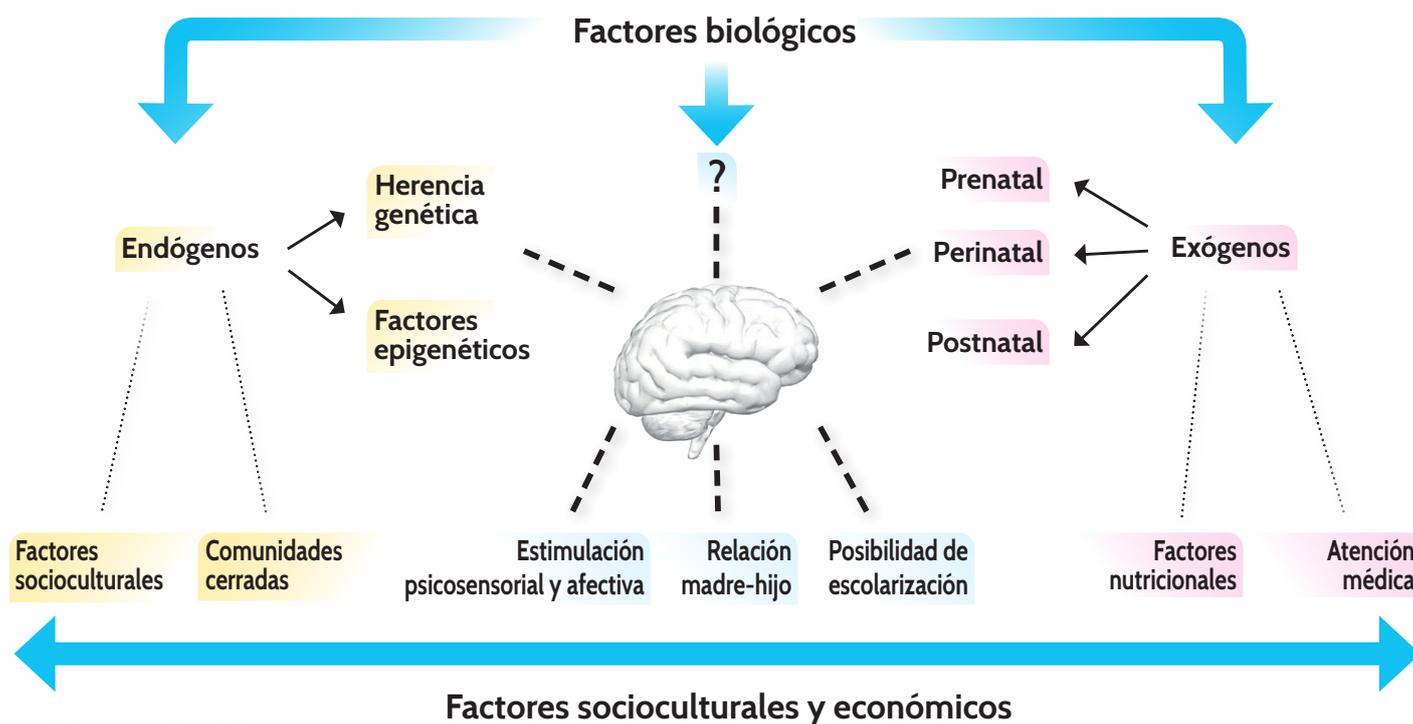
Las alteraciones en el desarrollo del SNC tendrán repercusión en la adquisición de los aprendizajes, habilidades,

conducta social, y perfil de funcionamiento neuropsicológico de los niños y las niñas. Cualquier trastorno en el neurodesarrollo puede manifestarse como una dificultad y un trastorno del aprendizaje.

#### *Trastornos del neurodesarrollo (TND)*

Los trastornos del neurodesarrollo son alteraciones o disfunciones en el desarrollo del SNC, que regula las funciones motoras, sensitivas, cognitivas y emocionales, que nos permiten la adaptación al medio donde vivimos. Se manifiestan como disfunciones que afectan a la capacidad de aprendizaje y a la compe-

*“Nuevas morbilidades que amenazan la crianza y el desarrollo infantil en nuestro país: se pone especial énfasis en la infancia que sufre situaciones de adversidad que obstaculizan, condicionan o limitan su desarrollo personal, su socialización y sus oportunidades de vida. Se detecta que se ha pasado de problemáticas vinculadas al concepto clásico de discapacidad a un aumento significativo de trastornos de la afectividad, la comunicación y la regulación de la conducta, y se han multiplicado los problemas en la adquisición del lenguaje, los hábitos o la autonomía personal.”*



Fejerman, N., 1970

Fig. 3. Factores que influyen en el neurodesarrollo

tencia social, entre otras aptitudes, y limitan el desarrollo normal en la infancia y en la adolescencia. Tienen una base neurobiológica y una importante carga genética. Persisten a lo largo de toda la vida y se expresan de forma diferente en las distintas etapas de crecimiento del individuo. Las primeras manifestaciones aparecen durante la infancia. La detección de los TND se puede retrasar o puede ser complicada porque no hay marcadores biológicos, hay síntomas comunes entre los diferentes TND, es frecuente la comorbilidad entre ellos y es complicado el límite entre sufrir un trastorno y la normalidad. Los TND forman parte de las neurociencias junto con los trastornos neurodegenerativos, por lesiones del cerebro y psiquiátricos, no hay límites excluyentes entre los diferentes grupos y, a menudo, se solapan.

En la figura 3 se describen los múltiples factores que influyen en el neurodesarrollo.

La Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) ha publicado, en febrero de 2022, un documento titulado “Retos de futuro en el cuida-

do del desarrollo infantil” (Peña Segura, J. L. *et al.*, Barcelona. ISBN: 978-84-09-38218-7), en el que se ponen de manifiesto las nuevas morbilidades que amenazan la crianza y el desarrollo infantil en nuestro país. Hace especial énfasis en la infancia que sufre situaciones de adversidad que obstaculizan, condicionan o limitan su desarrollo personal, su socialización y sus oportunidades de vida. Se detecta que se ha pasado de problemáticas vinculadas al concepto clásico de discapacidad a un aumento significativo de los trastornos de la afectividad, la comunicación y la regulación de la conducta, y se han multiplicado los problemas en la adquisición del lenguaje, los hábitos o la autonomía personal. En muchas de estas situaciones se encuentran “experiencias de adversidad en la infancia” (EAI) que corresponden a un gran abanico de circunstancias biopsicosociales, como el abuso, la negligencia en los cuidados, la pobreza, el estrés, la depresión, la ansiedad crónica, el consumo habitual de tóxicos, los conflictos graves entre los cuidadores principales o la desaparición súbita de un progenitor. Los niños que experimentan 4 o más EAI tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de tener enfermedades cardíacas y cáncer, 32 ve-

ces más probabilidades de tener problemas de aprendizaje y de comportamiento. Y el 100 % de los niños que experimentan 7 o más EAI tienen retrasos en su desarrollo. Este desajuste de los entornos de crianza para cumplir eficazmente con su función evolutiva es un problema que alcanza y preocupa a la mayoría de los países del mundo y a los más reconocidos organismos internacionales. La OMS, junto con UNICEF, han incluido políticas de primera infancia para la consecución de los Objetivos del Desarrollo Sostenible en 2030. El documento llama la atención sobre la urgencia de contar con un sistema integral y transversal de cuidado al desarrollo infantil y la atención temprana para dar cumplida satisfacción a los derechos y necesidades de la infancia en una fase crucial de la vida.

Hay que tener en cuenta que los TND, entre otras causas, son el origen de la mayoría de los trastornos del aprendizaje (TA) que hacen que un niño con una inteligencia normal y habiendo recibido la posibilidad educativa no consiga progresar adecuadamente en los aprendizajes, y que sea la causa del abandono precoz de los estudios. En España no existen estudios epidemiológicos con una metodología uniforme, pero se estima que los TA tienen una prevalencia de entre el 5 y el 15 % de la población escolar. En un estudio reciente realizado en Catalunya, con una

muestra de 7.000 alumnos y alumnas (5-17 años), se detectó una prevalencia del 18,3 % de TND; de ellos, el 10 % tuvieron el diagnóstico de dislexia y el 9,92 % de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los datos publicados anualmente por el Ministerio de Educación y Formación profesional muestran que España es uno de los países de la Unión Europea con más abandonos de la educación de forma precoz, y el porcentaje de personas de entre 18 y 24 años que no han completado la segunda etapa de la educación secundaria y no sigue estudiando es del 16 % en 2020. La falta de preparación condicionará la vida

*“El pediatra en la consulta, junto con enfermería pediátrica, tiene que IDENTIFICAR los posibles TND que puedan aparecer. La mayoría de las veces solo veremos la punta del iceberg a través de las diferentes manifestaciones clínicas (signos y síntomas) de los diferentes TND.”*



**NUEVA**

## MORGAN M versus

Múltiples funciones de posicionamiento

- Elevación eléctrica de 300 mm
- Basculación eléctrica de 45°
- Reclinación eléctrica de 136°
- Reposapiernas eléctricos biomecánicos

**karma**

+Info: [www.karmamobility.es](http://www.karmamobility.es)

de estos jóvenes a la hora de buscar un trabajo cualificado. Sabemos que renunciar en el aprendizaje es clave para la desigualdad y, sin duda, condiciona la salud.

Según la Encuesta de Salud de Catalunya 2019-2020 (ESCA), publicada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, las clases sociales más acomodadas son las que más estudios tienen y mejor salud, un menor consumo de tabaco y alcohol, mejor estilo de vida y menos tasas de obesidad.

La condición de sufrir un TND no tiene que ser una condena al fracaso escolar y personal. La evidencia científica ha demostrado que con una correcta intervención se puede minimizar e incluso revertir el efecto de estas disfunciones sobre el aprendizaje y el desarrollo psicosocial de niños, niñas y jóvenes.

#### Clasificación de los TND según DSM-5

La Academia Americana de Psiquiatría, en su última revisión de la clasificación de los trastornos mentales, incluyó en 2013 el término TND, definido como un grupo de trastornos, con inicio en el período de desarrollo, que se manifiesta de manera precoz y que se caracteriza por alteraciones en el desarrollo que producen disfunciones en el adecuado funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

El DSM-5 propone la clasificación en seis áreas del neurodesarrollo para facilitar un lenguaje común, con un resumen de signos y síntomas para cada uno de ellos que, junto con la evaluación neuropsicológica, conformarán el diagnóstico. Las disfunciones de cada una de las áreas quedan representadas en esta figura 4.

#### ¿Qué hacemos en pediatría de AP?

Los pediatras tenemos una situación estratégica y privilegiada, ya que acompañamos todo el proceso de crecimiento y desarrollo desde la infancia, conocemos su entorno y lo integramos en la práctica clínica para intervenir directamente en todo su conjunto.

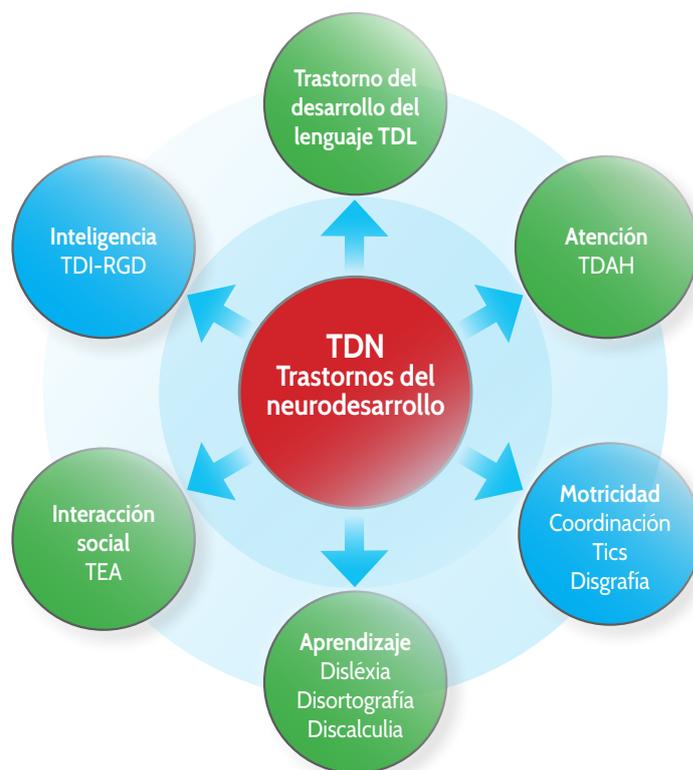


Fig. 4. Esquema de los Trastornos del Neurodesarrollo según las áreas afectadas y DSM-5

Somos una pieza clave en todo este engranaje, donde lo que nos determina la salud y el bienestar depende en gran parte de determinantes de salud relacionados directamente con la comunidad y el entorno. Los aspectos psicológico, social, ambiental y cultural de las familias, la escuela y la comunidad son cruciales para entender de qué depende la salud actual y futura de los niños, como antes hemos comentado.

Todos nosotros estamos haciendo un gran esfuerzo de adaptación para dar respuesta a los cambios sociales, culturales y educativos que viven nuestras familias, y queremos seguir acompañándolos en el proceso de crianza y desarrollo integral con las mejores garantías. Pero necesitamos trabajar con todos los profesionales que se ocupan y preocupan de la salud infantil, y entre ellos están los profesionales de la neuropsicología infantil. Más adelante haré referencia a por qué considero y defiendo la necesidad de incorporar este perfil profesional en los equipos pediátricos de AP.

El pediatra en la consulta, junto enfermería pediátrica, tiene que IDENTIFICAR los posibles casos de TND que puedan aparecer. La mayoría de las veces solo veremos la

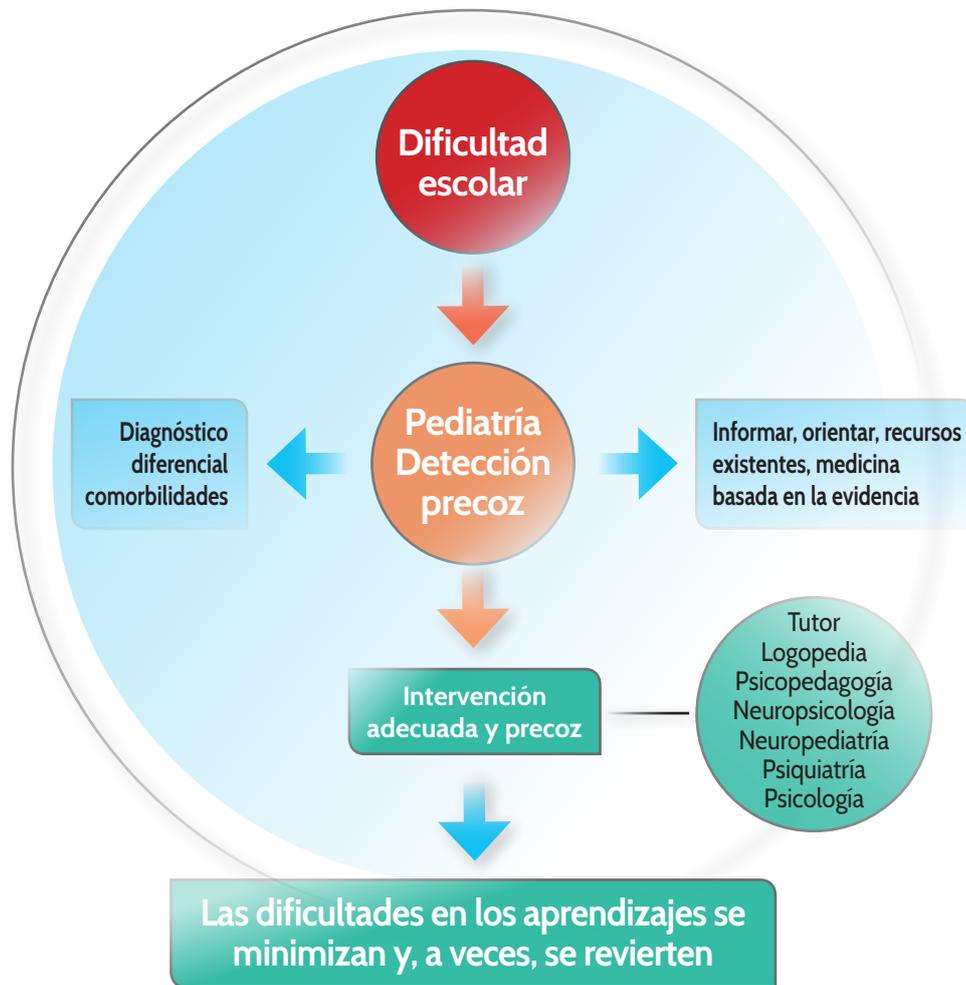


Fig. 5 ¿Qué hacemos en pediatría de AP?

punta del iceberg a través de las diferentes manifestaciones clínicas (signos y síntomas) de los diferentes TND. No podemos obviar aspectos tan importantes como la disfunción familiar que provoca, el grado de disfunción cognitiva, así como las comorbilidades asociadas al TND que hemos detectado. En la figura 5 se ilustran de manera esquemática los puntos principales del enfoque pediátrico.

#### *Algoritmo de abordaje en las dificultades de aprendizaje*

Para conseguir un abordaje correcto, mejorar el pronóstico y la evolución de los niños con trastornos del aprendizaje, es fundamental conocer el desarrollo infantil y los factores que conllevan mayor riesgo de tener TND, así como utilizar los instrumentos de cribado y conocer los recursos de nuestro territorio para, posteriormente, poder derivar, informar y acompañar a la familia y al niño en este proceso.

En cuanto a la detección, es imprescindible que sea precoz. Es básico investigar sobre los aprendizajes activamente en todas las revisiones.

Podemos preguntar sobre cómo va a la escuela, indagando en los siguientes aspectos:

Ansiedad por ir a la escuela, somatizaciones cuando anticipa ir a la escuela, se encuentra mal los domingos, dolor de cabeza, dolor de estómago... Saber si tiene muchos deberes en casa, si termina muy tarde de hacerlos, si los padres ayudan a hacerlos a menudo. Conviene también saber si suele ser identificado como el “payaso, tonto... de la clase”, si no quiere ir a la escuela y se aburre, si tiene malas notas, las ausencias escolares, el grado de aislamiento social y si tiene pocos amigos. También, investigar si hay agresiones, comportamientos de intimidación, acoso y conductas disruptivas en general, etc.

Cuando tenemos la sospecha, o bien hay una demanda por parte de la familia, proponemos un algoritmo de abordaje (que podéis encontrar en la monografía editada por el grupo de trabajo de la Societat Catalana de Pediatria, referencia al final del párrafo). Una vez hecha la detección, es aconsejable introducir en la historia clínica la sospecha diagnóstica, con el código del diagnóstico de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, que es F81.9 (trastorno del aprendizaje no especificado). A continuación, desarrollamos los puntos del algoritmo que proponemos, iniciaremos la información que podemos recopilar o de la que ya tenemos conocimiento desde la consulta.

## **Historia clínica completa dirigida a la detección de factores de riesgo**

### **1. Antecedentes personales**

Embarazo: control fetal, edad de la madre, tóxicos (alcohol, drogas, tabaco), retraso de crecimiento intrauterino. Período neonatal: gemelos, tipos de parto, Apgar, prematuridad, ingreso. Ingresos y enfermedades posteriores: accidentes, malos tratos, abusos, enfermedades crónicas u otros que pueden influir en la aparición de TA, presencia de patología somática precoz.

### **2. Antecedentes familiares**

Retraso mental, autismo, TDAH, enfermedades genéticas, problemas de aprendizaje, trastornos del habla y del lenguaje, epilepsia, trastornos metabólicos, problemas de salud mental, síndromes malformativos, sordera en familiar directo, rasgos dismórficos (hay que recordar que una alteración genética puede manifestarse como distintos TND). Número de hermanos, cuidador, situación familiar, estilo parental.

### **3. Ítems del desarrollo psicomotor (DPM)**

Dentro del Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica del Departamento de Salud en 2008, en el apartado del desarrollo psicomotor se nos propone utilizar la tabla de desarrollo psicomotor Levante como instrumento que permite detectar precoz-

mente una desviación posible en el DPM del niño hasta los 36 meses (a partir de esta edad, deberemos buscar otras estrategias para la valoración). Las desviaciones que se pretenden detectar en este cribado son los trastornos de las áreas de sociabilidad, lenguaje, manipulación y postural. No nos proporciona el diagnóstico sindrómico ni funcional, ni mucho menos etiológico, sino que pretende detectar el posible retraso psicomotor, pero no el grado del retraso. Con esta escala pueden pasarnos por alto alteraciones más sutiles, y está más enfocada a evaluar los aspectos motrices del niño que los aspectos como el temperamento o la interacción social y la comunicación.

### **4. Exploración física, fenotipo y exploración neurológica**

Aparte de la exploración física convencional por aparatos, debemos tener presente aquellos signos que pueden orientarnos hacia alguna patología en concreto, y que hay que tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial.

Principalmente serán signos de: enfermedades neurológicas (manchas café con leche, angiomas, etc.), enfermedades metabólicas conocidas o no (hipotiroidismo, por ejemplo), enfermedades o síndromes genéticos con fenotipos conductuales propios (síndromes de Angelman, Down, X frágil, Williams, Prader-Willi, etc.), rasgos dismórficos correspondientes a síndromes por causas ambientales, como el alcohólico fetal, enfermedades carenciales (anemias, malnutrición) y rasgos físicos de la prematuridad.

### **5. Audición/visión**

Una de las primeras evaluaciones a realizar es el examen de problemas sensoriales. Es primordial descartar la participación de problemas de visión o audición al sospechar un TND.

### **6. Hábitos y rutinas**

Las rutinas diarias y adquisición de hábitos: como el ritmo del sueño, la alimentación, la higiene, el control de esfínteres, etc.

### **7. Historia escolar / ocio**

Para tener referencias anteriores y poder orientarnos más, respecto a la dificultad que presentan los niños y las niñas o

los adolescentes, es necesario pedir a la familia que nos traigan las notas de los últimos cursos y podremos comprobar si el mismo problema (lectura, escritura, comportamiento) o dificultad se va repitiendo todos los años en menor o mayor grado, así como las asignaturas en las que tiene más habilidad. Debe tenerse en cuenta la calidad de la educación recibida y el contexto en el que se mueve; si el nivel escolar de su grupo es bajo, puede pasar desapercibido. La anamnesis sobre el rendimiento escolar la realizaremos periódicamente en las revisiones habituales, ya que muchos TA no se hacen evidentes hasta que la exigencia académica aumenta, y suele ser hacia tercero de primaria. Es habitual que el padre o la madre hayan presentado alguna dificultad en los aprendizajes escolares, repetición de curso, lectura difícil, mala conducta escolar, etc. También es importante preguntar sobre el tiempo libre. Saber qué actividades le gustan, si tienen la sensación de que no le queda mucho tiempo libre porque debe dedicar mucho a las tareas académicas (trabajos, deberes, estudiar), si hace extraescolares y cuáles.

### 8. Observación cualitativa

La observación debe practicarse dentro de la consulta *in situ*, pero también ampliarlo a los ámbitos de convivencia del niño o la niña, que será su casa y la escuela. Dependiendo de la edad y en qué fase de su desarrollo está, en los más pequeños podemos observar:

- En el área de la comunicación: la expresión de las emociones, el uso de la mirada, la práctica de la atención conjunta, qué recursos verbales y no verbales utiliza para comunicarse, cómo inicia la conversación y cómo la mantiene, si habla espontáneamente, si construye frases, si dice lo que piensa, si comprende las órdenes, así como el ritmo del habla, entre otros.
- En el área de la socialización: la calidad del contacto visual, cómo se comporta para dar las cosas, cómo recibe, cómo muestra o cómo comparte.
- En la conducta: debe evaluarse el temperamento del niño, el grado de actividad, el ánimo, la adaptación, la intensidad de sus reacciones, si es agresivo, el estrés.
- En la motricidad fina y gruesa: cómo se viste, se abrocha, recorta, chuta, etc.
- En el desarrollo cognitivo: los aprendizajes, la capacidad para resolver problemas, el ritmo de trabajo, el juego imaginativo, etc.

También puede ser interesante que la familia aporte vídeos en los que podamos valorar al niño de forma más ecológica en su entorno natural.

**¿Necesitas mayor Autonomía en tu hogar?**

AHORA YA NO HAY QUE PENSAR EN CAMBIAR DE DOMICILIO

**Adom**  
by ERREHA & BJ ADAPTACIONES  
ACCESIBILIDAD | ADAPTACIÓN | AUTONOMÍA  
[www.adom-autonomia.com](http://www.adom-autonomia.com)



**Adom, soluciones integrales en Autonomía y Accesibilidad**

**MÁS MOVILIDAD CON GRÚAS DE TECHO.** Comunica cama-silla-wc-ducha. Control por mando a distancia.

**BAÑO 100% ACCESSIBLE.** Ducha 100% plana, sin escalones ni mamparas, baños 100% transitables en silla de ruedas.

**MÁS CONTROL DEL HOGAR.** Teléfono, interfono, televisor, persianas, luces...Control sobre todo el hogar en un único mando a distancia.

**AUTONOMÍA PARA ENTRAR Y SALIR DE CASA.** Automatización de puertas, elevadores, en casa o en la escalera. Acceso también disponible por control remoto.




**¡ INFÓRMATE !** >>> Proyectos personalizados. Expertos en soluciones para cada discapacidad. Te asesoramos en la obtención de ayudas y subvenciones.

**PÍDENOS PRESUPUESTO SIN COMPROMISO** [info@adom-autonomia.com](mailto:info@adom-autonomia.com) **T. 93 285 04 37**



En este punto del algoritmo, deberemos plantearnos qué área del neurodesarrollo es la más afectada o la que presenta más problemas. Si se trata de una dificultad de los aprendizajes en el ámbito académico (lectura, escritura y cálculo), si tiene afectada la atención o es excesivamente impulsivo o hiperactivo, si se puede tratar de un problema de comunicación por dificultades en el lenguaje, si tiene déficits o problemas motores, si se trata de un niño con problemas en su interacción social, o si se trata de un niño con discapacidad intelectual.

Existen muchas comorbilidades entre los distintos TND: hasta un 40 % de los niños y las niñas con TDAH presentan dislexia, por ejemplo. Esto hará que la detección sea más compleja.

Nos será de ayuda el uso de herramientas como los cuestionarios y escalas de cribado que existen para los distintos trastornos. A continuación, exponemos los instrumentos de cribado seleccionados para orientar el diagnóstico según el área del neurodesarrollo afectada. Estos test no solo son útiles para pasarlos y valorar resultados, sino también para hacer las preguntas adecuadas. Los podemos encontrar fácilmente en internet y en la monografía “Trastornos del neurodesarrollo y aprendizaje. Abordaje desde pediatría de atención primaria”, que está disponible en línea, realizada con la coordinación del grupo de trabajo de Trastornos del Neurodesarrollo y del Aprendizaje de la Societat Catalana de Pediatria.

[http://www.scpediatria.cat/?p=page/html/detall\\_grup\\_treball/0029#collapse\\_6](http://www.scpediatria.cat/?p=page/html/detall_grup_treball/0029#collapse_6)

Estos test requieren práctica y repetición para tener destreza en la valoración.

- Lenguaje: Protocolo de observación para maestros para el retraso y trastorno del lenguaje (del Colegio de Logopedas de Catalunya).
- Trastorno Específico del Aprendizaje: Prodiscat/ Prodiscat pediátrico en dislexia. Listado de signos de alarma para detectar la discalculia, de J. M. Serra Grabulosa.
- Atención: ADHD Rating Scale IV (Du Paul) / padres y profesores.
- Interacción Social: M-CHAT-RF/ SCQ /CAST.
- Cuestionarios para valorar la ansiedad y la depresión.
- Cuestionario SDQ (cualidades y dificultades). Nombre original en inglés The Strengths and Difficulties Questionnaire, es un cuestionario de cribado dirigido a la detección de trastornos mentales y del comportamiento entre los 4 y los 16 años. Consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una. Cuatro de estas escalas valoran conductas problemáticas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas entre compañeros). La última escala de conducta prosocial valora los comportamientos positivos. Su uso es ampliamente extendido, puesto que es de acceso gratuito y existe en muchos idiomas. Este cuestionario está validado en castellano y es una de las herramientas más utilizadas en investigación.

En este punto necesitaremos información sobre la escuela. Es muy aconsejable acompañarla con una nota para el tutor y tener contacto proactivo, ya que puede transmitir mucha información de alto valor, además de responder a las encuestas pertinentes.

Una vez valorado el niño o la niña, y pasadas las escalas de cribado adecuadas, el pediatra elaborará un informe con la orientación diagnóstica y pidiendo una evaluación e intervención psicopedagógica. De este informe aconsejamos hacer varias copias, para hacerla llegar a todos aquellos profesionales a los que va dirigido: tutor, maestro de educación especial, equipos de atención pedagógica, logopeda, CSMIJ, CDIAP, neuropediatra, psicólogo, recursos privados, etc.

Sin embargo, es esencial informar a los padres y orientarlos. Este asesoramiento es fundamental para evitar que las familias caigan en pseudoterapias sin evidencia científica, que van a frustrar al niño y consumen tiempo y sus recursos económicos.

Finalmente, realizar un seguimiento del caso y la coordinación con los diferentes profesionales implicados serán clave para conseguir una evaluación e intervención lo más precoz posible.

El pediatra debe conocer los recursos psicopedagógicos de su territorio (públicos y privados), con el fin de poder iniciar la evaluación y la intervención lo más precozmente posible, ya que parte de los trastornos de aprendizaje (dislexia, discalculia y trastorno del desarrollo del lenguaje) no están contemplados en la cartera de servicios de la sanidad pública.

#### *Neuropsicología infantil en pediatría*

Con todo lo expuesto anteriormente, y dada la importancia de la identificación precoz, la evaluación y la intervención adecuada, para garantizar una atención integral de calidad en el cuidado de la sa-

*“Es esencial informar a los padres y orientarlos. Este asesoramiento es fundamental para evitar que las familias caigan en pseudoterapias sin evidencia científica, que van a frustrar al niño y consumen tiempo y sus recursos económicos.”*

## VIDA ACTIVA

¿Tienes un daño cerebral y quieres experimentar un modelo de vida independiente?



Octubre 2022, próxima edición VIDA ACTIVA • Escríbenos a [vidaactiva@guttmann.com](mailto:vidaactiva@guttmann.com) e infórmate

lud integral de niños y adolescentes necesitamos incorporar al profesional de neuropsicología en la consulta, cerca de la pediatría de AP.

La neuropsicología infantil es una disciplina científica, relativamente nueva, que nos ayuda a comprender las relaciones del cerebro en el desarrollo y la conducta, estudiando las funciones cognitivas superiores. Para evaluar estas funciones se necesitan unas pruebas psicométricas que van más allá de la observación que podemos realizar. A veces no hay una correlación entre los resultados de los test y la capacidad funcional del niño o la niña en su vida, por ello, es muy importante que el profesional tenga en cuenta otros aspectos, como la observación en distintos entornos y toda la información recogida en la historia clínica.

¿Qué nos ofrece la neuropsicología a los pediatras?

- Ayuda a entender la conducta, las emociones y las funciones cognitivas
- Valora y estudia las dificultades de conducta, emocionales y de aprendizaje
- Valora el grado de disfunción
- Explica cómo son las funciones ejecutivas del niño
- Monitoriza la evolución y los resultados de la intervención
- Ofrece estrategias para asesorar sobre la mejor intervención para mejorar las funciones ejecutivas
- Contribuye en el diagnóstico de los TND (no hay herramientas médicas para ello)
- Da información que contribuye al diagnóstico diferencial
- Estudia los déficits cognitivos y conductuales derivados de lesiones cerebrales
- Determina las secuelas escolares, familiares, sociales y personales derivadas de una lesión
- Asesora sobre el tipo de escolarización según las características del niño

Por otro lado, los pediatras tenemos lagunas en este campo de nuestra formación que debemos corregir, ya que, si no sabemos lo que buscamos, difícilmente lo vamos a encontrar. Algunas de las funciones ejecutivas en el ám-

bito escolar que se deben conocer en pediatría y que tenemos que observar e investigar en la consulta son:

- Capacidad de inhibición de la respuesta: pensar antes de actuar
- Memoria de trabajo: mantener información para aprender de la experiencia y generalizarla
- Control emocional: capacidad de controlar las emociones para controlar el comportamiento
- Atención sostenida: capacidad de mantener la atención a pesar de poco estímulo
- Iniciación de tareas: capacidad de no postergarla
- Planificación: crear una hoja de ruta y toma de decisiones
- Organización: diseñar estrategias para seguir la información
- Gestión del tiempo: cómo se organiza en las tareas
- Persistencia en la tarea
- Flexibilidad: revisar la tarea y adaptarla
- Metacognición: capacidad de observarse a sí mismo, autorregularse y autoevaluarse

También tenemos que saber las tareas que, según la edad del niño, requieren determinadas habilidades ejecutivas:

- Educación infantil (3-5 años): realiza encargos sencillos, ordena su espacio, inhibe conductas...
- Ciclo inicial (6-7 años, cursos 1.º y 2.º): realiza encargos, ordena la clase, hace deberes veinte minutos, inhibe conductas...
- Ciclo medio (8-9 años, cursos 3.º y 4.º): realiza encargos más tiempo, los deberes duran más, se encarga de preparar su mochila y material escolar, planifica proyectos...
- Ciclo superior (10-11 años, cursos 5.º y 6.º): tiene responsabilidades cada día, usa correctamente el sistema de trabajo escolar, se adapta a los cambios en la escuela, planifica sus actividades extraescolares.
- ESO y Bachiller (>12 años): maneja bien el temario para planificar sus exámenes, establece objetivos a largo plazo, emplea bien el tiempo libre, inhibe conductas peligrosas, etc.



#### *Retos de futuro*

Nos queda mucho camino por recorrer, nos falta formación de base y necesitamos la disciplina de la neuropsicología para poder atender mejor a niños y adolescentes. Todavía hay profesionales de la pediatría que no la conocen ni la utilizan en su práctica clínica diaria. Pedimos a los profesionales de la neuropsicología infantil que se acerquen a los pediatras para sumar conocimiento y repercutir de manera positiva en el mejor abordaje del niño, niña o joven con dificultades en los aprendizajes y trastornos del neurodesarrollo.

*“Pedimos a los profesionales de la neuropsicología infantil que se acerquen a los pediatras para sumar conocimiento y repercutir de manera positiva en el mejor abordaje del niño, niña o joven con dificultades en los aprendizajes y trastornos del neurodesarrollo.”*

Un reto pendiente y eterno es desterrar que las pseudoterapias o terapias visuales pueden ser útiles en las dificultades de aprendizaje, no hay evidencia científica de que terapias alternativas, como la optometría, por nombrar alguna, sean efectivas en el tema que nos ocupa. Las asociaciones científicas internacionales han publicado varios documentos de posicionamiento al respecto.

También debemos utilizar protocolos consensuados y aplicarlos de manera conjunta dentro de nuestro marco de la consulta de atención primaria a todos los niños y jóvenes.

La pediatría en general debe ser más sensible al problema y dar más visibilidad a estos temas. Debemos empoderar a las familias e implicar a otros profesionales que atienden a la infancia, por medio de una coordinación eficaz.

Esperemos que las autoridades sanitarias sean sensibles y aúnen esfuerzos para invertir y reforzar la formación de todos los profesionales que se dedican a cuidar la salud de los niños, y que valoren que invertir en la infancia es un derecho y un deber. Todos somos parte de la solución.