

Coloquio reflexivo para la comprensión multidimensional del desarrollo de niños que presentan desafíos madurativos

¿Como y desde donde pensar un niño y su familia para indicar el tratamiento mas adecuado?

Contrastes entre la resiliencia y potencialidad biológica y las limitaciones socio-culturales del sistema

Curso On-Line
de Pediatría
PANAACEA
2014

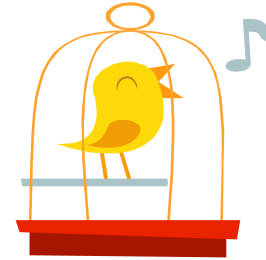
Dr. Christian Plebst
Psiquiatría infanto-juvenil
PANAACEA



Tematicas

1. Comprensión de nuestras visiones, posturas y modelos teóricos. Consecuencias e impacto de nuestras visiones, creencias en la practica
2. Repaso del desarrollo infantil típico, conceptos de factores de riesgo y protección en el desarrollo
3. Identificación de perfiles clinico-madurativos y sociales de fortalezas y desafíos
4. Uso sensible y responsable de un diagnostico
5. Resilencia de niños, padres y trabajadores en salud y educación

Niños de hoy



- Autismo: Incremento 500 a 6000%
- TDAH: Incremento 400%
- Asma: Incremento 300%
- Alergias: Incremento 400%

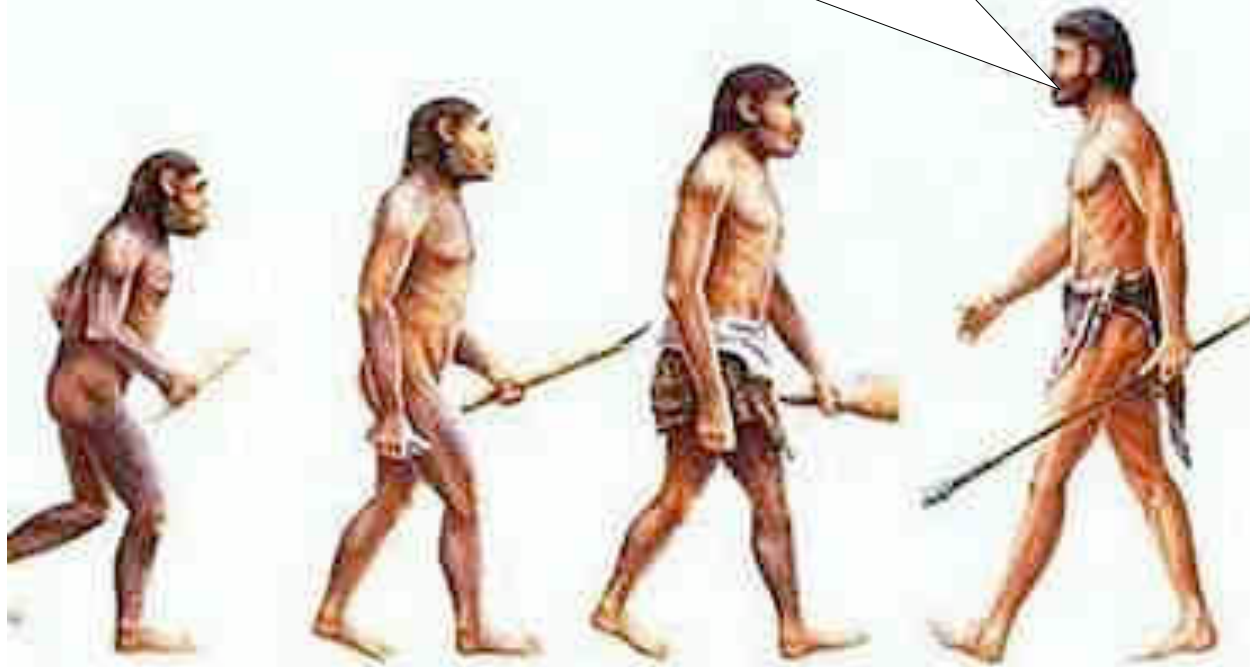
¡20 millones de niños por año!

(EE.UU)

No podemos resolver los
problemas con la misma mente
que los creo.

Albert Einstein

Muchachos vuelvan que
estamos en problemas



Tres dimensiones - tres variables

1. Teorías:

- Modelos Cognitivos
- Modelos Relacionales
- Psicoanálisis
- Análisis Conductual Aplicado

2. Apoyo:

- “Sistema”: accesibilidad
- Intensidad: calidad y cantidad

3. Actitud:

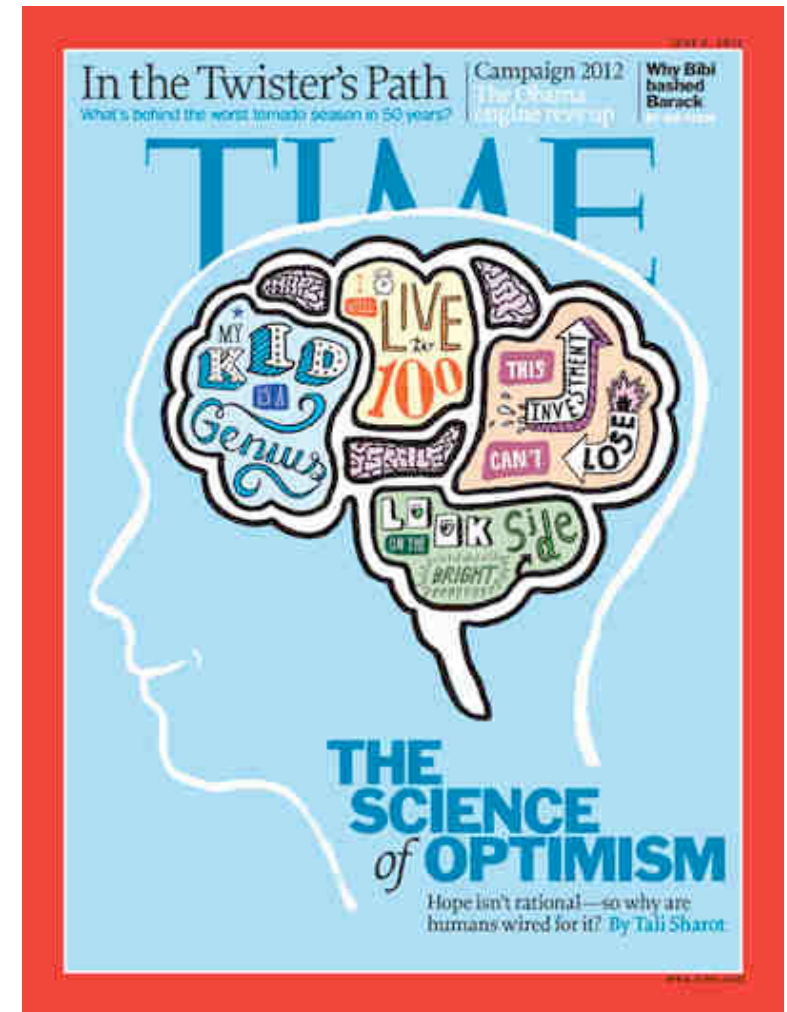
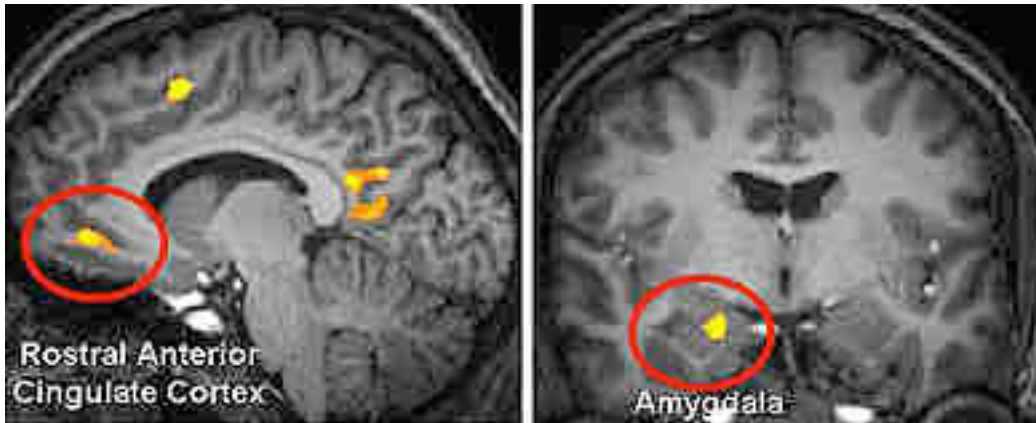
- Cultura, creencias, visión, inspiración

Neuroplasticidad

un nuevo paradigma para la educación

- *Neuronas y motivación*
- *¿Que es único en cada alumno? su potencial*
- *No existen los errores, sino oportunidades para aprender*
- *El cerebro cambia y es único*
- *Las emociones importan*
- *La novedad alimenta la atención*
- *El ejercicio físico mejora el aprendizaje*
- *La practica permite el progreso*
- *El juego abre las puertas del mundo*
- *El arte mejora el cerebro*
- *Somos seres sociales*

(Jesus Guillen - www.escuelaconcerebro.com)



Revista "TIME"
La Ciencia del Optimismo

El Vaso: ¿Medio lleno o medio vacío?



MOTTRON, EN BUENOS AIRES, POLEMIZO CON LA PSIQUIATRIA OFICIAL

“La persona con autismo no es deficitaria”

ENTREVISTA AL INVESTIGADOR CANADIENSE LAURENT MOTTRON

"Yo apuesto a la inteligencia del autista"

El autismo no es una enfermedad, sino un modo diferente de procesar la información: así lo sostiene, luego de una experiencia de 20 años, el canadiense Laurent Mottron. En diálogo con Página/12, el prestigioso investigador explicó por qué "es central convencer a la familia y a los maestros de que un niño autista puede lograr el más fino nivel de desarrollo".

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)



Modelo Multidimensional vs unidimensional

Funciones y Estructuras Corporales



DEFICIENCIAS

Actividades y Participación



CAPACIDAD Y DESEMPEÑO

Factores Ambientales



BARRERAS Y FACILITADORES

Cambio del modelo Minoritario al Universal



Excluyente

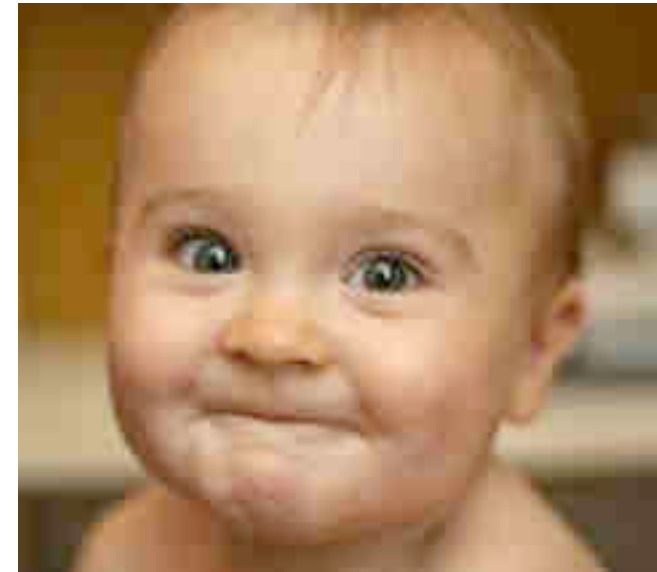


Incluyente

- Solo un grupo puede tener una discapacidad
- Escala categórica
- Unidimensional

- Cada uno puede tener una "discapacidad"
- Escala continua
- Multi-dimensional

Tanto el cerebro,
como la felicidad, no tienen limite



Definiendo las dificultades

- Fragmentación
- Aislamiento
- Jerarquías
- Especialización

La noticia...el diagnóstico



Retraso

RM

Autismo

Sindrome de...

TGD No especificado

Espectro

Paralisis Cerebral

Sdme. de Asperger

Alto Func.

Etc.....



Los niños y los diagnósticos

- Ciencia
- Clínico
- Terapéutico
- Laboral
- Administrativo



La noticia del diagnóstico

Elizabeth Kubler Ross
(1926-2004)



Negación: Incredulidad. Consultas múltiples. Búsqueda optimista

Depresión: Síntomas de depresión (fatiga, irritabilidad, tristeza, etc.)

Enojo: Culpa/enojo por la discapacidad del hijo. La discapacidad como hecho que pudo evitarse

Culpa: Proyección del enojo hacia el entorno (trabajo, tratamientos, profesionales)

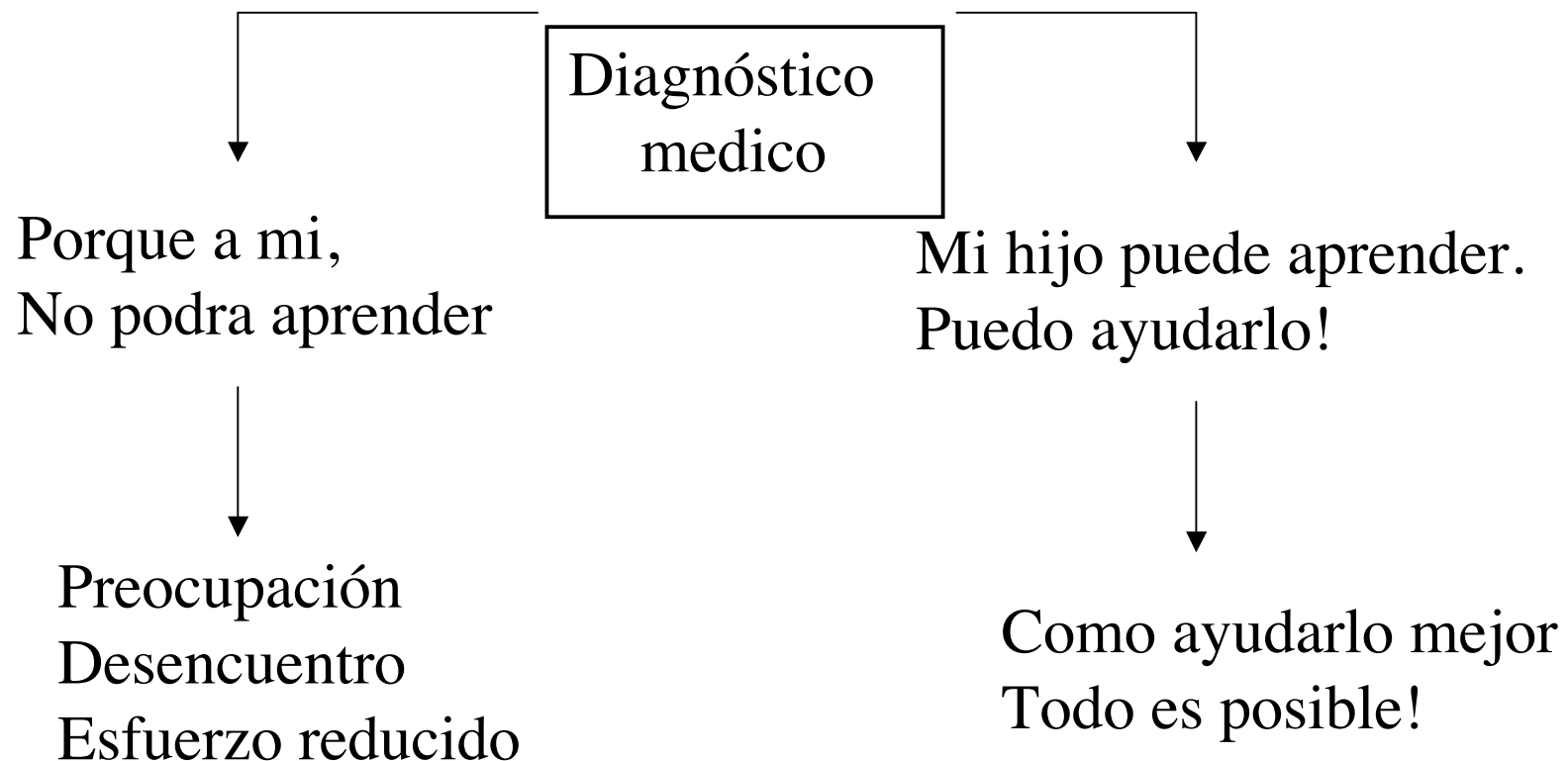
Negociación: Búsqueda de tratamientos no convencionales o alternativos. Promesas

Aceptación: Reorganización y adaptación a la nueva realidad

Comunicación del diagnóstico

(Sentencia)

(Oportunidad)



Riesgos y beneficios: Sistemas diagnosticos y sistemas de clasificación

- Confundir el niño con el diagnostico
- Sobre-simplificación: priorizar aquellos que es medible por sobre aquello que es significativo
- Uso responsable depende mas del profesional (organizacion institucional) que del sistema de clasificación
- Importante trabajar el alcanzar el consenso local en usos y aplicaciones
- Fundamental en salud publica (identificación de incidencia/prevalencia, organizacion de intevecciones y recursos, medición de eficacia y eficiencia

Los niños

Personas cuyo futuro depende en gran parte de los valores que maneje su sociedad.

Los niños con necesidades especiales

Personas que han nacido con desafíos constitucionales cuyo futuro depende principalmente de los valores que maneje su sociedad.

Diagnostico y Abordajes

1. Etiologico - biomedico (?)



2. Funcional: Relacional-educativo

DSM-IV-TR CIE-10 CD: 0-3...ahora DSM-V

EJE I. Diagnóstico primario.

EJE II. Funcionamiento cognitivo - limitrofe - retraso
(Trastorno de personalidad)

EJE III. Enfermedades médicas.

EJE IV. Problemas psicosociales y ambientales. Factores
psicosociales de estrés.

EJE V. Evaluación de la actividad global
(escala de evaluación de la actividad global (EEAG)).

Trastornos de conducta

(segun DSM -V)

Trastorno del Desarrollo Intelectual

Trastorno de la Comunicacion

Trastorno del Espectro Autista

Trastorno por Deficit de Atencion /e Hiperactividad

Trastornos de la Conducta y Control de Impulsos

Trastorno del Aprendizaje

Trastorno de las Habilidades Motoras

Clasificación Diagnóstica: Cero a Tres

(1997, 2006)

- “Zero To Three” - National Center for Infants, Toddlers, and Families.

EjeI: Diagnóstico primario

- Trastornos por estrés posttraumático
- Trastornos de afecto
- Trastorno adaptativo
- **Trastornos regulatorios**
- Trastornos del sueño
- Trastornos de la conducta alimentaria
- **Trastornos de la relación y comunicación**

Clasificación Diagnóstica: Cero a Tres

Eje II: Clasificación perfil de Relacion

901: Relación obreinvolucrada

902: Relación Subinvolucrada

903: Relación ansiosa / tensa

904: Relación Iracunda / hostil

905: Relación mixta

906: Relación abusiva

Eje III: Condiciones Medicas y Trastornos del Desarrollo

Eje IV: Estres Psicosocial

Eje V: Nivel de Desarrollo Funcional Emocional

Temperamento

Definición:

Perfil único e individual de un niño que tiene un origen genético-biológico y se observa desde el nacimiento.

Temperamento

- **Análisis Estadístico: Nueve categorías (Dr. Birch)**
 1. Nivel de actividad
 2. Ritmicidad (regularidad)
 3. Acercamiento y retraimiento
 4. Adaptabilidad
 5. Umbral de respuesta
 6. Intensidad de reacción
 7. Calidad del humor
 8. Distactibilidad
 9. Atención y presistencia

Temperamento

Tres tipos temperamentales:

1. **Fácil:** Biológicamente regulares, acercamiento a lo novedoso, adaptación rápida al cambio, humor positivo de leve o moderada intensidad (40%).
2. **Difícil:** Irregulares, retraimiento a lo nuevo, lenta adaptación al cambio, frecuentes episodios de emociones negativas de alta intensidad (10%)
3. **Lento:** retraídos, lenta adaptación a lo nuevo, reacciones emocionales de intensidad leve. “timidos” (15%).

Temperamento

Análisis de la relación padres/entorno - niño:

Dos conceptos:

1. **Buen ajuste:** El funcionamiento de los padres y el de resto de los entornos del niño están en consonancia con las características temperamentales y con su capacidad.
2. **Pobre ajuste:** Discrepancia entre las oportunidades y demandas del entorno y la capacidad y características temperamentales del niño.

Teoría del Apego

Definición:

- Apego: Unión afectiva perdurable que se establece desde el nacimiento entre una madre y su bebé.
- Teoría del apego (Bowlby, 1969) Estableció que las relaciones de apego son conductas prosociales presentes desde el nacimiento y que tienen una función de supervivencia
- Sintonía psicobiológica de la madre con los estados cambiantes de alerta/activación del infante (Schoore 2009)

Teoría del Apego

Procedimiento de la Situación extraña (Ainsworth 1978):

- Modelo práctico que crea situaciones de estrés.
- Participa la madre e hija/o
- Infantes de 11 a 24 meses
- Ocho episodios - 3 minutos

Teoría del Apego

Categorías:

En base al Procedimiento de la Situación
extraña(Ainsworth 1978):

Grupo A: Inseguro-evitativo

Grupo B: Seguro (65%)

Grupo C: Inseguro-resistente

Grupo D: Inseguro-desorganizado/desorientado

Vínculo

Variables críticas de la interacción con padres (Blesky Vondra, 1989; Dawson, 2000; Sharp, 2006; Threvarthen, 1993, 1996)

- Calidez
- Seguridad
- Co-regulación
- Vinculación
- Placer
- Reciprocidad
- Significancia emocional

Modelo de trabajo de la Entrevista Infantil

(Working Model of the Child Interview - Zeanah & Benoit, 1995)

Adult Attachment Interview

(Main)

Clasificación de las representaciones paternas:

- Equilibradas (seguro)
- Desligadas (evitativo)
- Distorcionadas (resistente)

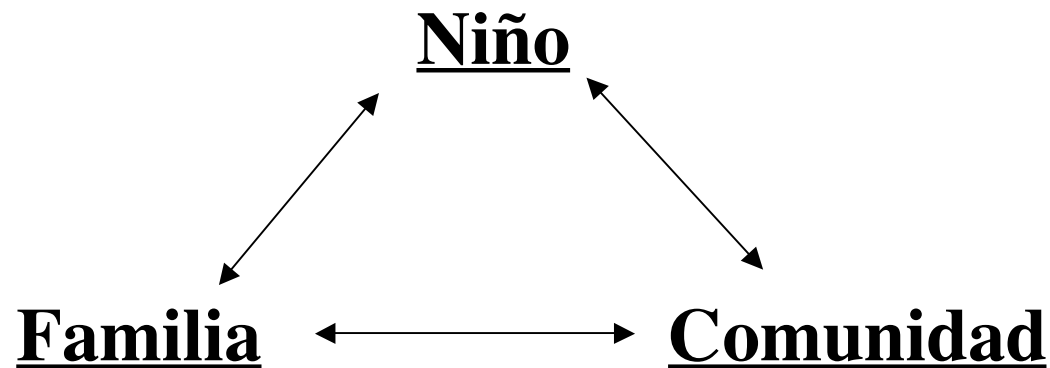
Factores determinantes en la educación y salud

- La disposición genética
- La educación y el entorno
- La calidad de las relaciones humanas a las cuales un niño está expuesto durante su desarrollo

(Plomin & Dunn, 1996)

Factores y variables biopsicosociales

- **Influencias Sociales** (Vygotsky, 1978)
- **Co-evolución entre genes-cognición-cultura**
(Kandel, 1997; Dunbar, 1993, Rutter, 1997; Durham, 1991; Hutchins, 1995; Gottlieb, 2002)
- **Neurobiología de las relaciones interpersonales**
(Bronfenbrenner, 1994; Siegel, 1999, Reis, 2000)
- **Co-constructivismo transversal-dinámico biocultural**
(Shu-Chen Li, 2003)



¿Experiencias esenciales?

¿Cuales son las experiencias esenciales para el desarrollo infantil, aquellas que no deberían faltarle a ningún individuo...a ningún cerebro?

(Bronfenbrenner, 1979; Bruner, 1983; Vygotsky, 1978; Rogoff, 1990; Howe & Lewis, 2005; Mundy, 1995; Greenspan, 2000)

Cableados para imitar



Andrew Meltzoff



Meltzoff & Moore, 1977



Imitación del neonato (Meltzoff)

Un neonato de 10 minutos de nacido protruye su lengua y abre su boca ante la cara de un adulto que realiza los mismo movimientos.

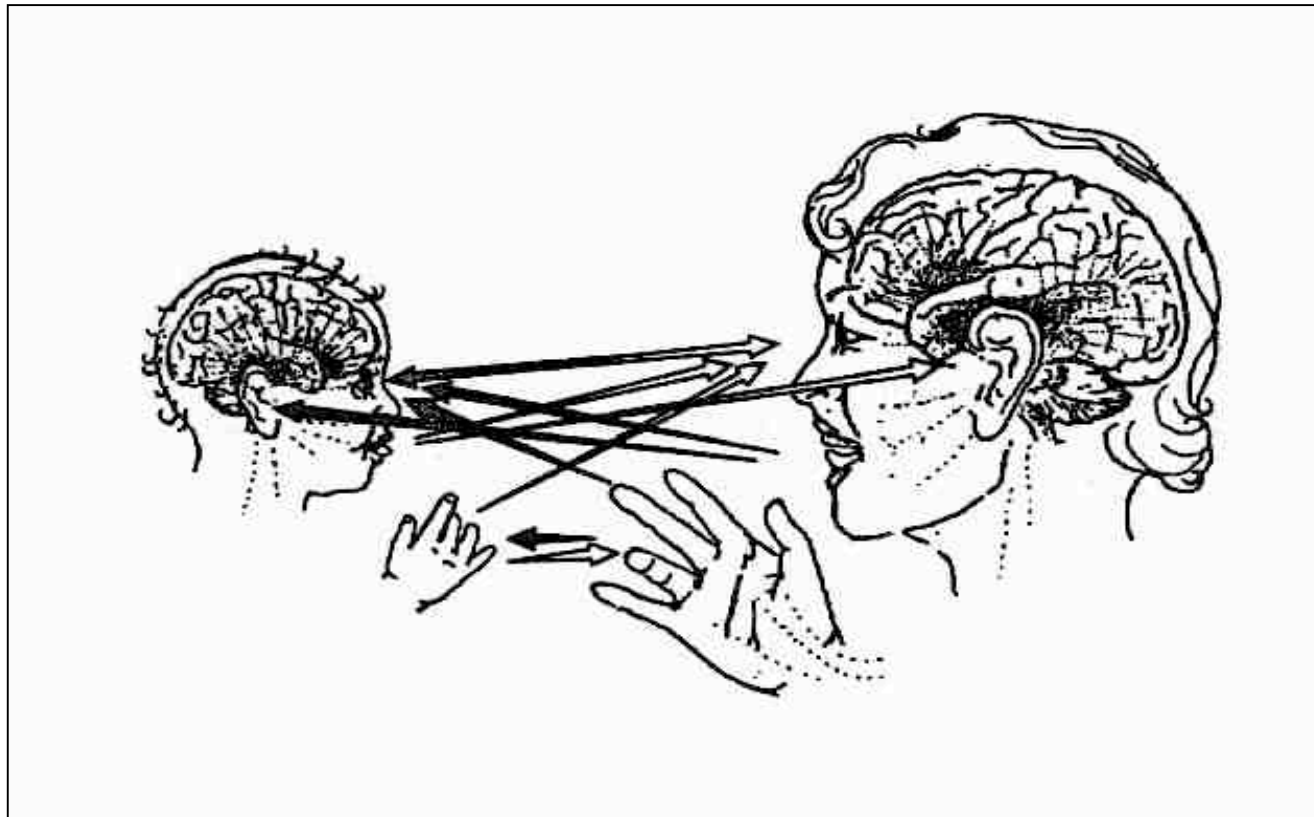
<http://www.rtbot.net/play.php?id=k2YdkQ1G5QI>

<http://www.youtube.com/watch?v=k2YdkQ1G5QI>

Cableado para ser Feliz



La neurobiología de las relaciones





Emociones cara a cara

Marca ® Humana

1. Gestos faciales
2. Tono de voz
3. Actitud corporal
4. Coherencia interna
5. Contexto inmediato



¿Que hay en una mirada?

1. Reconocimiento de gestos faciales
2. Contacto visual y mirada conjunta
3. Atencion conjunta
4. Percepción de emociones

¡¡Disfrute Conjunto!!




Primer año de vida: Humanos cara a cara

Las emociones se aprenden vía **experiencias visuales, prosodicas y gestuales** que inducen efectos emocionales instantáneos, que se acoplan en múltiples idas y vueltas espontáneos

Comunicación espontáneo, especie específica, en la cual el emisor emite información específica que el receptor entiende y necesita tanto emocionalmente como neurofisiológicamente

Comunicación directa y recurrente entre **hemisferio derecho, sistema limbico y sistema neurovegetativo** entre interlocutores

La imitación de las emociones en reiteradas y sucesivos intercambios cara a cara sería crucial para el desarrollo de la **intersubjetividad** (reciprocidad), base de la cogn: 
social

Primer año de vida: Humanos cara a cara

La tarea esencial del primer año es el desarrollo del apego (vinculo)

La tarea evolutiva del apego es la **regulación interactiva de emociones**, la cual resulta en la sincronización biológica de infante tanto internamente como interpersonalmente

La integración y regulación del afecto, conducta y sistema autónomo son básicos para la supervivencia y por ello son de aparición temprana

Las experiencias interpersonales tempranas son una fuente de **experiencias que modelan la expresividad de genes**

(Aitken, 1993, Threvarthen, 1994, Buck, 1994, Schore, 2000, 2007, Bradshaw, 2007
Field, Woodson, Greenberg & Cohen, 1982; Ekman, Levenson & Friesen, 1983; Meltzoff, 1995;
Saugstad, 1998) Kandel, 1997; Siegel, 2001, Rubenstein, 2006)

Homeostasis individual



Homeostasis diadica

La regulación y homeostasis
es un proceso
de colaboración diadica

(Tronick 1998, 2007)

A mayor regulacion,
mejor procesamiento,
mayor coherencia,
mayor complejidad

...mayor expansion diadica de la conciencia

Cerebro ↔ Mente

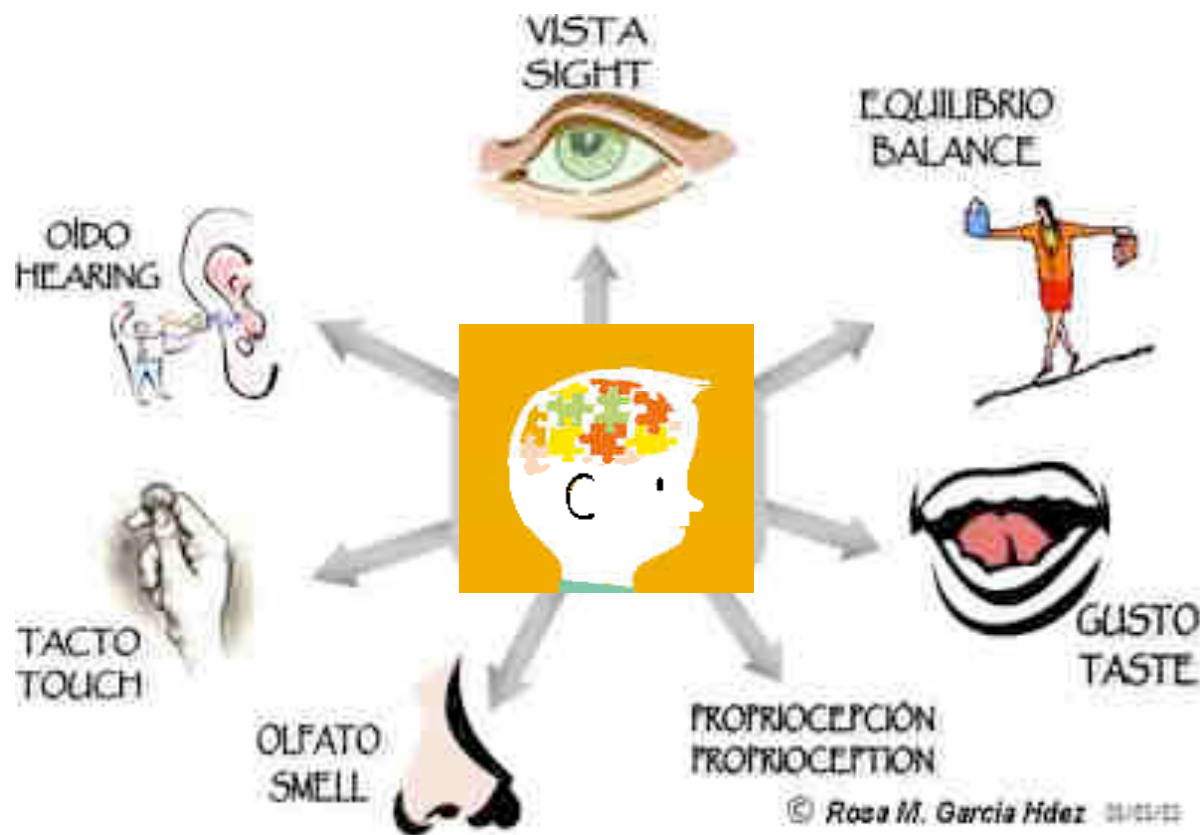
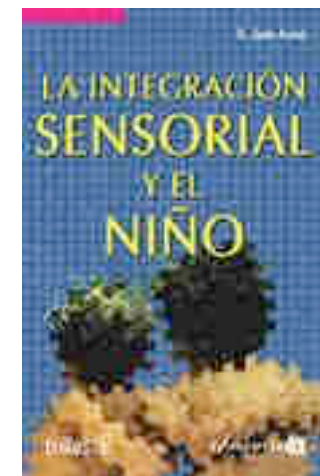
(Tronick 1998, 2007)

Los mecanismos de auto-regulación y organización de experiencias se desarrollan como resultado de:

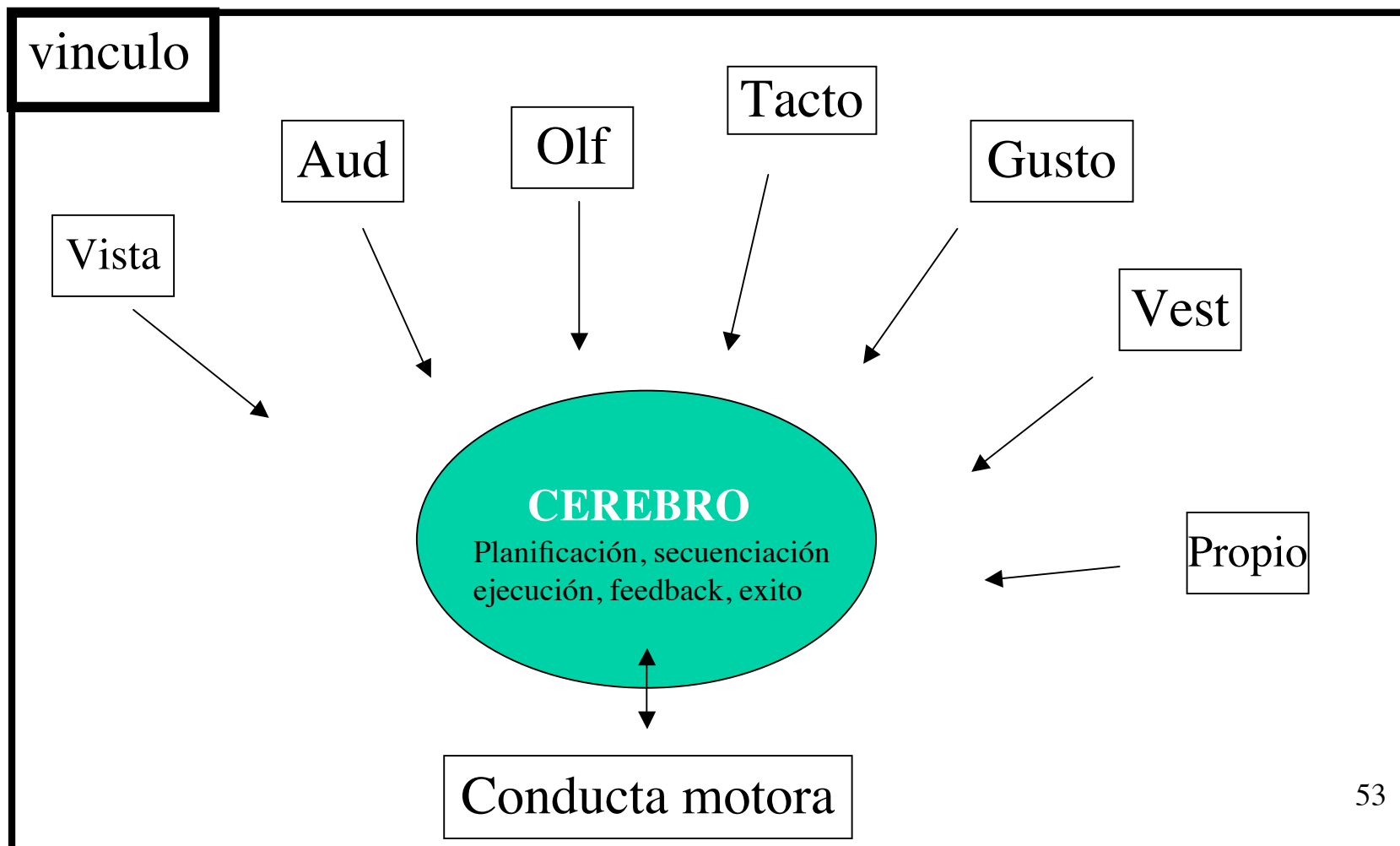
(Lyons-Ruth & Zeanah, 1993; Rothbart, 1981)

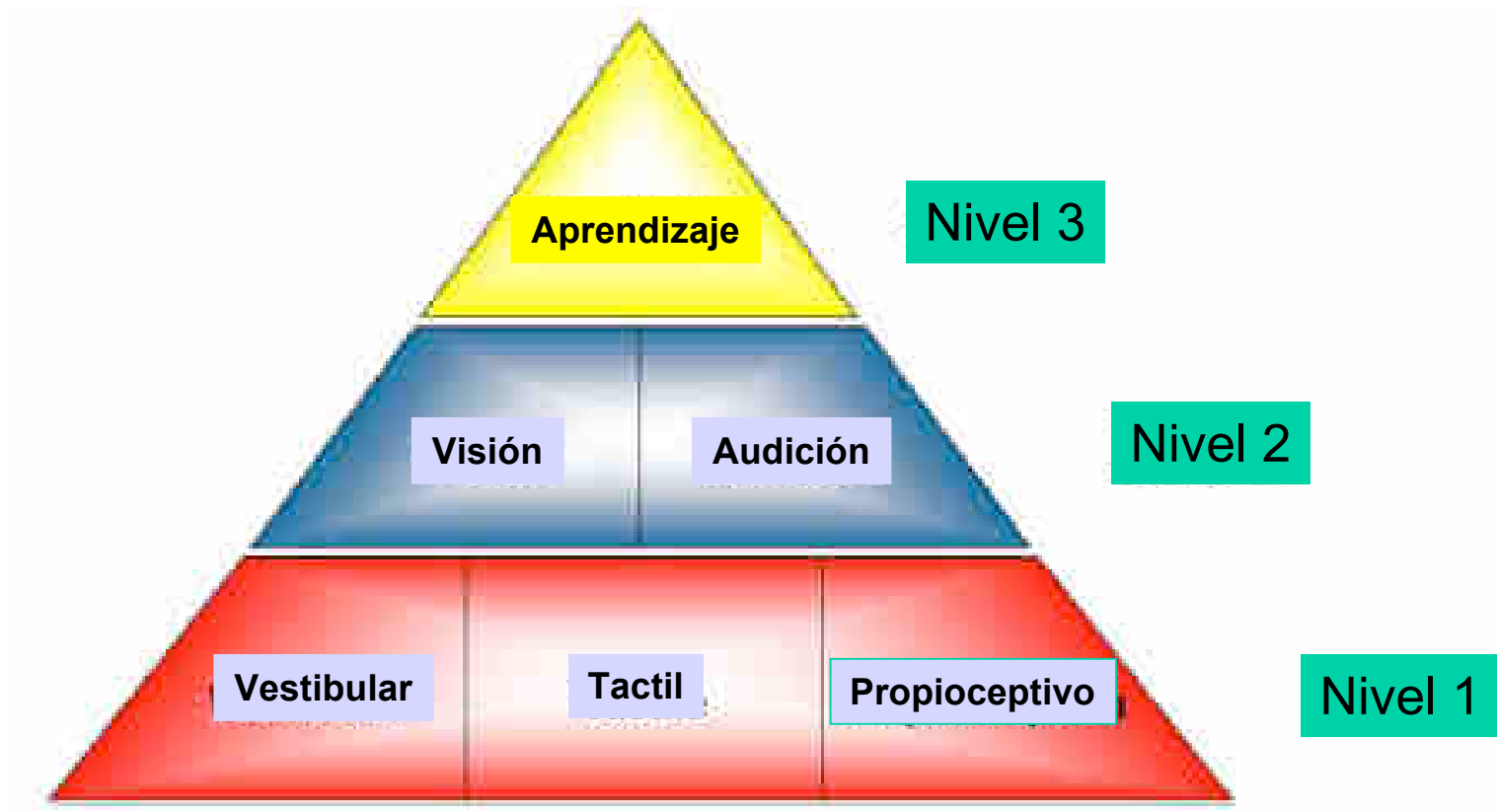
- a. Maduración neurofisiológica
- b. Responsividad paterna
- c. Adaptación del infante a las demandas del entorno

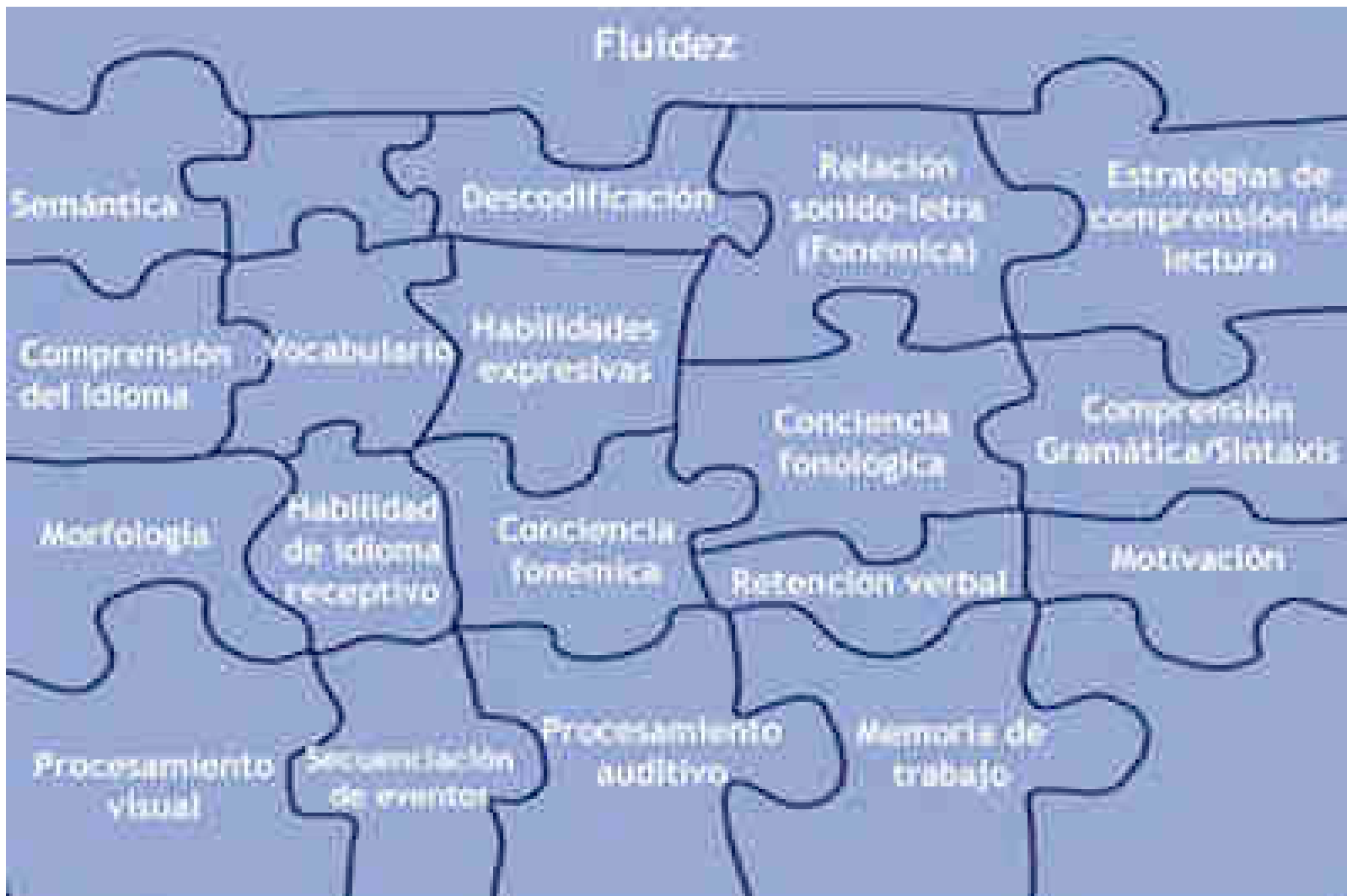
Siete⁷ Sentidos



Regulación y Procesamiento (Ayres, 1979)

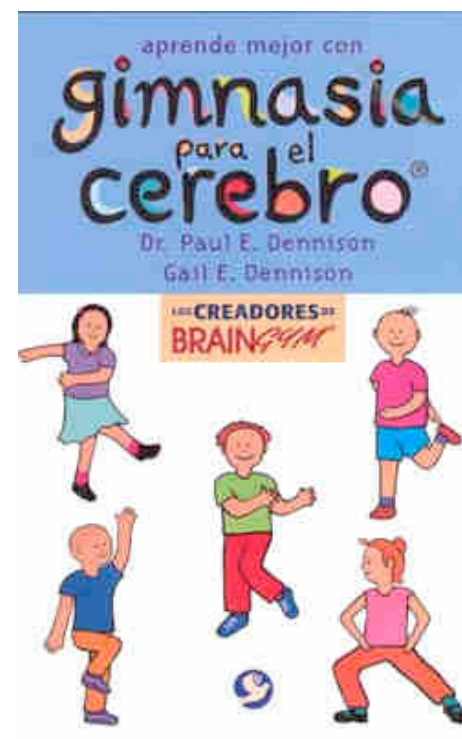
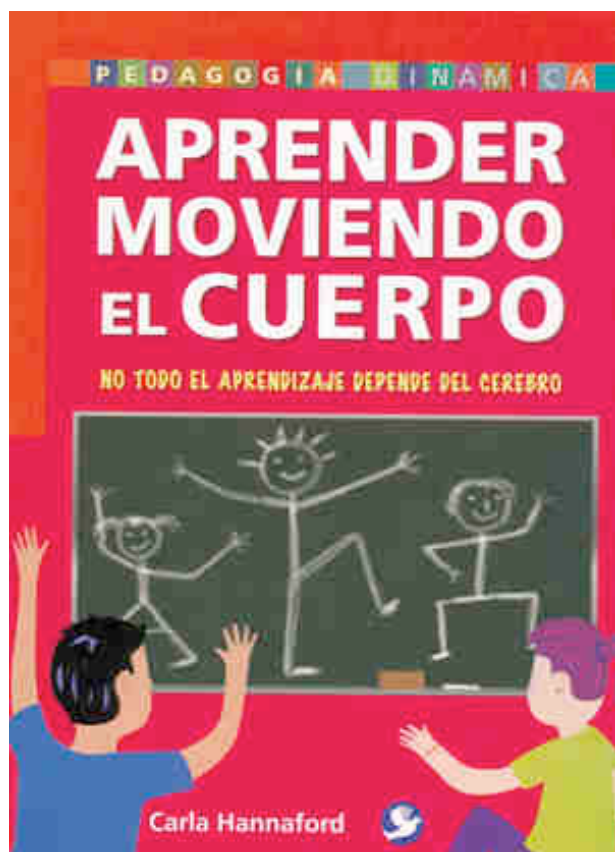








Inteligencia
Espacial



Infantes y niños con pobres habilidades de la regulación de su estado (alerta, atención, estado emocional) demuestran una mayor incidencia de problemas emocionales, trastornos de la conducta, TDAH, depresión, problemas de aprendizaje y autismo.

(Mattison, 1987; Fish, 1978; Walker, 1983; Forsyth, 1991; Greenspan & Wieder, 1992; Himmerlfarb, 1985; Oberklaid, 1993; Sroufe, 1983; Chess, 1983; Rutter, 1977)

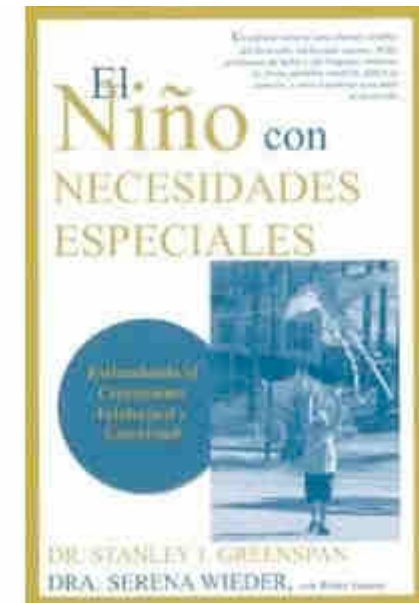
1. **D**esarrollo emocional

2. Perfil **I**ndividual

3. Importancia **R**elacional

Modelos Relacionales

- DIR / Floortime
(www.icdl.com)

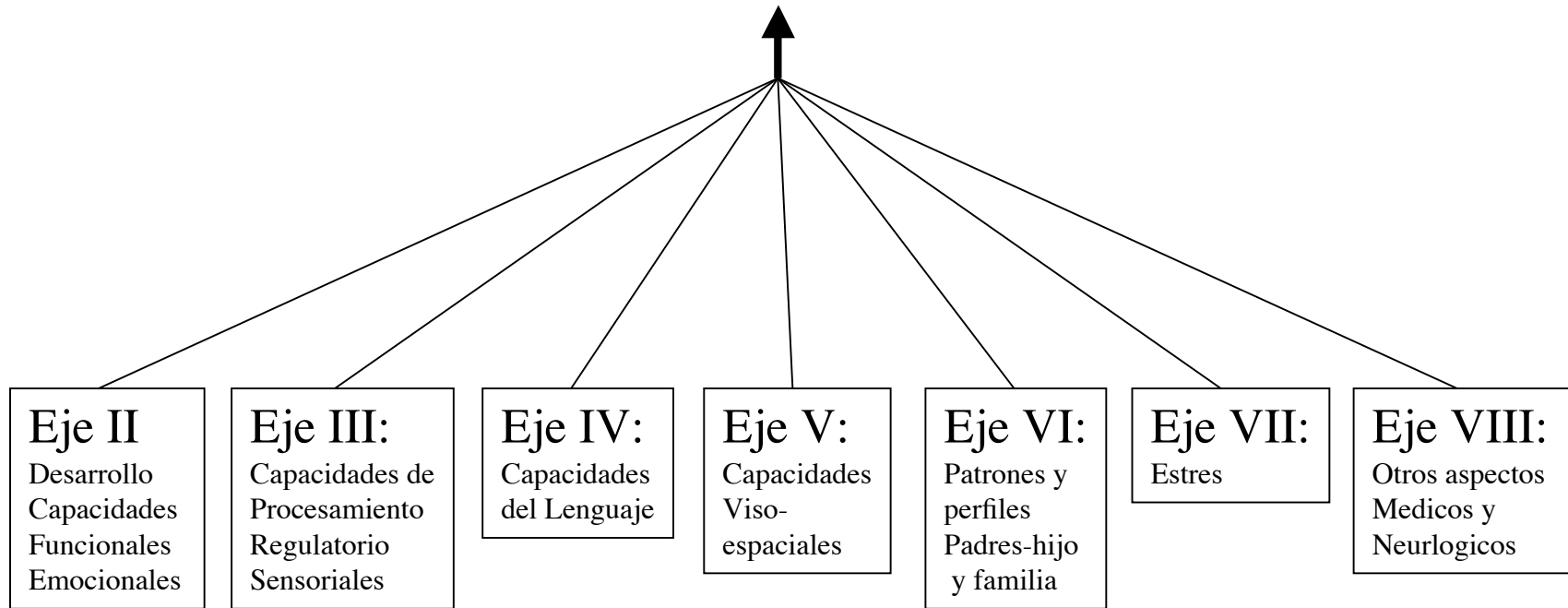


Seis habilidades madurativas esenciales

(Greenspan, 2000)

1. **Atención compartida y autoregulación**: Habilidad dual de interesarse por algo visual, sonora o sensorial del mundo y calmarse uno mismo **(0 a 3 meses)**
2. **Vinculación**: Habilidad para establecer una relación con otras personas **(2 a 7 meses)**
3. **Comunicación intencional**: Habilidad para establecer una comunicación de dos vías **(3 a 10 meses)**
4. **Comunicación compleja**: Habilidad de crear gestos complejos, de hilar una serie de acciones que se convertiran en una secuencia elaborada y deliberada de resolución de problemas **(9 a 18 meses)**
5. **Representaciones**: Habilidad de crear ideas “emocionales” **(18 a 30 meses)**.
6. **Pensamiento emocional**: Habilidad para construir puentes entre ideas para lograr que esten basadas en la realidad y que sean lógicas **(30 a 48 meses)**.

Eje I:
Trastorno interactivo
Trastorno del procesamiento Regulatorio sensorial
Trastorno del Desarrollo de la Realacion y Comuniacion
Trastorno del Lenguaje
Trastorno del Aprendizaje



Organización de abordajes terapéuticos basados en el
Modelo DIR
Desarrollo - Individualidad - Relaciones

1. **P**rocesamiento sensorial
2. **R**egulación emocional
3. **E**ntorno
4. **M**etodología
5. **A**ctitud

Factores de riesgo y protección



El desarrollo de cada niño es único...

- Factores de riesgo
- Factores de protección

Factores de riesgo

- Son aquellos factores cuya sola presencia incrementa las posibilidades de que un niño desarrolle un trastorno conductual/emocional en comparación a sus pares.
- Un factor de riesgo puede llevar a un estado de vulnerabilidad sobre el cual actúan otros factores de riesgo
- La vulnerabilidad y los fenómenos de protección son factores que alteran la respuesta de una persona a un factor de riesgo.

Factores de riesgo

1. Discordia severa entre padres
2. Bajo nivel socioeconomico
3. Familia numerosa
4. Antecedentes criminales en el padre
5. Enfermedad psiquiatrica en la madre
6. Modalidad de crianza intrusiva, rigida y sobre-estimulante

Factores de protección

- Tres variables fundamentales:
 1. **Características personales:** temperamento, autonomía, autoestima, sociabilidad, inteligencia, capacidad para resolver problemas, competencia en ambientes sociales y académicos.
 2. **Características familiares:** cohesión, calidez, apoyo emocional, ausencia de discordia
 3. **Presencia de apoyo externo:** amigos, escuela, creencia/fé, clubes recreativos, etc.

Vision macro...ver el bosque...

Para que realmente sea útil el diagnóstico la visión diagnóstica debe ser integral y con actitud **preventiva**, tomando en cuenta los factores de **PROTECCIÓN** y **RIESGO**

Conjunción de variables

1. El número de factores de riesgo en el entorno gral.
2. El número de factores de riesgo en el entorno familiar.
3. La vulnerabilidad del niño
4. El timing y naturaleza particular de la experiencia de vida y hecho estresante.
5. La resiliencia del niño (factores de protección)
6. Factores de protección en el entorno familiar
7. Factores de protección en el entorno gral.

Factores pronósticos

- Características individuales: CI, CE, tipo y severidad de síntomas, comorbilidad
- Parámetros familiares: condición socioeconómica, patología parental, estilo de crianza.
- Tratamientos: tipo y duración
- Factores que predicen el abuso de drogas: Trastorno de conducta concomitante, estilo antisocial, persistencia de los síntomas de TDAH.

Autoestima

La suma de juicios que una persona tiene de sí misma; es decir, lo que la persona se dice a si misma sobre sí misma

(Haeussler & Milicic, 1995)

Orígenes de la Autoestima

- Se gesta desde el nacimiento y sigue durante gran parte de la vida.
- Vinculos y educación recibida en la infancia (el juicio de los otros).
- La figura del maestro y su forma de relacionarse con los estudiantes, son decisivas para la autoestima.

Importancia de la Autoestima

- Gran incidencia en la calidad de vida de las personas, en la productividad y en la salud mental.
- Profundamente vinculada a sentirse querido, acompañado y de ser importante para otros y para si mismo (Milicic, 2001)
- Es un indicio mas valido de éxito que la inteligencia (Coopersmith, 1967)

Ejemplo...

Trastorno por Déficit de Atención
con Hiperactividad

¿Patologización y medicalización
de la infancia?

Descripción clínica

Niños con tendencia a “meterse en problemas” en forma frecuente en su casa, con sus familiares y en la escuela con maestros y/o pares.

Niños a quienes les resulta muy difícil cumplir con sus tareas y desempeñarse bien en el colegio a pesar de su buen nivel cognitivo

¿Porqué dicen que es importante identificar los niños con TDAH ?

Como adultos (Weiss & Hechtman, 1993):

- 60% continúan presentando síntomas que afecta su desenvolvimiento
- Mayor incidencia de Trastornos de la personalidad antisocial
- Baja autoestima, pobres habilidades sociales y mayores dificultades de índole psiquiátrico en general.
- Estatus laboral inferior y mayores dificultades con el cumplimiento y con superiores
- Nivel educativo inferior a controles

TDAH en la adolescencia

Los **riesgos** que presenta los niños con TDAH se **incrementa** exponencialmente en la **adolescencia**

Factores: Dialogo familiar, confianza, flexibilidad, coherencia.

Riesgos del TDAH

- Déficits de aprendizaje, abandono escolar
- Delincuencia
- Tabaquismo
- Drogadicción
- Accidentes de tránsito, infracciones
- Conductas sexuales riesgosas

Mirada Integral

Tratamiento
integral

¡¡Cambiar la mirada!!!

- Son niños
- Todos aprenden
- Buscar permanentemente comprender su mente, cerebro y conductas
 - Individualización
 - Calidad y cantidad
- Con los padres y en equipo

Tres dimensiones - tres variables

1. Teorías:

- Modelos Cognitivos
- Modelos Relacionales
- Psicoanálisis
- Análisis Conductual Aplicado

2. Apoyo:

- “Sistema”: accesibilidad
- Intensidad: calidad y cantidad

3. Actitud:

- Cultura, creencias, visión, inspiración

Concepto de “Ajuste”

Análisis de la relación padres/entorno - niño:

Dos conceptos:

1. **Buen ajuste**: El funcionamiento de los padres y el de resto de los entornos del niño están en consonancia con las características temperamentales y con su capacidad.
2. **Pobre ajuste**: Discrepancia entre las oportunidades y demandas del entorno y la capacidad y características temperamentales del niño.

1. Diagnóstico Etiológico y Funcional

2. Potenciar a padres!!!

Autogestión

3. Abordajes Medicos (tradicionales: psicofarmacos, anticonvulsivantes, etc. y “no-tradicionales”: biomedicos)

4. Terapias específicas: (psicología, psicopedagogia, fonoaudiología, terapia ocupacional, kinesiología, psicomotricidad, educación física, musicoterapia, equinoterapia, juego, recreación, etc.)

5. Coordinación con la escuela

Proceso diagnóstico funcional

1. Historia del desarrollo y familiar
2. Dinámica vincular y familiar
3. Evaluación medica



4. Perfil Funcional-Emocional del niño

Donde esta el niño a nivel de su desarrollo socio-emocional

5. Evaluación de Integración Sensorial:

Como procesa, integra y modula su individualidad

(visión, audición, tacto, vestibular, propiocepción, olfato, gusto, moticidad)

DIR

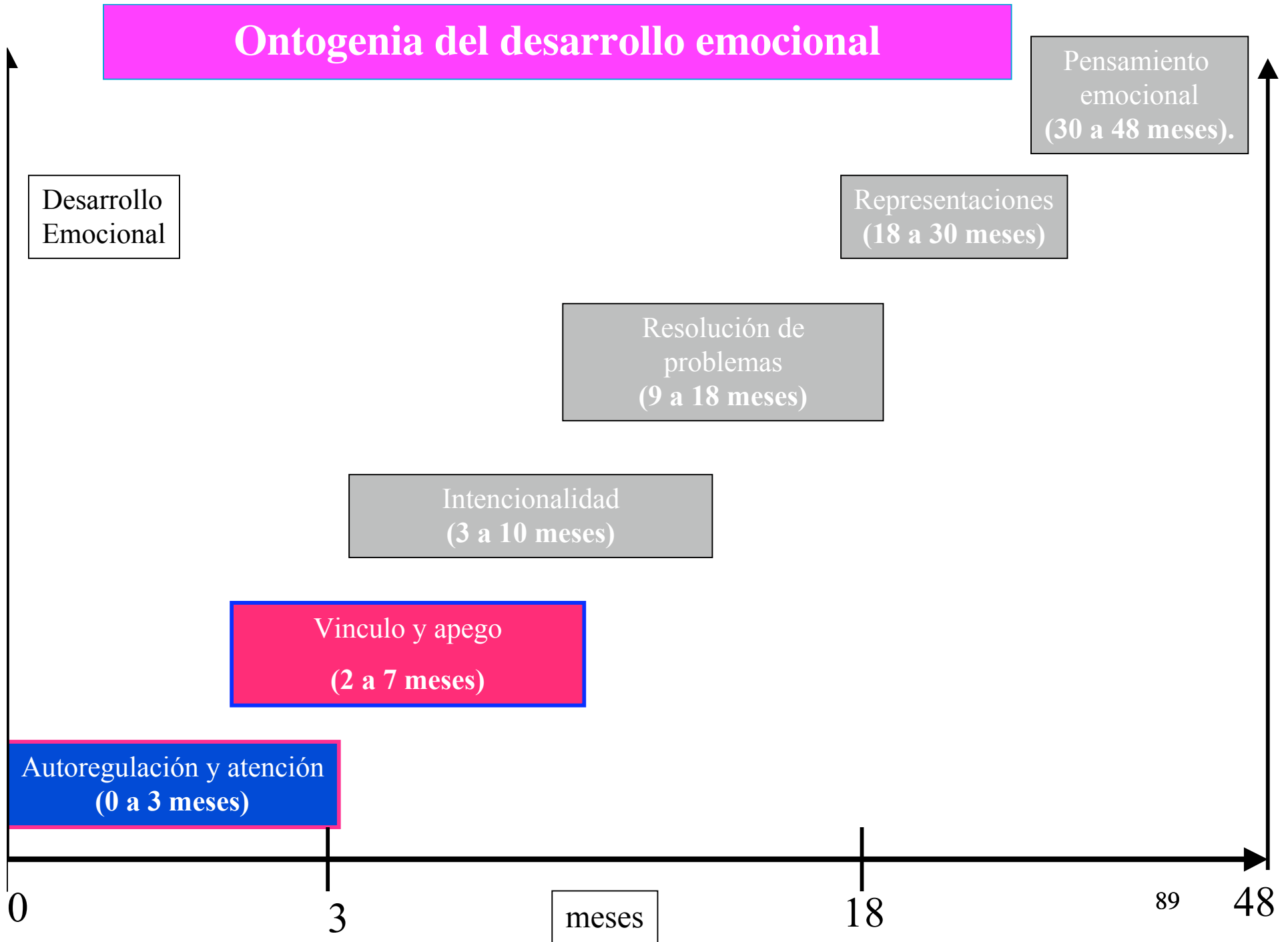
Desarrollo - Individualidad - Relaciones

1. **P**rocesamiento
2. **R**egulacion emocional
3. **E**ntorno
4. **M**etodologia
5. **A**ctitud

1. **P**rocesamiento, integración
y modulación

2. **R**egulación emocional

Ontogenia del desarrollo emocional



DIR

Desarrollo - Individualidad - Relaciones

1. Procesamiento
2. Regulación emocional
3. **Entorno**
4. **Metodología**
5. **Actitud**

Entorno

1. Calidad del ambiente físico

- ¿Como procesa y modula?
- ¿Cuan frágil o firme esta la regulación emocional?
 - ¿Se regula solo o con el apoyo de otro?
 - ¿Relación entre juego “solitario” o con otros, autoregulación, autoestimulación y búsqueda de vinculación?
- ¿Cual seria el entorno “ideal” para su perfil?**

Metodología

2. Abordaje centrado en el niño

M



Responsiva



Directiva

Estrategias

Cognitivas
Conductuales
Psicodinamicas
Pedagógicas
Relacionales
Estructuradas

Actitud

3. Actitud terapeutica humana

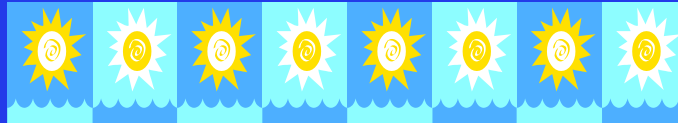
¡¡Siempre Responsiva!!

Vínculos Co-reguladores

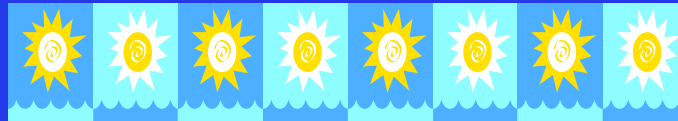
Para comprender se requiere estar presente en estados de...

- Ecuanimidad
- Compasión
- Amor





El Rol del “profesional” Evolución



El Rol del profesional

- Los padres son los organizadores mas importantes de sus hijos: **Habilitarlos!**
- Los padres son la constante en la vida de los niños, las instituciones y los terapeutas pasan

¡Despertar el potencial humano!

- Inspirador
- Habilitador
- Potenciador
- Guía
- Apoyo
- Modelador
- Gestor
- Coordinador

Metas del tratamiento

Tratamiento integral: Análisis del perfil de fortalezas y debilidades

Favorecer el desarrollo convencional

1. **Fomentar la autoestima positiva!!!!!!!**
2. Adecuarse al perfil de fortalezas y debilidades
3. Anticipar y adecuar el entorno
4. Tratamientos específicos
5. Tratamiento de los trastornos secundarios o comórbidos
6. Prevenir los trastornos de conducta
7. Promover el aprendizaje académico y social
8. Mejorar la adaptación social
9. Aliviar el estrés familiar

Síntesis

!!!Evaluación caso por caso!!!

- Los “diagnosticos” no son enfermedades.
- La indentificación de los síntomas (criterios) es solo el comienzo
- Estar siempre atento a la dinamica del desafio y el entorno
- Atento a los sintomas “secundarios”: Autoestima en relación a pares, colegio y familia.
- El único tratamiento es el multimodal y en equipo, con fuerte apoyo hacia la familia y la escuela.
- Medicación no siempre necesaria. Unicamente para los casos de alto riesgo.
- Siempre guiar y apoyar a padres

- **Muy importante:** Trabajo en equipo, en conjunto y coordinado
- **Muy importante:** Lograr consenso de las miradas etiologicas, diagnosticas y terapeuticas.

*El hombre no deja de jugar por que se
hace viejo, sino que se hace viejo porque
deja de jugar*

Bernard Shaw
(1856 - 1950)



¡¡Muchas gracias!!

www.panaacea.org

Modulos y grupos de auto-estudio

- El Niño con Necesidades Especiales
(Greenspan)
- Vinculandose con el Autismo (Greenspan)
- Niños Felices (Greenspan)
- La Integración Sensorial y el Niño
(Ayres)
- Hablando nos entendemos los dos
(Hanen)
- Las Diez cosas para ayudar a su hijo
(Levy)
- Presencia y actitud

filmar - compartir -supervisar