

ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, COGNITIVO, AFECTIVO Y DEL LENGUAJE EN EL NIÑO DE 0 A 4 AÑOS

Jordi Sasot Llevadot

Pediatra y Psiquiatra Infantil. Hospital San Rafael.

Centre Psicopediàtric GUIA. Barcelona.

Los éxitos espectaculares en la lucha contra la mortalidad infantil en general y las enfermedades infecciosas en particular, han desplazado progresivamente los intereses pediátricos hacia otras áreas, constituyendo lo que los anglosajones denominan "new morbidity".

La precocidad en la prevención y tratamiento de los trastornos del desarrollo en la infancia, constituye hoy un objetivo prioritario en los países desarrollados.

En la práctica clínica y educativa se plantea con frecuencia el problema de conocer si un niño presenta o no, un trastorno del desarrollo.

Estudios epidemiológicos de distintos países indican la presencia de trastornos del desarrollo, en un 2% de la población comprendida entre 0 y 4 años.

En los últimos años hemos avanzado, pero aún diagnosticamos poco y tarde. Uno de los primeros profesionales que valora al niño es el pediatra. En estos primeros momentos son dignas de mención la presencia de unas condiciones que identifican a los niños con un alto riesgo de padecer un trastorno del desarrollo.

Ahora bien también son muchos los pequeños que sin presentar estos factores perinatales, padecen con posterioridad un trastorno en el desarrollo. Es en esta situación cuando la educadora o el educador de Escuela Infantil (a pesar de que el pediatra en un primer momento no haya valorado ningún riesgo) debe de alertar con gran conocimiento y mesura, a los padres o tutores del pequeño, ante la presencia de un signo de alarma, aunque siempre sin dar opinión y aconsejando una visita a un profesional cualificado.

Es habitual que el pediatra visite al niño con relativa frecuencia hasta la vacuna de recuerdo de los 18 meses, con posterioridad son muchas las familias que desconocen la importancia de una satisfactoria actitud preventiva pediátrica, con lo que sólo acuden al pediatra si el niño está enfermo, lo que refuerza aún más el papel preventivo que los responsables educativos deben de tener.

Estos primeros años de vida son fundamentales para conocer si el desarrollo neuropsicomadurativo del niño es correcto o no.

En nuestras Escuelas Infantiles es de rutina la práctica de revisiones médico-preventivas. Sin embargo, en muchas de ellas no es común realizar pruebas preventivas del desarrollo psicomotor, cognitivo, afectivo y del lenguaje, práctica indispensable que creemos deberían de efectuar todas las Escuelas Infantiles.

¿QUÉ NIÑOS PRESENTAN UN MAYOR RIESGO DE PADECER UN TRASTORNO DEL DESARROLLO?

El concepto de riesgo debe diferenciarse del concepto "signo de alarma".

El riesgo es un concepto epidemiológico, no es el resultado de un acto exploratorio, mientras que por "signo de alarma" se entiende aquel dato de observación clínica que obliga a quien lo capta a tenerlo en cuenta, sin que le pase desapercibido, y considerar que puede ser una manifestación de alguna alteración fisiopatológica que puede hacerse evidente en aquel momento o más adelante.

Según su causa, el riesgo infantil en padecer un trastorno en el desarrollo puede

ser:

a) Biológico.

b) Ambiental.

c) Mixto.

En 1987 Blackmait y col, publicó el análisis de las causas que motivaron la inclusión de niños en un programa de seguimiento y en los que posteriormente se identificó la presencia de un trastorno del desarrollo.

Éstas eran:

a) Peso al nacer menor de 1500g.

b) Trastorno respiratorio que requirió la presencia de respiración mecánica durante un tiempo superior a 2 horas.

c) Presencia de convulsiones.

d) Test de Apgar a los 5 minutos no superior a 6.

e) Presencia de infección en el Sistema Nervioso.

f) Hipoglucemia.

g) Hipotonía muscular en el momento del alta hospitalaria.

La Academia Americana de Pediatría definió también las condiciones que identificaban a un niño de alto riesgo:

1) Peso al nacimiento inferior a 1'5 Kg.

2) Gestación inferior a las 34 semanas.

- 3) Asfixia perinatal.
- 4) Test de Apgar menor de 3 a los 5 minutos, con evidencia clínica de disfunción neurológica.
- 5) Retraso en el inicio de la respiración espontánea superior a los 5 minutos y necesidad de ventilación mecánica.
- 6) Evidencia clínica de anomalías del SNC (convulsiones, hipotonía muscular, etc.).
- 7) Hiperbilirrubinemia superior a 20 mg/dl en recién nacidos a término sanos.
- 8) Trastornos genéticos, dismórficos o metabólicos específicos o una historia familiar directa de estos trastornos.
- 9) Historia de infección prenatal del recién nacido.
- 10) Anomalías psicosociales.

El riesgo no tiene por qué ser sólo biológico, también puede ser determinado por circunstancias adversas del entorno, ante todo por factores socioeconómicos y familiares.

La presencia de un riesgo ambiental es factor determinante en el desarrollo de un trastorno psicoafectivo, su detección es fundamental en la toma de las decisiones preventivas necesarias que impidan la puesta en marcha o la consolidación de un trastorno psicoafectivo.

EVALUACIÓN PRÁCTICA DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, COGNITIVO, AFECTIVO Y DEL LENGUAJE

La evaluación del desarrollo es un elemento esencial que debería de estar incluido en todo examen preventivo que pretenda alertar de posibles "handicaps" futuros que interfieran con la salud el desarrollo y la educación en la infancia.

Dicha evaluación, realizada de forma rutinaria, serviría para alertar disarmonías o retrasos en alguna área del desarrollo y así poder establecer el diagnóstico y tratamiento precoz oportuno.

La actitud ante los signos de alarma por parte de un educador de Escuela Infantil o por un especialista cualificado en el desarrollo (médico especialista, psicólogo, pedagogo, etc.) debe de ser distinta.

El educador infantil debe de conocer los signos de alarma para alertar a los padres, pero nunca debe de tomar una postura diagnóstica. ¿Por qué?. Ante todo porque dicho papel corresponde al especialista del desarrollo quien correlacionará estos primeros datos con una precisa anamnesis o historial, y con una completa exploración del desarrollo en la que se logre la máxima colaboración por parte del niño.

Nunca es correcto crear un estado de ansiedad en la familia y siempre hay que ser muy prudente en nuestras actuaciones, ahora bien, hay que evitar caer en el clásico error de callar por:

-Quizás me equivoco, no estoy seguro, prefiero esperar a comentar mi impresión más adelante.

- Quizás no tiene importancia y se normalizará más adelante.

- Para este tipo de problemas no hay tratamiento en estas edades, es mejor esperar.

Creo que lo correcto ante una duda en el desarrollo infantil es plantearlo a un especialista, quien si está cualificado para dar o quitar importancia a un posible signo de alarma.

Concomitantemente a lo citado en los últimos años se advierte un creciente interés en la detección de los trastornos del desarrollo y en el conocimiento de sus signos de alarma.

Ello también ha creado un exceso de celo que ha conducido a valorar trastornos del desarrollo en niños normales que presentan benignas desviaciones de la normalidad. La presencia de falsos positivos conlleva siempre a un estado de ansiedad familiar innecesario que conduce, en conocimiento de su realidad, a una desorientación familiar en estos temas y, por qué no decirlo, lleva implícito una negativa imagen profesional.

Tras el estudio de diversos autores y correlacionándolo con la práctica clínica, he elaborado el siguiente esquema preventivo de signos de alarma en el desarrollo psicomotor, cognitivo, afectivo y del lenguaje.

Son un dato más y es obvio que en su relación se han eliminado variables importantes.

El objetivo es transmitir mi experiencia práctica.

SIGNOS DE ALARMA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, COGNITIVO, AFECTIVO Y DEL LENGUAJE EN EL NIÑO DE 0 A 4 AÑOS
1) Etapa de suelo.
2) Etapa de bipedestación.
3) Etapa de monopedestación.

ETAPA DE SUELO		
3 meses:	Psicomotor:	No sostén de la cabeza
		Mano en nido.
	Afectivo:	Ausencia de contacto. - No fijación de la mirada. - No seguimiento de la mirada a nivel horizontal. - Ausencia de sonrisa.
6 meses:	Psicomotor:	-Incapacidad para separar el cinturón escapular y el tórax del plano horizontal, apoyándose en los antebrazos (control muscular antigravitatorio). -No retención de objetos con ambas manos.
	Afectivo:	Ausencia de interrelación dinámica madre-hijo.
9 meses:	Psicomotor:	Ausencia de volteo y arrastrado. Ausencia de sentado sin apoyo. Ausencia de prensión manual en garra.
	Lenguaje:	Ausencia de silabeo
	Afectivo:	Ausencia de reacción de extrañeza o de angustia ante desconocidos.
12 meses:	Psicomotor:	Ausencia de bipedestación con apoyo. Ausencia de manipulación exploratoria (ver -oír -tocar). Ausencia de pinza pulgar-índice.
	Lenguaje:	Ausencia de bisílabos sin finalidad.
	Afectivo:	Ausencia de capacidad de iniciativa en la organización de las primeras conductas (incapacidad para empezar a "tomar el pelo" a los propios padres"
	Cognitivo:	Ausencia del desarrollo de la permanencia de un objeto.

ETAPA DE BIPEDESTACIÓN		
18 meses:	Psicomotor:	Ausencia de deambulaci3n sin apoyo No sabe hacer una torre de 2 cubos.
	Lenguaje:	Ausencia de bislabos con finalidad (papá-mamá intencional).
	Afectivo:	Presencia de una conducta hipersensitiva e hiperquinética. Actitud desafectiva hacia su entorno de vinculaci3n afectiva (padres, muñecos, etc.). Ausencia de un incipiente negativismo.
	Cognitivo:	Ausencia de capacidad operacional con un objeto (incapacidad para beber-vaso, comer-cuchara, ver TV-bot3n TV, etc.)
2 ańos	Psicomotor:	Torpeza motriz a la deambulaci3n. Incapacidad para tirar una pelota con las manos. No sabe hacer una torre con 6 cubos, ni alinear dichos cubos en forma de tren No garabatea.
	Lenguaje:	Ausencia de jerga. Ausencia de frases de 2 palabras.
	Afectivo:	Presencia de una conducta hipersensitiva e hiperquinética Ausencia de una incipiente capacidad de frustraci3n en la relaci3n con su entorno de vinculaci3n afectiva (madre, padre).
	Cognitivo:	Ausencia de juego simb3lico.

ETAPA DE MONOPEDESTACIÓN		
3 años:	Psicomotor:	No se sostiene sobre un solo pie durante un segundo. Incapacidad para imitar líneas verticales o circulares
	Lenguaje:	No es capaz de formar frases (sujeto-verbo-predicado).
	Afectivo:	Presencia de conductas excesivas de apego hacia su entorno de vinculación afectiva.
	Cognitivo:	Ausencia de incipientes períodos de atención (escuchar cuentos). Desconocimiento de su propio esquema corporal.
4 años	Psicomotor:	No es capaz de saltar sobre un solo pie. No sabe pedalear en un triciclo. No dibuja la figura humana.
	Lenguaje:	Conjugación incorrecta de los tiempos verbales. Deformación de la estructura fonética de las palabras. Construcción gramatical de las frases incorrecta. Presencia de múltiples dislalias (defectos en la articulación).
	Afectivo:	Comportamientos de regresión. Juego en solitario. Reivindicaciones afectivas por exceso o por defecto (apego-oposición).
	Cognitivo:	Ausencia de períodos de atención prolongados con hiperactividad. Desconocimiento de las formas (redonda, cuadrado y triángulo), los tamaños (grande, mediano y pequeño) y los colores básicos.

BIBLIOGRAFÍA

BLACKMAN JA. LINDGREN SD HEIN HA HARPER DC: "Long term surveillance of high-risk children" . AmJ Dis Child. 1987; 141: 1293- 1299.

BOWLBY. J. El vínculo afectivo. Paidós. Barcelona. 1985.

BOWLBY J: Los cuidados maternos y la salud mental. Humanitas. Buenos Aires. 1964.

BRAS MARQUILLAS J FEBRER BOSCH JM^a GONZÁLEZ PALACIOS A MARINA LOPEZ C SUAREZ CAMINO J: Esquemas de Pediatría Preventiva. Prous. Barcelona. 1988.

BRAZELTON TB. El saber del Bebé. Paidós. Barcelona. 1989.

BUGIE ALBADALEJO C. "Importancia de la detección precoz de las anomalías del desarrollo psicomotor" . But Soc Cat Pediatr. 1990;50: 187-193.

DOMENECH E: "Signos de alarma en el examen psicológico del neonato". Anales Españoles de Pediatría. 1982; 17 (Supl.14):131-145.

DOMENECH E. "Signos de Alarma en el desarrollo Psicológico de un niño antes de los treinta meses". En: Pediatría Psicosocial. Wander. Barcelona. 1993;37-52.

FRANKENBURG WK THORNTON SM COHRS ME: Pediatrics developmental diagnosis. Thieme-Stratton. New-York. 1981.

GESSELL A: Los cinco primeros años de vida. Paidós. Buenos Aires. 1973.

HELLBRÜGGE T VON WIMPFEN H: Los primeros 365 días de la vida del niño. Marfil. Alcoy. 1980.

ILLINGWORTH R: The development of the infant and young child. Abnormal and normal. Seventh edition. Churchill Livingstone. Edinburgh. 1980.

ILLINGWORTH R. El desarrollo infantil en sus primeras etapas. Médico Técnica. Barcelona. 1983.

KAPLAN HI SADOCK BJ. Pocket Handbook of Clinical Psychiatric. William-Wilkins. Baltimore. 1990.

KREISLER L: "Semiologie et classification en psychiatrie du tres jeune enfant". En: Psychopathologie du bébé. Slevovici-F Weil-Halpern. París. 1989;Vol I:323-340.

LAMOTTE DE GRIGNON C. Neurología evolutiva. Salvat. Barcelona. 1980.

LÉZINE. I BRUNET O. Le Developpment psychologique de la première enfance. PUF. París. 1965.

- MASSON S. La Reeducción Psicomotriz y el Examen Psicomotor. Gedisa. Barcelona. 1985.
- PIAGET J INHELDER B: Psicología del niño. Morata. Madrid. 1984.
- PICQ L VAYER P. Educación psicomotriz y retraso mental. Científico Médica. Barcelona. 1985.
- ROMEU BES J. Trastornos psicológicos en Pediatría. Doyma. Barcelona. 1990.
- SPITZ R. El primer año de vida del niño. Aguilar. Madrid. 1981.
- TOESCA Y: L'enfant de deux a dix ans. Les Editions ESF. París. 1975.
- WINNICOTT DW. Développement affectif et environnement. Payot. París. 1970.
- ZAZZO R. Manual para el examen psicológico del niño. Fundamentos. Madrid. 1981.