



Atención primaria

EDUCACIÓN PARA LA SALUD *pág. 205*

Puntos clave

- La exploración neurológica del niño menor de 2 años no es completa si no se valora el grado de desarrollo psicomotor que ha alcanzado.
- La observación del comportamiento del niño de poca edad nos muestra en general más claramente su condición de normalidad o no normalidad neurológica que una exploración "fría" llevada a cabo por un explorador academicista.
- En el primer año de vida hay edades clave para valorar el desarrollo psicomotor, que van a coincidir con el inicio de logros motores significativos: 3-4 meses (sostén cefálico), 6-7 meses (sedestación), 9 meses (bipedestación) y 1 año (marcha liberada).
- La edad clave como hito cronológico para los padres es el año de edad.
- El progreso psicomotor del niño es un continuo, pero cuando el niño adquiere una nueva función, después necesita un tiempo para consolidarla. Tras ello estará preparado para el inicio de la adquisición siguiente.
- En situaciones dudosas se pueden necesitar una o más valoraciones a edades sucesivas para ver el ritmo y sentido favorable o negativo de su progreso.

Desarrollo psicomotor del niño de menor edad: una aproximación práctica

M. CARMEN ROCHE-HERRERO

Servicio de Neuropediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.
croche.hulp@salud.madrid.org

La valoración del desarrollo psicomotor (DPM) del niño es un aspecto que abordan tanto psicólogos como médicos pediatras, y que sin ser una parcela a la que habitualmente se dedique el neuropediatra, está presente de hecho en la exploración neurológica, sobre todo en los primeros años de edad, ya que sería incompleta si no se tuviese en cuenta el estadio de desarrollo del paciente. El interés por el DPM comienza en las primeras décadas del siglo pasado, pero todos los estudiosos del tema coinciden en la importancia de la figura de Arnold Gesell¹, que centró el interés en el desarrollo del niño normal, inicialmente del lactante y, en publicaciones sucesivas, del niño de más edad, fundamentalmente hasta los 5 años. Sin duda han enriquecido el tema las aportaciones de conocidos psicólogos y una serie de autores que han diseñado test para una valoración del niño más objetiva y cuantificable, pero sobre cuyos trabajos no incidiremos aquí, dado que nuestra única finalidad es centrar y exponer de una forma suficientemente didáctica (es nuestro deseo conseguirlo) el tema que abordamos. En nuestra valoración habitual siempre hemos rehuido utilizar escalas de evaluación del DPM que señalen básicamente el porcentaje de niños que van manifestando una determi-

nada adquisición durante un período de meses. Partimos de que hay una edad media para que un niño alcance la madurez de un determinado hito y tenemos en cuenta los márgenes de individualidad en función de sí mismo y de sus acontecimientos.

El pediatra ante el niño al que va a seguir

Nos vamos a encontrar bastantes veces en la consulta niños que han experimentado una enfermedad neonatal con riesgo de producir secuelas neurológicas en su desarrollo, incluido el hecho de haber nacido gran prematuro. Después de excluir al niño que ya sale del hospital con signos evidentes de afectación neurológica, el niño de que hablamos es un paciente al que se le da de alta con un comportamiento global dentro de la normalidad para su edad, es un *niño de riesgo*^{2,3}, mayor o menor, pero sólo de riesgo. Los factores considerados de riesgo son aquellos factores prenatales, natales y posnatales que en un niño aumentan la probabilidad de presentar una anomalía en algún aspecto sensorial, mental, motor o de tener una enfermedad del sistema nervioso central. Según lo vamos valorando con el paso de los meses, lo que tratamos es detectar algún indicio de que pueda estar presentando secuelas⁴. No tenemos por qué insistirles a los padres sobre si puede tener tal o cual secuela (algo de lo que ya han recibido cumplida información durante su ingreso); sigue siendo, tan sólo y por el momento, un niño de riesgo mientras no está manifestando secuelas. Ante los padres, nuestra mejor actitud será decirles que es únicamente el propio niño, y sólo él, el que nos va a ir diciendo con su desarrollo si va todo bien o no. Por otra parte, tras el alta del ingreso neonatal, los pa-

Nota: a lo largo del trabajo se utilizará *niño* para referirse a niños de sexo femenino y masculino y a niños de todas las edades. De la misma manera, el uso de *el lactante* también se referirá indistintamente a lactantes de sexo femenino y masculino.

Lectura rápida



Generalidades

La valoración del desarrollo psicomotor del niño de menos de 2 años está siempre presente en una exploración neurológica adecuada, ya que ésta sería incompleta si no se constataste un adecuado progreso psicomotor. Cada niño, con su individualidad genéticamente determinada, adquirirá los patrones de desarrollo a una edad en torno a la edad media en que la mayoría de los niños alcanzan esa madurez, y lo importante será ir viendo si él realiza adecuadamente sus progresos, a su ritmo, en la edad en que en él lo esperaríamos. La utilización de test cuantitativos no nos va a proporcionar una valoración más exacta.



dres necesitan un período de contacto a solas con su hijo, cosa que todavía no ha ocurrido; necesitan no estar pensando solamente en los problemas que podría presentar, necesitan sentirlo como un niño que tiene que comer, dormir y, a ratos, lloriquear, y no únicamente como alguien que necesita ser llevado a médicos, a estimulación, a fisioterapia, a pruebas. Ese intervalo de no pensar en “lo que hay que hacer”, sino sólo de convivir, no tiene por qué ser largo, y lo vemos de todo punto necesario.

Entre el momento de la enfermedad aguda, o del hecho de haber nacido prematuro o con algún otro factor de riesgo, y después del alta hay un período que algunos autores³ denominan “silente” y que nosotros coloquialmente expresamos como “de luna de miel”. El hecho de encontrar en una primera evaluación anomalías exploratorias indica que debe hacerse un seguimiento para la detección temprana y tratamiento, si es oportuno, de sus problemas^{1,3,4}. En cualquier caso, es más fácil decir que un niño está normal que prever si va a ser anormal un niño que no nos parece cien por cien sano. Personalmente hago la consideración a los padres de que cuanto más se tarde en notar algo no normal en el niño, menor será la intensidad o gravedad de ese problema secular, lo que resulta más válido para los déficits motores.

La sistemática de examen

Al valorar a un niño, es importante esquematizar el examen, tenerlo muy sistematizado, y adaptarlo a las peculiaridades que nos muestra el niño. Pero precisamente una de las cosas con más problemática es la dificultad en la estandarización de los procedimientos de examen^{1,3,4}, que deben ser adecuados en: a) condiciones externas; b) estado interno del niño, y c) manejo, preparación, manipulación del niño.

- a) *Condiciones externas, ambiente.* Luminoso, temperatura adecuada y juguetes en el entorno.
- b) *Estado interno.* Tener en cuenta el estado del niño, cuánto hace que ha comido, si tiene fiebre, si le acaban de hacer una extracción, etc.
- c) *Manejo y manipulación del niño.* El niño debe sentirse cómodo en todos los sentidos. Dar tiempo para que el niño “explore” el ambiente, y que se sitúe donde quiera. Que los padres no le fuercen a nada, y, ya sentados, que no intervengan para que el niño se comporte con espontaneidad.

El lactante y el niño pequeño colocado frente a nosotros, sentado con los padres. El mayorcito, donde él quiera.

Iremos introduciendo estímulos con sonidos, juguetes o hablándole, acordes a su edad (ver cuadros de desarrollo). Resulta importante no forzar al niño mayorcito a que nos conteste y jamás

afearle el hecho de que lloriquee, de que no quiera contestar o de que no quiera hacer algo! (es lógico, no nos conoce); hay que ir hablándole con naturalidad, u ofrecerle la posibilidad de que juegue con lo que tenemos, hasta conseguir que el niño “se olvide” de que está allí y con sus padres.

Una vez ganada la confianza del niño y después de haber conseguido en su caso que se exprese, gestual o verbalmente, ya tenemos hecha la exploración de su comportamiento ante el medio y de su manipulación, y podremos iniciar nuestro acercamiento físico.

La técnica de examen debe ser estandarizada, y consistir en 2 partes: inspección y exploración propiamente dicha. No es posible evaluar adecuadamente a un niño si no partimos de unos conocimientos neurológicos: las posturas, la actitud, pueden estar condicionadas por anomalías neurológicas.

Muchas veces no sabemos qué hacer y le exploremos los reflejos primitivos, el reflejo de Moro, por ejemplo. Los reflejos primitivos son interesantes en sí mismos⁵, pero todos los autores coinciden en que contribuyen poco a la detección de anomalías en el recién nacido, deben ir desapareciendo en el lactante pequeño, y son más manifiestos en personas muy afectadas neurológicamente^{2,6}. O le exploremos los reflejos osteotendinosos, que posiblemente aporten poco en ese niño concreto, y que además de saber explorar bien, hay que darles el valor adecuado.

Cuando exploremos desde el punto de vista de la psicomotricidad a un niño, hay que tener en cuenta todo: cómo son habitualmente los movimientos espontáneos^{4,7} a esa edad, la exagerada timidez o rechazo, la precipitación/deshibición, la mirada, su expresividad facial y de actitud, incluso si dirige o no sus manos a los objetos del entorno.

Material necesario

Es imprescindible mucha *templanza* y *nada de impaciencia*, sin transmitir con nuestra actitud que tenemos prisa. El paciente es nuestro principal material y nuestra relación debe ser preferente con él, y hay que intercalar las preguntas que tengamos que hacer a los padres (es válido incluso para explorar al lactante).

– Para el lactante: nuestros dedos, nuestra voz y nuestra ausencia del sentido del ridículo, y algún juguete con sonidos que tenga bastante contraste de color blanco-color vivo.

– Para el de más edad: casi lo mismo, juguetes apropiados, y lápices y papel.

El pediatra y el planteamiento de la exploración

Es importante interrogar a los padres sobre el proceso de desarrollo y sobre enfermedades

que hayan podido interferir en el curso del crecimiento del niño².

El pediatra tiene a su disposición las mejores cartas para una valoración más adecuada del DPM del de un niño normal; su sola inspección le permite apreciar si está ante un niño con aspecto sano o enfermo, con desarrollo corporal proporcionado o no, y si su estado nutricional es el adecuado. A partir de un estado físico suficientemente saludable, ya puede valorar su comportamiento neurológico.

Creemos como otros autores² que la aplicación de un test sistematizado del desarrollo no es lo más útil en los primeros años (quizá sí para presentar un trabajo con datos cuantificados). Nos parece de mayor interés la valoración de patrones básicos del desarrollo, como fueron perfectamente establecidos por Arnold Gesell desde el año 1945 en sus 5 apartados (adaptativa, motricidad gruesa, motricidad fina, conducta del lenguaje visible y audible y conducta personal-social)¹ y posteriormente magníficamente presentado en esquemas por Illingworth⁸. Nos hemos permitido aquí adaptarlos y agruparlos de una manera didáctica, que resumiremos así: *interrelación del niño con el medio, motricidad, manipulación, visión y audición, y lenguaje*.

Básicamente, y sin casi darnos cuenta, lo que valoramos son 2 grandes campos: a) *la motricidad*, incluida la motricidad fina de la manipulación, y b) *el desarrollo mental*, reflejado por la actitud espontánea ante el medio y con las personas, por la interacción con ellos, la comprensión y asimilación progresiva de lo que se le enseña, y su expresión personal a través de su lenguaje gestual y hablado; para que todo ello sea posible *serán necesarios sus sentidos*.

Dentro del desarrollo evolutivo del primer año de edad, se establecen¹ clásicamente como edades clave para la valoración las 4, 16, 28, 40 semanas, que podríamos expresarlo más sencillamente como: menos de 1 mes, 3-4 meses, 6 meses, 9 meses⁶. La edad clave como hito cronológico para los padres es el año de edad, que se integrará definitivamente hacia los 15 meses.

Con fines didácticos nosotros tendremos ahora que establecer unos espacios cronológicos significativos para esa valoración, que podríamos reducir en esta exposición a los momentos de las adquisiciones motrices mayores: sostén cefálico (en torno a los 3 meses), sedestación (entre los 6 y 8 meses), bipedestación (hacia los 9-10 meses) y marcha (en torno al año de edad). Estos hitos se podrían reducir incluso a 3: sostén cefálico, sedestación y progresión hasta el desarrollo de la marcha; si ya le vemos en bipedestación, en posición adecuada, la marcha se espera sin demasiada tardanza. Si vemos que se ha mantenido sentado a su edad esperable, el

inicio de la bipedestación y marcha será esperable también a la edad apropiada.

Hitos del desarrollo en los primeros años de edad^{1,2,4,6-9}

El niño de 1 mes

En el niño de 1 mes lo más importante es ver su actividad espontánea, actitud basal (con la influencia del reflejo tónico-asimétrico del cuello), el fijar su mirada y el atender a sonidos de frente. Obtener una visión global de normalidad. Las edades sucesivas inmediatas se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1. Adquisiciones psicomotrices del niño de 0,5 y 3 meses de edad

Hacia el 1,5 mes

Sonríe, vocaliza, mira a la madre cuando le habla, se calma con la voz o con sonidos, sus manos abiertas más continuamente

Hacia los 3 meses

Establece una clara relación con el explorador

Cuando le hablamos, en supino o incorporado frente a nosotros, presta atención continuada, nos escucha, abre su boca queriendo hablar, sonríe, vocaliza, gorjea, mueve sus manos abiertas

Empieza a proyectarse hacia los objetos

Estando él incorporado y colocado el estímulo de frente a unos 20-25 cm (nosotros a un lado, nuestros dedos abiertos moviéndose puede ser el estímulo, o un objeto de contraste color vivo con blanco)

Fija su atención visual en línea media y, desde ella sigue a izquierda y derecha hasta completar un arco de 180°

Muestra el "deseo de coger el objeto" (lanza su cuerpo hacia atrás, como si así pudiese ir hacia el objeto, o dirige con imprecisión sus manos hacia delante si le rozamos la palma de una mano con el objeto)

Realiza movimientos espontáneos esperables, simétricos, armónicos

Lanza piernas hacia arriba, gira caderas

Toca sus ropas, acerca sus manos entre sí, las lleva a la boca

Se sobresalta suavemente

Logra el sostén cefálico, sentado y controlando con nuestras manos su tronco

Lectura rápida



El niño de riesgo y su valoración por el pediatra

Se considera niño de riesgo desde el punto de vista neurológico aquél que por sus factores prenatales, perinatales, nacido prematuro o habiendo presentado alguna enfermedad neonatal, pueda conllevar riesgo de afectación neurológica en su desarrollo. Si ese niño no es controlado en una unidad específica de seguimiento neurológico, el pediatra que lo lleva en todos los aspectos es la persona idónea para detectar lo que podrían ser signos de sospecha.

El pediatra en la relación con los padres

Será la persona más en contacto con los padres, pero su labor no debe ser insistir con ellos sobre si su niño presenta tal o cual riesgo (los padres ya lo saben y necesitan un tiempo de toma de contacto con su hijo, a solas, y sin que nadie les esté recordando machaconamente los problemas que le pueden sobrevenir).



Lectura rápida



Ante una evaluación sospechosa

El hallazgo de anomalías de sospecha, de un comportamiento no del todo perfecto, pero sin evidencia clara de ser afectación, motivará un seguimiento más cercano o repetido, y, ante la duda en el siguiente examen, será oportuno que lo remita al neuropediatra, por si fuese procedente información más precisa y tratamiento.

Las condiciones de examen

La persona que va a explorar al niño debe tener bien sistematizado lo que va a hacer y debe reunir los conocimientos suficientes para evaluar lo que corresponde a cada edad determinada. Debe situar al niño en un ambiente adecuado, cómodo y tranquilo, e iniciar con él una interrelación personalizada, sin participación de los padres, a los que se les pedirá esto expresamente.



Figura 1a. Control incorrecto del niño a 3 meses.



Figura 1b. Control adecuado del niño.

Observaciones para lograr más adecuadamente la exploración de los 3 meses

El niño es nuestro protagonista. Hay que hablarle continuamente para establecer complicidad con él; buscaremos un tono de voz limpio, firme, más bien alto, pero que pueda no desagradarle; hablemosle como a un niño “mayor”, transmitiéndole seguridad, y no caigamos en la peor de las trampas, su llanto. No le digamos nunca “no llores” (tiene derecho a llorar si quiere), sigamos en nuestra relación con él como si no nos hubiésemos enterado, y no le miremos en ese momento a los ojos. El niño “nos seguirá” en lo que hacemos y reaccionará según nuestros estímulos. *Nunca le dejemos físicamente desasistido.* Controlemos siempre su tronco al incorporarlo: para él es un gran esfuerzo la posición de sedestación, a veces incluso regurgita. De esta manera nos mostrará mejor su motricidad liberada⁴ (figs. 1a y 1b). *Queremos averiguar si oye.* Frente a él, atraemos su atención visual y auditiva con nuestra voz y con gestos labiales amplios; de repente callamos la voz y continuamos con el gesto de los labios: él intentará hablarnos o moverá sus párpados al oír la voz de nuevo. ¿Ve? Callemos el sonido de un juguete sonoro atractivo y llevémoslo a uno y otro lado.

De los 3 a los 4 meses

De los 3 a los 4 meses el niño consolida y enriquece estas adquisiciones, desarrollando ya una manipulación más activa y directa. Es capaz de girar su cabeza a uno y otro lado ante el entorno; inicia la búsqueda progresiva de sonidos a la altura de su cabeza. Parlotea, emite gritos de placer y después ríe fuerte. Camino de los 5-6 meses le va a gustar paulatinamente estar más incorporado, “ver el ambiente” e “incorporarse” a él (valga el juego de palabras); jugará con sus pies, pero también se proyectará más abiertamente hacia lo que le rodea (figs. 2a y 2b).

Hacia los 6 meses

La valoración a los 6 meses de edad se reflejan en la tabla 2 y las figuras 3a y 3b.

Al consolidar estos logros adquiere totalmente la sedestación libre, el cambio de decúbitos y la reptación. Intenta coger objetos desde la sedestación inclinándose o girando su cuerpo. Imita sonidos (la tos, por ejemplo) para llamar la atención o que riamos con él. Localiza sonidos a distinto nivel que su cabeza.

A los 9 meses

La valoración a los 9 meses se refleja en la tabla 3. Los siguientes meses son de fortalecimiento de la posición de bipedestación, para más tarde iniciar la marcha de principiante. Se gira

Tabla 2. Adquisiciones psicomotrices del niño de 6 meses

Hacia los 6 meses

Su relación con el entorno es más proyectiva

Le gusta que le hablemos y le enseñemos juguetes o ruidos

Echa las manos a objetos con decisión, y los cambia de mano

Disfruta con pequeños objetos de colores

Deberá ser evidente para todos que ve y oye

Motrizmente

Inicia la sedestación: mantiene esta posición con su tronco erguido, guardando el equilibrio con apoyo o no de sus manos
Sostiene su peso en bipedestación (bajo nuestro control)

Inicia cambio de decúbitos (más fácil de prono a supino)

Desde el decúbito supino intenta incorporarse

En prono eleva su tórax apoyándose en sus manos

Emite monosílabos repetidos: ta-ta, da-da, etc.

Inicia la masticación



Figura 2a. Mayor proyección ante el medio del niño de 4-5 meses.



Figura 2b. El niño juega con sus pies a los 5 meses.

lateralmente en sedestación para coger objetos; desarrollará después el gateo, o “culeteo” en su caso. Se inicia la oposición del pulgar y luego la pinza. Imita gestos graciosos. Facilita el pasar su brazo por las mangas de su ropa. Comprende el significado del ¡no! y atiende a su nombre (se queda quieto atento cuando lo escucha).

De 1 año de edad en adelante

La valoración a 1 año de edad se refleja en la tabla 4.

Observaciones. Estas adquisiciones del año de edad pueden haberse logrado, estar en fase de o nosotros tener la convicción, por su comportamiento, de que está a punto de lograrlas; aun siendo normales, variará de unos niños a otros, por su propia genética.

Observaciones para abordar la exploración del niño de 1 año. No tenemos por qué violentar al niño,



Figura 3a. Sostiene su peso en bipedestación a los 6 meses.



Figura 3b. Niño de 6 meses que inicia la sedestación, con apoyo aquí.

Lectura rápida



Cómo iniciar el tratamiento del niño para su evaluación

Hay que intentar ese punto de contacto a todas las edades del niño: con el lactante pequeño atraeremos inicialmente su atención hablándole de una manera continuada; al niño que ya empieza a extrañar tendremos que ganárnoslo con objetos, jugando con él, y procurando no acercarnos físicamente; al niño entre 1 y 2 años tendremos que darle libertad de juego, e ir valorándole según se desplace o actúa. Al niño de más edad no le obligaremos a nada, y “nos parecerá bien” si no quiere colaborar, le dejaremos observar o jugar, y de vez en cuando le haremos partícipe de lo que hacemos o hablamos sobre él.

Exámenes innecesarios y necesarios

Evitaremos exploraciones que no aporten gran cosa, como son los reflejos arcaicos, por ejemplo, que tiene que ir desapareciendo en pocos meses. Intentaremos obtener el máximo de datos con la sola inspección de actitudes, movimientos espontáneos, interrelación, impulsividad o exceso de pasividad, atención al entorno o desinterés, etc.



Tabla 3. Adquisiciones psicomotrices del niño a los 9 meses

Hacia los 9 meses

Inicia el juego de interrelación: cucu-tras-tras, por ejemplo

Puede extrañar a desconocidos

Empieza a buscar la actividad desplazándose de alguna manera

Intenta ponerse de pie

Se mantiene unos instantes de pie

Se arrastra reptando

Independiza su índice y señala con él: primer paso hacia la precisión manual

Bebe echando las manos al biberón

Dice pa-pa, ma-ma con cierta cadencia (no referencial)

Lectura rápida



Cronología del desarrollo en el primer año

Es adecuado tener un conocimiento de las edades en que se inician los distintos hitos del desarrollo, que van a coincidir con los logros más significativos en el progreso motor, como son los 3-4 meses de edad (sostén cefálico), los 6-7 meses (sedestación), los 9-10 meses (bipedestación) y 1 año de edad, con el inicio de su capacidad para la marcha liberada, que deberá consolidarse hacia los 15 meses de edad.

Los hitos del desarrollo psicomotor

La expresión del desarrollo psicomotor puede resumirse en 5 capacidades, como son: interrelación del niño con el medio, motricidad, manipulación, visión y audición, y lenguaje, que quedan esquemáticamente reflejados en las tablas 1-4 y en las figuras reseñadas para varias edades. Se amplían las tablas con los epígrafes resaltados en negrita para otros grupos de edad intermedia o niños mayores de 1 año de edad.



Figura 4a. Actitud de piernas bastante habitual del niño “sentado en el aire”.

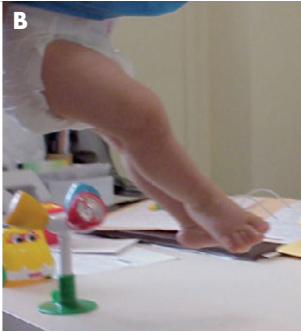


Figura 4b. Al llevarlo a bipedestación eleva sus extremidades inferiores.



Figura 4c. Colocado en bipedestación, su actitud y apoyo son las adecuadas.

iniciaremos nuestro acercamiento separados de él por la mesa, y le ofreceremos juguetes adecuados, sonoros, coloristas, móviles, e intentaremos desarrollar el juego propio de esta edad, ¡siempre estando el niño sentado con uno de sus padres! Ellos nos ayudarán a ir observando el resto de sus adquisiciones motrices; nosotros a distancia prudencial hasta que nos consienta cierto acercamiento. Podremos así explorar incluso su tono y fuerza muscular, manipulación, reflejos osteotendinosos, pares craneales, etc.

Tabla 4. Adquisiciones psicomotrices del niño de 1 año de edad

Hacia el año de edad
¡Ya extraña a los desconocidos! , lo que va a dificultar la relación al explorarle
Se interrelaciona bien a través de juegos Le gusta que se le ofrezcan objetos que se muevan y caigan Le encanta tirar objetos y que se los recojan, tener más de uno Ofrece objetos, pero no los da
Está empezando a andar , o asoma ya en él esa capacidad
Su manipulación es precisa , va a coger un hilito con sus dedos
Inicia comprensión de alguna frase elemental muy repetida : ¡viene mamá!, ¡viene papá!, ¡vamos a la calle! (el niño mira hacia la puerta)
Puede decir 1 o 2 bisílabos referenciales , o todavía ninguno
Suele decir ¡no! con la cabeza y “baila” con la música

En los meses siguientes, y caminando hacia los 2 años^{2,8}, disfrutaremos con los logros y “descubrimientos” del niño, y con sus “gracietas”. El suelo dejará de tener secretos para su desplazamiento, y descubrirá la satisfacción de corretear y de “dominar” las escaleras. Empezará a *dar sentido a sus juegos*, iniciará la imitación de lo que ve hacer; le gustará “explorar” los juguetes y pasar las hojas de los cuentos, conseguir que emitan sonidos y que se muevan adecuadamente. Va a descubrir las partes de su cuerpo, y las señalará a indicación nuestra. *Comprenderá* progresivamente frases más complejas, y obedecerá órdenes. *El lenguaje* se va enriqueciendo según su genética y carácter: bien utiliza en seguida cada palabra nueva que aprende (niño que habla entre el primer y segundo años), bien va haciendo acopio interiormente de un vocabulario que, cuando “se vea preparado para ello”, nos mostrará casi de repente (niño que empieza a hablar hacia los 3 años). En el niño de 2 años o más ya no será tanto una valoración para detectar tempranamente un fallo en su progreso psicomotor global o parcial, su motricidad se va haciendo compleja sin apenas darse cuenta los cuidadores, y su interrelación tiene que enriquecerse. En el segundo año van a sobrevenir las grandes funciones motrices⁹ que liberan al niño de su estrecha dependencia con el adulto —entran en juego centros superiores—; sobreviene la adquisición del lenguaje, la posibilidad de juicio y reflexión, lo que acrecienta el campo de la consciencia. En el tercer año anuncia el desarrollo ulterior, el de la abstracción, de la elaboración y de la integración de las funciones superiores que caracterizarán a su inteligencia. Acercándose al estadio adulto, el enriquecimiento continúa, para cincelar y, más aún, desarrollar los mecanismos psíquicos sutiles. Como dice Saint-Anne Dargassies “Mirando a la madurez de la edad, aparecerá la madurez de la inteligencia”⁹.

Los márgenes de la normalidad

Cómo hemos referido antes, cada niño tiene su propia normalidad^{2,9}, y puede ser que consiga sus adquisiciones a distinta edad que otros niños, sobre todo refiriéndonos a las motrices y al lenguaje verbal. Illingworth⁸ refiere unos márgenes de edad extremos, que nosotros reducimos aquí a algo más posible y habitual. Por poner algunos ejemplos:

- *Sonrisa social*: entre días y 7 semanas.
- *Sedestación libre*: entre 5 meses y 1 año.
- *Marcha liberada*: entre 9 meses y 2 años (casos aislados más extremos).
- *Primeras frases elementales* (2 palabras): entre 1 año y 4-5 años.
- *Control esfínteres*: desde 15 meses a más allá de los 10 años.

Una consideración especial merece *el niño* nacido *gran prematuro*^{2,10}. Establecemos como momento de valoración la que sería su edad real si hubiese nacido a término. Al explorarlo, lo hacemos en las mismas condiciones y con comportamiento similar al que tenemos con el niño de término, y sólo en las consideraciones finales estimamos su edad corregida. Si su desarrollo es armónico, es la situación ideal. Cuando más pretérmino ha nacido, en la primera evaluación, aparte de las semanas corregidas, “le permitimos” alguna o algunas semanas más de desacoplamiento con relación a su edad, y lo seguiremos haciendo así hasta que él se vaya aproximando a los logros de su edad cronológica, que podrá ser hacia los 15 meses o hacia los 2 años de edad, en lo más aparente.

Momento de alarma de padres o familiares

Entre los motivos más frecuentes, podríamos referir:

- *No sonríe* entre los 2 y los 3 meses.
- *No “escucha”*, no reacciona a sonidos, a los 3-4 meses.
- *No se mantiene sentado*, ni lo inicia claramente, hacia los 10 meses.
- *No juega*, “no se mueve casi” al año de edad, aunque se mantenga sentado.
- *No camina*, ni inicia esa capacidad, al 1,5 años.
- *No habla*, no avanza en el lenguaje, a los 2 años.

Los tres primeros puntos reseñados es muy fácil que sean el aviso de alguna enfermedad neurológica, y son un claro motivo de consulta al neurólogo. Sobre otros síntomas de clara enfermedad, no estamos haciendo referencia en este desarrollo.

No se mueve casi. Hay niños excesivamente tranquilos², con una motricidad bien desarrollada, que inicialmente suelen mostrarse así, pero podría ser el asomo de una enfermedad del comportamiento, o ser un hecho constitucional relacionado con un menor nivel intelectual, u otro motivo que justificase la consulta.

No camina al 1,5 años. Este hecho es motivo de alarma si va acompañado de un lento progreso en todos los aspectos, es decir, si estamos ante un retraso psicomotor global, o si constatamos que es un niño con una manifiesta hipotonía, o si el niño previamente iba progresando con toda normalidad y de repente deja de hacerlo (posible involución en su DPM)².

No obstante, hay una serie de niños, normales, que una vez que logran la sedestación, a su edad correspondiente, tardan mucho en echar sus pies hacia el suelo, e incluso levantan sus piernas hacia arriba (figs. 4a-c) cuando intentamos que se pongan de pie¹¹. Son niños que se les ve absolutamente normales en todo el resto de su desarrollo, incluida su interrelación, sólo que van a tardar a echar los pies al suelo para iniciar el proceso de la marcha. Generalmente no llegan a gatear, se desplazan en el suelo “culeteando”. Es más frecuente en niños nacidos prematuros, pero no exclusivo. Se atribuye a una disociación en la maduración muscular, y este fenómeno se suele expresar como “sentado en el aire” (*sitting on air*).

No habla a los 2 años. En los test de desarrollo leemos que el niño de 1 año de edad emite 2 bisílabos referenciales; hemos constatado este hecho no muchas veces, más bien al año de edad está a punto de decirlos. Pero el lenguaje suele ser algo que los padres pueden observar, y se preocupan si no progresa, pero no en todos los niños se desarrolla igual; los hay que “se sueltan” a decir todo lo que van aprendiendo, pero los hay que van acumulando su aprendizaje y que van a expresarse más allá de los 3 años de edad. Ocurre de manera similar al que aprende un idioma ajeno; hay personas que después de aprender 2 palabras empiezan a parluchar ese idioma, y las hay que aun sabiendo suficiente para expresarse parece que no se decidan nunca. Si el niño tiene una relación absolutamente normal, no muestra anomalías reseñables en su comportamiento e impresiona de inteligente, debemos darle un margen hasta los 3 años, y no forzarle, pues el lenguaje verbal no es el único con el que de momento puede comunicarse.

Otros motivos de alarma

Aunque no sea lo que habitualmente motiva preocupación en los familiares, queremos resaltar algunos hechos que para el neurólogo pueden ser aviso de enfermedad.

Lectura rápida



Márgenes de normalidad

Según los factores genéticos, cada niño llevará su propio proceso de desarrollo, más rápido o más lento. No por ser más precoz desde un punto de vista motriz el niño va a ser más inteligente. Los márgenes son amplios, y en cada uno deberemos valorar su propio curso de desarrollo.

Signos de alarma

El inicio de contacto visual y afectivo debe mostrarse hacia el 1,5 meses de edad.

El déficit auditivo suele ser aparente para los padres antes de los 6 meses.

El sostén cefálico, la sedestación y otros hitos motores tienen amplios márgenes; el fallo específico del progreso motor con presencia de posturas no adecuadas puede ser un signo de sospecha.

El lenguaje verbal tiene un amplio margen de desarrollo, pero alarma mucho a los padres un niño que no muestra un lenguaje algo fluido a los 2 años.



Bibliografía recomendada

Gessel A, Amatruda C.
Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño.
Barcelona: Paidós; 1981.

Revisión actualizada de lo que fue la revisión principal para la valoración del desarrollo del niño normal, con detalle de las etapas del desarrollo psicomotor y la conducción del examen. También hace consideraciones valorativas del niño con una anomalía concreta neurológica.

Illingworth RS. Développement psychomoteur de l'enfant.
Paris: Masson; 1978.

Es de las pocas publicaciones que desarrolla las etapas del desarrollo de Gesell de una manera más dinámica y asimilable, añadiendo su propia experiencia. Sus esquemas son seguidos por muchos neuropediatras.

Illingworth RS. Basic developmental screening 0-2 years. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1977.

El libro de bolsillo sobre el desarrollo psicomotor que todos los pediatras desearían tener, por su simplicidad.

Amiel-Tison C, Grenier A.
Vigilancia neurológica durante el primer año de vida.
Barcelona: Masson SA; 1988.

Muy útil para ver cómo se lleva a cabo la exploración del pequeño lactante, para que él nos muestre lo mejor de sí mismo.

– Un *niño excesivamente movido* más allá de los primeros meses de edad, que en el juego es un torbellino y que puede resultar a esta corta edad muy gracioso.

– Realizar *movimientos estereotipados o de auto-entretenimiento* de manera muy repetida.

– En general, la *persistencia* en una fase más avanzada de edad *de actuaciones propias de fases previas*, como por ejemplo: a) tender a juntar sus manos en línea media, como acción preferente, más allá de los 6 meses de edad, y b) gustar de tirar objetos al suelo para que hagan ruido (propio de 1 año de edad) más allá de 1,5 años, como juego preferente.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. ● Gessel A, Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Barcelona: Ediciones Paidós; 1981.
2. ●● Illingworth RS. Développement psychomoteur de l'enfant. Paris: Masson editors; 1978.
3. Prechtl H. The neurological examination of the full-term newborn infant. 2nd ed. Clinics in Developmental Medicine n.º 63. London: Spastics International Medical Publications; 1977.
4. Amiel-Tison C, Grenier A. Vigilancia neurológica durante el primer año de vida. Barcelona: Masson; 1988.
5. Dubowitz L, Dubowitz V. The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant. Clinics in Developmental Medicine. no 79. London: Spastics International Medical Publications; 1981.
6. ● Amiel-Tison C. Neurología perinatal. Barcelona: Masson; 2001. p. 142-7, 207-8.
7. Einspieler C, Prechtl HFR, Bos AF, Ferrari F, Gioni G. Prechtl's method on the qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants. London: Cambridge University Press; 2004. p. 6-18.
8. ●● Illingworth RS. Basic developmental screening 0-2 years. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1977.
9. Saint-Anne Dargassies S. Le développement neuro-moteur et psycho-affectif du nourrisson. Paris: Masson; 1982.
10. Saint-Anne Dargassies S. Desarrollo neurológico del recién nacido de término y prematuro. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana SA; 1977. p. 17, 230-2.
11. Haidvogel M. Dissociation of maturation: a distinct syndrome of delayed motor development. Dev Med Child Neurol. 1979;21:52-7.