

# RETRASO PSICOMOTOR

Juan Narbona y Émilie Schlumberger

## 1. CONCEPTO

Esta noción implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño aparezcan con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Se refiere a los primeros hitos, a lo largo de los 30-36 primeros meses de vida. Clásicamente se cargaba notablemente el acento sobre las aptitudes motrices del lactante y del niño pequeño, pero en la actualidad la semiología evolutiva se ha enriquecido notablemente con la evaluación de las aptitudes sensoriales, cognitivas e interactivas del sujeto, convenientemente integradas [1].

## 2. INTERROGANTES BÁSICOS A RESPONDER

El cuidadoso estudio y seguimiento clínico del sujeto permitirán aclarar si se trata de:

- 1º. una *variante normal del desarrollo*, con normalización espontánea ulterior [ 2, 3] ;
- 2º. un verdadero retraso debido a *pobre y/o inadecuada estimulación* por parte del entorno socio-familiar, también normalizable si se adecúan la educación y el ambiente del niño;
- 3º. un verdadero retraso debido a *enfermedad crónica extraneurológica*, (ej.: enfermedad celiaca, desnutrición crónica, cardiopatías congénitas, etc.);

- 4º. el efecto de un *déficit sensorial aislado*, en especial la sordera neurosensorial profunda congénita ;
- 5º. el preludeo de una *futura deficiencia mental*;
- 6º. la primera manifestación de un *trastorno tónico-motor crónico no progresivo*, por daño encefálico (parálisis cerebral infantil en sus diversas formas clínicas) o, más raramente, un trastorno muscular congénito de escasa o nula evolutividad clínica;
- 7º. la primera manifestación de una *futura torpeza selectiva en la psicomotricidad fina y/o gruesa* (trastorno del desarrollo de la coordinación);
- 8º. la eclosión de un *trastorno global del desarrollo*, marcado por un déficit de capacidades intersubjetivas especialmente a partir de la segunda mitad del segundo año.

## 3. ASPECTOS PATOCRÓNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- La impresión clínica de retraso psicomotor suele surgir *durante los primeros meses de vida* al comprobar la desproporción entre el desarrollo observado y el esperado para la edad. Ciertos niños

con encefalopatía connatal muestran una conducta deficitaria y signos de anomalía neurológica muy precozmente, desde los primeros días de vida.

- La evidencia de retraso psicomotor comienza en algunos casos *a partir de algún evento patológico* que ocasiona un daño cerebral. Hay síndromes epilépticos tempranos (s. de West, epilepsia mioclónica severa de la infancia, etc.) que, por sí mismos, ocasionan daño cerebral y consiguiente retraso psicomotor; pero la mayoría de las veces son secundarios a un daño cerebral preexistente, de naturaleza demostrada (encefalopatías epilépticas secundarias) o no demostrada (encefalopatías epilépticas criptogénicas).
- Numerosos *sujetos con deficiencia mental ligera* "cumplieron" los hitos del desarrollo psicomotor primario con relativa normalidad. Tan sólo después del segundo año se hacen evidentes un retraso del lenguaje y una relativa pobreza en los esquemas de juego. De hecho, son frecuentes las consultas de niños en edad preescolar por retraso del lenguaje, de los aprendizajes o de las habilidades sociales, que llevan a descubrir un retraso psicomotor general; éste en muchos casos desembocará más tarde en deficiencia mental de grado ligero o moderado.
- Es preciso diferenciar un retraso psicomotor de una *regresión psicomotriz*, como manifestación de *encefalopatía progresiva*, con o sin error metabólico conocido. En algunas de estas patologías puede no ser evidente el deterioro durante largos periodos de observación; entonces es posible la confusión diagnóstica con un retraso psicomotor (ej.: mucopolisacaridosis) o con un síndrome de parálisis cerebral (ej.: paraparesia espástica familiar, ciertas leuco-

distrofias), si no se tienen en cuenta datos sutiles de la historia del desarrollo, antecedentes familiares y rasgos peculiares en el examen clínico cuya descripción no tiene lugar aquí.

- *Retraso específico de la psicomotricidad*, o "Trastorno del desarrollo de la coordinación" (CIE-10: F82; DSM-IV: 315.4): Se establece el diagnóstico de esta entidad sindrómica en niños mayorcitos, desde la edad preescolar, cuando el rendimiento en las actividades cotidianas que requieren integración motriz es sustancialmente inferior al esperado para la edad cronológica y para el nivel mental del sujeto. Se trata de niños que, sin padecer déficits "mayores" de tipo neurológico, muscular, osteoarticular, ni mental, se comportan de forma llamativamente torpe en actividades como correr, saltar, manipular, dibujar, etc. Este cuadro se asocia frecuentemente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad; también cabe destacar la característica torpeza psicomotriz que forma parte del síndrome de Asperger

## ACTITUD PRÁCTICA PARA EL SEGUIMIENTO CLÍNICO DURANTE LOS TRES PRIMEROS AÑOS

**Tras el nacimiento:** Valoración de eventuales factores de riesgo prenatal o perinatal. *Examen neurológico y comportamental (EN-C)*. Screening de audición (otoemisiones) y de metabolopatías más frecuentes.

**2-3 meses:** *EN-C* y segundo screening de audición. Evaluación del ambiente familiar-social.

**6-7 meses:** *EN-C*, con especial atención a: reacciones posturales de cuello y tronco,

conducta visual e interacciones sociales tempranas, detección de estrabismo;

**9-10 meses:** *EN-C*, con especial atención a: sedestación estable, manipulación, capacidades representativas básicas (permanencia de objeto, juegos de "aparecer-desaparecer"), balbuceo imitativo y primeras sílabas;

**12-14 meses:** *EN-C*, con especial atención a: modalidad de desplazamiento autónomo, manipulación con pinza pulgar-índice, primeras palabras.

**18-20 meses:** *EN-C*, con especial atención a: calidad de la marcha independiente, uso de cuchara y vaso, juego simbólico, habilidades intersubjetivas, léxico (comprensión) y vocabulario (expresión).

**30-36 meses:** *EN-C*, con especial atención a: calidad de la marcha y del correteo, conocimiento básico del esquema corporal, intento de usar un lápiz, inicio de sintaxis (sujeto-verbo-objeto, algunos determinantes e inicio de flexiones verbales), juego ficticio, interacción social. El control del perímetro cefálico es un elemento esencial del examen evolutivo.

## 4. ESCALAS DE DESARROLLO

Pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: 1º las que siguen el *modelo nativista*, que presupone unos determinados logros para cada edad mental (escalas de Gessell, de Bühler, de Brunet y Lézine, de Bayley, escala Llevant-Haizea...) y 2º las que se inspiran en el *modelo epistemológico-genético* de Piaget, prestando atención preferente a los procesos mentales involucrados en distintos tipos de tareas, y no tanto al logro de determinados ítems etarios; para el período sensoriomotor son interesantes las escalas de Uzgyris y Hunt. En las referencias [3, 5, 6] se detallan la estructura, el uso y las fuentes bibliográficas de estos instrumen-

tos. Como todos los instrumentos psicométricos, ocupan sólo un lugar auxiliar en la evaluación del sujeto, y nunca pueden excusar un diagnóstico clínico completo. Son útiles para tener una referencia objetiva del desarrollo de un determinado niño con arreglo a estándares de la población general; diferencian bien a los sujetos con retraso psicomotor y además, las de tipo nativista permiten desglosar diferentes áreas (postural-motriz, cognitiva, comunicativa) y destacar las posibles disarmonías entre ellas. Sin embargo, no poseen una correlación fiable con lo que, en referencia a edades ulteriores, se conoce como "cociente intelectual".

Las gradillas de screening de desarrollo, como la Denver-II y la derivada del Proyecto Llevant-Haizea, son útiles en pediatría primaria para anotar sistemáticamente, aunque de forma aproximada, el desarrollo del niño y descubrir posibles áreas deficitarias [7].

Existen instrumentos para evaluar específicamente lenguaje y comunicación en las primeras edades [6, 8] .

## 5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE NATURALEZA

- *Los exámenes de neuroimagen* tienen diversas indicaciones: ecografía transfontanelar en el primer año cuando existen factores de riesgo pre- o perinatal definidos o si se sospechan hidrocefalia o colecciones intracraneales. Posteriormente, TAC cerebral si se quieren descartar calcificaciones post-infecciosas o indicadoras de esclerosis tuberosa en presencia de estigmas cutáneos específicos, y Resonancia Magnética [9] para delimitar zonas de

leucomalacia o anomalías displásicas encefálicas.

- Si el *fenotipo morfológico y/o comportamental* es *sugestivo* de entidades genopáticas definidas (s. De Angelman, s. de Prader-Willi, s. de Williams, s. de frágil X en varones, s. de Down, etc.), se solicitarán los estudios citogenéticos simples o con técnicas FISH, o bien los estudios de genética molecular que, en cada caso, permitan confirmar o descartar la entidad sospechada. Un cariotipo convencional debe ser realizado ante todo retraso psicomotor sin causa definida.
- Muchos *errores metabólicos innatos* pueden mostrarse inicialmente por un aparente retraso psicomotor. Aunque el screening de fenilcetonuria se realice sistemáticamente junto al de hipotiroidismo tras el nacimiento, ante un retraso psicomotor de origen no aclarado debe realizarse una cuantificación de aminoácidos en plasma. La presencia de dismorfia esquelética, de visceromegalias, de anomalías de la piel, de linfocitos vacuolados en sangre periférica, de lactacidosis o de eliminación de ácidos orgánicos o de glicosaminoglicanos en la orina son elementos que deben hacer proseguir la pesquisa de otras enfermedades degenerativas dismetabólicas de origen genético, por la posibilidad de tratamiento eficaz en algunos casos y por la necesidad de brindar una correcta información genética a la familia [10].

## 6. INFORMACIÓN A LA FAMILIA Y MANEJO TERAPEÚTICO

- Es un tanto delicado dar la oportuna información a los padres del niño

cuando surge la sospecha clínica de retraso psicomotor, sobre todo si no existen antecedentes de riesgo que motivasen una alerta previa.

- En cualquier caso, debe informarse gradualmente acerca del desarrollo del sujeto, objetivándolo mediante el uso complementario de escalas y explicando la finalidad de los eventuales exámenes complementarios que se indiquen.
- Deben evitarse las informaciones catastrofistas o pseudo-piadosas.
- Diferenciar claramente una simple sospecha de retraso y un diagnóstico firme, para no crear alarmas innecesarias; explicar por qué es necesario un seguimiento en medio especializado.
- Al mismo tiempo, orientar a los padres hacia un Servicio de Atención Temprana en donde el niño pueda recibir al tratamiento neurohabilitador y la estimulación adecuados, y la familia obtenga el adiestramiento necesario para la educación del niño en el hogar. El propio clínico puede y debe dar las primeras orientaciones educativas a la familia para evitar las primeras sensaciones de impotencia e indefensión en los padres, mientras dura el proceso de contacto con el centro de atención y con la guardería adecuados.
- Poner en marcha lo antes posible los eventuales medios de tratamiento médico que estuviesen eventuales indicados (intervenciones quirúrgicas, prótesis auditivas, tratamiento de ciertos errores metabólicos, etc).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aicardi J. Diseases of the nervous system in childhood, 2ª edición. Londres: Mc Keith Press 1998. (Prefacio).

