

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
*Departamento de Psicología. B. Psicobiología y M.
de las Ciencias del Comportamiento.*

SIGNOS DE ALERTA E INTERPRETACION PATOLOGICA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA



José Luis Moya Palacios

Magisterio. Psicólogo Clínico. Psicólogo del Lenguaje. Máster en P. Sofrológica. Máster en Hipnosis Clínica.
Miembro de la <<American Association of Professional Hypnotherapists>>. Exprofesor A. Universidad de
Salamanca. Consulta privada. ExPsicopedagogo del E. M. de A. Temprana del M.E.C. de Salamanca.

SIGNOS DE ALERTA E INTERPRETACION PATOLÓGICA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

<<En toda situación educativa o terapéutica, lo importante no es sólo establecer un adecuado diagnóstico, sino generar el programa pertinente que facilite al niño la superación máxima de sus disfunciones>>.

<<... la meta de un programa de estimulación es llegar a provocar la curiosidad, el gusto por la investigación y experimentación en un clima lúdico, donde el niño sea plenamente feliz>>.

(José Luis Moya).

ASPECTOS INTRODUCTORIOS.

Son, por desgracia, demasiados los índices que pueden aludir a una problemática orgánico-neurológica o disfuncional durante los dos primeros años de vida.

Algunos signos se asocian, frecuentemente, a disfunciones de tipo sensorial; otros, a comportamientos motores desajustados por déficit neurológico; otras alteraciones y retrasos madurativos son imputables al bajo nivel estimular a que está sometido el niño durante los primeros meses de existencia.

Conocemos, en gran parte, cuál es el decurso evolutivo infantil en sus niveles de crecimiento y desarrollo, pero también sabemos que no todos los niños evolucionan hacia la madurez adulta de forma sincrónica y diacrónica.

Por esta razón los márgenes interpretativos de anormalidad quedan a la pormenorizada consideración del especialista, en función de los distintos parámetros individuales y situacionales del niño.

Aquí sólo entraremos en la consideración de la amplitud mínima de los valores medios, por debajo de los cuales se manifiestan los déficits, los handicaps o las disfunciones.

Para realizar esta especie de valoración cronológica de los signos de alarma y alerta nos hemos servido de diferentes autores, estudios y tablas:

- *Griffiths*: (Gran Bretaña).
- *Claudine Amiel Tison*: Prof. Clínica Universitaria de Baudeloque (París).
- *Albert Grenier*: Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital de Bayona (Francia).
- *Brunnet Lezine*: (Francia).
- *Nancy Bayley*: (California).
- *Arnold Gesell*: (Alma-Wisc 1880- Haven-Conn 1961).

y también de nuestras propias escalas¹ y experiencia acumulada a lo largo del ejercicio profesional.



No vamos a resaltar las grandes categorías descriptivo-diagnósticas de los variados trastornos orgánicos .

Simplemente enfocaremos el tema desde la óptica y el encuadre escolar y en su vertiente más común.

Comenzaremos estableciendo qué es un patrón de organicidad.

¹MOYA PALACIOS, J. L., GONZALEZ M. A.: Estimulación Temprana 0-2 años: Dossier formación a Padres. Gráficas Varona. Salamanca. Depósito Legal S.: 391-1987.

MOYA PALACIOS, J. L., GONZALEZ M. A.: Programas de desarrollo en la etapa 0-2 años. Dossier Formación a Educadores. Gráficas Varona. Salamanca. Depósito legal: S 390-1987.

MOYA PALACIOS, J. L., GONZALEZ M. A.: Programaciones para la etapa 2-3 años: Formación a Educadores. Ministerio de Educación y Ciencia. Gráficas Varona. Depósito Legal S. 158-1988.

1-Patrón orgánico: es el conjunto de conductas consistentes, fuera de lo común, que manifiestan y elicitán, global o específicamente, los sujetos afectados neurológicamente.

2-Pautas de observación de un patrón orgánico:

Las pautas de observación las referiremos a 2 períodos:

- 1- Primer semestre: donde la detección se hace de forma temprana.
- 2- Segundo semestre de vida: momento en el que cabe establecer problemas de organicidad que estaban encubiertos.

COMO DETECTAR DIVERSAS ANOMALIAS INFANTILES PARA ESTABLECER UNA INMEDIATA INTERVENCION TEMPRANA.

Antes de iniciar cualquier exploración pormenorizada, siempre nos ha sido de una gran utilidad el hecho de analizar la historia clínico-madurativa del sujeto².

1- NIVEL TEMPRANO: PRIMER SEMESTRE

Los primeros seis meses de vida constituyen un lapso de tiempo suficiente para determinar, con bastante fiabilidad, la presencia de un síndrome de organicidad. Antes de realizar una evaluación de las alteraciones es preciso establecer un análisis de los datos relativos al parto y a los antecedentes familiares y perinatales.

LA HISTORIA CLINICO-MADURATIVA

² Algunos referentes para la exploración:

- J.E. SIMMONS M.D.: Exploración psiquiátrica del niño. Salvat. Barcelona. 1991.
- THEODOR HELLBRUGG & otros. Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida. Marfil. Morata. 1980.
- STEVEN A SCHROEDER & M. A. KRUPP.: Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed. El manual moderno. México. 1993 .

El devenir evolutivo recogido en la historia clínica suele ser revelador, y, en ocasiones, explica las posteriores alteraciones y hándicaps del sujeto.

- Al repasar y evaluar, en base a la historia clínico madurativa, conviene indagar, de forma precisa, los antecedentes familiares, ocupación, estado de los progenitores: (casados, solteros) y funcionamiento de la historia familiar con antecedentes neurológicos o psiquiátricos.
- De particular interés suele ser la revisión de la historia prenatal: estados emocionales y afectivos de la madre durante el embarazo, enfermedades padecidas y medicación ingerida, forma de vida, drogas, etc.
- Expulsivo prolongado.
- Resultados considerablemente bajos en los distintos parámetros del Test de Apgar: tasa cardíaca, esfuerzo respiratorio, tonicidad muscular, color, irritabilidad refleja.
- Anoxia, vuelta de cordón, forceps, parto eutócico, distócico, a término, prematuridad.
- Mala actitud alimentaria del niño durante los primeros meses, acompañada de cuadros de hipertermia, ictericia intensa, etc.
- Edades de gateo, sedestación, bipedestación, marcha.
- Dificultades en el aprendizaje verbal y manipulativo-motor.



Será interesante explorar las posibles alteraciones psíquicas del recién nacido:

* Si presenta una excitación llamativa, llanto o quejido.

- * Si se advierte un prolongado estado de insomnio.
- * Si aparecen alteraciones sensoriales (obnubilación, sopor, coma).
- * Temblores, convulsiones tónico-clónicas con pérdida de conciencia.
- * Cianosis en crisis paroxísticas.

A fin de ayudarlos como profesionales del área educativa, sintetizamos algunas estrategias para detectar las diversas anomalías patológicas en el primer año de vida.

El educador, el profesional, el rehabilitador, deben estar atentos para observar, comprender y establecer la profundidad de las problemáticas infantiles derivándolas a los distintos especialistas a la mayor urgencia. De lo que se trata aquí es de tener un conocimiento de las posibles sintomatologías a fin de reclamar la intervención del profesional competente.

Esta actitud será imprescindible en cualquier forma de intervención educativa o rehabilitadora.

2- SIGNOS NEUROLOGICOS DETECTADOS A NIVEL EXPLORATORIO Y QUE PUEDEN AFECTAR A LAS ACTITUDES NORMOTONICAS

1- ROSTRO:

Pueden convertirse en signos neurológicos:

- La amimia facial: lentitud en el cierre de los párpados.
- La ausencia de gestos y motilidad bucal, sonrisa refleja, falta de contracción del orbicular de los labios.
- La facies rígida con cierre intenso y permanente de párpados, protrusión de labios, etc.
-



- La inmovilidad parpebral de tipo unilateral por lesión del nervio facial o el motor ocular común, (frecuentemente acompañada de midriasis, estrabismo homolateral, protrusión de la fontanela por hipertensión endocraneana y convulsiones de tipo parcial contralateral).
- El escaso o nulo movimiento lingual, con ausencia del reflejo de succión.

- Los bostezos repetitivos, sobre todo, si se dan conjuntamente con respiración irregular, bradicardia, bradipnea y signos oculares en sol poniente, son manifestaciones particulares de lesión protuberancial.
- Suelen ser signo neurológico detectable, los ojos desmesuradamente abiertos del recién nacido, con nulo parpadeo, mirada inexpresiva y fija. También puede sospecharse de significación neurológica en los casos de midriasis y nistagmo.

2-NIVEL DE TRONCO Y EXTREMIDADES:

- 1-Hiperextensión cefálica por hipertonía de la musculatura de la nuca. Este signo es común en las meningitis y hemorragias intracraneanas.
- 2-Hiperextensión dorso-cefálica por la rigidez de los extensores de la musculatura lumbar.
- 3- En determinados casos de traumatismo obstétrico, es corriente ver niños con hiperflexión de las cuatro extremidades, o hiperextensión de las mismas.
- 4- Al sujetar al bebé por las axilas y dejar los pies flotando, es común que los niños con problemas neurológicos tomen una actitud de superposición o entrecruzamiento de piernas en extensión e hipertonía, postura mantenida al tomar contacto los pies con el suelo. El niño permanece de puntillas. (Pie en posición equina).

5-La presencia o ausencia de reflejos, más allá de las edades madurativas normales, puede ser un signo de consideración patológica :

6- Ausencia del reflejo de paracaídas.

7- La persistencia del reflejo de Moro, más allá de los 4 meses de edad cronológica, es significativo de daño cerebral. Es decir, que el reflejo se apaga más tarde en los niños que presenten, por ejemplo, una encefalopatía.

2- SEGUNDO SEMESTRE

Otros síntomas de no menor importancia, que habrá que valorar a la hora de establecer un diagnóstico precoz, es el posicionamiento unimanual y bimanual que adopta el niño.

- * La hiperextensión de una extremidad, inferior o superior, puede ser signo neurológico.
- * También lo puede ser la hiperaducción de ambos muslos del niño por hipertonía marcada de los músculos aductores internos, con dificultad para la separación pasiva de ambas extremidades.
- * La persistencia de dificultades prensoras consistentes en el mantenimiento de puños cerrados en torno al pulgar, sin advertirse actividades de prensión refleja o voluntaria, suele ser índice temprano de espasticidad e incoordinación muscular, característica de las parálisis cerebrales.



* Si prestamos atención a determinados comportamientos infantiles a lo largo de los 6 primeros meses, es posible que, desgraciadamente, identifiquemos rasgos de deficiencia mental y/o deterioro neurológico:

- Apatía, carencia de interés por los estímulos exteriores.
 - Mirada perdida, vaga, indiferente.
 - Imposibilidad de desplazamiento visual sobre objetos llamativos.
 - Carencia de expresividad mímica, ausencia de risa a partir del primer o segundo mes.
 - La inarticulación de sonidos guturales: laleos, galluseos, etc., nos debe poner en alerta. Sí es conveniente, en estos casos, descartar la posibilidad de sordera de tipo congénito por rubéola.
- La motilidad rítmica de cabeza, pasados los 4 meses, asociada a una intensa hipotonía muscular global puede indicar una encefalopatía atónica por lesión de tipo cerebeloso o piramidal. A estas lesiones suele ir muy unida la disfunción respiratoria: taquipnea (exaltación respiratoria) y retracción torácica por hipotonía del diafragma.
- Determinadas dificultades en la alimentación del lactante, debidas a alteraciones motoras derivadas de la disfuncionalidad muscular en los

niveles masticatorios, linguales y deglutorios, deben señalarse con criterio pronóstico en favor de una problemática orgánica.

- En general, cuando observemos a un niño con un nivel tónico global o segmentario muy marcado, podemos sospechar de una lesión orgánica, que habrá que descartar mediante exámenes neurológicos pormenorizados.
- Suelen ser síntoma de un trastorno orgánico o funcional las crisis neonatales o convulsiones que en los primeros meses pueden alcanzar a un 8% de los niños. Las crisis neonatales se exteriorizan de muy diversas formas, no siempre fáciles de detectar. No es infrecuente observarlas en forma de:
 - Acceso de cianosis o de palidez y atonía global.
 - De movimientos bucales en forma masticatoria.
 - De visajes, guiños de ojos, parpadeo, etc..

Las noxas o causas de estas crisis neonatales pueden ser diversas:

- Causas metabólicas: hipocalcemia, hipoglucemia, intoxicaciones.
- Orígenes infecciosos: meningitis, encefalitis.
- Noxas hemorrágicas: traumáticas, anóxicas.
- Anomalías del desarrollo: disgenesias cerebrales.

DESARROLLO MOTOR:

Desde el punto de vista del desarrollo motor tendremos que acudir, por otra parte, a unos indicadores cronológicos muy concretos para determinadas actividades motrices: gateo, volteo, sedestación, bipedestación, marcha, etc., actividades no conformadas, retrasadas o alteradas que nos darán pistas para poder establecer un adecuado diagnóstico.



A) GATEO:

- * Si el niño en decúbito prono (boca abajo) a las 16 semanas- 4 meses- no sostiene la cabeza suficientemente para poder comenzar a gatear, tendremos que aconsejar una revisión clínica.
- * Si a las 48 semanas, (12 meses) no gatea deberemos establecer una exploración pormenorizada tendente a descartar lesiones orgánicas o neurológicas..

B)VOLTEO:

Será conveniente una revisión y un estudio clínico:

- * Si a las 13 semanas (3 meses y medio) el niño, al sentarlo, deja caer la cabeza en hipotonía y no es capaz de mantenerla alineada con el cuerpo.
- * Si a los 8 meses el niño no es capaz de darse la vuelta al ofrecerle un objeto para poder tomarlo entre las manos .
- * Si a los 4 meses permanece tendido en la cuna sin movimientos activos en todos los miembros, o uno de éstos presenta mayor/ menor hipotonía o hipertonía.

C) SEDESTACION

Pueden constituirse en signos neurológicos las siguientes conductas:

- * Si a los 5 meses no se toca los pies, ni es capaz de llevárselos a la boca. Si una pierna presenta menos movilidad que la otra.
- * Si no lleva los brazos por igual a la línea media al realizarle maniobras de tracción.
- * Si no es capaz de hacer una prensión de los dedos sobre los que le ofrece el adulto para incorporarse
- * Si a las 48 semanas el niño no se sienta con seguridad y solo con las piernas extendidas.



D) MARCHA

- * Si al nacer tomamos al niño por las axilas y no presenta el reflejo de marcha.
- * Si a los 8 meses y medio:
 - El niño no moviliza las piernas suficientemente.
 - Las deja en extensión rígida o en hipotonía.
 - O al tomarlo por las axilas las superpone una sobre otra en tijera.
- * Si a los 12 meses el niño no se desplaza él solo con ayuda, dando pequeños pasos
- * Si a los 29 meses el niño pisa de puntillas y no con toda la planta del pie.

E) PRENSION:

- * Si pasadas 13 semanas la mano sigue aún cerrada sobre el pulgar.
- * Si el niño a los 4 meses no maneja suficientemente las manos:
 - No coge objetos.
 - No presta atención a los objetos móviles.

- * Si sobre los 7 meses el niño no pasa un juguete de una mano a otra o no los golpea entre sí.
- * Si a los 12 meses el niño no es capaz de hacer la oposición índice-pulgar para recoger pequeños objetos: botones, migas de pan, etc.

Hemos expuesto, en apretada síntesis, una serie de alteraciones neurológicas que pueden ser detectadas funcionalmente en el marco de la familia y que, debidamente interpretadas y con las consiguientes reservas, pueden ser tomadas como base para un acertado diagnóstico en los primeros meses de vida.

En todo caso estas descripciones son un mero referente indicativo. Quien tiene la última palabra es el profesional clínico: médico, psicólogo, pediatra, etc.