



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

INTERACCIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL
PACIENTE INFANTIL CON RETRASO EN EL
DESARROLLO PSICOMOTOR.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ULISES FERNÁNDEZ GALVÁN

TUTORA: C.D. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES

ASESOR: Mtro. RUBÉN NICOLÁS LÓPEZ PÉREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios la oportunidad de vivir y amar.

A mis padres por su amor, apoyo y paciencia.

A mi madre porque siempre ha estado a mi lado, en las buenas y malas.

A mi padre por ser mi mejor ejemplo, mi guía y amigo.

A mi hermana Gladys, por enseñarme a ser diferente.

A mi hermano Omar, por darme el consejo más importante.

A la UNAM, mi querida escuela, que me ha brindado los mejores momentos de la vida.

A mi Tutora la C.D. Esp. Patricia Márcela López Morales por guiarme hacia el éxito.

A la C.D. M.O. Beatriz Aldape Barrios, quién me enseñó a amar la ciencia odontológica.

Al C.D. Marino Humberto Sánchez Morales, quién me inicio el camino de la odontología.

A mis amigos Alex, Daniel, Rafael, Víctor Manuel, Roberto Carlos, Alejandro, Adalberto, Miguel, Uri, Ismael, Pedro, Mau, Dr. Heriberto, Fabián, Yuriko, Ara, Erika Karina, Viri, Denisse, Rana, Sofía, Lupita, Luz, Paola y Marcela por todos esos locos momentos.

A Astrid porque la vida sin música sería simplemente aburrida.

A Vanessa, la chiquita que inspiró la investigación de este tema.

“Es mejor quemarse que extinguirse poco a poco”. Leonard Cohen

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. DESARROLLO PSICOMOTOR	6
1.1 Concepto y definición	9
1.2 Esquema corporal	12
1.3 Fases del desarrollo	14
2. RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	21
2.1 Incidencia	23
2.2 Etiología	24
2.3 Factores de riesgo	26
2.4 Diagnóstico	30
2.5 Paraparesia Flácida	33
3. INTERACCIÓN Y RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR	35
3.1 Social	36
3.1.1 Interacción con el lenguaje	37
3.1.2 Interacción familiar	39
3.1.3 Interacción escolar	40
3.1.4 Interacción en la comunidad	41

3.2	Manejo interdisciplinario	42
3.2.1	Pediatra	43
3.2.2	Psicólogo	44
3.2.3	Psicomotricista	45
3.2.4	Odontólogo	46
4. MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES INFANTILES		
CON RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR		47
4.1	Historia clínica	49
4.2	Manejo de conducta	52
4.2.1	Técnicas de comunicación con el paciente	53
4.2.1.1	Lenguaje mímico	55
4.2.1.2	Decir, mostrar y hacer	57
4.2.2	Comunicación con los padres	58
4.3	Principales manifestaciones bucales	59
CONCLUSIONES		61
BIBLIOGRAFÍA		62
GLOSARIO		65

INTRODUCCIÓN

El éxito o fracaso de la atención odontológica infantil dependerá no sólo de las habilidades en los procedimientos técnicos por parte del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante.

La interacción del odontólogo con el paciente infantil, es más que simplemente lograr convencer al paciente a que coopere durante el procedimiento odontológico, conlleva también a mostrarle lo importante que es la salud bucal, claro que esto dependerá del nivel de comprensión del paciente, de su edad, y su madurez emocional, sin embargo, existen casos en los cuales la cooperación del paciente se torna difícil debido a ciertas anomalías o retraso en su desarrollo.

Existe una entidad conocida como "retraso del desarrollo psicomotor", en la cual, los logros del desarrollo de un niño aparecen con una secuencia lenta para su edad y cualitativamente alterada. La evidencia de retraso psicomotor se inicia en algunos casos, a partir de un evento patológico ocasionando daño cerebral, sin embargo en otros, su diagnóstico pasa desapercibido y tan solo después del segundo año de vida se hace evidente el retraso en el lenguaje, en la locomoción, en las habilidades sociales y una relativa pobreza en los esquemas de juego.

Es de vital importancia que el odontólogo que brinda atención bucal a pacientes infantiles, esté familiarizado con las características propias de esta entidad y así establecer un diagnóstico diferencial, logrando una adecuada interacción durante el manejo de conducta de pacientes infantiles con retraso en el desarrollo psicomotor.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo, es brindar los conocimientos básicos para que el odontólogo pueda identificar el retraso en el desarrollo psicomotor en pacientes infantiles, proponiendo técnicas alternativas para lograr una adecuada comunicación con el infante, y así brindar un ambiente positivo y afectivo.

1. DESARROLLO PSICOMOTOR

El ser humano es un ente desarrollado comparado con las demás especies del planeta. Se le atribuye la “capacidad de razonar como base fundamental para diferenciar al hombre como la entidad que puede tener un nivel de integración de la personalidad, siendo dinámica, sometida a fluctuaciones entre el desarrollo y la regresión, y entre la integración y la dispersión”.¹

Platón conceptualizó la mente y el cuerpo. Identificó la mente con el alma, la describió como aprisionada en el cuerpo, pero no explicó lo que la une al cuerpo. Aristóteles no estuvo de acuerdo con Platón. Él creía que el alma era la forma del cuerpo. Su teoría parecía ser materialista, pero argumentaba que el intelecto debía ser inmaterial (una especie de dualismo). Leibniz aceptó el dualismo cuerpo/mente, pero evitó la conexión entre ambos. Estableció el concepto de paralelismo psicofísico. Afirmaba que la mente y el cuerpo existen en una armonía que ha sido preestablecida por Dios.²

La palabra “desarrollo” tiene su origen en la palabra “*rota*”, derivada del latín, que significa: rueda, interpretándose así como el avance a nuevas funciones o condiciones, por lo tanto, es la adquisición de funciones o condiciones en un tiempo determinado. Se clasifica con base en la relación del tiempo. Se dice que es “retrasada” si tarda en aparecer a partir de la

¹ Martínez M Roberto. *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. 5ª ed. México: Manual Moderno; 2009. pág. 81

² Uner Tan. *The psychomotor theory of human mind*, J. Neuroscience 2007; 117:110

media establecida, “normal” si aparece sobre la media y “precoz” si es temprana.³

El humano es un ente en desarrollo, el cual corresponde al proceso evolutivo, multidimensional e integral, a través de él, el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. Este proceso comienza tempranamente en la etapa intrauterina y continúa, a un ritmo decreciente, durante toda la vida. Bleger lo señala en tres niveles: “físicoquímico, biológico y humano de integración”,⁴ siendo este último una condición dinámica, que incluye a la personalidad, la cual es sometida entre el desarrollo y la regresión, entre integrar y dispersar.

El conjunto de operaciones mentales, verbales, motrices y fisiológicas integran a la conducta y, a su vez, la personalidad, que es la totalidad de las conductas. Tiene características hereditarias como la constitución física, habilidad motora, destreza manual, aptitudes artísticas y, dentro de las adquiridas, la actitud de respuesta ante los estímulos del medio ambiente.

El término “Desarrollo psicomotor”, lo utiliza el neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke, quién lo denomina como: la adquisición de habilidades, que es de manera continua y progresiva desde el nacimiento hasta la infancia.⁵

Las investigaciones médicas y educativas han demostrado que el crecimiento mental o sea, el desarrollo de la inteligencia, la personalidad y el

³ Calva R Roberto. *Crecimiento, desarrollo y alimentación en el niño*. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005. pág. 106

⁴ Bleger José. *Psicología de la conducta*. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2007. pág. 239

⁵ Schonhaut B Luisa, Álvarez L Jorge, Salinas A. Patricia. *El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor*. Revista Chilena de Pediatría 2008; 79(1):26

comportamiento social ocurren más rápidamente en los seres humanos durante la primera infancia.⁶

El primer año de vida del ser humano se caracteriza por desarrollar funciones motoras y cognitivas, que dependen generalmente de factores genéticos y madurativos de cada individuo, dándole a este una autonomía para establecer vínculos con su medio ambiente. “La maduración del Sistema Nervioso Central tiene un orden preestablecido, tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo-caudal y de proximal a distal, y se ha postulado que el desarrollo psicomotor precede al desarrollo mental o cognoscitivo”.⁷

Primero se controla la cabeza, después el tronco, va de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, es decir, primero controla los hombros y después el movimiento de los dedos del pie. Además del desarrollo del Sistema Nervioso Central, el infante depende directamente de vínculos afectivos y cuidados que reciba, de la percepción de sonidos, objetos y personas a su alrededor.

El niño se desarrolla de forma regular y continua, que puede medirse con una curva de desarrollo, como una relación funcional entre la edad y un atributo o nivel de inteligencia, que depende directa y exclusivamente de cada función, por lo que su evaluación sería realmente extensa, llegando a la situación de un alta cantidad de modelos matemáticos, confundiendo así la evaluación del desarrollo.⁸

⁶ Martínez M. Op. cit. pág. 81

⁷ Ramos Rosa, Cruz Francisco, Pérez Miguel, Salvatierra María Teresa, cols. *Predicción del desarrollo mental a los 20 meses de edad por medio de la evaluación del desarrollo psicomotor a los seis meses de vida en niños sanos*, Salud Mental 2008; 31:55

⁸ Solanas Antoni, Puyuelo Miguel. *Estimación de curvas normativas de desarrollo de habilidades psicolingüísticas*. Rev. Logop., Fon., Audiol. 1995; XV(3):178

1.1 Concepto y definición.

El desarrollo psicomotor es la progresiva adquisición de habilidades funcionales del infante a medida que crece, es gradual, tiene estadios de creciente nivel de complejidad, determinado por factores biológicos y sociales. El aprendizaje se define como la especialización de los sentidos en el área motora, cognitiva, psicológica y social, que se moldean hasta llegar, en la edad adulta, a la madurez. Consiste en “un progresivo aumento en el grado de perfección, complejo, dinámico y de adquisición de funciones para el infante con el tiempo”.⁹

Como lo describe Solanas “La adquisición de nuevas habilidades se basa en un adecuado desarrollo prenatal, el que ejerce una fuerte influencia sobre el curso del desarrollo postnatal, estableciendo las bases biológicas para seguir un curso normal. Si las condiciones genéticas y prenatales han sido favorables, el niño contará con un potencial de resiliencia ante adversidades físicas o psicológicas, en especial si las condiciones de crianza son razonablemente apoyadoras”.¹⁰

⁹ Rodríguez R. Op. Cit. pág. 106

¹⁰ Solanas Antoni, Puyuelo Miguel. Op. cit. pág. 178

El aprendizaje del lenguaje se realiza por etapas, “el bebé recibe información sobre el lenguaje desde que nace al percibir los sonidos que emiten las personas y observa como se comunican entre si...”¹³ alrededor de los cuatro meses no solo distingue el modo en el que habla sino que comienza a discriminar sonidos individuales, escuchará vocales y consonantes y empezará a darse cuenta de cómo se combinan. Del desarrollo personal y social, su estudio se basa en su capacidad de respuesta a estímulos del medio ambiente.

“Un buen desarrollo psicomotor supone, por una parte, excelentes conexiones neuronales que permitan, a su vez, favorecer el aprendizaje, así como la exploración por medio del movimiento, además de un buen tono de conexión emocional y comunicativo”.¹⁴ El desarrollo psicomotor está directamente relacionado con el estado mental, además de sentar las bases para las funciones superiores.

1.2 Esquema corporal

El niño desarrollará un esquema corporal, Cañas¹⁵ describe las principales características:

- Un nivel de maduración adecuado del Sistema Nervioso que facilite información táctil (mediante la apreciación de las cualidades de los objetos susceptibles de ser percibidas por el tacto, a través de los órganos receptores de la piel).

¹³ Martínez M Roberto. Op. cit. pág. 81

¹⁴ Martínez, M Roberto. Op. cit. pág. 108-111

¹⁵ Cañas G Ana María. *El esquema corporal*. Innovación y experiencias educativas 2010; 26:2-5

?

- Información cinestésica (aporta la autopercepción del movimiento muscular, peso y posición de las diferentes partes del cuerpo, a través de los receptores situados en articulaciones, músculos, tendones, piel, etc.).
- Información propioceptiva (recogida por receptores sensoriales encargados de recabar datos e informar acerca del propio organismo, por oposición a los datos exteroceptivos que se reciben del ambiente externo). (Figura 2)
- Información visual (proporcionada por receptores visuales, que informan del color, tamaño, situación, etc., de los objetos y de las partes del propio cuerpo).

Figura 2. Estimulación propioceptiva



Fuente: Desarrollo motriz. http://www.serrehabilitacion.com.ar/com_articulo.html

?

??

Los contenidos necesarios para el desarrollo del esquema corporal¹⁶ son los siguientes:

- Imagen corporal: Imagen de “sí mismo”, del yo corporal; intuición del propio cuerpo en relación con el espacio, los objetos y los “otros”.
- Control y maduración tónica: Control de la tensión muscular sin la realización de movimiento, conservada incluso durante el sueño.
- Control respiratorio: Control de los mecanismos voluntarios de la toma y expulsión de aire de los pulmones utilizando las vías bucal y nasal alternativamente.
- Control postural (equilibrio): Control funcional mediante el cual el cuerpo, o parte del mismo, se mantiene en una posición correcta, merced a los reflejos que modifican el tono muscular, venciendo cualquier inestabilidad provocada por el medio o por desplazamientos corporales.
- Control de procesos de desplazamiento: Control de las distintas formas y posturas de movimiento en el espacio.
- Coordinación visomotriz: Habilidad para controlar los movimientos del cuerpo, o partes del cuerpo, de acuerdo a los estímulos recibidos visualmente, de forma que las respuestas motoras emitidas se adecuen a los estímulos visuales y a la finalidad propuesta.

1.3 Fases del desarrollo

Un desarrollo normal supone la adquisición de habilidades psicomotoras en un rango de tiempo determinado, con base en su edad cronológica

¹⁶ *Intervención educativa en el ámbito psicomotriz*. Op. cit.

evaluando su control. (Figura 3 y 4) La Norma Oficial Mexicana¹⁷ describe una escala de medición para evaluarla:

1. Conducta de 0 a 3 meses

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
Boca abajo, levanta 45 ° la cabeza	Sigue con la mirada objetos móviles.	Llora	Mira la cara
Tracciona hasta sentarse	Busca con la mirada la fuente del sonido	Ríe	Sonríe espontáneamente
Mantiene erguida y firme la cabeza	Mueve la cabeza y los ojos, en busca del sonido	Emite sonidos	

2. Conducta de 4 a 6 meses

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
Eleva el tronco y la cabeza, apoyándose en manos y antebrazos	Intenta la presión de objetos	Balucea "da-da", "ma-ma"	Atiende con interés el sonido
Mantiene erguida y firme la cabeza	Presión global a mano plena (barrido)		Busca con la mirada la fuente del sonido

¹⁷ Norma Oficial Mexicana. *Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, México: Diario Oficial de la Federación NOM -008-SSA2-1993; 1993. pág. 1-4

Se mantiene sentado, con apoyo			Sonríe espontáneamente
Se mantiene solo, sin apoyo			

3. Conducta de 7 a 9 meses

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
Se sienta solo, sin apoyo	Prensión entre la base del pulgar y el meñique	Lalea, "da-da", "ma-ma", "agu"	Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal
Consigue pararse, apoyado en muebles	Prensión entre el pulgar y la base del dedo índice	Utiliza consonantes	Es inicialmente tímido con extraños
Gatea Camina apoyado en muebles	Prensión en pinza fina		
	Opone el índice con el pulgar		

4. Conducta de 10 a 12 meses.

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
Comienza a gatear	Puede realizar prensión en forma de pinza fina	Reproduce palabras como: dada, mamá, pan, agua, oso	Puede beber directo de la taza
Es capaz de caminar apoyado en muebles	Opone el dedo índice con el dedo pulgar		Es capaz de relacionarse con niños de su edad para juegos como: "palmitas", "tortillitas"
Camina tomado de la mano			Detiene la acción a la orden de ¡No!

5. Conducta de 13 a 18 meses

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
Sube escaleras gateando	Construye torres de tres cubos	Utiliza más palabras	Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido
Camina bien solo, sin ayuda	Introduce objetos grandes en otros		Se viste con ayuda
	Introduce objetos pequeños en frascos o botellas		Juega solo

Lanza la pelota			
Sube escaleras, con ayuda	Construye torres de cinco cubos	Nombra a las figuras de un dibujo	Juega en paralelo (imitando)
Sube escaleras, tomado del pasamanos			

7. Conducta de 2 a 4 años

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
Salta en un pie Sube escaleras sin apoyo	Construye torres de más de cinco cubos	Construye frases	Lava y seca sus manos Controla esfínteres
	Copia el círculo Copia la cruz	Cumple órdenes complejas	Se pone alguna ropa Se quita alguna ropa
			Se viste sin ayuda Comparte juegos

8. Conducta de 4 a 5 años

Motora	Coordinación	Lenguaje	Social
	Copia el cuadrado		Compite jugando

2. RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

El retraso en el desarrollo psicomotor se refiere a la aparición tardía de las funciones motrices, coordinativas, de lenguaje y sociales en un infante y si cualitativamente están alteradas. Los factores hereditarios, ambientales y físicos también influyen en el proceso de desarrollo psicomotor. La habilidad para hablar más temprano es propia de ciertas familias, y heredar enfermedades puede afectar negativamente el desarrollo motor.¹⁸

Es claro que la ausencia de estímulos visuales, táctiles y auditivos afectan la madurez psicológica. Un niño que no presenta su desarrollo en la cronología descrita como 'normal' se considera como un niño con retraso psicomotor (RPM).

No todos los niños logran la destreza de sus funciones al mismo tiempo, por lo que se hace un estimado con base en la escala de medición de Bailey o la descrita por la Norma Oficial Mexicana.¹⁹

Los trastornos en el desarrollo psicomotor se asocian con bajo rendimiento, deserción escolar, trastornos neurológicos, siquiátricos, emocionales y de tipo sociales, hasta la morbilidad en la edad adulta.

Los trastornos del desarrollo psicomotor reflejan las alteraciones del desarrollo psicomotor. Se agrupan desde: disarmonías tónico-motoras y refieren las alteraciones del tono, donde no está regularizado el mismo. Se dividen como paratonía y sincinesias. Se suman trastornos del esquema corporal, que orientan al cuerpo y el desempeño con base en su relación con el entorno, además se engloban a la asomatognosia, donde el niño no

¹⁸ Médicos Ecuador. *El desarrollo psicomotor de los niños* (Monografía de Internet) Artículos. Disponible en URL: <http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia42.htm>

¹⁹ Schonhaut B Luisa, Schönstedt G Marianne, Álvarez L Jorge, Salinas A Patricia, Armijo R Iván. *Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto*. Revista Chilena Pediatría 2010; 81(2):124

reconoce partes de su cuerpo y puede esconder alguna lesión neurológica, y trastornos de lateralidad como zurdería cruzada, contrariada y ambidextrismo. Otros trastornos también son apraxias infantiles, dispraxias infantiles, tics e hiperactividad.²⁰

El ser humano tiene un potencial de desarrollo que depende de factores intrínsecos así como del medio ambiente, Andraca concluye que “...en niños biológicamente indemnes, el desarrollo psicomotor se afecta negativamente ante la presencia de condiciones ambientales adversas que actúan simultáneamente”.²¹

Desde el siglo pasado se identificaron irregularidades en niños con problemas de aprendizaje y coordinación, hasta que se generalizó en 1950 como una característica de la “disfunción cerebral mínima” descrita por Fejerman,²² y se agregaron además irregularidades en el desarrollo del lenguaje y trastorno de hiperactividad. Tiempo después se separaron las patologías para un diagnóstico particular, lo que derivó en reconocer que no todas tienen un origen común.

Fue cuando aumentaron los diagnósticos de “Trastorno de la Coordinación”,²³ alteraciones neuroconductuales, Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) con y sin, y disfunción de la integración sensorial.²⁴

²⁰ Silvia MT, Charelli C, Ferreira F, Hernández A y cols. *Trastornos del desarrollo psicomotor*. (Monografía de Internet) *Psicomotricidad*. Disponible en URL: <http://www.psicologoinfantil.com/trasdesapsicom.htm>

²¹ Andraca Isidora, Pino Paulina, De la Parra Alicia, Rivera y Marcela Francisca. *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas*. Revista de Saúde Pública 1998; 32(2):140

²² Fejerman Natalio. *Dislexia, disfunción cerebral mínima y trastornos de la atención con hiperactividad*. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1994. pág 5

²³ Castillejos Z Liliana, Rivera G Rolando. *Asociación entre el perfil sensorial, el funcionamiento de la relación cuidador-niño y el desarrollo psicomotor a los tres años de edad*, Salud Mental 2009; 32:233

Por otro lado especialistas en psiquiatría reafirman la importancia de la relación cuidador-niño, asociando al retraso del desarrollo psicomotor con problemas internalizados o emocionales como: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del sueño y externalizados o de comportamiento perturbador como: TDAH, negativismo desafiante y trastorno disocial.²⁵

Además el desarrollo psicomotor puede variar de forma no patológica. Resalta que el infante puede ser más precoz en adquirir funciones determinadas y tardar más en adquirir otras, sin desarrollar algún trastorno o patología subyacente.²⁶

“La evolución o progreso entre dos o más evaluaciones espaciadas será más significativo del potencial del niño y de su posible patología”.²⁷

2.1 Incidencia

La incidencia resulta del número de casos nuevos en una población y un periodo determinado que presenta retraso en el desarrollo psicomotor. En Estados Unidos se estima que entre un 1 y un 3% de los niños menores de 5 años presentan retraso en el desarrollo psicomotor.²⁸

“En España, la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999 concluye que el 2.24% de niños de 0 a 6 años de edad tiene una limitación, y el 2.5% de

²⁴ Ib. pág. 233

²⁵ Castillejos Z. Op. cit. pág. 233

²⁶ Pérez O Pedro. *Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor*. *Pediatría Integral* 2003; VII(8):558

²⁷ Pérez P. Op. Cit. pág. 558

²⁸ Álvarez G María José y cols. *Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria*. *Revista Pediatría Atención Primaria* 2009; 11:67

niños de esta edad tiene un trastorno del desarrollo que no va a derivar forzosamente en discapacidad”.²⁹

De la Teja comenta para México: “En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se atiende en la consulta externa y en hospitalización a pacientes que requieren atención de tercer nivel. Uno de los diagnósticos más frecuentes de la consulta externa (CE) es el retraso psicomotor (RPM), que llegan al hospital por diversos problemas. Asisten a tratamiento de rehabilitación, a terapia física, a consulta de neurología, de infectología y a consulta de estomatología”.³⁰

2.2 Etiología

Radován señala como una de las principales causas del retraso en el desarrollo psicomotor, una deficiente ingesta o absorción de hierro, o su pérdida elevada, manifestándose como anemia desde la etapa gestacional en la madre hasta la edad temprana de vida. Aunque se modifique la dieta y se normalice el nivel de hierro, estudios han comprobado que se mantendrá el problema durante el desarrollo, y que incluso puede provocar un daño neurológico.³¹

Su manifestación varía de acuerdo con la cantidad de hierro y va desde una apatía para realizar actividades o irritabilidad, hasta una palidez marcada en mucosas, tegumentos con hipoxia tisular, insuficiencia cardiaca,

²⁹ Íb. pág. 68

³⁰ De la Teja A Eduardo, Durán G Américo, Espinosa V Lilia, Ramírez M Jaime. *Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría*. Acta Pediatría Mexicana 2008; 29(4):189

³¹ Maulén R Irene, Gutiérrez C Pedro. *Estado del hierro y desarrollo psicomotriz y conductual en niños / Psychomotor, conductual development, and iron status in children*. Bol. méd. Hosp. Infant. Méx. 2000; 57(12):708

taquicardia y hepatomegalia.

Se suman diversos posibles problemas durante la edad temprana que están muy relacionados con el retraso en el desarrollo psicomotor, aunque no sean directamente la causa principal. Fernández menciona que los pacientes que sufren dificultad respiratoria y que usan ventilación asistida como neonatos con diagnósticos de enfermedad de membrana hialina, la hemorragia intraventricular, neumonía y la persistencia de conducto arterioso, pueden producir retraso en el desarrollo psicomotor y destaca que durante el seguimiento de la mayor parte de casos se presentaron alteraciones neurológicas y psicomotoras.³²

Pozo³³ comenta: "se ha referido que un gran número de pacientes con síndrome de West que presentan retardo psicomotor antes del comienzo de los espasmos", aunque aquí se describe como sintomatología de la enfermedad, una encefalopatía epiléptica dependiente de la edad caracterizada por la tríada electroclínica de espasmos epilépticos, retraso del desarrollo psicomotor e hipsarritmia en el electroencefalograma", no será regla que esté presente la triada completa.

La presencia de patología neurológica, sensorial, somático crónica también se atiende como etiología del retraso del desarrollo.

³² Carrocera F Luis, Cano G Rafael, Ortigosa C Eduardo, Barroso A Javier, Udaeta M Enrique. *Evolución neurológica y psicomotora a los dos años de vida de recién nacidos que fueron sometidos a ventilación asistida*. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 1991; 48(5):335

³³ Pozo A Albia, Pozo A Desi, Pozo L Desiderio. *Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos*. Revista Cubana Pediatría 2002; 74(2):151

2.3 Factores de riesgo

El ser humano nace con un potencial de desarrollo determinado congénitamente, resultado de la interacción de la genética con estímulos recibidos desde el entorno familiar, social y comunitario. Probablemente ese sea el motivo por el cual la intervención temprana tiene alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo.

Por factor de riesgo se entiende como la situación que puede desencadenar o condicionar una situación. Pérez-Olarte³⁴ enlista algunas situaciones biológicas que condicionan el desarrollo psicomotor:

Situación biológica	Factor de Riesgo
Peso al nacimiento	<ul style="list-style-type: none">• Inferior a 1500 gramos o tiempo de gestación inferior a 34 semanas• Recién nacido de bajo peso para la edad de gestación
Prenatal	<ul style="list-style-type: none">• Historia de infección prenatal que pueda afectar al desarrollo y, en general, situaciones prenatales que puedan comprometerlo
Perinatal	<ul style="list-style-type: none">• Asfixia perinatal
Respiración	<ul style="list-style-type: none">• Retraso de inicio o ausencia de respiración espontánea superior a 5 minutos• Ventilación mecánica superior a 24 horas
Posnatal	<ul style="list-style-type: none">• Convulsiones neonatales• Sepsis, meningitis o encefalitis postnatal
Condiciones sistémicas	<ul style="list-style-type: none">• Hiperbilirrubinemia que haya requerido examen sanguíneo o transfusión• Trastornos genéticos, dismórficos o metabólicos que puedan afectar al desarrollo o una historia de estos

³⁴ Pérez P. Op. Cit. pág. 559

	<p>trastornos en familiares de primer grado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome malformativo con compromiso visual o auditivo • Evidencia clínica o por neuroimagen de patología del Sistema Nervioso Central que pueda afectar el desarrollo
Antecedentes Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones que comporten una restricción en las experiencias normales del niño, como puede ser la inmovilidad mantenida por diversas causas • Aporte nutritivo insuficiente

De las situaciones psicosociales³⁵ se enumeran las siguientes:

Situación psicosocial	Factor de Riesgo
Economía	<ul style="list-style-type: none"> • Familia en situación de pobreza
Padres	<ul style="list-style-type: none"> • Progenitor adolescente (familia prematura) • Progenitor con trastorno mental o emocional importante incluyendo toxicomanía, enfermedad depresiva y ansiedad severa • Progenitor muy inseguro, sin ayudas familiares o del entorno social • Progenitor con retraso mental • Progenitor con deficiencia sensorial severa • Presencia de signos que hacen pensar en desinterés de madre o padre en los cuidados del niño (nutrición y/o higiene deficientes, falta de controles médicos, signos de maltrato físico, comentarios negativos)

³⁵ Íb. pág. 559

	<p>repetidos sobre el niño, anomalías en la interacción afectiva entre progenitor y niño)</p> <ul style="list-style-type: none">• Progenitor con conductas antisociales
Familiares	<ul style="list-style-type: none">• Familia con algún otro hijo institucionalizado.• Familia sin soporte adecuado de la familia extensa o del entorno social (aislamiento familiar)• Familia numerosa y con problemas económicos importantes• Familia residente en una vivienda muy deficiente• Familia con historia de malos tratos a otros hijos• Situaciones que hayan comportado separaciones prolongadas o muy recuentes entre niño y progenitores. Un ejemplo es el niño con múltiples cuidadores o, ya más extremo, el criado en una institución
Temperamento	<ul style="list-style-type: none">• Desacoplamiento entre el temperamento del niño y las expectativas del entorno hacia él

Según la Organización Mundial de la Salud, los niños que viven en un entorno favorable podrán lograr un desarrollo psicomotor normal, y que depende directamente de factores étnicos y genéticos.³⁶

Literatura médica ha dictaminado los principales factores de riesgo que impiden al individuo un correcto desarrollo del infante: malnutrición, padres adolescentes o en edad extrema, orden de nacimiento, madre soltera, ausencia de padres, padres con bajo nivel educativo, depresión materna, y padres con diagnóstico psiquiátrico, son algunos de los factores de riesgo para un niño con retraso del desarrollo psicomotor.³⁷

El nivel socioeconómico siempre estará en tela de juicio ya que uno supone que debido a que un paciente viva en un ambiente adverso y

³⁶ Schonhaut B Luisa, Op. cit. pág. 127

³⁷ Andraca Isidora. Op. cit. pág. 140

precario por su situación económica, acrecentará la posibilidad de presentar el retraso en el desarrollo, aunado a que los padres dejan muchas veces de lado la relación familiar por estar interesados en resolver la problemática financiera.

Podríamos concluir que el infante que nace en condiciones biológicas óptimas y que si se desarrolla en un entorno de nivel socioeconómico alto, difícilmente presentará retraso en el desarrollo psicomotor, pero Schonhaut³⁸ comenta que niños de condición socioeconómica alta muestran en algunos casos retraso en el desarrollo motriz grueso, y lo atribuye a la poca atención que a veces reciben o que ciertamente toman de cuidadoras o “nanas”, y recomienda que los padres pasen más tiempo con ellos durante el día, repercutiendo positivamente sobre su desarrollo motriz.

En el primer año de vida del niño, la vulnerabilidad del desarrollo del Sistema Nervioso con el medio ambiente se vuelve muy influenciable, ya que aún es bastante endeble. Depende además del individuo y sus características biológicas individuales, de la relación afectiva con su familia y de la aparición de las funciones que sentarán la base para la adquisición de nuevas habilidades.

Se ha descartado la posición al dormir del niño y el uso de algunos aditamentos como andaderas fijas, saltadores o sillas nido que influyan en su desarrollo, pero se recomienda que los infantes duerman en posición supina, ya que mejorará circunstancialmente el desarrollo motriz para el infante.

El entorno ayudará plenamente a desarrollar las funciones cognitivas y propias del lenguaje, técnicamente la comprensión de estas funciones permiten una interacción y organización en el entorno. Un individuo que sea limitado por su entorno y que tenga poca interacción con él, lógicamente su

³⁸ Schonhaut B Luisa, Op. cit. pág. 127

desarrollo será menor y de lenta progresión.

2.4 Diagnóstico

El diagnóstico del desarrollo psicomotor siempre supone un reto para el pediatra que se enfrenta al niño, ya que su detección deberá ser temprano, pero resulta imposible conocer y realizar todas las pruebas que determinarán el desarrollo. Este trabajo deberá realizarse con varios especialistas que confirmarán si existe alteración o retraso en el desarrollo. Por lo que aquí es de suma importancia que clínicamente se conozcan las características del desarrollo psicomotor.

Las interrogantes que puede presentar serán: ¿cómo diferenciar de un retraso o una inmadurez que evolucionará favorablemente?, ¿debo comunicar a la familia sin miedo a alarmarla o solamente esperar la evolución?, ¿y sí se presenta un retraso claro, qué acciones debemos tomar para lograr que la enfermedad transcurra de manera favorable en beneficio de nuestro paciente?. Será primordial indagar si el retraso se da por una pobre o inadecuada estimulación del entorno social o por una enfermedad extraneurológica.³⁹

La variabilidad interindividual es importante para el diagnóstico del desarrollo psicomotor, cuanto más complejo es el hito, más amplio es el rango de edad en que puede ser adquirido;⁴⁰ así, todos sabemos que los niños adquieren, por ejemplo: la sedestación en un estrecho margen de

³⁹ Narbona Juan, Schlumberger. *Retraso Psicomotor*. Asociación Española de Pediatría 2008; 21:151

⁴⁰ Álvarez María José. Op. cit. pág. 77

tiempo, mientras que las primeras frases pueden aparecer a cualquier edad entre los 18 meses y los 3 años, implicando ser prudente para determinar si existe retraso del desarrollo psicomotor, “se establece que la marcha autónoma se adquiere entre los 10 y los 16 meses, pero un niño que la adquiriera a los 10 meses puede padecer quizá un trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otro que inicia la deambulaci3n tan tarde como a los 20 meses puede ser un ni1o normal e incluso con alta inteligencia pero con historia familiar de marcha aut3noma tardía”.⁴¹

P3rez-Olarte⁴² describe una tabla con signos cl3nicos para sospechar de un paciente con retraso en el desarrollo psicomotor, son signos de alerta aportados por la exploraci3n neurol3gica cl3sica:

Exploraci3n	Signos cl3nicos
Cr3neo	<ul style="list-style-type: none">Macro o microcefalia
Postura	<ul style="list-style-type: none">Anomalías posturales o patrones posturales propios de edades inferiores
Movimientos	<ul style="list-style-type: none">Movimientos an3malos, escasos, poco variados o mal coordinadosEpilepsia.
Reflejos	<ul style="list-style-type: none">Anomalías en los reflejos primariosAnomalías en los reflejos osteotendinosos
Simetrías	<ul style="list-style-type: none">Asimetrías persistentes (excepto en el primer trimestre)
Tono muscular	<ul style="list-style-type: none">Trastornos del tono muscular

⁴¹ Ib. p3g. 77

⁴² P3rez O Pedro. Op. cit. p3g. 560

Signos de alerta⁴³ en el plano conductual, relacional o emocional del niño:

Conducta, relación ó emoción	Signos de alerta
Consuelo	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para aceptar las maniobras de consuelo, como el niño que rechaza el contacto corporal o no se amolda al cuerpo de la madre
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Pasividad excesiva o hiperquinesia
Autoagresión	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas atípicas o repetitivas como estereotipias motoras o golpearse la cabeza
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la atención hacia el entorno • Niño absorto en sí mismo, con la mirada pérdida o con rechazo del contacto visual
Juegos	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para hacer un juego adecuado a su edad
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos persistentes en el sueño (insomnio o dormilón en exceso, alteraciones del ritmo habitual de vigilia-sueño)
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas persistentes en la alimentación • Niño de “comer” y “dormir”, poco reclamador, poco expresivo
Socialización	<ul style="list-style-type: none"> • Niño excesivamente sociable
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del lenguaje: mutismo, expresiones inadecuadas al contexto, ecolalias
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Niño que enferma a menudo • Posible patología psicósomática
Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Niño con aspecto triste o con poca expresividad emocional • Niño excesivamente irritable • Niño con poca variabilidad de su comportamiento
Pruebas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de desarrollo contestados por los padres. Son

⁴³ Ib. pág. 560

	<p>poco utilizados en nuestro medio</p> <ul style="list-style-type: none">• Observación del niño en los controles de salud periódicos. La experiencia en los controles de salud permite ir conociendo el desarrollo a las distintas edades y detectar dificultades en el mismo• Tests de cribaje. Son tablas del desarrollo que especifican las edades y en que porcentajes concretos de la población tienen adquirida una capacidad psicomotora determinada
--	---

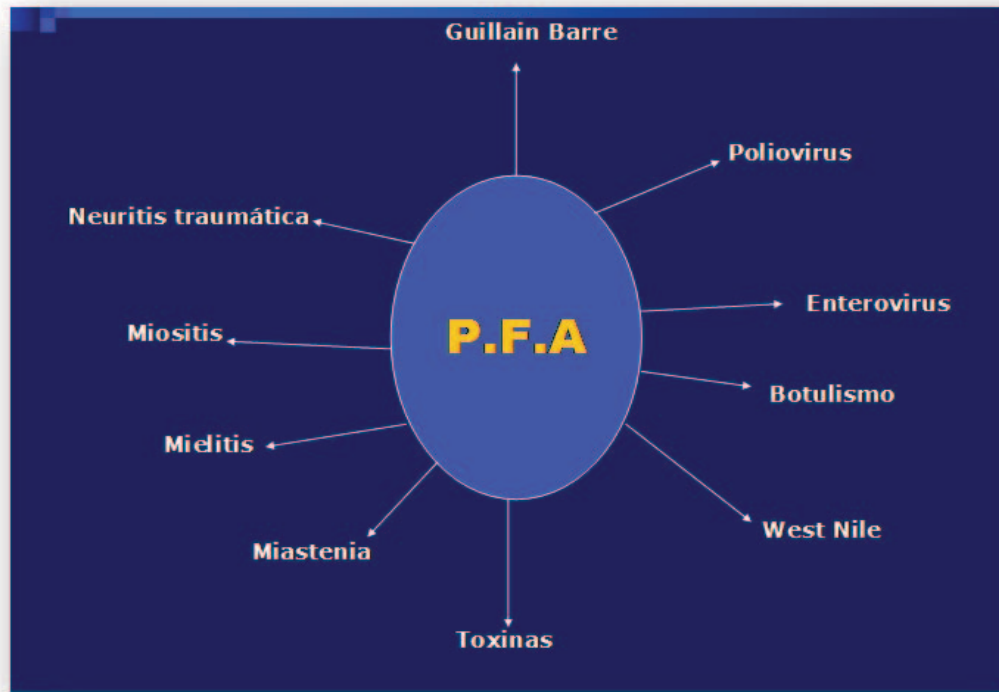
2.5 Paraparesia Flácida

Se debe fundamentalmente a causas relacionadas con enfermedades neuromusculares de presentación aguda. La paraparesia flácida es una afectación que se presenta en las extremidades inferiores caracterizada por pérdida de fuerza, que no llega a la parálisis, presenta un daño a las neuronas motoras inferiores desde la corteza motora hacia la médula espinal. La debilidad en las extremidades inferiores es peyorativo de un daño en las neuronas motoras inferiores, desde las astas anteriores de la médula espinal o en los nervios periféricos.⁴⁴

Las causas de Paraparesia flácida se dividen en 2 principalmente: infecciones virales por poliovirus y enterovirus, con células de la inflamación que afectan directamente al cuerpo de las neuronas motoras que se encuentran en el asta anterior de la medula espinal, y la otra tiene origen inmunológico durante o después de un proceso infeccioso que causa daño en las neuronas motoras inferiores de los nervios periféricos como en el Síndrome de Guillain Barré.⁴⁵ (Figura 5)

⁴⁴ Campos O Pedro. *Parálisis flácida aguda*. Rev. Neurol. 2002; 34:131-133

Figura 5. Etiología de Paraparesia flácida



Fuente: Parálisis flácida aguda.

http://www.neurologiauruguay.org/home/images//paralisis_flacida.doc

3. INTERACCIÓN Y RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Según la Real Academia Española, la interacción es la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones. La interacción que tenga el retraso en el desarrollo psicomotor con el ambiente será la interacción biopsicosocial.⁴⁶ Abarca muchos puntos ya que el niño siempre se adaptará de acuerdo al medio ambiente y a factores intrínsecos y extrínsecos.

Dependerá desde el desarrollo en el retraso motriz, la coordinación, el lenguaje y la interacción social. (Figura 6). Un niño que presenta dificultad para realizar alguna actividad física que se encuentra en un grupo social, como por ejemplo una carrera de obstáculos o un partido de fútbol, creará barreras para interactuar con el resto del grupo, de igual manera, si no ha logrado desarrollar un lenguaje propio de su edad, limitará la comunicación con sus cuidadores o sus compañeros de la escuela.

Definitivamente esto desencadenará en un niño apático o muy tímido, que cuando no se encuentra en su área de confort tendrá una actitud diferente que podría llegar a la hostilidad y complicar la relación que se intente llevar con él, por lo que debemos de conocer directamente la interacción del individuo que tiene retraso en el desarrollo psicomotor.

Hay pruebas considerables que indican que los lactantes expuestos a buena nutrición, juguetes y compañeros de juego tenían una mejor función

⁴⁶ Gómez D Lourdes. *Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida*. VII Congreso de la asociación de demografía histórica; 2004. pág. 21

?

cerebral cuantificable a los doce años de edad que los criados en un ambiente menos estimulante.⁴⁷

Figura 6. Interacción y retraso en el desarrollo psicomotor infantil



Fuente: Directa

3.1 Social

El buen desarrollo psicomotor no solamente está ligado a la maduración cerebral, depende también de la alimentación, de condiciones de vida, vivienda e higiene, y sobre todo de un clima afectuoso.⁴⁸ El niño necesita valores positivos externos que mejoren el afrontamiento de la realidad.

?? Monge A María de los Ángeles. *Desarrollo Psicomotor como elemento fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas en edades tempranas*. Universidad de Costa Rica; 2000. pág. 2 ?

⁴⁸ Pérez O Pedro. Op. cit. pág. 558

Un ejemplo claro serán las políticas sociales que presenta un gobierno de primer mundo,⁴⁹ como la prevención y actuación frente a las deficiencias como la aparición de leyes que mejoraran siempre la calidad de vida del paciente.

3.1.1 Interacción con Alteración del Lenguaje

Desde que el niño recibe estímulos auditivos intentara reproducirlos, a menos que sea portador de alguna discapacidad sensorial (auditiva), y el medio ambiente repercutirá positiva o negativamente con el niño, por lo que es importante darle un modelo correcto.

Salgado de la Teja⁵⁰ comenta: “es importante que el trato de los padres respete la edad cronológica de sus hijos, sin pretender exigirles lo que no pueden dar, ni tampoco sobreprotegerlos”, esta opinión suena crítica, debido a que una desatención en la evaluación del desarrollo del lenguaje nos pone un obstáculo para que el niño interactúe con el medio ambiente y esto propicie inseguridad para las futuras relaciones del niño, así como para prevenir problemas conductuales y de aprendizaje.

Cualquier tipo de desarrollo del lenguaje que difiere del patrón de desarrollo normal no significa una patología, siempre hay que tomar en cuenta factores individuales y las diferentes pautas de desarrollo propios de cada raza.⁵¹

⁴⁹ Álvarez María José. Op. cit. pág. 77

⁵⁰ Salgado de la Teja K. *¿Cómo tratar al infante con trastornos del lenguaje?*. (Monografía de Internet). Disponible en URL: <http://www.espaciologopedico.com>

⁵¹ Cabrera, D. Y Cols. *Propuesta de actividades para la estimulación del Lenguaje Oral en Educación Infantil*. Ed. Junta de Andalucía

El uso de lenguaje anormal logra que el niño pierda entusiasmo, confianza en sí mismo, amor propio, curiosidad, interés y alegría, resultando que sea difícil que acepte y conviva con las demás personas, y sin sentimiento de pertenecer a un grupo.⁵² Es difícil pedirle a un niño con estas características que nos responda de más de sus capacidades fonatorias, y resulta de suma importancia el realizar un esfuerzo para la comprensión de sus palabras. Excelentes resultados nos brindará hacer sentir al niño tal como es, sin conmisericordia.

Cañas Gutiérrez⁵³ comenta que para diagnosticar el retraso en el desarrollo del lenguaje podremos valernos de los siguientes signos de alerta:

A nivel de producción:

- Aparición de las primeras palabras después de los 2 años.
- Persistencia de numerosas dificultades fonéticas, sobre todo en omisiones de sílabas iniciales después de los 3 años.
- Vocabulario limitado a menos de 200 palabras a los 3 años y medio.
- Ausencia de artículos y marcadores de posesión.
- Lenguaje holofrástico.
- Uso masivo de pronombres, fundamentalmente “yo” (habla de él en tercera persona).
- Uso masivo de gestos.

⁵² Salgado, K. Op. cit.

⁵³ Cañas G Ana María. *Problemas del lenguaje*. Innovación y experiencias educativas 2010; 26:2

A nivel de comprensión:

Pueden intervenir también la interpretación del contexto del mensaje, pero para su situación están los conceptos espaciales, temporales, y no son integrados a su lenguaje normal.

A nivel de imitación provocada:

Básicamente es la repetición de frases o palabras, las cuales parecen incapaces de repetir, ya que no las tienen integradas.

3.1.2 Interacción Familiar

En los primeros años satisfacer las necesidades de atención y de compañía es tan importante como las de alimentación y de cuidado. La transición de la inercia a la agitación muestra una interacción de la relación madre-bebé y el desarrollo de la necesidad motora.

Benfica comenta: “La importancia de una buena calidad de la relación entre el cuidador y su bebé será determinante en el temperamento y en la personalidad del niño, así como en el desarrollo funcional, desde la construcción de la personalidad y el autodescubrimiento se dan a los pocos en relación con los demás”.⁵⁴

Cuando no existe una buena relación o la situación familiar es limitada por ausencia de padres o poca atención por falta de interés o tiempo, se

⁵⁴ Benfica, C. Desarrollo psicomotor y desarrollo socio afectivo. (Monografía). Disponible en URL: <http://www.espaciologopedico.com>

verá directamente afectado en su desarrollo, por ejemplo, si un padre de familia no estimula a su hijo a que gatee o camine, el niño tardará más en poder desarrollar esa capacidad.

También deberá entenderse que la familia se encuentra muchas veces en duelo “por pérdida del niño sano que esperaban”,⁵⁵ y los padres tendrán razonamientos confusos por el niño que tiene sentimientos y que cambian su perspectiva por alguien que debe ser “arreglado”.

Se describen muchos factores de riesgo familiares como la educación de los padres, si existe ausencia de alguno o ambos, de sus antecedentes patológicos, si presentan adicciones a alcohol o drogas, y sobre todo si el niño recibe afecto por parte de su familia.

3.1.3 Interacción Escolar

Las experiencias del niño en sus primeros meses y años de vida determinan si ingresará a la escuela con deseos de aprender o no. El niño proporciona respuestas motrices propias para comprender, razonar, imaginar o articular palabras, y desde la unidad indisoluble de su personalidad, va expresando sus sentimientos y emociones que configuran su incipiente vida mental.

La percepción del espacio escolar y la interacción con el aula⁵⁶ incurre en 2 maneras:

- La interacción profesor – niño se basa en distintas actividades que se realizan cotidianamente en el aula de clases con el profesional educativo

⁵⁵ Pérez-Olarte. Op. cit. pág. 563

⁵⁶ Monge, M.A. Op. cit. pág. 2

como: actividades de enumeración de las diferentes partes del cuerpo, actividades de conocimiento de los órganos sensoriales y las articulaciones (ojos, nariz, boca, orejas, dedos, cuello, hombros, codos, muñecas, dedos, cintura, cintura pelviana, rodilla, tobillo, actividades de respiración, actividades de equilibrio estático y dinámico, actividades de desplazamientos y posturas, actividades de imagen corporal en espejo, actividades sobre coordenadas espaciales: arriba-abajo, delante-detrás y derecha-izquierda, actividades de reproducción gráfica, modelado, pintura, etc.⁵⁷

Destacará no por su brillantez el niño que presenta retraso en el desarrollo psicomotor y aquí es donde actuará el profesional para vigilar su estado psicomotriz y comunicar directamente con los padres algún dato que sea relevante para su condición.

- La interacción del niño con sus compañeros parece que predice una relación un tanto distante por sus diferencias que podrían aislarlo del grupo. El retraso se instaura propiciando dificultad para desarrollar una personalidad en el niño y una adaptación social, llegando a veces producir directamente un fracaso escolar y con sus relaciones en la escuela.

3.1.4 Interacción en la Comunidad

Un correcto desarrollo que ocurre dentro de un medio familiar es directamente influenciado por la cultura de la comunidad y la organización de los centros de salud y el sistema educacional, siendo el principal requisito conocer el medio ambiente que rodea al niño.⁵⁸

⁵⁷ *Intervención educativa en el ámbito psicomotriz*. Op. cit.

⁵⁸ Schonhaut. Op. cit. pág. 127

Existen muchas comunidades que presentan centros de atención especializados para la supervisión y control del desarrollo,⁵⁹ pero si la atención recibida no es óptima o la comunidad no cuenta con los servicios adecuados o el personal médico capacitado, influirá directamente en la capacidad de captación de pacientes con retraso en el desarrollo psicomotor, siendo una constante en población de riesgo y/o nivel socioeconómico bajo.

3.2 Manejo Interdisciplinario

Técnicamente el médico cirujano general y el especialista en pediatría deberán ser los que resuelven el diagnóstico del retraso del desarrollo psicomotor, pero, ¿qué pasara si ellos pasan por alto realizar las pruebas de desarrollo por la situación de la consulta o desconocen y/o tienen deficiencias en la evaluación del desarrollo?.

Álvarez Gómez reconoce que cualquier profesional de la salud puede realizar la evaluación del desarrollo y diagnosticar si existe un retraso en el desarrollo, pero siempre se inclinará más por la habilidad del pediatra para realizarlo,⁶⁰ además de que los padres de familia por lo general confían plenamente en que ellos poseen las herramientas necesarias para atender y resolver los problemas que presente su hijo.

Es necesidad imperante que el pediatra coordine a los especialistas para que el paciente obtenga atención mejor y completa, que va desde la estimulación temprana, servicios sociales, atención hospitalaria especializada en médico pediatra o neuropediatra, psicólogo, pedagogo,

⁵⁹ Pérez-Olarte. Op. cit. pág. 562

⁶⁰ Álvarez. Op. cit. pág. 72

fisioterapeuta, asistente social, logopeda, terapeuta ocupacional, psicomotricista y consulta odontológica.⁶¹

Hay profesionales de distintas disciplinas especializados en el desarrollo infantil que se agrupan bajo el término de atención precoz o temprana. Existen centros especializados en desarrollo, de atención temprana, donde los niños con retraso pueden recibir ayuda.

3.2.1 Pediatra

La detección temprana del retraso en el desarrollo psicomotor dependerá directamente de la habilidad del pediatra de atención primaria para observar factores de riesgo, aunque esto no es un hito en el diagnóstico, ya que pacientes sin factores de riesgo podrán desarrollar la patología.

Álvarez Gómez comenta que en Estados Unidos recibe el término de “Vigilancia del Desarrollo”,⁶² y que directamente se relaciona a pruebas que deberán de realizarse a niños con posible retraso en el desarrollo psicomotor a través del diagnóstico que se realiza en niños durante las revisiones de salud.

Además menciona características especiales que necesita cubrir un pediatra para obtener un diagnóstico preciso: “saber inquirir y atender a las preocupaciones de los padres, obtener la historia del desarrollo, hacer observaciones precisas del niño y compartir opiniones y preocupaciones con otros profesionales pertinentes”,⁶³ por lo que ocuparemos a esta patología como de atención multidisciplinaria y debemos conocer a profundidad sus características principales e intrínsecas, aunque aún en la actualidad es

⁶¹ Pérez-Olarte. Op. cit. pág. 562

⁶² Álvarez. Op. cit. pág 72

⁶³ Ib. pág 72

difícil identificar a los niños con retraso en el desarrollo psicomotor.

Cuando un pediatra indica seguir el desarrollo del niño, se explica a los padres de familia o al cuidador del niño acerca de estimular el desarrollo psicomotor con un programa de evaluación y ejercicios para bebés y niños pequeños con necesidades especiales.⁶⁴

3.2.2 Psicólogo

La interacción del psicólogo con el paciente se hace a través de sesiones psicoterapeutas, incluye 3 niveles de atención.⁶⁵

- Sesiones de Psicomotricidad
Incluye trabajo sobre expresión y comunicación corporal como aspecto educativo, también se puede denominar gimnasia o área de dinámica, y trabajan con el cuerpo a través del movimiento y la acción.
- Reeducción Psicomotriz
Es la técnica aplicada para niños con trastorno de aprendizaje que trabaja dificultades, tales como la lectura y la escritura.
- Terapia Psicomotriz
Se basa en teorías corporales con enfoque psicoterapéutico para problemas de adaptación, integración o comportamiento para niños autistas, inhibidos, hiperkinéticos, torpes o con escasos recursos para la expresión y la comunicación.

⁶⁴ Ib. pág 72

⁶⁵ Menéndez M Concha. *Aproximación crítica a la Psicomotricidad desde la perspectiva asistencial del psicólogo*. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Barcelona, anuario de Psicología 1989; 40(1):111

3.2.3 Psicomotricista

“El psicomotricista es el profesional que se ocupa, mediante los recursos específicos derivados de su formación, de abordar a la persona, cualquiera que sea su edad, desde la mediación corporal y el movimiento”.⁶⁶

La profesión está directamente relacionada no con el diagnóstico, sino como un terapeuta que colaborará para lograr el éxito del tratamiento para que el niño se acerque más rápido a su curva de desarrollo normal y tenga una interacción con el medio ambiente más facilitada. Se enumeran sus funciones:

- Área de diagnóstico, para la comprensión global de la persona valorada por instrumentos específicos, entre los que cabe destacar el balance psicomotor y la observación psicomotriz.
- Área de prevención, que detecta y previene trastornos psicomotores desde la etapa más temprana de vida.
- Área de educación, para facilitar la interacción en la escuela con terapia que ayuda a la maduración psicomotriz.
- Área de terapia, interviene directamente en el retraso en el desarrollo psicomotor, así como sobre alteraciones emocionales y de la personalidad, como un tratamiento con base en un diagnóstico propuesto por el pediatra.

⁶⁶ Berruezo A Pedro Pablo. *El Psicomotricista, un profesional para las necesidades especiales*. Motricidad y necesidades especiales 1999; 1:330-340

3.2.4 Odontólogo

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, el establecimiento de la comunicación, esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento.

En el manejo estomatológico de pacientes infantiles con retraso en el desarrollo psicomotor se analizarán a fondo la relación con el odontólogo.

4. MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES INFANTILES CON RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

A pesar de que la mayoría de niños son excelentes pacientes en la consulta odontológica, su comportamiento puede manifestarse como agresivo, histérico e incluso temeroso y aprehensivo.

Como es sabido, las peculiaridades de la interacción de este tipo de paciente con su medio ambiente, se deben realizar con métodos afectivos en el manejo de la comunicación,⁶⁷ pero algo que facilitará la consulta será la experiencia y el conocimiento que tiene el odontólogo del entorno biopsicosocial del paciente, así como de su grado de sensibilidad y humanidad del profesional de la salud bucal.⁶⁸ Debemos de saber adaptar al niño a la consulta e inculcarle que su colaboración en el tratamiento será vital para promover una actitud positiva a la Odontología.

Como hemos mencionado, éste trabajo se dirige a niños con retraso en el desarrollo psicomotor. En la Tabla 1 se resumirá el comportamiento de un niño con desarrollo “normal” (regular) en el consultorio dental, por lo que aquí será imprescindible tener un sentido común para discernir e identificar si la conducta está alterada.

⁶⁷ Josefa P, Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Revista de Odontología 1998; 36(2):2

⁶⁸ Ib. Josefa P. pág. 2

Tabla 1. Comportamiento infantil de 0 a 6 años

EDAD	COMPORTAMIENTO	OBSERVACIONES
de 0 a 2 años	Un niño depende directamente de su madre y le será complicado realizar relaciones interpersonales.	Si la relación está desvinculada con su madre o su entorno familiar esta deteriorado debemos tener una actitud bastante afectiva.
2 a los 3 años	Sigue dependiendo de la madre y difícilmente establece relaciones interpersonales.	Necesita tiempo y esfuerzo para poder adaptarlo a la consulta dental, cambia de humor constante y rápidamente. Se cansa fácil.
3 años	Tiene curiosidad de su alrededor, habla más y tiende a imitar.	
4 años	Presenta gran actividad física y mental, es un gran hablador y gusta de nuevas experiencias, ya confía en si mismo.	
5 años	Es estable emocionalmente y realiza actividades en base a su lógica.	Gusta de ser aceptado y es sensible a alabanzas y recriminaciones.
6 años	Alterna entre el afecto y el rechazo, tiende a ser hipocondríaco y tiene poco interés en el orden y la limpieza	

Fuente: Josefa P.⁶⁹

⁶⁹ Ib. Josefa P. pág. 4

Con base en estos datos, se podría reconocer el grado de retraso que presenta el paciente infantil y adaptar la relación con el paciente, sin hacerlo sentir torpe o tonto.

4.1 Historia clínica

La historia clínica dental es un documento que debe permitir conocer al niño en los aspectos social, médico y dental, “para tratar al paciente y no al diente”,⁷⁰ además de proporcionar datos relevantes para el odontólogo, como factores de riesgo para el retraso del desarrollo psicomotor, y, hasta que se confirme, el diagnóstico de retraso en el desarrollo psicomotor.

Barbería prioriza la importancia del contacto cotidiano con el paciente infantil en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo físico y psicológico para conocer los pormenores de las características del niño en cada edad,⁷¹ sí el odontólogo no las comprende, tratar a un niño con retraso del desarrollo psicomotor, resultará confuso durante todo el tratamiento.

Se deben detectar algunos factores de riesgo que presente el niño a través de la entrevista que se realiza al adulto que acompaña al niño.

⁷⁰ Barbería L Elena. *Odontopediatría*, España: Masson; 2002. pág. 16

⁷¹ Ib. pág. 1

Se debe conocer el tiempo de gestación y término de nacimiento del niño, si fue prematuro, a término o post término, el peso que tuvo el niño al nacer, si recibió lactancia materna. Saber si el infante recibió maniobras de recuperación cardiaca o de ventilación posterior al parto es trascendental, ya que si se sospecha de anomalías psíquicas o motoras, serán datos que revelen que el niño probablemente tenga una lesión en el Sistema Nervioso Central.⁷²

El peso y la talla son muchas veces determinadas por factores genéticos, si existe malnutrición está de por medio otro factor de riesgo, si la talla tiene una desviación de lo normal, pondrá en manifiesto trastornos más graves⁷³.

Otro aspecto relevante es el psicosocial, “durante el primer año de vida, el niño desarrolla firmes uniones con los adultos que promueven su bienestar y desarrollo”,⁷⁴ aquí es importante hacer hincapié en preguntar al adulto que lleva a la consulta al niño acerca de su relación familiar, saber si vive con padre y madre, el estado civil de los padres, Andraca comenta: “los niños de temperamento apagado, cuyas madres presentan coeficiente intelectual menor a 80, con bajo nivel de estimulación en el hogar y con abandono paterno, muestran, en promedio, un índice de desarrollo mental

⁷² Ib. pág. 3

⁷³ Ib. pág. 7

⁷⁴ Ib. pág. 14

10.3 puntos más bajo y un desarrollo motor 13.5 puntos inferior que el de los niños que no están expuestos a riesgo en cada uno de esos factores”.⁷⁵

Los antecedentes familiares indican desde patologías que puede heredar el paciente, hasta la situación social del niño y sus padres.

Se debe conocer el desarrollo del lenguaje del infante, que va directamente relacionado con el desarrollo social del niño. Si está retrasado el desarrollo del lenguaje, además de realizar un interconsulta con su pediatra, el odontólogo tendrá que usar técnicas alternativas para interactuar con el niño en la consulta.

Durante la realización de la historia clínica, de preferencia se debe de mantener una postura protectora con el infante, y si este presenta o se sospecha del retraso en el desarrollo psicomotor, es indispensable proporcionar mucha confianza, actitud acogedora, de escucha y de interés por el niño,⁷⁶ así el podrá interactuar con el odontólogo y personal de forma positiva y no con miedo, o dificultad para expresar lo que siente.

⁷⁵ Andraca Isidora. Op. cit. pág. 145

⁷⁶ Pérez-Olarte. Op. cit. pág. 563

4.2 Manejo de conducta

Clasificar el comportamiento del paciente y evaluar su desarrollo emocional, su grado de comunicación, su entorno familiar y social son factores que revelaran el tipo de manejo de conducta que se le dará al infante.⁷⁷

Los factores no controlables para el odontólogo que repercuten directamente en la conducta del niño están relacionados con su desarrollo y el medio ambiente en el que se desenvuelve, como su personalidad, su temperamento y su desarrollo emocional e intelectual, el odontólogo debe reconocer e identificar estos factores para entender al paciente y mejorar las técnicas de manejo de conducta.⁷⁸

En la primer cita se deben tomar acciones decisivas para interactuar con el paciente. No forzar a que se examine inmediatamente. Se debe recorrer y conocer el consultorio, familiarizarse con el personal que labora en el consultorio, los instrumentos y el medio ambiente en general.⁷⁹ No podrá realizarse el examen clínico si el niño no confía plenamente en el odontólogo, por las circunstancias especiales que a él le implica tener una nueva relación social.

⁷⁷ Cárdenas V Juan Manuel. *Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico*. Revista de Odontología 1998; 36(2):2

⁷⁸ Ib. pág. 2

⁷⁹ Cárdenas Juan Manuel. Opc. cit. pág 2

4.2.1 Técnicas de comunicación con el paciente

Para disminuir la inquietud del niño se debe orientar sobre lo que va a suceder, empleando un lenguaje acorde a su desarrollo,⁸⁰ si se detecta un retraso en el desarrollo del lenguaje, deberán buscar opciones que no limiten la comunicación con el paciente, por lo que el lenguaje mímico, y la técnica decir-mostrar-hacer serán las mejores alternativas para llevar a cabo la interacción con el infante.

Para tratar a los niños con retraso en el desarrollo psicomotor, es indispensable utilizar la técnica de refuerzo que refiere que “una conducta que es premiada tiende a aparecer mas frecuentemente y la conducta que es castigada o continua sin premiarse tiende a desaparecer”,⁸¹ es importante realizar el refuerzo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento, generalmente se realiza acompañado de las técnicas de decir-mostrar-hacer y de refuerzo negativo,⁸² los reforzadores positivos pueden ser de “tipo social: elogios, expresiones faciales de agradecimiento, sonrisas o bien en forma de premio: pegatinas,

⁸⁰ Ib. Barbería. pág 19

⁸¹ Ib. Barbería. pág 130

⁸² Cárdenas. Op. cit. pág 3

cromos, cepillos de dientes, etc.”.⁸³ No se deben reforzar conductas negativas porque el niño podría repetirla en la siguiente consulta.

Se recomienda utilizar también la técnica de la desensibilización para reducir o eliminar el miedo y angustia que puede presentar el niño ante un tratamiento, y encaja perfecto para un niño que suele ser tímido como en el caso de los que presentan retraso en el desarrollo psicomotor, un ejemplo de la utilización de esta técnica consiste en permitir al niño tocar y jugar con la pieza de mano, y pulir sus uñas con ella.⁸⁴

La técnica control de voz y comunicación no verbal serán primordiales para usar con estos pacientes. En la primera impondremos autoridad con el niño, y siempre procuraremos no mostrar enfado hacia el, intentando captar toda su atención; consiste en modificar el tono y volumen de voz, así como la velocidad para hablar, pero el niño difícilmente entenderá todas las instrucciones.⁸⁵ La segunda es la técnica de comunicación no verbal que se describirá detalladamente en los siguientes apartados.

⁸³ Ib. Barbería. pág 131

⁸⁴ Ib. Barbería. pág 132

⁸⁵ Cárdenas. Op. cit. pág 3

Alternativas en el consultorio pueden intentarse, como la técnica de modelamiento para que el niño observe uno o más individuos que muestren una conducta apropiada en un momento particular.⁸⁶

4.2.1.1 Lenguaje mímico

La comunicación con niños con retraso del desarrollo psicomotor puede darse en un ambiente lúdico, en la que se pueden incorporar al niño en actividades sencillas, donde el infante aceptará interactuar con el adulto independientemente del grado de intimidad del nivel de amistad que se tenga.⁸⁷

Cruz Leyda afirma que: “Los medios mímicos-expresivos que incluye el adulto en el juego provocan directamente en los niños reacciones emocionales de intensa alegría”,⁸⁸ se debe aspirar a un contacto práctico y personal, donde el infante logre expresar mediante esta forma de comunicación el desarrollo de medios mímicos expresivos que el adulto enseña.

⁸⁶ López M Patricia Marcela. Diversas técnicas auxiliares de motivación, en el tratamiento dental de niños. *Odontodosmil* 1993; 1(4):35

⁸⁷ Cruz T Leyda. *La comunicación del niño con los adultos durante los primeros años de vida*. *Revista Cubana de Psicología* 1989; 6(3):1

⁸⁸ *Ib.* pág 2

En este nivel de comunicación el infante puede desarrollar las acciones que le demuestra el adulto, sino que también se apropia de reglas de conducta vinculadas a la realización correcta o incorrecta de estas acciones.

En estas acciones se puede mostrar al niño técnicas de higiene bucal, adaptación al consultorio, modificar su conducta durante la consulta odontológica, y valorar al niño en situaciones de stress o dolor, ya que los medios mímicos suelen ser más expresivos, variados e intensos.

El niño interactúa con el odontólogo como lo suele hacer con su madre, ya que por lo general realiza esta comunicación con ella, y el adulto que este allegado, que podrá ser la madre, fungirá como colaborador o traductor de la comunicación que se establece en la consulta.⁸⁹

Cuando la relación de amistad entre el odontólogo y el niño presente un matiz más íntimo, se intensificará la respuesta emocional en la comunicación situacional laboral y el carácter protector que se debe tener con el niño será satisfactorio.

⁸⁹ Ib. pág 2

Podremos utilizar actitudes como el cambio de la expresión facial, postura y contacto físico, que podrán dirigir y modificar el comportamiento en el infante.⁹⁰

4.2.1.2 Decir, mostrar y hacer

Esta técnica se enfoca en el uso de lenguaje sencillo sustitutorio para que el niño pueda conocer la descripción de los conocimientos, transmitiendo seguridad y obteniendo la colaboración del paciente.⁹¹

En la consulta para pacientes con retraso en el desarrollo psicomotor esta técnica será modificada por la limitación en el lenguaje, se basara en familiarizar al paciente con el consultorio, instrumentos y personal del consultorio.⁹²

La técnica lograra disminuir la ansiedad del paciente para conocer los procesos que se realizan en el consultorio, la cual podremos desarrollar con las alternativas que se presentaron para comunicarnos con el niño.

⁹⁰ Cárdenas Juan Manuel. Opc. cit. pág 4

⁹¹ Gallegos Luis, Miegimolle Mónica, Planells Paloma. *Manejo de la conducta del paciente maltratado*. Acta odontológica venezolana 2002; 40(3):1

⁹² García G Yazmi, Ríos F Rodolfo, Cuairán R Vicente, Gaitán C Luis Alberto. *Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría*. Revista Odontológica Mexicana 2006; 10(3):126

4.2.2 Comunicación con los padres

El manejo del comportamiento del paciente en odontopediatría implica interacción directa y continua con el niño y el padre a través de la comunicación y la educación bucal.⁹³

Es imperante explicar al padre todas las técnicas de manejo conductual y las alternativas para la consulta, disminuyendo así, su ansiedad.⁹⁴

Generalmente aceptaran para la consulta dental técnicas de lenguaje pediátrico y decir-mostrar-hacer, pero para tratar al infante con retraso en el desarrollo psicomotor explicaremos las demás técnicas alternativas debido a la limitación del lenguaje.

Se pedirá apoyo a los padres porque el niño interactuará con el odontólogo como suele hacerlo con ellos, podrán fungir como colaboradores o traductores de la comunicación que se establece en la consulta.⁹⁵

Es importante el papel de los padres en la consulta, “especialmente de la madre en donde determinan que el nivel de ansiedad del niño, está directamente relacionado con el nivel de ansiedad de la madre, así como la influencia negativa de las experiencias previas de la madre al dentista”,⁹⁶ y por la condición que presenta el niño.

⁹³ ib. García Yazmi, pág. 126

⁹⁴ García I Atzimba, Parés V Gustavo, Hinojosa A Alejandro. *Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información*. Revista Odontológica Mexicana 2006; 11(3):135

⁹⁵ Cruz Leyda. Op. cit. pág. 2

⁹⁶ Garcia Atzimba. Op. cit. págs. 129-130

4.3 Principales manifestaciones bucales

Rojas⁹⁷ señala las manifestaciones orales para pacientes con retraso en el desarrollo psicomotor, que dependen directamente del pobre control e hipotonicidad muscular que repercuten en la estimulación del crecimiento de los maxilares, y otras características, descritas a continuación:

- Maxilar superior pequeño
- Malformaciones de dientes y maxilares
- Arcos dentales angostos, largos, con paladar profundo
- Macroglosia aparente
- Pobre control de la neuromusculatura orofacial
- Disarmonías oclusales
- Problemas periodontales.
- Retraso de la erupción de los dientes
- Úvula bífida
- Fisuras labiales
- Infecciones micóticas.
- Sepsis oral generalizada
- Quistes periodontales
- Xerostomía

⁹⁷Rojas C Nora Elena. *Guía de manejo paciente con retraso global del desarrollo*. Hospital de la misericordia 2009; 1:5-6



- Caries Dental
- Bruxismo.

CONCLUSIONES

El desarrollo psicomotor es un proceso dinámico y complejo en el que confluyen aspectos biológicos, psíquicos y sociales de manera interrelacionada.

Uno de los diagnósticos más frecuentes en la consulta externa hospitalaria en México es el Retraso Psicomotor (RPM), el cual deberá ser realizado por un especialista en desarrollo sobre la base de test específicos.

El déficit de la conducta adaptativo-social, la alteración en el lenguaje, y los trastornos emocionales son condicionantes para el manejo estomatológico de pacientes infantiles con retraso en el desarrollo psicomotor.

Los pacientes infantiles con retraso del desarrollo psicomotor presentan ciertas manifestaciones orofaciales características.

Es importante que el odontólogo conozca los factores de riesgo y los signos de alerta para evaluar el desarrollo y retraso psicomotor en los pacientes infantiles, a fin de canalizar de forma oportuna, y con el objetivo de brindar a la niñez un panorama más amplio de atención integral.

El odontólogo forma parte del equipo multidisciplinario para el tratamiento del niño con retraso en el desarrollo psicomotor.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez G María José y cols. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria. *Revista Pediatría Atención Primaria* 2009; 11:65-87
2. Andraca Isidora, Pino Paulina, De la Parra Alicia, Rivera y Marcela Francisca. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32(2):148-147
3. Barbería L Elena. *Odontopediatría, España: Masson; 2002. pág. 1-132*
4. Benfica, C. Desarrollo psicomotor y desarrollo socio afectivo. (Monografía). Disponible en URL: <http://ww.espaciologopedico.com>
5. Berruezo A Pedro Pablo. El Psicomotricista, un profesional para las necesidades especiales. *Motricidad y necesidades especiales* 1999; 1:330-340
6. Bleger José. *Psicología de la conducta. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2007. pág. 238-239*
7. Cabrera, D. Y Cols. Propuesta de actividades para la estimulación del Lenguaje Oral en Educación Infantil. Ed. Junta de Andalucía 2010. pág. 2-5
8. Calva R Roberto. Crecimiento, desarrollo y alimentación en el niño. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005. pág. 105-116
9. Campos O Pedro. Parálisis flácida aguda. *Rev. Neurol.* 2002; 34:131-133
10. Cañas G Ana María. *El esquema corporal. Innovación y experiencias educativas* 2010; 26:2-5
11. Cañas G Ana María. Problemas del lenguaje. *Innovación y experiencias educativas* 2010; 25:2-6
12. Cárdenas V Juan Manuel. Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. *Revista de Odontología* 1998; 36(2):1-3
13. Carrocera F Luis, Cano G Rafael, Ortigosa C Eduardo, Barroso A Javier, Udaeta M Enrique. Evolución neurológica y psicomotora a los dos años de vida de recién nacidos que fueron sometidos a ventilación asistida. *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.* 1991; 48(5):334-340
14. Castillejos Z Liliana, Rivera G Rolando. Asociación entre el perfil sensorial, el funcionamiento de la relación cuidador-niño y el desarrollo psicomotor a los tres años de edad, *Salud Mental* 2009; 32:231-239
15. Cruz T Leyda. La comunicación del niño con los adultos durante los primeros años de vida. *Revista Cubana de Psicología* 1989; 6(3):1-7
16. De la Teja A Eduardo, Durán G Américo, Espinosa V Lilia, Ramírez M Jaime. Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatría Mexicana* 2008; 29(4):189-199

17. Fejerman Natalio. Dislexia, disfunción cerebral mínima y trastornos de la atención con hiperactividad. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1994. pág 2-6
18. Gallegos Luis, Miegimolle Mónica, Planells Paloma. Manejo de la conducta del paciente maltratado. Acta odontológica venezolana 2002; 40(3):1-6
19. García G Yazmi, Ríos F Rodolfo, Cuairán R Vicente, Gaitán C Luis Alberto. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Revista Odontológica Mexicana 2006; 10(3):126-130
20. García I Atzimba, Parés V Gustavo, Hinojosa A Alejandro. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Revista Odontológica Mexicana 2006; 11(3):135-139
21. Gómez D Lourdes. Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida. VII Congreso de la asociación de demografía histórica; 2004. pág. 1-24
22. Intervención educativa en el ámbito psicomotriz. (Monografía de Internet). Disponible en URL: <http://www.educagua.com>
23. Josefa P, Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Revista de Odontología 1998; 36(2):1-4
24. López M Patricia Marcela. Diversas técnicas auxiliares de motivación, en el tratamiento dental de niños. Odontodosmil 1993; 1(4):32-42
25. Martínez M Roberto. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 5ª ed. México: Manual Moderno; 2009. pág. 81-82
26. Maulén R Irene, Gutiérrez C Pedro. Estado del hierro y desarrollo psicomotriz y conductual en niños/ Psychomotor, conductual development, and iron status in children. Bol. méd. Hosp. Infant. Méx. 2000; 57(12):707-713
27. Médicos Ecuador. El desarrollo psicomotor de los niños (Monografía de Internet) Artículos. Disponible en URL: <http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia42.htm>
28. Menéndez M Concha. Aproximación crítica a la Psicomotricidad desde la perspectiva asistencial del psicólogo. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Barcelona, anuario de Psicología 1989; 40(1):103-117
29. Monge A María de los Ángeles. Desarrollo Psicomotor como elemento fundamental en el desarrollo integral de niños y niñas en edades tempranas. Universidad de Costa Rica; 2000. pág. 2
30. Narbona Juan, Schlumberger. Retraso Psicomotor. Asociación Española de Pediatría 2008; 21:151-155
31. Norma Oficial Mexicana. Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, México: Diario Oficial de la Federación NOM -008-SSA2-1993; 1993. pág. 1-4

32. Pérez O Pedro. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. *Pediatría Integral* 2003; VII(8):557-566
33. Pozo A Albia, Pozo A Desi, Pozo L Desiderio. Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos y pronósticos. *Revista Cubana Pediatría* 2002; 74(2):151-161
34. Ramos Rosa, Cruz Francisco, Pérez Miguel, Salvatierra María Teresa, cols. Predicción del desarrollo mental a los 20 meses de edad por medio de la evaluación del desarrollo psicomotor a los seis meses de vida en niños sanos, *Salud Mental* 2008; 31:53-61
35. Rojas C Nora Elena. Guía de manejo paciente con retraso global del desarrollo. *Hospital de la misericordia* 2009; 1:5-6
36. Salgado de la Teja K. ¿Cómo tratar al infante con trastornos del lenguaje?. (Monografía de Internet). Disponible en URL: <http://www.espaciologopedico.com>
37. Schonhaut B Luisa, Álvarez L Jorge, Salinas A. Patricia. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. *Revista Chilena de Pediatría* 2008; 79(1):26-31
38. Schonhaut B Luisa, Schönstedt G Marianne, Álvarez L Jorge, Salinas A Patricia, Armijo R Iván. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. *Revista Chilena Pediatría* 2010; 81(2):123-128
39. Silvia MT, Charelli C, Ferreira F, Hernández A y cols. Trastornos del desarrollo psicomotor. (Monografía de Internet) *Psicomotricidad*. Disponible en URL: <http://www.psicologoinfantil.com/trasdesapsicom.htm>
40. Solanas Antoni, Puyuelo Miguel. Estimación de curvas normativas de desarrollo de habilidades psicolingüísticas. *Rev. Logop., Fon., Audiol.* 1995; XV(3):174-188
41. Uner Tan. The psicomotor theory of human mind, *J. Neuroscience* 2007; 117:110-119

GLOSARIO

Absorto Admirado, pasmado.

Ambidextrismo El niño utiliza indistintamente los dos lados de su cuerpo para realizar lactosas.

Apraxias Cuando se conoce el movimiento que ha de hacer, pero no es capaz de realizarlo correctamente.

Asomatognosia El sujeto es incapaz de reconocer y nombrar en su cuerpo alguna de sus partes.

Autista Es cuando el individuo presenta un síndrome que afecta la comunicación y las relaciones sociales y afectivas.

Bruxismo Acción incesante de rechinar y cerrar los dientes sin intención de hacerlo y en momentos inadecuados.

Céfalo-caudal El eje vertical va de la cabeza a los pies.

Cognitiva Proceso consciente de pensamiento e imágenes.

Cognoscitivo Que es capaz de conocer.

Comiseración Compasión que se tiene del mal de alguien.

Cribaje Es la aplicación de una prueba diagnóstica a un individuo o población en busca de una anomalía desconocida para la persona, en concreto, un estadio temprano de una determinada enfermedad.

Dispraxias Cuando tiene una falta de organización del movimiento.

Dualismo Teoría Platónica que explica que en el hombre encontramos dos principios opuestos: el cuerpo que nos vincula con la realidad material y pertenece al mundo sensible, y el alma que es el principio inmaterial, divino e inmortal y que nos vincula con el mundo de las ideas.

Ecolalias Repetición involuntaria de las palabras o frases escuchadas, en lugar de dar respuesta.

Electroencefalograma Es una técnica de exploración neurofisiológica que registra la actividad bioeléctrica cerebral.

Encefalitis Proceso inflamatorio que afecta al cerebro y es ocasionada por la invasión directa de numerosos microorganismos, de los cuales los más frecuentes son los virus.

Espasmo Contracción involuntaria de un grupo muscular, de un músculo.

Estereotipias Repetición incansable de expresiones verbales, gestos y movimientos, que aparece preferentemente en estados esquizofrénicos, en demencias preseniles y en algunos tipos de oligofrenia, tales como el balanceo, las iteraciones, el manierismo, el rascado, las hipercinesias de juego, etc.

Fonatorias Referente al habla.

Hemorragía intraventricular Ocurre cuando se revientan vasos sanguíneos pequeños y se produce una hemorragia en los ventrículos del cerebro de un bebé.

Hepatomegalia Aumento del tamaño del hígado, por sobre los límites estimados como normales para cada grupo de edad.

Hiperbilirrubinemia Es un trastorno cuya característica principal es una cantidad excesiva de bilirrubina.

Hiperquinesia Sinónimo para el trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad.

Hipoacusia Pérdida parcial de la capacidad auditiva.

Hipocondríaco Tendencia patológica a hipervalorar los signos de enfermedad que padece.

Hipoxia tisular Falta de suministro de oxígeno a la sangre.

Hipsarritmia Anomalía del encefalograma caracterizada por la sustitución, en el ritmo fisiológico, de las puntas-ondas de gran amplitud, asíncronas y generalizadas, asociadas con puntas rápidas o lentas y con ondas lentas.

Holofrásico Una sola palabra es empleada para hacer referencia a diferentes situaciones.

Lateralidad cruzada Cuando el niño no tiene una lateralidad claramente definida, hay que ayudar a resolverlo en algún sentido.

Logopeda Es el profesional cuya función consiste en establecer, favorecer, facilitar y potenciar la comunicación.

Lúdico Aquello propio o relativo al juego, a la diversión.

Macrocefalia La cabeza es mas grande de lo normal.

Macroglosia Lengua mas grande de lo normal.

Membrana hialina Membrana situada entre la raíz del pelo y la pared externa del folículo piloso.

Meningitis Afectación infecciosa de las meninges, que son las membranas de recubrimiento del cerebro y de la médula espinal.

Micóticas Referente a infección por hongos.

Microcefalia La cabeza es mas pequeña de lo normal.

Morbilidad Señala la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio.

Motrices Referente a capacidad motora.

Mutismo Silencio voluntario o impuesto.

Neonato Es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento.

Neumonía Es la infección de los pulmones por bacterias o por virus. La persona presenta fiebre, tos intensa con expectoración purulenta.

Neurología Es la especialidad médica que estudia la estructura, función y desarrollo de los sistemas Nervioso-Central y Periférico en estado normal y patológico.

Oclusal Referente a la superficie de masticación de los dientes.

Orofacial Relativo a la boca y la cara.

Paratonía Cuando el individuo no puede relajarse y el pretenderlo aumenta más su rigidez.

Patología Definición de enfermedad.

Periodontales Refiere a los tejidos que están alrededor del diente.

Perinatal Refiere desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto.

Postnatal Terminio que refiere después del nacimiento.

Prenatal Termino que refiere antes del nacimiento.

Proximal-distal El eje vertical que va desde lo mas cercano a la línea media hacia afuera.

Psicosomática Proceso psíquico que tiene influencia en lo somático.

Quistes Son cavidades cerradas o bolsas de tejido que pueden estar llenos de aire, líquido, pus u otro material.

Regresión Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.

Resiliencia Capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas.

Sedestación Refiere posición sentada.

Sepsis es el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica ante una infección grave.

Sincinesias Movimiento involuntario de una parte del cuerpo cuando se realiza un movimiento voluntario con otra.

Somático Representa al conjunto total de las células o partes que forman un cuerpo u organismo vivo.

Supina Tendido sobre el dorso.

Taquicardia Aceleración del ritmo cardiaco.

Tics Son movimientos repentinos, absurdos e involuntarios que afectan a un pequeño grupo de músculos y que se repiten a intervalos.

Toxicomanía Utilización de un tóxico con propiedades adictivas.

Úvula bífida Úvula cuyas dos mitades embriológicas no se han unido en la línea media.

Xerostomía Sequedad de la boca provocada por la baja secreción salivar.

Zurdería contrariada Aquellos niños que siendo su lado izquierdo el dominante, por influencias sociales pasa a encubrirse con una falsa dominancia diestra.