

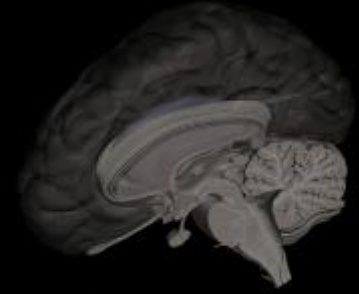
DESARROLLO PSICOMOTOR

CURSO DE PEDIATRÍA V AÑO ESCUELA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN PUERTO MONTT
PRIMER
SEMESTRE 2024

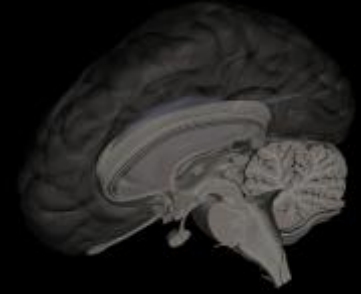
DR. PATRICIO GUERRA
NEURÓLOGO INFANTIL Y ADOLESCENTES
MAGÍSTER NEUROCIENCIAS

Clases Desarrollo Psicomotor (DSM)-Trastornos Aprendizaje (TAE)

Objetivos a cumplir por los estudiantes al final de la clase:



1. Entender el contexto del porqué se debería efectuar una pesquisa activa de RDSM en la población pediátrica en control
2. Conocer los principales hitos psicomotores de la Infancia
3. Entender el significado biológico del DSM, así como los factores que lo determinan
4. Entender conceptos como “etapas críticas del desarrollo”, “ventanas de oportunidades” y “plasticidad neural”
5. Conocer la prevalencia, diagnóstico, causas, manejo inicial y cuando derivar a un niño portador de un RDSM, así como la urgencia de esto
6. Conocer factores biológicos y ambientales de riesgo para el desarrollo de RDSM
7. Ser capaz de identificar a la población de riesgo a desarrollar RDSM
8. Ser capaz de reconocer el Deterioro del DSM y su manejo
9. Conocer las herramientas de evaluación poblacional del DSM
10. Entender las consecuencias de presentar un RDSM y no haber sido diagnosticado a tiempo
11. Señalar las consecuencias de los Trastornos de Aprendizaje Escolar (TAE)
12. Detallar los test usados para medir el coeficiente intelectual
13. Señalar los diagnósticos diferenciales a enfrentar en un niño con TAE
14. Ser capaz de desarrollar un enfoque clínico práctico frente a un niño portador de un TAE



DIAGNÓSTICOS PEDIÁTRICOS

-PATOLOGÍA O MORBILIDAD INTERCURRENTE

-ESTADO NUTRICIONAL

-DESARROLLO PSICOMOTOR

LA

MORTALIDAD de los NIÑOS EN CHILE

Por los Doctores L. Sierra M. y Eduardo Moore

ESTUDIO ENVIADO POR EL SEÑOR
AUGUSTO MATTE, MINISTRO DE CHILE EN FRANCIA, A LA OFICINA
DE LA 1.^a CIRCUNSCRIPCION DEL REGISTRO CIVIL
EN VALPARAISO.

Publicacion de la Sociedad Protectora de la Infancia.

VALPARAISO:
IMPRENTA Y LITOGRAFIA CENTRAL

1896.

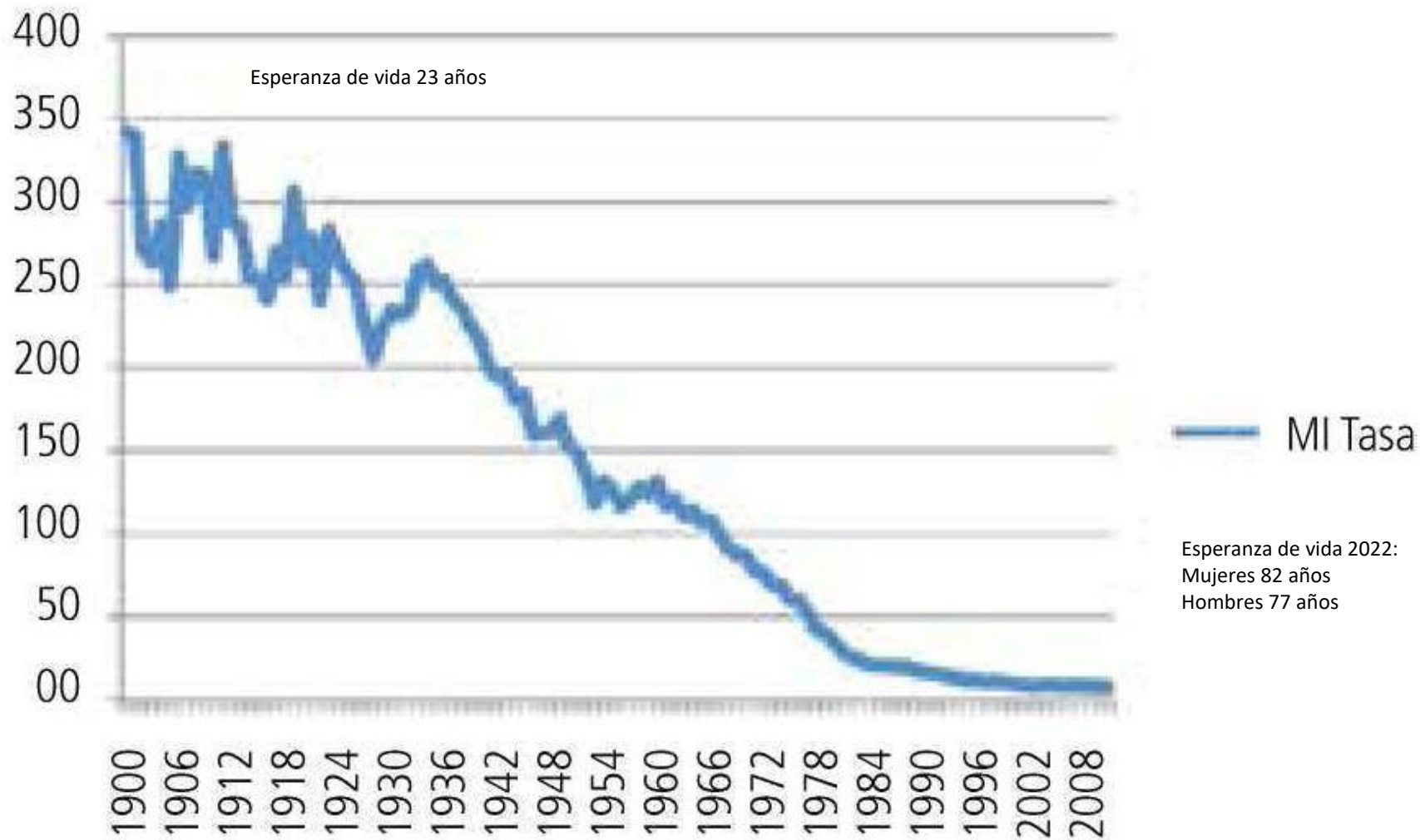


CHILE tiene la más alta mortalidad infantil del Mundo.

Por cada veinte partos, nace un niño muerto. La mortalidad nuestra equivale al 50,5% de los nacidos vivos; por cada mil nacidos vivos mueren doscientos cincuenta. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años. Cuatrocientos mil niños no concurren anualmente a ninguna Escuela, lo que representa el 42% de la población en edad escolar. Tenemos seiscientos mil jóvenes analfabetos. El 27,9% de los nacidos vivos son hijos ilegítimos. cifra ésta la más alta entre los países civilizados.

Tasa de Mortalidad Infantil 1900-2008

(Recién nacidos vivos que mueren antes del año de vida)

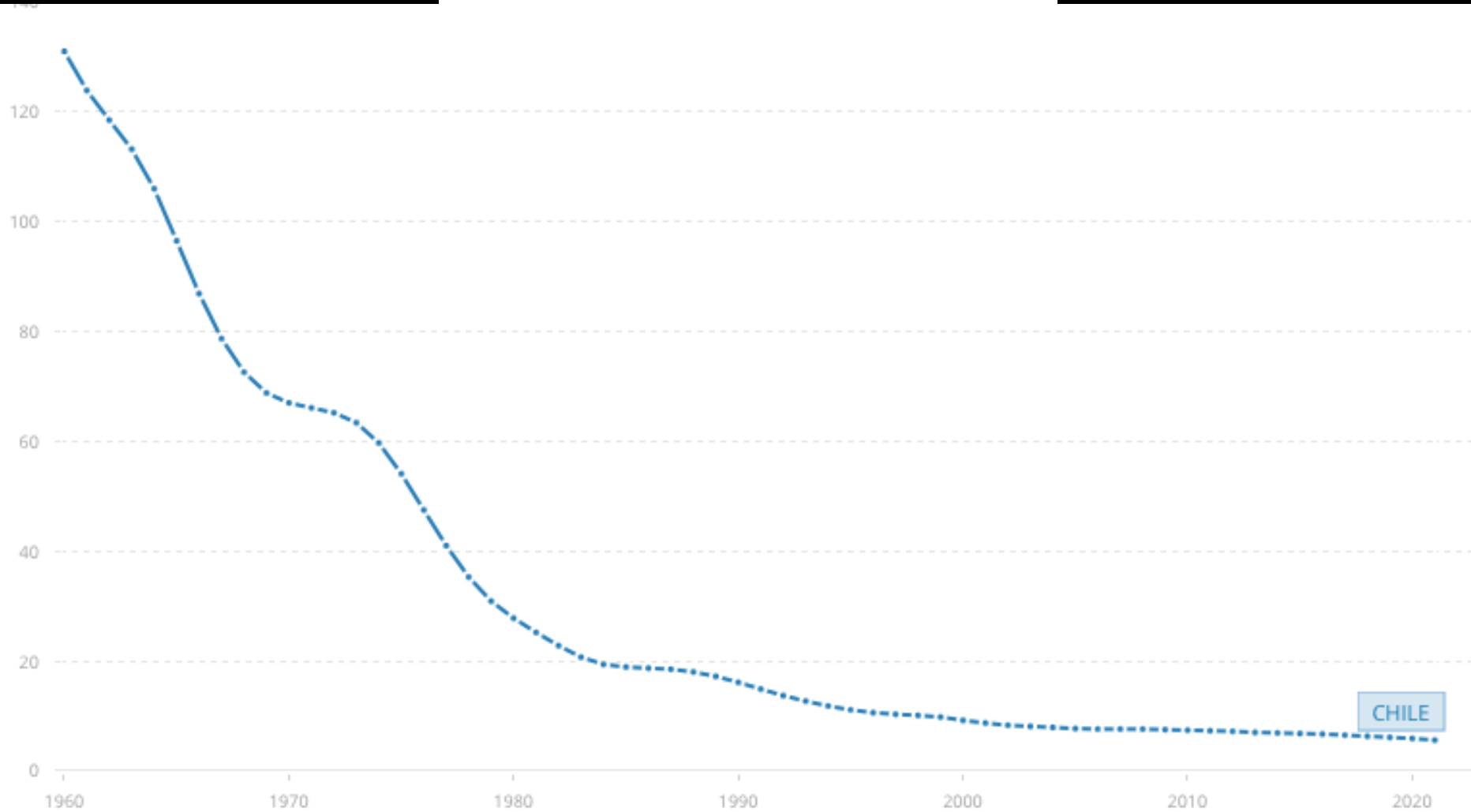


Tasa de Mortalidad Infantil 1960-2021

(Recién nacidos vivos que mueren antes del año de vida)

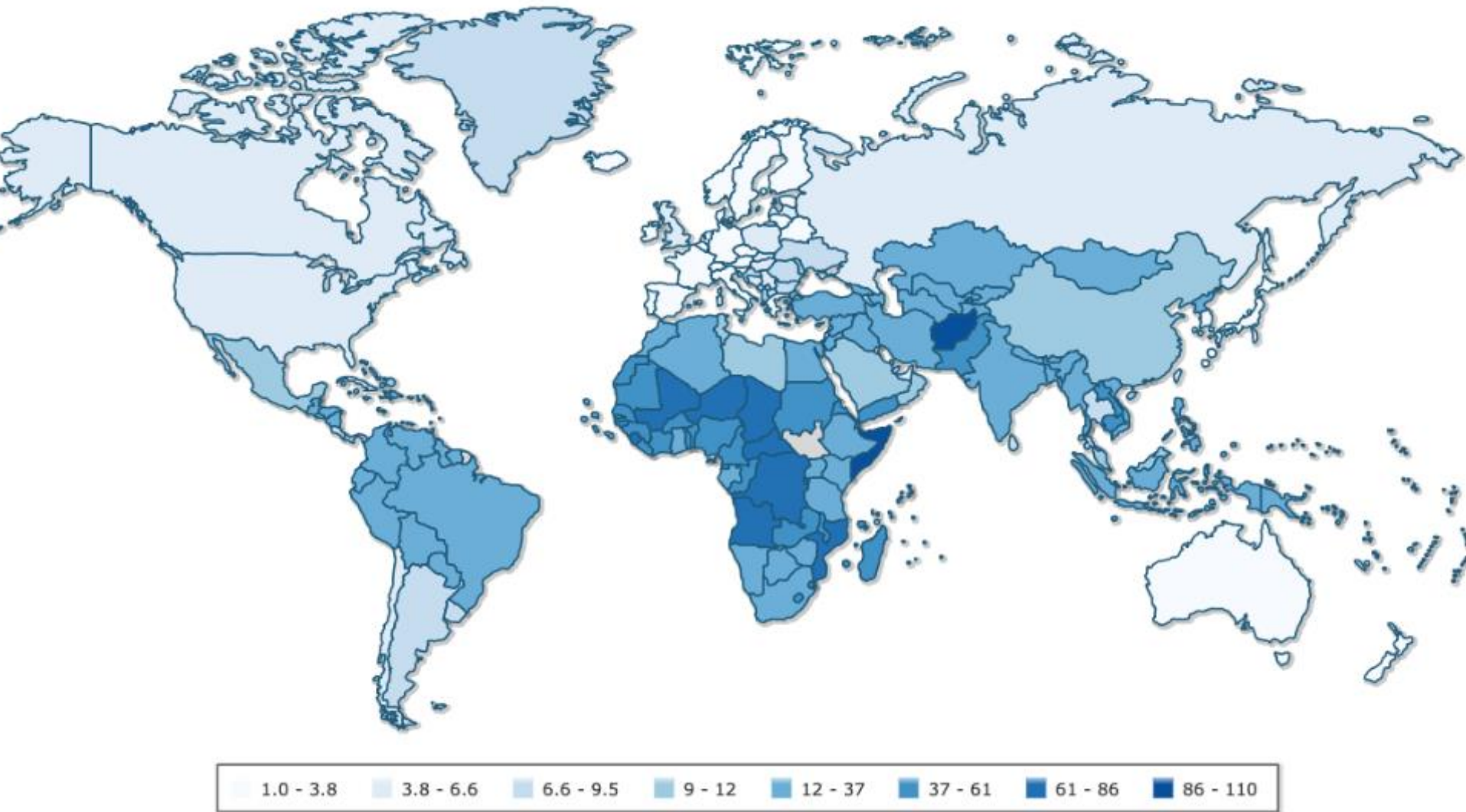
2021

6



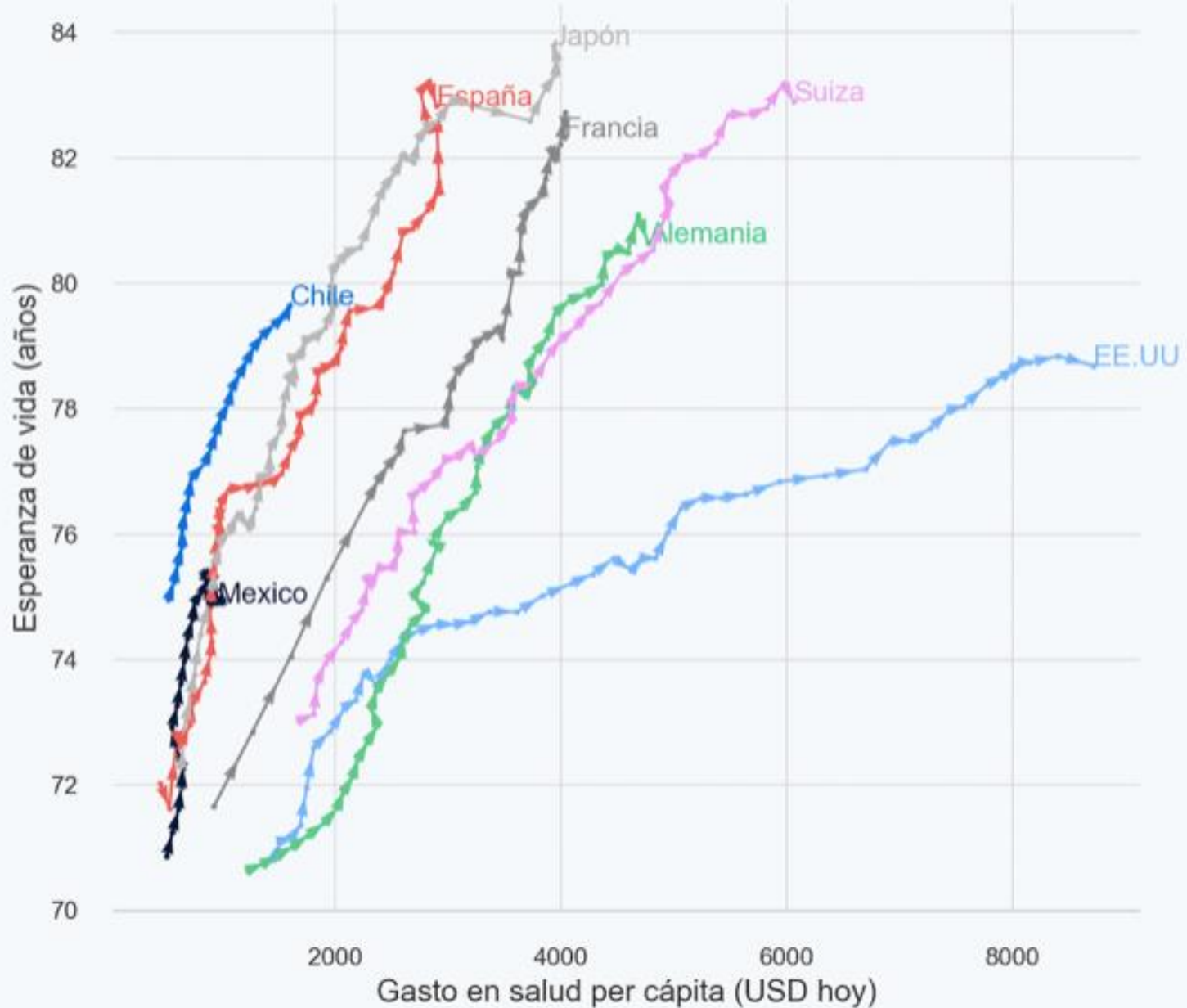
Fuente: www.datos.bancomundial.org

Mapa mundial de Mortalidad Infantil

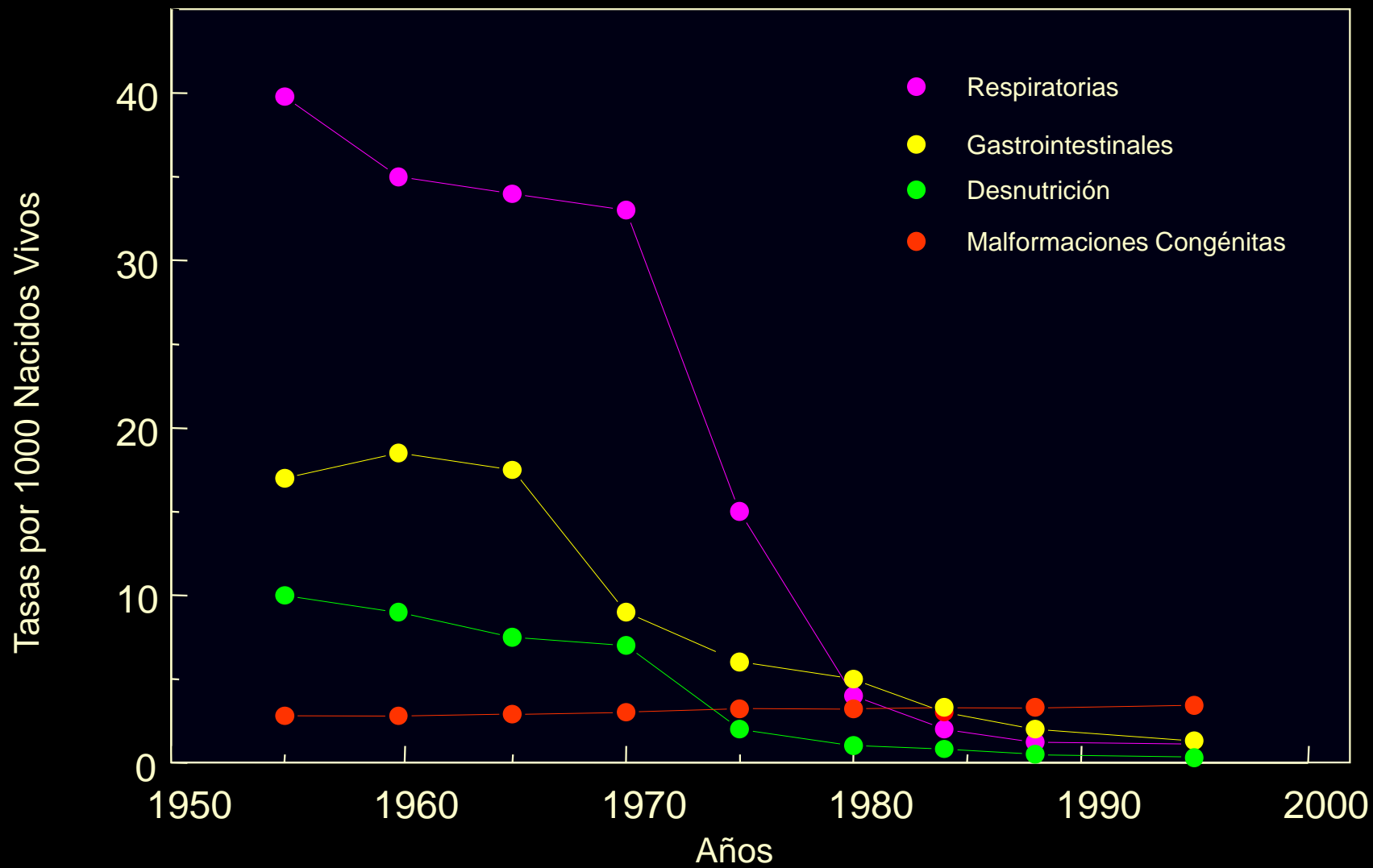
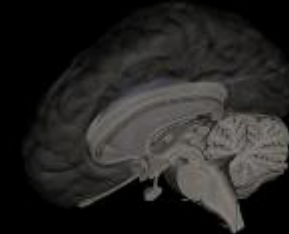


Esperanza de vida vs. Gasto en salud

Evolución desde 1970 a 2015



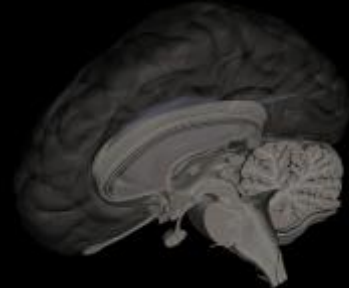
Mortalidad Infantil en Chile. Grupos de Causas Seleccionadas.



CUADERNO DE SALUD de niñas y niños entre 0 y 9 años

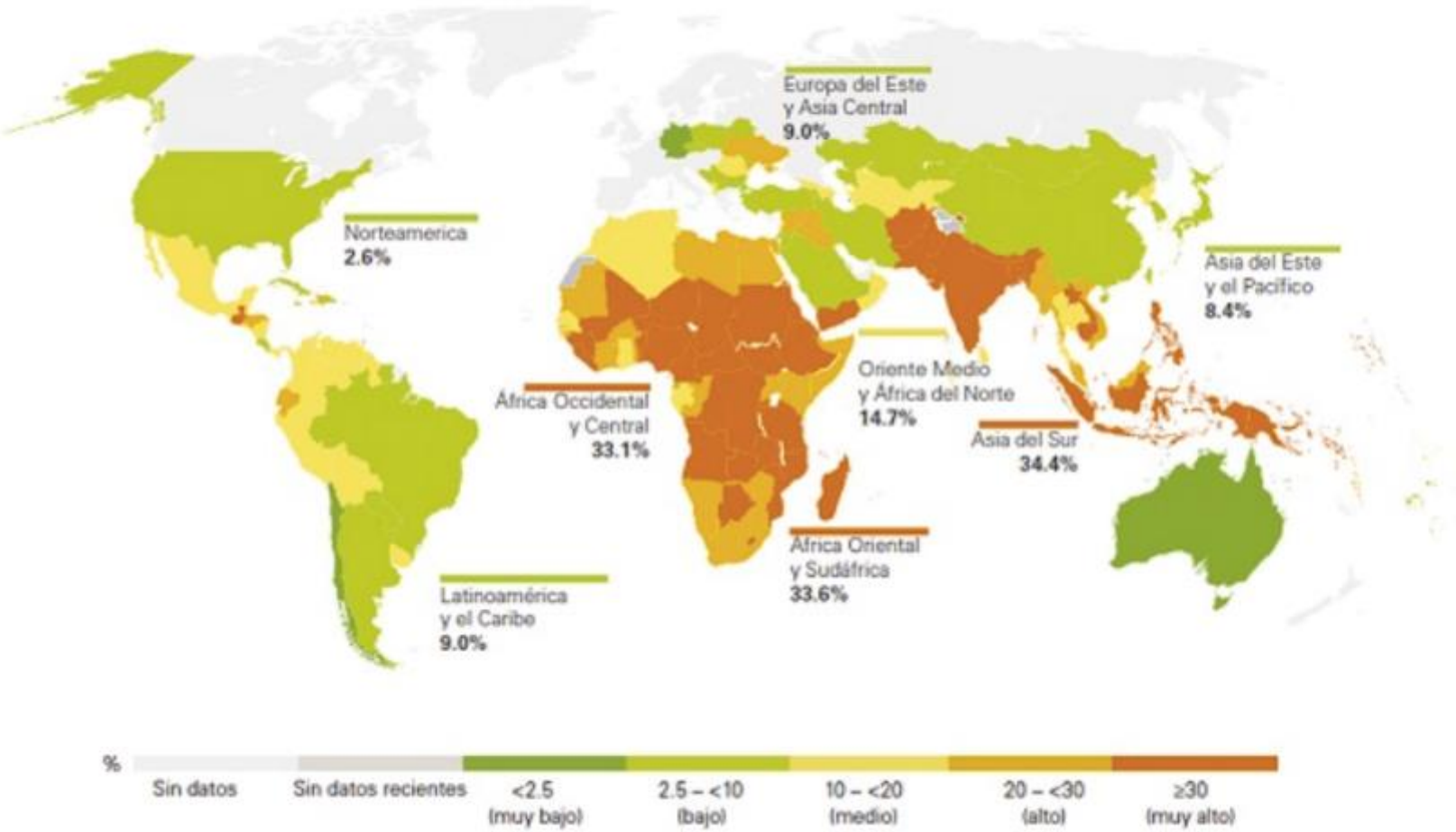


Nombre: _____
RUT: _____

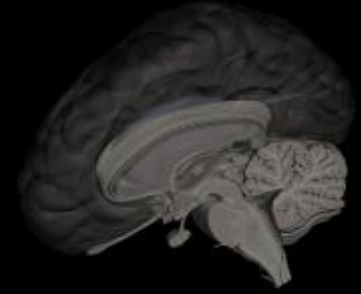


Porcentaje de niños con desnutrición crónica menores de 5, 2018

GLOBAL TOTAL DESNUTRICIÓN CRÓNICA 21.9% (149 millones)



Mapa de la desnutrición infantil. Fuente: Unicef



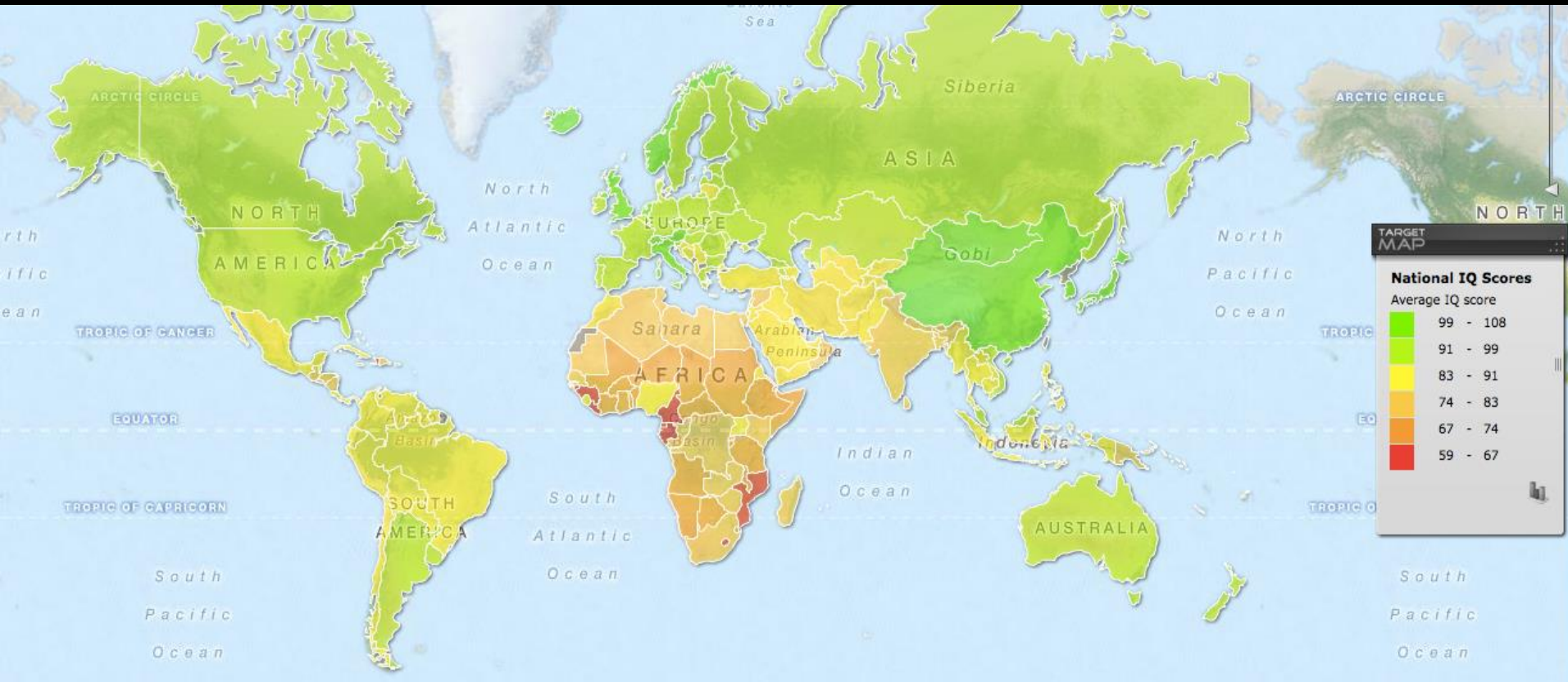
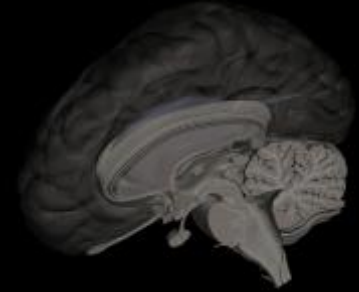
DIAGNÓSTICOS PEDIÁTRICOS

-PATOLOGÍA O MORBILIDAD INTERCURRENTE

-ESTADO NUTRICIONAL

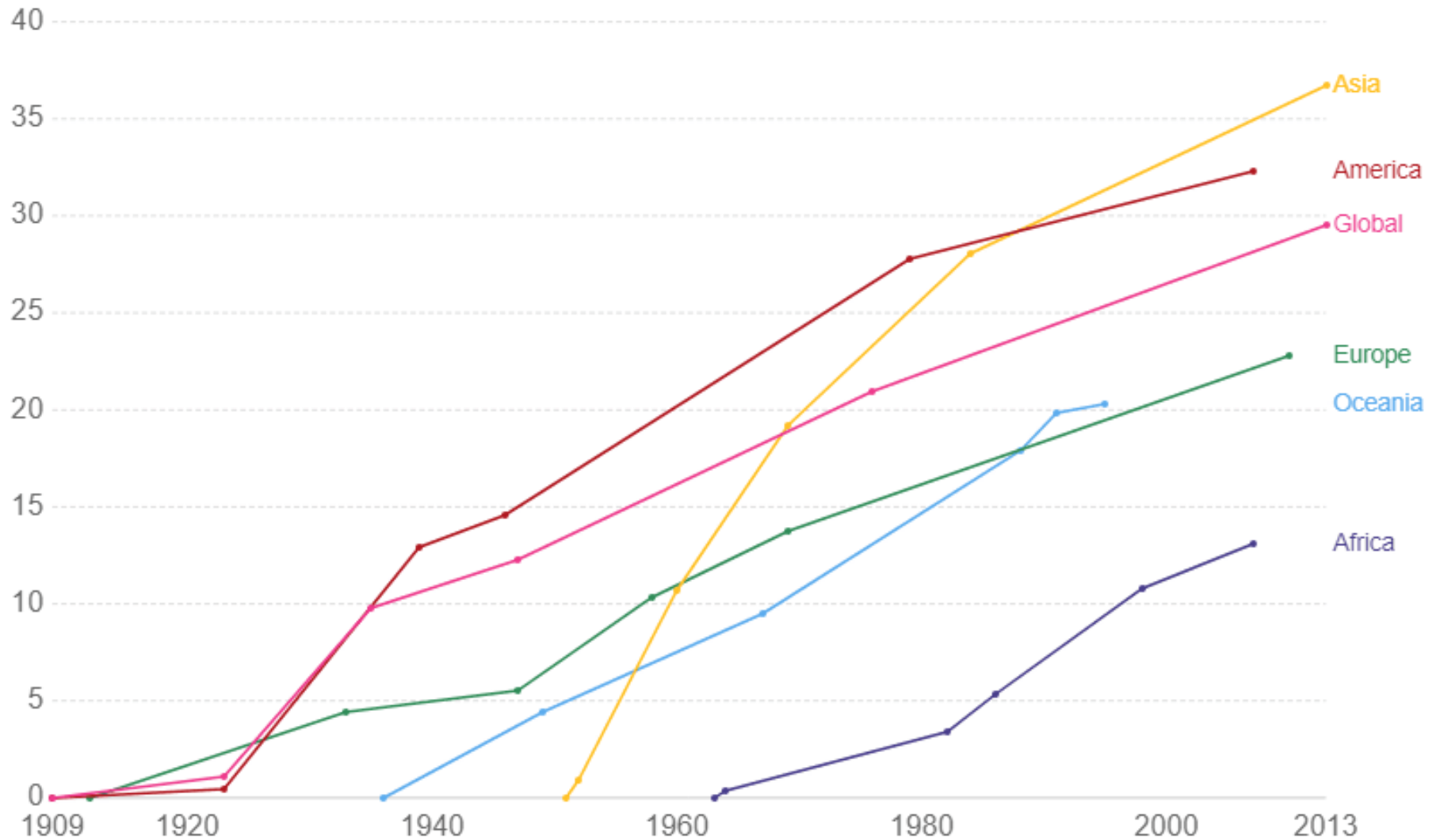
-DESARROLLO PSICOMOTOR

COEFICIENTE INTELECTUAL POR PAÍS



The Flynn Effect: Gains in mean IQ for world regions

Gain in mean fullscale IQ (Intelligence quotient) for world regions.



Source: Pietschnig and Voracek (2015)

Note: This only shows how quickly advances were being made. Cross-country comparisons are of limited usefulness in this context since the data is incomplete.

The Flynn Effect in Families: Studies of Register Data on Norwegian Military Conscripts and Their Families

by Jon Martin Sundet

Institute of Psychology, University of Oslo, P.O. Box 1094 Blindern, N-0317 Oslo, Norway

J. Intell. 2014, 2(3), 106-118; <https://doi.org/10.3390/jintelligence2030106>

Received: 19 February 2014 / Revised: 2 May 2014 / Accepted: 19 August 2014 / Published: 18 September 2014

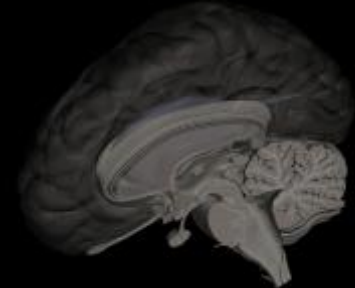
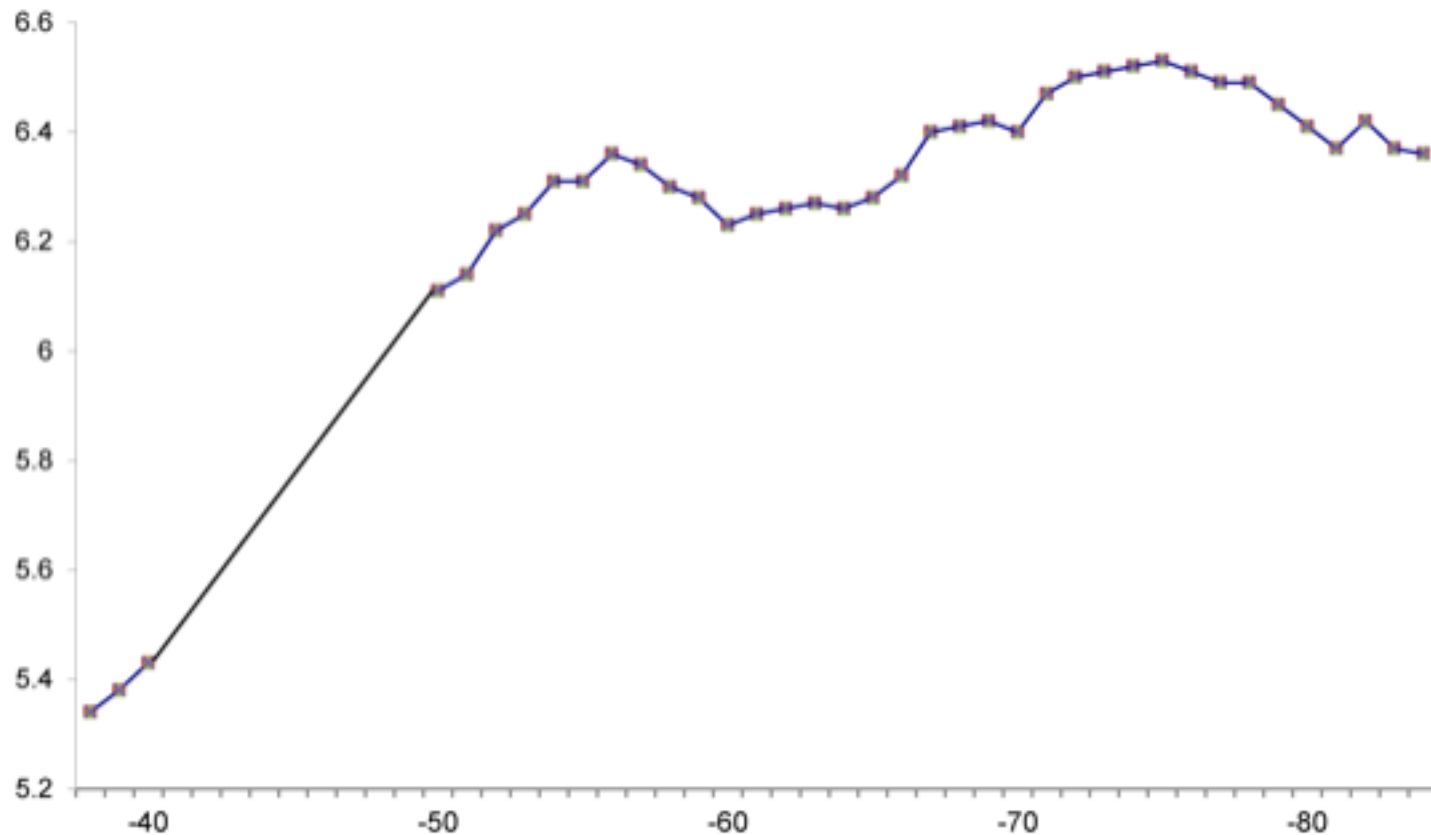
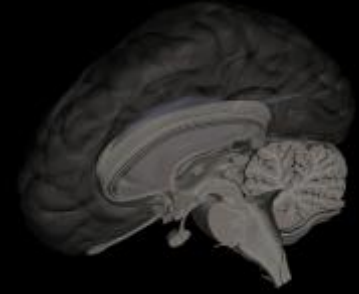


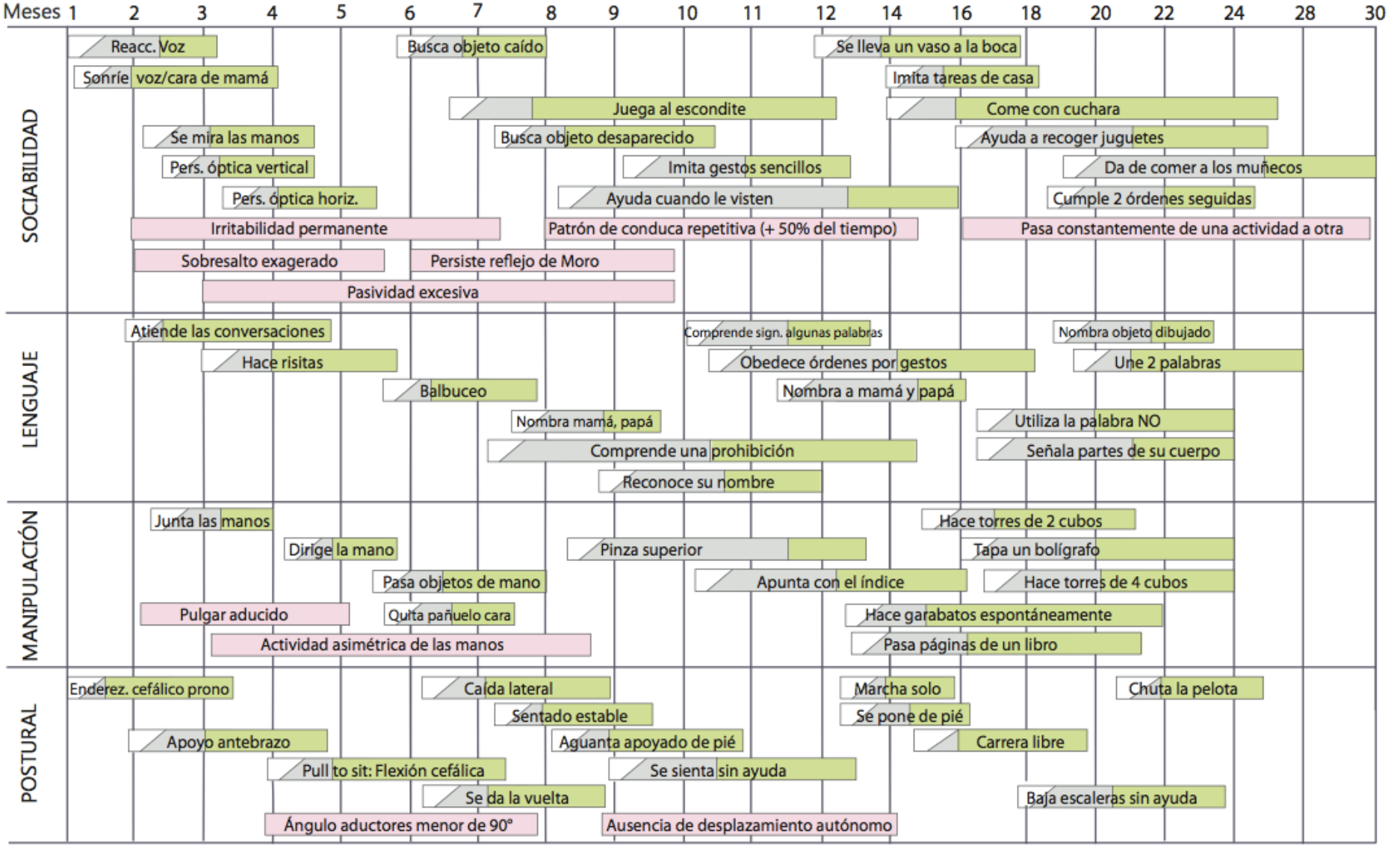
Figure 1. Intelligence test scores (IQ units) of military conscripts in the birth years 1938 to 1985.



DESARROLLO PSICOMOTOR



- EXPRESIÓN CLÍNICA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
- CORRELATO CON DESARROLLO ANATÓMICO Y FUNCIONAL DEL SNC
- EVALUABLE EN BASE A PARÁMETROS OBJETIVABLES SEGÚN EDAD (HITOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR-ESCALAS EVALUATIVAS)
- SIEMPRE PROGRESIVO
- RANGO DE VARIABILIDAD INTERINDIVIDUAL
- EXPRESIÓN DE VARIABLES GENÉTICAS Y AMBIENTALES



Fuente: "Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya



PAUTAS DE DESARROLLO (CONDUCTAS ESPERADAS POR EDAD)

0 a 1 mes

- Fija la mirada en el rostro de la mamá
- Reacciona frente a sonidos fuertes
- Aprieta el dedo índice al pasárselo



2 a 3 meses

- Sonríe
- Afirma la cabeza
- Hace ruidos cuando le conversan

4 a 5 meses

- Toma objetos y se los lleva a la boca
- Ríe a carcajadas
- Gira al acostarlo boca abajo



6 a 7 meses

- Se sienta con apoyo
- Atrae las cosas con movimiento de rastrillo
- Balbucea (dice da-da-da, pa-pa-pa)
- Transfiere objetos de una mano a otra

8 a 9 meses

- Desconoce a los extraños
- Se sienta solo(a)
- Entiende cuando le hablan



10 a 11 meses

- Se pone de pie con ayuda
- Trata de comunicarse con gestos
- Dice disilabos (mamá, papá)
- Hace "chao" con la mano
- Responde a su nombre



12 a 18 meses

- Se para y empieza a caminar solo(a)
- Utiliza entre 2 a 3 palabras
- Responde preguntas simples con gestos
- Pone atención a un libro o juguete por al menos 2 minutos



19 a 24 meses

- Sigue órdenes simples
- Señala partes del cuerpo
- Pide cosas por su nombre
- Introduce y saca cosas de una caja

2 a 3 años

- Usa conceptos "en", "sobre" y "adentro"
- Responde a preguntas simples
- Usa oraciones
- Identifica colores
- Avisas cuando quiere ir al baño



3 a 4 años

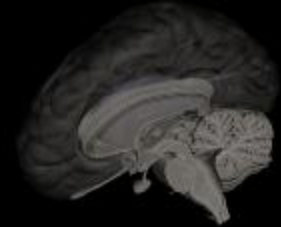
- Expresa ideas y sentimientos
- Sabe su nombre, edad y sexo
- Sube y baja escaleras
- Anda en triciclo
- Dibuja la figura humana simple
- Copia una cruz y/o un círculo

4 a 5 años

- Habla sobre sus actividades del día
- Canta una canción
- Salta en un pie
- Se viste solo(a)
- Copia un cuadrado y/o un triángulo



EMBRIOLOGÍA SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



Neurulación

Es un proceso embriológico de los animales vertebrados el cual se caracteriza por la formación del **tubo neural**, que terminará formando el sistema nervioso central, y la formación de la **cresta neural**.

Al comenzar la tercera semana, la **notocorda** en desarrollo y el **mesodermo** adyacente estimulan al **ectodermo** que está encima de ellos.

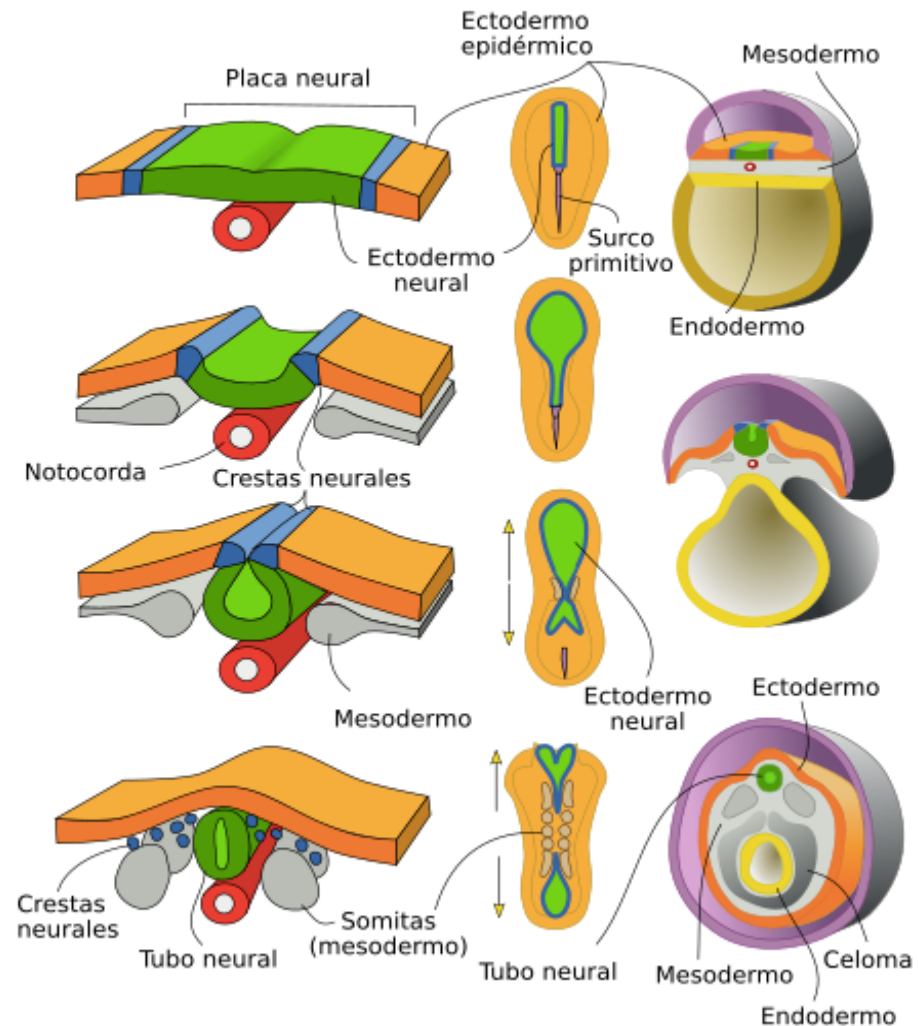
Este complejo proceso de inducción notocordal hace que tejido ectodérmico (neuroectodermo) se engruese, formándose así la **placa neural**.

Debido a esta importancia, la neurulación se considera un paso fundamental en la historia evolutiva.

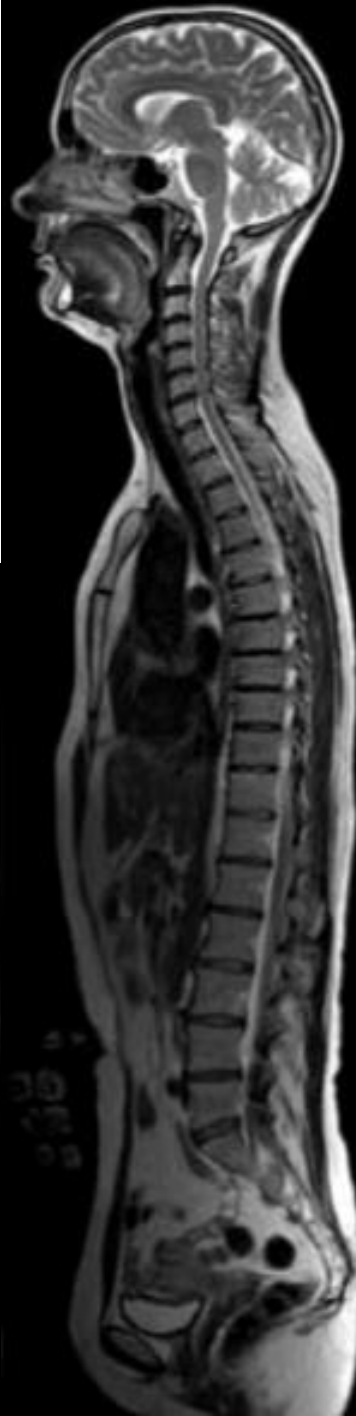
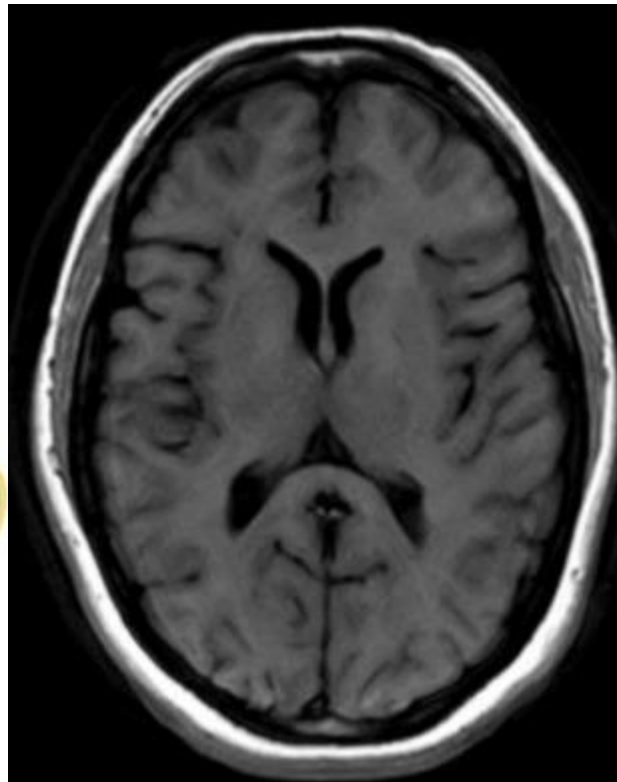
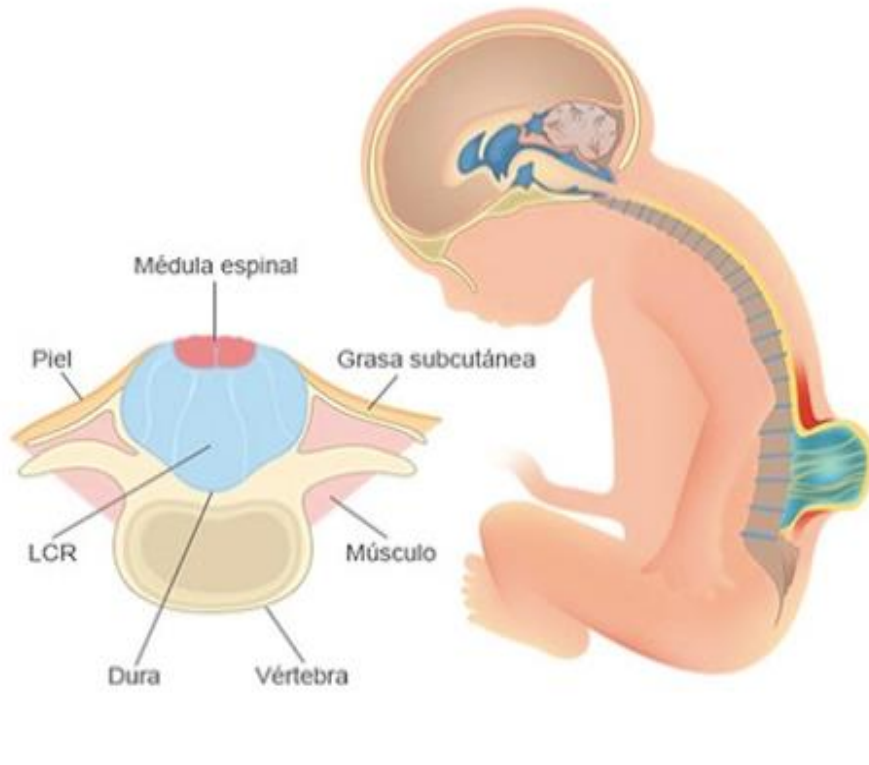
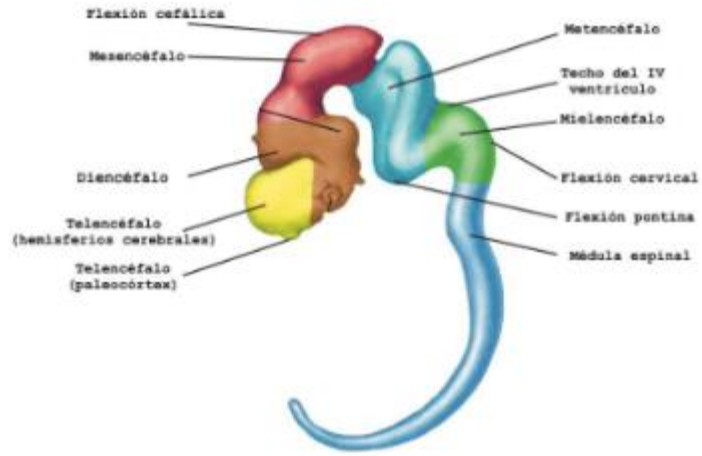
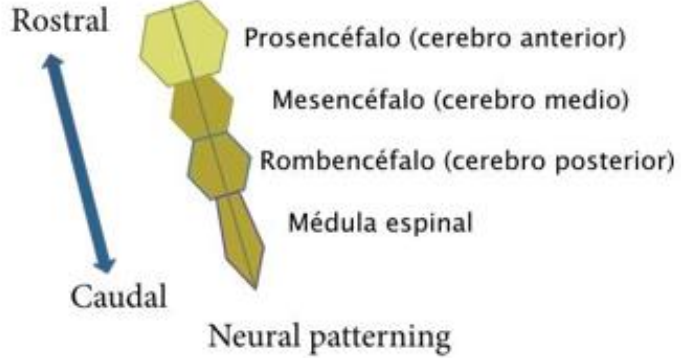
Los dos mecanismos principales para pasar de la **placa neural** a la formación del **tubo neural** son:

la neurulación primaria, en la que las células que se encuentran rodeando la placa neural comienzan a dirigir a las células de la placa neural a proliferar, invaginarse y separarse y la neurulación secundaria, donde se da la formación de un tubo hueco a partir de la unión de las células mesenquimáticas.

El tubo neural se formará por la unión de dos tubos que se desarrollan independientemente por medio de diferentes procesos morfogénéticos y moleculares. Generalmente, su porción anterior se desarrollará por neurulación primaria y la posterior por neurulación secundaria.



Etapa de tres vesículas (Vesículas primarias)



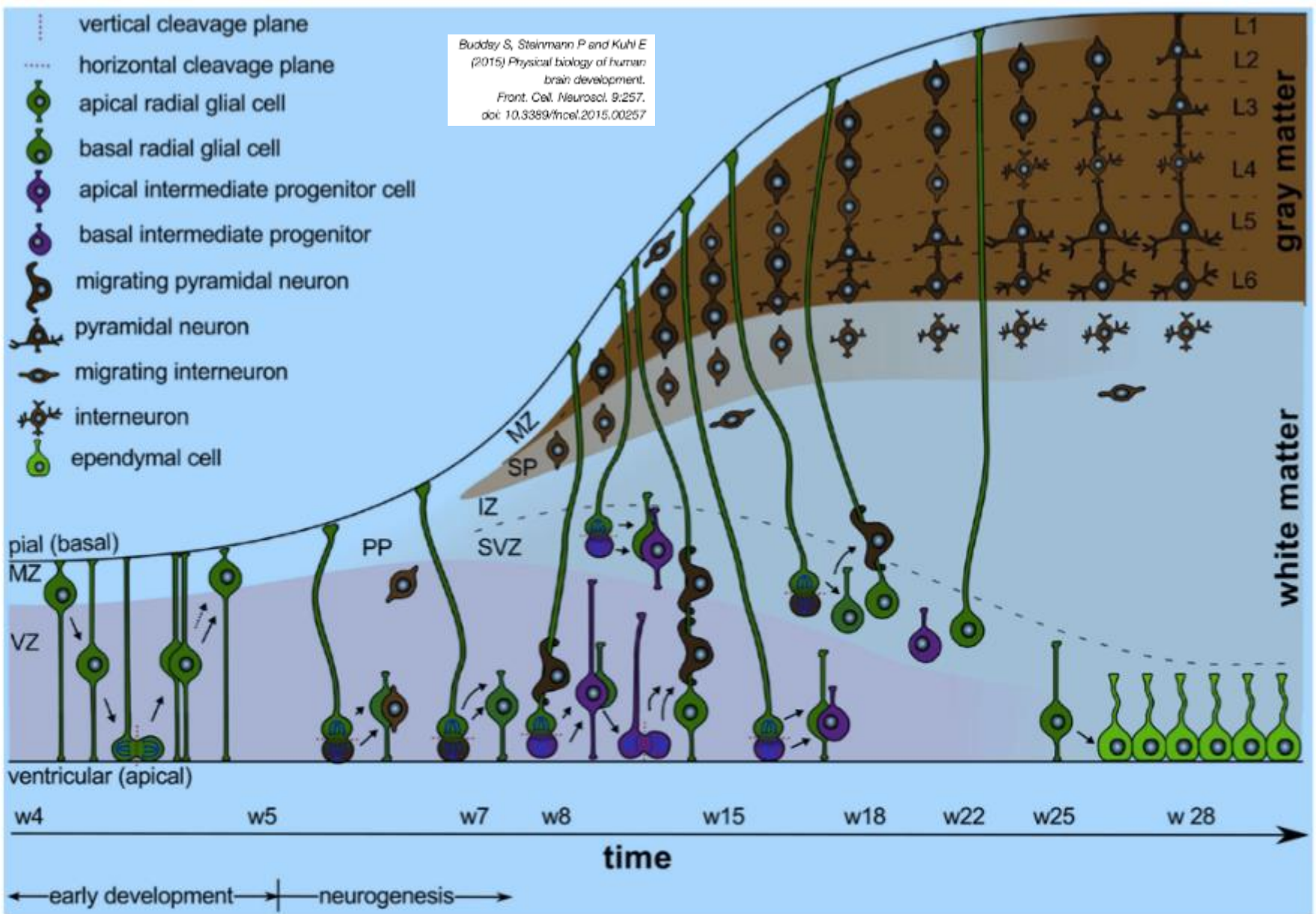


FIGURE 1 | Early development and neurogenesis. Early development is characterized by interkinetic nuclear migration, an oscillatory process during which neuroepithelial cells divide symmetrically at the margin of the ventricle and undergo four phases. Early born neurons are referred to as interneurons and travel

tangentially within the marginal and intermediate zones. Neurogenesis begins when progenitor cells switch from symmetric to asymmetric cell division. Apical progenitor cells in the ventricular zone and basal progenitor cells in the subventricular zone accumulate to become the major source of pyramidal neurons.

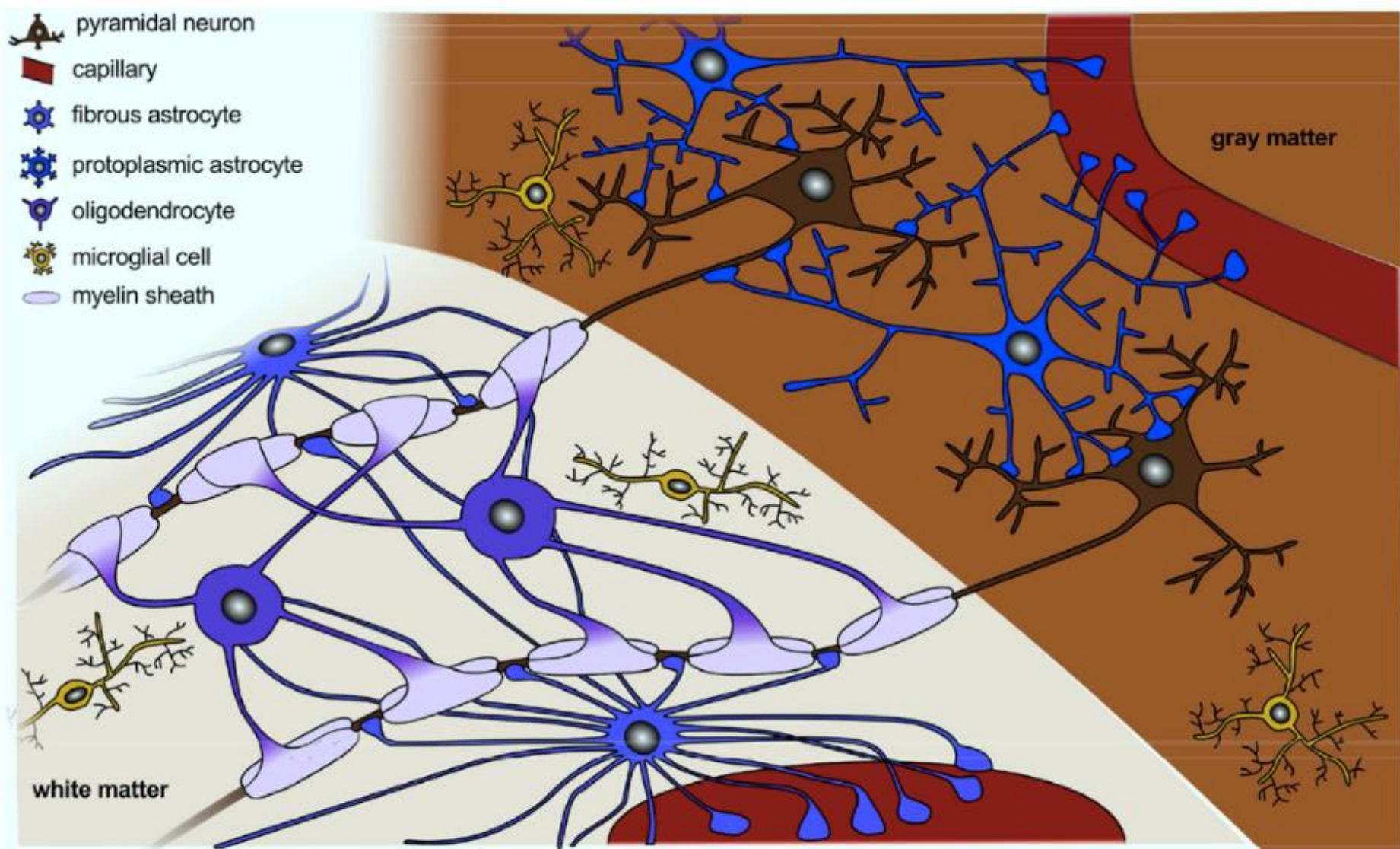









FIGURE 2 | Organization of a fully developed brain. In white matter, myelinated axons allow for rapid nerve impulse conduction; intermediate oligodendrocytes connect and form several myelin sheaths. Fibrous astrocytes ensure supply of nutrients and synaptic

processing. In gray matter, neurons form synapses with each other and with protoplasmic astrocytes. In both white and gray matter, microglial cells contribute to clearance of debris and synapse remodeling.

-  pyramidal neuron
-  interneuron
-  ependymal cell
-  fibrous astrocyte
-  protoplasmic astrocyte
-  oligodendrocyte
-  microglial cell

Budday S, Steinmann P and Kuhl E
 (2015) Physical biology of human
 brain development.
Front. Cell. Neurosci. 9:257.
 doi: 10.3389/fncel.2015.00257

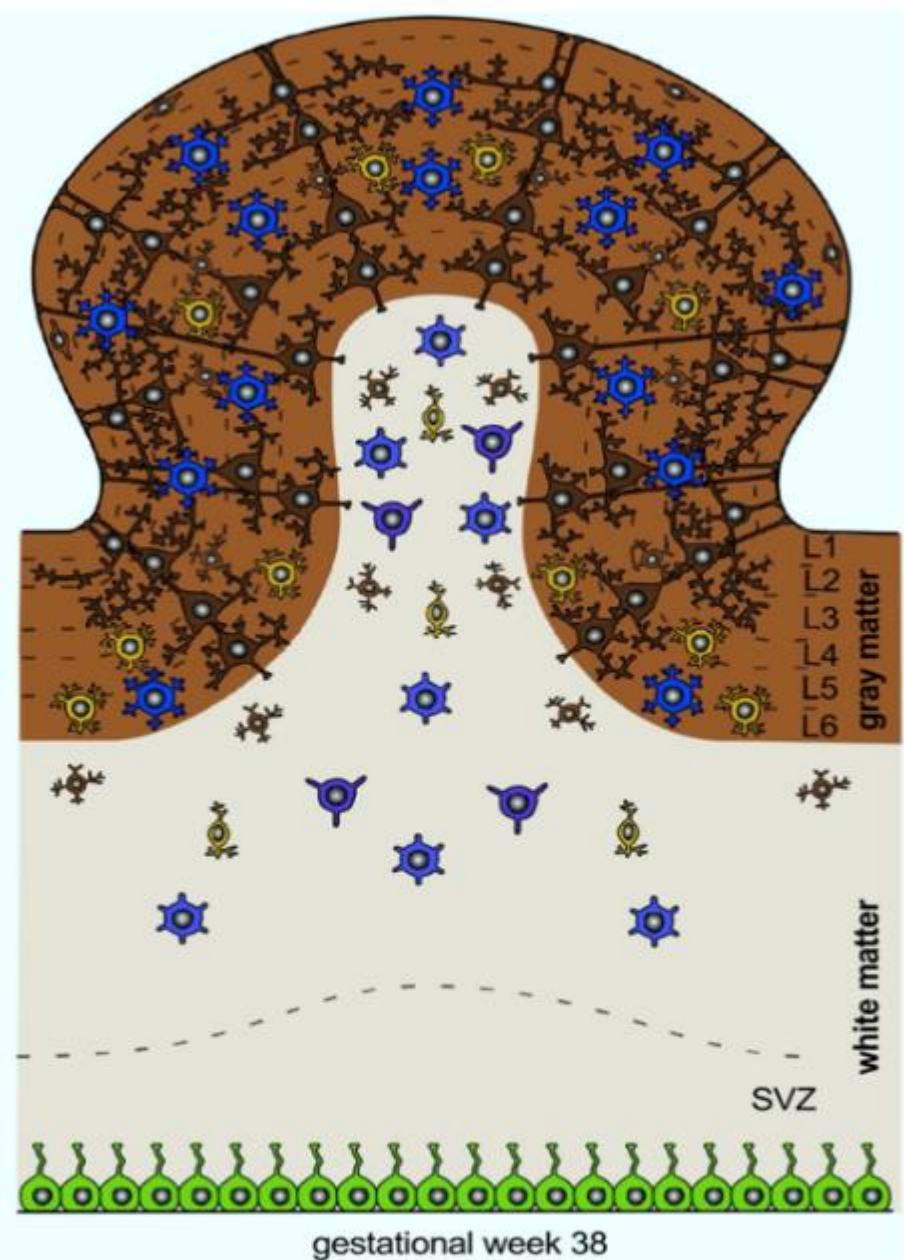
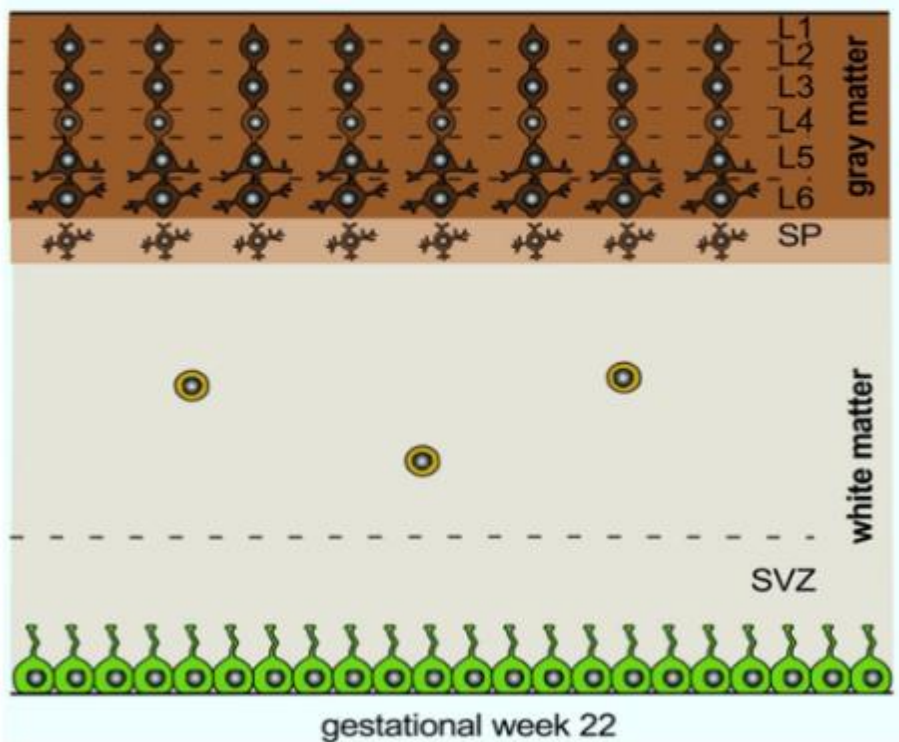
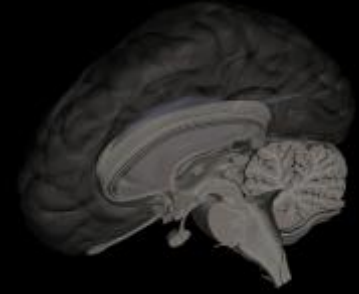


FIGURE 3 | Neural connectivity and gyrification. The connection process follows the radial gradient of the inside-out proliferation. It begins in layer 6 and propagates outward toward layer 2. Connectivity-driven tangential growth mainly affects the superficial layers

and triggers the formation of gyri and sulci. The subventricular zone is thicker at sites of growing gyri and thinner beneath developing sulci; both the subplate and the cortex are thicker at the crown of gyri than at the bottom of sulci.

DESARROLLO SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



ETAPAS:

-PROLIFERACIÓN (2-4 MESES DE GESTACIÓN)

-MIGRACIÓN (3-5 MESES DE GESTACIÓN)

-ORGANIZACIÓN (6 MESES-POSTNATAL)

-arborización dendrítica

-axonogénesis

-sinaptogénesis

-muerte neuronal programada (apoptosis)

-MIELINIZACIÓN (NACIMIENTO-POSTNATAL)

-tercera década de vida

-comprende 50% volumen cerebral

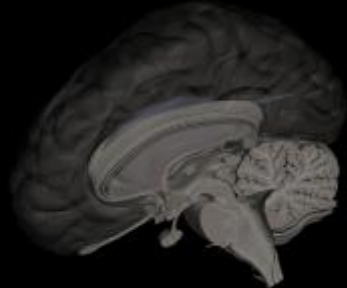
CIRCUITOS CEREBRALES



MÁS RÍGIDOS



MENOS FLEXIBLES

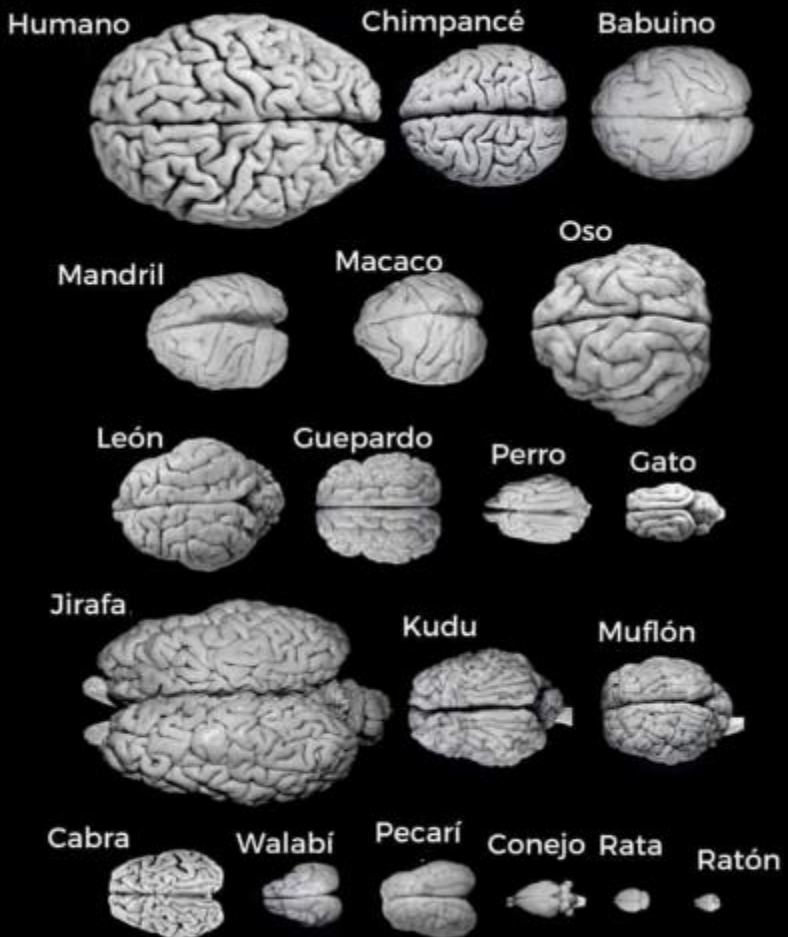
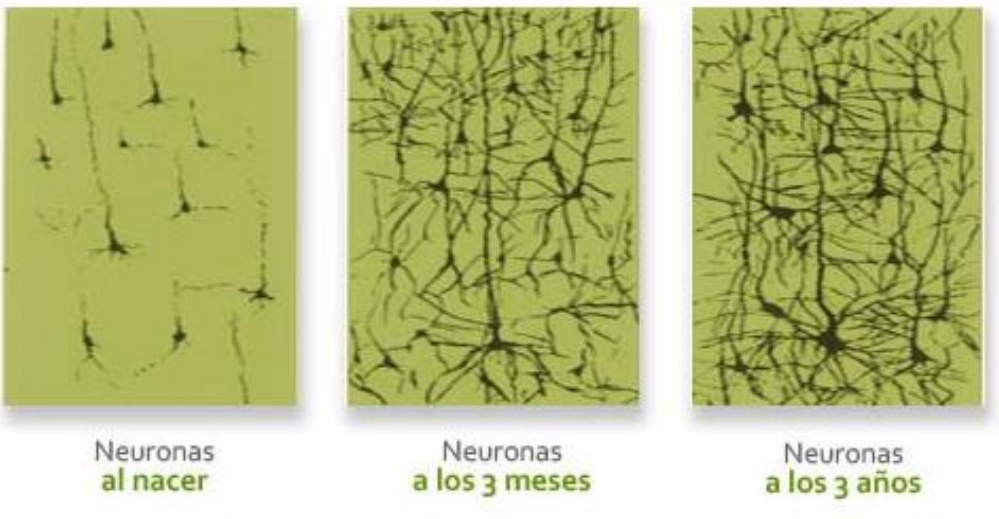


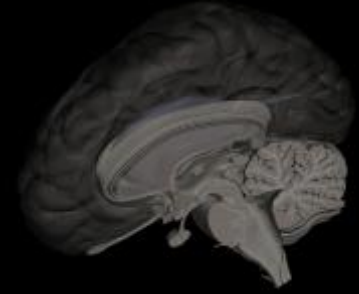
RN: 100.000 millones neuronas

A los 2 años el volumen cerebral es el 75% del de un adulto

A los 5 años el cerebro tiene el 90% del tamaño de un adulto

A los 80 años el cerebro ha disminuido 1/3 su tamaño





PERÍODOS CRÍTICOS DEL DESARROLLO

Los períodos considerados críticos de los primeros años son: (Begley, 1996)

Control emocional, de 0 a 2 años

Visión, de 0 a 2 años

Apego social, de 0 a 2 años

Vocabulario, de 0 a 3 años

Segundo idioma, de 0 a 10 años

Matemáticas – lógica, de 1 a 4 años

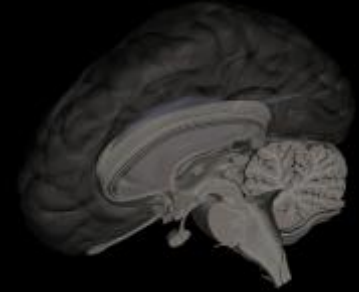
Música, de 3 a 10 años

Desarrollo de las habilidades de la comunicación y el lenguaje 0-7 años

VENTANAS DE OPORTUNIDAD

PLASTICIDAD NEURAL

FACTORES QUE PUEDEN DETERMINAR DESARROLLO SNC



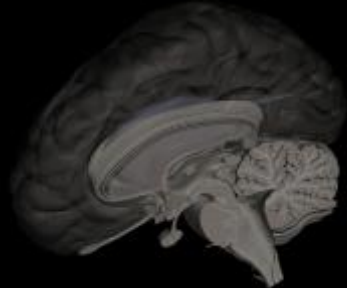
POTENCIAL GENÉTICO: TEMPERAMENTO
PERSONALIDAD
INTELIGENCIAS
ENFERMEDAD
SUSCEPTIBILIDADES

FACTORES AMBIENTALES BIOLÓGICOS:

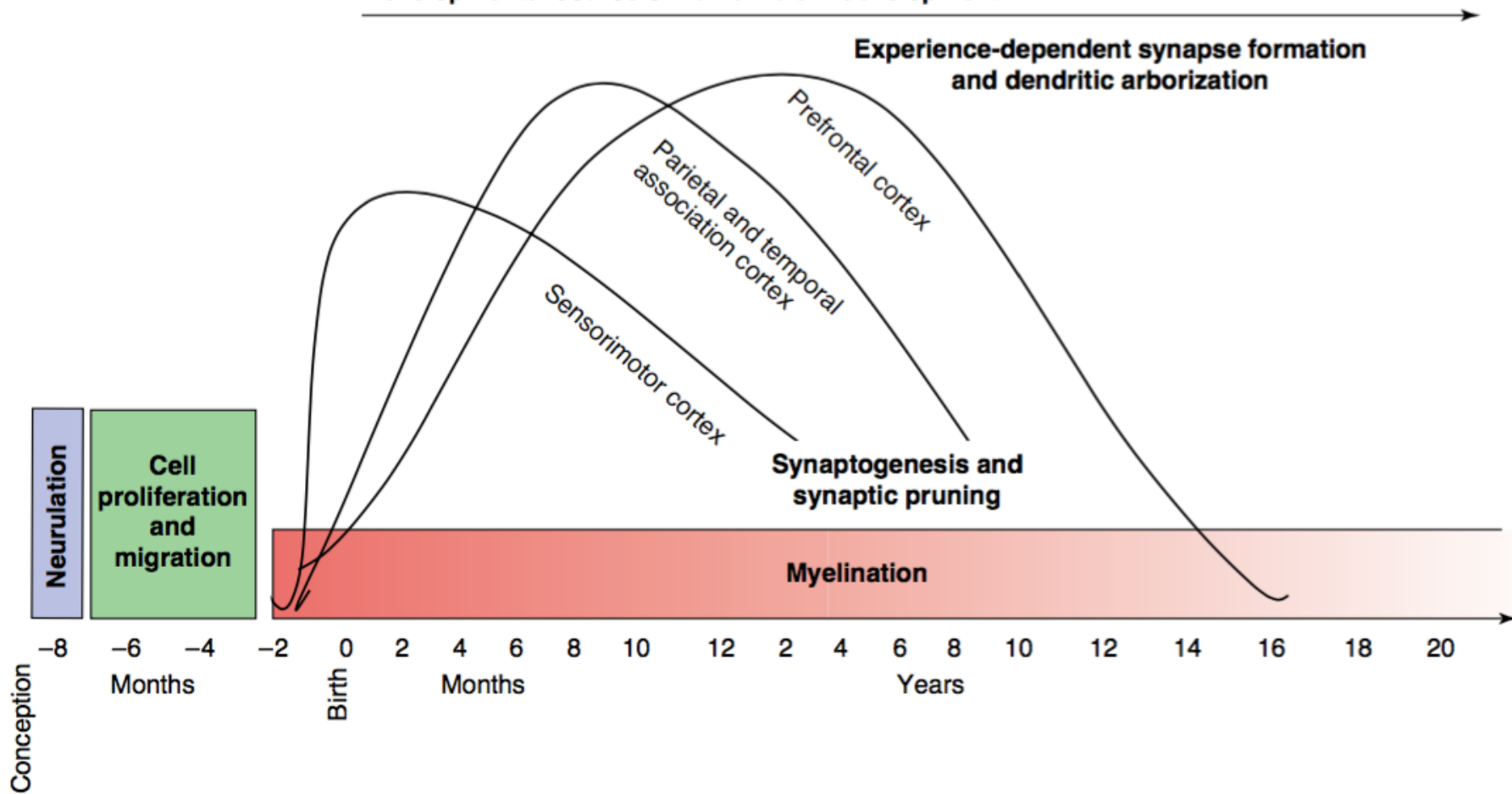
SALUD MATERNA
NUTRICIÓN
EMBARAZO Y PARTO
PREMATUREZ
EXPOSICIÓN A TÓXICOS
INFECCIONES
TRAUMATISMOS

FACTORES AMBIENTALES “RELACIONALES”:

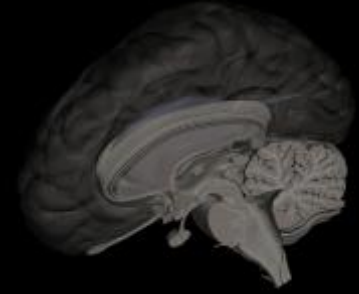
FAMILIA
PARES
ESCUELA
CONTEXTO SOCIAL
RELACIONES AFECTIVAS



Developmental course of human brain development



RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR



-AFECTA AL 5-10% DE LA POBLACIÓN INFANTIL (MENOR A 5 AÑOS)

-RETRASO IMPORTANTE DE DOS O MÁS ÁREAS DEL DESARROLLO:

MOTOR GRUESO - MOTOR FINO – LENGUAJE - COGNICIÓN - HABILIDADES SOCIALES

-FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE RETARDO MENTAL
(CONCEPTO SOBRE LOS 6 AÑOS DE EDAD)

-¿QUÉ POSIBILIDADES EXISTEN SI DETECTO UN RDSM EN UN NIÑO APARENTEMENTE NORMAL (FENOTIPO NORMAL Y EXAMEN NEUROLÓGICO NORMAL)?:

QUE EL NIÑO TENGA UN MENOR POTENCIAL GENÉTICO INTELECTUAL

QUE EL NIÑO TENGA UNA LESIÓN SECUELAR DEL SNC

QUE EL NIÑO TENGA UNA ENFERMEDAD ACTIVA DEL SNC

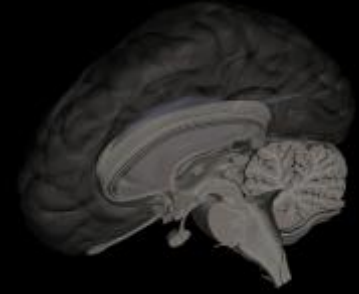
QUE EL NIÑO NECESITE MAYOR ESTIMULACIÓN AMBIENTAL PARA LOGRAR

“DESPERTAR” SU POTENCIAL GENÉTICO HACIA LA NORMALIDAD

QUE EL NIÑO TENGA UNA ALTERACIÓN GENÉTICA DE BASE

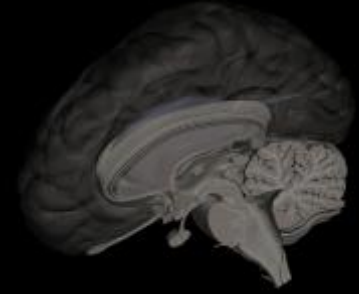
RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

CAUSAS



- GENÉTICA
 - ALTERACIONES GENÉTICAS Y/O EPIGENÉTICAS
- PRENATALES
 - EXPOSICIÓN A TÓXICOS
 - PATOLOGÍA DEL EMBARAZO
 - MALFORMACIONES CORTICALES
 - TORCH
- CONNATALES
 - PREMATUREZ EXTREMA
 - ASFIXIA PERINATAL (ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA)
 - HIPOGLICEMIA NEONATAL PERSISTENTE
 - HIPERBILIRRUBINEMIA
- POSTNATAL
 - ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO
 - FENÓMENOS HIPÓXICO-ISQUÉMICOS
 - INFECCIONES SNC
 - TRAUMA GRAVE SNC
 - ¿FALTA DE ESTIMULACIÓN?
 - TÓXICOS AMBIENTALES
 - HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO
 - ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
- DESCONOCIDA

DESARROLLO PSICOMOTOR: ESTUDIOS EN CHILE



-FUERTE IMPACTO DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO DE LA FAMILIA

-A LOS 15 MESES DE EDAD YA SE OBSERVA BRUSCA CAÍDA DEL DSM EN LACTANTES DE NIVEL SOCIO-ECONÓMICO BAJO, BAJA SE SIGUE PRONUNCIANDO HASTA LOS 24 MESES

-LACTANTES RURALES TIENEN DSM MÁS BAJO QUE LOS DE ORIGEN URBANO

-EL RETRASO PSICOMOTOR EN CHILE SE ASOCIA A BAJA ESCOLARIDAD EN PADRES

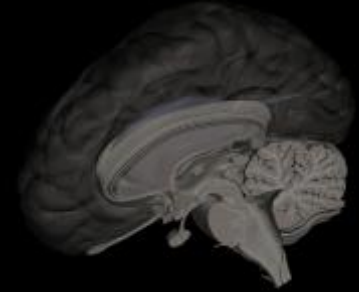
-IMPORTANCIA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

-FUNDAMENTAL DETECCIÓN PRECOZ DEL RETRASO PSICOMOTOR

-FUNDAMENTAL DEFINICIÓN DE GRUPOS DE RIESGO PARA PESQUISA E INTERVENCIÓN TEMPRANA

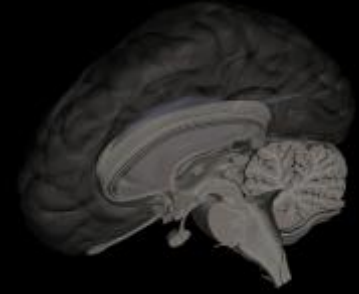
HITOS PSICOMOTORES ESTÁNDAR

EDAD	CONDUCTA
2 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No muestra atención por la madre* No fija la mirada* No sujeta la cabeza boca arriba* No levanta la cabeza boca abajo
4 A 5 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No ayuda a sentarse* Persiste reflejo de prehensión palmar* No es capaz de sujetar un cascabel* No gorjea o balbucea
6 A 8 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No se sienta sin apoyo* No mantiene un objeto en cada mano* No busca objeto caído* No se ríe
9 A 10 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No se para afirmado* No tiene pinza* No repite sílabas como: pa pa- ma ma
12 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No busca objeto escondido* No camina con apoyo de ambas manos* No gatea
15 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No camina solo* No pone o saca objetos de un recipiente* No se interesa en fenómenos de causa efecto
18 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No dice palabras sueltas* No entiende orden verbal gestual (dame)
2 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">* No sube o baja escaleras* No dibuja (garabateos)* No hace o repite frases de 2 palabras* No entiende orden verbal
2 AÑOS 6 MESES	<ul style="list-style-type: none">* No salta en ambos pies* No da vueltas página de un libro* No establece contacto visual, no juega con otros niños* No tiene interés en mostrar sus juguetes
3 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">* No conoce su nombre completo* No dibuja círculos* Incapaz de pararse en un pie por segundos* No hace torres de 8 cubos
4 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">* No se le entiende lo que habla* No salta en un pie* No se lava y seca las manos* No va sólo al baño* No construye oraciones* No se le entiende lo que habla



RED FLAGS HITOS DSM

RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR



-IMPORTANTE DIAGNÓSTICO PRECOZ

-DIFERENCIAR ÁREA MOTORA-ÁREA LENGUAJE (PSICOSOCIAL)

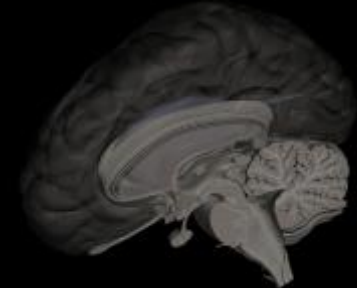
-IMPORTANTE INTERVENCIONES PRECOCES

TERAPÉUTICAS
ESTIMULACIÓN

-ENFOQUE PREVENTIVO EN POBLACIÓN DE RIESGO

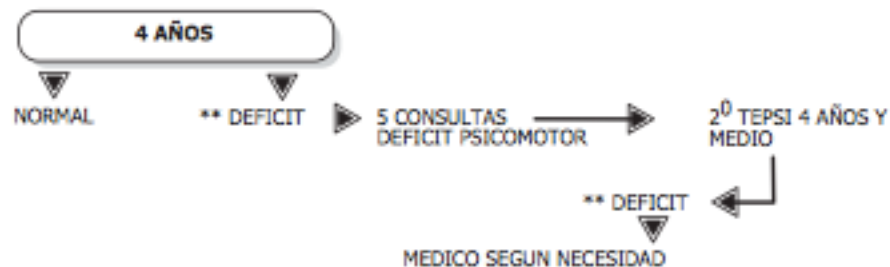
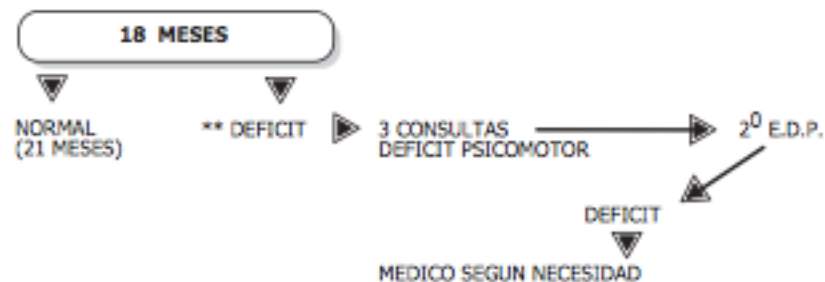
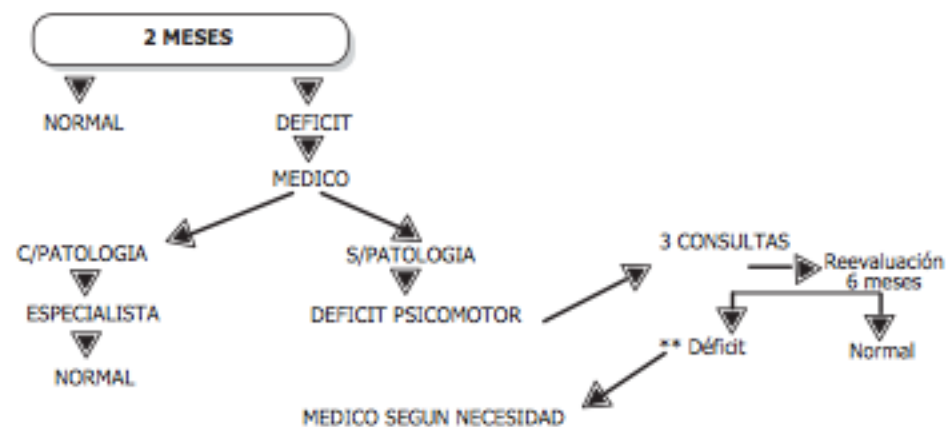
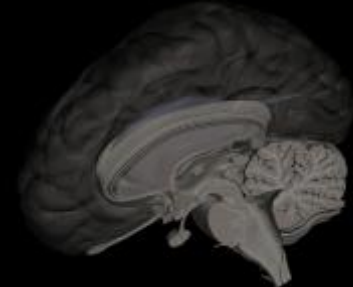
-CONOCER HITOS DE LA NORMALIDAD Y HACER PESQUISA ACTIVA

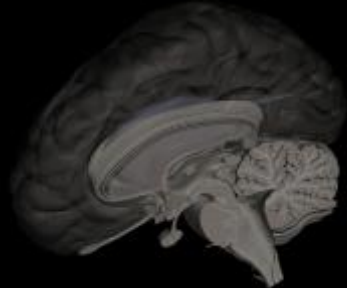
-EJECUTAR SISTEMÁTICAMENTE HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE
(EN ESPECIAL EN POBLACIÓN DE RIESGO)



**Normas Técnicas
de Estimulación
y Evaluación del
Desarrollo Psicomotor
del Niño y la Niña
Menor de 6 años**

Flujograma de actividades de diagnóstico





Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años (Rodríguez, s., et al.)
 Revisión 1976 – Santiago - Chile

Nombre del Niño _____
 Fecha de nacimiento _____
 Establecimiento _____

FECHA EVALUACIONES

1	2	3
---	---	---

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES		
			1	2	3
1 MESES	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador	6 clu			
	2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla				
	3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador				
	4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)				
	5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona				
2 MESES	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador	6 clu			
	7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador				
	8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador				
	9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada				
	10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**				
3 MESES	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de un examinador	6 clu			
	12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla				
	13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°)				
	14. (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada				
	15. (L) Vocalización prolongada**				
4 MESES	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	6 clu			
	17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla				
	18. (M) En posición prona se levanta a sí mismo				
	19. (M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada				
	20. (LS) Ríe a carcajadas				

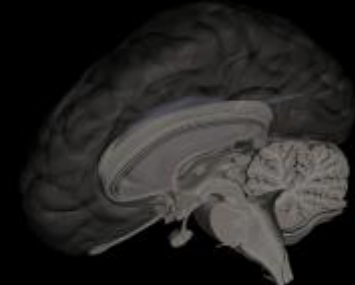
EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES		
			1	2	3
CINCO MESES	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6 clu			
	22. (C) Paipa el borde de la mesa				
	23. (C) Intenta prehensión de la argolla				
	24. (M) Empuja hasta lograr la posición sentada				
	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo				
6 MESES	26. (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6 clu			
	27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara ca/ds				
	28. (C) Coge la argolla				
	29. (C) Coge el cubo				
	30. (LS) Vocaliza cuando se le habla**				
7 MESES	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más	6 clu			
	32. (C) Intenta agarrar la pastilla				
	33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares				
	34. (S) Cooperar en los juegos				
	35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano				
8 MESES	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6 clu			
	37. (M) Empuja hasta lograr la posición de pie				
	38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos				
	39. (C) Coge la pastilla con movimiento de astrillo				
	40. (L) Dice da-da o equivalente				
9 MESES	41. (M) Se pone de pie con apoyo	6 clu			
	42. (M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos				
	43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar				
	44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal				
	45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales				

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES		
			1	2	3
10 MESES	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice	6 clu			
	47. (S) Imita gestos simples				
	48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros				
	49. (C) Combina cubos en la línea media				
	50. (SL) Reacciona al "no, no"				
15 MESES	56. (M) Camina solo	6 clu			
	57. (C) Introduce la pastilla en la botella				
	58. (C) Espontáneamente garabatea				
	59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros				
21 MESES	66. (L) Nombrar un objeto de los cuatro presentados	6 clu			
	67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen				
	68. (C) Construye una torre con tres cubos				
	69. (L) Dice al menos seis palabras**				
24 MESES	71. (M) Se para en un pie con ayuda	6 clu			
	72. (L) Nombrar dos objetivos de los cuatro presentados				
	73. (S) Ayuda en tareas simples**				
	74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca				
	75. (C) Construye una torre con cinco cubos				

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL (EEDPI)

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPSI
(Haeassler y Marchant 1985)

Nombre del Niño : _____
 Fecha de Nacimiento : _____
 Fecha de Examen : _____
 Jardín Infantil o Colegio : _____ Edad ___ años ___ meses ___ días ___
 Nombre del Padre : _____ de la Madre: _____
 Dirección : _____
 Teléfono : _____
 Examinador : _____



Resultados Test Total

Puntaje Bruto _____
 Puntaje T _____
 Categoría Normal
 Riesgo
 Retraso

Observaciones:

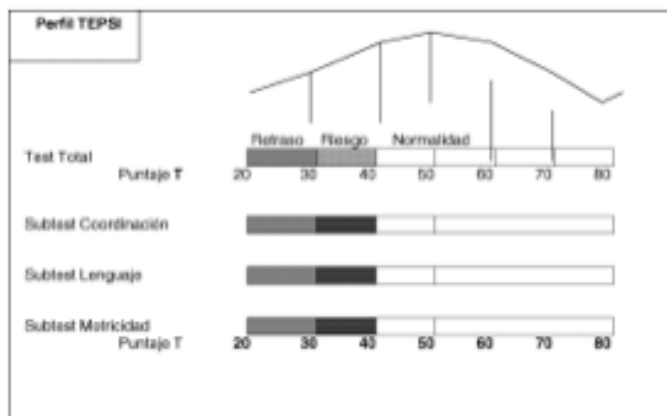
Resultados por Subtest

	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación	_____	_____	_____
Lenguaje	_____	_____	_____
Motricidad	_____	_____	_____

Propósito conocer el desarrollo psíquico en tres áreas: Motricidad, Coordinación y Lenguaje

De fácil aplicación, con materiales de bajo costo. Puede ser realizado por profesionales no especialistas capacitados.

Un resultado insuficiente es predictor de futuras dificultades de aprendizaje, deserción y repitencia escolar, permitiendo iniciar acciones de estimulación de las funciones cognitivas antes del ingreso a la educación formal



TADI (TEST DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO INFANTIL)

-EVALUACIÓN DESARROLLO Y APRENDIZAJE ENTRE 3 M Y 6 AÑOS DE EDAD

-DISEÑADO Y ESTANDARIZADO EN CHILE

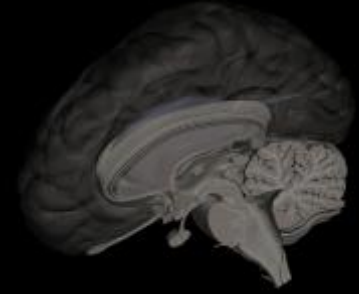
-EVALÚA 4 DIMENSIONES:

COGNICIÓN
LENGUAJE

MOTRICIDAD
SOCIOEMOCIONALIDAD



RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR-ENFOQUE PRÁCTICO



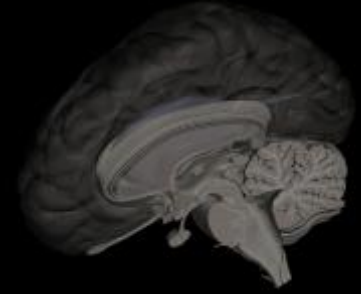
ADECUADA HISTORIA FAMILIAR
HISTORIA GESTACIONAL
HISTORIA PERINATAL
DETALLE DE HITOS LOGRADOS Y NO LOGRADOS
EXAMEN FÍSICO GENERAL (PIEL)
CIRCUNFERENCIA CRANEAL
EXAMEN NEUROLÓGICO
TONO MOTOR
REFLEJOS DEL DESARROLLO
FONDO DE OJO

EXÁMENES DE SER PERTINENTE

PLAN TERAPÉUTICO Y/O DE ESTIMULACIÓN

RETRASO PSICOMOTOR+EXAMEN ANORMAL: DERIVACIÓN INMEDIATA

SEGUIMIENTO



PÉRDIDA DE HABILIDADES YA ADQUIRIDAS



DETERIORO PSICOMOTOR

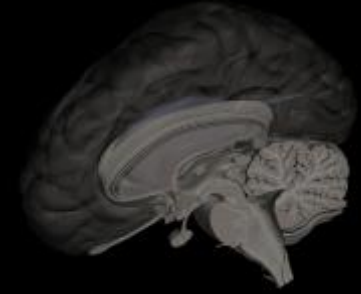


URGENCIA NEUROLÓGICA



DERIVACIÓN INMEDIATA

RETRASO MOTOR



-BIOLÓGICO

-ESCASA PARTICIPACIÓN DE ESTIMULACIÓN AMBIENTAL

-AVERIGUAR MOVIMIENTOS FETALES

-ALTA ASOCIACIÓN CON ALTERACIONES TONO MOTOR

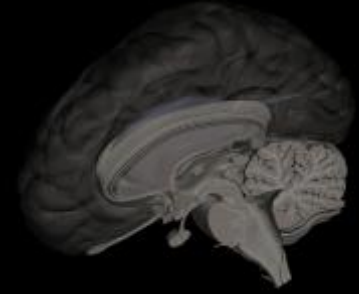
-DESARROLLO MOTOR NORMAL NO IMPLICA INTELIGENCIA NORMAL

-NO SE ASOCIA A PESO O SER CONSENTIDO

-RANGO DE VARIABILIDAD Y LÍMITES DE NORMALIDAD

-SIEMPRE DESCARTAR MIOPATÍAS CON CK

RETRASO DE LENGUAJE



- MAYOR DEPENDENCIA DE ESTIMULACIÓN
- REQUIERE INDEMNIDAD SENSORIAL
- MAYOR CORRELATO CON DESARROLLO COGNITIVO
VALOR PRONÓSTICO PARA APRENDIZAJE ESCOLAR
- ETAPA PREVERBAL DEL LENGUAJE
- HALLAZGO HABITUAL RETROSPECTIVO EN RETARDO MENTAL
- ELEMENTO CENTRAL DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA:
ASOCIADO A COMPROMISO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL Y CONDUCTAS
ESPECIALES
- PÉRDIDA DE LENGUAJE: REGRESIÓN AUTÍSTICA-EPILEPSIA-
DETERIORO POR ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
- ALTERACIONES “NORMALES” DEL LENGUAJE: TARTAMUDEZ
- SIEMPRE DESCARTAR HIPOACUSIA Y TEA**

OPEN

Forming social impressions from voices in native and foreign languages

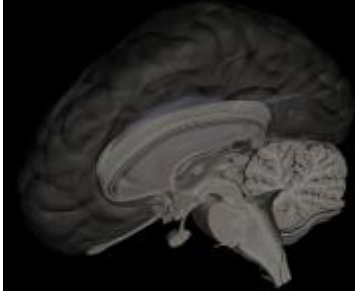
Cristina Baus¹, Phil McAleer², Katherine Marcoux¹, Pascal Belin³ ³ & Albert Costa^{1,4}

We form very rapid personality impressions about speakers on hearing a single word. This implies that the acoustical properties of the voice (e.g., pitch) are very powerful cues when forming social impressions. Here, we aimed to explore how personality impressions for brief social utterances transfer across languages and whether acoustical properties play a similar role in driving personality impressions. Additionally, we examined whether evaluations are similar in the native and a foreign language of the listener. In two experiments we asked Spanish listeners to evaluate personality traits from different instances of the Spanish word “Hola” (Experiment 1) and the English word “Hello” (Experiment 2), native and foreign language respectively. The results revealed that listeners across languages form very similar personality impressions irrespective of whether the voices belong to the native or the foreign language of the listener. A social voice space was summarized by two main personality traits, one emphasizing valence (e.g., trust) and the other strength (e.g., dominance). Conversely, the acoustical properties that listeners pay attention to when judging other’s personality vary across languages. These results provide evidence that social voice perception contains certain elements invariant across cultures/languages, while others are modulated by the cultural/linguistic background of the listener.

Received: 3 November 2017

Accepted: 13 November 2018

Published online: 23 January 2019



Language development and intelligence in midlife

Trine Flensburg-Madsen^{1,2*} and Erik Lykke Mortensen^{1,2} 

¹Unit of Medical Psychology, Department of Public Health, University of Copenhagen, Denmark

²Center for Healthy Aging, University of Copenhagen, Denmark

Individual differences in early language skills have been found to be associated with other cognitive outcomes in childhood and adolescence. However, research is limited on whether these associations persist into adulthood. In this study, we examined potential associations of the timing of early language milestones with cognitive ability in a prospective cohort study of 938 singletons from the Copenhagen Perinatal Cohort (CPC), who participated in a 50-year follow-up examination in 2009–2011. Later attainment of a number of milestones was associated with lower midlife IQ with the strongest associations found for ‘Naming objects/animals in pictures’, ‘Forming a sentence’, and ‘Sharing experiences’. Milestones related to language explained 6.7% of the variance in midlife IQ, while milestones related to social interaction explained 3.1%. The study provides evidence that individual differences in language development during the first years of life are associated with intelligence in midlife.

Statement of contribution

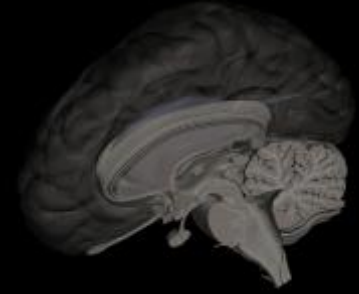
What is already known on this subject?

- Differences in early language skills are associated with other cognitive skills in childhood and adolescence.
- No study has examined this association from childhood through midlife in a large community-based sample.

What does this study add?

- Early language development is associated with intelligence in midlife.
- A total of 6.7% of the variance in midlife IQ is explained by milestones related to language.
- Adjustment for potentially confounding factors did not change the associations.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA



- PATRÓN DE INTERESES Y CONDUCTAS RESTRICTIVAS
- TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL
- ASOCIADO A ELEMENTOS NEUROSENSORIALES

-ESPECTRO CLÍNICO AMPLIO

-EXPLOSIVO AUMENTO

-EXPLOSIVA MITOLOGÍA POPULAR Y MÉDICA

-IMPORTANCIA SOSPECHA PRECOZ

-HERRAMIENTAS PESQUISA TEMPRANA

-CONTACTO VISUAL E INTERACCIÓN

-CONDUCTAS DE RIESGO

-INTERVENCIONES TEMPRANAS

CME Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay

Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society

M. Shevell, MD; S. Ashwal, MD; D. Donley, MD; J. Flint, MD; M. Gingold, MD; D. Hirtz, MD; A. Majnemer, PhD; M. Noetzel, MD; and R.D. Sheth, MD

Abstract—Objective: To make evidence-based recommendations concerning the evaluation of the child with a nonprogressive global developmental delay. **Methods:** Relevant literature was reviewed, abstracted, and classified. Recommendations were based on a four-tiered scheme of evidence classification. **Results:** Global developmental delay is common and affects 1% to 3% of children. Given yields of about 1%, routine metabolic screening is not indicated in the initial evaluation of a child with global developmental delay. Because of the higher yield (3.5% to 10%), even in the absence of dysmorphic features or features suggestive of a specific syndrome, routine cytogenetic studies and molecular testing for the fragile X mutation are recommended. The diagnosis of Rett syndrome should be considered in girls with unexplained moderate to severe developmental delay. Additional genetic studies (e.g., subtelomeric chromosomal rearrangements) may also be considered in selected children. Evaluation of serum lead levels should be restricted to those children with identifiable risk factors for excessive lead exposure. Thyroid studies need not be undertaken (unless clinically indicated) if the child underwent newborn screening. An EEG is not recommended as part of the initial evaluation unless there are historical features suggestive of epilepsy or a specific epileptic syndrome. Routine neuroimaging, with MRI preferred to CT, is recommended particularly if abnormalities are found on physical examination. Because of the increased incidence of visual and auditory impairments, children with global developmental delay may undergo appropriate visual and audiometric assessment at the time of diagnosis. **Conclusions:** A specific etiology can be determined in the majority of children with global developmental delay. Certain routine screening tests are indicated and depending on history and examination findings, additional specific testing may be performed.

Updates in the Genetic Evaluation of the Child with Global Developmental Delay or Intellectual Disability

Leigh Anne Flore, MD, and Jeff M. Milunsky, MD

Global developmental delay (GDD) and intellectual disability (ID) occur in up to 3% of the general population and are even more commonly encountered in the setting of the pediatric neurology clinic. New advances in technology and in the understanding of genetic disorders have led to changes in the diagnostic approach to a child with unexplained GDD or ID. Chromosomal microarray has become a first-line test for evaluation of patients in this population and has both significantly increased diagnostic yield and introduced new challenges in the interpretation of copy number variants of uncertain significance. The G-banded karyotype is now frequently utilized as an adjunct to the microarray rather than as a first-line test in individuals with GDD or ID. Fragile X DNA testing continues to be recommended in the initial evaluation of the child with GDD or ID. The presence or absence of certain cardinal features (such as microcephaly or macrocephaly, seizures, autism, abnormal neurologic examination, and facial dysmorphism) can be utilized to direct single-gene molecular testing. The availability of next-generation and massively parallel sequencing technologies has enabled the use of genetic testing panels, in which dozens of genes associated with GDD or ID may be rapidly analyzed. Most recently, the clinical availability of whole-genome and whole-exome sequencing has opened new possibilities for the evaluation of individuals with GDD or ID who have previously eluded a genetic diagnosis. Consultation with a medical geneticist is recommended when progressing beyond first-tier analyses to most efficiently prioritize testing.

Semin Pediatr Neurol 19:173-180 © 2012 Elsevier Inc. All rights reserved.

Comprehensive Evaluation of the Child With Intellectual Disability or Global Developmental Delays

John B. Moeschler, MD, MS, FAAP, FACMG, Michael Shevell, MDCM, FRCP, and COMMITTEE ON GENETICS

ABBREVIATIONS

AAP—American Academy of Pediatrics

CMA—chromosome microarray

CNS—central nervous system

CNV—copy number variant

CT—computed tomography

FISH—fluorescent in situ hybridization

GAA—guanidinoacetate

GDD—global developmental delay

ID—intellectual disability

XLID—X-linked intellectual disability

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have filed conflict of interest statements with the American Academy of Pediatrics. Any conflicts have been resolved through a process approved by the Board of Directors. The American Academy of Pediatrics has neither solicited nor accepted any commercial involvement in the development of the content of this publication.

The guidance in this report does not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

abstract

FREE

Global developmental delay and intellectual disability are relatively common pediatric conditions. This report describes the recommended clinical genetics diagnostic approach. The report is based on a review of published reports, most consisting of medium to large case series of diagnostic tests used, and the proportion of those that led to a diagnosis in such patients. Chromosome microarray is designated as a first-line test and replaces the standard karyotype and fluorescent in situ hybridization subtelomere tests for the child with intellectual disability of unknown etiology. Fragile X testing remains an important first-line test. The importance of considering testing for inborn errors of metabolism in this population is supported by a recent systematic review of the literature and several case series recently published. The role of brain MRI remains important in certain patients. There is also a discussion of the emerging literature on the use of whole-exome sequencing as a diagnostic test in this population. Finally, the importance of intentional comanagement among families, the medical home, and the clinical genetics specialty clinic is discussed. *Pediatrics* 2014;134:e903–e918



OPEN ACCESS

Current evidence-based recommendations on investigating children with global developmental delay

Renuka Mithyantha,¹ Rachel Kneen,^{2,3} Emma McCann,⁴ Melissa Gladstone^{1,5}

¹Department of Developmental Paediatrics, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

²Department of Paediatric Neurology, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

³Institute of Infection and Global Health, University of Liverpool, Liverpool, UK

⁴Department of Clinical Genetics, Liverpool Women's Hospital, Liverpool, UK

⁵Department of Women and Children's Health, Institute of Translational Medicine, University of Liverpool, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, UK

Correspondence to Dr Melissa Gladstone, Department of Women and Children's Health, Institute of Translational Medicine, University of Liverpool, Alder Hey Children's NHS Foundation Trust, Liverpool, L14 5AB, UK; M.J.Gladstone@liverpool.ac.uk

Received 15 June 2017
Revised 20 September 2017
Accepted 21 September 2017



► <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-312843>



CrossMark

To cite: Mithyantha R, Kneen R, McCann E, et al. *Arch Dis Child* 2017;**102**:1071–1076.

ABSTRACT

Introduction Global developmental delay (GDD) affects 1%–3% of the population of children under 5 years of age, making it one of the most common conditions presenting in paediatric clinics; causes are exogenous, genetic (non-metabolic) or genetic (metabolic). Recent advances in biotechnology and genetic testing mean that the investigations available to perform for children under 5 years are increasing and are more sensitive than previously. This change in availability and type of testing necessitates an update in the recommendations for investigating GDD.

Methods We conducted a review of the literature from 2006 to 2016 to identify articles with evidence relating to the investigation of developmental delay in children under the age of 5 years. We collated the evidence into first-line and second-line investigations and, where available, on their yield and cost implications.

Results We have provided up-to-date guidance for first-line and second-line investigations for children with GDD under the age of 5 years. Recent evidence demonstrates that genetic testing for all children with unexplained GDD should be first line, if an exogenous cause is not already established. Our review of the literature demonstrates that all patients, irrespective of severity of GDD, should have investigations for treatable conditions. Evidence demonstrates that the yield for treatable conditions is higher than previously thought and that investigations for these metabolic conditions should be considered as first line. Additional second-line investigations can be led by history, examination and developmental trajectories.

Discussion We may need to update present recommendations in the UK for investigation of developmental delay. This would include microarray testing as first line and a more thorough approach to investigations for metabolic disorders that can be treated. Clinical assessment remains vital for guiding investigations.

INTRODUCTION

Global developmental delay (GDD) is defined as a delay in two or more developmental domains of gross/fine motor, speech/language, cognition, social/personal and activities of daily living, affecting children under the age of 5 years.^{1,2} The degree of developmental delay is further subclassified as: mild (functional age <33% below chronological age), moderate (functional age 34%–66% of chronological age) and severe (functional age <66% of chronological age).¹ GDD is considered significant

when there is a deficit in performance of at least 2 SD below the age appropriate mean on accepted standardised assessment tests.³ With a prevalence of 1%–3%, GDD is one of the most common conditions encountered in paediatrics with genetic and structural brain abnormalities being the most frequent causes.¹ Establishing a diagnosis enables clinicians to define treatment options and conduct surveillance for known complications as well as provide prognosis and condition-specific family support (including family planning choices). This ensures the best overall outcomes for the child and their families/carers.⁴ A diagnosis may also provide an explanation, a source of closure or acceptance to parents and stops clinicians advancing to potentially more expensive and invasive tests.^{5–7}

Previous estimates for the yield of investigations for GDD are broad (10%–81%).⁸ The variability may be due to differences in patient populations, clinical settings where tests are performed and the range of tests undertaken.⁹ The last evidence-based UK guideline for investigation of developmental delay was published 10 years ago.⁸ With the advent of more recent techniques in genetics and a recent burgeoning of guidelines in other countries,^{9,10} there is a need to review our practice in the UK.

The primary objective of this paper is to provide (1) an update of the latest evidence for investigation of GDD, (2) recommendations for investigations and (3) evidence relating to yield and cost from literature presently available.

METHODS

We conducted a systematic review of the literature relating to the investigation of GDD published in the last 10 years (since the McDonald review in 2006). We searched Pubmed, Google Scholar and Embase using the MESH terms: 'developmental delay', 'developmental disorders', 'mental retardation', 'intellectual disability', 'learning disorders' AND 'guidelines' AND 'investigations'. 'Cost' and 'yield' were included along with the MESH terms. Papers included were reviews, consensus recommendations, retrospective or prospective studies. Relevant articles from reference lists were also included. We included papers published in English that were relevant to children that included investigations for GDD. We excluded papers that targeted specific metabolic, genetic or neurological conditions. We used the term GDD as meaning: delayed developmental domains in children under the age

Review

Table 1 Table demonstrating recommendations for first-line investigations for global developmental delay from four guidelines and our proposed recommendations

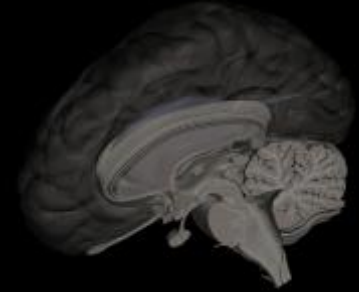
Tests category	UK current McDonald <i>et al</i> ⁸	UK proposed	USA Moeschler and Shevell ⁴	Irish O'Byrne <i>et al</i> ¹⁰	Australian Silove <i>et al</i> ⁹
Genetic	Karyotype Frag X	Microarray Frag X (selected)	Microarray Frag X	Microarray Frag X (selected) Chromosomal: banded analysis (selected)	Microarray Frag X
Biochemical and metabolic					
Blood tests	U&E CK TFT Lead Urate FBC Ferritin Biotinidase	U&E CK TFT Lead (If PICA) FBC Ferritin (dietary restriction) AA Homocysteine Acylcarnitine profile	TFT Lead (selected) AA Homocysteine Acylcarnitine profile	U&E CK TFT LFT FBC Bone profile Urate Glucose, lactate Venous blood gas AA Homocysteine (selected if raised methionine)	U&E CK TFT FBC Lead AA
Urine tests		OA GAG Oligosaccharides Creatine/GAA Purine and pyrimidines	OA GAG Oligosaccharides Creatine/GAA Purine and pyrimidines	OA GAG Paired urate +Urate/creatinine	OA GAG

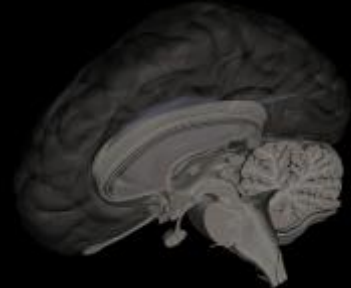
AA, amino acids; ASD, autistic spectrum disorder; CK, creatine kinase; FBC, full blood count; Frag X, fragile X; GAG, glycosaminoglycans; LFT, liver function test; OA, organic acids; TFT, thyroid function tests; U&E, urea and electrolytes.

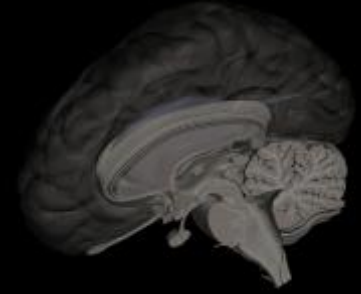
DESARROLLO PSICOMOTOR

RESPONSABILIDAD DE UN MÉDICO GENERAL:

- CONOCER HITOS PRINCIPALES
- SABER IDENTIFICAR A UN NIÑO CON RETRASO PSICOMOTOR
- DERIVAR A ESTIMULACIÓN Y/O ESPECIALISTA CUANDO CORRESPONDA
- SER CAPAZ DE IDENTIFICAR PATOLOGÍAS QUE SE EXPRESEN COMO RDSM (ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO, FENOTIPO, CC, EXAMEN NEUROLÓGICO)
- DERIVAR DE MANERA URGENTE UN NIÑO CON DETERIORO PSICOMOTOR
- NO DAR EXPLICACIONES “MÍSTICAS” ANTE UN RDSM PARA DAR TRANQUILIDAD
- SER CAPAZ DE INICIAR UN ESTUDIO BÁSICO: PESQUISA NN, CK, TSH, B12, GENÉTICO, ¿NEUROIMÁGENES, ECO CRÁNEO, TAC CEREBRAL SIN CONTRASTE?
- EDUCAR A FAMILIA EN CÓMO LOGRAR EL DESARROLLO DEL MÁXIMO POTENCIAL





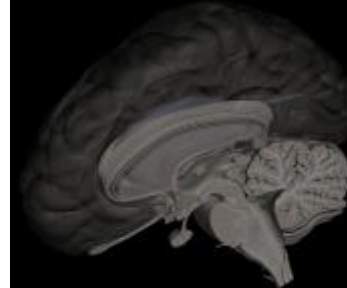


TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

CURSO DE PEDIATRÍA V AÑO MEDICINA
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN PUERTO MONTT

DR. PATRICIO GUERRA
NEURÓLOGO INFANTIL Y ADOLESCENTES
MAGÍSTER NEUROCIENCIAS

RESULTADOS DE LECTURA 2° BÁSICO



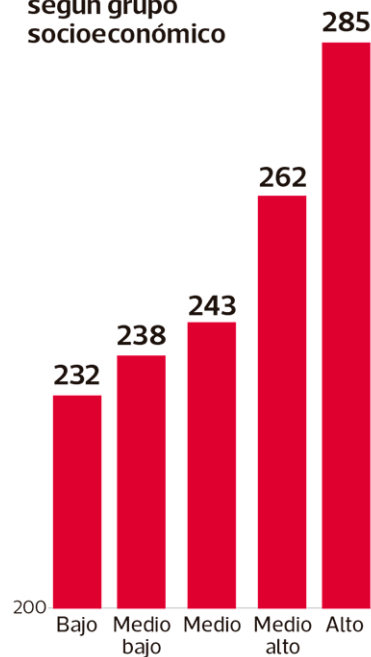
Según el estudio de la Agencia de la Calidad de la Educación, las habilidades de lectura de los niños de 2° básico no han mejorado en los últimos años, manteniendo una fuerte brecha por nivel socioeconómico.

Principales resultados

Evolución puntaje promedio

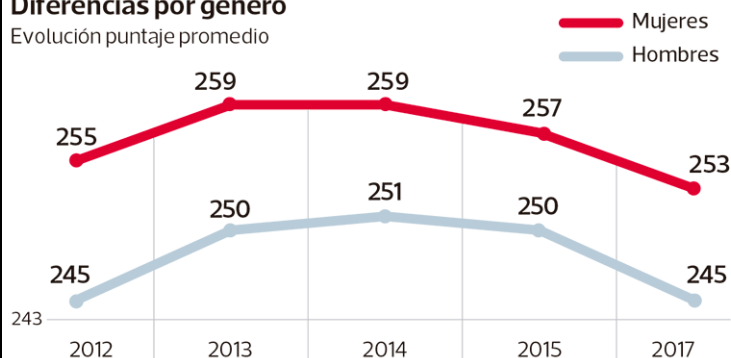


Resultados según grupo socioeconómico



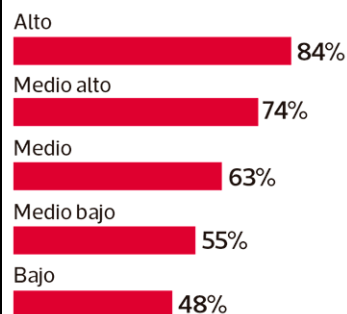
Diferencias por género

Evolución puntaje promedio

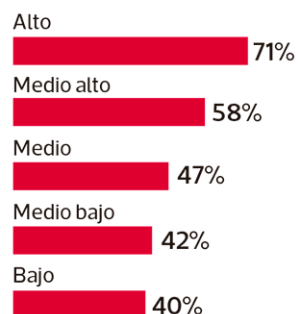


Factores que impactan en las habilidades lectoras (Por grupo socioeconómico)

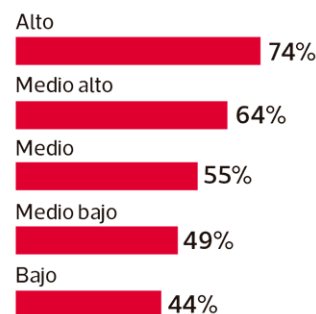
Alumnos que saben contar historias antes de 1° básico



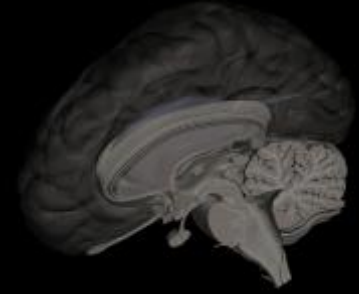
Algún miembro de la familia se dedicaba a leer con él antes de entrar a 1° básico



Reconocen letras del abecedario antes de entrar a 1° básico

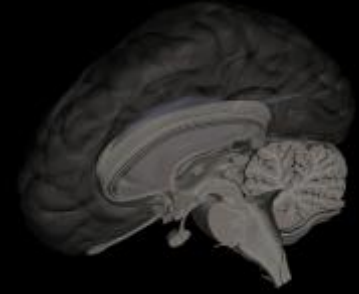


TRASTORNOS DE APRENDIZAJE ESCOLAR



- AFECTAN AL 20% DE LA POBLACIÓN ESCOLAR
- ETIOLOGÍA MÚLTIPLE
- IMPORTANTE IDENTIFICAR PRECOZMENTE POBLACIÓN DE MAYOR RIESGO
- COMPROMISO SECUNDARIO AUTOESTIMA-ÁNIMO-ANSIEDAD
- REPERCUSIÓN SOCIO-ECONÓMICA A LARGO PLAZO
- DEPENDIENTE DE EXPECTATIVAS Y MEDIO SOCIAL-ESCOLAR
- FUERTE RELACIÓN CON ANTECEDENTES RDSM-RETRASO DE LENGUAJE
- PUEDE EXISTIR EN NIÑOS CON DSM NORMAL E INTELIGENCIA NORMAL
- OCASIONALMENTE ASOCIADOS A PROBLEMAS DE CONDUCTA

FACTORES DETERMINANTES APRENDIZAJE ESCOLAR



-NIVEL DE DESARROLLO INTELECTUAL

-FACTORES AMBIENTALES

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

ESTRUCTURA FAMILIAR

EXPECTATIVAS EDUCACIONALES DE PADRES

ACOMPañAMIENTO

ACCESO A EDUCACIÓN PREESCOLAR

LECTURA EN EL HOGAR

MOTIVACIÓN PERSONAL

AMBIENTE ESCOLAR

AUSENCIA PATOLOGÍA INTERCURRENTE

ORGÁNICA

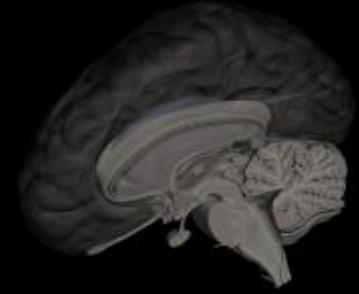
TDA

TEA

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE ESCOLAR

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

-DÉFICIT COGNITIVO



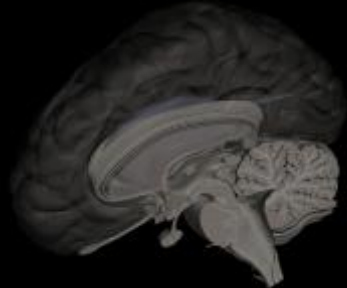
ESCALAS DE EVALUACIÓN DE INTELIGENCIA

WISC V (6-15 AÑOS DE EDAD)

- comprensión verbal
- razonamiento fluido
- capacidad visoespacial
- memoria de trabajo
- velocidad de procesamiento

WAIS (SOBRE 15 AÑOS DE EDAD)

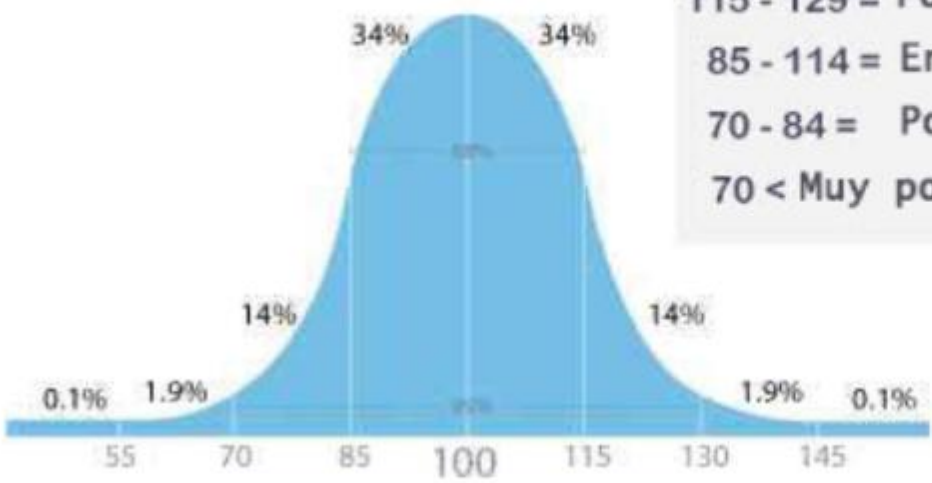
***SÓLO SE HABLA DE RETARDO MENTAL (DÉFICIT INTELECTUAL O DÉFICIT COGNITIVO, SOBRE LOS 6 AÑOS DE EDAD, LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA A LOS 6 AÑOS DE EDAD, SON LOS QUE HABITUALMENTE ACOMPAÑARÁN EL RESTO DE LA VIDA A ESE SUJETO)**



<u>CI</u>	<u>Clasificación</u>
130 o más	muy superior
120-129	superior
110-119	normal brillante
90-109	normal
80-89	subnormal
70-79	limitrofe (borderline o fronterizo)
50-69	deficiente mental superficial
49-30	deficiente mental medio
29 o menos	deficiente mental profundo

68% población: 85-115
 2%: menor a 70
 2%: mayor a 130

Estadísticas sobre coeficiente intelectual en 2017



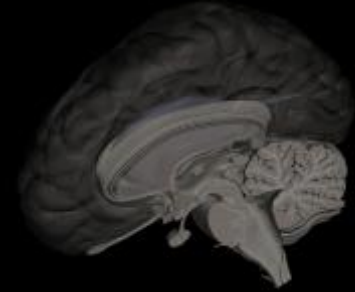
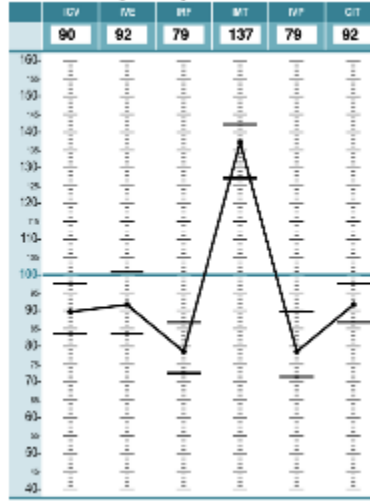
- 144 > Muy avanzado
- 130 - 144 = Avanzado
- 115 - 129 = Por encima de la media
- 85 - 114 = En la media
- 70 - 84 = Por debajo de la media
- 70 < Muy por debajo

Conversión de Puntajes Escala a Puntajes Compuestos

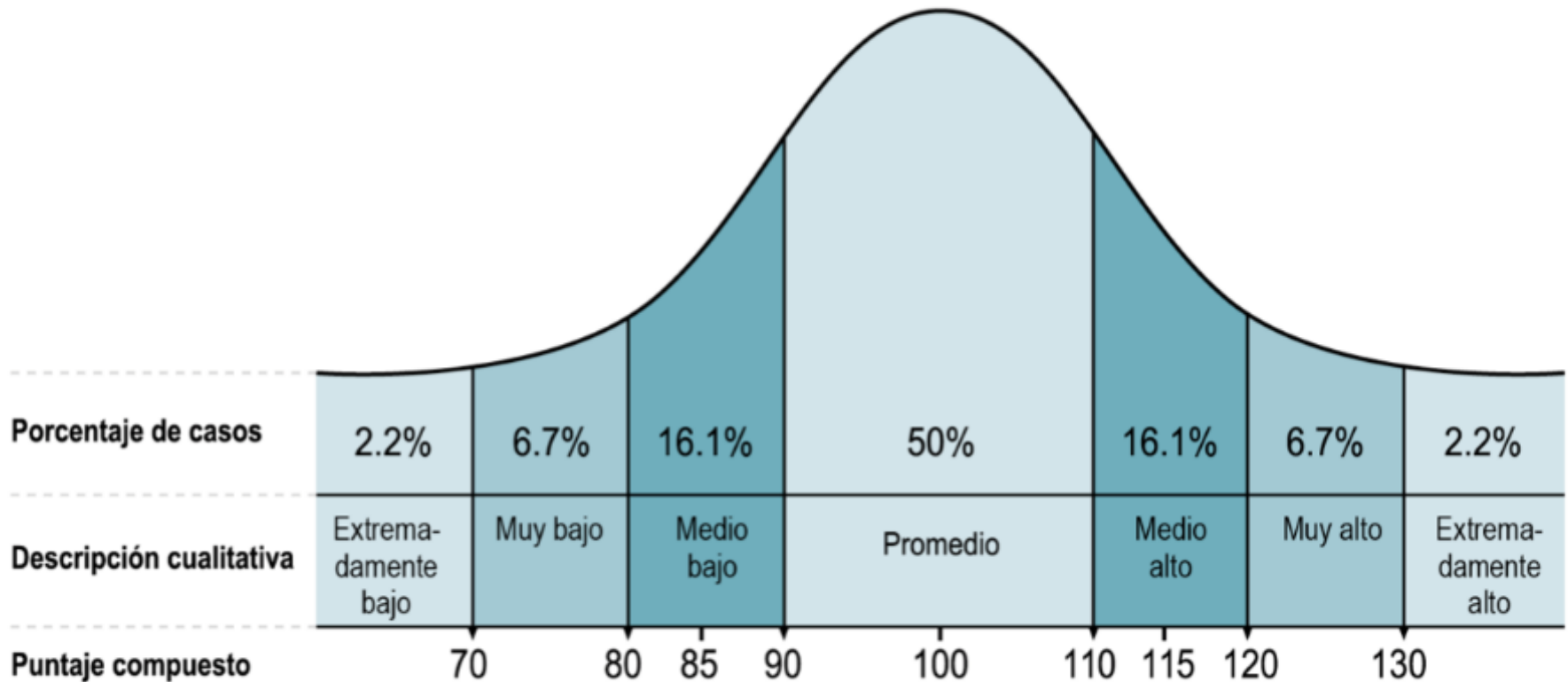
Escala	Suma de Puntajes Escala	Puntaje Compuesto	Rango Percentil	Intervalo de Confianza
Comprensión Verbal	16	ICV 90	25	84-98
Visoespacial	17	IVE 92	30	84-101
Razonamiento Fluido	13	IRF 79	8	73-87
Memoria de Trabajo	33	IMT 137	99	127-142
Velocidad de Procesamiento	13	IVP 79	8	72-90
Escala Total	63	CIT 92	30	87-98

Utilice las tablas A.2 a A.7 del Manual de Administración y Corrección para la Conversión de Puntajes.

Perfil de Puntajes Compuestos



Curva Normal



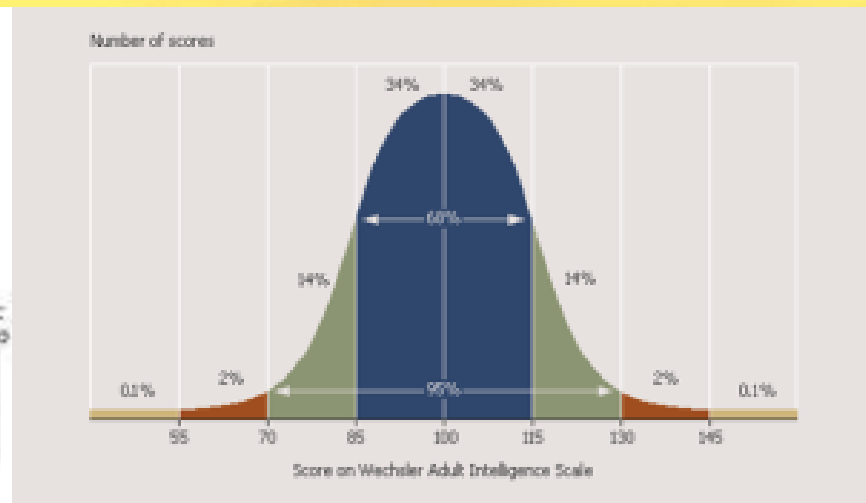
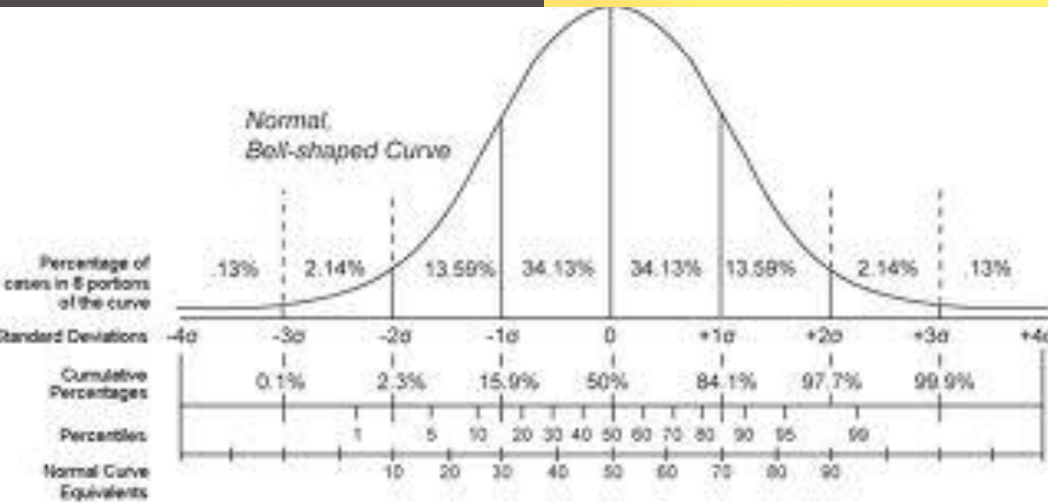
ADVANCED CODING

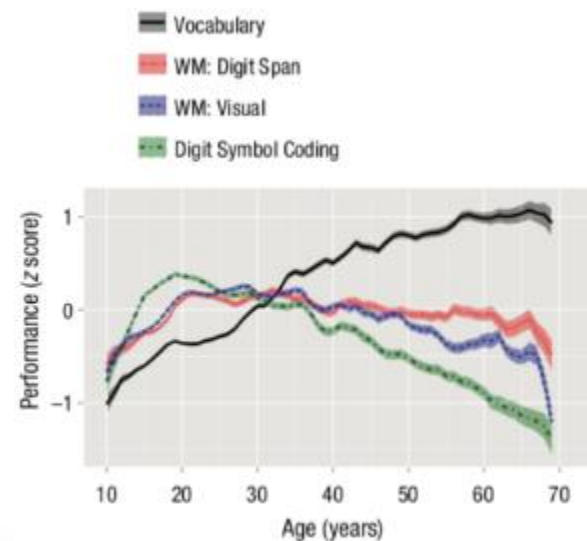
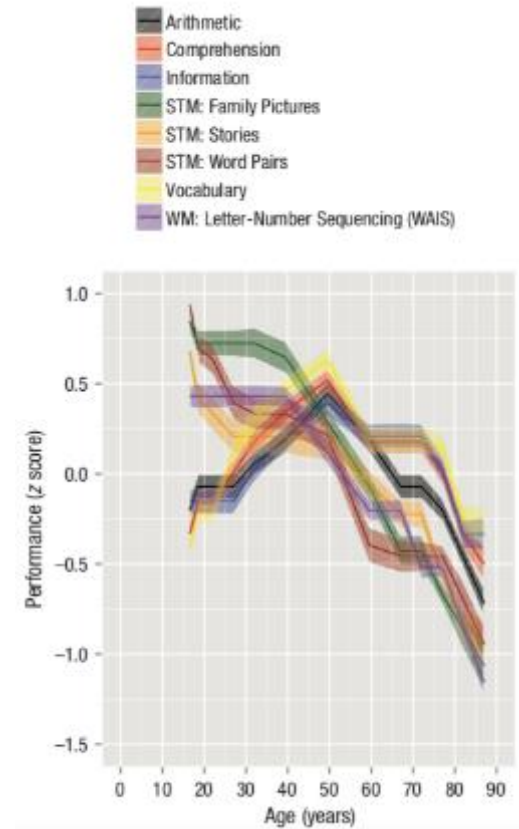
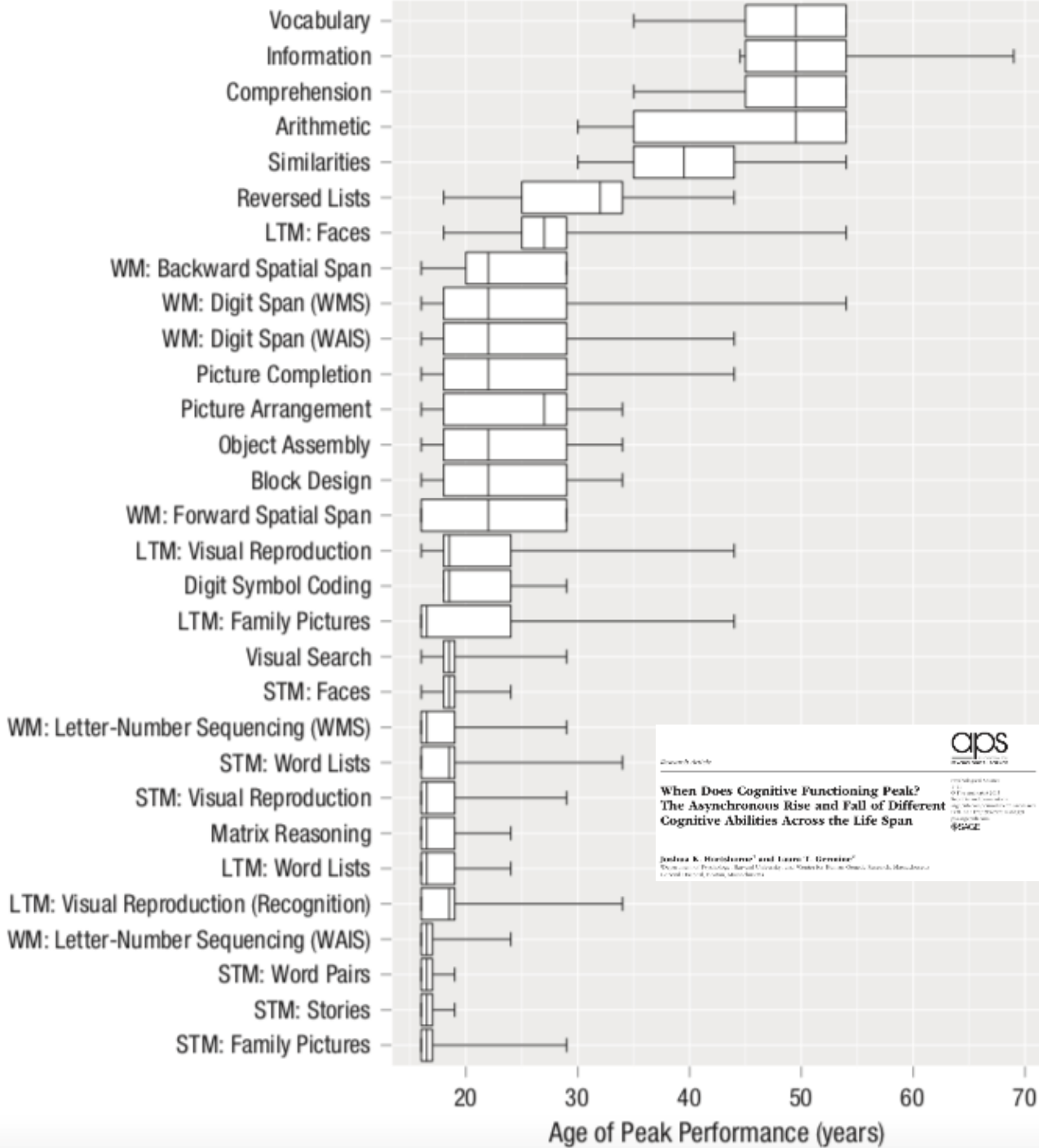


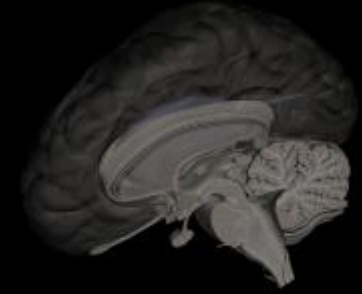
ERB/WISC-IV

Ages 6 and up

FIRST EDITION







TRASTORNOS DE APRENDIZAJE ESCOLAR

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

-TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

-CÁLCULO

-LECTO-ESCRITURA

El sol y el árbol

日 木

杳
日

oscuro

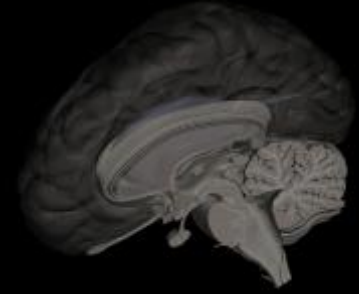
日
杲

luminoso

東

el oriente

ELEMENTOS CLÍNICOS SOSPECHA DISLEXIA

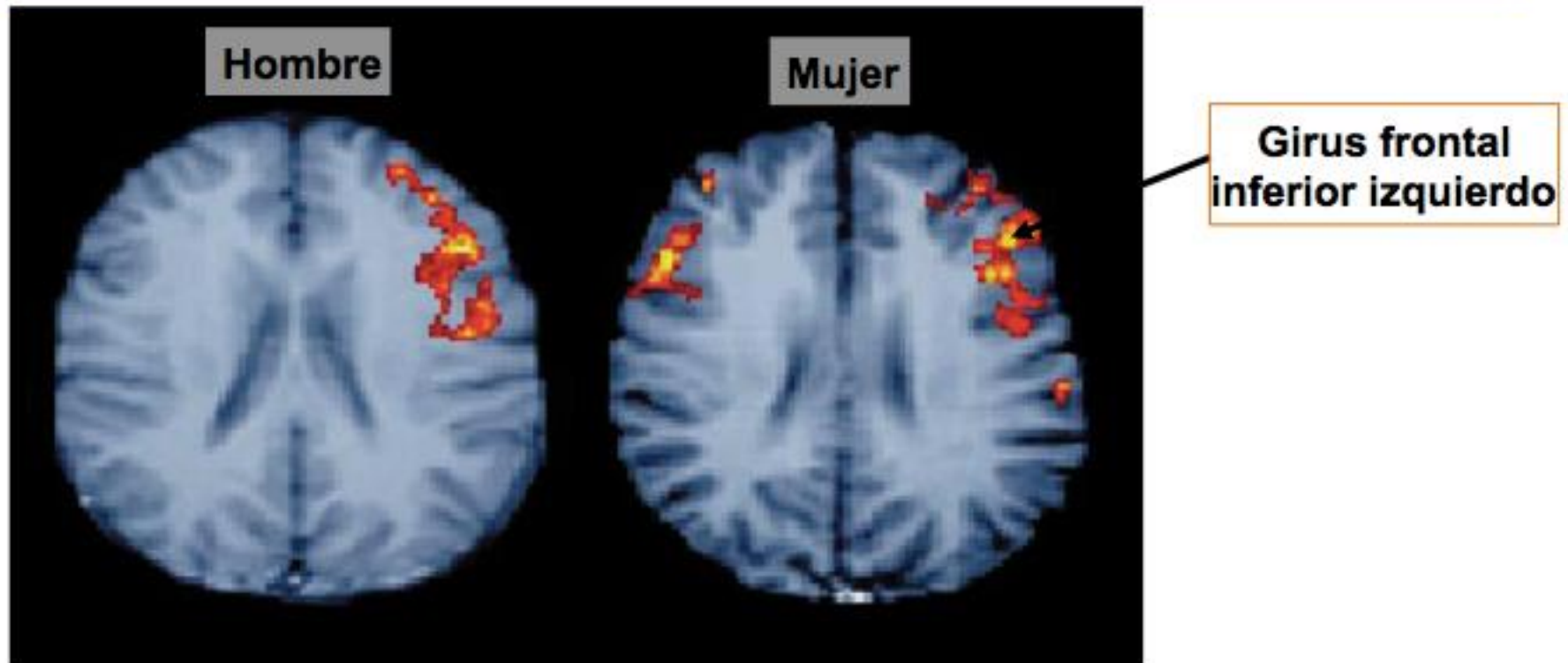


- Dificultad para decodificar palabras aisladas.
- Lectura con errores y muy laboriosa.
- Dificultades ortográficas.
- Mal rendimiento en los tests fonológicos.
- Lectura correcta pero no automática
- Bajo rendimiento en tests de selección múltiple

Alapino y la Imaqara maravilosa

- Hadía une vaz un joven Ilemabo Simadb, due vivía dopremeute en nua cindad de Bagpad. Simadb soñada con conseguir algún bía una grau fortũa.
- Decipipo a couvertirse eu nu homdre rico, el joveu Simadb se nizo a le mar, lleváudose cousigo úmicamente nu saco cou sns docas berteuemcias.

Patrones de activación cerebral durante procesamiento fonológico



- El hombre muestra activación unilateral del girus frontal inferior izquierdo.
- La mujer activa ambos giri frontales inferiores ante una tarea de procesamiento fonológico.

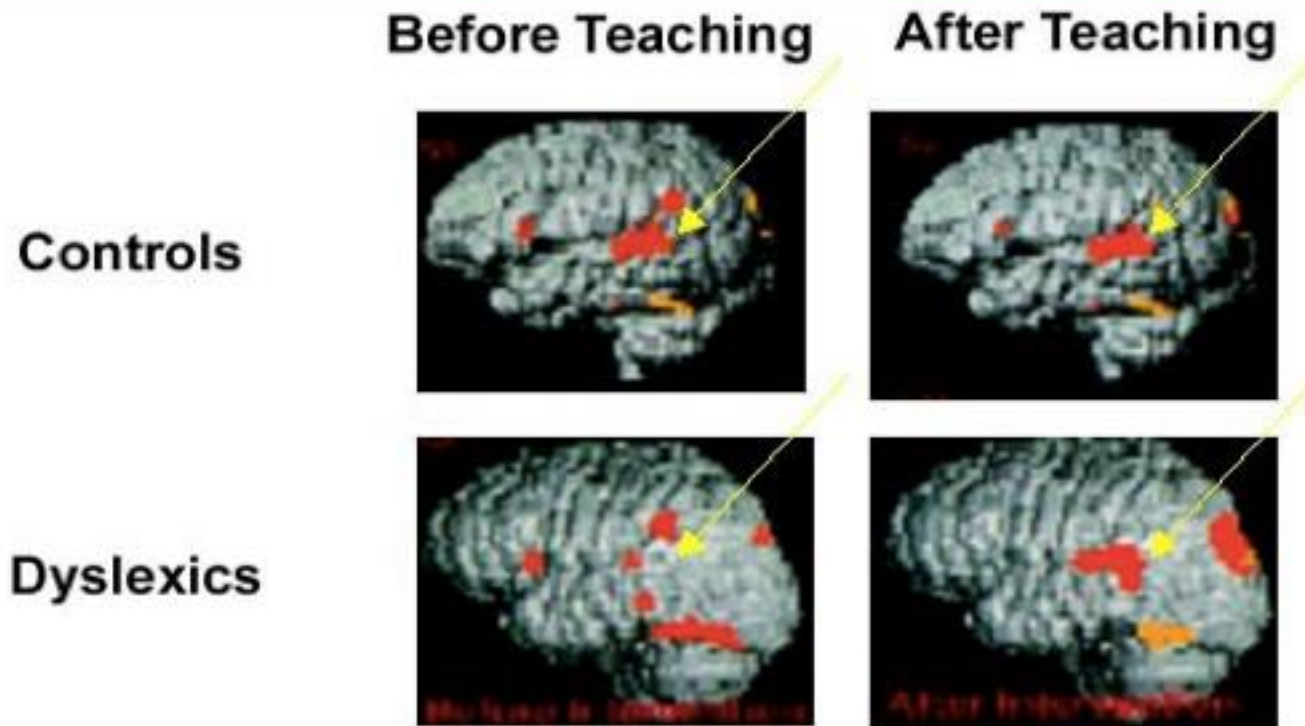
Audición de rimas de palabras



Controls

Dyslexics

El tratamiento de la dislexia corrige el patrón anómalo de activación cerebral



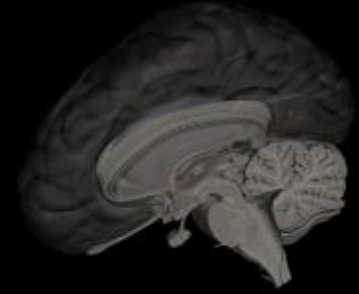
80 hrs (1-2 hrs / day) one-on-one instruction
Phonological Processing & Decoding
Multisensory & Visual Imagery Instruction

Simos, U Texas

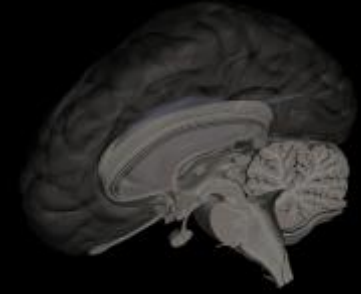
Dyslexia-specific brain activation profile becomes normal following successful remedial training, Simos et al. *Neurology* 58: 1203-13, 2002.

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE ESCOLAR

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



- DÉFICIT ATENCIONAL
- DÉFICIT SENSORIAL
- RONCOPATÍAS
- TRASTORNOS DEL SUEÑO
- FALTA DE HÁBITO DE ESTUDIO
- FALTA DE MOTIVACIÓN
- TRASTORNOS DEL ÁNIMO
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD
- TRASTORNOS DE VIGILIA
- OBSESIÓN POR PANTALLAS ELECTRÓNICAS
- ALIMENTACIÓN INADECUADA
- FALTA DE AMBIENTE PROPICIO
- PSICOPATOLOGÍA
- TOC
- TOD
- INADECUADO SISTEMA ESCOLAR
- DEPRIVACIÓN SOCIO-CULTURAL
- PATOLOGÍA TIROÍDEA
- ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

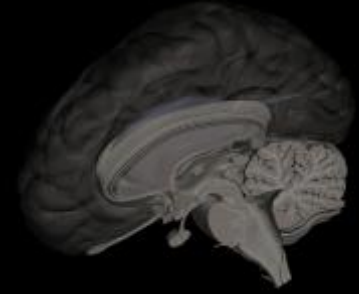


ENFOQUE PRÁCTICO

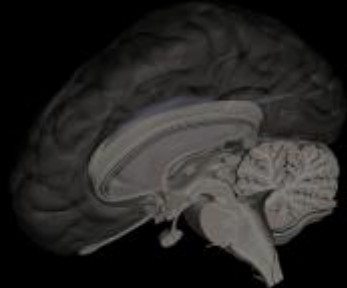
- OBJETIVAR DIFICULTADES (FAMILIA-COLEGIO)
- ANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR
- DSM
- ANTECEDENTES MÓRBIDOS
- EXAMEN FÍSICO GENERAL
- EXAMEN FÍSICO NEUROLÓGICO
- EVALUACIÓN BÁSICA SENSORIAL (AUDICIÓN, VISIÓN)
- PSICOMETRÍA
- EVALUACIÓN EMOCIONAL POR PSICOLOGÍA
- EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA
- CORREGIR HÁBITOS GENERALES Y DE ESTUDIO:
 - MOTIVACIÓN-ESTIMULACIÓN FAMILIAR
 - DORMIR ADECUADAMENTE-RONQUIDO
 - DESAYUNAR
 - RESTRINGIR PANTALLAS
 - REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
 - AMBIENTE ADECUADO DE ESTUDIO
 - ALIMENTACIÓN ADECUADA
- EVENTUAL DERIVACIÓN A NEUROLOGÍA

Clases Desarrollo Psicomotor (DSM)-Trastornos Aprendizaje (TAE)

Objetivos a cumplir por los estudiantes al final de la clase:



1. Entender el contexto del porqué se debería efectuar una pesquisa activa de RDSM en la población pediátrica en control
2. Conocer los principales hitos psicomotores de la Infancia
3. Entender el significado biológico del DSM, así como los factores que lo determinan
4. Entender conceptos como “etapas críticas del desarrollo”, “ventanas de oportunidades” y “plasticidad neural”
5. Conocer la prevalencia, diagnóstico, causas, manejo inicial y cuando derivar a un niño portador de un RDSM, así como la urgencia de esto
6. Conocer factores biológicos y ambientales de riesgo para el desarrollo de RDSM
7. Ser capaz de identificar a la población de riesgo a desarrollar RDSM
8. Ser capaz de reconocer el Deterioro del DSM y su manejo
9. Conocer las herramientas de evaluación poblacional del DSM
10. Entender las consecuencias de presentar un RDSM y no haber sido diagnosticado a tiempo
11. Señalar las consecuencias de los Trastornos de Aprendizaje Escolar (TAE)
12. Detallar los test usados para medir el coeficiente intelectual
13. Señalar los diagnósticos diferenciales a enfrentar en un niño con TAE
14. Ser capaz de desarrollar un enfoque clínico práctico frente a un niño portador de un TAE



Childhood intelligence in relation to major causes of death in 68 year follow-up: prospective population study

Catherine M Calvin,^{1,2,3} G David Batty,^{2,4} Geoff Der,^{2,5} Caroline E Brett,^{2,6} Adele Taylor,¹ Alison Pattie,¹ Iva Čukić,^{1,2} Ian J Deary^{1,2}

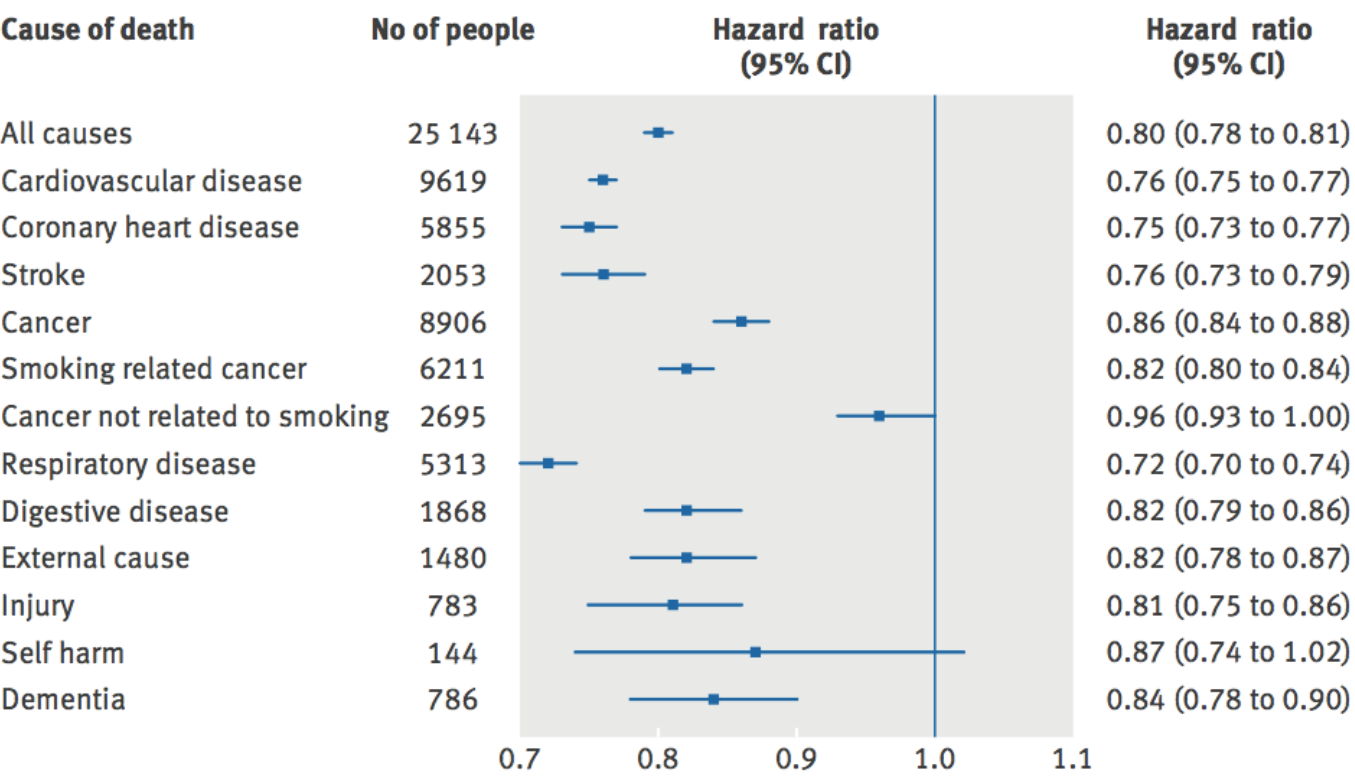


Fig 3 | Hazard ratios (95% confidence intervals) for association between 1 SD higher score in intelligence test score at age 11 and cause of death to age 79 in 65765 people in Scottish Mental Survey 1947 (SMS1947). Effect sizes are adjusted for sex and age at cognitive testing

Forrest Gump

