

“Aumento de niños de 0-3 años que consultan por desviaciones en el desarrollo”

Complejidad y multicausalidad ineludibles al pensar los diagnósticos y los abordajes psicomotores.

Lic. Claudia Ravera
Montevideo-Uruguay

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años una impresión clínica junto a numerosos colegas, nos lleva a plantear un evidente aumento de niños de 0- 3 años que consultan por presentar conductas estereotipadas, también llamadas bizarras (evitación del contacto ocular, aleteo, marcha en punta de pie, ausencia de lenguaje como función dialógica, etc).

En maternales y jardines de infantes, las maestras transmiten su preocupación por el número creciente de problemáticas en los bebés así como en algunos padres para comprender y contener la infancia. La misma preocupación vale para niños de educación inicial, escolares y adolescentes.

Porque creemos en la libertad de pensamiento, en la creatividad y en la diversidad, como terapeutas preferimos posicionarnos en el paradigma de la complejidad y la multicausalidad. Quedamos de alguna manera muchos más libres para pensar, para crear y menos alienados a técnicas, escalas, etc. Por esto no podemos dejar de pensar en primer lugar en cómo estar lo más sanos posibles para esta aventura de “tomar de la mano” a un niño que se nos va, que se aleja del encuentro intersubjetivo, para así vivir junto a él su mundo vacío, angustiante, de gran soledad y temores, donde la caída, la dispersión en el espacio, nos dice de que todavía son seres-abiertos que no tienen un cuerpo que los contenga, ni un espacio que los cobije.

Después de años de trabajo clínico me animaría a afirmar que actualmente, hay un grueso de niños con desviaciones del desarrollo que responden rápidamente a los tratamientos –siempre y cuando se cumplan y se realicen lo más tempranamente posibles-, y otros que por el contrario avanzan muy poco a pesar de se aplique un abordaje terapéutico global similar.

2) CAMBIOS CULTURALES y PARENTALIDAD.

Dentro de un enfoque multicausal, no podemos dejar de pensar en primer lugar en los aspectos ambientales que rodean al niño. Sobre todo en aquellos niños que consultan por desviación de su desarrollo y que evolucionan bastante rápidamente, pensamos que los cambios culturales afectan el ambiente del niño:

- El aumento de mujeres en el mercado laboral, con largas jornadas de trabajo y poca licencia maternal.
- Maternidad y paternidad tardía
- Disminución del número de hijos.
- Antes de “encargar” al bebé muchos padres buscan un “orden geométrico” y no un “orden vital” (Bergson) y se autodefinen como “muy estructurados”, con poca creatividad para jugar con el hijo.
- Muchos padres parecen esperar que los profesionales (pediatra, maestra del maternal, etc) les den “recetas” de cómo criar a un niño y/o si van bien en su función parental.
- Se aferran a lo “estructurado” y muchas veces el juego, la imitación, el disfrute, la creatividad no se dan como se espera.
- Se muestran inseguros y desorientados, invadidos por información que no pueden jerarquizar y por lo tanto con dificultades para construir su propia filosofía de crianza.

3) LOS PELIGROS DE LA TV. Y DE LAS PANTALLAS EN LOS BEBES.

Día a día, aparecen en el mercado productos que nos producen asombro pues nunca pudimos imaginar que fuera posible su existencia.

¿Quién iba a imaginar que un bebé aprende a imitar gestos y sonidos a través de una tablet o un programa de TV antes que otros bebés que lo hacen con sus padres? ¿Quién iba a imaginar que un niño que se va de camping prefiera jugar al play station dentro de la carpa, que ir a la playa? ¿Quién iba a imaginar que una mamá en lugar de calmar al hijo en brazos en forma rítmica y amorosa, iba a colocarlo en una hamaca a batería con su voz grabada en un mp3? ¿Quién iba a imaginar que una mamá comprendiera el llanto de un bebé porque un aparato se lo decodifica diciéndole si corresponde a sueño, hambre, dolor u aburrimiento?

Serge Tisseron en su libro sobre los peligros de la TV en los bebés editado en el año 2008, nos dice que muchas veces los padres suponen que la televisión es como chupete, pero es peor, es lo que él ha llamado tele “Medusa” en referencia a la diosa Medusa que con su mirada petrificaba al enemigo. A la TV Medusa, tenemos que agregar ahora las pantallas para bebés, las tablets!! Y no podemos imaginar todos los nuevos objetos que seguirán produciéndose día a día. Objetos que la publicidad vende bajo el slogan de “estimular la inteligencia del bebé” y de “dejar a los padres más tiempo libre para sí mismo” librándose de la pesada carga que supone criar un hijo.

Un estudio canadiense citado por dicho autor, señala que la televisión antes de los tres años puede provocar serias consecuencia sobre:

- la construcción de la imagen de sí y de su familia. Un estudio realizado con una muestra de 55000 niños que miran la televisión entre 71 y 108 minutos por día, muestra que el sentimiento de sentirse en el mundo y formando parte de una familia aparece muy afectado.
- las adquisiciones lingüísticas y el dibujo de figura humana
- los modelos internos que reflejan su relación con el mundo.

Por ello se aconseja:

- Antes de los 6 meses que los bebés no sean puestos frente al televisor ya que provoca fatiga psíquica por tensión frente a la pantalla.
- Después de los 6 meses no más de 15 minutos por día
- A partir de 2 años y medio, comienzan a reconocer los contenidos de eso que ellos ven.
- 3 años, pasan de una relación con la pantalla a una relación con un programa.

Quienes venden programas para bebés, sostienen que estimulan el desarrollo cognitivo y con ello cautivan a los padres. Sin embargo estudios de la Universidad de Seattle han demostrado que enlentecen los aprendizajes de los bebés de 8 a 16 meses. “La cantidad de tiempo que un bebe pasa mirando estos programas es directamente proporcional con el enlentecimientos de sus adquisiciones” (Tisseron, 2008)

Los padres quedarían engañados, según Tisseron, pues ven a su bebé “atento” e inmóvil delante de la pantalla y piensan que la tele lo tranquiliza. “Pero está más bien hipnotizado por el desfile rápido de formas y de colores acompañado de ritmos y de sonidos extraños”. Cuando los padres apagan el televisor el niño se muestra excita y vuelven a prenderlo para que se calme: “La televisión pasa a ser eso que lo excita y lo calma a la vez” ” (Tisseron, 2008)

4. REVISIÓN DE LOS PACIENTES DE 0-3 AÑOS CON DESVIACIONES DE SU DESARROLLO, ATENDIDOS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.

Analizaré algunos aspectos de trece niños de mi consulta privada que tomé en tratamiento psicomotor con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (según DMS IV) o T.E.A, desde hace tres años a la fecha. He recibido muchos otros niños por el mismo motivo de consulta pero ya telefónicamente los derive a otros psicomotricistas para poner límites y cuidar mi disponibilidad emocional tan necesaria en este trabajo.

Niños atendidos con diagnóstico de TGD:

- Se atendieron 13 niños en estos últimos 3 años con diagnóstico de TGD no especificado. 12 son varones, y 1 es niña.
- 10/13 diagnósticos fueron realizados por el mismo neuropediatra.

Edades en que fueron hechos los diagnosticados

2 niños fueron seguidos desde su nacimiento debido a su prematuridad por equipo de seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo, y derivan al observar conductas de desviación a tratamientos sin hacer un diagnóstico psiquiátrico a los padres.

7 meses (pediatra diagnóstica hipotonía y retraso en el desarrollo) A los dos años neuropediatra: Trastorno del Espectro autista.

13 meses (neuropediatra TGD – espectro autista)

17 meses (neuropediatra TGD no especificado “tocando la normalidad”)

18 meses (neuropediatra TGD no especificado)

19 meses (psiquiatra infantil no da un diagnóstico)

21 meses (neuropediatra TGD no especificado)

2 años y 3 meses (neuropediatra TGD no especificado)

2 años y 7 meses (psiquiatra infantil TGD no especificado)

2 años y 10 meses (fonoaudióloga, deriva a Neuroped. TGD)

2 años y 11 meses (psiquiatra infantil TGD no especificado)

3 años y 10 meses (fonoaudióloga, deriva a Neuroped. TGD)

Padres-familia:

- Todos los niños pertenecen a familias de clase media y algunos media alta, de padres casados (no separada ninguna pareja) profesionales en su mayoría.
- Sus edades oscilan entre los 33 y los 45 años.
- Viviendas: 7 viven en apartamentos - 6 viven en casas.
- 11 viven en la ciudad y 2 en el interior del país.
- 10 no tienen apoyo de la familia (abuelos, tíos, etc). 3 tiene apoyo.
- Tanto padres como madres, todos trabajan, en general largas jornadas laborales.
- Los niños quedan al cuidado de empleadas y/o en jardines maternas.

Fratría:

- 4 son hijos únicos
- 6 tienen un hermano/a (4 varones tienen una hermana mayor, otro es mellizo de un varón, la niña tiene un hermano menor)
- 3 niños pertenecen a una fratría de tres varones (uno es el mayor y dos son del medio).

¿Quién percibió la patología?

3 – madre

3 – jardín maternal

- 2 – abuela
- 2 – equipo de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo (x prematuridad)
- 2 – fonoaudióloga
- 1 – padre

Antecedentes personales.

- 3 Prematuridad con patología perinatal (30 semanas, 32 semanas, 37 semanas)
- 1 otitis a repetición durante el primer año de vida.
- 1 niño con secuelas neurológicas (motoras)
- Todos con síntomas de desviación y/o retraso del desarrollo psicomotor.

Adquisición de la marcha:

- Entre 12 y 14 meses (6 niños)
- Entre 15 y 18 meses (3 niños)
- Entre 19 meses y 21 meses (3 niños)
- 2 años y medio (niño prematuro con parálisis cerebral)

Exceso de horas frente a la pantalla (televisor, Dvd, etc)

Once madres de las trece, declaran exceso de horas frente a la pantalla. Las otras desconocen las horas que las empleadas los ponían frente al televisor. Dos madres expresan que quedaban entre 7 y 8 hs por día con los videos de Baby Einstein desde muy chiquititos y que les “gustaba mucho”.

“Mira mucha tele, queda como absorbido por las imágenes, se excita, queda hipnotizado y luego que apagamos la tele hace lo mismo que acaba de ver con su cuerpo, sino lo puede hacer queda como excitado. Si mira alguna imagen que le asusta queda como atrincherado en algún rincón de la casa”

“De bebé no notamos nada, salvo la inquietud. Veía videitos de Buba, la tele y sobre todo una animadora y cantante de la tele de origen brasileño. Fuimos a Porto Alegre, a verla y él la buscaba como desesperado, la madre lloraba de la emoción”.

“La tele era un integrante más de la familia, esa luz que estaba siempre”.

SÍNTOMAS:

Ya en la sala de espera se observan índices muy llamativos que nos hacen sospechar un compromiso en el desarrollo. Los síntomas que describiremos a continuación siguiendo los parámetros psicomotores, son producto de lo aportado verbalmente por los padres, de lo observado en el niño tanto en la sala de espera, sala de psicomotricidad, vereda, hogar y/o jardín de infantes.

Corporales:

Diálogo tónico:

Fallas importantes en el diálogo tónico

Poca tolerancia al acercamiento físico de extraños.

En brazos de la madre, se abandonan, se arquean, por momentos parecen querer meterse dentro del cuerpo materno. Predominan las distonías.

Diálogo de miradas y sonrisas.

Evitación del contacto ojo a ojo, adherencia visual a fuentes de luz, o “perfilea” las líneas rectas haciendo un movimiento peculiar de ojos.

Sonrisa estereotipada, a veces social. Expresividad facial pobre y fija.

Cuerpo y Espacio:

Deambulan sin un objetivo claro como dispersándose en el espacio.

Marcha en punta de pie y aleteo

Tienden a irse por el espacio sobre todo hacia arriba (subir escaleras, espaldares, etc). Les cuesta penetrar en túneles, huecos, etc.

Confunden cuerpo y espacio, no hay adentro ni afuera. Uso indistinto de ambas manos

Posturales corporales:

Posturas corporales predominan las simétricas más que las asimétricas y el funcionamiento en bloque

Rigidez en los movimientos corporales o desarme contra las paredes y cuerpo materno

“Cuidados corporales”:

Inquietud ansiedad impulsividad

Se golpean boca, cara y/o cabeza cuando algo los desborda.

No todos tienen una buena noción del peligro pero la mayoría tiene buen equilibrio y reflejos.

Temor a los ruidos, estado de alerta auditiva, se tapan oídos.

Lenguaje

No parecen comprender pero sorprenden por momentos.

No responden al nombre

Escaso lenguaje, o si lo hay está alterado el uso de la función del lenguaje para comunicar.

Gritos viscerales o susurros

Prosodia peculiar

Ecolalia

Objetos

Mucho interés por el mundo de los objetos más que el de las personas

Uso sensorial con algunos

Atracción por hacer girar cosas, o por cosas que giran. Autitos, ruedas,

Tirar, desarmar y dispersar

Exploración de orificios

5. PROCESO DIAGNÓSTICO- ELABORACIÓN DE UNA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA (PUENTE HACIA UN PROYECTO TERAPÉUTICO).

Proceso diagnóstico psicomotor con el niño y sus padres.

- ☞ Entrevista a ambos padres
- ☞ Observación en sala de psicomotricidad
- ☞ Juego e Interacción de los padres con el niño
- ☞ Deducir de lo observado su ubicación en una escala de desarrollo (EEDP)
- ☞ Visita al hogar
- ☞ Visita al Jardín de infantes
- ☞ Confección del informe escrito
- ☞ Devolución a los padres.

Discusión del proceso de diagnóstico psicomotor con el equipo interdisciplinario que se va conformando:

- ☞ Pediatra
- ☞ Neuropediatra
- ☞ Otros profesionales que tienden al niño

HIPÓTESIS DIAGNOSTICA. La construiremos de acuerdo a nuestra experiencia clínica y a las teorías en que nos apoyamos para comprender lo que le sucede al niño. Nos basamos en autores tales como F. Tustin, D. Meltzer; G. Haag; C. Prego Silva; H. Garbarino; B. Golse; M. Boubli.

La hipótesis más general sería que los niños con desviaciones importantes de su desarrollo, presentarían fallas en el proceso de construcción subjetiva y de intersubjetividad (importancia de la empatía y las neuronas espejo). Esta situación respondería a causas difíciles de determinar, múltiples y complejas. Podríamos pensar como variables posibles: vulnerabilidad genética sumada a fallas en la interacción y construcción de un vínculo.

6) UN CASO CLÍNICO.

Presentaré un video de un niño atendido desde los 18 meses de edad por presentar un Trastorno Generalizado del Desarrollo. Actualmente tiene 4 años. Iremos analizando las diferentes estrategias que intenta crear la psicomotricista a lo largo del tratamiento psicomotor, para lograr una interacción donde la movilización tónico-emocional cumpla un papel fundante.

1) CO- CREANDO ENVOLTURAS

- A través de la sensibilización táctil del plano posterior del cuerpo del niño (basándose en los aportes de G. Haag).
- A través de su ritmo corporal (táctil y laberíntico) , de la voz, del lenguaje.
- Estando alerta a las respuestas regulatorias del niño.

2) CO- CREANDO RITMOS

Sabemos que “Gracias a la característica repetitiva del ritmo, éste se vuelve previsible y confiable para el niño y se genera una ritmicidad conjunta. Y esto da cohesión al self” (...) “Jugar con la amplitud del ritmo y con la intensidad significa jugar con los afectos vitales descriptos por Stern”. (V. Guerra)

Como veremos en el video, la psicomotricista busca a través de canciones, de sonidos realizados con el cuerpo estático o en movimiento (palmaditas, pisadas fuertes en el piso, chasquidos de lengua, etc), entrar en un ritmo común, que oficie de diálogo no-verbal. La sintonía afectiva, donde se repite pero de manera no igual algo esencial de la acción, hace que el niño explore a nivel cognitivo y no sólo afectivo.

3) BUSCANDO ESTABLECER UN DIALOGO TÓNICO.

Tratamos de que el niño disfrute del amoldamiento y pueda acomodarse a mínimas transformaciones necesarias para permanecer en un placentero encuentro afectivo donde no se sienta “engullido”.

A partir de captar las señales del niño (variaciones en la tonalidad, en la intensidad, en el encaje corporal), buscaremos establecer un “diálogo tónico”, para así dar continuidad como base de seguridad. Luego iremos introduciendo en forma intuitiva discontinuidades (favoreciendo la acomodación piagetiana a pequeños cambios así como comenzar a tolerar la espera).

4) IMITANDO SUS PRODUCCIONES CORPORALES Y VOCÁLICAS

Lograr con un niño con desviación en su desarrollo que responda repitiendo algún gesto, sonido o palabra que produjo espontáneamente y que la psicomotricista imitó, es uno de los momentos más fascinantes de nuestro trabajo.

La imitación es un puente primario para la intersubjetividad. Imitaremos sus gestos generalmente frente al espejo, pues pocas veces toleran hacerlo frente a frente. En el

caso del niño presentado en el video, veremos que puede imitar durante una interacción cara a cara, fruto de un largo trabajo previo donde el espejo ofició de elemento asegurador. Este niño queda habitado por el gesto de la psicomotricista co-creado en forma conjunta, y emite luego la primer palabra.

Sabemos que cuando un niño imita, está siendo consciente de alguna forma de que son dos que hacen algo igual “a la vez”, o “por turnos”. “La imitación de los otros es fuente a la vez del alter y del ego (Baldwin). Representa una de las principales ocasiones de distinción entre el mundo exterior y el yo”. (Battro, 1971)

5) REPLIEGUE DEL NIÑO Y EXPULSIÓN DE LA PSICOMOTRICISTA.

Luego de un trabajo corporal intenso y de explorar la cavidad oral de la psicomotricista, el niño dice “papá” como primera emisión sonora con fin comunicativo.

Posteriormente se pone de pie en las rodillas de la psicomotricista, mira el espejo, dice “cae-cae”. Simula caer y comienza el desencuentro entre la psicomotricista y el niño. Todo lo que el niño hace es para evitar a la psicomotricista tal vez porque la experiencia fue muy intensa.

Al respecto, Temple Grandin (1986) , nos dice algo muy sabio que debemos tener en cuenta sobre todo quienes trabajamos buscando un acercamiento corporal: *“Hay un punto de equilibrio entre enseñar a un niño autista a disfrutar del contacto y provocarle el temor a ser engullido”*

No es fácil para nosotros soportar no-existir para el niño. ¿Qué podremos hacer en estos momentos?

- ¿Esperar y “aguantar” el aislamiento en que quedamos?
- ¿Hiperestimularlo para sentir que estamos “haciendo algo”?
- ¿Buscando el desarrollo de destrezas y comportamientos, con “premios y castigos”, olvidándonos de su ser personita?

A pesar de numerosas investigaciones es muy poco lo que realmente se sabe acerca de la o las posibles causas de estas patologías graves y tempranas. Como terapeutas tenemos que tener esperanza! Esperanza de que ese niño va a mejorar y se va a sentir mejor! Por eso vamos a intentar “modificar lo modificable”... aunque no sepamos bien dónde se encuentra esa sutil diferencia entre lo modificable y lo inmodificable.

BIBLIOGRAFIA CITADA:

- (1) Tisseron, S. (2008), **“Les dangers de la télé pour les bébés”** Collection Temps d’arrêt. Editorial Yapaka.be. 2008. www.yapaka.be
- (2) DSM- IV (1995) **“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”** publicado por la American Psychiatric Association de Washington, Masson, S.A., Barcelona.
- (3) Rodríguez, M., Arancibia, V., Undurraga, C., (1979) **“EEDP-Escala de Evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses”**, editorial Galdoc, Buenos Aires.
- (4) Haag, G., (1985) **“La mere et le bebe dans les deux moities du corps”** Neuropsychiatrie de l’Enfance, 1985, 33 (2-3), 107-114.
- (5) Haag, G, (1989) **“Le dos et l’espace posterieur chez l’enfant. Une voie d’approche perdue et retrouvée chez l’enfant psychotique”**, Revue de Neuropsychiatrie de l’Enfance, 1989, 37 (10-11), 463-468
- (6) Guerra, V. (2007) **“El ritmo: entre perdida y re-encuentro”** , exposición presentada en el Coloquio sobre **“Vinculos tempranos, clinica y desarrollo infantil”**. Montevideo.
- (7) Battro, A. (1971) **“Diccionario de epistemología genética”** 1ª edición en castellano, 1971. Buenos Aires. Argentina pag. 127
- (8) Grandin, T., Scariano, M. (1986), **“Atravesando las puertas del autismo”**. Editorial Paidós. Tercera reimpresión, 2008. Copyright 1986

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- (1) Hochman, J., (1992) **“El autismo infantil: ¿déficit o defensa?”** in Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Un coloquio imaginario bajo la dirección de Parquet, P., Bursztejn, C., Golse, B. , editorial Masson S.A., 1ª edición, Barcelona.
- (2) Meltzer, D., (1992), **Curso sobre Psicosis. Conferencias. Supervisiones clínicas**, evento organizado por Clínica Uno en el marco del **“Primer encuentro con Maestros del Psicoanálisis”**, Montevideo.
- (3) Prego Silva, L., (1999) **“Autismos, revisando conceptos”**, editorial Trilce, Montevideo.
- (4) Parquet, P., Bursztejn, C., Golse, B, (1992), **“Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Un coloquio imaginario”**, editorial Masson S.A., 1ª edición, Barcelona.
- (5) Ravera, C. Ponencia (2002) : **“Yo no sabo vivir. Terapia psicomotriz en un niño con trastorno generalizado del desarrollo”**. XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Organizado por Fepal, 20 al 27 de setiembre de 2002, Montevideo. Uruguay
- (6) Ravera, C. (Ponencia, 2001) **“Terapia psicomotriz en niños con trastornos generalizados del desarrollo”** 1er. Simposio de la Cuenca del Río Uruguay sobre Espectro Autista y Trastornos de conducta asociados, organizado por Fundación La Casita. 15 y 16 de marzo de 2002 . Concepción del Uruguay. Provincia de Entre Ríos. Argentina
- (7) Tustin, F. (1995) **“Ser o no ser: un estudio acerca del autismo.”** Publicado en **“Winnicott Studies”**, N° 3, 1988. © The Squiggle Foundation. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XVII - N° 3 - 1995