

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA INTERACTIVA EN NIÑOS DE ALTO RIESGO DETECTADOS EN EL 2º Y 4º TRIMESTRE DE VIDA: DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE 4 CASOS

M. T. Miguel

M. J. Vidaurrazaga

M. A. Vallejo

F. Hergueta

F. González

Hospital Santa Cristiana de Madrid

RESUMEN: De cuatro casos de niños de alto riesgo atendidos en la Unidad de Atención Temprana por alteraciones del desarrollo psicomotor, dos de ellos tratados desde el nacimiento, presentaron alteraciones de las conductas interactivas en el 2º semestre de vida que, detectadas y tratadas, desaparecieron en el 3º trimestre.

En otros 2 casos que llegaron a la Unidad de Atención Temprana en el 4º trimestre de vida presentando ya desde su ingreso un cuadro similar a los anteriores, no se obtuvieron resultados favorables.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas las investigaciones sobre la teoría del apego han venido situándose en una epistemología de la complejidad contemplando los diferentes factores que intervienen en las relaciones del niño con el entorno durante los primeros meses de vida.

Uno de los principales factores del desarrollo del apego es la base neurofisiológica activadora de los circuitos cibernéticos del sistema nervioso (Bowlby, 1980). Este bagaje biológico actúa directamente en la forma en que el cerebro se organiza en el curso de la maduración. Así, la eliminación de ciertas sinapsis y el establecimiento de otras en los procesos de selección perceptiva configuran el diseño de un modelo organizativo del cerebro en función de su plasticidad y sus experiencias, reforzando esta actividad nerviosa la eficacia de las transmisiones (M. Jeannerod, 1991).

Otro factor del comportamiento es la motricidad activa que permite el aprendizaje, consolida la coordinación psicomotriz y estabiliza las imágenes perceptivas.

A nivel cognitivo la exploración activa del entorno contribuye a la construcción de las relaciones intersubjetivas (M. Jeannerod, 1991).

La regulación de todos estos factores se da siempre en la *interacción*.

Según Stern (1985) el apego constituye la base de las interacciones repetidas y sincronizadas que se encargan de proporcionar, a partir de circunstancias aleatorias, los

acontecimientos que constituyen la *base epigenética* en la que se apoyará la futura historia relacional del niño.

La teoría de G. Balleyguier (1989) afirma que el estímulo emocional, si bien depende de las bases fisiológicas responsables de su funcionamiento y de las posibles diferencias constitucionales genéticas o adquiridas, se desarrolla en un proceso dinámico en el que (la propia neurofisiología nos lo enseña) puede darse una variabilidad según las interacciones, sobre todo en el curso de la *ontogénesis*.

Por tanto, la disfuncionalidad interaccional puede darse por diferentes causas, generalmente en la *asociación de varias de éstas* como en el caso de patologías orgánicas en el recién nacido o de un estilo interactivo disincrónico de los padres que entra en conflicto con el del bebé, etc. añadiéndose, por lo general, un factor de coincidencia en la disfunción interaccional en el propio sistema familiar.

HIPÓTESIS

Se estableció como hipótesis la posibilidad de incidir favorablemente en el funcionamiento alterado del proceso interaccional cuando éste es precozmente detectado, con una intervención terapéutica encaminada a adecuar la conducta interaccional de los padres ante las conductas de sus hijos desde un encuadre sistémico del grupo familiar, incluyendo los tratamientos de estimulación para el desarrollo psicomotor en cada uno de los casos.

METÓDO DE TRABAJO

Se estudiaron cuatro casos de niños de alto riesgo atendidos en la Unidad de Atención Temprana por alteraciones del desarrollo psicomotor. Dos de ellos tratados desde los primeros meses de vida, presentaron alteraciones de las conductas interactivas al principio del 3º trimestre. Los otros dos casos llegaron a la Unidad de A.T. en el 4º trimestre presentando ya instauradas dichas alteraciones.

Sujetos

La incidencia de patología orgánica fue más acusada en los casos detectados desde los primeros meses de vida mientras que de los otros dos casos (que llegaron más tarde a la Unidad), uno no presentó patología orgánica y el otro alteraciones neonatales de gravedad media. (Ver cuadro 1).

Pruebas empleadas

- Escala de desarrollo psicomotor de Brunet-Lézine.
- Inventario de desarrollo psicomotor.

Desarrollo psicomotor

Los cuatro casos presentaron retraso en el desarrollo psicomotor. (Ver cuadro 2).

CUADRO 1. DATOS NEONATALES

	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
TIPO DE PARTO	Cefálico	Cefálico	Cefálico	cesarea
EDAD GESTACIONAL	40 semanas	39 semanas	37 semanas	28 semanas
PESO	3.250 grs.	3.030 grs	2.430 grs.	1.260 grs.
APGAR	7-7	8-9-10	9-10	7-7
PATOLOGIA	Hipoxia Intraparto S. Irritativo Medio		Bajo peso Ictericia Neonatal Intolerancia lactosa Amniorrexis	Gran Inmaduro Distress respiratorio Depresión Central Media
TIEMPO HOSPITALIZACION	11 días		16 días	3 meses

INICIO TRATAMIENTO EN ATENCION TEMPRANA	12 meses	10 meses	5 meses-13 días	3 meses-8 días
DIAGNOSTICO	Retraso Madurativo	Retraso Madurativo	Síndrome de West	Retraso Madurativo
HOSPITALIZACIONES POSTERIORES			2 meses-15 días por crisis convulsivas	3 meses-7 días regurgitaciones y retraso ponderal

Conductas inadecuadas

En los cuatro casos se manifestaron conductas inadecuadas motoras, visuales, interactivas, de sueño y de alimentación. (Ver cuadro 3).

Tratamiento

Los cuatro pacientes recibieron tratamiento integral de fisioterapia y estimulación global en sesiones semanales con pautas de orientación a la familia, así como seguimiento pediátrico y neurológico en la Policlínica Madurativa del Servicio de Neonatología.

PROCEDIMIENTO

Se procedió a observar la díada niño-adulto teniendo en cuenta dos aspectos: la totalidad del sistema familiar y su organización funcional, y por otra parte, el funcionamiento de cada miembro en los sistemas diádico y familiar.

CUADRO 2. DATOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4
SOSTEN CEFALICO	5 meses	5 meses	9 meses	6 meses
CONEJITO (4 APOYOS ESTATICO)	9 meses	15 meses	22 meses	12 meses
GATEO	10 meses	16 meses	NO	14 meses
MANTENERSE DE PIE	14 meses	17 meses	NO	NO
DEAMBULACION	18 meses	18 meses	NO	NO
SEGUIMIENTO VISUAL	5 meses	5 meses	6 meses	5 meses
PRENSION VOLUNTARIA	*	*	10 meses	11 meses
PRENSION BIMANUAL	*	7 meses	12 meses	11 meses
PINZA SUPERIOR	14 meses	12 meses	NO	NO
BUSQUEDA DEL OBJETO	14 meses	10 meses	26 meses	NO
BALBUCEO CON FEEDBACK	*	*	6 meses	7 meses
EMISION DE PALABRAS	13 meses	12 meses	NO	NO
ECHAR BRAZOS PARA QUE LE COJAN	*	9 meses	19 meses	13 meses
JUEGO FUNCIONAL CON OBJETOS	15 meses	13 meses	21 meses	15 meses
JUEGO PRESIMBOLICO	19 meses	23 meses	NO	NO
PROTODECLARATIVOS	16 meses	23 meses	NO	NO

Una vez detectadas las conductas inadecuadas se procedió a dar un apoyo psicológico y a establecer unas pautas de interacción con los padres, no con la finalidad de enseñar unas técnicas psicopedagógicas sino de adecuar la conducta relacional de los padres partiendo de sus posibilidades personales, en los aspectos siguientes:

- Señalizar a los padres sus actuaciones eficaces.
- Conferir significación a las conductas del niño discriminando las necesidades e intenciones comunicativas del niño hacia sus padres.
- Verbalización de los padres a cerca de lo que sienten ante las conductas de su hijo (adecuadas e inadecuadas).

CUADRO 3. CONDUCTAS INADECUADAS

	SUJETO 1		SUJETO 2		SUJETO 3		SUJETO 4	
	INICIO	DESAP.	INICIO	DESAP.	INICIO	DESAP.	INICIO	DESAP.
EVITACION DE MIRADA	15 meses	18 meses	15 meses	Sigue	7 meses	10 meses	8 meses	11 meses
TRASTORNOS DEL SUEÑO			Sueño excesivo	12 meses	12 meses	22 meses	10 meses	12 meses
MOVIMIENTO DE CABEZA							8 meses	12 meses
AUTO O HETERO AGRESION			12 meses	Sigue				
MOVIMIENTOS PECULIARES DE MANOS Y DEDOS	25 meses	Sigue	9 meses	Sigue	8 meses	19 meses	8 meses	a veces
GIROS Y USOS INAPROPIADOS DE LOS OBJETOS			16 meses	Sigue				
PERDIDA Y ESCASEZ DE SONRISA					7 meses	15 meses	8 meses	12 meses
RECHAZO AL CONTACTO FISICO EN LA MEDIA DISTANCIA	*	Sigue	16 meses	Sigue	8 meses	12 meses	8 meses	A veces
TRASTORNOS DE ALIMENTACION			R.N.	12 meses	7 meses	12 meses	R.N.	Sigue
QUEJIDOS Y LLANTOS DESORGANIZADOS	*	Sigue	12 meses	Sigue	9 meses	15 meses	8 meses	11 meses
FALTA DE INICIATIVA RECHAZO A LO PROPUESTO	*	Sigue	12 meses	22 meses	7 meses	12 meses	10 meses	11 meses
MIRARSE LA MANO					8 meses	10 meses	9 meses	11 meses
ECHAR LOS BRAZOS ATRAS	24 meses	26 meses			15 meses	19 meses	9 meses	12 meses
BAJO NIVEL DE TOLERANCIA A LA FUSTRACION	*	Sigue	12 meses	Sigue	7 meses	Sigue	8 meses	Sigue
ECOLALIA	38 meses	Sigue						

- Atracción de la mirada del niño.
- Acomodación de la expresión facial y verbal de las emociones con el niño.
- Adecuación del tono de la voz según la situación.
- Establecimiento de una distancia apropiada en la aproximación física.
- Actuación por turnos con cierta regularidad, sincronía y repetitividad, cesando la actividad cuando el niño retira la atención.
- Verbalizar el adulto las conductas anticipatorias del niño.
- Propuesta de conductas alternativas a las conductas inadecuadas.
- Juego funcional con los objetos adecuados a su nivel de desarrollo.

RESULTADOS

Familias 1-2

De las familias de los sujetos 1 y 2 sólo acudieron las madres a la consulta. Estas presentaban conductas rechazantes hacia el niño: evitación de mirada, torsión de tronco, intolerancia a la distancia física de diálogo (proximidad física total o gran distanciamiento), no marcaban límites dejándose agredir por el niño.

Una vez dadas las pautas de actuación con el niño, no se observaron cambios en sus patrones interaccionales mostrándose muy rígidas en la expresión verbal y analógica de sus emociones.

Familias 3-4

Las familias de los sujetos 3 y 4 presentaban un modelo interactivo disfuncional aunque no rechazante, acudiendo ambos miembros de las parejas a las consultas.

La familia del sujeto 3 presentaba un bloqueo en la expresión emocional con un repertorio pobre de respuestas a las necesidades del niño, así como en su iniciativa espontánea de propuestas relacionales.

La familia del sujeto 4 presentaba un alto nivel de ansiedad y desorganización en su expresión emocional sintiéndose desbordados en sus funciones parentales lo que también ocurrió con su hija anterior.

Una vez dadas las pautas de interacción, las parejas participaron activamente en el tratamiento de sus hijos, mostrándose satisfechos de sus logros tras el cambio relacional experimentado en ellos mismos y en sus hijos.

Sujetos

En los casos de Sujeto -1- y Sujeto -2- se consiguieron progresos en su evolución motriz gruesa, manipulación fina y lenguaje, aunque el expresivo no era aún funcional para su edad. En los aspectos de interacción social no se consiguieron avances significativos, manteniéndose las conductas inadecuadas aunque con menor intensidad y frecuencia.

En los casos de los sujetos-3- y -4- la evolución psicomotora global siguió un curso lentamente favorable acorde con su patología orgánica. Se logró la extinción de las con-

ductas inadecuadas en un corto período de tiempo permaneciendo los movimientos de dedos (aunque muy atenuados y sólo en situaciones de stress) y una lábil tolerancia a la frustración.

CONCLUSIONES

De los cuatro casos de niños de alto riesgo atendidos en la Unidad de Atención Temprana por alteraciones del desarrollo psicomotor, se observó la extinción de las conductas interaccionales inadecuadas en los sujetos 3 y 4 en los que dichas conductas fueron detectadas al principio del tercer trimestre, dándose una participación activa por parte de los padres, con cambios favorables en sus patrones interaccionales.

En los sujetos 1 y 2, que iniciaron el tratamiento de A.T. en el cuarto trimestre de vida se mantuvieron las conductas inadecuadas aunque con menor intensidad y frecuencia, y no se observaron cambios en los patrones interaccionales familiares.

Según estos resultados, podemos concluir que aun en los casos con grave patología orgánica asociada, es de capital importancia la detección precoz de las disfunciones relacionales así como el establecimiento de un abordaje terapéutico inmediato con el sistema familiar.