

## “La clínica psicomotriz con niños con plurideficiencias”

por Alicia Sabó

Intentaremos comenzar a sentar algunas bases, sobre el trabajo clínico- educativo con niños con plurideficiencias o multidis capacidades.

Tomaré una de las definiciones que Andreas Frohlich enuncia en sus libros, fruto de un trabajo específicamente dedicado a las personas con plurideficiencias.

Llama personas con plurideficiencias profundas, a las que apenas llegan al desarrollo de un bebé de 6 meses aproximadamente.

Explica: “ Tomo este tiempo considerando que es el momento en que comienza la separación de la relación madre- hijo, ya que su sistema de percepciones, movimiento y comunicación se ha diferenciado de tal manera, que el medio ambiente ya puede ser recibido en forma activa.

No depende casi, de la mediación exclusiva de la persona adulta referente.”

Estas personas se encuentran severamente afectadas en las distintas áreas del desarrollo.

A. Frohlich toma para su estudio y análisis las siguientes: Área motriz, sensorial, cognitiva y de comunicación.

Explica también que, estas personas presentan, generalmente y como consecuencia de ello, trastornos orgánicos y de salud.

Consideramos que la plurideficiencia no es la yuxtaposición de los trastornos en la persona, sino que su especificidad resulta de la inter- relación de los trastornos entre sí, y más aún, fundamentalmente, de en que posición esta inter- relación de trastornos y anomalías, coloca al niño y ubica a su familia con respecto a él.

Por lo tanto, el tratamiento no puede ser la suma de los tratamientos según el área afectada, sino una intervención específica e individual, justamente en el encuentro de toda esta gran discapacidad y sufrimiento en el niño que lo padece y su familia.

En el niño, como sujeto a advenir, a construir.

Al hablar del niño, debemos hablar de su familia, en donde el nacimiento de un niño con trastornos genera graves perturbaciones. Fundamentalmente, rompe gravemente con el ideal que generalmente toda pareja parental tiene al esperar el nacimiento de su bebé – hijo, pero con el agravante de que el diagnóstico o los síntomas de discapacidad del niño, ponen en cuestión su capacidad de ser padres de un niño tan diferente al esperado.

Al ver a los niños siendo tomados por tratamientos que los reenvían a su lugar de órgano afectado, cuerpo tomado por el discurso de la medicina y la estimulación de las distintas áreas como sumatoria, nos preguntamos acerca de los efectos que dichas prácticas tienen en su constitución subjetiva y evolución.

Pensemos entonces, en niños tan alejados de los parámetros de la normalidad, que ninguna técnica generalizada consigue dejar de llamarlos por el nombre de la patología, quedando excluido entonces, el nombre personal y familiar.

¿Cómo amamantar a un niño que no succiona?

¿Cómo jugar con un niño que parece no oír ni ver?

¿Cómo cambiarle los pañales a un niño con extrema hipertonía o hipotonía?

Pueden ser estás, algunas de las dolorosas preguntas que se harán los padres de éstos niños. Sumado a estás , nos preguntamos:

¿Cómo identificarse y construir el lugar de padres de un niño con una malformación?

¿Cómo ver más allá de la discapacidad, la parálisis o la ceguera y encontrarse con su hijo?

¿Cómo en definitiva, encontrarse con SU hijo y no con el síndrome que lo representa, como carta de presentación imposible de esconder?

La presencia de la muerte fantaseada o real, representada en médicos que anuncian el pronóstico de vida en suspenso, muchas veces, provoca el miedo a relacionarse con el niño y crear un vínculo.

Nuestro planteo es:

¿Cómo hacer para que éstos niños sean nominados, subjetivados más allá de la masiva deprivación que sufren y que los nomina desde ya, en el gran grupo de los discapacitados graves?

Estos niños se presentan con su cuerpo tomado por la patología, por su historia tomada por sus múltiples internaciones e imprescindibles cuidados y atenciones médicas, por su nombre y su subjetividad generalmente anulada por el nombre del diagnóstico.

Al nacer, nace con ellos su historia clínica.

Podríamos pensar, que tocarlos los remite al toque del sufrimiento, sus recuerdos, sus huellas, si las hay, tienen que ver con el dolor y la soledad.

Podríamos conjeturar que sus primeras vivencias serían las de insatisfacción y que van marcando su modo de estar, ¿cómo armamos desde allí un modo de ser?.

Planteamos la creación de una relación, desde donde el toque genere vivencias de satisfacción a las cuales querer retornar o crear, y que al suponerle el efecto de una huella en él, una marca que se enlace con otra y con otra, le posibilite ir armando una cadena significativa que le dé sentido a éste toque, un nuevo sentido donde él exista.

En el dialogo tónico, el toque de cada madre a su bebé, tendrá un sentido particular, cada sonido será transformado por ella en un mensaje, si es que ella hace una hipótesis sobre cada balbuceo y si ante un movimiento se le pregunta al niño, que le pasa o que quiere, entonces estará transformándolo en un gesto.

Entonces, ¿DÓNDE CENTRO EL TRATAMIENTO?

1. Si se centra en lo motor, se haría por ejemplo: maniobras de relajación muscular, para que el chico abra la mano. Eso sería general, a todos por igual.

Niño pasivo (posición conocida y transitada habitualmente por él).

Terapeuta activo (es el que sabe exactamente que se debe hacer con el cuerpo de todos los niños que se le presentan con las mismas características. Nada nuevo puede renacer, no hay dudas ni pregunta en la cual el niño sorprenda al terapeuta. El plan se realiza tal cual es pensado por el profesional, sin depender de la particularidad que cada niño muestra, si es que hay alguien que este dispuesto y deseoso de verla.)

2. Si se centra en lo afectivo se hará maternaje, o sea, se sostiene un lugar materno, de modelo a seguir, en donde el niño queda atrapado en el cariño y placer maternal de alguien que, no es su madre ni puede ejercer esa función.

Por lo tanto, no se trabajara entonces, en la restitución de las función materno- paterna y de hijo, tan imprescindible en estas familias en donde se ha roto o al menos esta muy cuestionado, el saber materno-paterno sobre su hijo.

Las ejercitaciones se realizarán con el objetivo de conseguir la relajación y el “bienestar” en el niño.

3. Si suponemos que el sujeto se va construyendo en función de la imagen que el Otro le arma y lo sostiene en esa escena espejante, en donde pueda comenzar a verse reflejado en sus producciones en calidad de existencia, como espejo de su ser niño y no como discapacitado, articulando su hacer (aunque fallido, diferente, asistido por otro) con las huellas en la que se podrá ir reconociendo, entonces se deberá ubicar cada movimiento como gesto, anticipándose así en un futuro anterior donde se supone ya la existencia de un sujeto, allí donde todavía no lo hay.

Entonces, intervendremos en la articulación entre lo instrumental, por ejemplo: en lo postural, armando y asistiendo su postura - dado que en principio sólo no puede sostenerse -, y el armado de su imagen, en el intento de ir dejando inscripciones significantes, que pretendemos vayan instalándose como marcas en las que reconocerse. Allí lo interrogaremos, tomaremos aquello que él nos muestra, un sonido, un movimiento incluso involuntario, y lo espejaremos entonces, como una producción suya.

Esta producción así entendida, en su repetición no automática, sino significativa, irá dejando huellas que el niño podrá tomar y así, enlazándolas, se irá armando la historia ya no medica, sino el comienzo de su historia subjetiva.

En éste armado de escenas – cotidianas, de relación o de juego-, corremos el riesgo de quedarnos jugando solos. Ese es el gran desafío al cuál estamos expuestos, los que nos proponemos acompañar el advenimiento de un Sujeto, en el tratamiento de aquellos niños que aún no han construido una imagen, que los nombre con su propio nombre.

Dice Esteban Levin en su ultimo libro: “La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia.”

“He allí uno de nuestros pilares en esta particular clínica. Nos referimos al hecho de anticipar (anticipación simbólica), un sujeto en cualquier producción sensoriomotriz, por estereotipada o disarmónica o paratónica o extraña que parezca. Esta anticipación implica una construcción ya que, en “realidad” no sabemos si hay en ese movimiento un sujeto o no constituido, pero suponemos siempre que sí lo habrá (es lo que se denomina “tiempo del futuro anterior”) o sea construimos un futuro en una anterioridad, que implica suponer un sujeto en cada producción del niño....

Para que el clínico que se ocupa de ese niño pueda construir un futuro anterior, tendrá que soportar el espejo deformante y descarnado que el niño en su sensorialidad presenta.”

Y por último, referimos al párrafo en donde reflexiona:

“.....para producir el corte entre lo sensitivo y lo motor, así como la posterior ligadura y enlace, hace falta “todavía” que el terapeuta este presente, sosteniendo y construyendo constantemente el escenario, para que por allí emerja la escena en donde ellos se alejen (aunque sea por unos instantes) de la patología y aparezcan en su imagen como sujetos y no

como objetos- órganos sensoriomotores.”

Pero, ¿CÓMO SERÍA ESTA CONSTRUCCIÓN?

¿Cómo sería el armado de escenas en niños que no pueden jugar ni aprender como los otros?

¿Cómo conformar el escenario para que puedan configurar sus representaciones?

¿Cómo abordamos la formación de su imagen corporal?

Si el cuerpo del niño tiene la imagen de lo real, de la patología, lo que lo representará son los signos patológicos y éstos, no tienen imagen subjetiva.

Nos planteamos entonces, el armado de un lazo particular, transferencial, para ir transformando los movimientos, las posturas, las reacciones tónicas, en una producción suya, con sentido para él.

Así comenzará a verse en el Otro, terapeuta, padre, espejo de sus imágenes, quien deberá sostenerlas y armarlas cada vez, mientras el niño así lo requiera.

El camino transferencial a recorrer va en la dirección de: armarle, sostenerle cada vez el escenario y las escenas, hasta que él pueda colocarse en esa otra posición que le vamos proponiendo, de hacedor y productor de sus propias imágenes, reflejándose y sosteniéndose por fin en sus haceres.

Estas producciones serán entonces significantes, suyas (aunque anómalas, diferentes y hasta ineficaces para los patrones que los evalúan) y con un sentido subjetivo, para ser, estar y habitar su cuerpo como propio y productivo, desde esta diferente concepción de producción que estamos proponiendo.

Una cosa es suponer que lo que le va armando su imagen es el ejercicio (motor, general, anónimo) y otra muy diferente es pensar que, a través de una relación transferencial y escénica como la que estamos planteando, se va construyendo subjetivamente desde su quehacer singular, apropiándose de su hacer como gesto propio, de su postura como representación y en definitiva, de su cuerpo, en su producción singular y no general.

**Lic. Psic. y Psmta. Alicia Sabó**

*Lic. en Psicología. Psicomotricista.*

*Especialista en Clínica de la Primera Infancia y Estimulación temprana.*

*Especialista en el trabajo clínico-educativo con niños y jóvenes con plurideficiencias. Profesora de Educación Pre-escolar. Especialista en la integración escolar de niños con necesidades especiales y de niños y jóvenes con plurideficiencias en instituciones especiales. Coordinadora de la Escuela de Formación en Clínica Psicomotriz y problemas de la Infancia, de Buenos Aires, que dirige el Lic. Esteban Levin. Supervisora y capacitadora clínica y educativa. Autora de artículos dedicados a la problemática de la infancia.*