

Carlos G. Wernicke

***La estimulación
temprana en el niño
con síndrome de Down***

Publicado por primera vez en
Boletín de la Asoc. Síndrome de Down de la Rep. Argentina (Asdra) año 5 n° 16,
Buenos Aires 1993. Reproducido con permiso.
Publicado también en Educación Hoy n° 16-17, Montevideo 1993

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio.



Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social

Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL

Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. / Fax 0054-11-4791-2905 - www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar

El fácil diagnóstico del síndrome de Down presenta una peculiaridad: Puede establecerse a lo más en el momento del nacimiento y, cada vez con mayor frecuencia, se determina incluso durante la vida intrauterina.

Esta circunstancia conlleva algunas consecuencias, la más negativa la angustia aguda similar a un derrumbe por la que atraviesan los padres al momento de conocer la situación. Otra, realmente positiva, que se puede comenzar muy tempranamente con la tarea profesional que se ha dado en llamar "estimulación temprana".

¿QUÉ ES ESTIMULACIÓN TEMPRANA?

La estimulación temprana consiste en la intervención de un profesional - o de varios, según la necesidad - en edades tempranas de la vida, con el objetivo de auxiliar en el establecimiento (o el restablecimiento) de un vínculo firme y sano entre los padres y el bebé.

Secundariamente, el objetivo es habilitar (o rehabilitar) en el niño sistemas de funciones con el fin de que se desarrollen funcionamientos básicos y el niño pueda madurar lo más normalmente posible a partir de un buen vínculo y una buena habilitación de funciones. Ambas variables deben cumplirse, ya que de nada sirve una correcta habilitación de funciones en un niño con vínculos descuidados, así como tampoco sirve que un buen vínculo sea acompañado por una pobre habilitación de funciones básicas. La sana maduración implica tanto un buen entorno emocional (vínculo) como capacidades que permitan los aprendizajes (habilitación).

ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

El niño con síndrome de Down presenta algunas particularidades que determinan a su vez una estimulación temprana de ciertas características.

Así, en la generalidad de los casos se trata de un bebé hipotónico, en ocasiones con dificultades corporales estadísticamente conocidas, de buen talante y de fácil adecuación a las consignas.

Puede desarrollar las mismas patologías psicológicas que cualquier ser humano, desde trastornos reactivos y neuróticos hasta psicosis tempranas o tardías.

Sobre todo en un bebé de estas características es fácil para los padres, y aún para los profesionales, deslizarse hacia la exigencia de rendimientos, poniendo el foco de la estimulación temprana en la capacidad y el alcance de logros. Son bebés que por regla general se adecuan a estas exigencias ambientales; no obstante, la exigencia ambiental sólo se logra con autoexigencia.

Parece surgir aquí una contradicción. La autoexigencia implica una elevación de la ansiedad, y ésta, un aumento de la tensión muscular. Estamos acostumbrados a percibir la ansiedad del otro como tensión muscular, y categorizamos la tensión muscular del otro como ansiedad. De modo que cuando vemos a un niño hipotónico nos inclinamos a pensar que se trata de una persona distendida, sin ansiedad.

Sucede que la tensión muscular de este bebé hipotónico es naturalmente muy baja, y su elevación por ansiedad, en la mayoría de los casos, no alcanza para sacar a la tensión muscular del rango de la hipotonía. Se diría que una persona de tono normal está hipertensa muscularmente cuando se eleva su ansiedad; del niño con síndrome de Down deberíamos mejor decir que se halla menos hipotónico. Así, la ansiedad se observa en el niño con síndrome de Down sobre todo por sus otras manifestaciones: síntomas psicósomáticos e inquietud motora.

Al no tener esto en cuenta, lo creemos relajado y seguimos exigiéndole rendimientos. Abandonar el delicado equilibrio entre logros y emociones conduce inevitablemente a patología psicológica.

Es por eso que todo estimulador temprano, y aún más si se dedica a la atención de niños con síndrome de Down, debe conocer en profundidad las modalidades vinculares normales y patológicas y no reducir su rol al del rehabilitador. Asimismo, debe conocer la psicología del desarrollo, las patologías corporales y madurativas, la psicopatología del niño y del adulto, técnicas de habilitación de sistemas funcionales, técnicas de orientación a los padres, técnicas de abordaje corporal.

Sobre todo ante un niño con síndrome de Down y su familia es imprescindible partir, entonces, de un abordaje abarcativo e integrador, que permita establecer rápida y fehacientemente un programa terapéutico individualizado.

PLAN DE ABORDAJE PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS

Para acceder al diagnóstico madurativo y al tratamiento global del niño y su familia, utilizamos un plan que nos permite establecer un programa terapéutico que es desarrollado en el hogar, bajo supervisión profesional.

Una de las ventajas del programa domiciliario es la reducción de la ansiedad, tanto del niño como de los padres. Además, resulta más económico.

El plan consta de tres momentos: La toma de datos, la elaboración del material y el diseño de programa.

1. Toma de datos

De la **ficha de ingreso** debe poder deducirse si este niño y su familia cumplen con los requisitos de admisión de la institución.

- ❖ La **historia clínica extensa** abarca tres capítulos importantes: El estado actual del niño, su desarrollo desde la concepción y la situación familiar y social.
- ❖ Un **cuestionario** que llenan los padres establece las edades madurativas para diversas funciones
- ❖ **Informe pediátrico**. Si es necesario, se requerirán otros informes
- ❖ **Examen madurativo**. Muchas veces es suficiente una entrevista de duración habitual
- ❖ **Escala de Apego de Massie y Campbell modificada**. No requiere entrevista aparte.

2. Elaboración del material

Los datos obtenidos son procesados mediante:

- a) un derrotero cronológico de la aparición de signos y síntomas

- b) signos y síntomas actuales
- c) perfil de desarrollo de sistemas funcionales, y una
- d) hipótesis psicodinámica.

3. Diseño del programa terapéutico

- ❖ Los padres reciben las conclusiones, para que puedan aplicarlas en el hogar, lo mismo que los profesionales que se harán cargo del tratamiento.
- ❖ Entrevistas terapéuticas, para evaluación y orientaciones.

Muy suscintamente he delineado el plan de abordaje global, integrado e integrador, respetuoso de todas las áreas.