

INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN EL SÍNDROME DE DOWN

Emilio Ramón Varela Rivera.

La edad maternal parece ser, entre otros, el factor de riesgo fundamental que condiciona en el nacimiento la aparición de la trisomía del par 21 -Síndrome de Down-.

La anomalía cromosómica originada produce una serie de alteraciones físicas y de estructura cerebral, que, junto con el déficit intelectual y los problemas adaptativos, hacen que distingamos la afectación de Down con una casuística determinada. Dentro de esto, cada individuo presenta unas características peculiares y personales.

De la gran cantidad de síntomas clínicos característicos, destacan:

- Ojos achinados.
- Boca pequeña.
- Lengua voluminosa, en buena parte de los casos.
- Dientes pequeños, débiles y mal colocados, propensos a la caries.
- Cuello corto.
- Cabeza pequeña.
- Puente nasal achatado.
- Manos pequeñas y dedos cortos.

Observándose, a nivel más genérico, una disminución de la estatura, un desarrollo sexual anormal -menor secreción hormonal y menor genitalidad-, junto con una hipotonía muscular generalizada.

Además, en muchos casos, suelen aparecer asociados síntomas como cardiopatías congénitas, y diferentes niveles de trastornos auditivos y visuales.

Todo lo anteriormente dicho configura unos rasgos característicos en el desarrollo de un Síndrome de Down:

a. Retardo en el desarrollo sensorial, lo que origina un déficit grave de las funciones discriminativas y una menor rapidez perceptiva. No existe una reacción adecuada a los estímulos.

b. Dificultades en los procesos audiomotores y audioverbales.

c. Dificultad de inhibición de respuesta, lo que origina una mayor presencia de errores en todas las actividades realizadas.

d. La memoria presenta déficits y mecanismos defectuosos. La información se retiene poco tiempo y no siempre comprenden el sentido de lo que se les dice.

e. Dificultades de generalización de aprendizajes. Pueden ser capaces de encajar piezas distintas en un casillero, pero no de clasificar ropa por el mismo tipo.

f. Atención dispersa. La atención al estímulo les lleva más tiempo.

Frente a todo ello, todavía no se conoce remedio alguno. El extendido mito que afirma que determinados fármacos pueden mejorar su inteligencia, no tiene base real, aunque en algunos casos logren beneficiar los niveles de atención.

El problema presenta antecedentes históricos. En la actualidad, las posturas han evolucionado:

HISTÓRICAMENTE:	ACTUALIDAD:
-Modelo médico. La intervención se producía una vez consolidado el problema.	-Modelo psicopedagógico. La intervención debe realizarse tempranamente.
-Modelo estático. No se puede hacer nada.	-Modelo dinámico. Todo está por hacer.
-Modelo unidireccional. Basado casi exclusivamente en cuestiones escolares: Lectura y escritura.	-Modelo transaccional. Persiguiendo formar plenamente al individuo como persona, persiguiendo su integración dentro de la comunidad.
-Modelo negativo (no sabe, no tiene...).	-Modelo POSITIVO (sabe a, b, c, d,...).

Obtenemos, en conclusión, que frente al estaticismo histórico, la vertiente actual persigue el tan nombrado **desarrollo integral**. Preparación de la persona desde y para la riqueza de experiencias de vida.

La consideración del discapacitado como parte útil de una sociedad productiva, es de carácter relativamente reciente, si bien todavía quedan sectores minoritarios que buscan apartar a este tipo de “seres” del entorno social inmediato, excusándose en la dificultad de la convivencia o en sentimientos caritativos de dudosa procedencia.

En la edad infantil, el proceso integrador va ligado de modo inseparable al ámbito escolar: “Se ha de procurar por todos los medios que el niño afecto de cualquier tipo de déficit tenga una adecuada escolarización y educación en todos los sentidos y, siempre que ello sea posible, sin apartarlo del marco educativo normal, esto es, sin recurrir a Centros de Enseñanza Especial” (Mantas y Pouso, 1993).

Los propios centros escolares han de soportar el envite, y dentro de las posibilidades deben adecuarse a los nuevos tiempos. No obstante, lo fundamental es la preparación y capacitación de los docentes, como verdaderos artífices del hecho educativo. En un centro aparentemente sin recursos, pueden lograrse excepcionales resultados si el interés, imaginación y capacidad del/la docente lo permiten. Por el contrario, un centro excelentemente dotado puede ser un vehículo vano para un/una docente mediocre y sin interés.

LA EDUCACIÓN FÍSICA ESPECIAL

El campo de la Educación Física, comprendido como terapia psicomotriz, es una de las principales vías de la corriente integradora de la Educación en discapacitados. En un primer nivel como vía de abandono de actitudes puramente egocéntricas, enseñando a adivinar o prever las acciones de sus compañeros, logrando un descentramiento -el individuo no está solo en el mundo-.

En estadios superiores, como pauta favorecedora del desarrollo social, a través de las reglas que dirigen los juegos cooperativos y algunas actividades deportivas adaptadas.

LA E.F.E. y el SÍNDROME DE DOWN

En la mayoría de los casos, un niño o niña afectado/a son plenamente integrables en la clase de Educación Física, con adaptaciones curriculares más o menos complejas.

La actividad física y lúdico-deportiva, siempre y cuando se realice de un modo controlado, y no se lleve a extremos contraproducentes, es beneficiosa. En la escuela, las competiciones deportivas no son adecuadas, debido a que originan esfuerzos máximos, aumentando el desgaste del organismo y los riesgos de lesión. Esto no quiere decir que en determinadas circunstancias puedan llegarnos a ser de gran utilidad.

Los métodos analíticos, tipo gimnasia sueca, son poco apropiados debido al exceso de abstracción y a que los elementos angulares, geométricos, interrumpidos, tienen poco interés puesto que han perdido su carácter natural (Martín y Martín, 1988). Los enfoques globales son más apropiados. Como señala Ruíz Pérez (1994), los modelos explicativos actuales del desarrollo motor humano, desde la Melodía Cinética de Ajuriaguerra (1978), pasando por las Ideocinesias de Azemar (1974, 1976, 1977, 1982), el Desarrollo de la Motricidad Global de Pikler (1969), la Psicocinética de Le Boulch (1972, 1978, 1984), la Aproximación Psicosociobiológica de Da Fonseca (1981, 1982, 1986, 1987) o la perspectiva americana de autores como Williams (1983), Cratty (1986) y Gallahue (1982), así nos lo confirman.

Así, los métodos globales influyen:

-En el desarrollo de toda la arquitectura corporal, desarrollando y mejorando el funcionamiento de los diferentes aparatos y sistemas.

-En el incremento de las habilidades motrices y sociales.

-En la consecución de una sensación placentera tras la práctica de actividad física, también como remedio eficaz al exceso de tensión.

-En el bienestar psíquico, proveniente “tanto de la euforia que produce el bienestar físico como de las satisfacciones puramente emocionales que se experimentan con la práctica de las actividades físicas” (Mantas y Pouso, 1993).

REQUISITOS PARA HACER UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Antes de intervenir, es necesario considerar la situación previa de niño/a afectado/a. En buena parte de los casos, llegan a la escuela sin un desarrollo suficiente de sus cualidades sensorio motrices. Diversos estudios demuestran que la relación de las madres con sus hijos/as afectados/as por el Síndrome en los primeros meses están muy limitadas, debido a que presentan menos iniciativas que los niños/as normales para con la madre: “Tienen menos contactos oculares con su madre y tienen menor capacidad para dirigir su mirada al objeto que mira la madre en un momento determinado. Esta “referencia ocular”, tiene una importancia decisiva en la adquisición de vocabulario” (De Ramón, 1985).

La pasividad demostrada y la falta de protestas ante el medio, consiguen que la madre interprete la situación como normal y tranquila. No obstante, empleará la autoestimulación, entendida como “comportamientos repetitivos, estereotipados y ritualistas”, que le proporcionan “estímulos sensoriales placenteros, cumpliendo una función desinhibidora de ansiedad” (Morande, 1985).

Igualmente, las condiciones de vida en las ciudades en poco favorecen el desarrollo de estos niños/as, ya que les va a ser más difícil experimentar muchas de las sensaciones que les ayudarían a conocerse mejor a sí mismos y a su entorno como tal.

Por todo ello, el trabajo con estos niños/as no es fácil, y requerirá una buena dosis de esfuerzo por parte del/la docente interesado/a. En un alumnado diverso que requiere respuestas distintas por parte de la escuela, los profesionales, a la hora de incidir en la educación de alumnos con dificultades, necesitan saber qué contenidos son adecuados, la manera de enseñarlos, el tipo de material, o el tipo de apoyo necesario. El propósito globalizador contenido en la Reforma del Sistema Educativo, que dota de un carácter interdisciplinar al Currículo, debe estar muy presente en los profesores/as que trabajan con este tipo de alumnos/as. Ello requiere una atención a la hora de concretar los objetivos y contenidos en el Proyecto Curricular de Etapa, al establecer los criterios metodológicos, y al acortar los mecanismos de coordinación, siempre que más de un profesor tenga actuación sobre un caso en concreto. Los principios metodológicos han de ser, por tanto: Flexibilidad, globalización y el empleo de métodos activos y originales.

Como requisitos fundamentales, podemos considerar:

(1) Plantear desde el principio objetivos funcionales y realistas. Establecer claramente lo que se persigue desde un primer momento.

(3) Tomar como punto de partida las experiencias previas del niño/a.

(4) Evitar el refuerzo de respuestas erróneas. Esto no quita importancia al refuerzo. En este sentido, la escuela debe darles refuerzos, no frustraciones.

(5) Estar dispuesto a adecuarse al nivel de cada niño/a y no al revés.

(6) Favorecer con una actitud positiva, los posibles sentimientos de fracaso y frustración. El miedo al fracaso de estos niños/as contribuye a disminuir el grado de iniciativa. Debemos de enseñarle a superarlo.

(7) Facilitar la información empleando el mayor número posible de estímulos.

(8) No emplear un lenguaje en exceso infantilizado, a la hora de tratar con ellos/as.

(9) Estar dispuesto a participar en el seno de una colaboración interprofesional. Nadie es en realidad “patrimonio” de un sólo educador.

OBJETIVOS EDUCATIVOS GENERALES:

- (a) Dominio lingüístico y de comunicación.
- (b) Desarrollo de las aptitudes sociales. Mejora de las relaciones interpersonales.
- (c) Funcionalidad de los aprendizajes de cara al trabajo futuro.

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA PARA CON ESTOS NIÑOS/AS

En principio, coinciden con los propuestos para los niños normales:

- Dominio del esquema corporal (Bloque I: El cuerpo. Imagen y Percepción).
- Dominio de la motricidad gruesa y fina (Bloque II: El cuerpo. Habilidades y Destrezas).
- Dominio de la expresión y comunicación a través del cuerpo (Bloque III: El cuerpo. Expresión y Comunicación).
- Aumento de la capacidad de juego, complementando internuclearmente los tres primeros objetivos.
- Introducción de hábitos saludables básicos (sobre todo encaminados a la eliminación de hábitos perniciosos).

FASE PREDICTIVA

Una primera fase predictiva de actuación (Blázquez, 1994), recomienda el uso de test o baterías para conocer el estado de partida del niño/a.

Diversas adaptaciones de la batería de Ozeretsky pueden ser adecuadas para calcular la edad motriz (Varela y Rosa, 1994), a través de la exploración de seis aspectos básicos:

- Coordinación estática.
- Coordinación dinámica de las manos.
- Coordinación dinámica de los miembros inferiores.
- Rapidez de movimientos.
- Movimientos simultáneos.
- Sincinesias.

Agrupando éste y otros trabajos, Picq y Vayer (1977), publicaron su “Examen Psicomotor”, que abarca aspectos tales como:

- Coordinación dinámica general.
- Coordinación óculo manual.
- Control del propio cuerpo.
- Organización perceptiva.

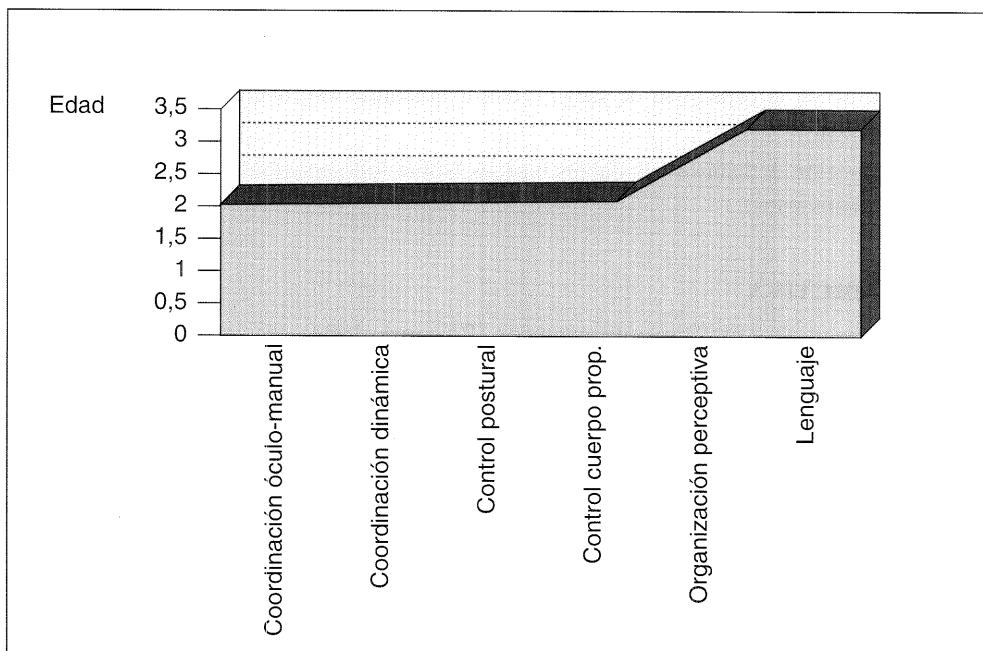
- Lateralidad.
- Estructuración espacio-temporal.
- Conducta respiratoria.

Siendo los resultados de las diversas pruebas plasmados en un perfil que manifiesta el estado del niño/a con respecto a su edad, los puntos fuertes y los puntos débiles (Ruíz, 1994).

Las conclusiones de las distintas pruebas, se sitúan en una gráfica, que muestra cómo se encuentra el sujeto con respecto a su edad, y los aspectos fuertes y débiles del mismo.

En la actualidad, es uno de los test más validados, aceptado por un gran número de educadores (Martín y Martín, 1988; Ruíz, 1994).

**Ejemplo de perfil Picq y Vayer
(De Ruíz, 1994)**



PROPUESTA DE PROGRAMA DE CONTENIDOS

Siguiendo la estructura marcada por la Reforma, señalamos a continuación los temas que parece oportuno incluir en la estructura de contenidos de Educación Física Especial, para el trabajo con afectados/as de Síndrome de Down, indicando que los temas señalados en el Primer Ciclo también toman partido en los dos ciclos siguientes.

	PRIMER CICLO	SEGUNDO CICLO	TERCER CICLO
(I) El Cuerpo: Imagen y Percepción.	-Los segmentos corporales. -El equilibrio. -La distancia. -Dirección y orientación. -Duración. -Frecuencia y ritmo.	-Movimiento segmentario. -Simetría corporal. -La contracción muscular.	-Los espacios corporales.
(II) El Cuerpo: Habilidades y destrezas.	-Lanzamientos y recepciones. -Trayectorias. -Saltos. -Giros. -Cuadrupedia. -Las nuevas formas de desplazamiento.	-Impulso, caída y vuelo. -Combinación de los diferentes modos de desplazarse. -El bote.	-La agilidad.
(III) El Cuerpo: Expresión y Comunicación.	-El tono muscular. -El tiempo en la acción. -Respiración y relajación.	-La reproducción gestual.	-La adaptación al estímulo externo.
(IV) Los juegos.	-Iniciación a los juegos.	-Juegos cooperativos.	-Disciplinas deportivas adaptadas.
(V) La salud corporal.	-La postura correcta.	-La limpieza corporal.	-La corrección de otros malos hábitos.

Como referencia, no debemos olvidar que las actividades motrices han de seguir una determinada secuencia (Fernández et Al., 1990):

*Manipulativo-vivencial. Vivencialidad y manipulación operativa de la corporalidad y el movimiento.

*Verbalización sobre el movimiento realizado. Con la finalidad de lograr la representación simbólica del movimiento.

*Representación gráfica. Simbolización pura del movimiento.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir diciendo que la intervención puede fundamentarse de modo grupal o individual, siempre dependiendo de los casos con los que tratemos. La Educación Física, como un área más reconocida por la LOGSE en igualdad de condiciones, puede ayudarnos, en su versión psicomotriz, a tratar con un aspecto atractivo y enriquecedor, determinados contenidos que anteriormente quedaban relegados a ámbitos no educativos, “porque eran conocimientos demasiado especializados, porque no interesaban a todos o, simplemente, porque había otros más fáciles de impartir” (Santamaría, 1992).

La elección es nuestra.

BIBLIOGRAFÍA

- AULA: Revista de Innovación Educativa. Número 23: "La Educación del Cuerpo". Barcelona, Febrero de 1994.
- BLÁZQUEZ SÁNCHEZ, D.: "La Evaluación de la Educación Física en la Reforma". Material del Curso de Verano del INEF de Castilla y León. León, 1994.
- CASTAÑER BALCELLS, M. y CAMERINO FOGUET, O.: "La Educación Física en la Enseñanza Primaria". Inde. Barcelona, 1993.
- POWELL, T. et Al.: "El niño especial". Norma. Colombia, 1991.
- MARTÍN SÁNCHEZ, F. y MARTÍN VICENTE, F.: "Educación Física y Deportiva para minusválidos psíquicos". Gymnos. Madrid, 1988.
- LÓPEZ MELERO, M.: "Teoría y Práctica de la Educación Especial". Narcea. Madrid, 1983.
- PICQ, L. y VAYER, P.: Educación Psicomotriz y Retraso Mental. Científico-médica. Barcelona, 1977.
- PIERON, M.: "Didáctica de las actividades físicas y Deportivas". Gymnos. Madrid, 1988.
- RUÍZ PÉREZ, L.: "Desarrollo motor y actividades físicas". Tercera Reimpresión. Gymnos. Madrid, 1994.
- SÁNCHEZ BAÑUELOS, F.: "Bases para una didáctica de la Educación Física y el Deporte". Gymnos. Madrid, 1986.
- VARELA, E. y ROSA, J.: "Desarrollo Motor Infantil. Test Motores de Ozeretzky". Servicio de Publicaciones de la Universidad de León. León, 1994.
- VARIOS: Mesa redonda sobre el Síndrome de Down celebrada en la E.U. de Magisterio de la Universidad de León. León, Abril, 1994.
- VARIOS: Conclusiones de las "I Jornadas Nacionales de Psicología de la Actividad Física y el Deporte", celebradas en el INEF de Castilla y León. León, Diciembre de 1992.
- VARIOS: "Necesidades Educativas Especiales. Manual Teórico Práctico". Aljibe. Málaga, 1991.
- VARIOS: "La Educación Física en Primaria Reforma 6-12 años. Vol.II". Paidotribo. Barcelona, 1993.
- VARIOS: "Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Vols. I y II". Santillana. Madrid, 1985.
- W.HARVAT, R.: "Educación Física en niños con dificultades de aprendizaje perceptivo-motor". Paidós. Buenos Aires, 1970.