

Psicomotricidad y síndrome X frágil

N. Buscà Safont-Tria

PSYCHOMOTRICITY AND FRAGILE X SYNDROME

Summary. This paper is a review of the main psychomotor characteristics of kids with fragile X syndrome. Almost all the boys and 30% of girls affected present mental retardation from the first year of life. At the psychomotor level basic activities such as crawling, walking on all fours, walking or running, and their subsequent psychomotor disability are mainly caused by hypersensitivity to sensorial inputs and difficulties in sensorial processing, low muscular tone and joint hyperflexibility or stiffness, difficulty in movement planning and coordination, inefficient motor control, low proprioceptive and vestibular integration and lack of balance. Other characteristics are described: hiperactivity and stereotypies. Due to space restrictions, the article does not go into the emotional-social relationship involved in psychomotor intervention. [REV NEUROL 2001; 33 (Supl 1): S77-81]

Key words. Fragile X syndrome. Psychomotor characteristics. Psychomotor retardation.

INTRODUCCIÓN

La psicomotricidad es una 'disciplina educativa y/o terapéutica que actúa sobre la totalidad de la persona a través de sensaciones, movimientos y juegos y su posterior análisis y representación, con la finalidad de que el sujeto establezca una relación positiva consigo mismo, los objetos, el espacio, el tiempo y los otros' [1].

Los objetivos principales de la terapia psicomotriz son:

- Que el niño pueda vivir el placer sensitivo motor.
- Que tenga un buen nivel de autoestima.
- Que acceda a la comunicación.
- Que desarrolle su esquema corporal.
- Que acceda a la simbolización.
- Que esté abierto a la creación.

Pretende reconstruir aquellas capacidades que han sido alteradas por causas emocionales, físicas, neurológicas...

Los contenidos psicomotores que se trabajan son los que se describen más abajo, pero la vía de acceso al trabajo corporal siempre se basa en la percepción de los sentidos esteroceptivos, interoceptivos y propioceptivos. A través de ellos nos comunicamos y relacionamos con el exterior. Los esteroceptivos: vista, tacto, oído, gusto, olfato, sobre todo la vía táctil y el diálogo tónico. Los interoceptivos: sobre todo sensaciones pulmonares de la respiración y del corazón en el bombeo. Las sensaciones propioceptivas musculares, tendinosas, equilibrio, tensión-distensión...

Es por esta razón que el contenido psicomotor sensitivo-perceptivo siempre está presente de una forma interconectada con los demás contenidos en las sesiones de psicomotricidad. El término de terapia senso-psico-motriz sería el más adecuado.

Es aconsejable someter a los niños con síndrome X frágil (SXF) a una terapia psicomotriz porque el retraso psicomotor es el primer signo de alarma de alguna anomalía en el desarrollo del niño. Afecta prácticamente a la totalidad de los niños con la mutación completa, con gravedad variable, y al 30-50% de las niñas. Su detección se basa en la observación de un lento y precario desarrollo de los patrones de movimiento básicos y un cierto

aislamiento sensorial (el niño no responde a estímulos y en algunos casos existe autismo conductual).

Este trabajo se basa en la experiencia profesional como psicomotricista con niños con SXF: observación directa de las características psicomotrices y su posterior relación con los contenidos en la sala de psicomotricidad.

SENSORIAL

Entendemos la percepción como una actividad compleja del cerebro, que pone a juego las funciones psíquicas. La imagen de un objeto es una elaboración psíquica: los datos suministrados por los órganos sensoriales son contrastados con los recuerdos y la memoria, se hace un análisis de las sensaciones recibidas y después una síntesis. Esto favorece el crecimiento estructural del cerebro. La densidad de las conexiones sinápticas y la capacidad de rendimiento dependen de la maduración neurológica y de la influencia del entorno. La estimulación tiene como objetivo activar no sólo las áreas corticales especializadas sino también la multitud de zonas relacionadas que forman la complejidad del proceso perceptivo.

Los niños con SXF presentan trastornos en la percepción que provienen de:

- Anomalía de los receptores de información periféricos (órganos sensoriales), sobre todo de la vista (estrabismo, miopía...) y el oído (otitis recurrentes y otros).
- Anomalía en la integración cerebral.
- Trastornos de la comunicación con los otros, que tendría que permitir el ajuste de los datos exteriores a uno mismo (trastornos del lenguaje y otras causas).

Según Stackhouse, estos niños padecen un rechazo sensorial (el niño se defiende de los estímulos que no domina): auditivo, olfativo, gustativo táctil y visual. Su sistema perceptivo, motriz y comunicativo están alterados y presentan, por un lado, un gran placer por determinados sonidos, gustos, colores, texturas formas, y por otro, un rechazo de otras sensaciones (hipersensibilidad). Ésta se ve aumentada por una sensibilidad extraordinaria al afecto y la intención, por eso la confianza con el terapeuta es una terapia por ella misma [2].

Presentan aversión para establecer y mantener el contacto ocular debido a la ansiedad social y timidez. También son hipersensibles al contacto físico: tienden a reaccionar con emociones o comportamientos negativos cuando se les toca. Son hipersen-

Recibido: 08.10.01. Aceptado: 08.10.01.

GEMASL (Gabinete de Especialidades Médicas Asociadas). Barcelona, España

Correspondencia: Nuria Buscà Safont-Tria. Fray Luis de León, 15. E-08302 Mataró, Barcelona. E-mail: buscans999@yahoo.com

© 2001, REVISTADENEUROLOGÍA

sibles a determinados gustos y olores. Presentan dificultades para organizar y entender los estímulos del exterior. Su percepción está limitada en el espacio inmediato. No pueden ser activos por ellos mismos, eso provoca una restricción de sensaciones no solamente a nivel motriz, sino a nivel visual, y por lo tanto una dificultad grave en la percepción.

La intervención psicomotriz se basa en la estimulación sensorial. Esto ayuda a los niños a utilizar los sentidos intactos o menos afectados, así como las habilidades residuales que quedan de los sentidos más lesionados.

El trabajo se lleva a cabo a través de juegos y ejercicios perceptivo-motrices sobre cada órgano sensorial específico y todos globalmente. La estimulación táctil, sonora y visual son las más ejercitadas en la sesión de psicomotricidad. En cuanto a la olfativa y gustativa, se trabajan específicamente.

Para tratar la hipersensibilidad al tacto el terapeuta establece un clima de confianza para que el niño esté receptivo y se deje tocar. Hickman propone un programa de ejercicios propioceptivos y de presión táctil para las distintas partes del cuerpo del niño (es importante hacerlo también en el área bucofacial) y poder así reducir la defensa sensorial. Éstos se basan en la aplicación de una presión táctil profunda, propiocepción y trabajo intenso o cocontracción [3]. Es muy útil aplicar distintos tipos de masajes y utilizar cepillos y texturas varias para masajear.

Se tiene un especial cuidado en controlar los estímulos auditivos: ruidos, música, habla, en especial cuando son estímulos nuevos para ellos, y se van introduciendo paulatinamente en las actividades. Aunque el niño los rechaza inicialmente no se tiene que pensar que no va a poder gozar de ellos más adelante. La música les motiva mucho, por lo tanto es una herramienta muy útil.

La hipersensibilidad olfativa y gustativa se trabaja conjuntamente con los padres y maestros. Es importante saber investigar si el niño tiene aversión por algún olor de los objetos o personas de la sala, pues podría ser la causa de su huida.

IMAGEN DEL CUERPO, ESQUEMA CORPORAL

Es la representación mental que el individuo se hace de su propio cuerpo, su conciencia de cada parte de su cuerpo, de su situación respectiva y de la unicidad del conjunto. Su identificación con su yo corporal.

El esquema corporal es el conocimiento inmediato que tenemos de nuestro cuerpo en situación estática o en movimiento, así como de las relaciones entre sus partes y sus relaciones con el espacio y objetos de su entorno [4].

Mi experiencia con niños con el SXF me hace pensar que no existe una correspondencia, unos rasgos comunes en el esquema corporal de los niños. Cada niño construye su esquema corporal de una manera distinta, o toma conciencia de las partes de su cuerpo de una manera muy personal, según su orden. Todos ellos acceden al conocimiento de las partes de su cuerpo, su uso y situación respecto al global, pero en cambio acceden al dibujo del cuerpo tardíamente y con dificultad. En todos los casos el esquema corporal se adquiere lentamente.

La intervención sigue la evolución del esquema corporal desde el nacimiento hasta la adquisición completa del mismo. Es así porque es importante que el niño con SXF experimente todo el proceso. La construcción e integración del esquema corporal tiene diferentes fases. La primera es aquella en que se diferencia el

yo corporal, la percepción de los límites del propio cuerpo, del yo y no yo. En esta fase el trabajo consiste sobre todo en el diálogo tónico con el psicomotricista y el contacto con distintos objetos, posturas y movimientos básicos.

La segunda fase es la de la unidad del yo corporal, a la que Wallon denomina 'estadio del espejo': a los 6 meses al niño se le rebela su imagen en el espejo y puede construir una imagen espacial coherente del yo, por referencia a la imagen del otro, y sobre todo a la de la madre. Los datos propioceptivos iniciales, que hasta el momento eran difusos, no localizados ni especializados, se fusionarán con datos visuales y se podrá organizar en el espacio y el tiempo. Los ejercicios pertenecientes a esta fase se harán básicamente delante del espejo, percepción táctil del propio cuerpo y sus partes, imitación de gestos, reconocimiento de las partes del cuerpo del otro, dibujo, escultura de la figura humana, disfraces, vestirse, puzzles de la figura humana...

La tercera fase es la de la identidad del yo corporal. Durante una larga etapa hasta los 12 años diferenciará espacio interno-externo, organización del espacio interno, situación de los objetos respecto al yo y viceversa. Seguiremos desarrollando el mismo tipo de actividad e incidiremos concretamente en el aprendizaje de la situación espacial y temporal del propio cuerpo y el del otro.

EQUILIBRIO

Es un estado por el que el sujeto puede mantener una actividad o gesto, quedarse quieto o moverse en el espacio utilizando la gravedad o resistiéndola. El equilibrio correcto es la base de toda acción diferenciada de los miembros superiores y de la coordinación dinámica general (locomoción, postural). El equilibrio está relacionado con la postura, que necesita toma de conciencia de la posición del cuerpo en el espacio, fortaleza de la musculatura postural y la flexibilidad de la columna vertebral.

Los niños con SXF poseen el equilibrio estático y dinámico alterado, tienen dificultades en mantener una posición en el tiempo e inestabilidad motriz. Les cuesta planificar la secuenciación del movimiento que se proponen llevar a cabo, por esto el movimiento es poco fluido e indeciso. Muestran también signos de inseguridad gravitacional por lo que prefieren mantener siempre los pies en el suelo.

La intervención consiste en una progresión de ejercicios que se llevan a cabo lentamente para evitar la inseguridad y ansiedad. A través de estos ejercicios se educará la caída, el hábito a la altura y aumentos y disminuciones de la altura.

COORDINACION, PRAXIS FINA Y GRUESA

Ajurriaguerra señala que la organización praxica o coordinación global supone la coordinación de tres sistemas: el conocimiento integrado del cuerpo, la integración cognitiva y emocional de las experiencias anteriores y la integración de los estímulos externos que abarcan la función gnósica. La conciencia cuando decide que se servirá de los sistemas funcionales guardados, recodificando los dispositivos disponibles para conseguir un objetivo programado. La coordinación, que permite la praxia global, supone un grado de integración cortical de muchos factores: tonicidad, equilibrio, lateralidad, noción del cuerpo y organización espacio-temporal [5].

Los niños con SXF experimentan un retraso en la adquisición de los patrones motrices básicos del desarrollo: levantamiento de

la cabeza en estirado prono, volteo, reptado lineal y circular, gateo, óseo, bipedestación, deambulaci3n...

Tienen dificultades en la planificaci3n del movimiento, por esta raz3n les cuesta mucho iniciarlo. La coordinaci3n del movimiento (que implica una correcta secuenciaci3n de todas las fases del movimiento global) no es 3ptima, es desorganizada y lenta. Se le aade la incapacidad de recoger datos concretos de los diferentes sentidos. Existe un temor a los movimientos nuevos, poco usuales o difciles, y dificultad en aislar partes del cuerpo para funciones especficas.

Los movimientos estereotipados, como el aleteo de manos, chuparse la ropa, etc. son otras caracterfsticas prxicas de estos ni os. Estas pueden estar relacionadas tanto a momentos de ansiedad como de excitaci3n alegre.

Otra caracterfstica motriz relacionada con el comportamiento es la hiperactividad (relacionada con los problemas de atenci3n y concentraci3n).

Son poco hables en la motricidad fina o en el control de los msculos de las manos y los dedos, a veces debido a la hipotonía muscular, de las articulaciones hiperextensibles de sus dedos. Les cuesta mucho realizar actividades monomanuales y bimanuales como escribir, abrocharse o comer.

La intervenci3n prioriza la consecuci3n y experimentaci3n de los patrones b3sicos del movimiento antes descritos. Asf nos aseguramos una buena base de maduraci3n neurol3gica (maduraci3n y comunicaci3n entre los dos hemisferios cerebrales a travs del cuerpo calloso que se desarroll3 gracias a los movimientos contralaterales) y estructural (fortalecer y madurar el aparato locomotor y otras estructuras). A medida que el ni o crece, experimentara otros patrones motrices m3s complejos en relaci3n con su crecimiento y su evoluci3n.

Los movimientos estereotipados no son atacados directamente, a menos que constituyan un peligro ffsico. Disminuirán a medida que el ni o se vea envuelto en actividades funcionales y motivadores.

La hiperactividad tiende a disminuir con la edad. Son muy 3tiles el ejercicio ffsico frecuente, juegos de agua, juegos motores o paseos. A medida que el ni o va adquiriendo pautas de atenci3n mejora su hiperactividad.

El tratamiento tambi3n consiste en organizar la secuencia correcta de las fases del movimiento m3s o menos complejo mediante modelos de imitaci3n, toma de decisiones y ritmo. En el área motora global se ejercitan gran variedad de patrones motrices globales y segmentarios (y su disociaci3n): inicialmente los movimientos b3sicos de locomoci3n y despu3s otros movimientos m3s complejos como los balanceos, caídas, saltos, secuencias de movimientos, etc. El trabajo del área motora fina consiste en aumentar la conciencia sensorial, ejercitar las capacidades discriminativas y realizar tareas monomanuales y bimanuales como recortar, doblar, juegos de títeres... A veces es 3til adaptar los utensilios como el lápiz o las tijeras.

Es probable que el ni o se oponga a realizar una tarea nueva, aunque la pueda hacer. Su ansiedad disminuirá si primero se la presentamos de manera gráfica y se mantiene una actitud cariñosa y firme, e insistir en que realice los primeros pasos. Si no se hiciera asf, sus experiencias se verían limitadas.

TONO MUSCULAR

Estado de tensi3n permanente de la musculatura de origen reflejo. La funci3n de esta musculatura es ajustar las posturas locales y de

la actividad general. El tono es indisociable del esquema corporal y la motricidad. El fondo t3nico no es inm3vil, se modifica con la relaci3n.

Los ni os con SXF se caracterizan por la alteraci3n de su tono muscular. Existen las dos tendencias: a la hipertoni3a y a la hipotonía, aunque predomina la hipertoni3a ligada a la hipermotilidad. Muchas veces presentan paratonías o incapacidad para relajar determinadas partes del cuerpo. En algunos casos, durante el primer a o de vida el ni o est3 muy hipot3nico, causando un retraso en la adquisici3n de la deambulaci3n, el habla, etc. Sus articulaciones son hiperflexibles y los msculos faciales son lacios y afectan la fonaci3n y la alimentaci3n. En el caso del ni o hipert3nico las articulaciones son rfgidas y tiene la tendencia a ponerse de puntillas; esto hace m3s difcil aprender a andar.

En la intervenci3n se tiene que tener en cuenta que el tono muscular es constitucional y s3lo modificable hasta cierto punto. El psicomotricista se basa en su propio cuerpo como herramienta para establecer un di3logo t3nico con el ni o a travs del tacto (empresa difcil con un ni o con SXF). El ni o se enriquece con este contacto. M3s all3 de la hiper o hipotonía nos interesa el equilibrio t3nico, la melodía, que el ritmo sea arm3nico; se trabajan las distonías, las rupturas y el tono sin control mediante la creaci3n de un clima de confianza, practicando técnicas de relajaci3n, di3logo t3nico, masajes, actividades de descarga motriz, actividad motriz espontánea que provoque placer sensitivo motor.

RESPIRACI3N

Se encuentra regulada por el autorreflejo pulmonar y por los centros respiratorios bulbares, que adaptan de una forma autom3tica la respiraci3n a las necesidades de cada momento. La respiraci3n est3 vinculada a la percepci3n del propio cuerpo y a una atenci3n interiorizada que controla la resoluci3n muscular y la relajaci3n segmentaria.

En los ni os con SXF se da una dificultad para controlar voluntariamente la respiraci3n. Esta es bastante agitada a menudo debido a la ansiedad. La fluidez y profundidad de la respiraci3n tienen que ver con la capacidad de autocontrol, an3lisis previo de las situaciones y de la relajaci3n, aspectos que los ni os con el SXF no dominan.

El objetivo de la intervenci3n es la adquisici3n de una respiraci3n nasal equilibrada, adaptada en amplitud y frecuencia a cada tipo de tarea, y el control de las emociones. El trabajo requiere ejercitar la percepci3n del propio cuerpo y la atenci3n interiorizada que controla la resoluci3n muscular y la relajaci3n segmentaria. Este aprendizaje se lleva a cabo en íntima relaci3n con el de la adquisici3n del lenguaje. Se practican juegos de soplar, chupar, apneas, control de la inspiraci3n y espiraci3n, al mismo tiempo que se ejercita la musculatura bucal para la articulaci3n del habla.

LATERALIDAD

Es el conjunto de predominancias particulares de las distintas partes simétricas del cuerpo. Aprehensi3n de la idea derecha-izquierda y su automatizaci3n. La dominancia hemisférica se determina en el nacimiento y a los 4 a os se define la dominancia lateral.

Mi experiencia con ni os con el SXF mayores de 4 a os es nula, por lo tanto no puedo definir mi posici3n al respecto. Doy

mucha importancia a que los niños adquieran una base sólida (maduración neurológica de los dos hemisferios y las vías de conexión de éstos) mediante la ejercitación de los patrones motrices básicos prelaterales, homolaterales y contralaterales.

PERCEPCIÓN ESPACIAL

Es la orientación y estructuración del mundo externo relacionado con el yo referencial, con objetos y personas en situación estática o en movimiento. El tomar distancia del mundo de los objetos y la integración de los distintos segmentos del cuerpo en su esquema corporal, capaz de organizar las posibilidades de acción y aprendizaje, son inseparables de una correlativa ubicación de las cosas y el cuerpo y de su recíproca orientación.

El niño con SXF presenta dificultades espaciales importantes debido a su orientación visual alterada (dificultades en la percepción espacio visual, en la percepción espacial del cuerpo y en el análisis de la información visual). Es muy común que estos niños tropiecen con los objetos, les cueste recibir objetos cuando son lanzados, calculen mal las distancias donde colocar objetos y su cuerpo.

La intervención consta de dos partes: la orientación espacio-temporal, basada en la experiencia vivida (las manifestaciones motrices relacionadas con relaciones topológicas: evoluciones, reagrupaciones, localizaciones, orientaciones...), y la estructuración mental como análisis intelectual de los datos de orientación (conservación de la distancia, superficie, volumen, localización, medida de distancias y apreciación). Piaget pone énfasis en que el niño adquiera las nociones básicas espaciales: arriba-abajo, encima-debajo, delante-detrás, lados... y su posterior vivencia, ejecución o representación de los conceptos cognitivos [6].

PERCEPCIÓN TEMPORAL

Es la percepción de lo sucesivo como unidad. Actúa a nivel perceptivo y motriz. La estructuración rítmica equivale a la ruptura de la regularidad de la cadencia de la unidad.

Los niños con SXF se caracterizan por tener un ritmo biológico y conductual alterado, por esta razón necesitan pautas de comportamiento y límites. Tienen dificultades para organizar secuencialmente (temporalmente) cualquier actividad o secuencia de movimientos, así como las tareas que llevará a cabo durante el día.

En la intervención se hace necesario trabajar el ritmo y organización de las partes. Es importante hacer un organigrama de las actividades que se realizarán durante el día, en las sesiones, durante la semana. Las diferentes gamas de ruidos que se pueden hacer mediante objetos y la música son herramientas indispensables para el trabajo del ritmo. Es necesario también que el niño asuma las nociones que integran el campo de la organización temporal (velocidad, duración, intervalo, intensidad), experimentar su propio ritmo, y ritmos impuestos. Todo esto basado en la experiencia motriz, con lo que se conjugarán coordinación y ritmo.

POSTURA

Es el mantenimiento estático de las distintas partes del cuerpo en el tiempo gracias al tono muscular y equilibrio.

Los niños con SXF sufren inseguridad gravitacional (relacio-

nada con el equilibrio) e inseguridad postural (debida al bajo tono muscular y a la hiperlaxitud de las articulaciones). Se da un uso de protocolos motrices rígidos de fijación para mantener la estabilidad postural.

La intervención consiste en trabajar las posturas del desarrollo motriz básico y otras. Es interesante estudiar y moldear la postura espontánea del niño durante la sesión.

ACTIVIDAD MOTRIZ ESPONTÁNEA

Es aquella en la que el niño juega y se mueve sin ninguna consigna preestablecida por los educadores. El movimiento o actividad que surge sólo es fruto de su deseo o necesidad. Comporta una fuerte carga expresiva, comunicativa y creativa con el entorno. Es una herramienta de observación del niño imprescindible para el terapeuta.

Los niños con SXF acostumbran escoger siempre los mismos juguetes, aquello que les hace sentir seguros y les es familiar. Son creativos con poca frecuencia y no buscan la novedad, les da miedo. Les gustan los objetos que hacen ruido y que voltean y se deslizan, les gusta observar pacientemente el movimiento de los objetos. Tienden a repetir movimientos, por ejemplo lanzar pelotas, de una forma obsesiva. Inicialmente, cuando aún no se ha establecido un clima de confianza con el terapeuta ni se han familiarizado con el entorno, el juego es destructivo (desmontar, tirar, romper...) y a medida que se va adelante en la terapia la tendencia se invierte y es capaz de crear situaciones de juego más constructivas. Llega a la adquisición del juego simbólico más lentamente que otros niños. Estos niños pasan constantemente de una actividad a la otra, sin completar las tareas y sin descanso debido a su hiperactividad y falta de atención.

Es aconsejable dejar siempre un tiempo y espacio para que el niño desarrolle su movimiento y juego espontáneo. Éste nos dará indicios de cómo evoluciona y dará pistas sobre el tratamiento en el futuro. El terapeuta no interviene nunca en el juego a no ser que el niño se lo pida o que peligre su seguridad.

CONTROL MOTRIZ, AUTOCONTROL, ATENCIÓN

El niño con SXF presenta problemas de atención. Les cuesta concentrarse durante largos períodos. Se distraen mucho, sobre todo cuando se les presenta una tarea nueva o difícil. Los problemas de atención incluyen impulsividad e hiperactividad en muchos casos.

El niño con SXF no controla su compulsión a pegar. Esto puede tener su causa en las dificultades de comunicación, ansiedad, sobrecarga sensorial, estimulación sensorial o en el hecho de evitar ciertas acciones.

En la intervención se parte de estímulos que le resulten atractivos para empezar a trabajar e ir aumentando los períodos de atención. Poco a poco se introducen estímulos nuevos, intercalados con otros ya conocidos y motivadores. Inicialmente el tiempo dedicado a cada actividad es muy reducido, aumentando progresivamente. Se le permiten momentos de descanso entre una actividad y otra. Se limitan las distracciones ambientales. Para aumentar los períodos de atención y concentración pueden resultar útiles los ejercicios previos de integración sensorial que comprenden actividades de motricidad gruesa en las que el niño participe activamente desplazando objetos pesados, saltando..., como actividades de organización sensorial (masajes, presión en las

articulaciones...). El trabajo consiste en la vivencia intensa del momento presente para ir aumentando el tiempo de realización de una tarea continuada.

En cuanto a la acción compulsiva de pegar, es bueno darle una respuesta alternativa que le permita llegar al mismo resultado (descarga motriz). Esto contribuye al tratamiento, pero en la mayoría de los casos no se extingue el comportamiento [7]. Según esta autora, primero se tienen que determinar las causas o situaciones en que el niño pega, y buscar estrategias para darle otros recursos de descarga de tensión.

Los aspectos psicológicos, relacionales y sociales del niño también se trabajan en cualquier tipo de intervención psicomotriz, son indisociables de los objetivos instrumentales, pero no es el objetivo de este artículo analizarlos.

ORIENTACIONES PARA LA SESIÓN DE PSICOMOTRICIDAD CON NIÑOS CON SXF

1. Empezar la sesión explicando al niño la planificación o secuencia de las actividades que se llevarán a cabo durante la sesión. Si se puede se le mostrarán gráficamente mediante dibujos las actividades y juegos. Antes es necesario que se sienten en un sitio fijo, un espacio predeterminado de la sala (donde se encuentre cómodo).
2. Seguimos con una actividad motora gruesa que incorpore un trabajo pesado (presión profunda, cargar pesos...).
3. Continuamos con actividades motoras gruesas que impliquen la globalidad del cuerpo: saltos, caídas, balanceos, desplazamientos en el espacio, circuitos... Es necesario hacer pausas entre actividades y prepararlos para la siguiente actividad. Se pueden introducir períodos de calma que incluyan presión

profunda para ayudarle a centrar la atención y focalizar las actividades.

4. Pasar gradualmente a actividades motoras finas (si es el objetivo que se quiere trabajar en la sesión).

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN PRECOZ

El niño se encuentra con un cuerpo nuevo que no puede dominar porque todas sus estructuras neurológicas y estructurales aún no han madurado o lo han hecho parcialmente. Sólo la experiencia puede desarrollar aquellas áreas susceptibles de ser maduras. Es la experiencia o acción la que desarrolla las conexiones nerviosas, no al revés.

A medida que el niño adquiere experiencias senso-psicomotrices, es capaz de relacionarse progresivamente con su entorno, por este motivo es necesario estimularlo y que pueda crear su conducta adaptativa.

Existe un período de tiempo concreto y definido en el que una estructura es especialmente plástica. Aprovechamos este momento estimulando al niño con el objetivo de conseguir el máximo potencial.

En muchos casos el niño con SXF evidencia un autismo conductual en edades muy tempranas (muchas veces debido a sus defensas sensoriales y motrices). En este momento estamos muy pendientes de sacarlo de este aislamiento lo antes posible mediante la estimulación, pues se trata de una etapa muy pobre, vacía de sensaciones.

Partiendo del hecho de que siempre se pueden dar cambios en el proceso de desarrollo del niño (hasta a nivel neurológico somos conscientes de la existencia en algunos casos de plasticidad cerebral), la importancia de la estimulación precoz es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrabona J. Postgrado en psicomotricidad. Barcelona; 2000.
2. Murnan Satckhouse T. Conceptos de integración sensorial y el síndrome X frágil. En Hagerman R, et al, eds. El síndrome X frágil, material educativo de la fundación nacional X frágil de Estados Unidos. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1997.
3. Scharfenaker S, Stackhouse T, Braden M, Hickman L, Gray K. An integrated approach to intervention. En Hagerman R, et al, eds. Fragile X syndrome: diagnosis, treatment and research. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1996.
4. Le Boulche J. El desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta los 6 años. Barcelona: Paidós; 1995.
5. Ajuriaguerra J. Les bases Théoriques des Troubles Psychomoteurs et la Rééducation Psychomotrice chez l'enfant. Medecine et hygiene. Genova; 1961. p. 251.
6. Piaget J. La psicología de la inteligencia. Barcelona: Grijalbo; 1983.
7. Wilson P, Stackhouse T, O'Connor R, Scharfenaker S, Hagerman R. Perspectivas en terapia ocupacional: Procesamiento sensorial y rendimiento funcional. En Hagerman R, et al, eds. El síndrome X frágil, material educativo de la fundación nacional X frágil de Estados Unidos. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1997.

PSICOMOTRICIDAD Y SÍNDROME X FRÁGIL

Resumen. En este artículo se hace una revisión de las principales características psicomotrices de los niños con el síndrome X frágil (SXF). Casi la totalidad de los niños afectados y un 30% de las niñas presentan retraso psicomotor desde el primer año de vida. A nivel psicomotor el retraso de los patrones motrices básicos como arrastrarse, gatear, andar, correr, etc., y su posterior inhabilidad motriz, son causados principalmente por la hipersensibilidad de las vías sensoriales y la dificultad en el procesamiento sensorial, disfunción del tono muscular, hiperlaxitud o rigidez de las articulaciones, dificultad en la planificación o coordinación del movimiento, ineficaz control motriz, baja integración del esquema corporal, de la organización espacio-tiempo y la falta de equilibrio. Se describen otras características psicomotrices del niño: la hiperactividad y los movimientos estereotipados. Por motivos de espacio, el artículo no menciona el aspecto emocional-relacional-social implícito en toda intervención psicomotriz. [REV NEUROL 2001; 33 (Supl 1): S77-81]

Palabras clave. Características psicomotrices. Retraso psicomotor. Síndrome X frágil.

PSICOMOTRICIDADE E SÍNDROMA X FRÁGIL

Resumo. Neste trabalho é feita uma revisão das principais características psicomotoras das crianças com síndrome X frágil (SXF). A quase totalidade dos meninos afectados e 30% das meninas apresentam atraso psicomotor desde o primeiro ano de vida. A nível psicomotor, o atraso dos padrões motores básicos, como arrastar-se, gatinhar, andar, correr, etc. e a sua posterior incapacidade motora, são causados principalmente pela hipersensibilidade das vias sensoriais e a dificuldade no processamento sensorial, disfunção do tônus muscular, hiperlaxidão ou rigidez das articulações, dificuldade na planificação ou coordenação do movimento, ineficaz controlo motor, baixa integração do esquema corporal, da organização espaço-tempo e a falta de equilíbrio. Descrevem-se outras características psicomotoras da criança: a hiperactividade dos movimentos estereotipados. Por motivos de espaço, o trabalho não menciona o aspecto emocional-relacional-social implícito em qualquer intervenção psicomotora. [REV NEUROL 2001; 33 (Supl 1): S77-81]

Palavras chave. Atraso psicomotor. Características psicomotoras. Síndrome X frágil.