



Vol. II
No. 8
Enero - Abril
2025



Lic. Gabriela Mercado Méndez

Neuro Smart
México

missgaby.neurosmart@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-1198-4604>

Cómo citar este texto:

Mercado Méndez, G. (2025) El Método Anita, previo a la terapia de lenguaje en niño con Síndrome de Down. Revista Holón. Vol. II, No. 8. Enero - Abril. 2025. Pp. 62-74. Universidad José Martí de Latinoamérica. URL disponible en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/holon>

Recibido: enero de 2025

Aceptado: marzo de 2025

Publicado: Enero - Abril de 2025

Indexada y catalogado por: DOI <https://doi.org/10.48204/j.holon.n8.a7149>



EL MÉTODO ANITA, PREVIO A LA TERAPIA DE LENGUAJE EN NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

Gabriela Mercado Méndez

Licenciada En Ciencias de la Educación. Maestrante en Neuroeducación (UMLA). Directora Neurosmart- Capacitación en Educación B.C. México

<https://orcid.org/0009-0004-1198-4604>
missgaby.neurosmart@gmail.com

RESUMEN

El presente artículo científico aborda una propuesta de intervención neuroeducativa con el objetivo de fortalecer las habilidades del niño con Síndrome de Down con dificultades del lenguaje oral. Es un estudio de caso que se abordó desde el diagnóstico, la técnica de observación, la entrevista y el registro anecdótico para favorecer la intervención. Se recurrió a la indagación con la madre de familia y la Docente de Preescolar. Así mismo, se solicitó al Neuropsicólogo la aplicación de una batería psicométrica para determinar las capacidades reales del niño y poder determinar su zona de desarrollo próximo. La integración de los datos recabados permitió construir un método eficaz para el entrenamiento de las habilidades y funciones cerebrales requeridas para que la terapia de lenguaje pueda ser eficaz. Las evidencias y la toma de decisiones oportunas permitieron crear lo que se denomina "Método Anita", que consiste en la seriación de actividades que fortalecen la autoestima, las funciones somatosensoriales y el seguimiento de instrucciones del niño con Síndrome de Down y que propone un abordaje integral a partir del entrenamiento previo al ingreso a la terapia de lenguaje.

Palabras clave: Intervención, lenguaje hablado, aprendizaje, educación, cerebro, terapia.

THE ANITA METHOD, PRIOR TO CHILD LANGUAGE THERAPY WITH DOWN SYNDROME

Abstract

This scientific article addresses a proposal for neuroeducational intervention with the aim of strengthening the skills of a child with Down Syndrome who has difficulties with oral language. It is a case study that was approached from the diagnosis, observation technique, interview and anecdotal record to favor the intervention. The mother and the preschool teacher were questioned. Likewise, the Neuropsychologist was asked to apply a psychometric battery to determine the child's real abilities and to determine his zone of proximal development. The integration of the data collected allowed the construction of an effective method for training the skills and brain functions required for language therapy to be effective. The evidence and timely decision-making allowed the creation of what is called the "Anita Method", which consists of the series of activities that strengthen self-esteem, somatosensory functions and the following of instructions of the child with Down Syndrome and which proposes a comprehensive approach based on training prior to entering language therapy.

Keywords: Intervention, spoken language, learning, education, brain, therapy.

O MÉTODO ANITA, ANTES DA TERAPIA COM A LINGUAGEM INFANTIL COM SÍNDROME DE DOWN

Resumo

Este artigo científico aborda uma proposta de intervenção neuroeducativa, com o objetivo de fortalecer as habilidades da criança com síndrome de Down com dificuldades de linguagem oral. É um estudo de caso que foi abordado do diagnóstico, da técnica de observação, da entrevista e do registro anedótico para favorecer a intervenção. Foi utilizado o inquérito com a mãe da família e o professor de pré-escola. Da mesma forma, o neuropsicólogo foi solicitado a aplicar uma bateria psicométrica para determinar as habilidades reais da criança e determinar sua próxima zona de desenvolvimento. A integração dos dados coletados permitiu construir um método eficaz para treinar as habilidades e funções cerebrais necessárias para que a terapia da linguagem seja eficaz. A evidência e a tomada de decisão apropriada permitiram criar o que é chamado de "método Anita", que consiste na serriação de atividades que fortalecem a auto-estima, as funções somatossensoriais e as instruções da criança monitorando com a síndrome de Down e que propõe uma abordagem abrangente do treinamento antes da entrada de terapia linguística.

Palavras-chave: intervenção, linguagem falada, aprendizado, educação, cérebro, terapia.

LA METHODE ANITA, AVANT LA THERAPIE PAR LE LANGAGE DE L'ENFANT AVEC LE SYNDROME DE DOWN

Résumé

Cet article scientifique aborde une proposition d'intervention neuroéducative dans le but de renforcer les compétences de l'enfant avec le syndrome de Down avec des difficultés de langage oral. Il s'agit d'une étude de cas qui a été traitée du diagnostic, de la technique d'observation, de l'entretien et du dossier anecdotique pour favoriser l'intervention. L'enquête avec la mère de la famille et le professeur d'âge préscolaire a été utilisée. De même, le neuropsychologue a été invité à appliquer une batterie psychométrique pour déterminer les capacités réelles de l'enfant et à déterminer sa prochaine zone de développement. L'intégration des données recueillies a permis de créer une méthode efficace pour former les compétences et les fonctions cérébrales nécessaires pour que la thérapie linguistique soit efficace. Les preuves et la prise de décision appropriée ont permis de créer ce qu'on appelle la « méthode Anita », qui consiste en la série des activités qui renforcent l'estime de soi, les fonctions somatosensorielles et les instructions de l'enfant sur le suivi du syndrome de Down et qui propose une approche complète de la formation avant d'entrer en thérapie linguistique.

Mots clés : intervention, langue parlée, apprentissage, éducation, cerveau, thérapie.

INTRODUCCIÓN

El caso que nos ocupa es el de un niño de 6 años con Síndrome de Down, con discapacidad intelectual grave, que cursa por segunda vez el tercer año de preescolar. No presenta enfermedades congénitas, pero es

enfermizo, situación que le ha llevado a ausentarse frecuentemente de las clases, lo que también influye en el ritmo de las sesiones de trabajo con la terapeuta y el quehacer escolar afectando el progreso de su aprendizaje.

Es favorable que el niño se involucre en la escuela y asista a clases ya que esto enriquece su experiencia de vida al observar diversos contextos, aprende de los otros niños y profesores. Intenta comunicarse a pesar de sus limitaciones, es decir, al exponer al menor a un ambiente tan diverso como es la escuela él se ve forzado a interactuar en el día a día favoreciendo su desarrollo social paulatinamente. El niño podrá enriquecer su vocabulario al enfrentarse a situaciones propias de la infancia y aprenderá las normas sociales apropiadas para la sana convivencia.

Para que los niños logren un adecuado desarrollo en el lenguaje oral, es importante que éstos interactúen con los demás, es decir, es necesario que se les ofrezca oportunidades enriquecedoras donde éstos tengan la oportunidad de disfrutar de experiencias y relaciones estimulantes, especialmente con los adultos, potenciando al máximo las capacidades comunicativas de éstos, con el objetivo de evitar también consecuencias indeseables (Echaide-Larrayoz, 2015, p.17).

En el estudio que nos ocupa se trata de un niño con Síndrome Down, de 6 años de edad que no ha logrado los aprendizajes esperados para el perfil de egreso del Programa de Educación Preescolar que se encuentra vigente en México en el ciclo escolar que cursan actualmente.

Los niños con Síndrome de Down presentan afectaciones y alteraciones en el desarrollo que se harán más notorias durante su crecimiento, ya que las tareas y aprendizajes necesarios demandan cada vez más exigencia y se requieren nuevas habilidades cognitivas, el lenguaje es una de ellas.

Es labor del neuroeducador buscar la respuesta a esta pregunta, López (2014) lo explica mejor: Cada cerebro es único, cada uno de nosotros también lo es. Como aprendices que somos todos, tenemos un estilo de aprendizaje diferente, y tal y como sea nuestro estilo de aprender seguramente será nuestro estilo de enseñar. Por eso, si un alumno no está aprendiendo en la forma en que le estamos enseñando, quizá es porque no le estamos enseñando de la manera en que él puede aprender.

Se realiza una intervención educativa que utiliza una metodología que se identifica como “Método Anita”, nombrado así en honor a la madre de la neuroeducadora que la realiza, quien se dedicó por más de 45 años al cuidado infantil y del adolescente. Es creado por la propia neuroeducadora, en 2023, autora del presente documento, Gabriela Mercado Méndez y surge del cuestionamiento ¿Por qué en un año de terapia de lenguaje no se observan avances en el habla?

Lo primero a considerar es que el síndrome de Down está causado por una anomalía en el cromosoma 21 adicional. El diagnóstico se realiza por medio de la presencia de las anomalías y se confirma por medio del análisis citogénico. De igual manera pudiera ser detectado por un análisis de cariotipo prenatal o postnatal. Los resultados pueden ofrecer una explicación al tipo de división celular que ocurrió y que son: trisomía 21, por translocación o mosaicismo.

Los niños con síndrome de Down presentan un retraso en el desarrollo físico y mental, cabeza y rasgos faciales característicos y a menudo tienen baja estatura. Presentan diversas afectaciones en la salud, como son discapacidad intelectual y tendencias a ciertas enfermedades como hipotiroidismo, cardiopatías congénitas, infertilidad, diabetes, enfermedad celiaca, dificultades de motricidad gruesa, de lenguaje y del desarrollo, entre otras. Así mismo comparten características anatómicas fácilmente identificables como son: manos y pies pequeños, ojo almendrado, nariz plana, regordetes, talla baja, separación entre los dedos pulgar e índice de los pies, cavidad bucal pequeña, lengua protuberante y puede carecer de fisura central.

El Síndrome de Down se percibe de manera diversa, dependiendo las áreas de la salud que se han visto afectadas en la persona. En este artículo se destaca la perspectiva neuroeducativa, por tanto, se toma como punto de partida la discapacidad intelectual como problema principal en el proceso de adquisición del lenguaje.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define el cuadro clínico de la discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual, como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual, como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico (American Psychiatric Association, 2014, p. 17). Apunta que se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Así mismo, la discapacidad intelectual se clasifica en niveles, dependiendo de las dificultades que la persona presente para realizar tareas comunes y corrientes que a otras personas de la misma edad cronológica no le resultan igual de complejas. El DSM-V, refiere cuatro niveles: leve, moderado, grave y profundo.

Para que el individuo logre comunicarse de manera oral, existen diversos componentes del cerebro que deberán participar y trabajar en conjunto para que el ejercicio sea exitoso. Martínez Romero, et. al. (2021, p.3) citan a González y Hornauer-Hughes (2014) para explicar que “las funciones cerebrales superiores tales como el

lenguaje, son un sistema funcional que depende del trabajo integrado de todo un grupo de zonas corticales y subcorticales, cada una de las cuales aporta su propia contribución al resultado final". (p.143)

El proceso es muy complejo: para la producción de una oración es indispensable: el sistema semántico, el lenguaje y el habla (González y Hornauer-Hughes, 2014). Según Cano de Gómez, et. al. (2013), las características que repercuten en el lenguaje de las personas con Síndrome de Down están las siguientes: anatómicas, motoras y neuro sensitivas.

Es importante mencionar que se espera que la maduración y el desarrollo de los niños sea de forma similar conforme el ciclo vital va avanzando y este implica la maduración de diversas estructuras y funciones corporales que darán como resultado el perfeccionamiento de las habilidades y procesos cognitivos. Este proceso de desarrollo y maduración similar entre los niños de la misma edad es lo que clínicamente se denomina como normalidad. (Gómez-Andrés, Pulido Valdeolivas y Fiz Pérez, 2015).

En la tabla se observa una comparación de las conductas presentadas en los niños con y sin Síndrome de Down en cuanto al proceso de adquisición del lenguaje.

Tabla 1

Comparación de las conductas de lenguaje

Conductas	Niño normal	Niño Síndrome de Down
Contacto ocular	1er mes	2 meses
Sonidos vocálicos	5 meses	7 meses
Reduplicación de sílabas	6-10 meses	6-10 meses
Primeras palabras	10-12 meses	19-24 meses
Diálogos preconversacionales	11-12 meses	23-24 meses
Combinación de palabras	19 meses	31-40 meses
Oraciones completas	36 meses	6-7 años

Fuente: Cano, Flores- Arizmendi y Garduño-Espinosa, 2013, p. 246)

En cada niño los hitos de desarrollo van a su propio ritmo, dependiendo de las variables que le acompañen la maduración. Owens (2003, citado por Echaide, 2015), señala, que "los estudiosos noveles del desarrollo humano deberían evitar la tentación de utilizar esta información con fines diagnósticos. También los padres interesados en el desarrollo de sus hijos deben ser cautelosos para interpretar estos datos". (p.70)

El tratamiento del Síndrome de Down se aborda desde las dificultades específicas que la persona presente, deben ser analizadas las áreas de mayor afectación que se presentan en cada caso y concentrarse en ellas, con la finalidad de diseñar un programa de rehabilitación que sirva de guía y pueda ayudarle a consolidar los aprendizajes esperados en el cerebro de la persona.

Siguiendo a Echaide (2015) es necesario estimular a los niños desde pequeños de forma adecuada y esta labor deberá ser un trabajo conjunto entre padres, educadores, terapeutas y familiares, y son los familiares el referente directo en cuanto a la comunicación y el lenguaje se refiere.

METODOLOGÍA

Se aborda un estudio de caso desde una perspectiva de intervención neuroeducativa que se abordó desde el diagnóstico, la técnica de observación, la entrevista y el registro anecdótico. Se orienta a favorecer el proceso de desarrollo del lenguaje de un niño de 6 años con Síndrome Down. Se utiliza un abordaje desde técnicas psicopedagógicas en un modelo de intervención de carácter cognitivo conductual. Se realizaron consultas con neuropsicólogo, neurólogo y psicopedagogo. Se realizaron diversos test para evaluar las características específicas del niño, Una vez recabadas todas las evidencias, se integró y sistematizó la información obtenida y se tomaron las decisiones correspondientes. Se realiza la discusión y análisis de resultados, que permiten tomar la decisión de aplicar el Método Anita, consistente en un abordaje integral del niño en sus posibilidades educativas. Se utiliza el método descriptivo para la divulgación de la investigación.

RESULTADOS

Durante algunos meses, el niño había contado con el apoyo de una *maestra sombra*, cuyo rol en el aula se define como:

“(…) una persona calificada para apoyar en la integración social y educativa de los niños que presentan dificultades para trabajar por sí mismos debido a su desarrollo psicosocial, estos atienden directamente un único niño, quien se caracteriza por tener necesidades particulares durante sus años de preescolar y primaria” (SNTE, s.f).

También cuenta con el apoyo de su madre y de la maestra que le impartió segundo grado de preescolar quien le brindó apoyo personalizado, manteniéndose cerca de él y enriqueciendo el ambiente escolar con ajustes razonables como son: ayudas visuales: tarjetas, macrotipos carteles y agendas visuales y adaptaciones curriculares: seleccionar contenidos acordes a su nivel de desempeño para apoyarlo en su proceso de enseñanza- aprendizaje.

Por medio de la técnica de entrevista a la madre, se conoció que el niño asistía a terapia de lenguaje, dónde no lograba avances, pues, al no comprender las indicaciones y fracasar en la realización de los ejercicios propuestos, el niño dejó de colaborar y rechazaba a la terapeuta. Se dedicó a atender la situación conductual del niño y no a la estimulación del lenguaje. La madre de familia concluye que el menor ha aprendido que, si él se porta inadecuadamente, la sesión de terapia de lenguaje no se llevará a cabo e intenta detenerla frecuentemente, evidenciando su rechazo hacia las actividades que la terapeuta indica. Sin embargo, destaca que él es altamente funcional en entornos sociales como, por ejemplo: fiestas, restaurantes, conveniencias familiares, con personas extrañas, etc.

Mediante el diagnóstico inicial se pudo conocer que el niño no identifica correctamente los colores, no comprende indicaciones para realizar tareas concretas. Presenta ingenuidad e inmadurez conforme a su edad cronológica, le gusta ser el centro de atención; con frecuencia comunica sus deseos o decisiones por medio de

golpes, rabiets o empujones. No posee lenguaje oral acorde a su edad, y en relación con sus pares, muestra un atraso significativo.

Como resultado de toda la información recolectada, se propone a la madre de familia realizar una evaluación psicométrica BANPE inicial al menor, la cual integra los aspectos: de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. El neuropsicólogo decide aplicar esta batería, dado que el niño presenta retraso mental, aunque previamente se había observado avances en lenguaje y mejoría en la conducta, al participar simultáneamente en clases de preescolar presenciales, terapia de lenguaje y estimulación sensorial.

Las observaciones realizadas apuntaban a la hipótesis de que existen algunas características de inestabilidad emocional y que estas podían ser causas de las manifestaciones de su conducta. Era posible identificar que le causaba gran frustración el hecho de no poder cumplir con las indicaciones y tareas que la terapeuta le asignaba y no deseaba arriesgarse a fracasar en la ejecución de las mismas.

De acuerdo a ello, la neuroeducadora desarrolló un programa de intervención neuroeducativa al que llama el “Método Anita” antes de su ingreso a la terapia de lenguaje. Se determinó el abordaje de aspectos esenciales a considerar en niños con Síndrome de Down, que se enfrentan al enorme reto de la adquisición del lenguaje oral: seguimiento de orientaciones, afinamiento de funciones somatosensoriales, así como el autoconcepto y la autoestima.

Considerar estos aspectos implica realizar una intervención integral, pues se abordan los procesos neurocognitivos, cognitivo-conductuales, madurativos y psicopedagógicos que pueden contribuir directamente a que el niño avance en su comprensión modelación de su conducta y gane elementos de autoconfianza que le puedan permitir, posteriormente incorporarse a la terapia del lenguaje.

Se toma en cuenta a la familia como parte del proceso de estimulación del lenguaje, por lo que en el programa se invita a alguno de sus miembros a asistir a las sesiones de trabajo y participar de las actividades con la finalidad de involucrarles en este proceso, dado que “la familia tiene una gran responsabilidad” (Echaide, 2015, p. 16). Para asegurar el éxito del programa de intervención neuroeducativa, es importante mantener al alumno motivado a acudir a las sesiones y a realizar las tareas asignadas mediante un clima amable y amigable propicio para el aprendizaje.

No es un trabajo sencillo, pues demanda investigación, estudio, disciplina, análisis, lo comparo a la búsqueda de un tesoro o a la resolución de un acertijo complejo, pues el individuo es distinto y se requiere perseverancia, experiencia y, sobre todo, amor; un neuroeducador que esté dispuesto a luchar por encontrar respuestas. Sobre todo, conocimientos neurológicos y psicológicos, que sea capaz de comprender y realizar síntesis interdisciplinar, capaz no solo de educar-instruir bien, sino, también de detectar “los síntomas más frecuentes que interfieren con el aprendizaje, clases por tanto de educación, psicología, neuropsicología, neurología y medicina. Se necesitan estos profesionales en los colegios. Yo los veo como un futuro ocupando ya el presente” (Fuentes, 2015, p. 16).

La cercanía emocional, la relación amable y cordial de la neuroeducadora es fundamental. López (2014) retoma un estudio realizado en 2002 donde utilizando la técnica de resonancia magnética funcional, se investigó cómo afecta el contexto emocional al proceso de memorización. Se seleccionaron fotografías con la finalidad de generar emociones positivas, negativas o neutras a los participantes y una serie de palabras que deberían memorizar. Los resultados obtenidos indicaron que las palabras mayormente recordadas eran aquellas asociadas a emociones positivas y se activaban regiones cerebrales diferentes con cada uno de los contextos emocionales presentados. La conclusión fue que existe una relación directa entre cognición y emoción. Por ello, se hace énfasis en generar un ambiente de calidez en cada una de las sesiones de trabajo con el niño, lo que buscamos es construir un ambiente de bienestar para él, recurriendo a la ternura, la pureza, la honestidad, la justicia y la bondad para impactar de manera positiva el cerebro del niño y así, lograr consolidar aprendizajes de manera más eficiente.

Por el contrario, ante un clima hostil, el niño asociará el lugar y las sesiones como una experiencia desagradable, por lo que podrá no querer asistir o mostrará desinterés o actitud desafiante ante la autoridad del aula poniendo en riesgo la culminación del logro educativo e incluso, ocasionar deserción escolar.

Para favorecer el desarrollo del lenguaje y se planearon un conjunto de sesiones que abordaron, mediante actividades, los siguientes aspectos: Seguimiento de instrucciones, autoconcepto y autoestima, y afinamiento de funciones somatosensoriales.

La neuroeducadora se dedicó a observar al niño en el ambiente escolar y realizó un registro anecdótico de las conductas observadas para conformar que, efectivamente, el niño tiene dificultades para comunicarse de manera oral, para socializar y para atender indicaciones de la maestra. Sin embargo, también observa que él es capaz de participar de actividades lúdicas y realizar ejercicios sencillos de dinámica grupal como son: bailar, juego libre, utilizar los juegos al aire libre y tareas prácticas sencillas como son: abrir y cerrar su mochila, recoger juguetes, guardar sus libros, etc.

DISCUSIÓN

En la discusión se apuntan los principales hallazgos del estudio sobre el método ANITA, su significado, y cómo se relacionan con otros estudios. El método Anita, como estrategia de intervención, toma en cuenta los cinco pilares de la neurodidáctica, que le dan sentido:

1. Aprender es divertido, aunque requiera esfuerzo.
2. Con frecuencia, el aprendizaje se realiza espontáneamente.
3. Los años previos a la adolescencia constituyen una fase particularmente favorable para el aprendizaje.
4. El aprendizaje es también un proceso emocional.
5. Un ambiente rico en estímulos, facilita el aprendizaje.

Los alumnos con síndrome de Down tienen necesidades educativas especiales muy significativas y

permanentes, derivadas de la discapacidad intelectual. Pero son precisamente estas peculiaridades de su estilo de aprendizaje las que nos han de orientar sobre cuáles son esas necesidades. Ello permite tomar las medidas oportunas para dar respuesta a estas necesidades, con grandes probabilidades de éxito. (Ruiz, 2012). En el caso del niño con Síndrome de Down, la carencia de lenguaje oral puede llegar a confundir a terapeutas y maestros y puede ser que el niño comprenda más de lo que se aparenta.

En este caso, el nivel de desarrollo real es determinado por la integración de la evaluación diagnóstica y el guía en el proceso de enseñanza–aprendizaje será el Neuroeducador, el Terapeuta, Psicólogo o Maestro que implemente el Método.

El Método Anita resulta muy útil para ubicar al terapeuta y a los padres en la situación de aprendizaje real en la que el niño se encuentra. Al inicio de este trabajo se relató la problemática del caso de estudio y el planteamiento del Método Anita, por ahora podemos llegar a las siguientes hipótesis:

- a) Su discapacidad intelectual es grave.
- b) Se recomienda trabajar en el mejoramiento de la autoestima y requiere adquirir seguridad y entereza para luchar por sus conquistar sus logros.
- c) El no cumplir con las expectativas que los maestros, terapeutas o padres tienen sobre él puede causar ansiedad y frustración.
- d) Requiere motivación para cumplir con las tareas.
- e) Se deberá brindar estimulación para la integración sensorial.
- f) Le favorece el ambiente lúdico para la consolidación de aprendizajes.
- g) El terapeuta no deberá mostrar desagrado ante los intentos del niño de detener las sesiones de intervención.

Se desarrolla este programa de intervención psicoeducativa, basado en la teoría de Lev Vygotsky quien propone el concepto de la Zona de Desarrollo Próximo. González López, et. al. (2011), la definen de la siguiente manera:

“Se define como la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía del adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (p. 533).

El Método Anita tiene como propósito brindar una preparación al niño con Síndrome de Down para que él pueda estar listo para presentarse a la terapia de lenguaje y que las sesiones sean de provecho. Este método es resultado del análisis y la reflexión del caso de estudio. Sin embargo, podrá ser adaptado a otros niños también en la educación regular, que muestren alteraciones significativas en el área del lenguaje oral y que requieran una preparación para su ingreso a terapia de lenguaje, para poder incluirlos en la educación formal.

La intervención mediante el método que se propone, parte de una evaluación inicial del niño, plantea un abordaje terapéutico, orientado a fortalecer las funciones previas a la adquisición del lenguaje oral. Al mismo tiempo, resulta flexible, ya que el neuroeducador puede valorar de forma integrada y permanente los avances, para tomar decisiones oportunas e incluir o descartar actividades, según resulten necesarias y lo adaptará a las necesidades específicas de cada niño con Síndrome de Down.

El Método Anita es integrador y pone en práctica como indicaciones generales, las siguientes:

1. Todas las actividades que se sugieren pueden combinarse entre sí, lo importante es que durante cada sesión el niño trabaje los tres aspectos. Si durante alguna sesión sobrara tiempo se puede elegir cualquier actividad para aprovechar esos minutos y que el niño refuerce alguno de los tres aspectos.
2. Es muy importante no enfocarse en el aspecto que el niño ya domina, sino, ocupar estos momentos de reforzamiento para trabajar áreas que el niño no domina en su totalidad o en aquella en la que muestra mayor dificultad para su realización.
3. Se recomienda que las actividades somatosensoriales se realicen al final de cada sesión ya que si se ubica al inicio de la sesión será un distractor para el niño. Así mismo, se aprovechan los primeros momentos para trabajar el seguimiento de instrucciones ya que al llegar es el momento donde el niño tiene mayor energía para trabajar y esto debe ser aprovechado por el terapeuta. Si finalizamos la sesión con la actividad somatosensorial estaríamos realizando la intervención de relajación que el niño requiere para cerrar exitosamente la sesión y resistir los 45 minutos de trabajo.
4. Las indicaciones se deben dar una a una para evitar saturar y confundir al niño.
5. Aunque es un programa que se trabaja en 16 sesiones, este puede ser repetido en el individuo las veces que el terapeuta lo considere necesario.
6. Es muy recomendable trabajar el método Anita, al menos en 2 ocasiones antes de poder incorporar Terapia de lenguaje. Una vez incorporando la Terapia de lenguaje, se deberá continuar trabajando el Método Anita a la par.
7. Debe continuarse la evaluación en el transcurso de la realización de todo el proceso terapéutico, de forma integral, para estar poder observar en todo momento de aprendizaje real del niño.
8. Ante la pregunta: ¿Por qué acudir a una neuroeducadora?, se verifica el criterio de Fuentes (2015):

“La neuroeducación en su empeño por detectar síntomas de inadaptación puede acabar en manos de mentes expertas, mentes sin visión sinóptica, en el otro extremo, en cambio, potenciar mentes bien hechas nos llevaría a espíritus libres. ¡¡Un cerebro bien hecho se me ocurre que sería algo así como la persecución de lo que antiguamente se denomina kalokagathia!! Y que vendría a coincidir con la idea de Phrónesis de Aristóteles y con el “llega a ser lo que eres” o el “conócete a ti mismo”, todos estos términos guardan familiaridad con la educación entendida como hacer salir, extraer desde dentro, y con la idea de una alquimia presente en los procesos de educación que siempre que es bien entendida se propone la liberación de los seres humanos; y, de la misma manera, con la idea de sabiduría” (p.32).

Hacernos la pregunta sobre cómo aprenderá mejor el alumno nos abrirá la puerta a la innovación, pero también supone salir de la zona de comodidad en la que nos hemos acostumbrado a estar, en la que todo lo controlamos. Implica asumir el riesgo de hacer las cosas de otra manera, de observar las respuestas a diferentes estrategias hasta dar con aquella que para ese alumno en particular funciona (López, 2014, p.16).

En este caso, debe comprenderse que la adquisición de lenguaje oral, es un proceso que llevará años y que no se consolidará en su totalidad. Es una situación que estará presente durante toda su vida, por ello se requiere comenzar a avanzar cuanto antes en este camino y ser constantes. Se invita a los padres y terapeutas a no rendirse si por un tiempo no ven resultados a simple vista. Tener paciencia, empatía y cariño hacia el niño es la clave para comenzar a trabajar el Método Anita. Por ahora no es oportuno asistir a Terapia de lenguaje ya que esta no rendirá frutos pues el organismo del niño no está listo para adquirir los aprendizajes esperados.

En conclusión y respondiendo a la pregunta inicial ¿Por qué en un año de terapia de lenguaje no se ha notado avance en el habla? Podemos concluir que no es el momento adecuado para que el niño participe en terapia de lenguaje ya que su organismo no se encuentra preparado. Su cerebro no ha consolidado las bases neurológicas para lograr esta función ejecutiva superior, sin embargo; comprendemos que el Método Anita puede ser muy útil para mejorar el afinamiento de las funciones somatosensoriales. Los resultados pueden ser notables cuando se desarrolla la intervención mediante una terapia integral, se pueden tener avances significativos que le lleven a tener una vida funcional.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QL4rDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=DSM-V,+American+Psychiatric+Association,+2014.&ots=nS1Fvlt6HX&sig=nRuYRcGMHr5Y8yrnMcrS1D-PVYw>
- Cano de Gómez, A., Flores-Arizmendi, K. A., Garduño-Espinosa, A. (2013). El lenguaje en los niños con síndrome de Down. *Acta Pediátrica de México*, 34(5), 245-246. <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/647/645>
- Echaide-Larrayoz, N. (2015). *Propuesta de un programa de intervención psicopedagógica para trabajar el lenguaje oral en Educación Infantil*. <https://reunir.unir.net/bitstream/123456789/3499/1/ECHAIDE%20LARRAYOZ%2c%20NEREA.pdf>
- Fuentes, H. S. (2015). Acerca de la figura del neuroeducador. *Folia Humanística*, 1. <https://doi.org/10.30860/0004>
- Gómez-Andrés, D., Pulido Valdeolivas, I., Fiz Pérez, L. (2015). Desarrollo neurológico normal del niño. *Pediatr Integral*, 19(9), 641-7. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/07/n9-640e1-e7_R.Bases_Gomez.pdf

- González López, A. D., de los Ángeles Rodríguez Matos, A., Hernández García, D. (2011). El concepto zona de desarrollo próximo y su manifestación en la educación médica superior cubana. *Educación médica superior*, 25(4), 531-539.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-21412011000400013&script=sci_arttext
- González, R., Hornauer-Hughes, A. (2014). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25(1), 144-153.
https://redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Cerebro_%20y_lenguaje.pdf
- López, B. I. (2014). *Aprendizaje emocionante: Neurociencia para el aula*. Ediciones SM, España.
- Martínez Romero, A., Ortega Sanchez, J. L., Alba Romero, J. de J. (2021). Lenguaje: instrumento del desarrollo humano. *Revista digital universitaria*, 22(5).
<https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.5.3>
- Powell-Hamilton, N. (2023). Síndrome de Down (trisomía 21). *Manual MSD Versión Para Público General*, 19.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cromos%C3%B3micas-y-g%C3%A9nicas/s%C3%ADndrome-de-down-trisom%C3%ADa-21>
- Ruiz, E. (2012). *Programación educativa para escolares con Síndrome de Down*.
<https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/16937>
- SNTE. (s/f) *Maestro sombra: su rol en el aula*. Soy SNTE.
<https://soysnte.mx/articulos/maestro-sombra-su-rol-en-el-aula>

Contribución Autoral

Autora: Desarrolló la totalidad del trabajo desde la selección de la bibliografía, la recolección de datos, la redacción del artículo y la discusión de los resultados con el manejo de datos.