

La estimulación temprana en Oftalmología

Alberto O. Ciancia; Flga. Ana Maria Fiondella; Lic. Yolanda P. Penerini

La medicina abarca tres grandes capítulos: medicina preventiva, curativa y rehabilitadora. Los oftalmólogos solemos ejercer con variada solvencia la medicina curativa, sólo excepcionalmente la preventiva, y prácticamente dejamos de lado la rehabilitadora. Esto es, en parte, una necesidad impuesta por la distribución del trabajo en vista de la progresiva complejización de las ciencias, y en parte el resultado de una parcial forma de ver nuestra tarea y nuestros enfermos. Porque si bien la rehabilitación de los pacientes con secuelas de afecciones visuales debe ser responsabilidad de técnicos especializados con conocimientos distintos de los del oftalmólogo, una visión más totalizadora de nuestra función muestra que esas tres partes de la medicina distan de ser departamentos estancos y que, por ejemplo, las acciones de tipo rehabilitador pueden surgir al lado mismo del quehacer clínico o quirúrgico.

Un episodio ilustra lo que acapamos de decir: hace unos catorce años observamos en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez que los niños ciegos o fuertemente ambliopes sufrían un deterioro desproporcionado con la magnitud de su discapacidad visual; los estudios neurológicos no aclararon su causa: consultada la Dra. Lydia Coriat, experta en maduración normal y patológica, determinó que la razón del deterioro residía en la falta de estímulos adecuados, que hacía de esos niños autistas secundarios. Se comenzó entonces a aplicar en estos niños las técnicas de estimulación temprana, en ese momento en auge para el cuidado de niños con parálisis cerebral y otras afecciones neurológicas graves. El resultado fue sorprendente: los niños estimulados podían ser fácilmente distinguidos de los que no lo estaban simplemente observando su comportamiento. Así aprendimos que un niño con severa deficiencia visual necesita, al lado del tratamiento oftalmológico, el cuidado de sus aspectos madurativos, tanto en lo que atañe a los problemas de comunicación con su madre como a la provisión de estímulos sensoriales adecuados. En otros términos, el niño con deficiencia visual severa puede ver agravado su destino por dos grupos principales de privaciones: de cuidados maternos y de imágenes visuales oportunas. Ha-

blemos de la privación de cuidados maternos.

El que se ha dado en llamar "órgano mental" es, en gran medida, una creación postnatal y su desarrollo exige el contacto con el otro. Si el niño llora por hambre o por frío, por ejemplo, viviendo una "angustia de muerte", la madre lo comprende por empatía y encuentra la respuesta adecuada. El niño se calma. Una sensación de vida reemplaza a la de muerte. La madre, a su vez queda tranquila y gratificada. En este vaivén de experiencias crece y se desarrolla el órgano mental que transforma al recién nacido biológico en un individuo humano. Estos procesos se llaman "humanización" e "individuación". En condiciones normales la madre estimula espontáneamente al hijo mientras lo cuida, alimenta, abriga, calma y juega con él. El niño se despierta, vive y se duerme con su presencia llena de contactos, sonidos e imágenes "descifrables", resultados de la capacidad de la madre para atenderlo.

Cuando el niño es ciego o severamente ambliope, falta el canal visual el "cordón visual" que lo une a la madre. Esta situación frustrante crea en la madre angustia, que junto con la culpa por haber engendrado un hijo defectuoso y el duelo por el hijo sano que no nació, suele generar rechazo. Esta situación psicológica la paraliza y le impide encontrar otros canales posibles de comunicación. La estimulación temprana provee de elementos para restablecer la comunicación entre la madre y el hijo por medio de los sentidos sanos, sobre todo el tacto y el oído. La importancia de la estimulación táctil para el niño normal ha sido destacada por numerosos autores.

Recordemos ahora la importancia de la privación de estímulos visuales en los primeros tiempos de vida. En trabajos históricos que les valieron el premio Nobel de Medicina, Hubel y Wiesel, ocluyendo los ojos a gatitos de pocas semanas, comprobaron que la falta de estímulos visuales provocaba: a) pérdida de la capacidad visual; b) palidez y retracción de las capas del cuerpo geniculado conectadas con el ojo; y c) cambios en la dominancia ocular. Trabajos posteriores de Blackmore, von Noorden, Ikeda y otros ampliaron estos conocimientos y fue posible determinar el "síndrome de priva-

ción de estímulos visuales": los ojos están genéticamente determinados para la visión normal, pero les son necesarias experiencias visuales adecuadas y oportunas durante su maduración para que sus posibilidades genéticas se puedan expresar. También se estableció, con bastante exactitud en animales de experimentación y como estimación aproximada en el hombre, el "período crítico" dentro del cual la privación de estímulos visuales deteriora la visión. En clínica oftalmológica se tiene la oportunidad de ver niños con grave ambliopía de un ojo por una anisometropía severa o por una catarata traumática ocurrida en los primeros años de vida; la simple oclusión de un ojo a un niño de pocos meses para tratar una queratitis puede determinar una ambliopía profunda. Los progresos de la cirugía permiten tratar con éxito afecciones oculares del niño pequeño, como las cataratas congénitas o las opacidades congénitas de la córnea. Pero los resultados funcionales son fatalmente pobre si no se toman extremas medidas para evitar el deterioro visual por la privación de estímulos visuales. La estimulación temprana estudia estrategias y provee técnicas para ofrecer al niño los estímulos visuales necesarios y provocarle motivación para querer ver. De esta manera se podrá salvar cualquier remanente visual de su pérdida por privación de estímulos.

Estimulación temprana de niños ciegos

La llegada de un niño ciego perturba el equilibrio del hogar. Esto hace más difícil para el niño lograr los estímulos que necesita para madurar. La estimulación temprana intenta restablecer la comunicación de los padres con su hijo y, a través de ello, favorecer en el niño el cumplimiento de sus etapas madurativas y evitar que se refugie en conductas autistas.

La función del oftalmólogo es prestar cuidadosa atención al diálogo con los padres y manejarse con comprensión y tolerancia. De esa manera se evitan las repetidas consultas con distintos oculistas, que significan numerosos exámenes bajo anestesia, efectuados casi siempre sin los cuidados psicológicos que tales maniobras requieren. Conviene aconsejar a los padres una consulta psicológica y hacer atender al niño ni bien se ha establecido el diagnóstico de ceguera con la persona que se ocupará de la estimulación temprana. La estimulación temprana durante el primer año tratará de concientizar a la madre de los otros canales de comunicación con el niño, acústicos, cutáneos, orales, olfativos. La comunicación

se debe establecer en el grado más estrecho posible, utilizando las ocasiones que brinda la alimentación y la higiene para los juegos, el acercamiento corporal mimoso, caricias roncadas, ecos de las vocalizaciones del bebé, etc. Este aprenderá pronto el código y aparecerá su sonrisa. Al reconocer la madre las respuestas de su hijo, se sentirá recompensada y crecerán en ella las fuerzas que necesita para criarlo. Se debe vigilar la aparición de las pautas madurativas que corresponden a cada trimestre del primer año. Los padres deben recibir informes detallados de los reflejos y las actitudes normales de los niños, para que aprendan a reconocerlos y los busquen.

Los rasgos autistas no sólo no aparecen en el niño así estimulado, sino que en muchos casos se borran, sustituidos por conductas normales. Después del primer año, el niño bien estimulado cumple las pautas de maduración del niño sano. Comienza a caminar entre los 14 y los 16 meses. Un niño ciego estimulado es fácilmente reconocido de lejos por sus gestos y actitudes y por su disposición al juego. Es increíble el uso que un niño estimulado puede hacer de muy escasos restos visuales. Por ejemplo, con una agudeza de entre luz y bultos, si su campo visual no es muy reducido, puede mantener sin inconvenientes juegos comunes con niños videntes de su edad.

Estimulación de niños con visión subnormal

Es importante facilitar a estos niños el uso de su visión remanente. En los muy pequeños la estimulación intenta motivarlos para que deseen ver. Los juegos con la madre, los actos de alimentación e higiene y de facilitación del sueño, deben estar relacionados siempre con la imagen gratificante del rostro, los senos y las manos de la madre, que le transmiten alimento, calor y caricias. El niño se siente mirado y quiere ver. Más adelante los estímulos serán juguetes de colores y tamaños adecuados. Para aconsejar la estimulación es necesario discriminar entre las patologías. Así, por ejemplo, si el paciente tiene fotofobia, deberá recibir estímulos luminosos de poco brillo; si tiene amaurosis congénita de Leber, necesita una buena iluminación. Siempre se deben cuidar los detalles de la distancia y la luz, para que se adecuen a las posibilidades de cada niño en particular. El niño con visión subnormal estimulado asociará espontáneamente sus percepciones visuales con las táctiles, acústicas y gustativas: tocará y acercará a los labios el objeto visto. Esta estimulación sólo es imaginable dentro del cuadro de una buena si-

tuación afectiva. El rol del oftalmólogo es muy importante: debe favorecer al máximo las posibilidades visuales del paciente mediante la cirugía, las ayudas ópticas, etc. Una evaluación cuidadosa de las condiciones de cada caso permitirá a la persona encargada de la estimulación planearla de acuerdo con las posibilidades y limitaciones del paciente.

Estimulación temprana de niños con afecciones congénitas curables con tratamiento quirúrgico

Los adelantos de la cirugía ocular están haciendo posible el tratamiento quirúrgico de afecciones que provocan ceguera en el niño, como las cataratas congénitas, las opacidades congénitas de la córnea, algunas malformaciones del segmento anterior y hasta ciertas formas de retinopatía del prematuro. Pero los éxitos quirúrgicos son invariablemente acompañados por fracasos funcionales, si no se toman en cuenta las particulares condiciones creadas por el estado de inmadurez del sistema visual del niño pequeño. Hasta ahora, los niños operados, y bien operados, de cataratas congénitas sólo lograban una visión de cuenta dedos o, en el mejor de los casos, de 1/20. A ello se agregan los profundos trastornos de personalidad que acompañan a la mayoría de estos desdichados enfermos. Pero hoy, ya no tiene porqué ser así. Los conocimientos sobre el síndrome de privación de estímulos visuales y la aplicación en oftalmología de los métodos de estimulación temprana pueden hacer que la moderna cirugía oftalmológica provea al niño de resultados funcionales. Ejemplificaremos lo dicho dando un esquema de tratamiento de las cataratas congénitas bilaterales completas. En estos pacientes, la privación de estímulos luminosos provoca rápidamente daños irreversibles. Más o menos a los tres meses aparece el nistagmus, signo ominoso del síndrome de privación de estímulos visuales. La cirugía debe proveer de pupila libre en ambos ojos en las primeras semanas de la vida. La operación debe ser seguida de la inmediata adaptación de lentes de contacto con corrección para 25 cm, es decir, con cuatro dioptrías más que las que indica su esquiascopia. Si un ojo se opera varios días después del otro, se instalará ambliopía a menos que ambos ojos estén ocluidos hasta la operación del segundo ojo. Para que el niño quiera ver es necesario proveer, antes de la cirugía, estímulos afectivos por canales no visuales; y tan pronto como se realiza la operación y se adaptan los lentes de con-

tacto, los estímulos visuales deben integrarse a los logrados por otros canales. Un modelo para la rutina de tratamiento de las cataratas congénitas totales bilaterales, compatible con estos conocimientos y posibilidades, podría ser el siguiente:

1) internación inmediata del niño que se presenta a la consulta, para acelerar los exámenes oftalmológicos y clínicos. Si ya tiene más de tres meses o ya ha aparecido nistagmus, el pronóstico es reservado y los resultados visuales serán posiblemente más pobres;

2) comienzo inmediato de la instrucción de la madre sobre la estimulación temprana (canales no visuales);

3) facoexéresis bilateral; si se prefiere operar sólo un ojo por sesión se ocluirán ambos ojos entre las operaciones y el segundo ojo se operará no más de tres días después del primero;

4) inmediata adaptación de lentes de contacto con corrección para 20 cm, o sea agregando de 4 a 5 dioptrías a la refracción estimada para lejos. En general la adaptación de las lentes de contacto a esta edad es exitosa y las madres aprenden a manipularlas;

5) estimulación que incluya estímulos visuales asociados;

6) si aparece estrabismo, determinación de la posible ambliopía con el método de la mirada preferencial o de los potenciales occipitales evocados. Si esto no es posible, evaluarla mediante el estudio de los reflejos de fijación;

7) repetición frecuente del estudio de la refracción, ya que ésta suele mostrar marcadas variaciones, sobre todo en el primer año de vida;

8) adaptación de la corrección óptica a la distancia de mirada más habitual del niño según la edad; después del año se pueden indicar anteojos en armazón.

Este tratamiento es complicado y exige gran colaboración de los padres, así como mucho tiempo y paciencia por parte del médico. Pero la diferencia entre un ciego y un vidente lo merece. Casi seguramente se podrán encontrar caminos más simples a medida que nuestros conocimientos básicos y nuestra experiencia clínica se vayan enriqueciendo.

* * *

Los resultados obtenidos se pueden resumir diciendo que los niños ciegos estimulados siguen una escolaridad normal, ya sea en colegios comunes o en institutos para ciegos. Los niños ciegos no estimulados son en general, psicóticos autistas; no se inte-

gran al medio escolar, hacen una escolaridad mediana en institutos especializados y no siempre llegan a dominar el Braille. Los niños estimulados hacen el preescolar a los 5 años. Aprenden el Braille a los 6 años. Hay una gran diferencia entre los estimulados antes del año y después del año de vida. Los niños ambliopes estimulados viven como los niños videntes. Los demás niños los consideran sus iguales y los integran a sus juegos. Aprenden a leer en blanco y negro;

algunos usan el Braille como suplemento. Son intelectualmente ágiles.

BIBLIOGRAFIA

1. CLANCIA, A. — Tratamiento actual de las cataratas congénitas bilaterales. Arch. Oft. Bs. As. 58: 50, 1984.
2. FOSTER, O. & JERUSALINSKY, A. — Bases neuropsicológicas de la estimulación temprana. Bol. Asoc. Arg. Estudio Cientif. Defic. Mental, 21: 11, 1981.
3. GELBART, S. A.; HOYT, C. S.; JASTREBSKY, G. & MARG, E. — Long term visual result in bilateral congenital cataracts. Am. J. Ophthalmol. 93: 615, 1982.
4. HUBEL, D. H. & WIESEL, T. N. — Binocular interaction in striate cortex of cats reared with artificial squint. J. Neurophysiol. 28: 1041, 1965.