

INTERVENCION PSICOPEDAGOGICA EN LA ALIMENTACION DE AUTISTAS CIEGOS CON DEFICIENCIAS ASOCIADAS

INMACULADA BARBERO, OLGA CASAS,
M. TERESA DAUSSA, KATTY HOMAR, EMI MARTINEZ,
FRANCIS MORENO, ELOISA NONATO, AURORA SANCHEZ,
MAGDA SANMARTIN, RUT TEROL

Componentes del Centro Público «Dr. Folch y Camarasa»

Presentación: Eloísa Nonato

Acompañante: Olga Casas

I. PRESENTACION DEL CENTRO PUBLICO «DR. FOLCH Y CAMARASA». POBLACION. INTERVENCION PSICOPEDAGOGICA

El colegio público «Dr. Folch y Camarasa» de Barcelona viene dando respuesta a las necesidades educativas de niños que sufren trastornos psicológicos asociados a ceguera o visión reducida y/o deficiencias neurológicas añadidas desde 1984.

En la actualidad en el centro se trata a niños en edad escolar cuyas deficiencias y características evolutivas les impiden integrarse en el sistema educativo convencional.

En líneas generales, podemos establecer varios grupos dentro de nuestro colectivo:

a) Trastornos psicológicos: desde alteraciones en los procesos relacionales hasta psicosis y autismo.

b) Deficiencias sensoriales:
Visuales (ceguera o visión reducida).
Auditivas (sordera).

c) Deficiencias neurológicas: lesión cerebral.

Cada una de estas dificultades, consideradas en sí mismas y aisladas entre sí, requerirían un plan educativo independiente, aunque como profesionales de la educación debemos contemplar al niño en su globalidad, no como una suma de diversas deficiencias. De ahí que nos refiramos a los niños que acuden a nuestro centro como niños ciegos multideficientes. Utilizamos este término ya que los niños, aparte de ceguera, poseen otros trastornos asociados como los ya mencionados. La intervención del especialista debe contemplar, además de los procesos relacionales, el proceso mental del niño en combinación con las alteraciones derivadas de sus deficiencias y compendiar toda la información con el fin de atenderle tal como es en conjunto.

En nuestra experiencia educativa con estos niños ciegos multideficientes podemos destacar las siguientes dificultades:

A) Dificultades para comunicarse

La presencia de otra persona en la habitación no es suficiente para establecer comunicación con estos niños. Es necesario que el educador establezca los elementos afectivos, emocionales y mentales necesarios para ayudar al niño a comprender el proceso de comunicación.

En los casos en que existen trastornos asociados, la dificultad de desarrollar el lenguaje en el marco de su intersubjetividad es mayor, y, con el fin de hacerle entender el valor de la comunicación, es necesario que cree un buen vínculo afectivo con el adulto, para motivar al niño hacia la interacción.

Nuestra experiencia educativa dentro de este colectivo nos ha llevado a establecer una intervención psicopedagógica multidisciplinaria, puesto que, como ya hemos dicho, en estos niños, las dificultades de desarrollo no se suman simplemente, sino que los efectos resultantes de cada deficiencia son multiplicados por las otras deficiencias.

B) Dificultades para construir una imagen mental y para percibir el ambiente

A menudo observamos un importante rechazo a ser tocado y/o a la exploración de personas y objetos. La capacidad de codificar y decodificar la información del entorno se halla gravemente comprometida y la dificultad para diferenciar y diferenciarse de los demás les induce a un aislamiento cercano al pseudoautismo.

C) La inmovilidad: dificultad en el control del espacio

La noción de espacio, al igual que la de tiempo, no es algo innato. Desde su nacimiento, el niño ciego multideficiente percibe sólo parte de la información que le ofrece su entorno. Por supuesto, una estimulación precoz adecuada puede ayudar a compensar el retraso en su proceso evolutivo. No obstante, si el niño que tiene un déficit visual también sufre sordera o una lesión cerebral, nos enfrentamos a un niño con alto riesgo de convertirse en psicótico.

La sensación de vacío, consecuencia de la imposibilidad del niño para controlar su entorno, puede llegar a producir en él una sensación de angustia de la que tiende a escapar desconectándose mentalmente.

D) Dificultad para utilizar la visión residual

El uso de la capacidad visual residual del niño está íntimamente relacionado con la comprensión de la información recibida y del medio ambiente. Por lo tanto, también se halla vinculada a los procesos neurológicos y a su mayor o menor grado de funcionamiento.

Si, además de la reducción en la capacidad visual presenta un trastorno neurológico habrá que tratarle teniendo en cuenta la interacción de los procesos visuales con el funcionamiento del SNC y la estimulación que aporta el entorno.

De este modo, la intervención psicopedagógica queda estructurada en tres áreas principales de trabajo:

- A) Las necesidades específicas del niño.
- B) La aceptación por parte de la familia.
- C) Las relaciones con otros centros que puedan atender a este colectivo.

Cada uno de estos aspectos posee un único marco de referencia: la apertura de estos profesionales y del centro a las realidades de los niños y a las relaciones con su medio ambiente.

Durante los diez últimos años este tipo de intervención psicopedagógica y la continua búsqueda de necesidades educativas en nuestros niños ciegos multideficientes, nos han llevado a estudiar la actividad de alimentarse, marcada desde el principio de sus vidas por grandes dificultades que se manifiestan en la escuela y que van a ser tratadas a lo largo de esta intervención.

II. INTRODUCCION AL ACTO DE ALIMENTARSE

La hora de comer tiene para todo el mundo un significado sobre todo social del que se deriva una serie de implicaciones orgánicas y de desarrollo en general. Por lo tanto, en este colectivo se puede decir que ya desde el nacimiento se observan anomalías en el mecanismo de alimentación oral, caracterizado sobre todo por la pasividad y el rechazo a la comida.

Nuestra experiencia educativa nos ha inclinado a reflexionar sobre las estructuras que pueden establecerse en el momento de presentar la comida al niño psicótico o autista y, especialmente, al ciego. La mayoría de los alumnos de nuestro centro tienen en sus historiales aspectos en común que influyeron ya desde el principio en su relación con la madre: prematuridad, complicaciones en el parto, estancia prolongada en la incubadora, etc.

La relación que mantiene el niño con la persona que le alimenta le hará sentir placer o desagrado hacia el acto de comer. De este modo, cuando un niño multidiscapacitado llega al centro, lo primero que intentamos es que establezca un fuerte vínculo afectivo con la persona que va a estar más en contacto con él y que será quien le acompañe durante el momento de la alimentación. Esto se consigue:

- Respetando su propio ritmo.
- Llamando su atención sobre la situación.
- Ofreciéndole puntos de referencia que le den seguridad.

La actitud que muestre el niño dependerá de factores como las experiencias sociales que haya tenido antes de llegar al centro, si ha asistido a otra escuela, quién le ha cuidado desde su nacimiento (niñera, abuelo, abuela, etc.).

Por estos motivos tratamos de recabar la mayor cantidad de información posible para abordar el tema de la alimentación dentro del marco escolar.

La respuesta del niño ante el proceso de alimentarse suele ser inesperada en lo que respecta a su actitud durante el camino, a su evolución cuando tiene la comida delante y/o a su situación en el comedor. Estas respuestas reflejan generalmente un cambio en su entorno, como las ausencias o la llegada de un nuevo miembro a la familia o a su grupo de clase. Incluso algunos aspectos que quizás pasen inadvertidos pueden desencadenar variaciones o estancamientos en su evolución.

La mayoría de nuestros alumnos posee una serie de aspectos en común:

- Pasividad: si no se les alimenta, no comen; parece que no tienen ningún interés por alimentarse.

- Glotonería: opuesta a la pasividad. Existen casos de niños que comen sin cesar y cuyo único propósito parece ser el de sentirse llenos. Sin embargo, apenas engordan.
- Anorexia: el niño no sólo rechaza la ingesta, sino que no puede soportar el olor, ni la presencia de la comida ni los platos en la mesa a su alrededor.
- Conductas como:
 - * provocarse arcadas y vómitos al oler o probar la comida,
 - * acumular la comida en la boca sin tragarla,
 - * hacer del alimento una bola,
 - * regurgitar la comida,
 - * tragar sin masticar: no saben cortar el alimento con los incisivos, por lo que hay que enseñarles a hacerlo a medida que van aceptando el proceso de comer.
- Dificultades para dosificarse la comida.
- Rechazo al uso de cubiertos, vasos, etc.; algunos niños incluso se niegan a tocarlos.
- Mostrar preferencias por los alimentos que tienen una textura o una forma determinada.
- Dificultades para ingerir líquidos.

III. OBJETIVOS. METODOLOGIA

Nuestro primer objetivo en el comedor es que el niño, a través de la relación que ha establecido con el adulto, comience a sentir agrado por la comida para poder reafirmarse en busca de su independencia personal.

A partir de esta meta que consideramos básica y fundamental, hemos establecido otra a escala general que no pretende ser única e inamovible, sino un reflejo de nuestra experiencia en el centro y siempre teniendo en mente la adaptación en el terreno individual.

Como se podrá apreciar, inmediatamente después dividimos estos objetivos en cuatro secciones o clases, atendiendo a criterios organizativos más clarificadores. Así, la secuencia de prioridad de uno u otro dependerá de las características individuales de cada alumno, por lo que habrá casos en los que existan objetivos prioritarios, otros en los que éstos se superpongan, etc.

Objetivos en el comedor

1. Relacionados con el propio proceso alimenticio:

- Pasar gradualmente de los alimentos pasados a los normales.

- Comer por separado el primer plato, el segundo y el postre.
- Evitar conductas como escupir, hacer bolas, dejarse la comida en la boca, arcadas, vómitos, estornudos, etc.
- No abalanzarse sobre la comida.
- Mantener la comida en la boca durante el tiempo necesario (tragar).
- Beber agua.
- Expresarse correctamente si no le gusta algún alimento para que el adulto tenga en cuenta su criterio.
- Utilizar los dientes para masticar.

2. Relacionados con los hábitos en la mesa:

- Mantener una postura erguida.
- Permanecer sentado durante la comida.
- Mantener la mesa limpia.
- Levantar el brazo para meterse la comida en la boca.
- Utilizar los cubiertos y demás utensilios correctamente.
- Utilizar la servilleta correctamente.
- Ir solo a comer o del modo más independiente posible.
- Pasar de la localización táctil de la comida a tratar de orientarse en el plato mediante el tenedor.

3. Relacionados con la conducta y la actitud (socialización):

- Aceptar el comedor.
- Anticipar la siguiente actividad.
- Aceptar la presencia del plato ante él.
- Aprender a esperar.
- Mantener los cubiertos, etc. en su sitio.
- Dar continuidad a la actividad de comer.
- Efectuar demandas concretas relacionadas con esa situación.
- Efectuar demandas adecuadas según sus preferencias.
- Tolerar su sentimiento de frustración frente a una orden dada por el adulto en relación con la comida.
- Aceptar el comer solo o en grupo, según el caso.
- No molestar a los compañeros que le rodean.
- Tolerar las voces o los ruidos que producen los adultos o niños de otros grupos.
- Tolerar los posibles cambios que puedan darse a la hora de comer.
- Evitar conductas inadecuadas (gritar, molestar, quitarse los zapatos, llorar, etc.) durante la comida.
- Evitar las estereotipias.

- Compartir con el adulto.
 - Participar en la conversación empleando un tono apropiado.
 - Pedir ayuda y aceptarla.
4. Relacionados con los desplazamientos en el comedor y en la clase:
- Ir solo de la clase al comedor.
 - Encontrar su silla o su mesa en el comedor.
 - Coger el servicio de mesa del mostrador.
 - Poner el servicio de mesa correctamente sobre ésta.
 - Ir por los platos (primero, segundo y postre) a la cocina.
 - Llevar a la cocina los platos vacíos.
 - Recoger los demás utensilios y llevarlos de vuelta una vez terminada la comida.
 - Regresar del comedor a su clase solo o con ayuda del adulto si es necesario.

Metodología

Nosotros partimos de unas prácticas educativas que no están circunscritas a una única tendencia psicológica, debido a la diversidad de circunstancias que concurren en nuestros alumnos.

Cuando anunciamos la comida a estos niños, tratamos de introducirles en una actividad que les permita adaptarse a los cambios, dada su inestabilidad emocional. Uno de los recursos que empleamos consiste en adelantar, anticipar, ponerle en situación y sacarle de situación durante el camino.

La actividad del comedor comienza a primera hora de la mañana, cuando entra el ayudante en la clase para informar del menú en la forma más atractiva posible. Para presentar una secuencia lógica a los niños, entre otras actividades diarias, éstos se asean antes de comer, en el trayecto hacia el comedor.

Si el niño rehuye el contacto con la realidad se le ayuda a reorientarse. Tras la comida, mientras se asean, se les refuerza para que hagan memoria de la actividad que acaban de realizar.

La actitud del adulto es abierta, flexible y comunicativa con respecto a esta actividad para ayudarle a elaborar este proceso. Cuando ingresa un niño de preescolar en el centro se trabaja de modo simultáneo con la madre y el hijo, introduciendo una nueva figura relacionada con el que será su entorno escolar. Esta etapa, de duración variable, dependerá del ritmo adaptativo del niño y de su nuevo ambiente.

Establecemos distintas opciones para abordar este tema; por eso permitimos que los niños pequeños coman en su clase, ya que son

más susceptibles a las interferencias que puedan surgir por el hecho de ir al comedor.

Los demás niños sí acuden al comedor y allí se les agrupa según sus necesidades (por separado, por parejas o en grupos pequeños), teniendo en cuenta su nivel de desarrollo emocional, su ritmo o su permanencia frente a la comida, su edad cronológica, compañeros, etc., para lograr los objetivos comunes en cuanto a actitud y conducta.

Puesto que hay un adulto por cada uno o dos niños, nuestro enfoque requiere ciertos recursos humanos y técnicos. El mobiliario del comedor es colocado según los grupos antes mencionados.

Como colectivo, trabajamos y aprendemos a partir de nuestra experiencia de éxitos y fracasos, ya que sus reacciones y respuestas nos hacen enfrentarnos a desconcertantes sorpresas. Hacemos continuas reflexiones y análisis sobre nuestra labor psicopedagógica para que los niños vivan con agrado, en la medida en que ello sea posible, el acto de comer.

4. COMENTARIOS FINALES

Las conclusiones a las que hemos llegado tras muchos años de experiencia con niños ciegos multideficientes son escasas, pero comunes a todos los alumnos que hemos tenido en el centro; no obstante, no es nuestra intención tratar de generalizarlas a todos los niños con deficiencias visuales. Estas conclusiones son:

1. Los cambios significativos en el entorno del niño afectan a su evolución y se manifiestan en todos los casos mediante alteraciones en la conducta que muestra en el comedor.

2. Nuestros niños tienen dificultades para integrar y generalizar el aprendizaje si no existe una coordinación mínima entre la familia y la escuela.

3. Para abordar el tema de la alimentación es esencial establecer previamente un fuerte vínculo afectivo entre el niño y el adulto de referencia, contemplando al niño en su conjunto. Así pues, todas las áreas de aprendizaje deben ser tratadas de modo global sin olvidar que estamos trabajando con deficientes visuales a quienes tenemos que mostrar la realidad de un modo analítico y respetando su propio ritmo.

Para finalizar diremos que si el niño se relaciona bien con el mundo que le rodea, estará más abierto y tolerará mejor posibles cambios futuros; será más fuerte y, por lo tanto, más maduro.

5. BIBLIOGRAFIA

LEONHARDT, Mercé: «El bebé ciego. Primera atención. Un enfoque psicopedagógico». Editorial Masson.

BIBLIOTECA «JOAN AMADES»: «Guía paso a paso para el cuidado personal en ciegos».

FRAIBERG, Selma: «Niños ciegos. La deficiencia visual y el desarrollo inicial de la personalidad».

BRAUNER, Alfred y Françoise: «Vivir con un niño autístico». Editorial Paidós.

FREEMAN, Peggy: «El bebé sordo ciego». Editorial ONCE.

OSTERRIETH, Paul A.: «Psicología infantil». Editorial Morata.

MASSIF, Henri y ROSENTHAL, Judith: «Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida». Editorial Paidós.

BETTELHEIM, Bruno: «Con el amor no basta». Hogar del libro. Colección Navidad.

TUSTIN, Frances: «Autismo y psicosis infantiles». Editorial Paidós.