

Prevención e intervención en los trastornos del desarrollo en atención temprana. Ceguera y trastornos del espectro autista

Seminario de Atención Temprana

RESUMEN: El Seminario de Atención Temprana del Centro de Recursos Educativos de la ONCE en Alicante plantea en este artículo la necesidad de profundizar en el estudio de las relaciones entre la discapacidad visual y algunas conductas típicas del autismo. Con este objetivo, se realizó un muestreo de alumnos ciegos que presentaban conductas asociadas a Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) sin ninguna otra discapacidad. Se estableció una tipología de alumnos, y se estudiaron los factores de riesgo, las señales de alarma y el desarrollo del lenguaje. Los autores concluyen que la ceguera es un factor de riesgo en el desarrollo evolutivo; que se observa cierta similitud de conductas entre algunos niños ciegos y otros con TGD, pero con matices importantes que las diferencian; que el desarrollo del lenguaje constituye un aspecto clave; y que es esencial detectar las señales de alarma, para enfocar la intervención educativa.

PALABRAS

CLAVE: Discapacidad visual. Atención Temprana. Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Trastornos del espectro autista. Factores de Riesgo. Señales de Alarma. Desarrollo del lenguaje. Comunicación interpersonal.

ABSTRACT: **Dealing with developmental disorders in early care. Blindness and autistic disorders.**

In this article, the early care seminar working out of ONCE's educational resource centre at Alicante addresses the need for an in-depth study into the relationship between visual disability and certain characteristically autistic behavioural traits. A sampling of blind pupils with no other disability who exhibited behaviour associated with pervasive developmental disorder (PDD) were sampled to this end. A pupil typology was established and risk factors, warning signs and language development were studied. The authors conclude that blindness is a risk factor in evolutionary development; that certain behavioural similarities can be found between blind and PDD children, but that the differences between them are significant; that language development is a key factor; and that detecting warning signs is essential to adopting the most suitable approach to educational intervention.

KEY

WORDS: Visual disability. Early care. Pervasive Developmental Disorders (PDD). Blindness and autistic.

Introducción

El Seminario de Atención Temprana del CRE de Alicante está formado por profesionales de los Equipos Específicos de Atención Educativa de su ámbito de intervención: Alicante, Cartagena, Murcia y Valencia-Castellón.

Desde octubre de 2005 se reúne para unificar los criterios de intervención a seguir con los niños de 0 a 3 años por parte de los equipos, y favorecer el intercambio de experiencias.

En los análisis de casos realizados durante las sesiones de trabajo se fue evidenciando una inquietud por el desarrollo evolutivo de algunos alumnos ciegos que manifestaban conductas similares a los niños con TGD.

¿Por qué manifiestan rechazo al contacto físico, comunicación interpersonal alterada y/o estereotipias de autosensorialidad?

¿Por qué algunos niños, a pesar de mostrar esas conductas, siguen un desarrollo evolutivo normalizado y otros no?

Buscando respuestas, hemos hecho una revisión de estudios que relacionan ambos conceptos —ceguera y TGD— que, unida a nuestra propia experiencia de trabajo, nos permita dar mejor respuesta a las necesidades de intervención con estos alumnos.

Existen factores de riesgo y señales de alarma que nos pueden ayudar a valorar la gravedad de las conductas manifiestas y las consecuencias que tienen para el desarrollo evolutivo del niño.

Nos planteamos si la falta de respuesta a las primeras señales de comunicación preverbal del niño ciego puede llevarle a una situación de aislamiento y de ausencia de intención comunicativa.

Tipología de casos

Niños ciegos tipo A

Son aquellos niños que, teniendo diagnosticada la ceguera, no presentan señales de alarma en la primera etapa de la atención temprana, siendo su desarrollo psicoevolutivo, aunque más lento, semejante al desarrollo de los niños con visión normal.

Niños ciegos tipo B

Son aquellos niños que, teniendo discapacidad visual (ceguera) diagnosticada, presentan señales de alarma durante la primera etapa de su desarrollo infantil. Posteriormente, en torno a los 6-8 años, lograrán alcanzar un desarrollo madurativo normalizado en las áreas motriz, cognitiva y de lenguaje, respecto a los niños con visión normal. En el área social, de expresión de emociones, suele perdurar un déficit durante la edad adulta.

Niños ciegos tipo C

Son aquellos niños que, teniendo discapacidad visual (ceguera) diagnosticada y presentando señales de alarma durante la primera etapa de su desarrollo infantil, no llegarán a alcanzar un desarrollo madurativo normalizado, manteniendo un manifiesto desfase generalizado en las diversas áreas del desarrollo psicoevolutivo. La afectación en la comunicación, en las áreas

cognitiva, social y emocional, perdurará durante la edad adulta. Se sospecha algún tipo de afectación neurológica pero sin diagnóstico.

Niños ciegos tipo D

Son aquellos niños que, además de presentar discapacidad visual (ceguera), presentan otros trastornos diagnosticados, existiendo un manifiesto desfase del desarrollo psicoevolutivo con respecto a su grupo normativo.

Factores de riesgo

La existencia de una discapacidad es, en sí misma, factor de riesgo para el desencadenamiento de otras perturbaciones del desarrollo que se asocian a la discapacidad original. En los niños ciegos el factor de riesgo viene dado por su dificultad de recibir, interpretar y/o integrar la información del mundo exterior y por las reacciones emocionales que la ceguera provoca en los padres.

Diagnóstico oftalmológico: edad y gravedad

Las consecuencias para el desarrollo del niño serán distintas si la ceguera es congénita o adquirida (Hobson, 2002).

Los casos analizados con riesgo de presentar patologías de «desconexión» son niños con ceguera total congénita. La existencia de un resto de visión útil proporciona al niño y al entorno una vía de comunicación que garantiza la relación del niño con sus cuidadores. Así mismo, si el niño ha perdido la visión pasado un tiempo desde el nacimiento, cuando ha tenido la oportunidad de establecer lazos afectivos con sus figuras de apego, es capaz de mantener el interés por la comunicación y el interés por el mundo exterior.

Patología visual de afectación neurológica

Se observa repetidamente en muchos estudios que existe conexión entre los trastornos visuales de afectación neurológica y los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Cass (1996) investigó los distintos tipos de diagnósticos oftálmicos basándose en la relación entre trastornos visuales específicos y probable afectación neurológica. Descubrió que los niños cuyo diagnóstico incluía la afectación de algún aspecto neurológico del sistema visual (hipoplasia del nervio óptico, amaurosis de Leber) estaban afectados y mostraban patentes retrasos en su desarrollo. Así mismo, descubrió que aquellos niños cuyas patologías visuales no conllevaban ningún componente neurológico (cataratas) no sufrían ningún tipo de retraso del desarrollo.

Los sujetos con diagnósticos visuales de:

- retinopatía del prematuro,
- amaurosis de Leber,
- enfermedad de Norrie,
- hipoplasia del nervio óptico,

presentan un retraso global notorio que no es típico de los niños cuyo único diagnóstico es la ceguera. Por ejemplo: retraso moderado o acusado en el procesamiento de la información, extrema defensividad táctil y auditiva, dificultades con las transiciones, rígida adhesión a la rutina, evitación de la interacción y del compromiso social, desarrollo atípico del lenguaje...

Según Ek et al. (1998), el diagnóstico de TEA en niños ciegos suele depender de los daños o disfunciones cerebrales.

Andrews y Wyver (2006) concluyen que los diagnósticos oftalmológicos con afectación neurológica del sistema visual o con deficiencias neurológicas más profundas explican numerosos casos de TEA entre los niños ciegos.

La conexión entre el diagnóstico de dolencias cerebrales y visuales, el retraso o retroceso en el desarrollo y los TEA se observa repetidamente.

Complicaciones médicas en la primera etapa de vida

Otro factor digno de consideración son las consecuencias de las complicaciones médicas en la primera etapa de la vida. Los niños que nacen prematuramente y desarrollan como consecuencia una retinopatía del prematuro, suelen tener historias médicas complicadas. También muchos de los niños a los que se les diagnostican anomalías del nervio óptico requieren en su primera infancia servicios de intervención terapéutica y educacional.

Someterse durante el primer año de vida a múltiples operaciones y pasar largos períodos en el hospital es un factor de riesgo a tener en cuenta, debido a la gran fragilidad que desencadena la no realización del vínculo con la figura materna o de referencia.

Los comportamientos de tipo autístico pueden relacionarse con los incidentes de la vida de un niño ciego, mientras que el caso será diferente cuando se trate de un niño autista vidente que no ha soportado complicaciones y tratamientos médicos continuos en la primera etapa de su vida. (Bahar et al., 2003).

Características de la interacción socioemocional

Los criterios diagnósticos de los TEA especifican que debe existir una deficiencia cualitativa en la interacción social recíproca en relación a su nivel de desarrollo.

La ceguera en sí es un factor de riesgo desde el momento en que el bebé es incapaz de captar los sentimientos del otro a través de sonrisas, miradas y expresiones faciales.

Los niños ciegos y los niños videntes autistas experimentan dificultades en la interacción social, y muchas de esas dificultades se manifiestan mediante comportamientos similares en ambos grupos:

- Niños videntes autistas:

- carecen de habilidades para implicarse en juegos espontáneos e imaginativos,
- prefieren juegos repetitivos frecuentes,
- no emplean juguetes para tales propósitos,
- demuestran escasa curiosidad social,
- prefieren estar solos que acompañados.

- Niños ciegos:

- presentan limitaciones en sus interacciones sociales, tienden a jugar solos y suelen buscar la interacción con los adultos en lugar de relacionarse con sus iguales,
- su comportamiento en el juego es perseverante,
- dan mínimas muestras de imitación espontánea debido a la falta de modelos visuales.

No es fácil determinar si este tipo de comportamientos propios de los niños ciegos son indicativos de TEA o si, por el contrario, no son más que una vía propia de desarrollo.

Hobson (2002) hizo un estudio con niños con ceguera congénita que presentaban un cuadro clínico indicativo de TEA. Solo una minoría de estos niños ciegos obtuvo puntuaciones positivas en «anomalías en la manera de relacionarse con la gente». La mayoría de los niños videntes autistas obtuvieron puntuaciones positivas en estas áreas.

La atención compartida y la referenciación social son otros aspectos del comportamiento en el que experimentan dificultades tanto los niños ciegos como los niños videntes autistas (Frith, 2003; Loots et al., 2003).

Loots et al. (2003) afirman que cuando un niño es discapacitado visual, la díada niño/cuidador tiene dificultades para establecer y mantener una comunicación simbólica y lingüística significativa en los momentos de atención conjunta. Ahora bien, estas carencias pueden suplirse con mecanismos compensatorios propios de la vía de desarrollo del niño y de la relación entre el cuidador y el niño, como:

- señalar con el cuerpo,
- inmovilizar el cuerpo,
- inclinarse hacia el objeto.

Se cree que, con el tiempo, los niños con TEA también hacen progresos en la socialización. La diferencia radica en:

- a los niños con TEA hay que enseñarles las respuestas adecuadas,
- son incapaces de realizar generalizaciones útiles,
- son incapaces de adaptarse a situaciones desconocidas,
- oponen resistencia a las estrategias de intervención.

Otros aspectos

Sonksen y otros autores sugieren algunos factores de riesgo que pueden afectar directamente a la conducta, y al desarrollo general de los niños ciegos:

- falta de empuje e iniciativa,
- pobre imagen de sí mismos,
- escasez de oportunidades de interacción social.

Los niños ciegos experimentan con frecuencia situaciones desconocidas que a algunos les hace volverse ansiosos.

La frecuencia de trastornos de conducta en niños con graves deficiencias visuales es elevada, especialmente entre los varones. Sin embargo, no hay estudios que lo confirmen en el caso de ceguera.

Señales de alarma

Hay que tener en cuenta que cada una de las conductas consideradas «señales de alarma», tomada aisladamente, no supone necesariamente una patología, pero cuando en un niño se observan varios comportamientos indicadores de desviación, debemos pensar que algo, no intrínsecamente derivado de la ceguera, está siendo obstáculo en la buena marcha del desarrollo (Lucerga y Sanz, 2004).

Según la citada Lucerga, hay que estar atentos a posibles señales de alarma en el desarrollo de los niños ciegos, fijándonos en aspectos específicos en función de la edad del niño.

Es importante señalar que todavía no existe ninguna prueba biológica que permita identificar este tipo de trastornos. Por ello, se hace más importante detectar las señales de alarma mediante la observación, la recogida de la información y la sistematización y organización de los datos observados.

Primer semestre de vida

- Indiferencia ante el sonido: el niño no da ninguna respuesta al sonido y, en particular, a la voz de la madre.
- Rechazo al contacto: el niño prefiere estar siempre echado, no le gusta que le cojan en brazos y cuando está en ellos no hay acoplamiento al cuerpo del adulto. Si esta conducta se presenta sin antecedentes que la hagan explicable (hospitalizaciones) tiene mal pronóstico.

Segundo semestre de vida

- Niño pasivo, que no hace demandas propias de la crianza (protestar cuando tiene hambre o está incómodo).
- Se centra en su propio cuerpo y manifiesta escaso interés por el exterior (tanto objetos como personas).

- Pueden comenzar conductas estereotipadas graves de «autosensorialidad» (son conductas de fondo autístico con la finalidad de aislar al sujeto del mundo externo (Cantavella et al., 1992)).
- Llora, grita o da muestras de incomodidad cuando se le toca.
- Es necesario un nivel alto de estímulo para obtener una respuesta positiva (sonrisa, risa, vocalizaciones...).
- Es un bebé excesivamente irritable y cuesta mucho calmarle.
- No aparecen conductas que indiquen preferencia por la madre.
- No muestra interés por explorar a la madre.
- No emite sonidos ni da muestras de intentarlo.
- No presta atención a la voz humana de forma habitual.
- Mantiene los puños cerrados cuando intentamos que nos toque.

De los 10 a los 18 meses de vida

- Le gusta estar solo y le molesta que le interrumpen.
- Después del año no hay muestra alguna de extrañamiento ni preferencia por personas.
- Soporta pasivamente las situaciones de frustración sin protestar.
- No manifiesta temor ante las primeras exigencias para la deambulación independiente.
- Chupa los objetos de forma intrusiva.
- Conductas de agitación y golpeteo como única forma de exploración de los objetos.
- Cuando pierde los objetos que tenía en sus manos, no hay intención de recuperarlos, ni sorpresa, ni enfado.
- No hace intentos de comunicarse verbal o gestualmente.
- No da muestras de preferencia por objetos o personas y parece indiferente al exterior.
- Movimientos corporales estereotipados.

- Posturas de replegamiento corporal que no responden a incidentes o circunstancias puntuales (frustración, ambientes con exceso de estímulos...).
- La madre no es capaz de comprender sus deseos ni sus necesidades.

De los 18 a los 24 meses de vida

- El niño hace conductas de huida o evita el contacto con la madre.
- Se muestra inadecuadamente independiente en situaciones de riesgo.
- Camina sin intencionalidad o realiza desplazamientos poco cuidadosos.
- No protesta ante situaciones de frustración.
- No da muestra alguna de agresividad.
- Conductas de autoagresión, indicativas de la no diferenciación «yo»/«no yo».
- Rechazo o temor excesivo a objetos nuevos.
- Conductas estereotipadas en la exploración o una exploración demasiado rápida de los objetos.
- Uso indiferenciado de objetos comunes.
- No aparecen las primeras palabras.
- Sigue utilizando el llanto como único modo de expresión de sus demandas.
- Aparece un lenguaje sin intencionalidad comunicativa, cuyas manifestaciones más habituales son el lenguaje ecolálico y el lenguaje descontextualizado.

A partir de los 30 meses

- Ecolalias, diferidas o inmediatas y autoinstrucciones, cuando no están al servicio de la comunicación, sino que son repeticiones con una finalidad de aislamiento o evitación.
- No poder representar acciones simbólicas mediante el juego.
- La exploración de los objetos es caótica, descontrolada o desmotivada.
- Desplazamiento sin intención, cuando el niño camina sin ningún objetivo.

Las estereotipias

Mención especial requieren las estereotipias como señal de alarma en los niños ciegos. Las estereotipias son comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados, asociados tanto con niños ciegos como con niños autistas. El balanceo, los palmeteos o aleteos con las manos, el frotarse o presionarse los ojos..., ocurren con más frecuencia en niños con ceguera, y pertenecen a una gama de comportamientos estereotipados que se producen fundamentalmente en el primer y segundo año de vida, disminuyendo a partir de los tres años de edad.

Este tipo de conductas no se corresponden con los comportamientos estereotipados asociados con los TEA, y suelen reducirse con programas de modificación de conducta, cuando al niño ciego se le motiva para que controle estos comportamientos o empleando estrategias de enfoque cognitivo.

Pero, ¿y si estas conductas se incrementan a partir de los tres años de edad con más fuerza o incluso aparecen nuevas? Según Leonhardt (1992) cuando la conducta estereotipada sirve al niño como medio de aislamiento del mundo, es una conducta de fondo autista.

El lenguaje: área clave en el desarrollo

Influencia del lenguaje en el desarrollo de los niños ciegos

Dentro del estudio de la posible relación entre ceguera y trastornos del espectro autista, nos parece importante valorar la influencia del lenguaje y la comunicación en el desarrollo de los niños ciegos.

Nos planteamos si la falta de respuestas a las primeras señales de comunicación preverbal del niño ciego, puede llevarle a una situación de aislamiento y de ausencia de intención comunicativa.

Según Lucerga y Sanz (2004), «Algunas madres se desaniman ante la ausencia de respuesta visual en el bebé y no son capaces de buscar en su hijo otros indicios para comprenderle, reduciéndose entonces las interacciones y olvidando que ambos podrían encontrarse a través de otras vías perceptivas. La no mirada, interpretada a veces por la madre como no atención o no reconocimiento puede despertar desazón, abandonando en mayor o menor medida los intentos de comunicación, lo que finalmente conduce a debilitar el vínculo».

Consideramos importante estudiar y analizar los primeros intentos de comunicación del niño ciego con su entorno, ya que si no son adecuadamente interpretados por el adulto y, en consecuencia, no se les da respuesta, puede darse una extinción de la conducta de interacción social, llevando al niño al aislamiento.

Lucerga y Sanz (2004) mantienen que «Estamos acostumbrados a leer en el niño ciertos signos a través de su mirada: la discriminación, el reconocimiento, la preferencia y la valoración, o la curiosidad, el deseo, el interés, etc. Si no podemos comprender al niño desde otros códigos de interpretación, el bebé

ciego se va a ver privado de la experiencia afectiva necesaria que le permita una organización suficiente para un desarrollo armónico de su psiquismo».

Planteamos como hipótesis que si se da respuesta desde el principio a las señales de comunicación que lanza el niño ciego hacia el exterior, podrían evitarse problemas posteriores de aislamiento y falta de comunicación.

Según estas autoras, «Es indudable que la privación visual reduce severamente la posibilidad de iniciar contactos con el exterior o reclamar la atención de los adultos. Sin embargo también es indudable que los niños ciegos disponen de un repertorio de signos suficiente, que si estamos en disposición de poder interpretarlos permitirán establecer relaciones sanas y coherentes».

Puede ser que en algunos niños ciegos, con los que no se han establecido adecuadamente los canales para la comunicación preverbal, aparezcan «conductas autistas», aún no dándose las patologías de base que dan lugar al autismo. Estos niños, a los que la falta de respuesta del entorno ha llevado al aislamiento, podrían volver a «conectarse» gracias al desarrollo del lenguaje y a la estructuración del ambiente que este permite, hasta hacerlo conocido y previsible. Sin embargo, esta «vuelta» tras el aislamiento tiene un coste para el niño, ya que la forma en que establece las conexiones con su entorno presenta diferencias significativas respecto a las que establece un niño ciego que ha tenido un desarrollo adecuado de la interacción social, posibilitándole esta un desarrollo más temprano de la comunicación.

Nos planteamos qué debemos hacer ante un niño con riesgo de sufrir este tipo de dificultades de comunicación y de presentar «conductas autistas», considerando importante como medidas preventivas:

- Prestar especial atención a las conductas de comunicación preverbal, con el fin de no extinguir la iniciativa del niño para establecer contacto social con sus figuras de apego.
- Establecer pautas adecuadas de comunicación y dar mucha importancia al proceso de adquisición del lenguaje.

Conductas de comunicación preverbal

Según Lucerga y Sanz (2004), Warren señala que en la comunicación hay varios vehículos que median en el vínculo que debe establecerse: vocales, táctiles, visuales... El uso específico de uno y otro es menos importante que el hecho de que se establezca un lazo comunicativo.

La sonrisa: Es el recurso principal con que cuenta el niño ciego para el apego, sin embargo no la emplean como medio de obtener una respuesta, sino como respuesta a la conducta del otro. Si no hay problemas asociados a la ceguera, la sonrisa aparece a la misma edad que en los niños videntes, aunque es menos regular y menos frecuente. Al principio no bastará con la voz de la madre para provocarla, sino que habrá que acompañarla de estímulos táctiles o cinestésicos.

El diálogo vocal: En los niños ciegos las vocalizaciones espontáneas son más escasas y se producen durante períodos más cortos. La falta de visión condiciona al bebé en el sentido de que cuando no recibe estímulos del exterior no puede percibir qué está ocurriendo en su entorno, quedando a la expectativa y con menos capacidad para reclamar activamente. Las vocalizaciones se dan con mayor frecuencia como respuesta a las iniciativas del adulto.

Las manos: Tras el primer semestre de vida, las manos del niño ciego nos muestran interés, preferencia, deseo, rechazo, etc. Las manos enviarían señales que en parte sustituirían al sistema de comunicación no verbal basado en el contacto ocular y en las expresiones faciales. A través de las manos el niño ciego expresa parte de lo que el niño vidente expresa con la mirada. Es necesario dirigir intencionadamente nuestra atención hacia las manos del niño ciego para poder interpretarle mejor. Desde los primeros meses, es un signo de capacidad intelectual y de capacidad de relación con el medio el que el bebé pueda realizar pequeñas exploraciones con sus manos de forma detenida y atenta. A través de las manos, el niño ciego expresa también el rechazo a los objetos o al contacto, utilizando para ello dos gestos típicos: cerrando sus puños o retirando su cuerpo hacia atrás con las manos colocadas a la altura de sus hombros.

El movimiento y el tono corporal: La rigidez, la hipotonía, los movimientos placenteros, la receptividad, etc. son recursos del niño ciego para expresar sus sentimientos, su deseo de proseguir o de interrumpir la interacción.

Según Leonhardt (1996), la dificultad experimentada por las madres en reconocer esas señales coloca al niño en una posición de riesgo en el desarrollo de las protoconversaciones y a la hora de promover la comunicación. Los aspectos comunicativos del lenguaje pueden ser deficitarios a causa de no haberse desarrollado el sistema de señales primario.

Proceso de adquisición del lenguaje

Hasta el momento se ha dado por hecho que los niños ciegos no presentaban problemas en la adquisición del lenguaje. Sin embargo, hemos analizado casos en los que se han presentado dificultades en su construcción y estructuración.

Según Lucerga y Sanz (2004), las alteraciones del lenguaje o el marcado retraso en su aparición son, en la gran mayoría de casos, una clara señal de alarma de un trastorno grave en la organización del psiquismo y la vinculación. Sería importante saber cuándo estas alteraciones incipientes pueden ser pasajeras o bien quedar instauradas como una patología crónica en el niño ciego (Leonhardt, 1996).

Puesto que el lenguaje es la base del pensamiento, debemos prestar apoyo al niño ciego para su adquisición y desarrollo, evitando o disminuyendo la posterior aparición de problemas significativos. En los niños ciegos, la adquisición del lenguaje se haya directamente relacionada con una activa exploración y manipulación de los objetos. En principio, se concentran en las

palabras como sonidos simplemente, repitiendo palabras, frases o rimas que han oído pero que no han asociado a la realidad. Los niños ciegos necesitan experiencias que les ayuden a asociar las palabras con los objetos y las conductas (Leonhardt, 1996).

La citada autora manifiesta que el bebé ciego va a estar, en las primeras etapas de la vida, muy alerta en la recogida de mensajes verbales de su entorno y va a emitir menos sonidos. Inducir al niño ciego a emplear el gesto cuando todavía no le es posible el uso de la palabra, le induce a comprender que la comunicación implica no solo una actitud receptiva, sino también activa, de la cual él forma parte, y que permite al otro conocer lo que desea, lo que siente, o transmitir sus pequeñas experiencias. La inducción del gesto al principio y su espontaneidad después, junto con los sonidos que progresivamente añade, ayudan de manera extraordinaria a potenciar el lenguaje.

Detección de los trastornos del habla

Otra cuestión analizada, a partir de la población estudiada, es por qué aparecen problemas de comunicación y «conductas autistas» con más frecuencia en los niños con anofthalmia que en niños con otras patologías visuales.

Consideramos que podría ser que el impacto emocional producido en los padres al conocer el problema de su hijo les impida establecer unos canales adecuados para la comunicación con este, así como ser capaces de percibir las señales comunicativas que les lance el niño. También es posible que la malformación que haya dado lugar a la ausencia de los globos oculares, pueda tener también incidencia en otras estructuras a nivel neurológico.

En la opinión de Cantavella et al. (1992), los trastornos del habla pueden aparecer por múltiples causas y, por tanto, debe considerarse que la prematuridad, las lesiones cerebrales, la sordera, la psicosis, etc. pueden estar presentes en los niños ciegos como factores a tener en cuenta al tratar de diagnosticar un trastorno del lenguaje.

Leonhardt (1996) considera que a partir del momento en que creemos que un niño debería empezar a utilizar el lenguaje como medio de comunicación predominante y no lo hace, es necesario considerar si usa algún otro modo de comunicación. Si no lo hace, será necesario analizar la situación.

Los niños sordos, o con problemas en la producción del habla, tienen intención comunicativa aunque no puedan hablar. Los niños con trastornos afectivos no manifiestan esta necesidad.

Signos de alerta en el desarrollo del lenguaje

Leonhardt et al. (1999) mencionan los siguientes signos de alerta:

Atención

La falta de atención de un niño constituye un signo de alerta. No es específico del habla, pero juega un papel importante en la producción y comprensión del lenguaje.

Es importante detectar si el niño se pone alerta ante los estímulos y si este estado de conciencia es efímero, inconstante o mantenido.

Imitación

Este aspecto en el niño ciego puede observarse en:

- tacto que hace de la boca de los padres,
- reproducción de movimientos que ha podido detectar por otros sentidos,
- imitación de sonidos:
 - o ronroneos, gorjeos, soplar, vocalizar,
 - o silabeo, bisilabeo, batir palmas, chasquido de un beso,
 - o repetición de palabras.

La presencia de una buena imitación no es garantía de un desarrollo normal del lenguaje, su ausencia constituye un signo de alerta que puede tener relación con el habla.

No aparece imitación en:

- acusias,
- hipoacusias,
- sordera central,
- lesiones del sistema nervioso y de los órganos fonatorios,
- trastornos psíquicos o de relación interpersonal.

Lenguaje interno

Se trata de la calidad asociativa del pensamiento del niño, que se infiere a través de su juego simbólico. Puede aparecer a partir de los 18 meses, debe ser provocado por el adulto y se desarrolla muy lentamente.

La ausencia de juego representativo puede indicar un grave trastorno, como el autismo o las carencias afectivas, que afectan seriamente al desarrollo del habla.

Producción de sonidos

La pobreza en los balbuceos y la falta de inflexión del habla, se dan en:

- la sordera,
- las afasias sensoriales y motoras,
- los trastornos psicológicos serios y precoces, como el autismo o la psicosis precoz.

La permanencia prolongada de laleos y silabeos puede encontrarse en niños que no son atendidos en sus necesidades afectivas.

Comprensión del lenguaje hablado

Desde los primeros días de vida, el bebé es capaz de discriminar sonidos y distinguir entre las diferentes voces de las personas de su entorno, así como entre distintas entonaciones.

A partir del segundo semestre, empieza a hacerse patente la capacidad de entender lo que se le está diciendo, y esta capacidad va progresando hasta traspasar el año.

Cómo valorar las capacidades:

- Capacidad de oír: atención prestada a ruidos como el producido al arrugar un papel, la campana de un reloj, el timbre de un teléfono.
- Capacidad de escuchar: diferentes expresiones que se observan cuando se abre la puerta de la calle y es la hora de llegada del padre, o sabe que se acerca la madre por el sonido de sus pasos.
- Capacidad de comprender: comprensión de negaciones, órdenes y, finalmente, frases.

Tiene una gran importancia la respuesta que el bebé ciego muestre ante los sonidos, objetos sonoros, ruidos de su entorno y, especialmente, la atención prestada a la voz humana.

Inteligencia

La debilidad intelectual viene marcada por:

- retraso en la aparición del habla,
- pobreza en el laleo,
- lentitud en entender,
- frecuente presencia de ecolalias.

Afectividad y relaciones personales

El interés por los demás es un elemento esencial en la génesis del habla y como factor estructurante o desestructurante del desarrollo del niño.

Afecta tanto a la calidad como a la riqueza del lenguaje, ya que incide en:

- las motivaciones,
- la comunicación,
- el pensamiento,
- la fantasía,
- la intencionalidad.

Conclusiones

Como conclusiones podemos destacar las siguientes:

1. La ceguera constituye en sí misma un factor de riesgo de alteración del desarrollo evolutivo. En los niños ciegos, el factor de riesgo viene dado por su dificultad de recibir, interpretar y/o integrar la información del mundo exterior y por las reacciones emocionales que la ceguera provoca en los padres.
2. En el período de 0 a 3 años puede observarse una similitud de conductas entre algunos niños ciegos y niños con TGD.
 - En el área de comunicación: ecolalia, pronombres personales, pocos gestos y patrones de comunicación extraña.
 - En el área de socialización: problemas en la atención conjunta, ausencia o retraso extremo en la imitación.
3. Existen conductas similares, pero con matices importantes que las diferencian:
 - Los niños con TGD no logran, en general, desarrollar la conciencia de los otros, y los ciegos sí pueden conseguirla.
 - En aspectos de socialización y de comunicación, la ceguera conlleva, en algunos casos, un desarrollo más lento, y los TGD impiden el desarrollo de dichas habilidades.
 - Los niños ciegos controlan y socializan sus estereotipias. En algunos niños con TGD no se da ese esfuerzo.
4. El desarrollo del lenguaje como código de comprensión y expresión de la realidad es un punto clave para la adecuada evolución del niño ciego. Los niños ciegos que no han establecido canales de comunicación adecuados por falta de respuesta del entorno, y les ha llevado al aislamiento, podrían volver a «conectarse» gracias al desarrollo del lenguaje y a la estructuración del ambiente que este permite.
5. Importancia de detectar las señales de alarma lo antes posible para enfocar la intervención educativa.

Bibliografía

- Andrews, R., y Wyver, S. (2006). Tendencias autistas: ¿son vías diferentes las que conducen a la ceguera y a los trastornos del espectro autista? *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual* 30, 25-32.
- Bahar, C., Brody, J., McCann, M. E., Mendiola, R., y Slott, G. (2003). A multidisciplinary approach to educating preschool children with optic nerve hypoplasia and septo-optic nerve dysplasia. *RE:view* 35 (1), 15-21.

- Bigelow, A. (1994). El lenguaje de los niños ciegos: su relación con el conocimiento del mundo que les rodea. *ICEVH* 81.
- Brown, R., Hobson, R. P., Lee, A., y Stevenson, J. (1997). Are there «autistic-like» features in congenitally blind children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38 (6), 693-703.
- Cantavella, F., Leonhardt, M. Esteban, M. A., López, C., y Ferret, T. M. (1992). [Introducción al estudio de las estereotipias en el niño ciego](#). Barcelona: Masson.
- Cass, H. (1996). [Autism and visual impairment: what we know about causation and early identification](#). *Autism and Visual Impairment Conference, Sensory Series* 5, 2-24.
- Castro, J., y Pérez-Pereira, M. (1995). Funciones comunicativas del lenguaje en niños ciegos y videntes. *Infancia y aprendizaje* 74, 139-154.
- Ek, U., Fernell, E., Jacobson, L., y Gillberg, C. (1998). Relation between blindness due to retinopathy of prematurity and autistic spectrum disorders: a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology* 40 (5), 297-301.
- Frith, U. (2003). [Autism: explaining the enigma](#). Melbourne: Blackwell.
- Gibbons, R. (2004). Atención a las necesidades sensoriales de niños con discapacidad visual y trastornos del espectro autista. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual* 26, 43-45.
- Hobson P. (2002). *The cradle of thought: exploring the origins of thinking*. Londres: Macmillan.
- Ingsholt, A. (1991). [¿Cómo desarrolla un niño ciego su identidad? Una comparación entre el desarrollo de la identidad de un niño ciego y la de un niño sin discapacidad \(desarrollo general de 0 a 2 años de edad\)](#). *ICEVH* 75.
- Leonhardt, M. (1992). [El bebé ciego. Primera atención. Un enfoque psicopedagógico](#). Barcelona: Masson.
- Leonhardt, M. (1996). La atención temprana: conductas adaptativas y desviaciones en el desarrollo. En: [Congreso Estatal sobre prestación de servicios para personas ciegas y deficientes visuales, 3. Área de Educación, I](#). Madrid: ONCE.
- Leonhardt, M., Cantavella, F., y Tarragó, R. (1999). [Iniciación del lenguaje en los niños ciegos: un enfoque preventivo](#). Madrid: ONCE.
- Loots, G., Devise, I., y Sermijn, J. (2003). The interaction between mothers and their visually impaired infants: an intersubjective developmental perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness* 97 (7), 403.
- Lucerga, R. (1996). El desarrollo emocional del niño ciego. Conductas adaptadas y señales de alarma. En: [Congreso Estatal sobre prestación de servicios para personas ciegas y deficientes visuales, 3. Área de Educación, I](#). Madrid: ONCE.
- Lucerga, R., y Sanz, M.^a J. (2004). [Puentes invisibles: el desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual grave](#). Madrid: ONCE.
- Martos, J., y Llorente, M. (2005). Trastornos generalizados del desarrollo. En: Millá, M.^a G., y Mulas, F. (coords.). *Atención temprana: desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia: Promolibro.
- Nieto, C. (2000). Un recorrido a través de los estudios realizados sobre estereotipias en niños ciegos y autistas. [Integración](#) 34, 12-23.

- Pawletko, T., (2006). Ejemplos de presentación de síntomas en niños ciegos/autistas en contraposición con niños ciegos/no autistas según los criterios de la DSM-IV. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual* 30, 33-36.
- Pérez-Pereira, M., (1991). [Algunos rasgos del lenguaje del niño ciego](#). *Anales de Psicología* 7 (2), 197-223.
- Pérez-Pereira, M. (2004). [Diferencias individuales en el desarrollo gramatical inicial: aportaciones del estudio de los niños ciegos](#). *Anuario de Psicología* 35 (2), 279-293.
- Rosa, A., y Ochaita, E. (1993). *Psicología de la ceguera*. Madrid: Alianza.
- Tirosh, E., Shnitzer, M. R., Davidovitch, M., y Cohen, A. (1998). Problemas de conducta entre los 6 meses y los 5 años en niños con deficiencia visual. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual* 8, 51-58.
- Wakefield, C. E., Homewood, J., y Taylor, A. J. (2006). La ceguera temprana podría ir asociada a cambios de rendimiento en tareas de fluidez verbal. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual* 31, 5-10.

Seminario de Atención Temprana

Centro de Recursos Educativos de la ONCE en Alicante

Avda. de Denia, 171. 03559 Santa Faz-Alicante (España).

- **Elena Andrés Moya**, psicóloga del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón (eam@once.es).
- **Nieves Cabrero Flores**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante (ncfl@once.es).
- **María Rosa Candel Martín-Rincón**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante (rcmr@once.es).
- **Francisco Javier Checa Benito**, psicólogo del equipo específico de atención educativa de Murcia (fjcb@once.es).
- **M.ª Dolores García Payá**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante (mdgp@once.es).
- **Carmen Manso Migueláñez**, maestra del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón (cmam@once.es).
- **M.ª Carmen Martínez Martínez**, psicóloga del equipo específico de atención educativa de Cartagena (mcmb@once.es).
- **M.ª Isabel Montoro Ruiz**, maestra del equipo específico de atención educativa de Alicante (mimr@once.es).
- **Beatriz Patón Esteban**, maestra del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón (bpae@once.es).
- **Isabel Salvador Xaixo**, maestra del equipo específico de atención educativa de Valencia y Castellón (isx@once.es).

Y además:

- **Ana Martínez Segura**, maestra de la Consejería de Educación de la Región de Murcia (anms@once.es).
- **M.ª Nieves Romero Gavira**, maestra componente del seminario de Atención Temprana del CRE de Alicante (hasta diciembre de 2009).