

# Reducción de los cieguismos en niños invidentes

Montserrat COLL PORTA  
Centro de estimulación precoz ASPADEMIS.  
Cádiz

El interés de este trabajo se basa en el estudio y prevención de los comportamientos estereotipados (manierismos) llamados blindismos o cieguismos en los niños invidentes que pueden provocar desviaciones en la conducta y retardos en su aprendizaje. Los cieguismos son motivo de reflexión acerca de la necesidad de intervenir mediante técnicas de estimulación precoz en el niño a partir de la detección del déficit, con el fin de favorecer el adecuado desarrollo del niño ciego congénito desde las primeras etapas de su vida.

## Consecuencias de la ceguera sobre la evolución psicológica del niño invidente

La frecuente observación de niños ciegos congénitos que no han recibido estimulación precoz da lugar a la constatación de diversos cieguismos desde el primer semestre de vida (ej. *rocking* cefálico, frotación de los globos oculares, balanceo, movimientos laterales del cuerpo, golpeteo rítmico de manos, ruidos guturales, risa y sonrisa inmotivada), pasividad exagerada y ciertas características en su lenguaje como ecolalia, verbalismo y habla en tercera persona durante varios años antes de poder adquirir la noción del yo, además del gran desconcierto y desorientación familiar acerca de cómo tratar a su hijo.

Las dificultades que experimenta el niño invidente en su evolución, organización y estructuración mental son enormes porque no partirá de informaciones globalizadas como el vidente, sino de elementos intermitentes y secuenciales proporcionados por el resto de los sentidos que, en un principio, no estarán más agudizados, sino que se verán reducidos ya que han de funcionar sin la información e integración que les suministra la visión.

La ceguera congénita produce en el niño un desenvolvimiento singular debido a las suplencias que en materia táctil, auditiva y en menor medida olfativa y gustativa le suministran el medio ambiente y la educación impartida.

Cuando la ceguera no va asociada a ningún otro tipo de déficit no tiene por qué ser causa de deficiencia mental pero sí puede provocar retardo en el desarrollo y desviaciones de conducta por la falta de estimulación recibida. En el primer trimestre de vida del niño ciego no aparecerán el reflejo oculo-palpebral ni la fijación ocular y, a pesar de no existir variaciones importantes con respecto al niño vidente, los objetivos a conseguir en el tercer mes apare-

cerán retardados (ej. levantar la cabeza mientras el niño se apoya con los antebrazos en posición decúbito prono, pasar de decúbito lateral a dorsal o mantenimiento de la cabeza en la maniobra de tracción sobre sus antebrazos mediante la cual se le sienta lentamente desde la posición decúbito supino). Durante el segundo trimestre el niño invidente no girará la cabeza en decúbito supino al no perseguir ningún objeto lateral, por lo que concurrirán en la línea media ambas manos que se entrechocarán y quedarán aferradas entre sí a menos que los padres procuren lo contrario. El control cefálico estará retardado puesto que la cabeza no ejecutará rotaciones, flexiones, hiperextensiones en decúbito ventral, posición que le desagrada al niño, que cuando se encuentra en la misma, aprovechará para balancear su cabeza frontalmente, tampoco le interesará extender uno de sus brazos para asir un objeto que no le produce interés porque no le ve. Ante la ausencia de la motivación visual los giros se lograrán mucho más tarde. A partir del tercer trimestre las reacciones de apoyos frontales y laterales no se darán hasta más tarde, por lo que el dominio de la sedestación será posterior. En raras ocasiones se observa el paso de sentado a decúbito ventral ya que todo cambio de posición trae consigo temor, inseguridad, por lo que el niño se aferrará a su madre. El desarrollo de la presión es atípico porque en lugar de ir hacia el objeto generalmente se negará a tocarlo echando hacia atrás codos y manos para rechazarlo. Si se mantiene de rodillas, sentado sobre sus nalgas, aprovechará para balancear su cuerpo. La falta de visión retarda la aparición de la reacción de paracaidismo. Durante el cuarto trimestre el niño pasará de estar en decúbito prono a sentarse solo. Puede ocurrir que no emita sonidos o que entre en una ecolalia indiscriminada que dura más tiempo que en los videntes. Bower (1979) señala que a los doce a trece meses los niños invidentes

mantienen las manos y dedos en una posición estereotipada a la altura de los hombros provocando una desconexión de los acontecimientos exteriores. Según Coriat (1974) cuando existen restos visuales estas diferencias parecen ser menos evidentes que en niños que no poseen resto visual alguno.

## Blindismos o cieguismos: Conceptos

A menudo los padres prefieren que el niño invidente se muestre complacido y tranquilo por lo que no le suelen acariciar, coger o hablar debido a que se agita en lugar de relajarse. Consecuentemente se inicia desde las primeras épocas de la vida un círculo vicioso por el que el niño permanece quieto y ajeno a lo que le rodea defendiéndose de su entorno, que lo vive como peligroso, mediante un juego corporal que lo aísla del medio (Polito, 1974) y que provoca la instauración de los blindismos que bajo esta denominación Ajuriaguerra (1977) describe como un tipo de comportamiento psicomotor caracterizado por balanceos y giros estereotipados, a veces rítmicos, marcha particular, movimientos faciales o cervicales parecidos a algunos tics e incluso actividades automutilantes. Illingworth (1978) incluye además la compresión de los ojos, los movimientos rápidos y simétricos de las manos, movimientos de giros y vaivén del cuerpo y Séguier (1983) tics y otros movimientos automáticos repetitivos y rítmicos.

Smith, Chethik y Adelson (1969) consideran que el desarrollo de los blindismos se desencadena por condiciones de baja estimulación y falta de experiencias, problemas de adaptación, de aprendizaje y ajuste en las etapas transicionales de desarrollo; y reacciones patológicas en la relación padres e hijos. Al igual que Fraiberg y Freedman (1964), Knight (1972), Rosel (1980), Komer (1982), Escudero, Lucerga y Sanz (1982) coinciden que se producen estos movimientos estereotipados por falta de estimulación, miedo, excitación, inseguridad o inactividad y como consecuencia de esta última Cutsforth (1951) Lowenfeld (1964) y Thurrell y Rice (1970) mantienen que un niño ciego se autoestimula para compensar la privación distal perceptual.

Para Burlingham (1965), estos movimientos se producen porque son actividades de expresión gratificante, por lo que ocupan un lugar muy particular en el desarrollo del autoerotismo.

Ajuriaguerra y Marcelli (1982) observan todos los pasos intermedios entre el blindismo intermitente parecido a algunos hábitos motores de los videntes y los blindismos considerados como verdaderas estereotipias reveladoras de retraimiento autista. Guinea y Leonhardt (1981, 1984) señalan que un 60% de los niños ciegos presentan conductas estereotipadas y un 20% poseen síntomas claros de autismo, coincidiendo así como los estudios de Fraiberg (1981) que, trabajando con un grupo de niños ciegos al que denomina *normal* y a otro con desviaciones, observa que la diferencia entre ambos radica en la mayor frecuencia y alteraciones cualitativas de los blindismos observados en el grupo de niños con desviaciones autistas. Wing (1966) denominó a los movimientos estereotipados y repetitivos de los niños ciegos como comportamientos *cuasi autistas*. Caetano y Kauffman (1975) pretendieron demostrar que el comportamiento de balanceo era similar no sólo topográficamente sino funcionalmente en niños autistas, deficientes o

ciegos y Chase (1979) expone que todos ellos manifiestan comportamientos estereotipados comunes.

Leonhardt (1984) considera que los trastornos infantiles de tipo psicótico que aparecen en niños ciegos, no son debido a las dificultades del niño, sino a la distorsión en los vínculos de la madre e hijo.

## Conclusiones

Siguiendo desde el principio –paso a paso– la evolución de los niños ciegos, podremos controlar y evitar estas acciones y gestos que el niño realiza sin objetivo determinado, ya que en el caso de que se establezcan los blindismos, se cronificarán y serán difíciles de eliminar siendo causa posterior de retrasos y complicaciones clínicas (Bardisa, Eguren, Fresnillo y Muro, 1983).

La prevención de los cieguismos debe ir encaminada a evitar que el niño se aisle de lo que le rodea, por lo que la familia deberá estimular y atender a su hijo no reforzando ciertas conductas automáticas (ej: balancearlo, castañearle los dedos, emitir sonidos guturales o linguales para entretener al niño, cantarle rítmicamente) ya que éstas fomentan los rasgos anómalos de su hijo.

Frente al diagnóstico de la ceguera en un lactante el medio familiar tiene que recibir orientación adecuada con el fin de que estimulen a su hijo temprana y armónicamente, dándole la seguridad que el niño necesita para lograr su independencia cuando esté física, psicológica y emocionalmente preparado.

La privación sensorial no tiene que ser causa para que no se desarrollen el resto de sus capacidades o lo hagan de forma deficiente o disarmónica. La estimulación precoz y la educación del ciego congénito creará condiciones para que el niño no tenga que refugiarse en sí mismo, motivándolo a una relación cada vez mayor con su entorno que será imprescindible para que se lleve a efecto la integración en la sociedad.

## Referencias

- AJURIAGUERRA, J. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona, Toray-Masson.
- AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1982). *Manual de psicopatología del niño*, Barcelona, Toray-Masson.
- BARDISA, M<sup>a</sup>. D.; EGUREN, P.; FRESNILLO, V.; y MURO, M<sup>a</sup>. J. (1983). *Guía de estimulación precoz para niños ciegos*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- BOWER, R. (1979). *El desarrollo del niño pequeño*. Madrid, Debate.
- BRUCE, B. y BLASCH, B. (1978). Blindisms: Treatment by Punishment and Reward in Laboratory and Natural Settings. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. Vol. 72, (6), 215-230.
- BURLINGHAM, D. (1965). Some problems in ego development in blind children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 20, 194-208.
- CAETANO, A.P. y KAUFFMAN, J.M. (1975). Reduction of Rocking Mannerisms in two Blind Children. *Education of the Visually Handicapped*. Vol. VII, (4), 101-105.
- CORIAT, L.F. (1974). El niño ciego en edad preescolar. Ponencia presentada en las V Jornadas Nacionales de Pedagogía Asistencial, Mendoza, Argentina.
- CUTSFORTH, T.D. (1951). *The blind child in school an society*. New York, American Foundation for the Blind.
- CHASE, J.B. (1979). Fibroplasia retrolental sintomatología autista. *International Council for Education of the Visually Handicapped*, Córdoba, Argentina, (12), 1-23.
- ESCUADERO, M.; LUCERGA, R.M.; y SANZ, M<sup>a</sup>. J. (1982). Una experiencia precoz con niños ciegos de 0 a 6 años. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*. Institu-

- to Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, (9), 33-37.
- FOXX, R.M.; y AZRIN, N.H. (1973). The elimination of autistic selfstimulatory behavior by over correction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, (6), 1-14.
- FRAIBERG, S. y FREEDMAN, D. (1964). Studies in the ego development of the congenitally blind child, *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 113-119.
- FRAIBERG, S. (1981). *Niños ciegos: La deficiencia visual y el desarrollo inicial de la personalidad*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- GUINEA, C. y LEONHARDT, M. (1981). L'Educació Precoz i la Integració Escolar del cec: Inici d'una realitat. *Quaderns de L'Obra Social*. Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis. Barcelona, 10, 39-41.
- GUINEA, C. y LEONHARDT, M. (1984). L'Escola oberta al nen cec. *Quaderns per a l'educació del deficient sensorial*. Fundació Caixa de Pensions. Centre Psicopedagògic per a l'Educació del Deficient Sensorial. Barcelona.
- ILLINGWORTH, (1978) *Developpement psychomoteur de l'enfant*. París, Masson, 226-238.
- KNIGHT, J.J. (1972). Mannerisms in the congenitally blind child. *The New Outlook for the Blind*, 66, 297-302.
- KOMMER, E. (1982). El niño ciego en el período preescolar. En H. Herren y S. Guillemet: *Estudio sobre la educación de los niños y adolescentes ciegos, ambliopes y sordos-ciegos*. Madrid, Técnico Médica, 41-53.
- LEONHARDT, M. (1984). Estimulación e Integración de niños ciegos. *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Madrid. *Funciones y modelos de intervención del psicólogo en los servicios y programas especializados*. (Mesa Redonda 2), 21-24.
- LOVAAS, O.I.; LIHROWNIK, A; y MANN, R. (1971) Response latencies to auditory stimuli in autistic children engaged in engaged in selfstimulatory behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 39-49.
- LOWENFELD, B. (1964). *Our blind children Springfield*. Illinois: Charles C. Thomas, Publisher.
- POLITO, A.M. (1974). Estimulación Psicomotriz Temprana para la futura integración del niño ciego. V. *Jornadas Nacionales de Pedagogía Asistencial*, Mendoza, Argentina, 158-162.
- ROSEL, J. (1980). El preescolar ciego. *Infancia y Aprendizaje*, 10, 27-48.
- SEGUIER, N. (1983). *Vision et psychisme*. Encyclopedie Médico Chirurgicale, París, Ophthalmologie, 21875 A10,9.
- SMITH, M.A.; CHETHIK, M.; y ADELSON, E. (1969). Differential assessment of blindness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 39, 807-817.
- SPENCER, M. (1960). *Blind Children in family and community*. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- THURRELL, R.J. ; y RICE, D.G. (1970) Eye rubbing in blind children: Application of a sensory deprivation model. *Exceptional Children*, 36, 325-330.
- WING, J.K. (1966). *Early Childhood Autism*, Pergamon, Oxford.