

Artículo publicado en la *Revista de Educación Especial* (1997),
volumen 23, pp. 89-99

POSIBILIDADES EDUCATIVAS Y TERAPÉUTICAS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO PEQUEÑO CON DEFICIENCIAS

Francisco Alberto García Sánchez

*Doctor en Psicología por la Universidad de Murcia.
Profesor Titular de Biopatología. Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
Coordinador del Departamento de Investigación de ASTRAPACE.
Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación.
Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
Campus de Espinardo. Apto. Correos: 4021. 30100 MURCIA.
Teléfono: (968) 36 40 60 Fax: (968) 36 41 46 E-mail: fags@um.es*

Jacoba Radrigan Fuentealba

*Logopeda. Departamento de Logopedia.
Asociación para el Tratamiento Precoz del niño con Parálisis Cerebral
(ASTRAPACE - Murcia).
C/ Vicente Aleixandre, 11-b. 30011 MURCIA.
Teléfono: (968) 34 00 90 Fax: (968) 34 44 77*

Introducción.

La problemática específica de la alimentación en el niño pequeño está propiciando diversas líneas de investigación con interesantes implicaciones para el mundo de la educación especial. A nivel predictivo, por ejemplo, destaca el interés por el estudio científico de las necesidades nutritivas especiales de los niños nacidos con bajo peso y otras condiciones patológicas, especialmente para conseguir la mayor optimización posible de su desarrollo físico y mental asegurando el desarrollo adecuado de la función en las distintas estructuras del sistema nervioso central (incluida la retina) (Lucas et al., 1992; Zetterström, 1994). A otros niveles, resultan muy interesantes los estudios acerca de la relación existente entre los problemas de alimentación y el retraso en el crecimiento en niños con deficiencias de distinto tipo y etiologías (Dahl y Gebre-Medhin, 1993; Thommessen et al., 1991). Por otro lado, siempre es necesario insistir en la importancia del entrenamiento de las actividades prefónicas (como masticación y deglución, entre otras) que sirven para desarrollar los grupos musculares necesarios para articular el habla y facilitar la correcta adquisición del lenguaje. La importancia del estudio de estas actividades prefónicas en patologías motoras como la parálisis cerebral infantil, suele estar asumida (Uvebrant y Carlsson, 1994, Van Mourik et al., 1994). Sin embargo, sus repercusiones en otros tipos de patologías (niños con problemas de inmadurez motora,

Síndrome de Down, retraso psicomotor, etc.) e incluso en el niño “normal”, ha de seguir siendo reivindicada, lo que puede considerarse como uno de los objetivos principales de este artículo.

Desde nuestro punto de vista, entendemos que el momento de la alimentación tiene también interesantes posibilidades educativas que suelen ser desaprovechadas, incluso en el niño sin problemas. Pero más importante aún puede ser la infravaloración e infrautilización de las diversas vertientes terapéuticas y educativas del momento de la alimentación para el niño con deficiencias.

El propósito de este trabajo es intentar reflexionar acerca de esas posibilidades educativas y terapéuticas del acto de la alimentación, presentando lo que deberían ser los postulados básicos de una verdadera *terapia de la alimentación* para el niño con deficiencias.

En la vida de cualquier niño, la alimentación es un momento importante, y no sólo por que de ella depende su supervivencia. Si nos paramos a pensar en nuestra forma de vida, es posible darse cuenta de que el momento de la comida puede fácilmente dejar de ser uno de los pocos instantes en los que podemos interactuar con nuestros hijos, para pasar a convertirse en otro momento más de prisas e incomunicación. Con ello se desaprovechan las oportunidades educativas que nos otorga la necesidad básica de alimentación. Esta realidad, que es válida para cualquier niño, se hace más patente aún en el niño con deficiencias físicas o psíquicas. En este último caso, todas las posibilidades educativas del momento de la alimentación deberían ser aprovechadas. Además, como intentaremos explicar a continuación, en el niño con necesidades educativas especiales el momento de la alimentación puede ser, no sólo ya educativo, sino terapéutico.

Así pues, además del objetivo básico de satisfacer las necesidades nutritivas del niño, la alimentación puede entenderse como una situación idónea para la consecución de una variedad de objetivos educativos, terapéuticos, de desarrollo emocional, de autonomía personal y de comunicación. A continuación, vamos a ir analizando en que sentido se estructuran estos diversos objetivos.

La alimentación como satisfacción de las necesidades nutritivas del niño.

Indudablemente, la alimentación tiene como meta en sí misma el permitir satisfacer las necesidades de nutrición del niño. En líneas generales, dichas necesidades nutritivas están adecuadamente satisfechas en la mayoría de la población infantil española. Podemos pensar que también suele ocurrir así en el caso de los niños con deficiencias, si bien en estos casos pueden haber requerimientos específicos que han de ser tenidos en cuenta. Es bien sabido que algunos niños con retraso mental pueden desarrollar cuadros de obesidad sintomática, como la asociada al Síndrome de Down, al Síndrome de Prader-Willi o al cretinismo. Sin embargo, como señala Takeuchi (1994), en otros casos los niños con retraso mental suelen desarrollar cuadros de obesidad simple que han de ser achacados a la confluencia de distintos factores. A veces se observan problemas de sobrealimentación, favorecidos por la presencia de problemas de hiperfagia en el niño o simplemente por el mantenimiento de una dieta hipercalórica inadecuada. Otras veces, el problema va asociado a la ausencia de ejercicio físico en niños que frecuentemente suelen ser menos activos y por tanto consumen menos energía que los niños sin problemas. En otras ocasiones, se aprecian en los niños deficientes diversos hábitos inadecuados en relación al acto de comer. Por ejemplo, problemas a la hora de masticar suficientemente los alimentos, lo cual demora la aparición de la sensación de saciedad en el organismo y repercute en un aumento de la cantidad de alimento ingerido; o por ejemplo, el hábito de tomar alimentos frecuentemente entre comidas (Takeuchi, 1994).

El panorama es totalmente distinto en el niño con deficiencias físicas de tipo motor que afectan de forma general a la función motora (como es el caso de la Parálisis Cerebral Infantil). En estos niños, no sólo está alterada la habilidad de autoalimentación sino que además existen importantes disfunciones orales de tipo motor que dificultan enormemente la tarea de masticar y tragar el alimento, llevan al derrame de mucha comida y prolongan enormemente el tiempo requerido para acabar el alimento (Dahl y Gebre-Medhim, 1993, Gisel y Patrick, 1988, Thommessen et al., 1991). Precisamente estos problemas físicos pueden ser los responsables del retraso en el crecimiento observado en los niños con parálisis cerebral infantil que afecta tanto a la talla como al peso (Thommessen et al., 1991) y que se prolongan hasta la edad adulta (Ferrang, Johnson y Ferrara, 1992).

Así pues, resulta evidente que los requerimientos nutritivos del niño con deficiencias deben ser minuciosamente analizados de acuerdo a las características individuales de cada niño, su estilo de vida y posibilidades. Es necesario, por tanto, asesorar convenientemente al niño y a sus padres que, lógicamente son los que preparan la comida del niño e, incluso, la del adulto, especialmente en las personas con parálisis cerebral y graves disfunciones motoras.

Por otro lado, como a continuación iremos viendo, no debemos olvidar los efectos psicológicos que las dificultades en la alimentación del niño pueden provocar en la dinámica de funcionamiento de la propia familia, así como tampoco la estrecha relación existente entre los problemas de tipo motor en la alimentación y las dificultades en la comunicación del niño con parálisis cerebral infantil (Dahl y Gebre-Medhim, 1993).

El papel de la alimentación en el desarrollo emocional del niño.

El momento de alimentar al niño permite el fortalecimiento de vínculos afectivos entre padres e hijos y el desarrollo en el propio niño de sentimientos de autoconfianza. Desde la etapa de bebé, el niño demanda con su llanto o inquietud una serie de necesidades básicas cuya satisfacción oportuna por el adulto va creando y fortaleciendo los vínculos afectivos con sus padres. Simultáneamente, el niño va adquiriendo la sensación de confianza en que sus necesidades van a ser atendidas, lo que según la Psicología Evolutiva probablemente se traduce en el futuro en una mayor autoconfianza (Kaye, 1984).

Una de las primeras necesidades básicas que el niño sabe expresar desde el nacimiento y cuya satisfacción, por tanto, va a demandar del adulto, es la alimentación. Siendo conscientes de su importancia, los adultos no deberíamos contentarnos con saciar físicamente la necesidad sin más, sino que deberíamos aprovechar esa oportunidad para que al placer "biológico" de la necesidad satisfecha se una el placer "social" de la sonrisa, la caricia o la *comunicación*.

Con mucha frecuencia, y especialmente en aquellos casos en los que hay problemas de alimentación (como por ejemplo en los trastornos de tipo motor como la parálisis cerebral infantil), la alimentación del niño puede convertirse en un momento de crispación para todos los implicados en el acto: padres, cuidadores y el propio niño. Ello hace que los padres busquen, consciente o inconscientemente, estrategias para acortar al máximo ese momento que por las propias deficiencias del niño suele convertirse en especialmente largo (Gisel y Patrick, 1988). Entre las estrategias inadecuadas más frecuentemente empleadas por los padres hemos de destacar el abuso del alimento triturado o en papilla y la colocación del niño en posturas teóricamente cómodas para que los padres introduzcan el alimento en la boca del niño pero, en realidad, totalmente inoperantes para conseguir en el niño la relajación necesaria para su participación activa en el acto de la alimentación.

Estas formas de actuación pueden resultar humanamente comprensibles en ciertas situaciones extremas. Aún así, desde el punto de vista educativo y formativo hemos de reconocer que la mayoría de las veces llevan a dinámicas totalmente inadecuadas y sólo comprensibles por ese deseo de los padres de acortar al máximo el tiempo de la alimentación. Por todo ello, dichas prácticas inadecuadas no serían admisibles ya que el momento de la alimentación perdería esa capacidad que le estamos reconociendo de favorecer el desarrollo emocional y personal del niño, para pasar a convertirse en un momento “odiado” y “temido” tanto por la familia como por el propio niño. Por el contrario, lo deseable sería conseguir que el momento de la alimentación del niño fuese un momento sin prisas, relajado y placentero.

La alimentación como momento educativo.

La alimentación permite potenciar valiosas experiencias de aprendizaje, tanto de vocabulario como de habilidades motoras finas. De entrada, el momento de la alimentación del niño es la ocasión idónea para hacerle descubrir nuevos sabores y nuevas texturas. Ello supone una razón más para estar en contra del empleo *sistemático* del alimento triturado o la papilla que, por otra parte, resulta más dificultoso de mantener en la boca e incluso tragar para los niños con problemas motores graves como los que suelen estar asociados a la parálisis cerebral infantil (Gisel y Patrick, 1988). Pero el momento de la alimentación es también una ocasión ideal para aprender nombres de objetos comunes (utensilios de cocina, por ejemplo), de alimentos y de sus características. Como en cualquier otra situación de aprendizaje, su aprovechamiento óptimo depende de la motivación del niño (y de los adultos que interactúan con él) para conseguir ese aprendizaje. Obviamente, dicha motivación para aprender va a ser mínima si, como comentábamos anteriormente, el momento de la alimentación del niño se convierte en un momento de nervios y crispaciones.

Tampoco debemos olvidar que, tanto en el hogar como en el colegio, la interacción con los hermanos o los niños de la misma edad durante el acto de la alimentación, puede suponer la ocasión de favorecer en el niño la imitación de un modelo natural. Pero de nuevo, para que el aprendizaje por imitación pueda ser efectivo, es necesario que la situación en que se produce la alimentación del niño esté adecuadamente estructurada y mantenga una dinámica positiva.

Por otro lado, el momento de la alimentación es también la ocasión ideal para aprender nuevas habilidades motoras, como la difícil tarea de sujetar una cuchara y saber maniobrar con ella en el plato para llevarla luego en equilibrio hasta la boca. Todos estos aprendizajes suponen la implicación del adulto cercano al niño y suele ser una práctica habitual en el niño sin problemas. Sin embargo, precisamente es el niño con problemas, que es quien probablemente más necesita aprovechar todas las oportunidades educativas a su alcance, el que se puede quedar sin el beneficio de una práctica adecuada, precisamente porque sus problemas desembocan en una desestructuración de la situación y en el hecho de que los padres se centren en nutrir al niño, acortando al máximo el tiempo necesario para ello, y sin plantearse ningún otro objetivo educativo.

La alimentación y el desarrollo de la autonomía personal del niño.

Como acabamos de ver, la alimentación permite desarrollar progresivamente la autonomía del niño. Es muy importante que la participación del niño en el momento de la alimentación no sea sólo pasiva. El niño debe cooperar dentro de unos límites razonables. Nunca debemos acostumbrarnos a hacer todo a nuestros hijos, ni aunque este sufra alguna deficiencia. Los padres deben comprender, y los profesionales de la educación debemos

hacérselo entender, que es más beneficioso para el niño exigirle su participación hasta donde sus deficiencias le permitan, que darle hecha la tarea. Debemos dar al niño la oportunidad de que recoja el alimento de la cuchara, coja el alimento con sus manos aunque se ensucie y maniobre con la cuchara. Poco a poco irá desarrollando una mayor precisión motora que le permitirá no derramar tanta comida y ser más autónomo en la actividad.

Entristece comprobar como, incluso en distintos ambientes, se desaprovecha el momento de la alimentación para el desarrollo de la autonomía personal. En el hogar, por ejemplo, los padres con frecuencia “dan” de comer al niño a pesar de que éste tenga recursos para hacerlo sólo. Normalmente, esta acción inadecuada se autojustifica por la poca disponibilidad de tiempo para el acto de la comida. Otras veces es un problema de “paciencia” que se arroja con justificaciones normalmente poco fundadas (“si yo no le diese de comer...”).

En el colegio, si este es un Centro Específico, resulta llamativo comprobar como, algunas veces (demasiadas seguramente), la dedicación prestada en el aula al desarrollo de hábitos de autonomía personal no se continua en el comedor, donde la figura del “cuidador” se encarga de alimentar al niño que “no puede comer sólo”. De nuevo aquí, suele existir un problema de economía de tiempo. Otras veces puede haber una falta de preparación por parte de ese cuidador que seguramente tendría voluntad de hacerlo de otra forma pero que realmente no conoce las posibilidades del niño. En todo caso, lo que la mayoría de las veces echamos de menos es un programa de actuación planificado por el profesor del niño que suponga esa continuidad en el comedor de la labor que se está realizando en el aula.

Por último, también en el colegio ordinario, el niño con deficiencias puede verse desamparado en el momento de la comida, más aún si pensamos en la poca preocupación que, con cierta frecuencia, suele mostrar el profesorado no especializado en pedagogía terapéutica o educación especial, en el aprendizaje de hábitos de autonomía personal por parte de sus alumnos. En este sentido, es de esperar que el desarrollo de la reforma educativa, al hacer más hincapié en el desarrollo del niño como persona, propicie en el profesorado un mayor interés en torno al tema de las habilidades de autonomía personal de su alumnado “normal”.

En todo caso, lo cierto es que, en la actualidad, en los comedores escolares, tanto de los Centros Ordinarios como Específicos, se está desaprovechando la enorme riqueza de posibilidades educativas, de comunicación y, en suma, de integración social que para el niño con deficiencias puede suponer esa situación natural y la presencia de los modelos de iguales a imitar.

El momento de la alimentación y el desarrollo de la comunicación en el niño.

Nadie duda que la comunicación sea un aspecto que se deba fomentar y potenciar favorablemente. Recientemente, Pérez Castelló (1994) señala la relevancia de la comunicación como una de las competencias sociales más importantes, ya que es la base de la integración social. En este sentido, Warren y Abbeduto (1992) recuerdan que las personas que no adquieren una capacidad de comunicación funcional y efectiva se ven obligados a soportar durante toda su vida una excesiva dependencia así como problemas de aislamiento y restricciones sociales; todo ello con independencia de la existencia o no de otras deficiencias además del problema de comunicación.

Yoder y Davies (1992) encuentran apoyo empírico para afirmar que, en general, los niños con retraso en el desarrollo utilizan el lenguaje con más frecuencia y de forma más amplia en situaciones que sus padres pueden identificar como rutinarias o habituales en el hogar.

Evidentemente, la alimentación del niño es una práctica habitual en todos los hogares. Por ello, es muy importante que el momento de la alimentación del niño se desarrolle dentro de un clima de tranquilidad y agrado, para que se disfrute y para que permita potenciar y fomentar la comunicación del niño con sus padres y/o con sus iguales, dependiendo del ambiente en el que se lleve a cabo. Como siempre, se debe respetar el ritmo del niño y no imponer prisas exageradas a la hora de alimentarle.

Ya comentábamos anteriormente las posibilidades educativas del momento de la alimentación para la adquisición de vocabulario. Además de ello, es importante señalar que el momento de la comida, tanto en el colegio como en el propio hogar, si está adecuadamente estructurado y se afronta con la relajación necesaria por parte de todos los implicados, puede suponer una situación sociolingüística de intercambio comunicativo donde no hay unas exigencias cognitivas demasiado elevadas y, por consiguiente, donde al niño con deficiencias le resulta más fácil comunicarse (Pérez Castelló, 1994).

La alimentación como terapia logopédica, especialmente en el niño con problemática general en la función motora o en los órganos fonoarticulatorios.

La masticación y la deglución son llamadas *actividades prefónicas* ya que estas funciones se sirven de los mismos grupos musculares necesarios para la fonación (Perelló, 1990). Por ello, su ejercicio prepara la coordinación, fuerza y agilidad necesaria para hablar.

La necesidad de estudiar los aspectos prefónicos en el niño con parálisis cerebral infantil, como primer paso para abordar el problema del habla en esta patología, ha sido claramente establecida (Uvebrant y Carlsson, 1994, Van Mourik et al., 1994). En este sentido, desde un punto de vista logopédico diversos autores comentan la importancia del trabajo sobre la alimentación del niño con parálisis cerebral como entrenamiento precoz de los órganos fonoarticulatorios necesarios para la producción del habla (Loebell, 1976; Puyuelo y Sanz, 1983; Puyuelo, 1988; Müller, 1976).

La mayoría de las veces, estos enfoques logopédicos de tratamiento de los aspectos prefónicos del habla consisten en una fisioterapia corporal global, fundamentada en el método Bobath de inhibición de la actividad refleja anormal y facilitación de las reacciones normales (Loebell, 1976). De acuerdo con ello, se recomienda a los padres dar de comer al niño con problemas motores de tipo cerebral en posiciones reflejo-inhedoras con control maxilar simultáneo, lo cual permite la desaparición de los reflejos orales persistentes y el establecimiento de una coordinación más adecuada y rítmica de los movimientos de succión, deglución y respiración que suelen estar afectados en estos niños.

Así pues, la estrecha relación existente entre problemas de alimentación y desórdenes en la comunicación en la población de niños con parálisis cerebral pone de manifiesto la importancia capital de la disfunción que estos niños presentan a nivel de la actividad motora de la zona oral (Dahl y Gebre-Medhin, 1993). En este sentido, la terapia de la alimentación en estos niños se convierte en un elemento muy importante de su tratamiento. Como señala Puyuelo (1988) existen varias razones para ello. En primer lugar, la terapia motora de la alimentación se puede empezar a trabajar de forma muy temprana. En segundo lugar, es especialmente útil porque durante la alimentación se ejercitan una amplia gama de movimientos individuales, coordinaciones entre ellos e, incluso, sensaciones que están muy relacionadas con el habla. Entre estos movimientos cabe destacar la movilidad del maxilar y la lengua, sus diferentes posiciones, la coordinación de ambos elementos fonoarticulatorios en relación con la respiración, etc. A

nivel sensitivo, es importante trabajar las diferencias de presión que el alimento ejerce en toda la zona oral, etc.

Para conseguir estos objetivos, una vez más hemos de insistir en la necesidad de acostumbrar al niño a las diferentes texturas de los alimentos. Comentábamos anteriormente el error que muchos padres cometen al insistir en dar a sus hijos con parálisis cerebral infantil y problemas motores graves, alimentos triturados y/o en papilla. Además de que dichas texturas sean más difíciles de mantener en la boca y tragar (Gisel y Patrick, 1988), limitan enormemente la experiencia sensitiva de la zona oral y la ejercitación de la musculatura correspondiente.

Es indudable que esta terapia motora o articularia de la alimentación es básica en el niño con parálisis cerebral infantil, pero en general es aplicable a todos los niños con trastornos motores de origen cerebral o periférico. Recordemos que mientras que el grito puede entenderse como el entrenamiento vocal de la funcionalidad del aparato fonador, la ingesta de alimento, desde el momento del nacimiento, puede entenderse como el entrenamiento mudo de esa misma función (Müller, 1976). Tampoco hay que olvidar que, incluso las alteraciones mínimas del tono muscular pueden afectar a la claridad del lenguaje, ya que los movimientos requeridos para su articulación son rápidos y precisos (Meyers, 1990).

Así, por ejemplo, la terapia de la alimentación también puede ser útil en el tratamiento temprano de los problemas del habla en el niño con síndrome de Down. La hipotonía muscular característica de estos niños puede producir problemas en el control de los diversos órganos fonatorios, especialmente la lengua y los labios, e incluso en la respiración. Todo ello puede incidir en las dificultades articulatorias que con frecuencia aparecen en el lenguaje de estos niños (del Barrio, 1991).

Inciendo sobre este aspecto, Miller (1988) señala que los niños con síndrome de Down tienen dificultades específicas en la producción del lenguaje que no pueden ser atribuidas a los déficits auditivos que pueden padecer, ni a las bajas expectativas ambientales en cuanto a su nivel de competencia comunicativa. Más bien, esas dificultades específicas habrían de ser achacadas a déficits cognitivos específicamente lingüísticos y a déficits en el control motor del habla. De acuerdo con ello y dado que se sabe que los niños con síndrome de Down tienen, en general, dificultades en establecer programas motores para realizar secuencias de movimientos finos (Frith y Frith, 1974), es evidente que al menos algunos de los errores que afectan a su habla pueden estar explicados por un déficit en el control motor de esa función.

El reciente trabajo de Dodd, McCormack y Woodyatt (1994) no discrimina entre las dos hipótesis propuestas por Miller (1988), sin embargo señala la necesidad de dedicar más atención a las habilidades fonológicas de estos niños. Ello contribuiría de forma crucial, sin duda, junto con el trabajo sobre otros aspectos de su producción del lenguaje, al desarrollo de la competencia comunicativa de los niños con síndrome de Down independientemente del nivel de partida en la cantidad de palabras pronunciadas por el niño.

Así pues, la alimentación supone un entrenamiento idóneo de la motricidad de los órganos del habla a través del desarrollo de la motricidad de los órganos de la alimentación. Ambos órganos son los mismos, por lo cual, las actividades como la succión, deglución y masticación de distintos tipos de alimentos y texturas, permitirán preparar la coordinación, la fuerza y la agilidad necesaria para el desarrollo del habla en el niño, independientemente de cual sea la etiología de su problema motor. Aún más, es importante tener presente que, en muchas ocasiones, tanto el niño normal como el niño con inmadurez motora, síndrome de Down o retraso psicomotor de cualquier otra etiología, puede ver dificultada o enlentecida la

maduración motora de su aparato fonoarticulatorio por la simple falta de ejercitación del mismo.

Conclusiones.

La terapia de la alimentación, en su sentido más amplio, consiste en una práctica de intervención directa sobre el niño, su familia e, incluso, los educadores y el profesorado que interactúan con él. En todo caso, se trata de una práctica que debería estar integrada como parte importante de todo programa de atención temprana al niño con deficiencias.

Antes de terminar, creemos conveniente realizar una serie de puntualizaciones en torno a esa concepción general de la terapia de la alimentación que estamos defendiendo. En primer lugar, es importante señalar que la terapia de la alimentación ha de ser puesta en práctica por un equipo multiprofesional que, al menos, cuente con las figuras de un logopeda, un psicólogo especializado en temas de familia y un psicólogo especializado en el desarrollo evolutivo y emocional del niño. A dicho equipo, debería unirse la figura de un pedagogo o un maestro especializado, si tenemos en cuenta las connotaciones educativas que pueden atribuirse al momento de la alimentación. Evidentemente, desde un punto de vista logopédico, pedagógico y educativo, la terapia de la alimentación tiene importantes implicaciones prácticas tradicionalmente ya reconocidas, especialmente para los niños con problemas articulatorios de tipo motor. Además de ello, la terapia de la alimentación supone una aportación clave a la hora de intervenir sobre la dinámica familiar en el momento concreto de la alimentación del niño; momento que, con bastante frecuencia, suele estar desestructurado repercutiendo negativamente en la propia dinámica familiar y en el desarrollo personal y emocional del niño.

En segundo lugar, es importante señalar que las distintas intervenciones que pueden desencadenarse desde un programa de terapia de la alimentación tienen que estar siempre convenientemente secuenciadas, siguiendo la pauta evolutiva del niño y de su propia familia. En este sentido, los intentos de modificación de la dinámica de la alimentación del niño en el hogar, por ejemplo, deben respetar el ritmo de aceptación de esos cambios que imponga el propio niño y su familia. En muchas ocasiones, ese ritmo puede ser lento. A ello contribuye la posible lentitud del niño con deficiencias para asimilar nuevas adquisiciones. Sin embargo, nuestra experiencia personal en el desarrollo de programas de terapia de la alimentación nos ha enseñado que, la mayoría de las veces, es la propia familia del niño la que más dificultades presenta para asimilar los cambios que se van proponiendo. En muchas ocasiones, aunque los padres entiendan los argumentos del terapeuta, el círculo vicioso en el que se encuentran inmersos, les suele cegar y dificultar a la hora de llevar a la práctica de forma efectiva las soluciones propuestas.

Así pues, es importante que tanto los profesionales de la educación especial como los propios padres recapitemos sobre la importancia del momento de la alimentación en el niño y acerca de las posibilidades de aprovechamiento real que hacemos de esa situación, tanto en el hogar como en la Escuela Infantil, en el Centro Escolar o en el Centro de Tratamiento que acoge al niño. A modo de resumen, podemos decir que la terapia de la alimentación, encaminada al aprovechamiento óptimo del acto de la alimentación del niño con deficiencias, pasa por tener en cuenta una serie de aspectos básicos:

- El análisis de los requerimientos nutritivos específicos del niño según su patología, características físicas y estilo de vida; con el fin de adecuar al máximo la dieta del niño a sus necesidades energéticas y nutritivas reales.

- El análisis de la dinámica seguida en el hogar, en la Escuela Infantil y/o en el Centro Escolar, durante el momento de la alimentación del niño; con el fin de dar las orientaciones oportunas encaminadas a intentar corregir, si fuese necesario, diversos aspectos de dicha dinámica, como pueden ser: textura de los alimentos utilizados, posiciones del niño, interacción de los adultos con el niño, implicación del niño en el acto, etc.
- El análisis de los posibles trastornos fonoarticulatorios del niño; con el fin de aprovechar las posibilidades terapéuticas que tiene el acto de la alimentación desde el punto de vista de la logopedia, especialmente en cuanto al desarrollo adecuado de la motricidad de los órganos de la alimentación y del habla.

Resumen

En este artículo se analizan los aspectos terapéuticos y educativos del momento de la alimentación del niño pequeño con deficiencias, desde su importancia como satisfacción de sus necesidades nutritivas, hasta sus implicaciones educativas y logopédicas, pasando por el análisis de sus contribuciones para el desarrollo emocional, de la comunicación y de la autonomía personal del niño. Se analizan las posibilidades de aprovechamiento de ese momento de la alimentación, tanto en el hogar como en la Escuela Infantil, en el Centro Escolar o en el Centro de Tratamiento que acoge al niño, y no sólo para el niño con problemas motores graves del aparato fonoarticulatorio, sino también para el niño “normal” o con problemas de inmadurez motora o retraso psicomotor de cualquier etiología.

Palabras claves: Terapia de la alimentación, problemas de alimentación, deficiencia motora, deficiencia mental.

BIBLIOGRAFÍA.

- Dahl, M. y Gebre-Medhin, M. (1993). Feeding and nutritional problems in children with cerebral palsy and myelomeningocele. *Acta Paediatrica*, *82*, 816-820.
- del Barrio, J.A. (1991). Evaluación del desarrollo psicolingüístico en los niños con síndrome de Down en edad escolar. En J. Florez y M.V. Troncoso (Dir.). *Síndrome de Down y educación* (pp. 153-181). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas. Masson -Salvat.
- Dodd, B., McCormack, P. y Woodyatt, G. (1994). Evaluation of an intervention program: Relation between children's phonology and parent's communicative behavior. *American Journal on Mental Retardation*, *98*, 632-645.
- Ferrang, J.M., Johnson, R.K. y Ferrara, M.S. (1992). Dietary and antropometric assessment of adults with cerebral palsy. *Journal of the American Dietetic Association*, *92*, 1083-1086.
- Frith, U. y Frith, C.D. (1974). Specific motor disabilities in Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *15*, 293-301.
- Gisel, E.E. y Patrick, J. (1988). Identification of children with cerebral palsy unable to maintain a normal nutritional state. *Lancet*, *1*, 283-286.
- Kaye, K. (1984). *The mental and social life of babies*. New York: Harvester Press.
- Loebell, E. (1976). Alteraciones de la audición y del lenguaje en niños con trastorno cerebromotor. En K. Bobath y E. Köng (Eds.). *Trastornos cerebromotores en el niño* (pp. 173-179). Buenos Aires: Panamericana.
- Lucas, A., Morley, R., Cole, J., Lister, G. y Leeson-Payne, C. (1992) Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*, *339*, 261-264.
- Meyers, L. (1990). Language developmental and intervention. En D. Van Dyke, D. Lang, F. Heide, S. van Duyn y M. Soucek (Eds.). *Clinical perspectives in the management of Down syndrome* (pp. 151-164). New York: Springer Verlag.
- Miller, J.F. (1988). The developmental asynchrony of language development in children with Down syndrome. En L.Nadel (Ed.). *The psychobiology of Down syndrome* (pp. 167-198). Boston: MIT Press.
- Müller, H.A. (1976). Terapia preparatoria del lenguaje. En K. Bobath y E. Köng (Eds.). *Trastornos cerebromotores en el niño* (pp. 180-183). Buenos Aires: Panamericana.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson (5ª Ed.).
- Pérez Castelló, J.A. Comunicación en niños deficientes: Un punto de vista socio-cultural. *Revista de Educación Especial*, *17*, 21-40.
- Puyuelo, M. (1988). Logopedia y parálisis cerebral infantil. En J. Peña Casanova (Dir.). *Manual de logopedia* (pp. 231-247). Barcelona: Masson.
- Puyuelo, M. y Sanz, V. (1983). El tratamiento de los problemas de lenguaje en la parálisis cerebral infantil. *Revista de Logopedia y Fonoaudiología*, *2*, 215-235.
- Takeuchi, E. (1994). Incidence of obesity among school children with mental retardation in Japan. *American Journal on Mental Retardation*, *99*, 283-288.
- Thommessen, M., Heiberg, A., Kase, B.F., Larsen, S. y Riis, G. (1991). Feeding problems, height and weight in different groups of disabled children. *Acta Paediatrica Scandinavica*, *80*, 527-533.
- Uvebrant, P. y Carlsson, G. (1994). Speech in children with cerebral palsy. *Acta Paediatrica*, *83*, 779.
- Van Mourik, M., Boon, P., Paquier, P., Lormans, A y Van Dongen, H.R. (1994). Speech characteristics in children with congenital hemiplegia. *Acta Paediatrica*, *83*, 317-318.
- Warren, S. y Abbeduto, L. (1992). The relation of communication and language development to mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, *97*, 125-130.
- Yoder, R.J. y Davies, B. (1992). Do children with developmental delays use more frequent and diverse language in verbal routines?. *American Journal on Mental Retardation*, *97*, 197-208.
- Zetterström, R. (1994). Trends in research on infant nutrition, past, present and future. *Acta Paediatrica, Suppl 402*, 1-3.