

GUIA PARA LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON TEA

Claves para la intervención en
alimentación





Autora:

Elisabeth Molina Cuenca
(Logopeda Asociación Autismo Córdoba)

Diseño y maquetación:
Un Par Diseño Gráfico

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN (pág. 8 a 9)

2. JUSTIFICACIÓN (pág. 12 a 20)

- 2.1. Estudio nutricional
- 2.2. Conclusiones

3. IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE (pág. 24 a 32)

- 3.1. ¿Qué es una alimentación saludable?
- 3.2. La importancia de una alimentación saludable

4. ALIMENTACIÓN Y CONSECUENCIAS DE LOS HáBITOS LESIVOS (pág. 36 a 41)

- 4.1. Alimentación e introducción de texturas en la infancia, cosas a tener en cuenta
 - Dentición
 - Introducción de texturas
 - Desarrollo de los hitos de la alimentación
- 4.2. Hábitos lesivos
 - Consecuencias
 - Algunas recomendaciones

5. PROBLEMAS ALIMENTICIOS QUE PUEDEN PRESENTAR LAS PERSONAS CON TEA (pág. 44 a 52)

- 5.1. Factores que pueden dar origen a estos problemas de alimentación
 - Alteraciones sensoriales
 - Problemas conductuales
 - Posibles alteraciones gastrointestinales
 - Enfermedades: intolerancia y alergias
 - Problemas conductuales relacionados con otras áreas del desarrollo
- 5.2. Problemas de alimentación que pueden o no presentar las personas con TEA
 - Negatividad a comer sólido
 - Hiperselección de alimentos
 - Rutinas muy marcadas sobre todo a la hora de la comida
 - Problemas de conducta
 - Conducta de pica
 - Alteraciones del ritmo de la comida

6. COMO INTERVENIR (pág. 56 a 67)

- 6.1. Recabar información
- 6.2. Priorizar objetivos
- 6.3. Elegir a la persona adecuada para la intervención
- 6.4. Marcar una hoja de ruta
- 6.5. Elegir el momento del día en el que actuar
- 6.6. Como preparar el ambiente
 - Elegir bien el sitio
 - Como colocarnos
- 6.7. Ley del plato vacío
- 6.8. Ayudas
 - Ayuda visual
 - Ayuda física
 - Extinción de las ayudas

7. CASOS PRÁCTICOS (pág. 70 a 84)

- 7.1. Resolución de casos teórico-prácticos
- 7.2. Resolución de caso práctico real

8. ANEXOS (pág. 88 a 127)

- 8.1. Anexo Cuestionario de información
- 8.2. Anexo Ficha de valoración nutricional
- 8.3. Anexo Ayudas visuales 1
- 8.4. Anexo Ayuda visuales 2
- 8.5. Anexo Ayudas visuales 3
- 8.6. Anexo Importante positivo
- 8.7. Anexo Importante negativo
- 8.8. Anexo Registro comidas eternizadas
- 8.9. Anexo Registro de reforzadores
- 8.10. Anexo Registro diario de alimento trabajado

9. RECURSOS (pág. 130 a 131)

- 9.1. Materiales interesantes para profesionales.
- 9.2. Materiales visuales interesantes.
- 9.3. Para trabajar las esperas y el paso del tiempo en general.

1. INTRODUCCIÓN

NUESTRA ENTIDAD

Autismo Córdoba es una entidad sin ánimo de lucro que data del año 1995, promovida por familiares de personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), en la que facilitamos apoyos y servicios específicos para las personas con este tipo de trastorno y sus familias.

Contamos con los reconocimientos:

- Entidad declarada de UTILIDAD PÚBLICA por el Ministerio del Interior.
- Entidad declarada de INTERÉS PÚBLICO MUNICIPAL por el Excmo. Ayuntamiento de Córdoba

Con el fin de aglutinar esfuerzos con otras entidades hermanas y con los mismos fines que nosotros, en la actualidad formamos parte de:

- Confederación Autismo España
- Federación Autismo Andalucía
- Federación de Necesidades Educativas Especiales
- Consejo Local de la Discapacidad en Córdoba
- Foro Diversidad Funcional Distrito Noroeste de Córdoba

Nuestra **MISIÓN** es la de ser una organización comprometida con las personas con TEA y sus familias, que generamos ilusión y ofrecemos servicios y apoyos especializados a lo largo de todo su ciclo vital, favoreciendo su inclusión social a todos los niveles.

Una Organización Comprometida para Autismo Córdoba es ser una entidad que atiende a cada familia como única, entendiendo sus necesidades y dándoles respuestas, siendo un apoyo para la consecución de sus objetivos y luchando con firmeza por el cumplimiento de los derechos de las personas con TEA.

La Ilusión es la herramienta que usamos para la consecución de todos nuestros fines, partiendo de las familias e impregnando de la misma al equipo de profesionales que componen la entidad. Es arrancar cada proyecto como si fuera el primero, desarrollándolo y ejecutándolo pensando siempre que será el mejor para tratar a nuestros chicos/as.

La Inclusión Social que perseguimos desde Autismo Córdoba es garantizar las condiciones y oportunidades de las personas con necesidades especiales desde su etapa temprana hasta la edad adulta, favoreciendo su integración en distintos contextos: familia, sistema educativo, trabajo y comunidad.

Entendemos como Servicios todos aquellos protocolos, talleres, terapias, asesoramiento, asistencias y oferta de actividades dirigidas a aumentar las habilidades, autonomía personal, inserción laboral y fomentar el ocio y tiempo libre de las personas con TEA. Los Apoyos Especializados usados para ello son aquellos recursos, materiales o personales, dirigidos al máximo aprovechamiento de dichos servicios, siempre en la vanguardia de los conocimientos del TEA.

Nuestra **VISIÓN** es la de ser una organización referente y pionera en sus servicios:

- Organización Referente para Autismo Córdoba es ser el enclave del conocimiento respecto a los TEA y de servicios de especialización en nuestra provincia, teniendo la capacidad de dar respuesta a las necesidades e inquietudes de las personas con TEA, sus familias, profesionales y colectivos sociales.

- Pioneros en nuestros servicios porque buscamos continuamente la especialización en proporcionar respuestas a personas con trastorno del espectro autista, ofreciendo atención adecuada a sus características y necesidades, fomentando su integración, usando la innovación como instrumento fundamental para llegar a tal fin.

- Nuestros **VALORES** son la pasión, la capacidad, la reivindicación, la transparencia y la unión.

- Pasión porque ponemos el alma en lo que hacemos, teniendo como motor la felicidad y el bienestar de las personas con TEA y sus familias. Nos desvivimos en cada paso, cada proyecto, todo ello encaminado a garantizar un futuro óptimo para ellos.

- Para mantener nuestra línea de trabajo correcta y siempre ascendente nos dotamos de un equipo humano, tanto a nivel de Junta Directiva no remunerada, como de profesionales, con Capacidad Plena para el desarrollo de todas las funciones necesarias en la actividad diaria de nuestra entidad.

- La Transparencia es fundamental en la gestión y el desarrollo de todo el trabajo que desarrollamos, La claridad en la exposición de nuestros proyectos a corto y largo plazo. Dotar siempre a nuestro colectivo de información plena sobre la gestión, tanto del funcionamiento de la propia entidad como de todos los servicios ofrecidos. Apertura total a la sociedad para dar a conocer a las personas con TEA sus inquietudes, sus necesidades y sus capacidades.

- Trabajamos por una Unión efectiva solidaria y real entre personas con autismo – familia y otras entidades solidarias. Juntar esfuerzos para llegar a buen fin, resolver problemas juntos, tener en cuenta necesidades de otros y ofrecer nuestra ayuda a aceptarla.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Elisabeth Molina Cuenca es Logopeda por la Universidad de Granada y Técnico Superior en Dietética impartido en el I.E.S Fuensanta de Córdoba. Realiza su práctica profesional en Autismo Córdoba desde 2014. Elabora esta guía para facilitar y clarificar aspectos que faciliten a las familias y profesionales la comprensión de las dificultades que las personas con TEA pueden tener en lo referente a la alimentación y para proporcionar unas ayudas y pautas a la hora de intervenir.

Desde los diferentes servicios que se ofertan en nuestra entidad, hemos sido testigos directos de como nuestros/as usuarios/as tienen problemas en el ámbito de la alimentación. Tras mi experiencia laboral con personas con trastorno del espectro autista (en adelante TEA), puedo concluir que el problema alimenticio en las personas con T.E.A, es algo latente ya sea por lo reducido de alimentos que le gustan e ingieren como por los problemas conductuales que se presentan ante el momento de comer, como por los problemas sensoriales o de inflexibilidad que pueden presentar, con la frustración que ello conlleva tanto para la familia como para la persona con TEA, por lo que desde la asociación se decidió ir más allá, poniendo de manifiesto que debíamos de intentar dar solución a este problema.

En inicio me abordaron una serie de preguntas como por ejemplo ¿Por qué suceden estas situaciones tan frecuentes?, ¿Cómo podemos solucionar o paliar estos problemas?, ¿Qué factores intervienen, o cuales son determinantes?, ¿Cómo podemos ayudar desde el punto de vista del terapeuta?, etc., las respuestas a estas preguntas son complejas, pero si pensé que se podría elaborar un material con el que se puedan dar unas pautas para mejorar/modificar hábitos y que el momento de la comida sea algo más placentero y agradable tanto para las familias como para las personas con TEA.

Se elaboró un cuestionario (ANEXO A) sobre los hábitos alimenticios de los usuarios de la Asociación, este cuestionario fue realizado de manera voluntaria por diferentes familias asociadas. En dicho cuestionario lo que se preguntan son aspectos relevantes para la alimentación, tales como hábitos alimenticios y cronología, gustos y preferencias y conductas que pueden presentar ante texturas, consistencias y un sinfín de alimentos, dicho cuestionario se entregó a 20 familias socias, las edades comprendidas de las personas con TEA eran de entre 3 años y 37 años, con disparidad de severidad del trastorno. En conclusión obtuvimos, que las 20 personas con TEA, tienen algún problema en el ámbito alimenticio

En definitiva, lo que pretendo conseguir con esta guía es cumplir con un objetivo principal que es proporcionar a las familias y profesionales relacionados con personas con TEA (monitores de comedor,

terapeutas, maestros,...), una herramienta útil para facilitar la introducción de alimentos a la dieta de personas con TEA, mejorando hábitos alimenticios y en definitiva hacer de la hora de la comida algo agradable. Nuestros objetivos secundarios que están estrechamente relacionados con el principal son:

- Proporcionar una dieta equilibrada y saludable.
- Dar a conocer e intentar eliminar hábitos perjudiciales.
- Mejorar conductualmente el momento de la comida e intentar que sea agradable para toda la familia.
- Ampliar el abanico de preferencias alimenticias o al menos tolerar ampliar el abanico.
- Mejorar a nivel sensorial la hipersensibilidad/ hiposensibilidad que pueden presentar las personas con TEA.
- Disminuir la ansiedad que pueden presentar las personas con TEA a la hora de comer.
- Fomentar la autonomía a la hora de comer.
- Mejorar la funcionalidad a nivel orofacial y del sistema estomagnático.
- Dar pautas de cómo eliminar ayudas que les aportamos a nuestros chicos y chicas.
- Dar a conocer recursos para llevar a cabo la intervención necesaria.
- Proporcionar recursos visuales para anticipar y negociar durante la intervención.

Pretendo en todo momento que esta guía sea lo más útil, sencilla y práctica para que así pueda ser una herramienta eficaz a la hora de resolver problemas y conflictos que puedan surgir, pero está claro que esto no es una fórmula estandarizada, ni tenemos a nuestro alcance una barita para que todo sea una balsa de aceite, esta guía nos dará un apoyo, pero ni todo servirá igual para cada persona con TEA, ni podemos esperar la misma respuesta ante diferentes estímulos, ni el grado de exigencia podrá ser el mismo. Os animo a probar cosas e ir innovando según la respuesta de la persona con TEA a las diferentes estrategias que os iré mostrando.

2.1. ESTUDIO NUTRICIONAL

He tenido la suerte de contar con la colaboración de Alba Martín Afán enfermera y cursante del Máster en Nutrición Humana por la Universidad de Córdoba, Alba ha supervisado los epígrafes donde hablamos de alimentación saludable, ha elaborado los menús tipo tanto de adultos como menús infantiles. Además gracias a esta colaboración, Alba ha desarrollado un estudio antropométrico a nuestros chicos y chicas, pudiendo así obtener unas conclusiones sobre el estado nutricional de nuestros usuarios. Para ello ha realizado una valoración nutricional.

Para una valoración completa del estado físico de la persona es necesario además de una exploración física completa y una determinación de parámetros, el uso de pruebas complementarias como radiografía de muñeca izquierda para la valoración de la maduración ósea, o analíticas para la valoración de parámetros bioquímicos. Puesto que el lugar de realización de las mediciones y de la exploración ha sido el centro de la asociación Autismo Córdoba y no se disponen de los medios y el tiempo necesario para ello, se realiza una exploración física sencilla, que nos permita comparar los resultados obtenidos con los percentiles actuales dictados por la OMS.

En este caso hemos utilizado una ficha de recopilación de datos antropométricos de elaboración propia. (ANEXO B)

La valoración antropométrica es la forma más objetiva, rápida y sencilla de obtener parámetros nutricionales de individuos. En esta valoración utilizamos: (http://www.barcelo.edu.ar/uploads/contenido/Trabajo_Final_N_96_Evaluaci%C3%B3n_antropom%C3%A9trica_y_actividad_f%C3%ADsica_.pdf)

- **Peso corporal:** Masa total corporal hasta el momento, que incluye la masa grasa, ósea, adiposa, etc. Altamente sensible.

- **Talla:** a través de la cual se puede obtener el crecimiento lineal, sobre todo del tejido óseo. Influida por la genética, de ahí el cálculo de la talla diana. Menos sensible, pero más específico. Nos muestra la evolución del niño en el tiempo, puesto que no es un parámetro que se modifique rápidamente.

- **Peso/edad:** indicador global del estado nutricional. Si se encuentra bajo sería indicativo de malnutrición global.

- **Talla/edad:** indicador del estado nutricional en el tiempo. Una talla baja para la edad sería indicativa de un retraso crónico del crecimiento.

- **Peso/talla:** Buen indicador de una desnutrición aguda y/o sobrepeso u obesidad. No necesita del dato de la edad.

- **IMC:** Relativamente parecido al indicador peso/talla, nos muestra una masa corporal total para una talla determinada. En IMC si es necesario el dato de la edad.

- **Perímetro braquial:** de mayor interés en antropométrica nutricional, indicativo del desarrollo muscular.

- **Pliegues cutáneos:** indicativos de masa grasa general y grasa troncular.

Con esto se establecen los objetivos de:

- Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño con TEA.

- Diagnosticar del estado nutricional en individuos de niños y adultos con TEA.

La justificación a una valoración nutricional en personas con TEA, es un conjunto multifactorial compuesto por alguno/s de estos factores: enorme selectividad a alimentos así como hiper/hiposensibilidad a los mismos, problemas de conducta o/e inflexibilidad y toma de medicación que pueda influir en el apetito. Esto puede, potencialmente, conducirlos a una malnutrición tanto calórica/proteica como a un déficit de micronutrientes. Con esta valoración nutricional evaluaremos diferencias significativas con el resto de la población.

(file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-PerfilNutricional-DeNinosYAdolescentesConTrastornos-4486235.pdf)

2.2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

CONCLUSIONES POBLACIÓN INFANTIL

Se realiza un estudio antropométrico de una muestra de la población infantil de la asociación Autismo Córdoba. La muestra final es de 10 niños con una edad comprendida entre 4 y 14 años. De los 10 niños/as, la proporción hombres/mujeres es 9/1. Se toman las siguientes medidas:

- Peso

- Talla, calculada a partir del dato altura-rodilla.

- Perímetro braquial, cintura y cadera.

- Pliegue bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco.

Se obtienen los siguientes resultados (ver página siguiente):

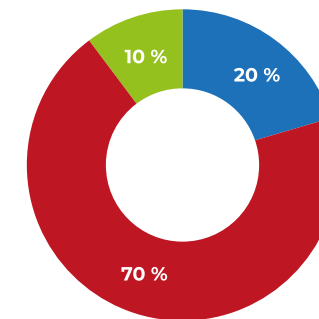
Paciente/ edad	Relación/ peso-talla	I. Waterlow	I. Shukla	% Grasa corporal	Estado general
H/ 10 años	- 6,4 kg	82,4 % Subnutrición leve	79,9 % Subnutrición grado I	15,7 % Bueno	Subnutrición
H/ 7 años	- 7,6 kg	76,8 % Subnutrición moderada	88,1 % Subnutrición grado I	No coopera	Subnutrición
H/ 9 años	- 7 kg	80,8 % Subnutrición leve	82,5 % Subnutrición grado I	10 % Bajo	Subnutrición
H/ 11 años	- 10 hg	79,6 % Subnutrición Moderada	86,8 % Subnutrición grado I	24,9 % Elevado	Subnutrición con índice de grasa elevado
M/ 8 años	+ 2,4 kg	106,9 % No subnutrición	118 % Sobrepeso	28,4 % Elevado	Sobrepeso con exceso de grasa
H/ 8 años	- 4,2 kg	87 % Subnutrición leve	90,2 % Buen estado nutricional	16 % Ligeramente elevado	Leve Subnutrición
H/ 6 años	- 3,6 kg	84,7 % Subnutrición leve	85 % Subnutrición grado I	15,5 % Bueno	Subnutrición
H/ 14 años	- 1,9 kg	96,8 % No subnutrición	98,4 % Buen estado nutricional	19,2 % Ligeramente elevado	Buen estado nutricional
H/ 5 años	- 2,8 kg	86,4 % Subnutrición leve	86,4 % Subnutrición grado I	14,6 % Bueno	Subnutrición
H/ 4 años	- 1,2 kg	93,6 % No subnutrición	94,9 % Buen estado nutricional	15,4 % Bueno	Buen estado nutricional

A partir de esta tabla, se obtienen las siguientes conclusiones de la población (no extrapolables debido al pequeño tamaño de muestra):

- 1 de 10 presenta un sobrepeso, correspondiente con el 10% de la muestra.
- 7 de cada 10 presenta una subnutrición, correspondiente con el 70% de la muestra.
- 2 de cada 10 presentan un buen estado nutricional general, correspondiente con el 20% de la muestra.
- 4 de 10 (40%) mantienen un porcentaje de grasa corporal elevado, de los cuales el 50% (2 de cada 4) mantienen un porcentaje solo ligeramente elevado, mientras que el resto del 50% denotan una gran diferencia en cuanto a la elevación del % de grasa corporal.
- 4 de cada 10 (40%) mantienen un porcentaje de grasa corporal normal.
- No se calculan pesos ni tallas medias de la población puesto que nos encontramos ante una población de edad variada en la que hay grandes variaciones de peso.

ESTADO NUTRICIONAL GENERAL DISTRIBUCIÓN

● Buena nutrición ● Subnutrición ● Sobrepeso



CONCLUSIONES POBLACIÓN ADULTA

Se realiza un estudio antropométrico de una muestra de la población adulta de la asociación Autismo Córdoba. La muestra final es de 19 personas con una edad comprendida entre los 20 y los 38 años. De estos 19, la proporción hombres/mujeres es 16/3. Se toman las siguientes medidas:

- Peso.
- Talla, calculada a partir del dato altura-rodilla.
- Perímetro braquial, cintura y cadera.
- Pliegue bicipital, tricípital, subescapular y suprailíaco.

Paciente/ edad	Relación peso/talla	RIESGO DE DESARROLLAR S.M.	% Grasa corporal
H/ 22 años	NORMOPESO	NO RIESGO	ELEVADO
H/ 20 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO
H/ 20 años	SOBREPESO	RIESGO	ELEVADO
H/23 años	OBESIDAD I	RIESGO	NO DATOS
H/ 33 años	NORMOPESO	RIESGO	NO DATOS
H/ 25 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO
H/ 25 años	SOBREPESO	RIESGO	ELEVADO
H/ 26 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO
M/ 38 años	SOBREPESO	RIESGO	ELEVADO
H/ 26 años	OBESIDAD II	RIESGO	ELEVADO
H/30 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO
H/22 años	SOBREPESO	RIESGO	ELEVADO
H/24 años	NORMOPESO	RIESGO	NO DATOS
H/23 años	SOBREPESO	RIESGO	ELEVADO
H/25 años	SOBREPESO	RIESGO	ELEVADO
M/ 24 años	NORMOPESO	NO RIESGO	ELEVADO
M/ 22 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO
H/23 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO
H/30 años	OBESIDAD I	RIESGO	ELEVADO

A partir de estos datos, se obtienen las siguientes conclusiones:

1. En relación a la relación talla/peso encontramos los siguientes datos:

De 19 personas:

- Normopeso: 4 = 21.05 % es normopeso.
- Sobrepeso: 6= 31.57 % tiene sobrepeso.
- Obesidad tipo I: 8= 42.10% tiene obesidad.
- Obesidad tipo II: 1= 5.26 % tiene obesidad 2.

Sumando estas últimas --> 47,36% tiene obesidad. En total un 78.93% tiene un índice de masa corporal por encima de los límites establecidos por las OMS.

2. Riesgo de desarrollar síndrome metabólico. El síndrome metabólico es un grupo de condiciones que lo ponen en riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca y diabetes tipo 2. Estas condiciones son:

- Hipertensión arterial.
- Glucosa (un tipo de azúcar) alta en la sangre.
- Niveles sanguíneos elevados de triglicéridos, un tipo de grasas.
- Bajos niveles sanguíneos de HDL, el colesterol bueno.
- Exceso de grasa alrededor de la cintura.

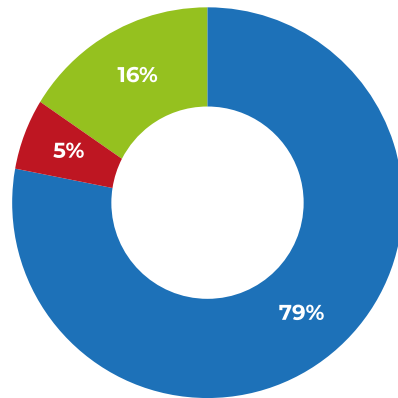
En nuestro estudio, de 19 personas: 18 se encuentran en riesgo de desarrollar síndrome metabólico, es decir el 94,73% de nuestra población se encuentra en riesgo.

3. El % de grasa corporal en nuestra población es elevado. De las 19 personas del estudio, solo se puede realizar la medida de pliegues a 16 (por motivos de conducta). De estos 16 participantes, 15 se encuentran con un % de grasa elevado para su edad. Es decir:

- 78,95% de la población presenta un % de grasa elevado.
- 5,26% de la población tiene un % de grasa normal.
- 15,78% no se le ha podido realizar la medición.

GRASA CORPORAL

● Grasa elevada ● Normal ● Sin datos



LEYENDA

- Índice de Waterlow: Clasifica los grados de subnutrición con repercusión en el peso.
- Índice de Shukla: Establece una relación del peso y la talla con el percentil 50 de cada parámetro para su edad. Obtenemos datos tanto de exceso como de defecto en cuanto a la nutrición.
- Relación peso/talla: Relaciona la masa corporal en cuanto a la talla, valorada mediante percentiles. Se obtienen los kg de diferencia con el peso ideal para la talla.
- % grasa corporal: Nos informa de la cantidad de grasa corporal del individuo

3. IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

3.1 ¿QUÉ ES UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

Según la OMS: “La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad”

Las diferencias que se encuentran en cuanto a la alimentación de un niño/a y/o adulto/a con trastorno del espectro autista en relación con un niño/a y/o adulto/a sin trastorno es la alta selectividad que presentan a la hora de la elección de la comida, normalmente más relacionado con la textura que con el sabor aunque también puede influir. Este es un buen punto de partida, puesto que se puede jugar con el cocinado y con el procesado de los alimentos.

Si esta es la única diferencia, un niño/a y/o adulto/a con TEA puede llevar a cabo una alimentación saludable, aunque ya veremos más adelante que esto no es tan fácil y simple.

Para poder realizar una alimentación saludable tenemos a nuestro alcance materiales que nos pueden servir de orientación, como son:

- Rueda de los alimentos.
- Pirámide de los alimentos (Estrategia NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la obesidad dirigida especialmente a niños/as y jóvenes).





3.2. IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Se propone como base de alimentación saludable para un niño/a y/o adulto/a la dieta mediterránea.

En la etapa infantil se proponen unos requerimientos energéticos que se encuentran en torno a las 1400 kcal, mientras que en adultos ha de adaptarse también al estilo de vida que lleve a cabo. Esta distribución de Kcal ha de realizarse a lo largo del día en varias tomas, que van desde 4 a 5, si incluimos el almuerzo a media mañana. La forma de distribución calórica es la siguiente (rueda de distribución):

Estas comidas han de darse en un horario regular para establecer una costumbre en la ingesta del niño, evitándose la comida entre horas, así como los alimentos "snacks" que sacian al niño/a y/o adulto/a y no tienen un valor nutricional adecuado.

La importancia de esta distribución de alimentos radica en que, durante todo el día nuestro cuerpo necesita energía, esta energía son las calorías que nos aportan los alimentos, es nuestro combustible. Si vamos repostando durante todo el día nuestro cuerpo irá consumiendo poco a poco ese combustible, el cuerpo utiliza mejor los alimentos si se van repartiendo a lo largo del día, por lo que es más conveniente realizar 5 comidas, estas se repartirán en los siguientes porcentajes de las calorías diarias recomendadas:

Desayuno 25% de las calorías diarias. Media mañana 5% de las calorías diarias. Comida 30% de las calorías diarias. Merienda 15% de las calorías diarias. Cena 25% de las calorías diarias. Si llegamos con hambre a la siguiente comida, es mucho más fácil que al final comamos en exceso, que nos demos un atracón y comamos con ansiedad, lo que nos llevará al final a no comer ni saludablemente, ni equilibradamente. Os recomiendo que las cenas sean más ligeras, sobre todo si cenamos tarde, además es conveniente comer dos horas antes, para que se llegue sin hambre.

La importancia y ventajas de establecer a estas edades una buena alimentación, así como del control del peso, es que supone la base de su alimentación adulta y una disminución del riesgo de aparición de otras enfermedades asociadas. Las comidas han de ser tranquilas y previamente planificadas.

Recomendamos, como hemos dicho con anterioridad, que la alimentación se base en la dieta mediterránea, la cual se ha demostrado que tiene múltiples beneficios, entre los cuáles encontramos los beneficios cardiovasculares. La dieta mediterránea es una combinación de alimentación y estilo de vida saludable, en la que el eje central de la obtención de grasas es a través del aceite de oliva. Esta

dieta se basa en:

- Consumo preferente de frutas, verduras y hortalizas, cereales (como el pan), legumbres, aceite de oliva como grasa principal y el pescado.

- Consumo disminuido de productos cárnicos.

- Consumo moderado de lácteos.

Otro eje central en esta alimentación es la hidratación, cuya fuente principal ha de ser el agua, evitando las bebidas carbonatadas o haciendo un uso esporádico de ellas. La cantidad oscila entre el 1.5 y los 2l de agua al día.

La alimentación ha de ir complementada con la realización de ejercicio físico diario.

Se proponen ejemplos de menús tanto para niños/as (en este caso para un niño/a de 4 años) como para adultos. Las recomendaciones que establecemos a continuación son a nivel general, y el menú diario es solo un ejemplo. Hemos de tener en cuenta que hay que individualizar esta alimentación, adaptándola al niño/a y a su problemática nutricional.

EJEMPLOS DE MENÚS

CANTIDAD DE ALIMENTOS POR TIPOS QUE DEBEN CONSUMIRSE SEMANALMENTE

CARNE	50 g cada ración	<6 veces/semana
PESCADO	65g cada ración	4 veces/semana
HUEVOS	2 ud/ ración	3 veces/semana
CEREALES Y FÉCULAS	20g/ ración (pan) 15g/ración (arroz/ pasta)	2 veces/día
LECHE Y DERIVADOS	1 vaso leche/2 yogures/ 50 g de queso fresco cada ración	2 veces/día
LEGUMBRES	15 g (seco)/ración	2-4 veces/semana
VERDURAS	200-300g/ración	2 veces/día
FRUTA	50-100 g/ración	6 raciones/día (=3piezas)
FIAMBRE Y EMBUTIDOS	1 vez a la semana	
AZÚCARES, PROCESADOS, SNACKS Y REFRESCOS	1 vez a la semana	

* El aceite de oliva será la grasa esencial, distribuido en todas las comidas de manera moderada.

EJEMPLO DE MENÚ PARA NIÑO/A CON UNAS NECESIDADES NUTRICIONALES ENTRE 1200-1400KCAL.

DESAYUNO	Lácteos, cereales, fruta fresca/zumo natural.	Naranja Leche Cereales
MEDIA MAÑANA	Lácteos, cereales, fruta fresca/zumo natural.	Pan Queso fresco
ALMUERZO	1º. Verduras/legumbres/pasta/arroz 2º. Carne/pescado/huevo Postre: Lácteo/fruta	Espaguetis con tomate natural. Lenguado a la plancha Manzana
MERIENDA	Depende de la actividad física	Yogur Galletas María
CENA	Ligera. Ensalada, verdura, sopa, crema...	Tortilla francesa Puré de calabacín Pan Pera

EJEMPLO DE MENÚS SALUDABLES PARA PERSONAS ADULTAS BASADO EN LA DIETA MEDITERRÁNEA

DESAYUNO	Tostada con aceite de oliva virgen extra + jamón cocido + queso.
MEDIA MAÑANA	Barrita de cereales integrales
ALMUERZO	1º.- Ensalada de lentejas con queso feta. 2º.- Pollo al romero. Postre.- Piña natural
MERIENDA	Macedonia natural
CENA	1º.- Menestra de verduras 2º.- Huevo a la plancha con champiñones Postre.- Yogurt

DESAYUNO	Avena con fruta deshidratada
MEDIA MAÑANA	Mini bocadillo de atún
ALMUERZO	1º.- Coliflor guisada 2º.- Trucha con jamón serrano Postre.- Ciruelas
MERIENDA	Yogurt natural + sandía
CENA	1º.- Arroz salteado con espárragos trigueros 2º.- Tortilla francesa. Postre.- Plátano

4. LA ALIMENTACIÓN Y CONSECUENCIAS DE LOS HÁBITOS LESIVOS

4.1. ALIMENTACIÓN E INTRODUCCIÓN DE TEXTURAS EN LA INFANCIA

La nutrición y dietética actual en la infancia recomienda el uso de la lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses, fecha a partir de la cual se pueden comenzar a introducir una alimentación complementaria. Se busca mantener la lactancia materna de manera secundaria hasta los 2 años de edad, por los múltiples beneficios que aporta.

La introducción usual de texturas en la infancia se suele realizar de la siguiente forma y en relación con su dentición y capacidad psicomotora. Otro aspecto a tener muy en cuenta es el desarrollo de los hitos de la alimentación.

DENTICIÓN

EDAD	CLASE	HABILIDAD
4-6 meses	Encías	Pueden masticar alimentos muy blandos
6-10 meses	Incisivos	Cortan alimentos blandos y semiblandos
12 meses	6-8 unidades	
14 meses	Premolares (4 uds)	Pueden moler alimentos no excesivamente duros
18 meses	Caninos (4 uds)	Pueden desgarrar alimentos, tipo jamón
2-3 años	Molares (4 uds)	Capacidad de triturar
3 años	20 uds de leche	Eficiencia de alimentación. Cuidado con los atragantamientos

INTRODUCCIÓN A TEXTURAS

EDAD	TEXTURAS
4-6 meses	Líquido. Semilíquido tipo puré fino
6 meses	Líquido Semisólido: - Puré espeso pero fino (mayoritariamente). - Puré espeso pero suave granuloso - Puré espeso con algún grumo (alguno al día o semana) Dejar experimentar con la comida
7 meses	Líquido Semisólido: - Purés espesos finos ocasionales - Puré muy espeso con suaves grumos (a diario) Sólido: Finger foods (comida que se manipula con los dedos y en porciones pequeñas) blandos, alguno al día o a la semana
8 meses	Igual que en 7 meses. Sólidos: - Triturado, molido, con grumos, chafado, finamente picado. - Finger foods. - Legumbres sin piel, o pasadas por el chino.
9-10 meses	Igual que en 8 meses. Se abre la ventana para iniciar la alimentación a trozos blandos y así no tener problemas futuros con la comida y la textura.
10 meses	Igual que en el mes 10. Se puede iniciar la comida en familia adaptada. Algunos platos a la semana.
11 meses en adelante	Comida en familia adaptada. Ofrecer todas las texturas de forma progresiva, sin olvidar las iniciales, para que no pierda la costumbre de comer cualquier textura. Experimentar con texturas y alimentos nuevos.

DESARROLLO DE LOS HITOS DE LA ALIMENTACIÓN

DESARROLLO OROMOTOR

0-4 meses	Movimientos de extensión- retracción de la lengua, esto es la succión.
4-6 meses	Trasfiere el bolo alimenticio desde la parte anterior de la lengua a la faringe.
6-8 meses	Aparece el patrón de masticación.
8-12 meses	Lateralización lingual del bolo.
12-18 meses	Se puede masticar y buena lateralización.
18-24 meses	Masticación rotatoria. Presión de cuchara y vaso.

DESARROLLO NEUROMUSCULAR DEL LACTANTE

0-3 meses	Coordinación succión-deglución. Movimientos de extensión de la lengua.
5-6 meses	Aumenta el control labial para el cierre (movimiento del labio inferior hacia arriba al retirar la cuchara), alimentación con cuchara.
7-9 meses	Chupa y muerde objetos. Comienza la masticación con movimientos mandibulares de arriba abajo. Movimientos laterales de la lengua, para recoger el bolo y hacia el paladar duro, para deglutir, sin movimientos de succión.
10-12 meses	Bebe líquidos en tacita con pivote. Movimientos de masticación independientes. Es capaz de masticar galletas y pan. Se lo lleva todo a la boca.

DESARROLLO OROMOTOR

12-18 meses	Come solo con la cuchara y bebe en vaso sin ayuda.
18-24 meses	Mastica con movimientos rotatorios. Come la comida solo utilizando una cuchara derramando algo, bebe de una taza solo y sin derramar.
24-36 meses	Pincha la comida con el tenedor. Termina de pelar, desenvolver o destapar alimentos.
de 36 meses en adelante	Utiliza los útiles adecuadamente para comer. Ayuda en las tareas y preparación de la comida, pone la mesa.

4.2. HÁBITOS LESIVOS

Los hábitos anómalos o lesivos en ortodoncia, son las actitudes que modifican las posiciones de los dientes por presión muscular sobre los mismos como por ejemplo en la succión del pulgar o por la ausencia o interacción con una función estimuladora del desarrollo orofacial, como la respiración en la que la boca está entre abierta, lengua descendida y adelantada. Estos hábitos suelen ser más frecuentes en edades tempranas y en la adolescencia, pero también se pueden dar en la adultez, y son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

Cuando hablamos de hábitos lesivos nos referimos a la succión digital, la persistencia de los patrones de deglución infantil, alimentación con el biberón, uso del chupete, el uso de mantitas para chupar o morder, hábito de llevarse todo a la boca más allá de la fase oral, la respiración bucal, la succión lingual y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.

CONSECUENCIAS DE ESTOS HÁBITOS LESIVOS

Las consecuencias de continuar en el tiempo con estos hábitos, pueden provocar disfunciones orofaciales que son por tanto un desequilibrio de las funciones del S. E como son la maloclusión, problemas de dicción, hipotonía muscular, deglución disfuncional, paladar ojival, etc.

Sistema estomatognático: "Las funciones neurovegetativas de respiración, succión, deglución y masticación, y la función por excelencia utilizada para la comunicación humana, el habla, son funciones posibles gracias a las estructuras que conforman el denominado sistema estomatognático (S.E.). El S.E. es una unidad biológica funcional perfectamente definida y balanceada, integrada por un conjunto heterogéneo de órganos y tejidos cuya fisiología y patología son interdependientes. El equilibrio muscular juega un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo normal del mismo". (Fuente: Carasusán Barcelona L., Donato G. S., Ventosa Carbonero Y. Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales. Col.legi de logopedes de Catalunya. Barcelona 2014.)

Vamos a centrarnos en:

- Respiración oral: se puede deber a dos factores uno por obstrucción funcional o anatómica, en definitiva hay una obstrucción que impide el flujo de aire normal a través de las fosas nasales y el otro por hábito, en el cual el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas, no se ha corregido el hábito y por tanto se ha convertido en una costumbre complicada de cambiar, pero necesario de hacer.

- Maloclusión: es un problema ortodóntico u ortognático que significa "mala mordida" y que incluye dientes apiñados, ausentes, torcidos, adicionales o maxilares mal alineados. Posición incorrecta de las superficies de mordida o de masticación de los dientes superiores e inferiores. Por lo que afectan directamente al momento de la ingesta y puede afectar al habla en concreto a la dicción.

Las disfunciones orofaciales y su repercusión en el órgano bucal y en el bienestar general no se resuelven espontáneamente, sino que, por el contrario, son progresivas y pueden convertirse en crónicas; de ahí la importancia de ser contempladas en todas las etapas de la vida del ser humano, previniéndolas o bien abordándolas desde una perspectiva terapéutica.

- Deglución disfuncional o deglución atípica: se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua conduce el alimento hacia la faringe. Cuando existe una lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, no se realiza de una manera correcta y se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

En resumen, en la deglución atípica los movimientos y posicionamiento de la lengua, dientes, mandíbula y labios no son los adecuados porque hay una disfunción orofacial, debido frecuentemente a hábitos lesivos, por lo que es muy necesario tratar para que los

problemas no se agraven.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

Para que se desarrolle una buena deglución es necesario que se eliminen estos hábitos lesivos, para así mejorar las disfunciones orofaciales que haya acarreado dichos hábitos. El sistema estomatognático necesita que todo esté en equilibrio para conseguir un buen funcionamiento, por lo que os recomiendo:

1. El uso del chupete fuera de la edad de succión (0-4 meses), es contraproducente aunque se puede prolongar algún tiempo más. Es importante que su uso este restringido y no se utilice durante todo el día, además de que se deje lo antes posible.

2. Siempre es mejor dar el pecho ya que mejora el sistema inmune, es un alimento más completo, crea un vínculo madre-hijo/a y además para la musculatura orofacial es genial ya que el lactante trabaja la succión, la respiración durante la ingesta es adecuada, haciendo un vacío al succionar que hace que los cólicos sean mucho menores que cuando la alimentación es con biberón. Si existen problemas con los cólicos durante la lactancia materna, pueden darse porque no se está dando de manera adecuada, o porque el frenillo lingual esté dando problemas y habría que evaluarlo.

3. El uso de biberón en edades avanzadas: si seguimos los hitos del desarrollo de la alimentación veremos que con 10-12 meses el niño ya debe tener una musculatura suficientemente madura para beber en vaso, por lo que no hacerlo es frenar la maduración de dicha musculatura.

4. Al igual que el uso del chupete, el biberón, la succión digital, morder mantitas, juguetes, etc., puede provocar las mismas disfunciones orofaciales, por lo que aconsejamos retirar todos estos hábitos paulatinamente, e incluso se prevengan dando otras roles o buscar actividades que les puedan motivar y que no influyan de manera negativa como contar un cuento para dormir o canción, poner luces y una canción en el carrusel, etc.

5. Es muy importante seguir las directrices sobre cómo ir modificando la consistencia y texturas en la alimentación para acostumbrar a los peques a comer de todo. Como hemos hecho referencia anteriormente para ello es necesario tener en cuenta la aparición de la dentición y los hitos de la alimentación.

Es entendible que una vez adquirimos un hábito es muy complicado eliminarlo o modificarlo, pero es muy necesario intentarlo y trabajar con ayuda de los profesionales para conseguirlo.

**5. PROBLEMAS
ALIMENTICIOS QUE
PUEDEN PRESENTAR
LAS PERSONAS
CON TEA**

5.1 FACTORES QUE PUEDEN DAR ORIGEN A ESTOS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Tras la investigación y la observación de casos de personas con TEA que presentan problemas con la alimentación podemos decir que existen diversos factores que originan dichos problemas, estos factores son citados también en <https://autismodiario.org/2013/02/17/los-desordenes-de-la-alimentacion-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>) y a los que hacen referencia varias fuentes como (<https://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/07/08.-Guia-de-alimentacion.pdf>). Nuestra apreciación es la siguiente:

ALTERACIONES SENSORIALES.

Integración sensorial, es el proceso neurológico que se encarga de organizar la información que percibimos de nuestro propio cuerpo y del entorno que nos rodea. Si hay una dificultad en este procesamiento sensorial, lo que ocurre en nuestro cuerpo y alrededor no se percibe de manera adecuada y nuestra respuesta ante un estímulo puede ser una respuesta errónea, pudiendo influir en nuestro nivel de alerta, atención y capacidad de organizar el comportamiento diario.

La alteración del procesamiento sensorial puede estar relacionada con los siguientes problemas de alimentación:

• A nivel táctil.

Hipersensibilidad: la información sensorial se percibe de manera alterada y exagerada, pudiendo provocar :

- Rechazo a probar nuevos alimentos o texturas.
- Comer solo el mismo tipo de comida y cocinada de la misma manera.
- Reacciones de miedo y desagrado al contacto con la zona oral.
- Rechazo a lavarse los dientes y la cara.
- Rechazar comidas muy frías o muy calientes.

Todas estas reacciones van a provocar dificultades a nivel conductual y estados de alerta elevados.

Hiposensibilidad: la información sensorial tiene problemas para ser registrada, por lo que los estímulos que llegan a la boca no se registran de manera adecuada o necesita mucha cantidad de estímulo sensorial para ser consciente de este. Podemos observar conductas como:

- Comer grandes trozos y llenar la boca totalmente de alimento.
- No percibir cuando se está sucio o cuando quedan restos de comida en los labios y boca.
- No darse cuenta cuando el alimento está muy caliente o muy salado.

• A nivel propioceptivo.

A través del sentido de la propiocepción obtenemos información sobre la posición de nuestros músculos y articulaciones, ayudándonos a movernos en el espacio, relacionarnos con el ambiente y qué cantidad de presión ejercer al manipular un objeto. Si existe una disfunción de procesamiento sensorial propioceptivo se pueden presentar:

- Habilidades orales motoras poco desarrolladas, por lo que podremos observar dificultad para graduar la apertura oral, problemas en la realización de movimientos de coordinación de la lengua, así como masticatorios, teniendo como consecuencia problemas para formar el bolo alimenticio.

• A nivel vestibular.

Podemos observar problemas de sedestación correcta (no es capaz de conseguir una postura adecuada para sentarse), o continuo movimiento.

• A nivel olfativo.

Podemos observar demasiada percepción de ciertos olores que provoquen rechazo a ciertas comidas.

PROBLEMAS CONDUCTUALES, HIPERSELECTIVIDAD, INFLEXIBILIDAD Y RIGIDEZ.

Este apartado es muy importante y complejo, debemos tener muy en cuenta la respuesta que presentan las personas con TEA cómo se comportan ante la hora de la comida y durante la misma.

Como sabemos las personas con TEA suelen ser muy selectivos en cuanto a la hora de gustos, sobre todo en el ámbito de la alimentación, son personas con unas rutinas muy establecidas y a las que no les suelen gustar los cambios, es por ello que se muestran inflexibles y rígidas a la hora de comer, pudiendo negarse muy enérgicamente a probar un alimento presentado (cocinado) de otro modo al habitual, o simplemente comer un alimento que no es la marca habitual o no está la persona con la que lo como siempre, incluso podemos llegar a ver usuarios que la comida que comen siempre en casa preparada por la mamá no se la comen en el comedor del colegio, siendo esta la misma, pero ni lo es el contexto ni la persona que le

está supervisando, presentado conductas disruptivas ante tal acontecimiento.

Es por todo ello un factor muy a tener en cuenta desde el minuto 0, ya que modificar esta conducta puede llevar mucho tiempo y esfuerzo extra, puesto que normalmente va acompañada de otros factores que alteran el momento de comer. Debemos favorecer que el momento de la comida no esté asociado a una situación desagradable.

POSIBLES ALTERACIONES GASTROINTESTINALES.

Es frecuente que los problemas gastrointestinales, por diversos motivos se den en las personas con TEA, no por el hecho de tener el trastorno sino por factores secundarios, como es el caso de disfunción de la musculatura masticatoria (ingesta del alimento sin deglutir de manera adecuada, solo ingerir triturado), problemas sensoriales (comer un determinado tipo de alimento, con un tipo de consistencia y textura, olor...), rechazo y limitada ingesta de alimentos como las frutas y verduras que son ricos en fibras.

Todo esto puede desencadenar en digestiones pesadas, dolor abdominal, vómitos, desnutrición, estreñimiento,...

ENFERMEDADES: INTOLERANCIAS Y ALERGIAS.

Antes de adentrarnos en este punto es importante diferenciar lo que es una intolerancia y lo que es una alergia, para poder entenderlos.

La intolerancia alimentaria se da cuando tras la ingesta de uno o varios alimentos se produce un efecto adverso en el organismo como sería una mala digestión con molestias estomacales, dolor de tripa, etc., estos signos no son visibles. En cambio cuando nos referimos a una alergia alimentaria tras la ingesta de un alimento se produce una respuesta inmunitaria del cuerpo, por lo que esto compromete la salud del que la padece y suele tener signos visibles como urticaria, picazón, inflamación de alguna parte del cuerpo, dificultades respiratorias, etc.

Debemos ser observadores ante la respuesta que la persona con TEA da a un alimento, sobre todo con las intolerancias puesto que estas no presentan síntomas visibles y necesitamos que la persona con TEA sea la que indique que le sucede cuando come ese alimento. Puede verse alterado por las diferencias a nivel comunicativo de las personas, y que nos expresa que algo le ha sentado mal durante la cena, comida, desayuno,...., pero si nos puede comunicar que no quiere comer algo y su conducta y comportamiento ante él, sus deposiciones, nos pueden dar una pista de que algo no va bien.

PROBLEMAS CONDUCTUALES RELACIONADAS CON OTRAS ÁREAS DEL DESARROLLO.

Los aspectos del desarrollo como son el cognitivo, el motor, el comunicativo y el desarrollo social de la persona con TEA, influyen de manera directa en su alimentación.

Por ejemplo como hemos descrito anteriormente las dificultades/ alteraciones de la comunicación pueden provocar que no entendamos como la persona se siente cuando ingiere algo que no le sienta bien y volvemos a presentarle el mismo alimento una y otra vez desconociendo que dicho alimento le sienta mal, o quiere elegir que comer y no le damos opción, pudiéndose generar una diferencia a nivel comportamental. Debemos mejorar las competencias comunicativas de la persona con TEA, y la persona de referencia debe ser un buen observador de las respuestas que la persona con TEA presenta ante los alimentos.

Siendo conscientes de que la alimentación es un cuidado fundamental por parte de los padres y/o cuidadores y que las dificultades en este momento suponen un enorme estrés para las familias, que priman que coman por encima de atajar situaciones que se generan, debemos aprender a negociar y a facilitar que la hora de la comida sea placentera y no se produzcan momentos de ansiedad, proporcionando todos los apoyos y favoreciendo esta generalización en la alimentación de manera progresiva, pero el adulto debe ser firme y no ceder ante todas las imposiciones. Esto debe trabajarse desde pequeños y basándonos en los principios del Apoyo Conductual Positivo.

TOMA DE MEDICACIÓN.

Existen medicamentos que pueden alterar el apetito y que es común que sea prescrita a personas con TEA. Es importante conocer los efectos secundarios.

5.2 PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN PRESENTAR LAS PERSONAS CON TEA

Los posibles problemas por los que pueden estar originados los problemas alimenticios de las personas con TEA, pueden estar asociados a otros problemas como ingesta de determinados alimentos que no le sienta bien, temas conductuales y comportamiento de la persona. Es aconsejable que para tener en cuenta todos los aspectos que pueden estar influyendo, el equipo de trabajo sea multidisciplinar, para marcar el trabajo, se oriente y se pauten con una perspectiva global de las dificultades de la persona con TEA en la alimentación. El equipo debe conocer bien a la persona con TEA y recabar junto a la familia información extensa (contexto donde se come, rutina,

distractores, apoyos visuales).

Estos problemas pueden ser:

NEGATIVIDAD A COMER SÓLIDOS.

Puede venir generado por varios factores como la confluencia de una alteración sensorial, un problema conductual, añadiendo que aparezca una disfunción del sistema estomatognático*, por lo que deberemos actuar sobre las dificultades por partes y después de manera global.

Por un lado puede haber un problema a nivel sensorial, que haga que el usuario/a finalmente comprometa a nivel muscular el tono y la funcionalidad de los órganos implicados en la deglución, afectando a otras funciones. Por ejemplo cuando una persona se niega a comer sólido y continuamente su alimentación es a base de triturados, habiendo una masticación inexistente podemos encontrarnos con que esta persona puede llegar a desarrollar un problema en el funcionamiento de su sistema estomatognático, por no ejercitarlo de manera adecuada. En este caso sería aconsejable que se realizase una valoración del comportamiento de la musculatura peribucal, lingual y masticatoria como se realiza en la Escala de Cahuepé, junto con un examen exobucal y endobucal y por último un examen sobre las funciones orofaciales, alguna herramientas que podéis encontrar para llevarlas a cabo estas exploraciones son:

- Examen miofuncional orofacial MBRG.
- Protocolo de evaluación fonoaudiológica de respiración con puntuaje PERFOR Castellano.
- Protocolo de evaluación del F.L.
- Ficha de Evaluación Miofuncional Donato- Grandi.

El tono muscular de la musculatura implicada en el proceso de la ingesta, debe ser evaluada por un logopeda y debe concretar hasta qué punto esta musculatura está afectada y como va a realizar la intervención si es necesaria y si necesita la evaluación de algún otro profesional y el Terapeuta Ocupacional especializado en integración sensorial que evalúe y dar apoyo para la intervención, junto con el resto de profesionales.

Para favorecer el cambio en el comportamiento de la persona nos basaremos en los principios del Apoyo Conductual Positivo, planificando apoyos y estrategias a utilizar. Este trabajo debe hacerse desde el Apoyo Conductual Positivo y supervisado por un psicólogo que forme parte del equipo que realiza la intervención en alimentación con las personas con TEA.

HIPERSELECCIÓN DE ALIMENTOS.

En este apartado vamos a hablar de cómo en ocasiones las personas con TEA solo toleran ciertos alimentos, con un formato determinado y en un contexto determinado, siendo por lo general muy limitados los alimentos que ingiere, incluyendo esta limitación a determinadas marcas, e incluso comer con una determinada persona, en un lugar y no en otro. Estos son casos muy estrictos pero podemos encontrarlos.

En este caso es de vital importancia comenzar teniendo todos los datos posibles sobre que peculiaridades tiene la persona, para poder priorizar objetivos. En general, a la hora de intervenir, partimos del principio de proporcionar apoyo total a ir desvaneciéndolo; partir de un nivel de exigencia mínimo y progresivo. En los casos que sean posibles será importante trabajar la negociación.

Una vez que tenemos recogidos los datos y sabemos nuestros objetivos desarrollan un plan de cómo intervenir y llevarlo a cabo según los resultados que vayamos obteniendo en la intervención. Por ejemplo en un caso en el que solo come 10 alimentos de una sola marca y formato y siempre come en casa con los padres, lo primero que debemos hacer:

Objetivos:

1. Comer en otro contexto con otra persona su comida de casa.
2. Que pruebe el mismo alimento que le gusta de diferente marca.
3. Presentar el alimento de forma diferente (tipo de cocinado, diferente consistencia).
4. Comenzar a probar nuevos alimentos, parecidos a los que le gustan.
5. Comenzar a probar nuevos alimentos, diferentes texturas a las que le gustan.
6. Comer alimentos nuevos en diferentes contextos.
7. Comer de todo, (dejar que prevalezcan sus gustos y respetarlos).

Plan de intervención: en el plan de intervención debemos de tener en cuenta que para pasar de un objetivo a otro es muy necesario que esté bien afianzado, por ejemplo: dar varios días para afianzar un mismo alimento, que además coma en diferentes contextos y con diferentes personas. Será el profesional quien vaya marcando el paso a otro objetivo..

Debemos tener en cuenta que en ocasiones podemos encontrar varios problemas en un mismo caso y es muy frecuente que problemas como el que estamos describiendo le tengamos que añadir un problema a nivel sensorial, no olvidemos esto.

RUTINAS MUY MARCADAS A LA HORA DE LA COMIDA.

Podemos encontrar casos en los que las personas con TEA solo comen bajo unos marcados rituales, siendo esto muy limitante para la familia. La ruptura de estos rituales puede desembocar en problemas conductuales. Debemos contar con la ayuda de un profesional que nos pautе y nos oriente para poner soluciones.

Por ejemplo puede ocurrir que la persona se niegue a comer porque no tiene su plato de siempre, su padre no está en casa, necesita que se escuche en la radio una determinada canción, e incluso no inicia la ingesta porque nadie la ha dicho que comience.

Cuando tenemos este problema debemos plantearnos cómo le influyen a él y a su familia estos marcados rituales y hasta qué punto es beneficioso el modificarlos. ¿Cómo hacerlo? Pues además de obtener muchos datos sobre la alimentación y como se alimenta la persona con TEA, hay que ver la manera de introducir pequeños cambios que vayan alterando su rutina. Los cambios deben hacerse de manera sutil y progresiva, de manera que no generen ansiedad en la persona y que le permita tener una experiencia positiva durante la ingesta. Para planificar la manera de realizar, teniendo en cuenta cada caso de manera muy individual, es necesario contar con el apoyo y orientación de los profesionales que trabajan con la persona.

DIFICULTADES A NIVEL COMPORTAMENTAL.

Conducta disruptiva y/o poco adaptativa.

- Comer de pié o levantándose continuamente.
- Comer con las manos sin utilizar los cubiertos
- Llamar la atención constantemente durante la comida con acciones como tirar la comida, jugar con ella, etc.

Debemos fomentar desde el inicio unas habilidades adaptativas a la hora de comer, establecer desde el principio unas normas básicas para evitar estas dificultades, pero cuando surgen, debemos trabajar desde entender por qué hace eso, que apoyos podemos proporcionarles y cómo actuamos nosotros, para evitar el reforzamiento. Teniendo en cuenta estos tres aspectos (antes, durante, después) planificamos los apoyos que debemos proporcionar para evitar el antes y qué respuesta debe tener por nuestra parte para el después, evitando así el mantenimiento de la conducta.

Conocer las necesidades de la persona y planificar los apoyos a proporcionar, así como las estrategias de modificación de conducta a aplicar.

Mejor gratificaciones emocionales que implican actividades placenteras y motivantes para la persona, que a gratificaciones materiales.

CONDUCTA DE PICA.

Según (<https://psicologiaymente.com/clinica/pica-alotrofagia>) el Síndrome de Pica o alotrofagia "Su principal característica es que la persona que lo sufre siente un deseo incontenible o el impulso a ingerir sustancias que no son nutritivas, entre ellas, tierra, hormigas, bicarbonato, pegamento, insectos, papel, pequeños trozos de plástico o madera. El Síndrome de Pica se asocia a niños con dificultades cognitivas y a otros desórdenes del desarrollo, por ejemplo, el autismo. Hasta el 30% de las personas con TEA presentan Pica. Aunque este comportamiento puede verse en otros niños de temprana edad, los individuos con autismo continúan realizando esta práctica en edades más avanzadas."

En el desarrollo humano entre el primer y segundo año de vida se presenta una etapa en la él niño o niña descubre el mundo a través de la boca, por lo que todos los objetos se lo lleva a la boca chupándolos, mordidiéndolos, etc., es una fase de exploración y conocimiento del mundo, cuando esta etapa no se desvanece podemos estar ante de un problema, incluso un riesgo para la salud, pudiendo aparecer el síndrome de pica o conducta de pica.

Para combatir esta conducta debemos de realizar una estimulación sensorial y funcional de la musculatura orofacial, junto con pautas para que la persona sea consciente e identifique que se puede comer y que no se puede comer. Manteniendo un seguimiento conductual, observando la respuesta que presenta la persona con TEA, pero debemos de tener en cuenta que para trabajar y tratar esta conducta necesitamos de la presencia de un psicólogo que dirija la intervención.

ALTERACIONES DEL RITMO DE LA COMIDA.

Cuando hablamos de alteraciones en el ritmo de la comida nos referimos al tiempo que puede tardar una persona en comer, o la manera en la que come. Algunas de las alteraciones que podemos encontrarnos son:

- No hay sensación de saciedad, no ve el momento de parar de comer, haciéndolo normalmente de manera compulsiva, llegando a engullir el alimento sin casi masticarlo, lo que puede llegar a tener consecuencias de molestias estomacales por pesadas digestiones,

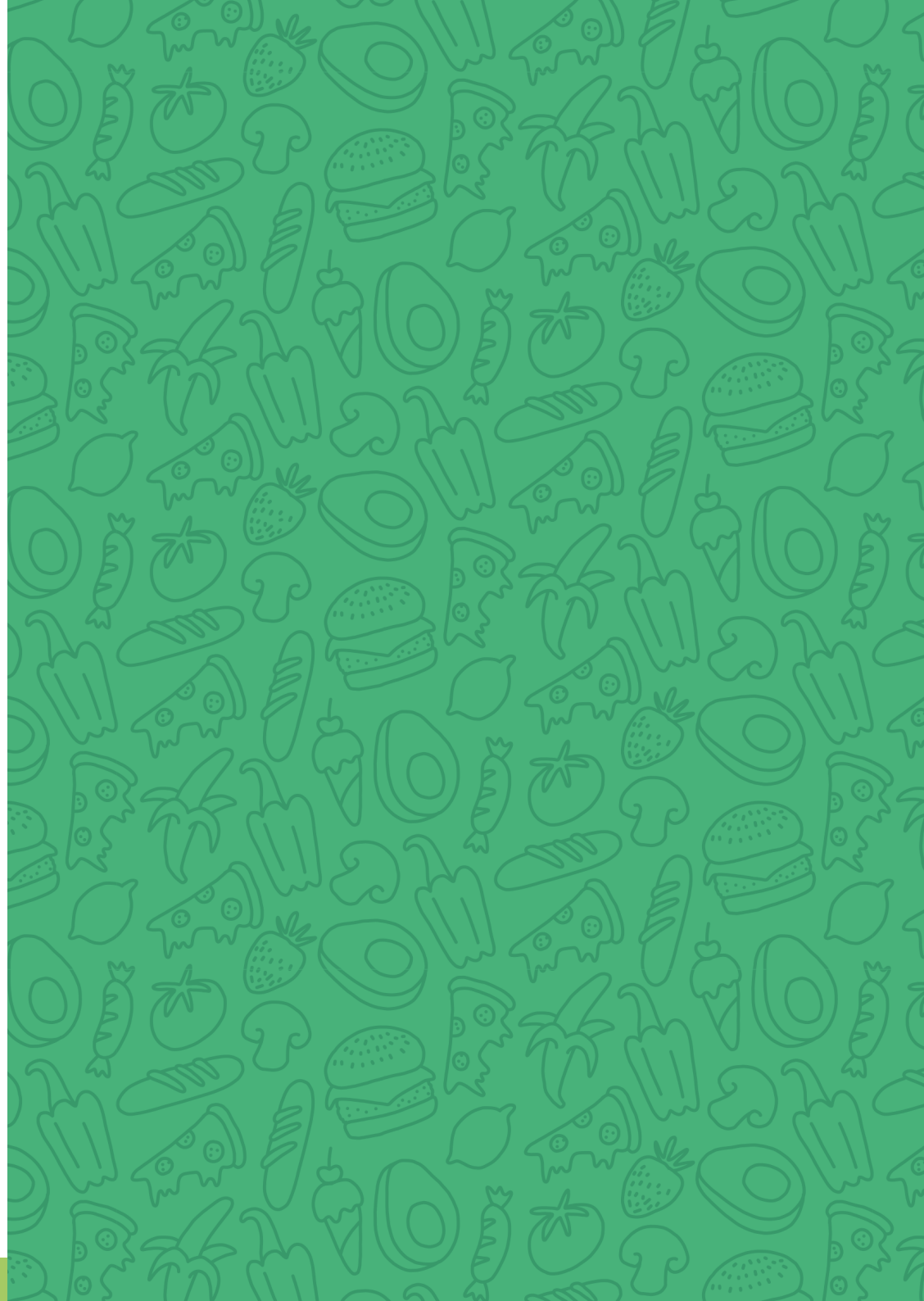
gases, estreñimiento, etc. Puede estar asociado con la toma de medicamentos que pueden producir como efecto secundario aumento de apetito y ansiedad.

- Problemas de utilizar la comida para la autorregulación, lo que puede conllevar que al restringirle la ingesta podamos desencadenar problemas de conducta, deberíamos buscar alternativas de autorregulación más adaptativas.

- Hacer de la hora de la comida una eternidad, el tiempo destinado a la ingesta es extremadamente largo. Debemos trabajar mediante temporizadores y animar cuando su ritmo sea más rápido. Observar además que aspectos afectan a este problema si se produce con algún alimento en concreto, si es siempre, como come (si está distraído haciendo otra cosa, su interés por la comida, etc.)

Para trabajar estas dificultades debemos conseguir una rutina durante el día, debemos proponer el comer más número de veces, pero con cantidades más pequeñas. Aconsejamos anticipar en un principio el momento de esas comidas. Como complemento en las comidas más abundantes, se puede trabajar con temporizadores, contar en voz alta, etc., el tiempo que tiene que esperar entre bocado y bocado. Debemos ser conscientes de que todos los cambios que vayamos a trabajar e instaurar van a suponer ser constantes y mantener siempre una actitud de observación y seguimiento de la intervención.

Para las personas que alargan mucho el tiempo de ingesta aconsejamos dividir los momentos de las comida, poner un tiempo para cada plato y retirar cuando se termine. Es muy importante hacer un registro sobre lo que come y qué le sucede, para ver si hubiese un motivo de “darle ” vueltas a la comida.



6. CÓMO INTERVENIR

A lo largo de este punto se van a describir aspectos a tener en cuenta en la intervención y cómo llevarla a cabo.

Estos aspectos y pautas que se describirán a continuación son herramientas para ayudar en la intervención, siendo de suma importancia que cada individuo sea tratado según sus peculiaridades y teniendo en cuenta que esto no es una intervención estandarizada, puede que lo que funcione con una persona, no lo haga con otra de las mismas características por lo que tendremos que explorar otras estrategias y fórmulas.

Antes de intervenir debemos de tener muy en cuenta los siguientes aspectos:

6.1. RECABAR INFORMACIÓN

Saber todos los datos sobre alimentación, gustos, conductas, reforzadores, autorregulación, etc., de la persona con TEA con la que vamos a comenzar la intervención. Debemos saber por tanto que come, como lo come, cómo le gusta comérselo, actitudes y conductas que presenta a la hora de la comida, si en algún momento se le obliga a probar cual es su respuesta, si es capaz de tener al lado un alimento que le desagrada, si toma medicación que pueda afectar a la alimentación, estado de la motricidad, sensibilidad, inflexibilidad, etc. En definitiva es de suma importancia entender al niño/a en su globalidad, como es su comportamiento, que le gusta, que no le gusta y los posibles reforzadores con los que poder negociar si es necesario, etc.

Una vez que conocemos hábitos, rutinas, preferencias, conductas, factores que pueden afectar..., podremos pasar al siguiente apartado.

6.2. PRIORIZAR OBJETIVOS

Debemos partir de la información dada por la familia de la persona con TEA y la propia persona y ayudar a operativizar los objetivos. Los objetivos deben ser concisos y deben ser priorizados teniendo en cuenta criterios de importancia, que favorezcan la consecución de otros objetivos y que supongan una motivación para la persona. Como profesionales, debemos ayudar a comprender a la familia la secuencia de objetivos planteados y su justificación, aclarando todas las dudas y favoreciendo que se entienda la importancia de cada uno de ellos. En ocasiones solo vemos "el problema" pero debemos entender los pasos en los que los desgranamos y sobre esos pasos menores, son los que vamos trabajando.

Por ejemplo:

El objetivo de los padres es que coma entero, de manera autóno-

ma y que coma de todo.

Recordar que antes ya recogimos información y por tanto debemos utilizarla para plantearnos los objetivos.

Para organizar los objetivos podemos utilizar una serie de preguntas las cuales nos pueden ayudar a recopilar datos necesarios:

1. ¿Come todo tipo de alimentos, aunque sean triturados?
2. ¿Sabores que más le gustan?
3. ¿Sabores que menos le gustan?
4. ¿Existe problemas con texturas y consistencias?
5. ¿Se trata de un problema de Hiperselección alimenticia, hipersensibilidad, etc.?
6. ¿Hay problemas de alteración en el ritmo?
7. ¿Problemas de funcionamiento motricidad sistema estomatognático?

En definitiva, debemos identificar los problemas y como afectan a su vida diaria, después podremos priorizar objetivos, fijándonos además en los hitos del desarrollo, identificando los objetivos básicos en los que se van a sustentar los objetivos más complejos.

Por ejemplo: comer de todo y todas las consistencias y que lo haga solo, sería los objetivos complejos que nos piden los papás.

1. Recogemos los datos y nos hacemos las preguntas.
2. Priorizamos nuestros objetivos en bloques
 - a. Desensibilizar la zona orofacial y aumentar el tono muscular, lo haremos fuera del momento de la comida mediante técnicas adecuadas, una vez que el chico o chica esté más acostumbrado a las técnicas, valoraremos si introducir alimentos en este momento y que alimento introducir, haciendo un registro para llevar un control de que estamos trabajando.
 - b. Comer solo: trabajaremos motricidad fina con ejercicios fuera de la comida, por ejemplo cogiendo con una cuchara garbanzos, lentejas, arroz, cuentas de colgante, etc., y traspasándolo de un bol a otro, dar de comer a las muñecas/muñecos. Para el uso del tenedor se puede realizar en el mismo sentido ejercicios, pero con materiales como plastilina o masilla, la cual podremos cortar utilizando también el cuchillo para hacer trocitos, después pinchar y pasar del plato donde está a otro plato, realizando por tanto un patrón correcto, incluso podremos dar de comer a muñecos,...

Es importante el niño nos vea para que nos imite, hacer un mol-

deamiento de la acción desde atrás para que sea el quién lo hace, durante la intervención podemos prestarle estas ayudas físicas, que iremos retirando para que los movimientos los realice solo.

c. Introducir un alimento que sea sólido, que le guste y que ya coma, pero presentado en diferentes consistencias a como está acostumbrado normalmente.

d. Introducir un alimento nuevo, podemos presentarlo sólido si ya hemos conseguido que acepte algún tipo de sólido, esto dependerá de que cosas coma, los cambios debemos de hacerlos paulatinamente sin ser drásticos por lo menos al principio.

6.3. ELEGIR A LA PERSONA ADECUADA PARA LA INTERVENCIÓN

Cuando trabajamos alimentación en personas con TEA, debemos tener en cuenta que el profesional que se encargue de este cometido debe de tener algunas cualidades que facilitarán el trabajo. Estas cualidades son:

- Actitud y aptitud, la persona que lleve a cabo la intervención debe estar segura de que terminará comiendo, teniendo una actitud firme pero muy cariñosa. Idoneidad de que este trabajo lo realice el terapeuta de referencia en el equipo multidisciplinar (logopeda, terapeuta ocupacional, psicólogo, etc).

- Valorar la idoneidad del contexto, si el profesional trabajar directamente desde el contexto natural del menor (el más recomendable) o por las características de la persona y las dificultades que presente, iniciar el trabajo en un contexto clínico. Si debemos tener claro, que si comenzamos en un contexto clínico, debe ser por el menor tiempo posible, para evitar posteriores dificultades de generalización. Nuestro papel debe ser favorecer y facilitar la capacitación por parte de la familia, que es la que tendrá que hacer frente al tiempo de comer en su día a día.

- Tener una paciencia casi infinita y ser constantes, para este tipo de intervención no existe tiempos de referencia ni prefijados o estandarizados, por lo que es importante tener paciencia, será un proceso lento. Los tiempos vamos a irlos estableciendo nosotros mismos.

6.4. MARCAR UNA HOJA DE RUTA

Debemos una vez que tengamos los objetivos marcados, llevar a cabo el plan de intervención siguiendo una hoja de ruta que se trace, teniendo un registro controlado de nuestra actuación y de cómo evolucionan los objetivos que nos hemos prefijado.

En esta hoja de ruta podremos recoger las estrategias que segui-

remos, los reforzadores que podremos utilizar en caso de necesitarlos, las ayudas y como las retiraremos, etc.

Es importante no olvidar que para cambiar un alimento que se está trabajando, se debe dejar un tiempo prudencial en el que la persona se adapte y se acostumbre a ese alimento e irlo incorporando en la dieta, junto a comerlo con otras personas. Si cambiamos un alimento todos los días, no podemos cerciorarnos si al niño le gusta, si lo tolera, etc., por lo que en nuestra hoja de ruta debemos tener esto en cuenta.

6.5. ELEGIR EL MOMENTO DEL DÍA EN EL QUE ACTUAR

Durante la intervención en alimentación con las personas con TEA debemos ser bastante inflexibles y marcar unos límites comprensibles, además debemos afrontar la situación sin prisa por terminar, dedicando así el tiempo necesario para no perder la paciencia y cometer errores que puedan descolocar o mandar un mensaje contrario del que queremos dar a la persona con la que trabajemos.

Una de las reglas de la que después hablaremos es PLATO VACIO, lo que pongamos en el plato será lo que la persona con TEA comerá, a no ser que negociemos y después haya algo más, por lo que debemos saber que puede quedarse sin comer, o comer muy poco, tenemos que elegir el momento adecuado para que en la comida donde no intervengamos con la persona con TEA, quede satisfecha nutricionalmente, sin que por ello tenga que comer el doble, pero si suficiente.

El momento de la intervención será una vez al día, además de tener tiempo como he hecho referencia anteriormente, tenemos que intentar que este sea el momento del día en el que la persona con TEA tenga mayor apetito.

Otro de los factores por los que debemos de elegir muy bien el momento de la intervención es la alteración en el ritmo de la comida siendo este ritmo en muchas ocasiones un ritmo tranquilo, no hay que meter prisa ni forzar, en la medida de las posibilidades.

6.6. COMO PREPARAR EL AMBIENTE

Lo primero que tenemos que tener en cuenta es que el lugar donde se produzca la intervención debe ser tranquilo, con poco tránsito, agradable para la persona con TEA, esto se puede lograr introduciendo cosas que le gusten como vasos de colores, platos con sus personajes favoritos,..., pero igual de importante o más importante si cabe, es qué cuando comamos no hacemos ninguna otra cosa, por lo que no tendremos estímulos que puedan distraer o alterar

a la persona con la que estemos trabajando, ni tablet, ni móviles, ni juguetes, etc., no queremos que coman sin ser consciente de lo que están haciendo, sino todo lo contrario, lo que se pretende es que cuando coman sepan que comen y sean conscientes de lo que están haciendo y que les sea agradable.

Otro tema de preocupación en este apartado es elegir bien el sitio planteado para que la intervención se pueda realizar, que en gran medida va a estar determinado por la dificultad a la hora de la alimentación que presente la persona con TEA y teniendo en cuenta la priorización, si hay o no dificultades que deben ser trabajadas previamente en contexto clínico.

- Si comenzamos la intervención en un sitio nuevo, partimos de unas normas nuevas. Por lo que en un inicio la persona con TEA podría no partir de sus rituales establecidos y sería más fácil proporcionar unas normas y modelo adaptativo que luego se implanten en el contexto natural de la persona.

- Si la intervención se realiza en casa, podemos intentar hacer cambios en la zona de la casa donde comemos, si normalmente se hace en la salita o salón, ver la posibilidad de hacerlo en la cocina. Teniendo en cuenta que el lugar debe ser tranquilo y cómodo.

- El comedor del colegio. Hay momentos en los que el comedor del colegio no es la mejor idea, tenemos que valorar en qué momento se encuentra nuestro niño o niña, los cambios que se están produciendo a su alrededor, el nivel de estrés que le puede provocar el ruido que se puede producir en el comedor (si podemos solucionar este problema), los apoyos que necesitará y los que le pueden ofrecer en el comedor y si ha comenzado ya la intervención de modo correcto en otro lugar. Con esto no quiero decir que el comedor del colegio sea algo negativo, sino que se debe valorar la situación. Puede que para iniciar la intervención no sea el mejor lugar, pero si puede ser muy beneficioso cuando se haya trabajado previamente algunos aspectos a nivel sensorial y de autonomía.

Otro aspecto dentro de este apartado es como colocarnos con respecto a la persona con TEA cuando estemos interviniendo. Como premisa, mantener el entorno lo más natural posible a como come la persona con TEA, pero siendo flexibles para realizar cualquier adaptación que sea necesaria tanto en un primer momento como de manera permanente. Estas decisiones deben consensuarse entre familias y profesionales.

Recordamos que el momento de la comida debe ser agradable, por lo que debemos cuidar que esto sea así en la medida de nuestras posibilidades, evitar que la persona con TEA se encuentre incómodo, no engañar y evitar forzar la situación todo lo que podamos.

6.7. LEY DE PLATO VACIO

Ley de plato vacío, el plato vacío indicará al niño que el momento de la comida ha terminado, por este motivo en un principio la cantidad de comida será mucho menor, porque lo que queremos es que pruebe el alimento y se lo coma, podemos además presentar una ayuda visual para que comprenda mejor la situación, esta ayuda visual puede ser una agenda de anticipación.

Cuando la persona coma de todo, trabajaremos la flexibilidad mental y comunicación adecuada, para cuando no quiera más, ya sea por falta de apetito o por dolor de estómago, porque no se encuentre bien..., pueda comunicarlo.

6.8. AYUDAS

Las ayudas son las asistencias proporcionadas por otra persona, estas ayudas deben eliminarse gradualmente para que la otra persona solo responda a la señal. Cuando hablamos de señal nos referimos al evento natural o indicación a la que respondemos de manera natural. La diferencia entre señal y ayuda la vamos a ver en el siguiente ejemplo:

Estamos caminando por la calle y vemos un semáforo en rojo o una señal de stop cuando vamos a cruzar la calzada, esto será una señal vemos que hay que pararse para poder cruzar. Pero si ignoramos la señal y escuchamos un ¡PARA!, o notamos como alguien nos frena y nos hace mirar hacia la señal de stop o el semáforo, esto serian ayudas verbales y físicas.

Las ayudas nos pueden servir para anticipar que vamos a hacer en la comida y que esperamos que suceda durante esta.

- Ayudas visuales: las personas con TEA son pensadores visuales, comprenden y retienen mejor la información si se le presenta de manera visual, la información verbal es abstracta y desaparece, en cambio las imágenes permanecen y son más concretas, implicando un menor nivel de abstracción, es por ello que las personas con TEA funcionan mucho mejor ante lo visual, siendo estas ayudas una estrategia básica y fundamental para el aprendizaje y enseñanza de la persona con TEA. Las ayudas visuales pueden presentarse mediante objetos reales, con fotos de objetos reales, con dibujos, pictogramas, letra escrita, todo dependiendo de la edad y nivel de abstracción de la persona con TEA.

Teniendo esto claro, vamos ver cómo podemos hacer una agenda de anticipación visual para dar un apoyo visual que será muy importante en nuestra intervención, vamos a intentar que las agendas sean sencillas, simples y concretas, y fáciles de manejar.

PREPARAR UNA AGENDA DE ANTICIPACIÓN VISUAL.

Ejemplo 1

Si estamos interviniendo durante la hora de la comida y vamos a tener varios platos y el postre y lo que queremos es que pruebe el primero que es el alimento en el cual estamos realizando nuestra intervención podremos:

- 1er plato, numero de trozos cucharadas que debe comerse.
- 2º plato, es la comida que le agrada y se lo comerá todo.
- Postre, no es algo que le agrada y lo que queremos es que pruebe un solo trocito.
- Poner una actividad que le sea motivadora, por ejemplo jugar con mamá, ver una película, ir a casa de la abuela, etc.

(ANEXO ANTICIPACIÓN VISUAL 1)

Ejemplo 2

Durante la merienda.

- Numero de trozos/bocados, siendo este el alimento a trabajar.
- Alimento ya sea liquido, puré o solido que le gusta.
- Actividad motivante y reforzadora.

(ANEXO ANTICIPACIÓN VISUAL 2)

Ejemplo 3

Si el problema de alteración del ritmo, en la que la persona con TEA normalmente come con ansiedad y sin esperar entre bocado y bocado, podemos hacer una agenda en la que se le introduzca la espera entre cucharada y cucharada, pidiéndole que mastique un número de veces determinado, por ejemplo 10 veces y contar hasta 3 para la siguiente cucharada.

Sería conveniente que si tiene problema con las esperas de manera general, que se trabaje antes en otros ámbitos, antes de introducir dicha espera en la comida, para de esta manera, no crear más ansiedad en el momento de la comida.

(ANEXO ANTICIPACIÓN VISUAL 3)

Realizar Importantes, para conseguir la conducta adecuada.

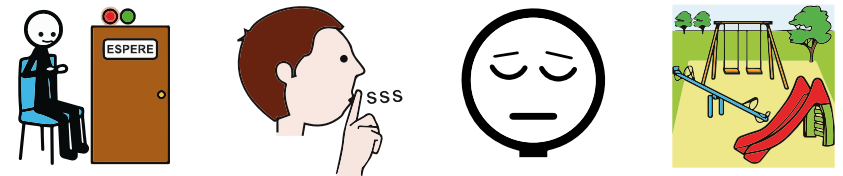
Cuando hablamos de realizar importantes nos referimos a una ayuda visual en la que se especifica una actitud o conducta y la consecuencia, lo que queremos conseguir es que siga unas normas básicas de comportamiento. Estos importantes se pueden hacer en

positivo o en negativo, recomiendo que se hagan en positivo, son más eficaces y causan más efecto.

Por ejemplo un niño grita constantemente porque le estamos haciendo esperar.

Se le plantea el importante, debemos fomentarlo siempre desde lo positivo, reflejando lo que el niño debe hacer y que consigue si lo hace:

Importante en positivo:



Si esperamos en silencio y tranquilos después jugaremos juntos en el parque.

Importante en negativo (ejemplo de cómo no se debería hacer):



Si esperamos gritando no comemos helado.

¿Cómo podemos aplicarlo? Por ejemplo tenemos a un chico que forcejea, está enfadado, llora, grita, tira la comida y no prueba nada.

Sabemos que para este chico la comida es un suplicio, menos cuando come determinadas cosas que le gustan, tiene unos gustos muy restrictivos, al igual que con las texturas.

(ANEXO IMPORTANTES)

AYUDAS FÍSICAS O APOYO FÍSICO.

El ayudante físico o la ayuda física tiene que tener la cualidad y responsabilidad de:

- Esperar a que sea la persona con TEA en este caso el que inicie el movimiento, para llevar a cabo la acción.
- Ayudar a la persona a llevar a cabo la acción.
- Desvanecer sistemáticamente la ayuda que se le proporciona.

Cuando uno de los objetivos planteados es conseguir que coma con autonomía, lo primero que la persona con TEA debe saber es como utilizar los cubiertos.

Este objetivo lo trabajaríamos desde dos ámbitos diferentes:

· Fuera del momento de la comida: para mejorar la destreza motora y coger el hábito y la práctica, se realizarían ejercicios sencillos como trasladar con una cuchara de un recipiente a otro, objetos pequeños. Para esto, podemos pedir opinión al terapeuta ocupacional, para que nos guíe o incluso para que él sea el que intervenga.

· Durante el momento de la comida podemos modelar los movimientos, ayudar a coger la cuchara de manera adecuada y el llevarse la cuchara llena a la boca.

Esta ayuda en un principio será total para después ir retirándola paulatinamente, es importante que no hablemos durante este proceso, ya que estaríamos dando una ayuda verbal también, ayuda que después puede que no seamos capaces de eliminar, puesto que la persona con TEA, se acostumbra a ella y no sea capaz de iniciar el proceso sin dicha ayuda verbal.

Debemos ir dejando de ayudar físicamente inhibiendo nuestro movimiento y dejando que el vaya desarrollando los pasos que conllevan la acción.

EXTINCIÓN DE LAS AYUDAS.

Como ya he mencionado antes la ayuda física que se presta sirve como apoyo a la persona con TEA, utilizándola en muchos aspectos de la intervención con estas personas.

Estas ayudas igual que las ayudas visuales, deben de ir eliminándose para dar autonomía mediante un encadenamiento.

Por ejemplo para conseguir la autonomía comiendo, como hemos explicado anteriormente en inicio será totalmente dependiente y habrá que hacer todo el acompañamiento y/o secuencia. ¿Cómo eliminamos la ayuda física? Partimos de que el apoyo físico es total, después vamos eliminando este apoyo en partes del proceso,

la parte que la persona tenga ya adquirida pudiendo ser el final de la secuencia o el inicio, en el resto del proceso se acompaña igual, hasta que seguimos desvaneciendo la ayuda en el siguiente paso, porque la persona ya haya adquirido como realizar el paso siguiente también,.... Para facilitar el desvanecimiento rápido de las ayudas, éstas se deben proporcionar fuera de la interacción social, si por ejemplo hay dos entrenadores el que da la ayuda física no interactúa socialmente con la persona con TEA en ningún momento, actúa desde atrás o desde el lado y no debe proporcionar ningún refuerzo. Para desvanecer del todo dichas ayudas lo haremos a través del encadenamiento, este puede ser:

- Hacia atrás: domina primero el último paso.
- Hacia adelante: domina primero el primer paso.

Ejemplo sobre el tema de la autonomía para comer, partimos de que ya somos capaces y sabemos/nos defendemos con la utilización de los cubiertos. Vamos a centrarnos en la utilización de la cuchara para este ejemplo. Primero debemos ayudar en inicio a coger la cuchara de manera total y realizar totalmente el movimiento de llevar la cuchara llena a su boca, después debemos paulatinamente ir retirando esta ayuda física dejando partes de la secuencia sin dar el apoyo físico, iniciamos el que coja la cuchara y la llene y le damos un pequeño toque para que la lleve a la boca sin hacer el acompañamiento, una vez conseguido esto dejaríamos más autonomía dándole un pequeño toque para que inicie el llenar la cuchar, y otro para que la lleve a la boca, según avancemos en este momento dejaremos que inicie solo y daremos un pequeño toque para que la lleve a la boca, o dando un pequeño empujoncito para que la lleve a la boca, pero no para que inicie, hasta que retiremos toda la ayuda, porque ya hace la secuencia de manera autónoma.

Ahora bien, con el tema de las ayudas visuales debemos hacer lo mismo, pero esto dependerá de que estemos trabajando:

· Agenda de anticipación: en ella anticipamos que vamos a comer. Se puede mantener en el tiempo, sería igual que si nosotros preguntamos en casa que vamos a comer y se nos responde. Pero en el caso de anticipar número de bocados a dar, el momento del reforzador etc., que vamos a probar se irá retirando, siendo menos explicativa, saltando pasos a seguir, hasta que solo necesitar poner vamos a comer.

Para hacer a los chicos y chicas lo más autónomos debemos ir eliminándolas para llegar a esa autonomía. Si nosotros no procuramos eliminar estas ayudas, nuestros chicos y chicas pueden acostumbrarse a ellas pudiendo llegar a necesitarlas como un paso más en la tarea o actividad que están desarrollando y haciendo por tanto que

sean dependientes a ellas totalmente.

Dato que puede resultar de interés: Cuando se enseña sin ningún tipo de ayuda hablamos de MOLDEAMIENTO, no hay necesidad de eliminar ayudas, ya que no se utilizan y lo que se hace es reforzar las aproximaciones sucesivas a la habilidad objetivo. Por ejemplo comer solo, podemos trabajar delante de un espejo, con ayudas naturales como es el caso de otro niño al que pueda copiar su modelo a la hora de comer, reforzamos que lo intente, que coja bien la cuchara, etc.

NO OLVIDAR.

1. Utilizar un registro diario de que alimentos se ofrecen y su reacción. (ANEXO REGISTRO DIARIO).
2. Tener un listado amplio de reforzadores, si pueden estar ordenados de más potente a menos, mejor. (ANEXO LISTADO DE REFORZADORES)
3. Poner en el plato solo la cantidad que debe comer.
4. Aumentaremos la cantidad de alimento de manera progresiva cuando tengamos la seguridad que comerá más. **NO DEBEMOS ENGAÑAR**, si dijimos un trozo, es un trozo.
5. Contar con que al inicio de la intervención comerá muy poco o nada, por lo que aunque no coma en esta comida, si debe de comer en el resto de comidas a lo largo del día, por eso actuaremos solo una vez al día.
6. Cuando la intervención esté encaminada será cuando aumentemos cantidades, en ese momento podemos permitir autonomía en el reforzador, que sea él el que se lo administre.
7. En el momento en el que estemos aumentando cantidades, podemos afrontar otros momentos del día para intervenir.
8. Hay que asegurarse de que las personas con TEA, estén bien hidratados, si hay que ponerle una agenda de anticipación en la que aparezcan los momentos para beber agua, se hace.
9. Dar oportunidades para que diga NO, en otros momentos del día, ya sea en una actividad, o simplemente que algo no le apetece.
10. Averiguar gustos y respetarlos.
11. Ser sistemáticos y coherentes.
12. La exigencia de cada objetivo variará, o al menos debe hacerlo en función del caso, así se dará por bueno y por tanto se reforzará las mínimas aproximaciones a la consecución de ese objetivo planteado, por ejemplo probar un alimento de otra marca, cuando la persona es totalmente inflexible, pues se daría por bueno que tocara con la

lengua el yogur de la marca diferente a la que él siempre come.

13. Generalizar objetivos e ir trabajando dentro de casa lo que se trabaja fuera. Por ejemplo se puede introducir a un miembro de la familia en la terapia como observador, después que sea el familiar el que actúe en la intervención, el siguiente paso puede ser directamente en casa o dejar en la sala de intervención al familiar con la persona con TEA. Es importante registrar su comportamiento en casa situación y ante que alimento se produce.

14. Debemos de tener una paciencia lo más infinita posible, si terminamos enfadados y presentando nosotros conductas no adecuadas, el ejemplo no es bueno, pero además estamos mostrándole que puede obtener una salida que no es la que nosotros realmente queremos.

15. Ofrecer una alimentación lo más saludable posible.

RESUMEN DE INTERVENCIÓN.

1. Recoger toda la información y estudiarla.
2. Elegir a la persona adecuada para realizar el trabajo. Recordar que el equipo debe ser multidisciplinar, para abarcar el problema alimenticio teniendo en cuenta todos los factores que pueden estar influyendo. La persona que se debe encargar de lo que es el momento de comer debe ser alguien que conozca y como hemos descrito anteriormente que sea firme, pero cariñosa.
3. Priorizar objetivos teniendo en cuenta dentición, hitos del desarrollo de la alimentación e introducción de las texturas. No olvidar los objetivos que plantea la familia.
4. Elegir el momento del día para intervenir. Irá en función de la persona con TEA, de horarios y disponibilidad de ambas partes. Lo ideal que sea un momento en el que se tenga mucho tiempo y no haya prisa por nada, además de que la persona con TEA tenga más apetito. ¡Que no se acabe la PACIENCIA!
5. Marcar una hoja de ruta, siempre que sea posible.
6. Elegir el lugar si hay posibilidad.
7. Seguir siempre las premisas de PLATO VACIO, NO MENTIMOS, REFORZAMOS DE MANERA CARIÑOSA TODO LOS AVANCES, lo positivo es más estimulante.
8. Utilizamos las ayudas visuales desde el minuto uno.
9. Importante extinguir las ayudas lo más rápido que podamos.
10. Generalizar avances cuanto antes y trabajar la espontaneidad con ayudas naturales por ejemplo.

7. CASOS PRÁCTICOS

7.1 RESOLUCIÓN DE CASOS TEÓRICO-PRÁCTICOS

Los siguientes casos son ideados a raíz de los problemas presentados en los cuestionarios de los usuarios de la asociación que quisieron colaborar. He aglutinado en 3 grupos diferentes las características más repetidas, e intentaré dar una solución lo más adecuada.

CASO 1

- ◆ Información de la que disponemos: podremos ordenarla escribiéndola por apartados para verla más clara.
- ◆ Datos personales: E.M.C, 5 años.
- ◆ Como se comunica: lenguaje verbal pero restringido, algo ininteligible.
- ◆ Nivel de abstracción (utiliza objetos reales, fotos reales, pictogramas, dibujos, letra escrita): comprende perfectamente los pictogramas y los dibujos, aún no lee.
- ◆ Gustos alimentos, temperatura, textura, consistencia: Come todo tipo de alimentos pero triturados, prefiere que esté caliente o templado, le suele desagradar cuando el puré está frío.
- ◆ Preferencias de sabores: ninguno en especial.
- ◆ Gustos bebidas temperatura: solo consume zumo de piña y leche con cola cao en biberón. Es muy complicado que beba agua.
- ◆ Hábitos lesivos: uso del chupete solo para dormir y biberón para beberlo todo.
- ◆ Donde come y con quién: come con mamá y con papá, pero mejor con mamá en casa y siempre que tenga su puré puede comer en el resto de sitios.
- ◆ Tiene problemas con el uso de cremas, cacao, etc., y que zonas: no deja que se le eche ningún tipo de crema en la cara, en el resto del cuerpo si pero con dificultad.
- ◆ Autonomía para comer y actividad que realiza mientras come: no come solo y se le distrae con la tablet o la tele para comer más rápido, sino la comida se eterniza.
- ◆ Conductas que presenta y como se resuelven: no tiene ninguna conducta rabieta, siempre que coma su puré.
- ◆ Objetivos que son prioridad para la familia: comer de todo sin triturar y que lo haga solo.

Conclusión inicial sobre los problemas que puede presentar: parece que podemos tener entre manos un caso de hipersensibilidad oral, ya que solo come puré y no acepta nada que no sea este puré además está el tema de la crema y cacao, Hiperselección e inflexibilidad, puesto que solo acepta comer el potito que hace su madre, por lo que tendremos que tener en cuenta las conductas no adecuadas que pueda presentar y en qué momentos se produce si se le presenta otro tipo de alimento.

La persona que intervendría debería ser su terapeuta, en inicio lo mejor es que el niño coma la comida que le hace su madre y después ver como se desenvuelve. La intervención por tanto se realizará en la asociación, teniendo la posibilidad de si es necesario, ir a su casa.

Es importante el trabajo multidisciplinar para trabajar a nivel miofuncional sensorial y conductual, ya que presenta problemas en estas áreas o puede presentarlo a lo largo de la intervención.

Debemos priorizar objetivos teniendo en cuenta dentición, hitos del desarrollo de la alimentación e introducción de las texturas, así como no olvidar los objetivos que plantea la familia que es que el niño/a coma de todo, no solo triturado y que lo haga de manera autónoma.

Los objetivos y la hoja de ruta a seguir serían los siguientes:

1. Desensibilizar zona orofacial. Se realizará de manera independiente en coordinación con la terapeuta de referencia.
2. Mejorar tono y funcionalidad de la zona orofacial. Se realizará de manera independiente en coordinación con la terapeuta de referencia. Importante realizar primero una evaluación del estado inicial.
3. Comida:
 - Aceptar comer su comida en terapia con su terapeuta.
 - Aceptar comer su comida en otra zona, con su terapeuta y un miembro de la familia.
 - Probar un puré que no sea el de su madre.
 - Comer el puré que no es de su madre.
 - Comer este puré en otro lugar.
 - Comer el puré con su madre en terapia.
 - Probar un alimento fácil de chafar galleta, gusanito. Ir haciendo mismos pasos que con los objetivos anteriores.

- Probar un alimento sólido aunque blandito, por ejemplo el plátano. Ir haciendo lo mismos pasos que objetivos anteriores.
- Seguir introduciendo alimentos y respetar gustos del niño, si algo le desagrada realmente y se le ha presentado en varias ocasiones en diferentes momentos poner en lista de alimentos que no le gustan.

4. Líquido:

- Modificar recipiente para beber. Del biberón pasar al vaso con pivote blando, después al vaso con pivote duro, trabajar con la pajita, vaso de plástico, vaso de cristal. Para ello se debe hacer igual que con la comida, primero beber en el biberón lo que toma en casa, e ir cambiando de recipientes, después de bebidas.
- Para aumentar el consumo de agua. Hacer agenda en el que puede que se produzca una señal natural (que le de sed), por ejemplo en el parque después de jugar, después de comer, por la mañana al levantarse.

5. Saber utilizar los cubiertos.

6. Comer de manera independiente.

7. Comer de manera adecuada diferentes comida con familiares.

8. Comer de manera adecuada diferente comida con personas poco conocidas.

9. Comer en cualquier contexto adecuado, de manera autónoma y cualquier alimento que se le presente y le guste.

Se debe ir viendo la consecución de los objetivos e ir modificando o añadiendo según evolucionen dichos objetivos y siempre adaptándonos a usuario.

Llevar el registro de alimentos que pruebe al día.

Tener en cuenta la anticipación visual en todo momento, es importante la negociación para aceptar las exigencias, en principio se le exigirá lo mínimo, por ejemplo que pruebe en el labio el puré que no es de su madre.

Para este punto sería muy positivo tener una lista de reforzadores.

Hacer todo lo más agradable posible y dar recompensas emocionales en todo momento.

No podemos olvidar que debemos ofrecer una alimentación lo más saludable posible e ir extinguiendo las ayudas que se le ofrezcan.

Continuar en esta línea de trabajo con paciencia, entendiendo al usuario en su globalidad y respetando su identidad y gustos.

Es importante que aunque no debemos forzar y presionar directamente, en ocasiones si que debemos hacerlo de manera sutil, sino es imposible que la persona con TEA se lleve nada a la boca.

CASO 2

- ◆ Información:
- ◆ Datos personales: E.M.C, 10 años.
- ◆ Como se comunica: no verbal, utiliza gestos naturales.
- ◆ Nivel de abstracción (utilizar con objetos reales, fotos reales, pictogramas, dibujos, letra escrita): comprende perfectamente los pictogramas, dibujos, etc.
- ◆ Gustos alimentos, temperatura, textura, consistencia: le gusta más los crujientes como patatas fritas de bolsa pero solo una marca y un sabor, nuggets, san Jacobo de york de una marca. No tolera probar ni fruta ni verdura, come tortilla de patatas, sobaos y galletas del príncipe y el yogur de piña, le gusta los filetes de ternera y los come bien.
- ◆ Preferencias de sabores: no se describe.
- ◆ Gustos bebidas temperatura: bebe pepsi, parece que no le gusta el agua, aunque a veces lo permite con cuchara.
- ◆ Hábitos lesivos: no presenta.
- ◆ Donde come y con quién: indiferente.
- ◆ Tiene problemas con el uso de cremas, cacao, etc., y que zonas: no
- ◆ Autonomía para comer y actividad que realiza mientras come: come solo. Además come solo en un horario diferente al de los demás.
- ◆ Conductas que presenta y como se resuelven: conductas disruptivas si se le presenta algún alimento que no le gusta, o simplemente que este en la mesa cerca de él dicho alimento.
- ◆ Objetivos que son prioridad para la familia: comer de todo sin presentare conductas no adecuadas.
- ◆ Reforzadores: le encanta la tablet y jugar con los puzzles, además de las cosquillas brutas, el móvil, ir al parque de al lado de casa sobre todo con papá y grabarse videos cantando para luego verlos. La comida que más le gusta son los gusanitos y las galletas pequeñas del príncipe.

Conclusión inicial sobre los problemas que puede presentar: parece que podemos tener entre manos un caso de hiperselectividad e inflexibilidad, acompañado de conductas disruptivas cuando se le contradice, observar posibilidad de problemas sensoriales.

Para cambiar las normas, el ambiente y demás sería bueno que la intervención la llevase a cabo una terapeuta, sería bueno que el lugar fuese en casa, puesto que es donde existe mayor problema. Si no se pudiese, el lugar sería en la sala de terapia, pero la intención final es que se generalicen los aprendizajes y que se acabe haciendo en casa, con la posible supervisión del terapeuta.

Es importante el trabajo multidisciplinar para trabajar a nivel miofuncional sensorial y conductual, ya que presenta problemas en estas áreas o puede presentarlo a lo largo de la intervención.

Priorizar objetivos teniendo en cuenta dentición, hitos del desarrollo de la alimentación e introducción de las texturas. No olvidar los objetivos que plantea la familia.

El objetivo de la familia es que coma de todo, con todos en la mesa y sin presentar conductas no adecuadas.

Los objetivos y la hoja de ruta a seguir serían los siguientes:

1. Saber rechazar de manera adecuada.
2. Encajar que no se salga con la suya.
3. Trabajar normas de comportamiento durante la hora de la comida.
4. Acostumbrarse a tener comida que no le gusta al lado sin presentar conductas no adecuadas. Dar alternativa para pedir que lo pongan más lejos de él.
5. Comida.
 - Aceptar comer su comida en terapia con su terapeuta.
 - Aceptar comer su comida con la terapeuta, que esto sea agradable y que ella también coma algo. Que a él le guste.
 - Aceptar comer su comida con la terapeuta, que esto sea agradable y que ella también coma algo. Que a él no le guste.
 - Introducir un alimento de misma gama de los que le gustan por ejemplo crujiente como son las croquetas o la pechuga empanada.
 - Comer alimento que le gusta, pero de una marca diferente o formato diferente por ejemplo patatas fritas, o las galletas de chocolate que sean grandes pero del príncipe.

- Seguir introduciendo alimentos y respetar gustos del niño, si algo le desagrada realmente y se le ha presentado en varias ocasiones en diferentes momentos poner en lista de alimentos que no le gustan.
- 6. Comer con más personas puede ser agradable.
- 7. Reducir el consumo de Pepsi.
- 8. Aumentar el consumo de agua. Aumentaremos el ofrecimiento de agua a lo largo del día, e incluso se pondrá en la agenda en momentos en los que puede tener sed aprovechando la señal natural que nos da nuestro propio cuerpo.
- 9. Modificar la manera de beber agua.
- 10. Dar alternativa al consumo de Pepsi, por otro refresco de burbujas.
- 11. Comer en la mesa con todos en casa y siguiendo las nuevas normas de casa. Comiendo alimentos que le gustan desde siempre.
- 12. Generalizar en casa alimentos que en terapia se come sin dificultad.

Seguir introduciendo alimentos, siguiendo normas tanto en casa como en terapia y no olvidemos respetar gustos del niño, si algo le desagrada realmente y se le ha presentado en varias ocasiones en diferentes momentos poner en lista de alimentos que no le gustan.

Al igual que en el caso anterior se debe ir viendo la consecución de los objetivos e ir modificando o añadiendo según evolucionen dichos objetivos y siempre adaptándonos a usuario.

Llevar el registro de alimentos que pruebe al día y si le satisface o no, además que conductas presenta, debemos de ver la causa de sus rabietas y si está relacionado con algún tipo de alimento y en presencia de quién ocurre.

Tener en cuenta la anticipación visual en todo momento, es importante la negociación para aceptar las exigencias, depende del objetivo las exigencias será mayores o menores.

Como hemos descrito anteriormente es muy importante modificar las normas y la actitud de sus familiares con respecto a la hora de comer, todos tienen que disfrutar de este momento.

Tener al día la lista de reforzadores más potentes para las negociaciones. En caso de que no siga las normas que se establecen podremos poner en funcionamiento una economía de fichas en las que solo utilicemos puntos verdes para conseguir las actividades

que diariamente hace como coger la tablet y jugar, no pudiendo hacer estas actividades en otros momentos, las consecuencias de no llevar a cabo las normas serían inmediatas, al igual que el hecho de llevarlas a cabo.

Hacer todo lo más agradable y dar recompensas emocionales en todo momento.

No podemos olvidar que debemos ofrecer una alimentación lo más saludable posible.

Continuar en esta línea de trabajo con paciencia, entendiendo al usuario en su globalidad y respetando su identidad y gustos.

Es importante que aunque no debemos forzar y presionar directamente, en ocasiones sí que debemos hacerlo de manera sutil, sino es imposible que la persona con TEA se lleve nada a la boca.

CASO 3

- ◆ Información:
- ◆ Datos personales: E.M.C, 7 años.
- ◆ Como se comunica: comunicación verbal, inmadura para su edad.
- ◆ Nivel de abstracción (utilizar con objetos reales, fotos reales, pictogramas, dibujos, letra escrita): fotos.
- ◆ Gustos alimentos, temperatura, textura, consistencia: come engullendo todo en ocasiones hace bola y se lleva el bolo alimenticio hacia un lateral de la boca donde lo mantiene aunque siga comiendo otras cosas.
- ◆ Preferencias de sabores: no se describe.
- ◆ Gustos bebidas temperatura: bebe sobre todo zumo de melocotón.
- ◆ Hábitos lesivos: no descritos.
- ◆ Donde come y con quién: indiferente.
- ◆ Tiene problemas con el uso de cremas, cacao, etc., y que zonas: no
- ◆ Autonomía para comer y actividad que realiza mientras come: no come solo porque lo coge todo con las manos, entonces prefieren darle de comer, aun así sigue cogiendo las cosas con las manos. Constantemente se levanta de la mesa.
- ◆ Conductas que presenta y como se resuelven: casi no está sentado, escupe, coge la comida con las manos, engulle casi

sin masticar come muy rápido sino se le para y lo que no le gusta pienso lo deja en el lateral de la boca para después escupirlo...

- ◆ Objetivos que son prioridad para la familia: comer más despacio masticando y utilizar los cubiertos de manera autónoma, mantenerse sentado.
- ◆ Reforzadores: no descritos.

Conclusión inicial sobre los problemas que puede presentar: parece que podemos tener entre manos un caso con problemas de conducta e hiposensibilidad sensorial puede estar afectado a nivel propioceptivo y vestibular de ahí el continuo movimiento y la necesidad de engullir el alimento dejándolo en la boca sin masticar en ocasiones, además vemos que existe una alteración del ritmo de la comida que podría estar desencadenada porque se autorregule con la comida.

Por un lado sabemos que se debe hacer un trabajo importante para estimular y dar sensaciones orales satisfactorias que puedan mejorar todos estos niveles afectados, trabajar las esperas para dejar de engullir, y pienso que podemos intentar buscar medios de regulación que no tengan que ver nada con la comida. Además y por otro lado seguir normas establecidas frente a comportamientos no adecuados, es importante tener en cuenta el porqué de la necesidad de estar levantado continuamente, observar y pedir información sobre un posible trastorno asociado.

Vuelvo a reiterar lo importante del trabajo multidisciplinar para trabajar a nivel miofuncional, sensorial y conductual, ya que presenta problemas en estas áreas.

Priorizar objetivos teniendo en cuenta dentición, hitos del desarrollo de la alimentación e introducción de las texturas. No olvidar los objetivos que plantea la familia.

El objetivo de la familia es que coma de todo, con todos en la mesa y sin presentar conductas no adecuadas como levantarse reiteradamente y que mastique la comida sin escupir.

Los objetivos y la hoja de ruta a seguir serían los siguientes:

1. Descartar posibles problemas con otros trastornos como TDHA.
2. Comer es agradable.
 - Importante mantener la calma, no gritar, poner cara de póker, no entrar en sus llamadas de atención y en cambio sonreír en cada pequeño acercamiento a la consecución de alguno de los objetivos.

3. Mejorar funcionalidad orofacial si es necesario. Mejorando funcionalidad deglutoria.
4. Dar sensaciones orales satisfactorias. Mediante masajes y vibraciones, contrastes de sabores, temperaturas, alimentos con diferentes consistencias.
5. Eliminar las alteraciones de ritmo en la comida.
 - Trabajaremos las esperas mediante agendas de anticipación y temporizadores.
 - Alternar comida y bebida.
 - Retirar el plato entre cucharadas.
6. Seguir normas básicas de comportamiento. Podemos trabajarlo:
 - Mediante historias sociales.
 - Establecer unas normas que sean claras y que tenga a su alcance.
7. Eliminar los problemas conductuales.
 - Poner normas de conducta que debe seguir.
 - Dar alternativas a poderse levantarse un número de veces determinado. Hasta conseguir que se levante el menor tiempo posible. Cuando se levante intentar que sea para hacer algo funcional, por ejemplo ir a por una servilleta.
 - Trabajar mediante historias sociales el tema de escupir.
 - Ignoraremos las conductas negativas aunque lo mandaremos a limpiar lo que ensucie de manera tranquila y sin hablar del tema. No atendiendo a las llamadas de atención.
 - Negociar en positivo, reforzando mucho todos los pequeños logros.
8. Dar autonomía para comer solo.
 - Utilizar los cubiertos de manera adecuada.
 - Cuando tengamos la certeza de que comerá con las manos solo aquello que todos comemos con las manos y que utiliza correctamente los cubiertos.
9. Generalizar aprendizajes.
10. Comer con todos en la mesa de manera adecuada y autónoma.

Llevar el registro de alimentos y conductas presentadas. Ver correlación entre conducta alimento, o entre conducta y persona que está presente.

Tener en cuenta la anticipación visual en todo momento, es importante la negociación para aceptar las exigencias, depende del objetivo las exigencias será mayores o menores.

Muy importante modificar las normas y la actitud de sus familiares.

Tener al día la lista de reforzadores más potentes para las negociaciones. En caso de que no siga las normas que se establecen podremos poner en funcionamiento una economía de fichas en las que solo utilicemos puntos verdes para conseguir las actividades que diariamente hace como coger la tablet y jugar, la consecuencias de no llevar a cabo las normas sería inmediatas, al igual que las de llevarlas a cabo.

Ser muy inflexible con el seguimiento de las normas.

Hacer todo agradable y dar recompensas emocionales en todo momento.

No podemos olvidar que debemos ofrecer una alimentación lo más saludable posible.

Continuar en esta línea de trabajo con paciencia, entendiendo al usuario en su globalidad y respetando su identidad y gustos.

7.2. RESOLUCIÓN DE CASO PRÁCTICO REAL

A continuación he escogido un caso real de entre las personas que colaboraron rellenando el cuestionario del que ya os he hablado anteriormente.

CASO 4

Información que se facilita:

Los siguientes datos han sido recopilados del cuestionario que las familias completaron. Estos datos son anónimos.

- ◆ Datos personales: 23 años, hombre.
- ◆ Gustos alimentos, temperatura, textura, consistencia:
 - Preferencia de texturas: crujiente, blando, suave, fácil de deshacer, masticable chicloso.
 - No le gustan ni los grumos, ni la comida muy caliente.
 - Preferencias de sabores: dulce y salado, no tolera lo picante.

- Comida favorita:
 - Tortilla de patatas y salmorejo.
 - Tortilla de carne picada.
 - Albóndigas con caldo.
 - Filetes de pechuga de pollo con patatas fritas.
 - Croquetas.
- Comida que no le agrada:
 - Cocido.
 - Sopas.
- ◆ Gustos bebidas temperatura: consumo de agua limitado. Bebe mucho zumo y fanta.
- ◆ Hábitos lesivos:
 - Uso del biberón hasta los 7 años, necesito intervención en casa durante un año para resolver el problema y comenzar a utilizar el vaso.
 - La etapa oral fue extensa, hasta que empezó a comer solo.
- ◆ Donde come y con quién:
 - En casa come en el salón con el resto de la familia, en ocasiones necesita ayuda para comer (no especifica el porqué necesita dicha ayuda).
 - En el comedor de la asociación come más cosas que en casa.
 - Fuera de casa en el bar, es más rígido en cuanto a que comer, siendo los alimentos que come normalmente croquetas, tortilla de patatas, salmorejo, hamburguesas y pizzas. Pero no le gusta salir a comer a bares.
- ◆ Autonomía para comer y actividad que realiza mientras come: come solo, pero en casa a veces necesita ayuda.
- ◆ Cuál es el mejor momento del día para comer, en el que tiene más apetito: no hay uno específico, varía según lo que haya para comer.
- ◆ Conductas que presenta y como se resuelven: hasta los 18 meses comía de todo, después se volvió selectivo.
 - Cuando se le presenta un alimento nuevo desconfía y lo rechaza.

- Si hay un alimento que no le gusta o no es de su agrado, se provoca la arcada para que se lo quiten de delante. En casa ante esta actitud se le riñe para que no lo haga y normalmente funciona sin más problema.
- ◆ Objetivos que son prioridad para la familia:
 - Objetivo a corto plazo: comer fuera de casa sin que sea una disputa.
 - Objetivo a largo plazo: mayor diversidad en los alimentos que consume sobre todo en las cenas.
- ◆ Comentarios observaciones de la familia:
 - Desde pequeño ha mostrado gran resistencia a la comida. No aprendió a masticar hasta que se le enseñó. En casa come mucha menos variedad que en el comedor de la asociación. Se le ha intentado introducir también esos alimentos en casa, pero los rechaza y no se le vuelven a presentar por su actitud y resistencia frente a este problema.
- ◆ Observación visual: nos haría falta examinar al usuario para saber qué tipo de disfunciones orofaciales presenta. Por los datos recabados pienso que puede presentar maloclusión y deglución atípica, por lo que sería bueno realizar una evaluación de las disfunciones orofaciales en vista de tener datos eficientes para su tratamiento posterior.

Conclusión inicial sobre los problemas que puede presentar:

Nos fijamos en que aparece una hiperselección alimenticia, que es más relevante en casa que en el comedor de la asociación. Presentando en casa conductas no adecuadas como es que se provoque la arcada ante la presencia de alimentos que no son de su agrado o le disgustan.

Parece que además puede ir acompañado de problemas de disfunciones orofaciales por lo que habría que plantear una evaluación para empezar con un tratamiento miofuncional adecuado. Puede presentarse hipersensibilidad sensorial.

Presenta conductas no adecuadas, estas se presentan con más fuerza en casa, pero no tenemos datos de lo que pasa en el comedor de la asociación, por lo que tendríamos que preguntar a su terapeuta/monitor de referencia en dicho lugar. Además existe por parte del chico un malestar cuando la familia quiere ir a comer a un bar, sería bueno preguntar también por este hecho al terapeuta/monitor de vida adulta de la asociación, ya que hacen diversas actividades de ocio en las que el usuario participa.

La autonomía a la hora de comer solo no es constante, podría-

mos averiguar a que es debido, si es por prisas, por falta de apetito, porque el chico se niegue, etc.

Priorizar objetivos: teniendo en cuenta que necesitamos algunos datos que no se han recogido, daremos por sentados algunas cosas. Como siempre tendremos en cuenta los objetivos que la familia ha planteado.

Objetivos para la intervención de las disfunciones orofaciales e hipersensibilidad. Esta intervención se realizaría en paralelo y en coordinación con la intervención sobre la alimentación. Algunos objetivos podrían ser:

1. Conseguir una respiración adecuada en reposo.
 2. Mejorar el cierre competente labial en reposo.
 3. Aumentar el tono muscular.
 4. Conseguir un posicionamiento lingual en reposo adecuado.
 5. Mejora y adecuación de los movimientos masticatorios en la deglución.
 6. Conseguir una deglución adecuada.
 7. Mejorar las sensaciones orales.
 8. Mejorar el manejo de los alimentos en boca.
- Etc.

Una vez que los objetivos estén trabajados y sea óptimo trabajar con alimentos durante la intervención coordinaremos que alimentos utilizar y generalizaremos lo aprendido durante la intervención.

En la intervención de la hipersensibilidad utilizaremos contrastes de temperatura, vibraciones con diferentes texturas, contrastes de sabores, trabajo con contrastes de texturas y sabores de alimentos que les gusten en principio, después que no les disgusten y si es posible con alguno que sea nuevo, ayudando así a gestionar como comerlos.

Objetivos para trabajar la autonomía: importante primero asegurarnos si esto es un problema o no.

Objetivos para conseguir una mejora de la conducta. Para decidir los objetivos en este apartado me gustaría tener más datos del comportamiento del chico en la asociación. Los objetivos generales que se me ocurren son:

1. Eliminar la conducta de arcada ante alimentos que no le agradan o nuevos, enseñando la alternativa de rechazar a adecuadamente y pedir que se le aleje dicho alimento del él.

2. Tolerar el estar al lado de un alimento que no le gusta, sin provocarse la arcada.
3. Mejorar su conducta ante el momento de salir a comer a un bar. Anticipar la actividad, que va a comer y poner para finalizar un reforzar potente (hacer después algo que le encante). También podemos hacer una negociación planteando un importante y dándole a elegir que quiere hacer después si su comportamiento es adecuado.

Objetivos directamente relacionados con los alimentos:

1. Generalizar la ingesta de alimentos que ingiere en la asociación y que lo haga también en casa, una vez conseguido allí buscar que lo haga en otros lugares. Debemos ser más inflexibles en casa y aunque se le presente poco alimento en principio debemos seguir la ley de plato vacío.
2. Ampliar si es necesario la ingesta de otros alimentos tanto en casa como en la asociación si aquí también hay algún alimento restringido y no es porque simplemente no le guste nada, sino por presentar Hiperselección, o porque estos alimentos le sienten mal (recordar alergias e intolerancias)
3. Aumentar la ingesta de agua. Como en otros casos hemos descrito, podemos presentar agendas de anticipación visual en las que se recoja momentos en los que tiene que beber agua, o tiene la posibilidad de hacerlo, aprovechando los momentos en los que puede tener más sed.

Respetar gustos de la persona, si algo le desagrade realmente y se le ha presentado en varias ocasiones en diferentes momentos poner en lista de alimentos que no le gustan.

Se debe ir viendo la consecución de los objetivos e ir modificando o añadiendo objetivos según evolución el trabajo y los logros realizados, recordar que debemos adaptarlos siempre a las necesidades de la persona.

La persona que debería intervenir sería su terapeuta/monitor de la asociación pero en casa. Si esto no fuese posible podría ser un terapeuta que ya lo conozca y que comience la intervención en la asociación para después ir a casa. Persona nueva, normas nuevas, esto podría beneficiarlo.

Volvemos a recordar que es muy importante el trabajo multidisciplinar son varios los aspectos a trabajar y diferentes áreas las que se debe tener en cuenta. En este caso parece que habrá que trabajar a nivel miofuncional, sensorial y conductual, por tanto todas las personas que estén implicadas en la intervención deben estar coordinadas. Si se encarga una sola de todo el trabajo, le aconsejo que

pidan opinión a otras compañeras en aspectos que pueden ser más complicados, ya sabemos que dos cabezas piensan mejor que una.

Realizar un registro diario. Es necesario llevar un registro de la intervención en el que podemos describir, que se ha trabajado, como se ha hecho y que ha supuesto para el usuario.

Tener en cuenta la anticipación visual en todo momento.

Como ya he recalcado anteriormente es importante la negociación para aceptar las exigencias que le vamos a ir planteando durante la intervención.

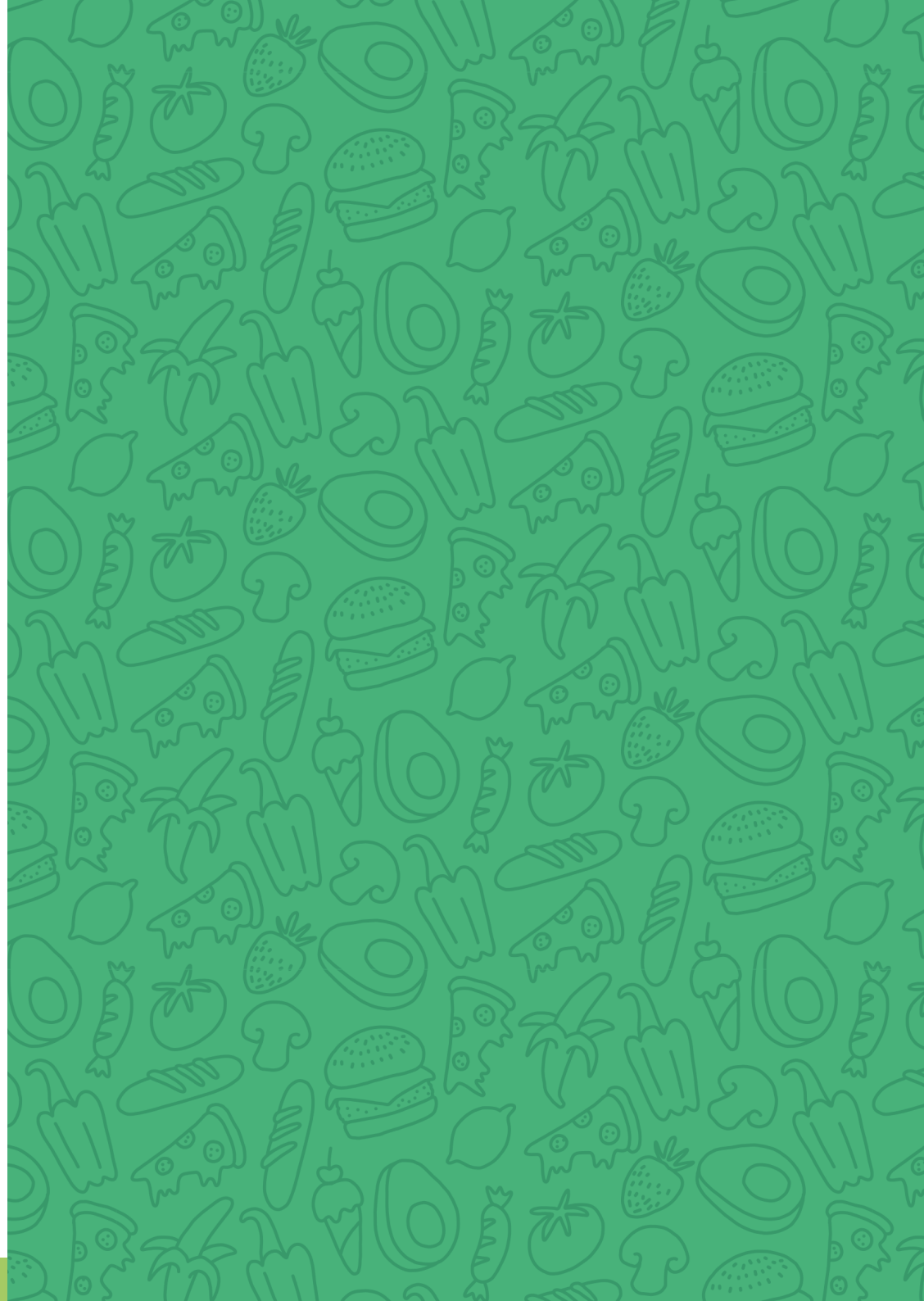
Facilitar ayudas puede ser necesario pero no olvidemos que debemos de extinguirlas lo antes posible.

Es muy importante hacer todo agradable y dar recompensas emocionales en todo momento.

No podemos olvidar que debemos ofrecer una alimentación lo más saludable posible.

Es importante que aunque no debemos forzar y presionar directamente, en ocasiones si que debemos hacerlo de manera sutil, sino es imposible que la persona con TEA se lleve nada a la boca.

Esta intervención puede ser muy lenta y tediosa, por eso es muy importante no caer en la desesperación, por esto la paciencia es una de las cosas más importante durante toda la intervención. No olvidemos tener en cuenta que debemos intentar entender a la persona con TEA en su globalidad, respetar su identidad, sus gustos y peculiaridades.



8. ANEXOS

8.1. ANEXO. CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN

CUESTIONARIO CONSUMO DE ALIMENTOS, TEXTURAS, CONSISTENCIAS Y CONDUCTAS ANTE LA HORA DE LA COMIDA

Este cuestionario es de suma importancia para nuestra intervención. Le pedimos que sean los más veraces posibles, ya que la información obtenida a través del mismo, será utilizada para elaborar la intervención de su hijo o hija en relación a sus problemas de alimentación.

INSTRUCCIONES DE RELLENADO:

- Marquen con una X la casilla o casillas, o subraye donde corresponda.
- Describa las situaciones con el máximo detalle que recuerde y responda a las preguntas con total veracidad.
- No olvide rellenar los datos personales.

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE:

EDAD: SEXO:

TERAPEUTA DE REFERENCIA:

COMO SE COMUNICA:

USO DE AGENDAS VISUAL:

COMPRENSIÓN DE PICTOGRAMAS/FOTOS/DIBUJOS/PALABRA ESCRITA:

2. ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA ETAPA

a. LACTANCIA MATERNA/ LACTANCIA ARTIFICIAL

Hasta que edad se mantuvo:

Problemas/dificultades para dejar la lactancia y como se ha resuelto:

b. USO DEL CHUPETE

Hasta que edad se mantuvo:

Problemas/dificultades para dejar el chupete y como se ha resuelto:

c. USO DEL BIBERÓN

Hasta que edad se mantuvo:

Problemas/dificultades para dejar el biberón y como se ha resuelto:

d. SUCCIÓN DIGITAL (SUCCIÓN DEL DEDO):

Hasta que edad se mantuvo:

Problemas/dificultades para dejar la succión y como se ha resuelto:

e. HÁBITOS DE LLEVARSELO TODO A LA BOCA, EDAD DE COMIENZO Y FINALIZACIÓN, SI SE HA DADO:

f. PRESENCIA DE BRUXISMO DIURNO/DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO, EXISTE UN PATRÓN POR EL QUE APAREZCA:

g. PRESENCIA DE BRUXISMO NOCTURNO/DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO, EXISTE ALGÚN PATRÓN POR EL QUE APAREZCA.

h. ANTECEDENTES FAMILIARES, PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN:

3. PREFERENCIAS

- TEXTURAS PREFERIDAS

1. CRUJIENTE.
2. BLANDO
3. CON GRUMOS
4. SUAVE
5. DURO
6. FÁCIL DE DESHACER SIN MASTICAR (EJEMPLO TIPO GUSANITOS)
7. MASTICABLE O CHICLOSO
8. MEZCLA
9. OTROS:

- TEXTURAS QUE NO TOLERA Y CONDUCTA QUE PRESENTA ANTE SU PRESENCIA:

- CONSISTENCIAS PREFERIDAS:

10. SÓLIDO (FILETE)
11. LÍQUIDO (AGUA)
12. SEMISÓLIDO (PURÉ)

- CONSISTENCIA QUE NO TOLERA Y CONDUCTA QUE PRESENTA ANTE SU PRESENCIA:

- SABORES
13. SALADO
 14. DULCE
 15. PICANTE
 16. ÁCIDO
 17. AGRIO
 18. AMARGO

19. MUY ESPECIADO

20. SOSO

21. OTROS

- SABOR QUE NO TOLERA Y CONDUCTA QUE PRESENTA AL INGERIRLO:

- TEMPERATURAS DE PREFERENCIA

22. CALIENTE
23. TEMPLADO
24. FRÍO
25. FRESCO
26. DEL TIEMPO

4. APETITO

- DESCRIBA CÓMO ES Y CUÁL ES EL MEJOR MOMENTO DEL DÍA PARA COMER

- DESCRIPCIÓN DEL APETITO GLOBAL

27. POBRE
28. ACEPTABLE
29. BUENO
30. VARÍA SEGÚN EL DÍA
31. VARÍA SEGÚN QUE HAYA PARA COMER
32. CUANTO TIEMPO DE MEDIA SUELE TARDAR EN COMER.

33. EL TIEMPO DE LA COMIDA CAMBIA SEGÚN LOS ALIMENTOS, INDIQUENOS CON LOS QUE MENOS TARDA Y CON LOS QUE MÁS TARDA EN COMER.

5. LUGARES

- Sitios donde suele comer

34. En casa, especifique:

· En qué lugar (cocina, salón, etc ...):

· Come autónomamente, o le dan ustedes de comer:

· Come antes que el resto de la familia, o come con todos en la mesa:

35. En casa de familiares, especifique los familiares y si comen con ustedes allí, solo y/o ambas cosas:

36. En el colegio

· En caso afirmativo, ¿los alimentos que ingiere su hijo en el comedor del cole son diferentes a los que ingiere en casa?, ¿a qué cree que se debe?

37. Restaurantes, bares, etc.

· En caso afirmativo, ¿Qué suele comer?

6. CONDUCTAS

- Si su hijo come de forma selectiva, ¿desde cuándo se da esa conducta?

- ¿Cómo responde ante un alimento nuevo?

- ¿Le molesta que en la mesa haya alimento que no son de su agrado? En caso afirmativo, ¿Cuál es su conducta ante este hecho?

- ¿Qué hacen en casa, frente a este tipo de conductas?, ¿funciona lo que hace?

7. PATRONES DE COMIDA

- Por favor, ordene por preferencia las comidas/bebidas favoritas de su hijo/a:

1.

2.

3.

4.

5.

- Ahora, haga una lista de las menos favoritas:

1.

2.

3.

4.

5.

- ¿Está su hijo tomando algún complemento vitamínico o medicación?, indíquenos cuál.

- ¿Creé que la ingesta de líquidos de su hijo es la adecuada, o es deficiente, etc.?

- Objetivos que le gustaría conseguir en breve plazo de tiempo con su hijo/a, respecto a la comida y todo lo que esto conlleva.

- Objetivos que le gustaría conseguir con el tiempo con su hijo/a, respecto a la comida y todo lo que esto conlleva.

- Comentarios, observaciones o todo aquello que usted considere importante y quiera compartirlo con nosotros

ALIMENTOS E INFORMACIÓN SOBRE ELLOS

Os dejo un ejemplo de cómo la he realizado para la asociación, en esta lista detallamos los alimentos y los agrupamos por tipos. Le añadiría un apartado de con quién la come y donde a fin de tener más datos, en el momento de el inicio no se me ocurrió.

ALIMENTOS	TEMPERATURA QUE LE AGRADA (FRÍO, CALIENTE,ETC)	TIPO DE COCINADO (FRITO, EMPANADO, HORNO, PLANCHA, ETC)	REGULARIDAD CON QUE LO COME (UNA VEZ POR SEMANA, TODOS LOS DÍAS, ETC)	CONDUCTA (NO LO HA PROBADO, DEJÓ DE COMERLO, NAUSEAS, RABIETAS, ETC)
-----------	--	---	---	--

PANES, BOLLOS Y GALLETAS:

Galletas saladas				
Patatas fritas de bolsa				
Snacks que no sean patatas fritas (doritos, fritos, etc)				

CARNE:

Pollo (filete, parte del pollo)				
Ternera (filete, parte de la ternera)				
Embutido				
Otros				

FRUTOS SECOS:

Anacardos				
Cacahuetes				
Otros				

HUEVOS:

Revueltos (especificar con qué)				
Tortilla (especificar con qué)				
Otros				

DESAYUNOS:

Cereales				
Crepes				
Otros				

VERDURAS:

Espinacas				
Zanahoria				
Otros:				

8.2. ANEXO. FICHA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

AÑO DE NACIMIENTO:

OTRAS PATOLOGÍAS:

ALERGIAS ALIMENTARIAS:

SEXO:

PESO:

USUAL:	ACTUAL:
--------	---------

ALTURA:

TALÓN/RODILLA:	TALLÍMETRO:
----------------	-------------

PERÍMETROS:

BRAQUIAL	
CINTURA	
CADERA	
ANCHO MUÑECA	

PLIEGUES:

MEDICIONES	1	2	3	MEDIA
Tricipital				
Bicipital				
Subescapular				
Suprailíaco				

Talla diana:

- Talla de la madre:

- Talla del padre:

Los percentiles que vamos a evaluar son los siguientes:

- Relación peso/edad:

- Relación talla/edad:

- Relación peso/talla:

- IMC:

- Cefálico:

- Braquial:

- Subescapular:

- Tríceps:

RECORDATORIO 24 HORAS ALIMENTACIÓN

• ¿Qué desayunó su hijo ayer?

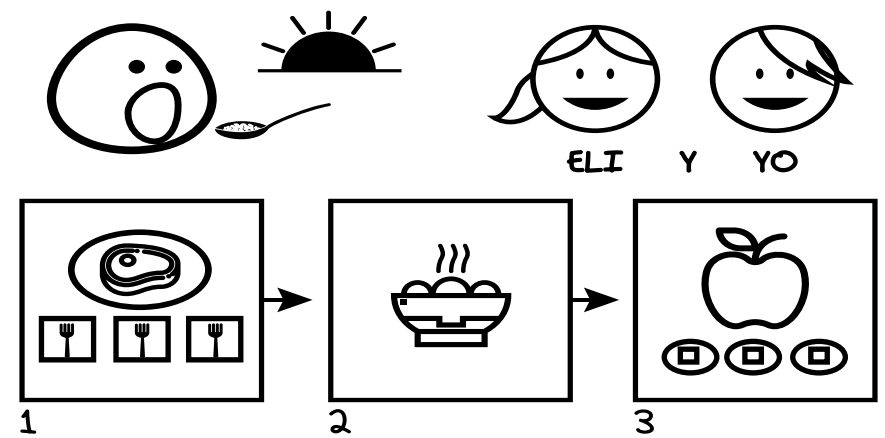
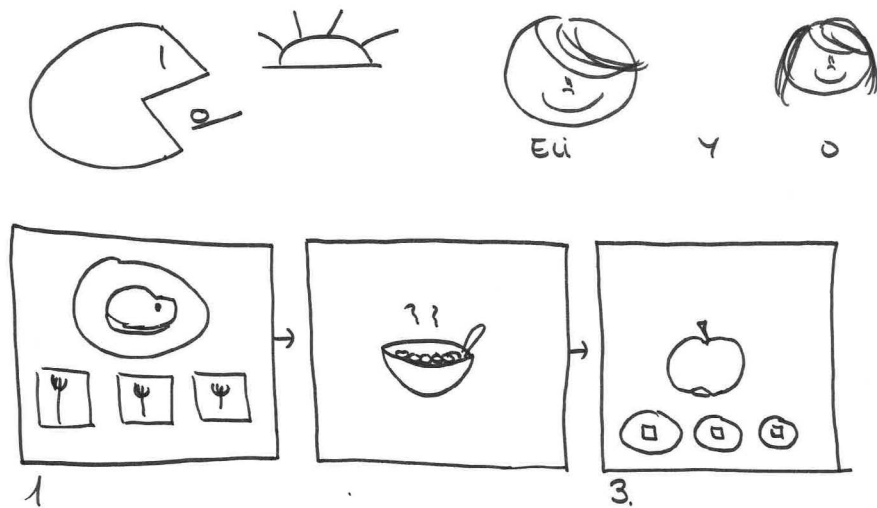
• ¿Qué comió su hijo ayer?

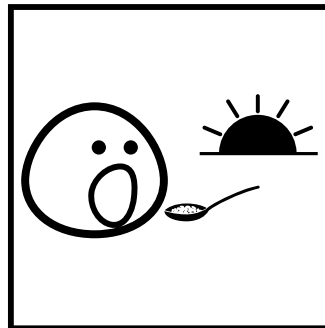
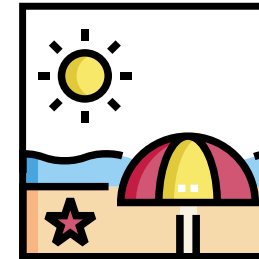
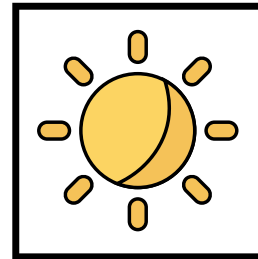
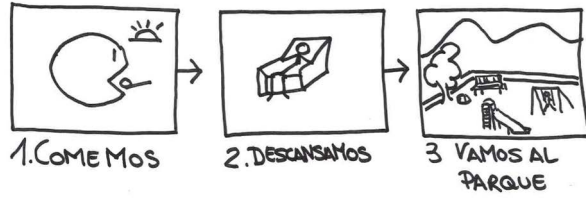
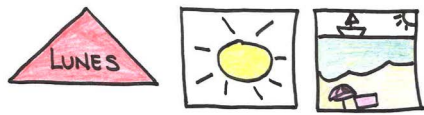
• ¿Qué merendó su hijo ayer?

• ¿Qué cenó su hijo ayer?

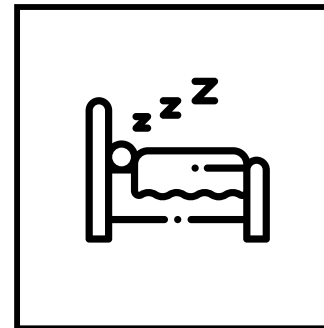
• ¿Comió su hijo ayer algo entre horas?

8.3. ANEXO. AYUDAS VISUALES 1

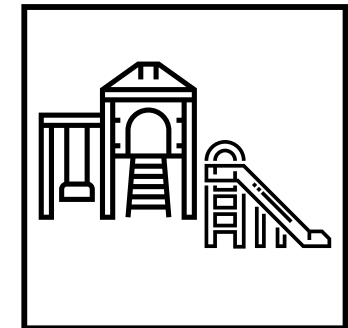




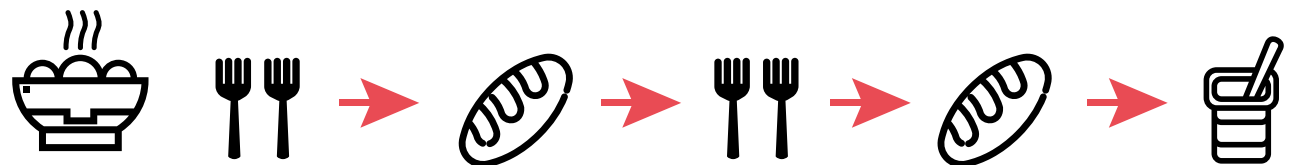
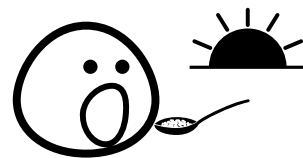
1. COMEMOS

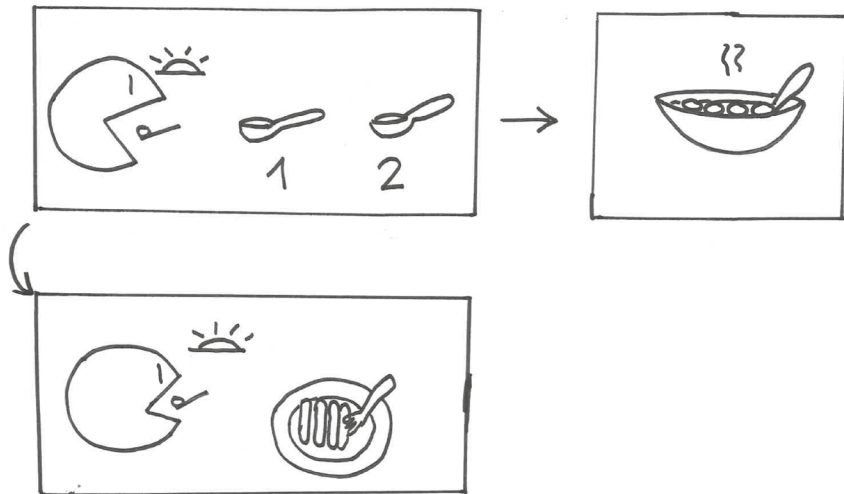


2. DESCANSAMOS

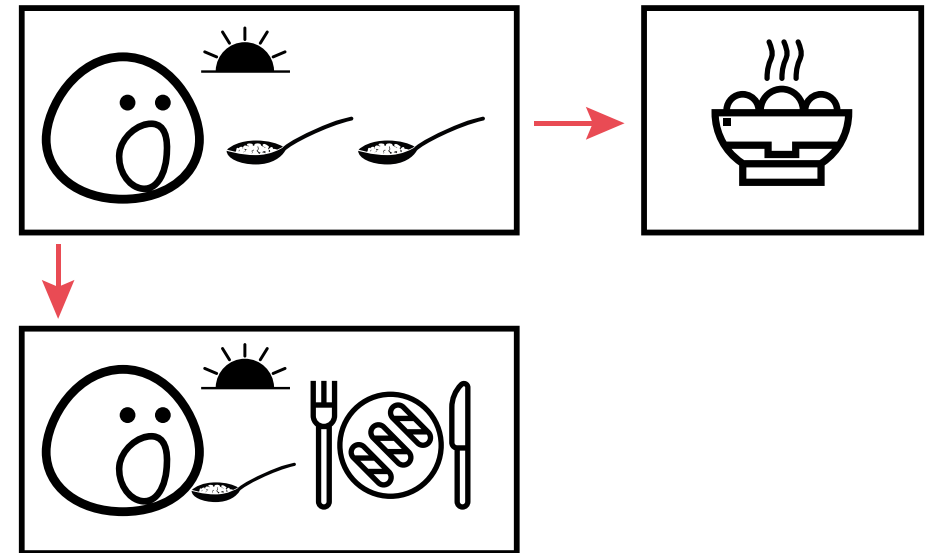


3. VAMOS AL PARQUE



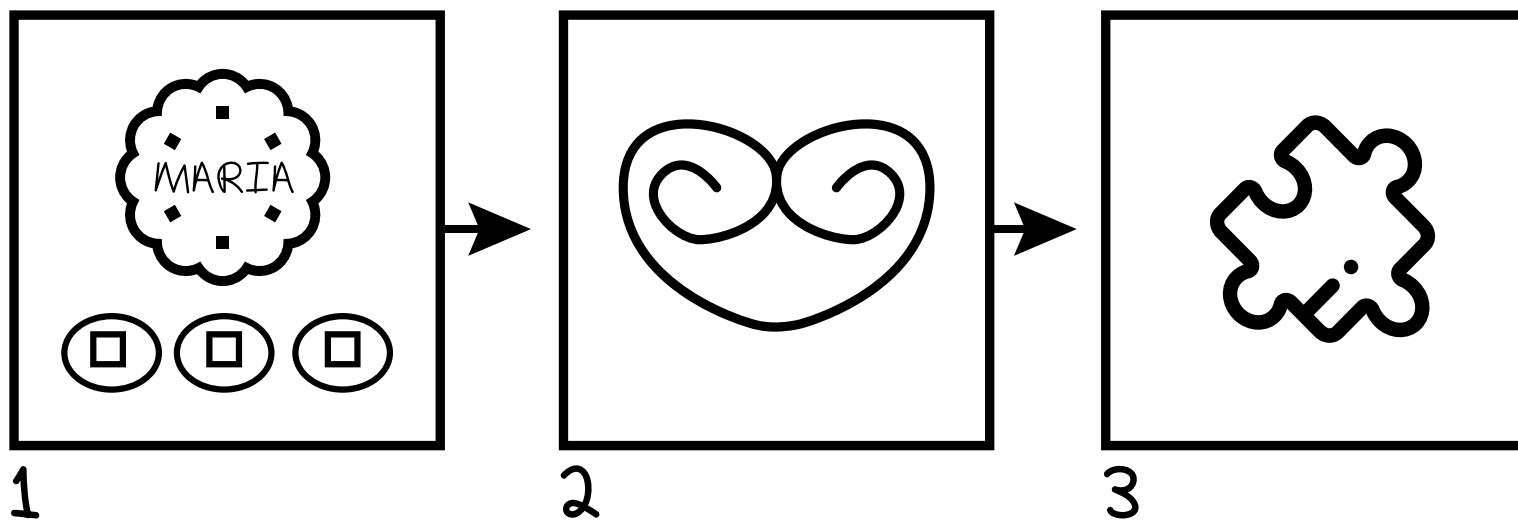
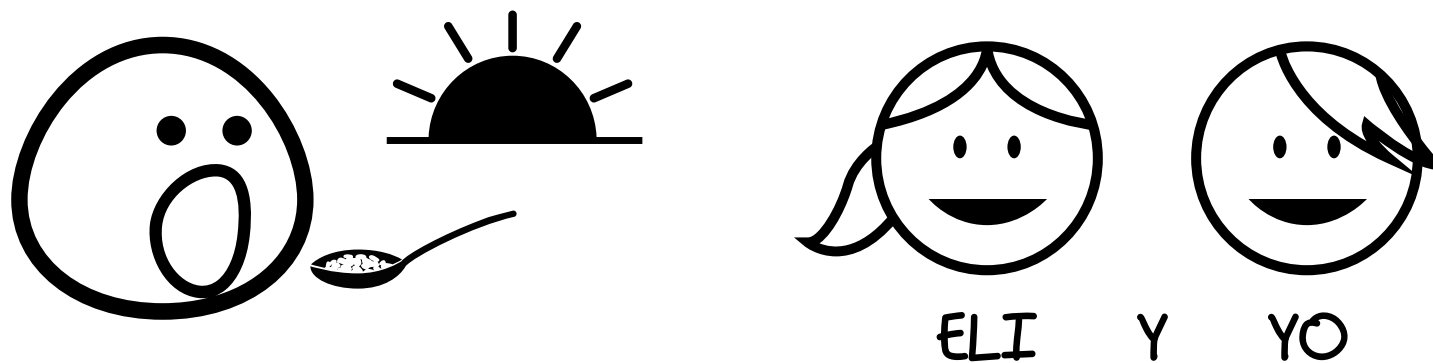


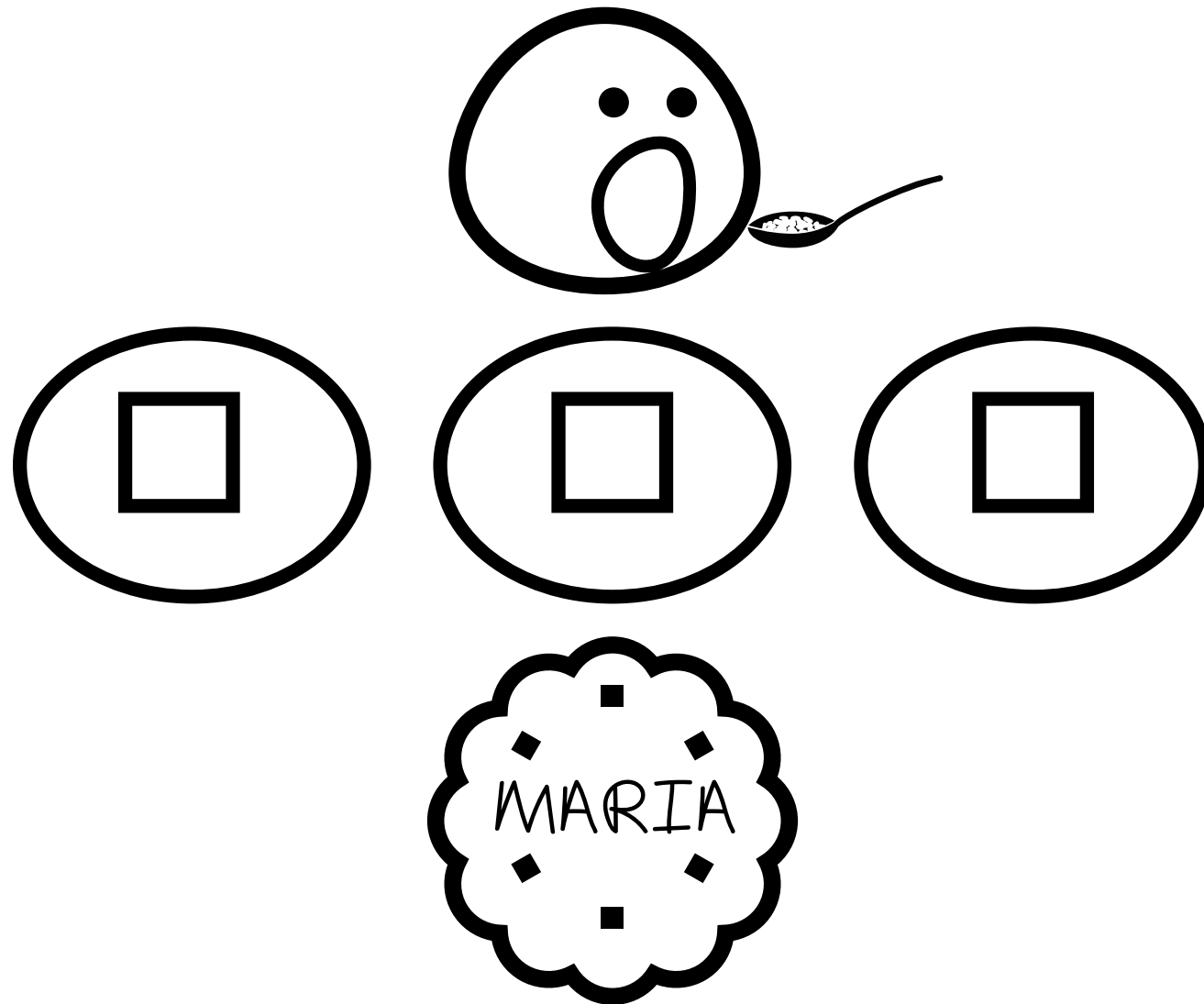
SI COMEMOS DOS CUCHARADAS DE ALBONDIGAS
DESPUÉS COMEREMOS SALCHICHAS

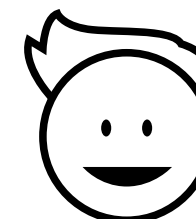
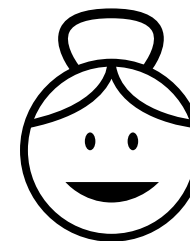
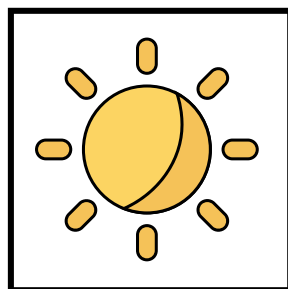
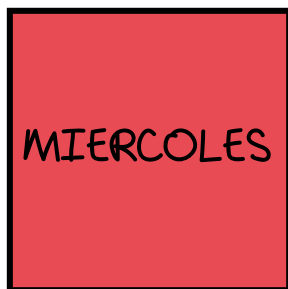


SI COMEMOS DOS CUCHARADAS DE ALBONDIGAS DESPUÉS COMEREMOS
SALCHICHAS

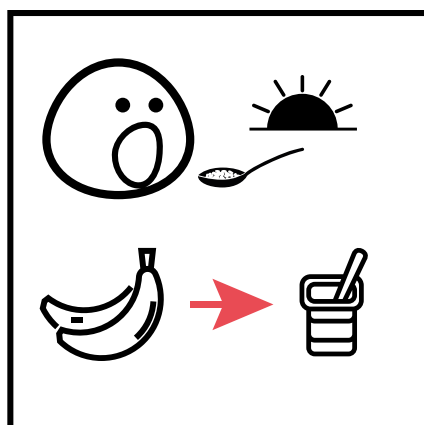
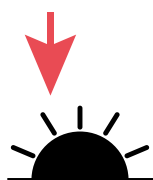
8.4. ANEXO. AYUDAS VISUALES 2



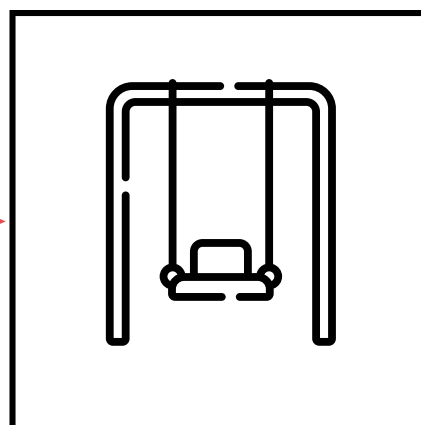




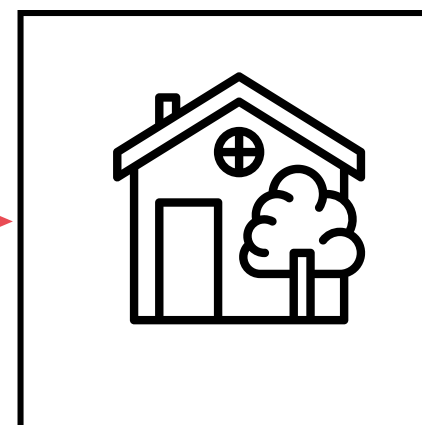
MAMA Y YO



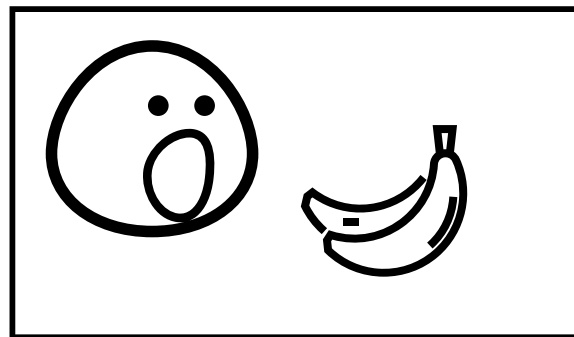
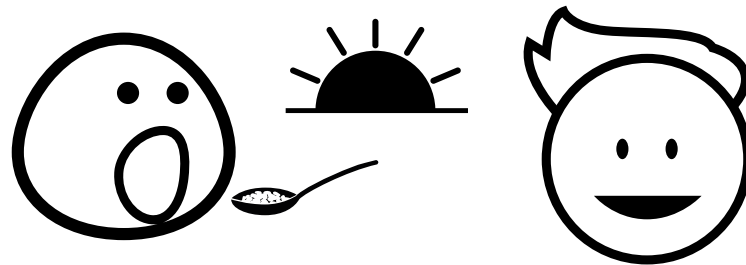
1



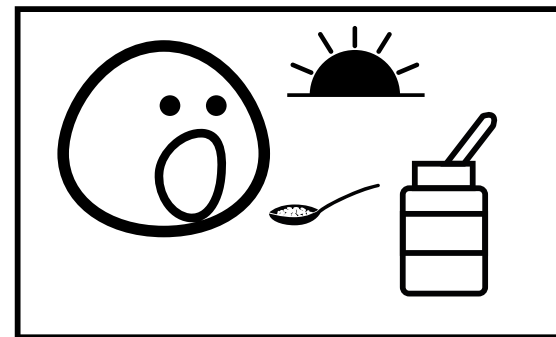
2



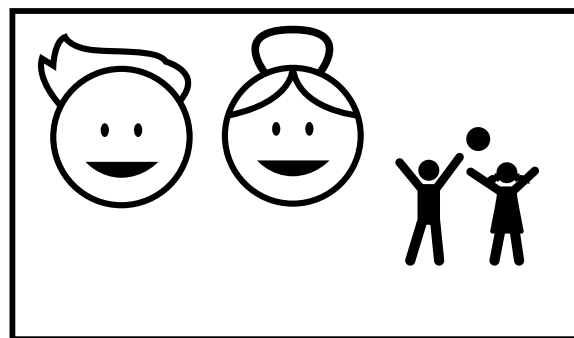
3



1. PROBAMOS EL PLÁTANO



2. NOS COMEMOS EL POTITO DE FRUTAS



3. ANTONIO Y MAMÁ JUEGAN

8.5. ANEXO. AYUDAS VISUALES 3

SÁBADO

1. COMEMOS EN 45 MINUTOS

2. VEMOS LA TELE

3. NOS VAMOS AL PARQUE

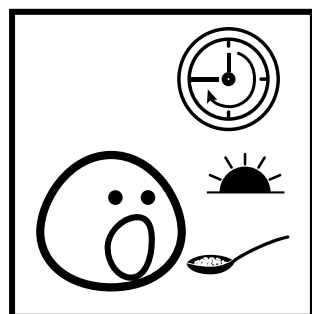
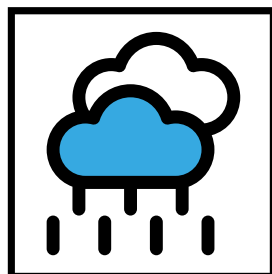
1. SOPA

30 MINUTOS

2. PLATÁNO

15 MINUTOS

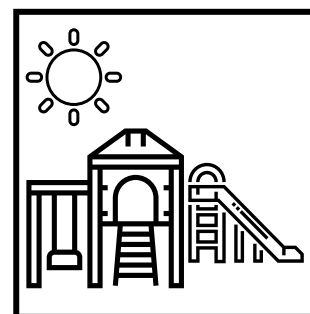
SE ACABÓ



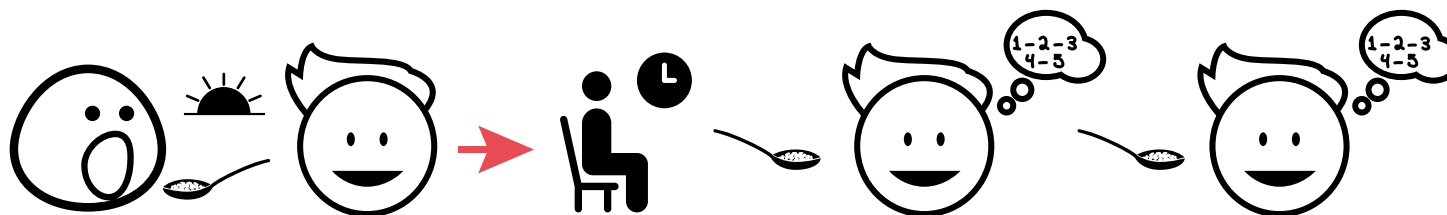
1. COMEMOS EN 45 MINUTOS



2. VEMOS LA TELE

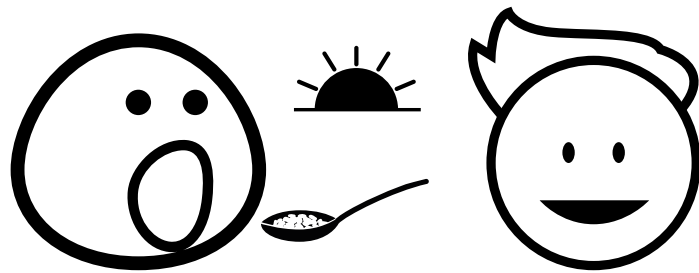


3. NOS VAMOS AL PARQUE

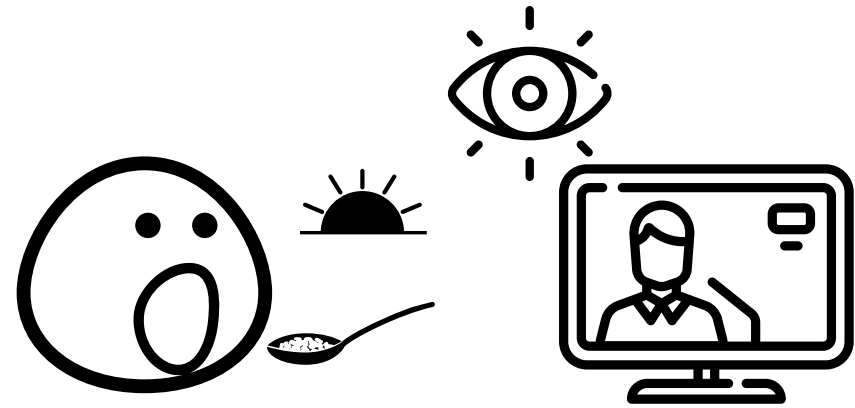


COMEMOS TRANQUILOS ESPERAMOS ENTRE CUCHARADAS PENSANDO Y CONTANDO HASTA 5

8.6. ANEXO. IMPORTANTE POSITIVO



SI COMEMOS CONTENTOS



CUANDO TERMINEMOS DE
COMER VEREMOS LA TELE

8.7. ANEXO. IMPORTANTE NEGATIVO



SI GRITAMOS Y ESTAMOS ENFADADOS MIENTRAS COMEMOS, NO PODREMOS JUGAR CON LA TABLET

8.8. REGISTRO COMIDAS ETERNIZADAS

Con este registro lo que se debe buscar es el problema y la consecuencia de porque comen tan lentamente, este se le puede dar a las familias para que hagan el registro durante al menos una semana o dos, si solo es durante la cena y la comida donde está el problema del tiempo, hacer el registro de esos momentos nada más.

DÍA	ALIMENTO	QUE HACE MIENTRAS COME	TIEMPO PARA COMER	LE GUSTA / NO LE GUSTA PRESENTA CONDUCTA NO ADECUADAS	MASTICACIÓN. CÓMO LO HACE	BEBIDA	UTILIZA PAN
10/10 comida	Macarrones con salchichas	Ver video en la tablet y se levanta constantemente	1 hora	Parece que sí, le gusta. No se enfada	Se deja el alimento en un lado, a veces los mastica y después de varias vueltas lo traga con dificultad	Bebe agua para que le ayude a bajar el bolo.	No le gusta
10/10 merienda	Batido y galleta con chocolate	Nada	10 minutos	Le encanta	Continua, no deja alimento en lateral	Batido, se lo bebe a la vez	No

8.9. REGISTRO DE REFORZADORES

Con este registro lo que se debe buscar es el problema y la consecuencia de porque comen tan lentamente, este se le puede dar a las familias para que hagan el registro durante al menos una semana o dos, si solo es durante la cena y la comida donde está el problema del tiempo, hacer el registro de esos momentos nada más.

TIPO DE REFORZADORES	REFORZADOR	CUÁNDO UTILIZAR MUY MOTIVADOR/POCO MOTIVADOR
JUGUETES	PELOTA	1
	SPINER	5
	PIANO MUSICAL Y CON LUZ	2
MUESTRAS DE AFECTO	COSQUILLAS SUAVES EN LA ESPALDA	5
	COSQUILLAS EN LOS BRAZOS	4
	BESOS DE GNOMO	1
OBJETOS	COSQUILLAS CON EL MASAJEADOR	3
	COLUMPIO DE CLASE	5
JUGAR TODOS	IR AL PARQUE	2
	CORRO DE LAS PATATAS	1

Puedes poner una puntuación cuantificando la motivación del reforzador, por ejemplo, una escala del 1 al 5 donde 1 sea poco y 5 muy motivante:

- 1 punto:** poco motivante
- 2 puntos:** algo motivante
- 3 puntos:** motivante
- 4 puntos:** bastante motivante
- 5 puntos:** muy motivante

Los datos que podemos extraer de aquí nos servirán tanto para ponerle en la agenda de anticipación visual actividades que le motiven para después del trabajo de alimentación, como para utilizar en las negociaciones.

8.10. ANEXO. REGISTRO DIARIO DE ALIMENTO TRABAJADO

DÍA	ALIMENTO	PERSONA	CONDUCTA INICIO	AGENDA ANTICIPACIÓN	NEGOCIACIÓN	REFORZADOR QUE SE UTILIZA	NECESIDAD DE HACER IMPORTANTE	LO COME FINALMENTE	SE LO COME SOLO O HAY QUE PRESIONAR
10/07	Plátano crudo	Terapeuta	Llanto cuando hablamos de la merienda	SÍ	SÍ	Canción del Rey León	NO	SI	Se le presiona para que coma
12/07	Igual	Igual	Llanto algo más sereno	SÍ	SÍ	Mismo reforzador	NO	SI	Menos presión

9. RECURSOS

9.1 Materiales interesantes profesionales

En páginas webs como www.logopedicum.com y <https://www.hoptoys.es/> podemos encontrar materiales para trabajar la motricidad orofacial, desensibilización orofacial, materiales adaptados para facilitar la hora de la comida... Estos materiales de los que vamos a hablar, son materiales terapéuticos especializados con los que podremos trabajar la reeducación de la masticación, de la deglución, de los trastornos sensoriales de la zona orofacial y de la alimentación, encontrándonos una estimulación complementaria en algunos materiales por su textura o/y por su olor, además de materiales adaptados para poder trabajar la autonomía.

Recomendamos también los materiales descargables como por ejemplo masajes para estimular y/o desensibilizar la zona bucal que se pueden encontrar en el blog de **Hop toys** en www.blog.hoptoys.es.

Algunos de los materiales que son más importantes y podemos encontrar en dichas páginas son:

- Gomas tubulares, para trabajar la masticación. Puedes utilizarlas introduciendo pequeñas cantidades de alimento, que saborizaran cada masticación. Tiene diferente durezas.
- Existen varias herramientas vibratorias con las que podemos trabajar la estimulación de la zona buco-maxilar. Estas herramientas contienen múltiples cabezales intercambiables, lo que permite tener un sinfín de posibilidades con un solo cuerpo.

Al referirnos a un aparato vibratorio, este nos permite estimular y favorecer la propiocepción y la sensibilización de la cavidad oral, tanto a nivel endobucal como exobucal. Como hemos comentado su gran variedad de cabezales ayudan a dinamizar el trabajo sobre el reequilibrio muscular y funcional de la zona orofacial. Por lo que hace que sea una herramienta indispensable para poder trabajar con nuestros chicos y chicas a nivel orofacial.

· Manual sobre las herramientas vibratorias a las que hemos hecho referencia en el punto anterior, con los cuales podemos conseguir un trabajo más fructífero con estas herramientas vibratorias, puesto que exponen técnicas y ejercicios que nos ayudan a mejorar nuestra intervención.

· Existen un sinfín de mordedores de diferentes marcas y diseños. Es importante tenerlos en cuenta. Como he mencionado tienen diferentes formas, tamaños, durezas y texturas. Por lo que hay que elegir bien, según nuestras necesidades de trabajo.

- Cucharas adaptadas para problemas motores. Ideal para niños y

niñas con poco control de labio o con dificultades para coger toda la comida con la cuchara. Podemos encontrar que tienen una parte lisa o con textura para aportar estimulación táctil.

También podemos encontrar cucharas especialmente concebidas para niños y niñas con problemas de hipersensibilidad oral. Estas cucharas son estrechas con una base casi plana, permiten poner la comida en la boca sin que el niño se sienta invadido. Puede utilizarse como espátula. Disponible en modelo flexible (puede ser mordido) y duro.

- Platos adaptados.
- Vasos con escotadura, para poder beber mejor y sin problemas.
- Cepillos de boca con diferentes diseños, con los que podemos realizar un trabajo progresivo de reeducación. Con ellos podemos realizar masajes y estimulación sensorial.
- Cepillo dediles, con ello podemos hacer un buen trabajo en encías y cara, pudiendo utilizarlo para trabajar la desensibilización e introducir en boca, higiene dental, etc.

A nivel de bibliografía podemos encontrar artículos, escritos referentes a la alimentación y los problemas que pueden aparecer por una disfunción de la musculatura, libros de anatomía, etc.

9.2 Materiales visuales interesantes

Otra página web de gran importancia para los apoyos visuales y muy conocida es <http://www.arasaac.org/>. Ofrece recursos gráficos y materiales para facilitar la comunicación de aquellas personas con algún tipo de dificultad en esta área". A esta página, sumamos <https://www.soyvisual.org/>, en ella podemos encontrar fotos de elementos, objetos y alimentos que nos pueden servir para elaborar las agendas de anticipación, si la persona con TEA no comprende los dibujos que hacemos, ni los pictogramas.

9.3 Trabajar las esperas

Para trabajar las esperas durante la hora de la comida, podemos utilizar o bien un reloj de cocina, o un reloj en el que se vea cómo se va gastando el tiempo llamado reloj visual, que se puede encontrar también las páginas al principio descritas.

Además os recomiendo muy mucho, una aplicación que se llama **TEMPUS**, esta aplicación la han desarrollado desde Autismo Burgos y es de gran utilidad para trabajar las esperas.

"Las soluciones que he ido proponiendo a lo largo tanto de los factores problema, como en las pautas de intervención, incluyendo los planteamientos de casos y cómo intervenir en los problemas de la alimentación en las personas con TEA, son algo no estandarizado, pero sí son fruto de la investigación y de la experiencia personal, tanto mía como de otras profesionales y de las familias, es la descripción de cómo yo trabajaría siguiendo las pautas de intervención que utilizo e intento utilizar en mí día a día.

Solo espero que todo esto os sirva de apoyo y os dé una perspectiva de cómo "meter mano" a este conjunto de problemas tan complicado como es la alimentación en las personas con TEA, aunque no nos engañemos, las personas "neurotípicas", tienen problemas muy similares con respecto a la alimentación."

Elisabeth Molina Cuenca

BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS/LIBROS/ARTÍCULOS.

- Programación Experto en terapia miofuncional, Colegio de Logopedas Andalucía 2ª Edición.

- P. López, C. Ortega, V. Moldes, Algunos enfoques de intervención en Terapia Ocupacional en la Infancia. Terapia Ocupacional en la infancia. Editorial Médica Panamericana, 2008. Tema: Terapia Ocupacional, Integración Sensorial y Autismo.

- Lori Frost, M.S, Andy Bondy, Ph. D, CCC/SLP. El manual del sistema de comunicación por intercambio de imágenes. Traducido al español por Vilaltella Verdes, N. y Gómez Boyle, A. Segunda edición, editorial Pyramid Educational Consultants.

RECURSOS EN INTERNET.

- Los desordenes de la alimentación en los trastornos del Espectro Autista.

Puedes encontrarlos <https://autismodiario.org/2013/02/17/los-desordenes-de-la-alimentacion-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>

- Carasusán Barcelona L., Donato G. S., Ventosa Carbonero Y. Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales. Col. legi de logopedes de Catalunya. Barcelona 2014

Puedes encontrarlo en: <https://www.clc.cat/pdf/publicacions/eines-d-avaluacio/es/Herramientas-disfunciones-orofaciales.pdf>

- Ventosa Mª R., Centro Leo kanner, Asociación de Padres de Personas con TEA (APNA). Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. Publicado en A. Rivière y J. Martos (Comp). El niño pequeño con autismo. Madrid: APNA ediciones. (2000).

Puedes encontrarlo en: [http://www.astus.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/5b4c-c4e52720f30ac125784500348d7a/\\$FILE/Art%C3%ADculo%20Ventoso.pdf](http://www.astus.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/5b4c-c4e52720f30ac125784500348d7a/$FILE/Art%C3%ADculo%20Ventoso.pdf)

- Baratas M., Hernando N., Villalba L. Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA). Federación Autismo Madrid.

Puedes encontrarlo en: <https://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/07/08.-Guia-de-alimentacion.pdf>

- Alimentación desde el enfoque de la integración sensorial.

Puedes encontrarlo en: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/alimentacion-desde-el-enfoque-de-la-integracion-sensorial/>

- Comín D., 2013. Los desordenes de la alimentación en los Trastornos del Espectro del Autismo,

Puedes encontrarlo en: <https://autismodiario.org/2013/02/17/los-desordenes-de-la-alimentacion-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>

- Villalba L., Trastornos de la Alimentación. Papel Nutricionista.

Puedes encontrarlo en:

<https://es.scribd.com/document/126200454/Trastornos-de-La-Alimentacion-Papel-Nutricionista>

- Dra. Lugo C., Dra. Toyo I., artículo de la revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatria. Depósito legal N°:- pp200102CS599-ISSN: 1317-5823.

Puedes encontrarlo en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>

- OMS <http://www.who.int/es/>

- DIARIO AUTISMO <https://autismodiario.org/>

- Raquel García Ezquerza, Texturas alimentos.

- Guía para padres sobre el Estudio de las Conductas Alimentarias en el Autismo, presentado por Autism Speaks ATN/AIR-P https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/documents/atn/feeding_guide-atn.air-p_final.pdf

- Pictogramas/fotos reales https://www.soyvisual.org/?photos=1&sheets=2&materials=2&material_content=All&material_activity=All&material_lang=All&app=2&app_content=All&app_activity=All&app_level=All&search=1&query=

- Pictogramas <http://www.arasaac.org/index.php> LICENCIA DE USO, COPIADA EN WORD

<https://www.iidc.indiana.edu/pages/la-hora-de-comer-y-los-ninos-en-el-espectro-del-autismo-mas-alla-de-melindres-exigencias-y-manias>

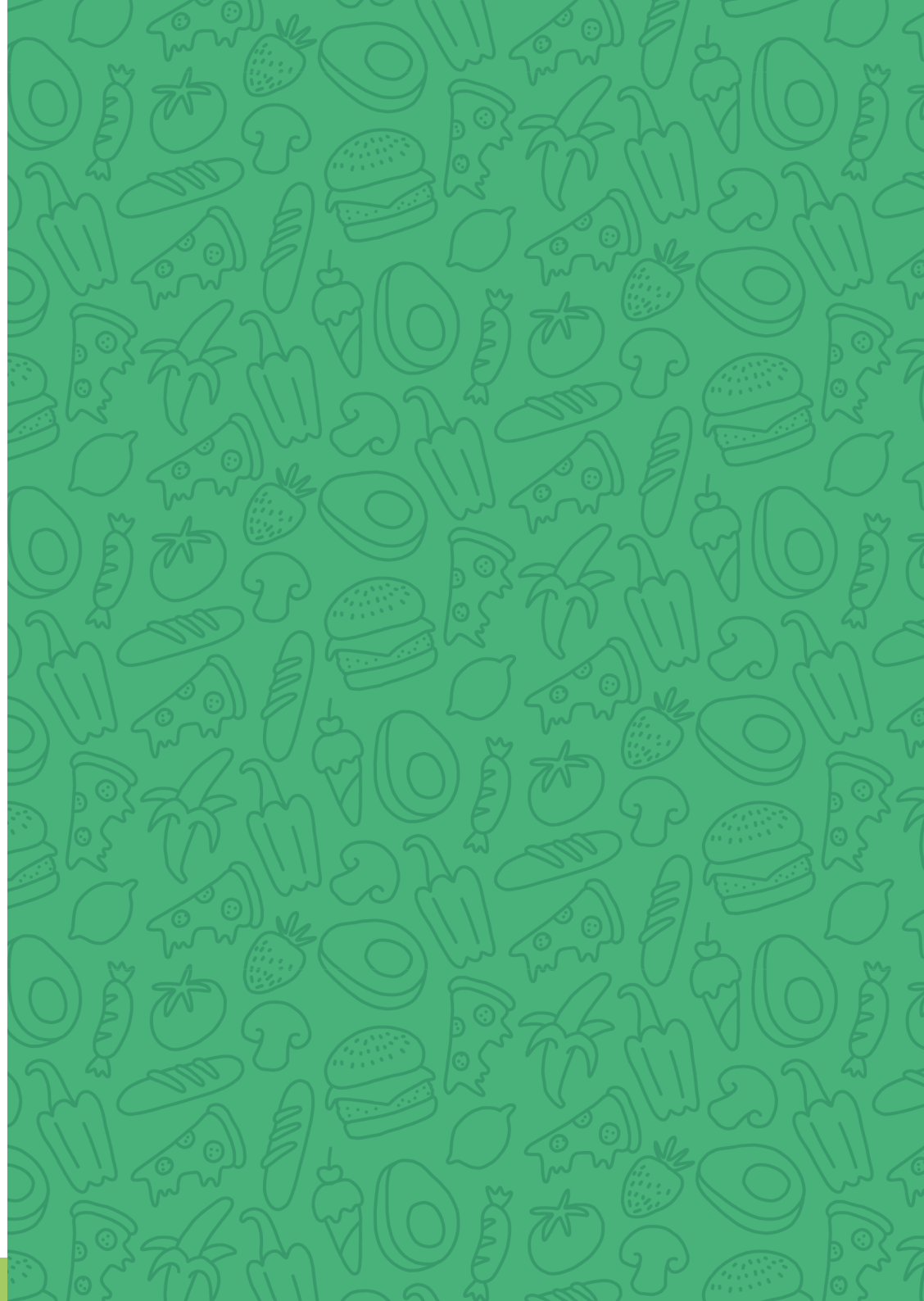
AECOSAN Agencia Española de consumo, seguridad alimentaria y nutrición

Puedes encontrarlo en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/eu/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/piramide_NAOS.htm

Rueda de los alimentos según la Sociedad Española de Dietética

y ciencia de la Alimentación.

Puedes encontrarlo en: https://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/RuedadelosAlimentos_InstruccionesUso.pdf





AU⁻ISMO

Asociación Autismo
Córdoba

Colaborador:

DKV
Salud y bienestar