

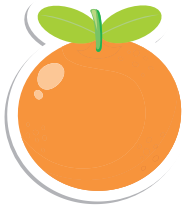
GUÍA DE INTERVENCIÓN ANTE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN **EN NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA)**

Autoras: María Baratas - Nuria Hernando - Mª Jesús Mata - Lucía Villalba

Autismo Madrid
FEDERACIÓN AUTISMO MADRID

¡MADRID!

GUÍA DE INTERVENCIÓN ANTE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA)



PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

BLOQUE I.
LA ALIMENTACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL

1. ¿Qué hábitos alimentarios son saludables y necesarios para conseguir una correcta nutrición?
2. ¿Cuáles son los hitos del desarrollo alimentario en la etapa infantil?

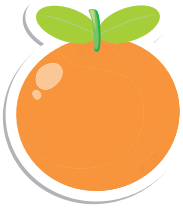
BLOQUE II.
LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

3. ¿Qué son los Trastornos Generalizados del Desarrollo /Trastornos del Espectro del Autismo?
4. ¿Qué intervención educativa se recomienda emplear con los TEA?

BLOQUE III.
PROBLEMAS DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS CON TEA

5. **¿A qué es posible que se deban las alteraciones en alimentación en las personas con TEA?**
   - Alteraciones sensoriales
   - Hiperselectividad
   - Posibles alteraciones gastrointestinales
   - Condicionamientos clásicos negativos
   - Enfermedades: intolerancias y alergias
   - Problemas conductuales relacionados con otras áreas del desarrollo
6. **¿Qué problemas de la alimentación están asociados a los niños con TEA?**
   - Alteraciones del ritmo de la comida
   - Negativa a comer sólidos
   - Variedad de elementos extremadamente limitada
   - Marcados rituales
   - Problemas conductuales
   - Conducta de pica

FEDERACIÓN AUTISMO MADRID



7. **¿Cómo podemos intervenir?**
- Consideraciones generales
- Pasos de la intervención
- Ejemplos prácticos
- Estrategias de apoyo a la intervención

8. **Salud y prevención bucodental**

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

La Federación Autismo Madrid se configura como una plataforma de entidades sociales que trabajan en pro de las personas con TEA y de sus familias. Presta un servicio importante en el ámbito de la información y el asesoramiento en la Comunidad de Madrid. Además ejerce de punto de encuentro, lleva adelante tareas de sensibilización e interviene en la promoción de la investigación, la formación y la defensa de derechos de las personas con TEA, con el ánimo de conseguir una sociedad más inclusiva, abierta y responsable.

En la línea de prestar servicios y de compartir experiencias, esta Guía de Intervención ante los Trastornos de la Alimentación en niños y niñas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) nace para dar respuesta a la demanda de información sobre los problemas de alimentación que nos plantean las familias y los profesionales que tratan con nuestro colectivo, en su mayoría niños y niñas en los primeros años de la etapa escolar.

Esta demanda se estaba haciendo cada día más visible, hecho que puede estar relacionado con el aumento de los casos diagnosticados de TEA. En la actualidad se acepta una prevalencia de un caso de TEA cada ciento cincuenta nacimientos, según se desprende de estudios recientes realizados en el entorno europeo y de Estados Unidos.

Las consultas que recogemos en el servicio de información y asesoramiento de la Federación Autismo Madrid suelen estar dirigidas a conseguir una respuesta a cuestiones tales como: ¿qué hago con mi hijo o hija que no come correctamente?, ¿por qué le sucede esto?, ¿qué puedo hacer en casa para solucionarlo? o cuestiones del tipo ¿quién nos puede ayudar?

La angustia de los padres preocupados porque su hijo o hija tenga una correcta nutrición junto con la situación de verse todos los días inmersos en una batalla por lograr que coma correctamente crea un desgaste psicológico y físico a las familias que es necesario paliar. Velar por una correcta nutrición y hábitos alimentarios del niño/a para asegurar su bienestar es el objetivo común de las familias, los profesionales y las entidades relacionadas con los TEA.

Por ello y tras realizar una revisión teórica de la bibliografía existente y percatarnos de la falta de materiales prácticos, la Federación Autismo Madrid consideraba necesaria la creación de una guía de referencia orientada a las familias y profesionales para abordar los problemas de alimentación de los niños/as con TEA.

El ánimo de cumplir con nuestra tarea y la posibilidad de contar con un equipo interdisciplinar dispuesto a trabajar en un recurso específico como era este hizo que María Baratas (psicóloga), Nuria Hernando (psicopedagoga y maestra), Lucía Villaba (nutricionista) y Mª Jesús Mata (especialista en prevención sociocomunitaria) pusieran manos a la obra y se comprometieran a crear el material que hoy es una realidad.

Gracias por tanto a este equipo por su dedicación, esfuerzo y conocimiento puesto al servicio de los demás; a todas las entidades que forman la Federación Autismo Madrid por aportar sus experiencias; a la Consejería de Asuntos Sociales, por favorecer la existencia del Servicio de Información y Asesoramiento; y cómo no, al Ayuntamiento de Madrid, concretamente al Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y Participación Ciudadana por aceptar el reto y editar y poner en formato accesible para todos este texto que, esperamos, sea un primer paso en trabajar por una eficaz mejora de la calidad de vida de muchos niños y niñas con TEA en la Comunidad de Madrid y, por obra de la globalización, en muchos otros sitios donde sea necesario. Es un orgullo para nuestra Federación.

Mª Dolores Enrique Miranda
Presidenta
Federación Autismo Madrid

FEDERACIÓN AUTISMO MADRID

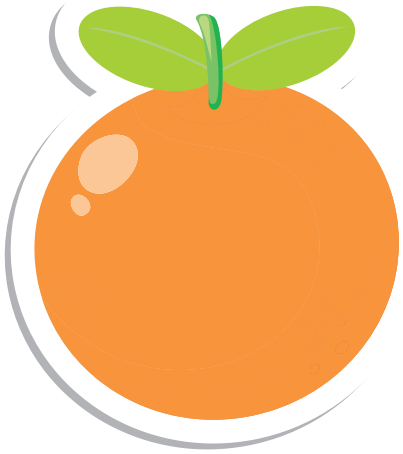
INTRODUCCIÓN

La presente guía trata de ofrecer una base de conocimientos teórico-prácticos necesarios para abordar con éxito los problemas de alimentación que con frecuencia se asocian a niños y niñas con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA).

Para ello nos hemos planteado una división en tres bloques:

- El primer bloque realiza una descripción de **la alimentación en la población infantil**: definiendo cuáles son los hábitos alimentarios que son saludables y correctos en esta población, así como una reseña de los hitos del desarrollo alimentario que pueden servir de referencia durante los primeros años de vida.
- En el segundo bloque vamos a centrarnos en conocer **los Trastornos del Espectro del Autismo**: qué son y qué estrategias son recomendables en el ámbito del aprendizaje. Esto último será de gran utilidad a la hora de diseñar cualquier intervención.
- En el tercer bloque abordaremos las **dificultades que se presentan en la alimentación en los niños con TEA**: cuáles son los posibles factores desencadenantes, una identificación de estas alteraciones alimentarias, y lo más importante: de qué manera podemos intervenir, con la ayuda de profesionales. Además presentamos los aspectos relativos a **la salud y prevención bucodental**, que consideramos importante por su relación con los trastornos de la alimentación.

Esperamos que esta guía sea una herramienta que facilite el trabajo de familias y profesionales que se enfrentan a la ardua tarea de intervenir ante cualquier trastorno derivado de la alimentación en niños y niñas con TEA.



BLOQUE I
LA ALIMENTACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Una alimentación saludable en la etapa infantil es la base para generar la energía que necesita el niño para afrontar el día a día y poder participar en las diversas actividades estimulatorias y de aprendizaje que el entorno le ofrece tan necesarias para su correcto desarrollo intelectual y físico. Comer adecuadamente y además hacerlo de una manera agradable, sin forcejeos ni malestar, es una necesidad de todas las personas para lograr un bienestar.

Los profesionales, padres y madres tienen que ser conscientes de la importancia de seguir una alimentación adecuada y de adquirir unos hábitos alimentarios correctos desde que el niño es pequeño. Por eso, en este primer bloque queremos abordar cuáles son esos hábitos alimentarios que son saludables y necesarios en la etapa infantil y también conocer cuáles son los hitos del desarrollo alimentario indicativos en estas primeras etapas. Estos hitos además nos servirán de señal para sospechar de una posible alteración en el desarrollo en el momento que la evolución que tiene el niño se distancie de manera muy significativa de la norma.

1. Qué hábitos alimentarios son saludables y necesarios para conseguir una correcta nutrición

La esperanza de vida es cada vez mayor en la sociedad moderna, y el reto es conseguir una calidad de vida alta para esos años de más, cuanto antes se comience a adquirir unos hábitos saludables, más fácil va a resultar conseguirlo.

Una buena salud nos va a permitir enfrentarnos a las diversas condiciones de vida con grandes ventajas y amplias posibilidades de superar las dificultades.

La salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, depende en gran medida de la nutrición y alimentación que tengamos, para ello es importante realizar una alimentación variada y nutritiva, con el aporte necesario de proteínas, vitaminas, hidratos de carbono y todos los nutrientes que van a hacer que nuestro organismo funcione correctamente.

El objetivo de la alimentación infantil ya no es solo conseguir un crecimiento óptimo y evitar la malnutrición y aparición de enfermedades carenciales si no también optimizar el desarrollo madurativo (motor, cognitivo, perceptivo,

emocional…) instaurar hábitos alimentarios saludables y prevenir la aparición de enfermedades que pueden afectar en la vida adulta.

A partir del primer año de vida, hay un año de crecimiento rápido del niño, éste crece aproximadamente 12 cm/año y tiene una ganancia de peso de 2,5kg/año hasta cumplir el segundo año de vida. Tras el primer año de vida, se llega a un periodo más estable en el que se produce un crecimiento de entre 6 y 9 cm/año y una ganancia de peso de entre 2,5 y 3,5kg/año.

Para poder llevar una alimentación sana y equilibrada y que estas condiciones de crecimiento se mantengan como modelo comparado con los percentiles de la mayoría de la población de esa edad, deberán estar presentes en las comidas todos los grupos de alimentos, para un aporte correcto de nutrientes. Todos los alimentos dependiendo de su origen y composición proporcionan al organismo energía en mayor o menor medida, energía fundamental para hacer funcionar el organismo. Los alimentos se pueden clasificar según su contenido en nutrientes. Según esta clasificación tenemos, proteínas, hidratos de carbono y grasas.

Llamamos alimentos principalmente proteicos, a aquellos que provienen de los animales, es decir carne, pescado, huevos… Los hidratos de carbono los encontramos en los alimentos que crecen en la tierra como son, verduras, cereales, frutas y los alimentos grasos son aquellos como el aceite, mantequilla…

A partir de esta clasificación y atendiendo a las necesidades nutricionales y de establecimiento de hábitos saludables para el resto de la vida, podemos realizar las siguientes consideraciones:

a. Se deben suministrar los alimentos en variedad y frecuencia como se indica a continuación

b. Es importante restringir la cantidad de sal que se utiliza para el cocinado así como para ingerirla, con el fin de acostumbrar a los niños al sabor natural de los alimentos y prevenir así futuras enfermedades de hipertensión.

c. Reducir también el consumo de productos dulces, no solo aquellos de bollería industrial, para evitar la dependencia futura al sabor dulce.

d. Estimular el consumo de productos vegetales, como cereales, legumbres, frutas, verduras y hortalizas en detrimento de los productos de origen animal.

Estas consideraciones se deducen de una manera más sencilla clasificando los alimentos por grupos y estableciendo de manera más precisa la cantidad de ingesta de cada grupo, es la Pirámide Nutricional la que nos proporciona de manera visual esta adaptación. Aquí se muestran el ejemplo de la Pirámide nutricional propuesta por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN) para la estrategia NAOS[1].



[1]Estrategia NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad dirigida especialmente a niños y jóvenes.
http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf

Como vemos en la Pirámide nutricional los alimentos están clasificados según grupos de alimentos. El consumo diario o semanal por grupos de alimentos según la Agencia Española de Seguridad Alimentaria quedaría de la siguiente manera:

ALIMENTOS	CONSUMO
Agua	6-8 raciones/día
Pan	En cada ingesta
Aceite de oliva	3-6 raciones/día
Frutas y verduras	5 raciones/día
Lácteos	2- 4 raciones/día
Arroz, patatas, pasta o cereales	2-3 raciones/día
Pescado	4 raciones/semana
Carne	3-4 raciones/semana
Huevos	3 raciones/semana
Legumbres	2 raciones/semana
Azucares, dulces, bebidas azucaradas	Consumo limitado y moderado
Grasas animales, embutido, bollería	Consumo limitado y moderado

La ingesta de alimentos debe de estar dividida en 5 comidas, empezando por el desayuno el cual debe de ser un 30% de la ingesta diaria, la media mañana que debe de ser del 10% al igual que la merienda, mientras que tanto la comida como la cena deben de constituir en el 25% de la ingesta diaria cada uno.

Trataremos que en cada ingesta estén presentes todos los grupos de alimentos, hidratos de carbono, proteínas y grasas, hablando en términos de porcentaje los hidratos de carbono deben constituir el 60% de cada ingesta, las proteínas un 15% y las grasas no deben de superar el 30% de la energía total consumida. Los alimentos no están compuesto únicamente por un componente si no que es un conjunto de nutrientes, y este conjunto de nutrientes no se encuentran en la proporción adecuada para seguir una alimentación equilibrada, incluyendo además micronutrientes como vitaminas y minerales, es importante conocer el contenido de los nutrientes de los alimentos para poder realizar un menú equilibrado y nutritivo para el correcto desarrollo y crecimiento del niño.

Para ello, proponemos un ejemplo de menús equilibrados para llevar a cabo esta correcta alimentación.

	lunes	martes	miercoles	jueves	viernes	sabado	domingo
desayuno	Leche con cacao, galletas maría, zumo	Leche con cacao, pan tostado margarina, fruta	Leche con cacao, cereales, zumo	Leche con cacao, galletas maría, zumo	Leche con cacao, pan tostado margarina, fruta	Leche con cacao, cereales, zumo	Leche con cacao, pan tostado mermelada, fruta
almuerzo	pan con queso	pan con jamón york	zumo y galletas	fruta y cereales	pan con queso	petit suisse y fruta	pan con jamón york
comida	sopa calabaza	paella verduras	lentejas con verduras	brócoli con bechamel	pasta con tomate	judías blancas con chorizo	arroz caldoso
	merluza con ensalada	pollo asado y patatas	tortilla calabacín	aritos de sepia y tomate	albóndigas con verdura	ensalada mixta con jamón y queso	pescado hervido y tomate
	yogur	fruta	yogur	fruta	fruta	yogur	fruta
merienda	zumo y galletas	fruta y cereales	pan con jamón york	pan con queso	zumo y galletas	pan con jamón york	petit suisse y fruta
cena	ensalada mixta	puré de patatas	sopa de fideos	hervido de patatas y judías verdes	berenjenas asadas	sopa de estrellitas	guisantes con jamón
	huevos rellenos de atún	lenguado con zanahorias	ternera y ensalada	pechuga de pavo y calabacín	tortilla de patata	merluza rebozada y zanahorias	ensalada mixta
	fruta	vaso de leche	fruta	yogur	Fruta	fruta	yogur

- Incluir un trozo de pan tanto en la comida como en la cena
- Beber aproximadamente 2 vasos de 200 ml. en cada comida

Una de los problemas que comúnmente encontramos en los niños son las alergias e intolerancias, y entre ellas las más comunes son las alergias al gluten y a la caseína.

Para ello proponemos un ejemplo de menú libre de Gluten y Caseína.

	lunes	martes	miercoles	jueves	viernes	sabado	domingo
desayuno	Leche de soja o almendras, galletas sin gluten, zumo	Leche de soja o almendras, pan sin gluten con aceite, fruta	Leche de soja o almendras, galletas sin gluten, zumo	Leche de soja o almendras, cereales sin gluten, zumo	Leche de soja o almendras, pan sin gluten con aceite, fruta	Leche de soja o almendras, cereales sin gluten, zumo	Leche de soja o almendras, galletas sin gluten, zumo
almuerzo	pan sin gluten con jamón serrano	zumo y galletas sin gluten	pan sin gluten con jamón york	frutos secos y fruta	fruta y cereales sin gluten	pan sin gluten con jamón serrano	zumo y galletas sin gluten
comida	sopa calabaza	paella verduras	lentejas con verduras	brócoli rehogado	Pasta* con tomate	judías blancas con verdura	arroz caldoso
	merluza con ensalada	pollo asado y patatas	tortilla calabacín	aritos de sepia y tomate	albóndigas con verdura	ensalada mixta con jamón york	pescado hervido y tomate
	fruta	Leche de soja	fruta	fruta	Leche de soja	fruta	fruta
merienda	frutos secos y fruta	fruta y cereales sin gluten	pan sin gluten con jamón serrano	fruta y cereales sin gluten	zumo y galletas sin gluten	pan sin gluten con jamón york	zumo y galletas sin gluten
cena	Arroz con tomate	Patatas asada, o puré casero	sopa de tapioca	hervido de patatas y judías verdes	berenjenas asadas	sopa de tapioca	guisantes con jamón
	albóndigas	lenguado con zanahorias	ternera y ensalada	pechuga de pavo y calabacín	tortilla de patata	merluza rebozada y zanahorias	ensalada mixta
	Leche de soja	fruta	Leche de soja	fruta	Fruta	Leche de soja	fruta

- La sopa de calabaza y las albóndigas, deberán de ser de elaboración propia, ya que lo alimentos elaborados pueden contener gluten en su receta.
- La pasta deberá de ser especial sin gluten
- Incluir un trozo de pan, especial para celiacos, tanto en la comida como en la cena
- Beber aproximadamente 2 vasos de 200ml en cada comida
- Una o varias de las ingestas de pescado deberá de ser de pescado azul, como salmón, sardinas, salmonete, pez espada… para suplir la deficiencia de calcio proporcionado por los productos lácteos.

2. ¿Cuáles son los hitos del desarrollo alimentario en la etapa infantil?

Un hito es un suceso o acontecimiento significativo que ocurre en la vida de las personas y que sirve de referencia para una determinada población.

De modo orientativo vamos a conocer cuáles con los hitos que suceden en el desarrollo alimentario en la población infantil y que pueden servir de guía a las familias y profesionales para saber si un niño está teniendo un desarrollo alimentario normalizado.

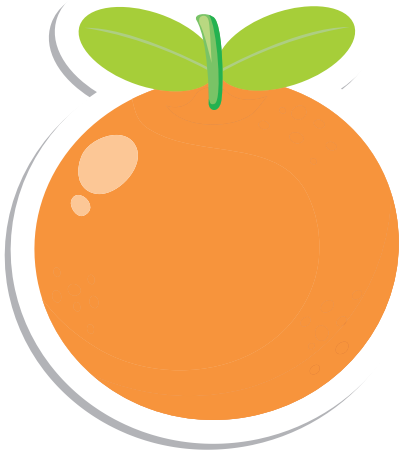
En los niños con TEA con frecuencia se da una desviación de estos hitos, en este caso se debe informar al pediatra para que haga el seguimiento del niño.

HITOS DEL DESARROLLO ALIMENTARIO INFANTIL	
De 0 a 3 meses	**De 12 a 18 meses**
- Succiona al acercarle el pecho, biberón o chupete. - Extiende la lengua más allá de los labios.	- Come solo con la cuchara. - Bebe de un vaso sin ayuda.
De 3 a 6 meses	**De 18 a 24 meses**
- Sujeta el biberón con las manos. - Cierra los labios para sellar la boca - Mueve la lengua dentro y fuera fácilmente - Movimientos verticales de masticación.	- Mastica con movimientos rotatorios. - Come la comida solo utilizando una cuchara derramando algo - Bebe de una taza solo y sin derramar.
De 6 a 9 meses	**De 24 a 36 meses**
- Retira la comida de la cuchara con los labios. - Se limpia el labio inferior con los dientes. - Bebe de un vaso sin atragantarse. - Toma semisólidos con la cuchara.	- Pincha comida con el tenedor. - Termina de pelar, desenvolver o destapar alimentos.
De 9 a 12 meses	**De 36 meses en adelante**
- Mastica alimentos sólidos. - Se lleva alimentos a la boca. - Bebe de una taza o vaso con ayuda. - Control del babeo.	- Utiliza los útiles adecuadamente para comer. - Ayuda en las tareas de preparación de comida y mesa.

Finalizado este primer bloque en el que hemos abordado la alimentación en la población infantil, y antes de pasar a la especificidad de los niños con TEA, vamos a destacar las siguientes ideas importantes que no podemos olvidar:

IMPORTANTE …

- Una correcta alimentación infantil favorece un crecimiento óptimo, evita la malnutrición, que aparezcan enfermedades carenciales y optimiza un correcto desarrollo madurativo.
- En la alimentación infantil es importante que estén presentes todos los grupos de alimentos: hidratos de carbono, proteínas y grasas y que ésta sea equilibrada.
- Ante la desviación de los hitos alimentarios, a veces frecuente en los niños con TEA, es importante informar al pediatra para favorecer el correcto desarrollo del niño.



BLOQUE II
LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

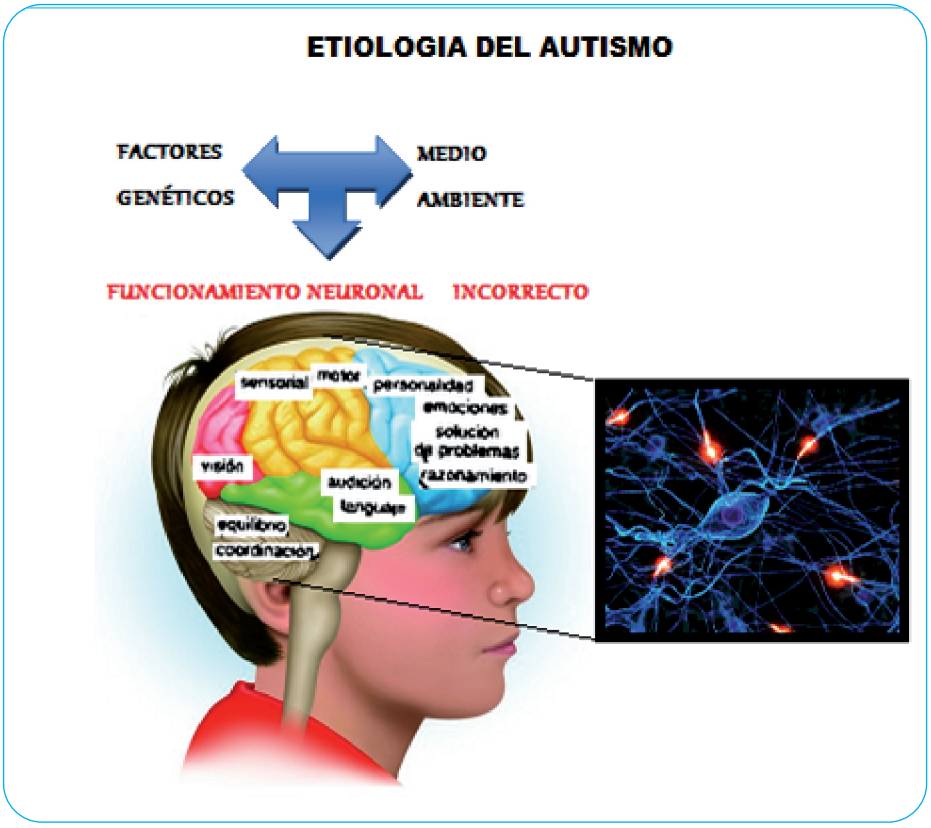
FEDERACIÓN AUTISMO MADRID

En este bloque vamos a centrarnos en conocer los Trastornos del Espectro del Autismo. Aspectos como su origen, su causa, los síntomas característicos, otros trastornos asociados o el tratamiento, serán objeto de explicación en el primer apartado. El segundo apartado vamos a dedicarlo a conocer el modo en que aprenden estos niños y las estrategias educativas más recomendadas, esto nos servirá de punto de partida para el diseño cualquier intervención con niños con TEA.

3. ¿Qué son los Trastornos Generalizados del Desarrollo /Trastornos del Espectro del Autismo?

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo también llamados Trastornos del Espectro del Autismo son un conjunto de alteraciones del sistema nervioso central cuyo inicio se da en la infancia. Más exactamente, los niños que lo padecen desarrollan un incorrecto funcionamiento neuronal que provoca una falta de habilidades en la interacción social, la comunicación, y patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados; limitando así su desempeño normal en la actividad diaria y en todos los contextos en los que se desenvuelve su vida.

Sobre su causa queda aún mucho por investigar, pero se sabe que es diversa y muy compleja, por tanto puede variar de unos niños a otros. Los factores biológicos como es la genética y otros factores ambientales como son las infecciones víricas, intoxicaciones, complicaciones obstétricas, consumo de productos perjudiciales durante el embarazo, etc. juegan un papel muy importante, interactuando conjuntamente y afectando al desarrollando el cerebro dando lugar a su origen.



Su aparición acontece durante la primera infancia, y puede detectarse de forma temprana desde que el niño tiene alrededor de los dieciocho meses de vida gracias a la aplicación de las pruebas clínicas existentes como es el Cuestionario de Verificación del Autismo en Niños Pequeños Modificada (M-Chat), unido a la información que proporcionan las escalas de desarrollo infantil (Brunet-Lezine, Bayley, etc.), a la observación directa del comportamiento que tiene el niño y la información que muchas veces aportan las propias familias y otros profesionales que lo tratan. Estas herramientas nos dan la pista o el indicio para detectar que podemos estar ante un posible caso de TEA, pero es necesario seguir realizando otras pruebas psicológicas y biomédicas (de laboratorio y neuroimagen) para determinar finalmente un diagnóstico. Es importante decir que en ocasiones el trastorno se detecta a edades más tardías, y no alrededor de los dieciocho meses como hemos indicado, llegando incluso a confirmarse un diagnóstico a partir de la etapa de primaria, hecho que se da mayoritariamente en el caso de los niños que tienen una mayor capacidad intelectual o la manifestación de los síntomas es

más leve, pasando de esta forma más desapercibido y quedando alguna de estas cualidades enmascaradas.

Los **criterios diagnósticos** que especifican si un niño tiene autismo o no, vienen definidos por los dos sistemas de clasificación acordados por la comunidad científica.

- Un sistema es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana.
- Y otro sistema es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud.



En la actualidad, el término de TGD se está dejando de utilizar, está pasando a ser sustituido por el denominado TEA. Este cambio está provocado por la aparición de la nueva versión del manual de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, el DSM-V, que denomina al trastorno como TEA (Trastorno del Espectro del Autismo). Se prefiere hablar de "espectro" por entender que el autismo es un continuo de síntomas y que pueden manifestarse de múltiples maneras, variando mucho de unos niños a otros en función del grado de severidad con que los padecen.

La comprensión del trastorno como un espectro conlleva una serie de cambios, como es la eliminación de las categorías independientes que están definidas en el DSM-IV bajo los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado; que pasan a englobarse con la nueva versión, en una única categoría denominada Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), añadiendo tres grados o niveles de severidad que facilitan una valoración más ajustada de las capacidades del niño y que se refleja en una mejor adaptación de los tratamientos. Hay que señalar que el Trastorno de Rett queda fuera de los TEA por tener una sintomatología claramente diferenciada y por conocerse el gen que lo provoca (cosa que no ocurre con el resto de trastorno englobados en esta categoría).

El siguiente cuadro es un esquema de los sistemas clasificatorios que nos servirá para entender mejor a qué nos referimos cuando hablamos de TGD y TEA.

Queremos aclarar que en esta guía utilizaremos principalmente los términos de TEA y Autismo, y con ellos nos referiremos indistintamente al mismo conjunto de síntomas.

	CAMBIO	
Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) Categorías: ○ Autismo infantil ○ Autismo atípico ○ Síndrome de Rett ○ Otro trastorno desintegrativo de la infancia ○ Trastorno hipercenético con retraso mental y movimientos esteriotipados ○ Síndrome de Asperger ○ Otros trastornos generalizados del desarrollo ○ Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación	Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) Categorías: ○ Trastorno Autista ○ Trastorno de Rett ○ Trastorno desintegrativo infantil ○ Trastorno de Asperger ○ Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	Trastorno del Espectro Autista (TEA) como única categoría. Establece tres niveles de severidad: - Requiere soporte - Requiere soporte substancial - Requiere soporte muy substancial

Los criterios que definen a cada uno de los trastornos no los vamos a detallar en esta guía por encontrarse fuera de nuestros objetivos. Pero sí consideramos importante hacer una reseña de los **comportamientos o síntomas** que acontecen habitualmente en la población con TEA y que vamos a dividir en función de las áreas que aparecen alteradas: interacción social, comunicación verbal-no verbal, y conducta, actividades e intereses, tal y como establece el DSM-V; hemos añadido la reacción sensorial como una cuarta área, para resaltar la importancia que tiene esta alteración en la causalidad de los problemas alimentarios; haremos también un breve apunte de aspectos relacionados en la intervención de cada uno de estos síntomas. Los vemos:

a. Síntomas relacionados con la alteración de la interacción social:

- Estos niños muestran una **mínima referencia conjunta**, tienen una falta de iniciativa e interés por relacionarse con otras personas, por compartir sus intereses, experiencias o juegos e interesarse por las iniciativas propuestas por los demás.

> Establecer una relación con ellos a veces es difícil, la creación de un vínculo afectivo adecuado (afectuoso, permanente, satisfactorio y constante) por parte de los padres, terapeutas y educadores es imprescindible para poder conocerles, valorar su comportamiento y conseguir que la interacción sea eficaz, y por tanto cualquier intervención también lo sea.

- Ellos sienten emociones como el resto de las personas, pero tienen **problemas para identificar los sentimientos**, conocer su causa, regularse ante ellos y controlar sus emociones, esto hace que reaccionen de forma muy variable y demuestren entonces sus sentimientos, el cariño y la afectividad de forma diferente al resto; les cuesta igualmente **interpretar las emociones y estados de ánimo en los demás** y actuar en consonancia con ellos.

> Enseñarles a saber qué son las emociones, a reconocerlas, saber controlarlas y saber interpretar su expresión global en los demás es tarea indispensable para su bienestar, para mejorar sus capacidades intersubjetivas y mentalistas y experimentar así mejores relaciones sociales.

- Tienen **dificultades para entender las normas sociales** como pueden ser las que establecen los profesores en el colegio o los padres en casa, las de cortesía, las del juego, las viales, los hábitos de alimentación o higiene personal, y por tanto, para saber actuar ante ellas como corresponde en los diferentes contextos.

Enseñarles un sistema de normas claras, concisas y constantes, y en todos los contextos (por su dificultad para la generalización de los aprendizajes) les ayuda a que su comportamiento sea más adaptado, se sientan más seguros y su grado de autonomía sea mayor.

- **Les cuesta hacer amistades y mantener las relaciones**. Tienden a aislarse porque como vemos, les resulta difícil comprender el mundo social.

Las habilidades sociales que otros niños aprenden de forma natural, a los niños con autismo es necesario que se les enseñe de manera sistemática y estructurada a través de técnicas como las historias sociales, técnicas de role-playing, modelado, etc.

b. Síntomas relacionados con la alteración en la comunicación verbal y no verbal:

- En el autismo hay una gran **variabilidad en el desarrollo del habla**, hay niños que no hablan, otros que la desarrollan pero ésta es incomprensible o que en los primeros años la pierden y otros que la desarrollan pero con peculiaridades y limitaciones.

El aprendizaje y uso de sistemas alternativos o aumentativos para la comunicación (SAAC) basados en signos, pictogramas, imágenes, objetos o la escritura; como son el Sistema de Comunicación Total de Benson Schaeffer, el Sistema de Comunicación por Intercambio de imágenes (PECS) o el Sistema Pictográfico de Comunicación (SPC) entre otros, posibilita la comunicación a aquellos niños que no han desarrollado el habla y necesitan un modo de hacerlo para pedir, elegir, autorregularse, etc. como los otros niños, y por otro lado

también complementa la comunicación a aquellos que han desarrollado el habla pero ésta es limitada, poco efectiva o incomprensible. Un interlocutor que pretenda interaccionar con ellos deberá ajustarse a su sistema de comunicación, hecho imprescindible para que la comunicación sea efectiva.

- **En la expresión del lenguaje oral se dan peculiaridades** que limitan su funcionalidad, como hemos dicho, éstas son las ecolalias, decir palabras inapropiadas para su edad, referirse a ellos mismos en segunda o tercera persona o con su nombre en lugar de utilizar la primera persona "yo" (inversión pronominal), hablar con un tono inadecuado (alto o bajo, cantarín) o realizar una toma de turnos poco fluida en una conversación.

Enseñarles un adecuado lenguaje a nivel léxico-semántico, fonológico, morfosintáctico y pragmático facilita su correcta funcionalidad y expresión.

- **La expresión de su lenguaje no verbal (posturas corporales y gestos faciales) es pobre y también les cuesta entenderla en los demás**. El contacto visual además es mínimo e inusual.

Enseñarles a tener conciencia de la expresividad de su cuerpo, a saber controlar sus gestos e interpretarlos en los demás en el momento del habla, les facilita la correcta integración del lenguaje verbal y no verbal. Es importante que en el momento de la comunicación nos situemos delante del niño en su campo visual para facilitarles la llegada de la información y mejorar el contacto ocular.

- **Muestran dificultad en las relaciones del lenguaje y el contexto en el que se usa**. La comprensión del lenguaje verbal es muy literal, el lenguaje figurado, las ironías, moralejas, bromas, absurdos, chistes, metáforas o segundas intenciones de los demás se les escapa de su entendimiento.

> Hablar con un lenguaje sencillo, directo y literal hace que nos entiendan mejor y sean menos vulnerables socialmente hablando.

c. Síntomas relacionados con la alteración en la conducta, actividades e intereses:

- Los niños con autismo pueden tener **conductas incontroladas que se repiten constantemente** como balanceos, giros, aleteos con las manos, agitación de los dedos delante de sus ojos. A veces realizan conductas más autolesivas como pellizcarse, golpearse la cabeza o morderse en las manos.

> Estas conductas que aparentemente no sirven para nada, a ellos les estimula y les sirve como mecanismo de autorregulación, si bien hay veces, que por su persistencia e intensidad son inapropiadas y les impide realizar otros comportamientos más adaptados. Dar un uso funcionalmente apropiado a esas conductas o enseñarles conductas incompatibles con la estereotipia y que sean más ajustadas a su entorno hace que mejore su adaptación.

- Tienen **poca tolerancia a los cambios** en su actividad diaria. Cambios en los horarios, las personas que lo cuidan, los lugares donde va, los recorridos que sigue, la ropa que se pone, los alimentos que ingiere, etc. les produce un verdadero malestar a muchos niños, les cuesta entenderlos y aceptarlos.

Mantener una rutina o informarles de forma anticipada de los cambios previstos que vayan a acontecer en su actividad diaria, les ayuda a saber lo que les va a ocurrir y de esa manera vivir más tranquilos, lo que favorece su capacidad de anticipación, planificación y también su flexibilidad mental y comportamental ante los cambios.

- **Su abanico de intereses y actividades son muy restringidos**. Se interesan siempre por los mismos juguetes, canciones, libros, películas, temas (astronomía, letras, números, dinosaurios, trenes…), buscan siempre a las mismas personas, o ir por los mismos lugares. El juego que realizan es repetitivo y poco imaginativo como alinear objetos, girar piezas, golpear objetos, romper y tirar trocitos de papel o tirar arena, pasar páginas de libros, etc., a veces también pueden pasar mucho tiempo observando objetos que tienen movimientos repetitivos como puede ser un ventilador o mirando luces y reflejos.

Suscitar pequeños cambios en sus intereses y provocar experiencias novedosas que a la vez le resulten agradables al niño, favorece la ampliación de su abanico de intereses y puede enriquecer su capacidad de imaginación y ficción.

d. Síntomas relacionados con la alteración en la reacción sensorial:

- **La reacción sensorial a los estímulos del entorno suele ser atípica** en algunos niños, mostrando hiper o hipo sensibilidad a muchos de ellos. Esta excesiva o escasa reacción se debe a una alteración en el cerebro para integrar la información que es percibida a través del oído, la vista, el tacto, el gusto, el olfato y reaccionar correctamente a ella. Por ejemplo: auditivamente, sonidos que para nosotros son naturales a ellos les puede resultar verdaderamente molestos, tapándose por ello los oídos. Visualmente, tienden

a fijarse en los detalles de un objeto más que en un todo, ven detalles que a los demás nos resultarían indiferentes, pero también puede parecer que no vean objetos que tienen delante. Respecto al tacto, pueden evitar el contacto físico con otras personas porque nos les guste que les toquen, los tejidos de algunas prendas de vestir o de las sábanas también les puede desagradar. Tienen una respuesta inusual al dolor con niveles de tolerancia altos, lo mismo que para el frío y el calor.

Esta alteración encontramos que tiene una especial importancia en los problemas alimenticios. Encontramos que ciertos sabores, olores, temperaturas, colores o texturas en los alimentos son percibidos por ellos de manera diferente a como los percibimos el resto, resultándoles verdaderamente desagradables y provocando el rechazo de muchas comidas. El tratamiento en estos casos lo veremos en el siguiente bloque.

Vistas las alteraciones propias de estos niños, no podemos olvidar que el autismo es un trastorno susceptible de presentarse con otros **síndromes o trastornos asociados** que tienen que ser igualmente objeto de estudio para atender a la persona en su globalidad, como son el síndrome de X frágil, la discapacidad intelectual, la esclerosis tuberosa, la epilepsia, el síndrome de Tourette, trastornos del aprendizaje, trastorno por déficit la atención, las alteraciones en el sueño, en el control de esfínteres, la ansiedad, la depresión, o las propias alteraciones en la alimentación.

Es muy difícil augurar un **pronóstico** veraz para estos niños. En función del grado con que se presentan sus síntomas nucleares, si se relacionan o no otros trastornos asociados y dependiendo también del grado de plasticidad neuronal del cerebro en cada niño, la evolución puede ser muy diferente y por tanto podemos encontrarnos con pronósticos interpersonales e intrapersonales muy variables.

La plasticidad neuronal se refiere a la capacidad que tiene el cerebro de regenerarse anatómica y funcionalmente, siendo mayor cuando el cerebro todavía es inmaduro durante los primeros años de vida. Podemos decir que es la propiedad que permite que las afectaciones que tienen los niños cuando son pequeños puedan ser en cierta medida corregidas con la ayuda de los diferentes tratamientos. Una **intervención temprana** realizada desde el momento en que se detecta en el niño alguno de sus síntomas, es por tanto una medida indispensable para favorecer su desarrollo evolutivo y la mejora de su calidad de vida.

Los profesionales clínicos y psicoeducativos deben valorar de forma pormenorizada y cualitativa las variables en cada niño y las propiedades de su entorno para concretar unos **objetivos de tratamientos específicos e individuales**, que necesariamente deberán ser modificados a medida que transcurran las diferentes etapas evolutivas del niño y cambien con ellas sus necesidades.

La intervención que mejor se ajusta a la población con TEA y que en la actuali**dad se considera más eficaz, la constituyen una combinación de tratamientos psicoeducativos y psicológicos, apoyo social y tratamiento farmacológico** (en los casos en que se necesite administrar), tal y como establece el Grupo de Estudios de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto Carlos III-Ministerio de Sanidad. Vemos en que consiste cada uno de ellos:

El **tratamiento psicoeducativo y psicológico** contempla el empleo de programas de educación intensiva y estrategias conductuales o cognitivo-conductuales (para los niños con mayores capacidades). Van dirigidas al fomento de las habilidades sociales, al desarrollo emocional y cognitivo, a mejorar la capacidad de comunicación, al desarrollo de las conductas adaptativas y a eliminar las que sean desadaptativas. Su empleo debe hacerse extensivo a todos los entornos en los que se desenvuelve el niño, esto hace imprescindible que al padre y a la madre se les enseñe a familiarizarse con este tipo de técnicas que mejor funcionan con su hijo y las empleen en los diferentes ámbitos y en cualquier momento del día. **¡Importante!: el trabajo conjunto entre profesionales educativos, terapeutas y familiares resulta imprescindible en el caso de los niños con autismo**.

El **apoyo social** se considera una parcela fundamental para cualquier familia que tiene un niño con discapacidad, más tratándose de un trastorno como es el autismo cuya afectación es para toda la vida y que exige un importante esfuerzo físico, psíquico y económico a las familias. El apoyo social puede llegar por dos vías, una vía son las organizaciones que proporcionan ayudas económicas, servicios de tratamiento, programas de ocio y respiro, escuelas de padres, etc. y otra vía la constituyen los familiares, amigos, vecinos u otros padres de niños con autismo que proporcionan el apoyo de una manera más informal. Crear una red de apoyo social en torno a una familia es fundamental para cuidar su calidad de vida.

En cuanto al **tratamiento farmacológico**, el autismo no tiene cura como hemos dicho, no hay un tratamiento médico que se dirija específicamente a eliminar sus síntomas característicos (comunicación, relación social, flexibilidad), éste irá más bien dirigido a mejorar aspectos colindantes que pueden darse o no en un niño como la hiperactividad, la agresividad, la falta de atención, los problemas de sueño, de alimentación, epilepsia, depresión, etc., y que de ser mejorados puede hacer que otros tratamientos educativos o psicológicos que sí son específicos para el autismo funcionen mejor.

Otras intervenciones llamadas “alternativas”, como la terapia de integración sensorial, la terapia asistida con animales, la musicoterapia o la arteterapia, pueden favorecer determinadas áreas del desarrollo en algunos niños (atención, control postural, relación con el entorno…), pero siempre deben considerarse como un complemento, nunca como una terapia principal que sustituya a las anteriormente comentadas.



Hasta aquí llega nuestro repaso de aquellos aspectos que consideramos más importantes y que hay que conocer sobre los TEA, a continuación en el siguiente apartado, vamos a detallar la intervención educativa recomendada y las técnicas que facilitan el aprendizaje a estos niños.

4. Qué intervención educativa se recomienda emplear con los TEA

Cuando hablamos de intervención educativa nos referimos a todas aquellas acciones educadoras que contribuyen al aprendizaje del niño y a la mejora de su autonomía. Estas acciones pueden darse de una manera formal y planificada en los colegios, en otro tipo de ámbitos no formales como son las ludotecas, las instalaciones deportivas, campamentos, etc. o también de una manera más espontánea e informal en su vida cotidiana junto con la familia, en el barrio jugando con otros niños, etc.

A diferencia de lo que ocurre en la generalidad de la población infantil, los niños con autismo apenas se benefician del aprendizaje que se adquiere de manera espontánea a través de la imitación, la exploración, y el interés que les suscita el propio entorno y las personas. Ciertas habilidades como jugar con otros niños,

hacer un uso correcto de los objetos, relacionarse con otras personas, etc. hay que enseñárselo con cierta intencionalidad y estructuración.

A continuación vamos a ver los principios y técnicas específicas que favorecen el aprendizaje de los TEA, aspectos que son de utilidad tanto para profesionales como para padres por la necesidad que hay de intervenir con ellos en todos los contextos para conseguir la generalización de los aprendizajes.

El diseño de una intervención educativa con estos niños se fundamenta en los siguientes **principios** que garantizan su calidad:

- Debe **partir del conocimiento global del niño**, de sus capacidades tanto perceptivo-cognitivas, comunicativas, motoras, sociales y afectivas.
- Tiene que contemplarse **desde una visión integradora y ecológica** en la que se valore la relación de sus capacidades y el ambiente. Las medidas en forma de apoyos visuales, comunicativos, sociales o arquitectónicos si fuera el caso, permiten romper aquellas barreras que tiene el entorno y que de ser incorporadas favorecen el aprendizaje y la normalización dentro de su entorno.
- **Debe comenzarse de manera temprana**, cuanto antes se dé respuesta a los síntomas mejor será su posibilidad de mejora, tal y como respalda la teoría de la plasticidad neuronal.
- **Debe partir de los modelos teóricos de referencia**, tales son los aportados por autores como Leo Kanner, Asperger, Baron-Cohen, Hobson, Frith, Happe, Ozonoff, Pennington, Rogers, Riviére, etc. que dieron la clave de sus síntomas y de fundamentos como la Teoría de la Mente, Teoría de la Coherencia Central, Teoría de las Funciones Ejecutivas, Teoría de la Intersubjetividad, entre otros.
- **Hay que priorizar los objetivos de la intervención**, no se pueden abarcar todo los objetivos a la vez, por ello hay que anteponer aquellos que son más desadaptativos, que ponen en peligro la integridad del niño o de su entorno o que son la base para adquirir otros aprendizajes posteriores.
- **La intervención debe durar el tiempo suficiente para generar los efectos deseados**, en los niños con autismo los efectos de una intervención suelen

percibirse a medio o largo plazo, así que además hay que ser muy constantes, pacientes y sistemáticos en esta tarea.

- **Requiere un abordaje de trabajo y equipo multidisciplinario**, es necesario el trabajo conjunto de profesionales de la audición y lenguaje, logopedia, pedagogía terapéutica, psicología, terapia ocupacional, fisioterapia y otros profesionales sanitarios y sociales para abordar las dificultades que presentan estos niños y acordar una misma línea de actuación junto con la familia.

- **Los aspectos familiares, culturales y económicos** es necesario contemplarlos como parte integrante de la globalidad del niño para adaptar la intervención.

- **Es necesario intervenir desde la individualización**, lo que significa conocer sus fortalezas, como pueden ser una excelente memoria visual, mecánica y percepción viso-espacial habituales en los niños con autismo, para abordar sus debilidades; y adaptarse a su estilo de aprendizaje, entendiendo por éste la forma en que un niño percibe, procesa y retiene mejor una información, pudiendo ser de manera visual, auditiva, cinestésica, o de forma holística, analítica, etc.

Atendiendo a los rasgos cognitivos, psicológicos y fisiológicos de esta población, las **técnicas que se recomienda emplear** y que facilitan su aprendizaje de estos niños se centra en los siguientes aspectos:

- **El entorno debe ser estable, organizado y predecible**, de manera que les de seguridad.

- **La información presentada de manera verbal o visual tiene que ser concisa, clara y permanente**, evitando dar aquella información que no sea relevante y que distraiga su atención.

- **Las actividades deben presentarse de una manera estructurada, secuencial y en pasos ordenados**.

- **El canal de comunicación tiene que ser preferentemente visual**, el uso de pictogramas, imágenes u objetos reales les aporta información concreta y perdurable en el tiempo.

Es de utilidad para ellos enseñarles visualmente aspectos como el menú de las comidas, las normas de conducta, las emociones, los pasos de una tarea, así como la estructuración temporal y espacial del entorno. En este sentido, la estructuración temporal da pie al uso de agendas, paneles informativos, horarios o la utilización de relojes; y la estructuración espacial al uso de pictogramas o imágenes para ponerlos en las puertas de los armarios o cajones para señalizar lo que hay en su interior, también sirven para señalizar los diferentes rincones en el colegio (de juego, de lectura, etc.) o en las puertas de casa para marcar el uso de las estancias (la habitación para dormir, el salón de juegos, etc.)

- **Los aprendizajes deben ser funcionales y significativos**, hay que partir de sus intereses, motivaciones, conocimientos previos y necesidades en su vida cotidiana, y tratar que los nuevos conocimientos y destrezas tengan un sentido y utilidad para él.

- **Aprenden de manera mecánica**, el aprendizaje se basa en las prácticas repetitivas.

- **El aprendizaje debe basarse en el acierto**, las técnicas de moldeamiento y posterior desvaneciendo de nuestra ayuda de forma prolongada (encadenamiento hacia atrás) favorece que el niño aprenda sin error, así como segmentar una tarea en pasos sencillos y accesibles.

- **Establecer un sistema de refuerzos acorde con las técnicas conductuales** es necesario para fijar los aprendizajes y los comportamientos adaptados y para eliminar los desadaptados. Algunas de las técnicas empleadas para incrementar una conducta son:

  - **Refuerzo positivo**: seguido a la conducta adecuada le administramos al niño algo que le guste, puede ser un alago verbal, una canción, un juguete, un dulce, etc.

  - **Refuerzo negativo**: seguido a la conducta adecuada le retiramos algo que no le guste, puede ser una tarea, o algo en el ambiente desagradable, etc.

  - **Principio de Premack**: consiste en enlazar dos conductas del niño, una que

le guste realizar y otra que le guste menos. Por ejemplo si se come toda la comida después puede jugar con un coche.

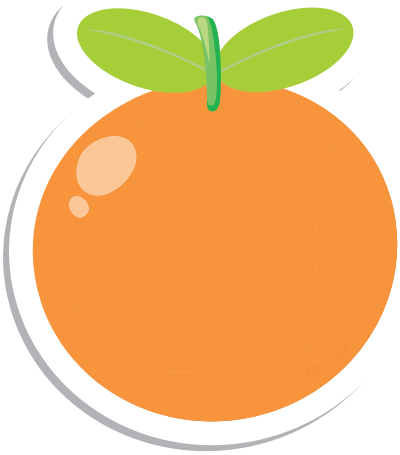
Las técnicas más empleadas para reducir una conducta son:

- **Castigo positivo**: seguido a la conducta inadecuada le administramos algo que no le gusta, como puede ser una recriminación verbal.
- **Castigo negativo**: seguido a la conducta inadecuada le quitamos algo que le gusta, como un caramelo, un juguete, etc.
- **Refuerzo diferencial**: reforzar de forma diferencial conductas ya aprendidas y adaptadas, para que lleguen a tener mayor frecuencia que la desadaptada y terminar sustituyéndola.
- **Refuerzo de algo incompatible**: consiste en fortalecer una conducta que es incompatible con otra no deseada, como estar en silencio en lugar de chillar, utilizar bien un cubierto en lugar de girarlo o tirarlo, etc.

Hasta aquí llega el bloque II, en el que hemos conocido las características de los TEA y el modo en que aprenden, aspectos necesarios para seguir con el siguiente bloque y poder hacer una intervención correcta dirigida a los problemas de la alimentación.

IMPORTANTE ...

- Los TEA son un conjunto de alteraciones del sistema nervioso central que afectan al desarrollo infantil.
- Los niños que lo padecen tiene alteradas tres áreas principales: la social, la comunicativa y la actividad, intereses y conducta que es restringida y repetitiva.
- Con una intervención temprana basada en tratamientos de carácter psicoeducativo, psicológico de tipo conductual o cognitivo-conductual, farmacológico y apoyo social los niños pueden mejorar sus síntomas.
- Cualquier intervención que se realice con estos niños debe ser sistemática, estructurada y basada en unos principios y técnicas específicas para los TEA.



BLOQUE III
PROBLEMAS DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS CON TEA

Los problemas de alimentación que puedan existir en los niños con TEA no se pueden equiparar ni en causa ni en metodología de intervención a otros trastornos de alimentación como la anorexia nerviosa o la bulimia.

La intervención en la alimentación debe de hacerse de manera rápida y temprana, para poder revertir el problema lo antes posible. Lo más importante y que hay que destacar, es que en un principio el déficit de alimentación puede no ser considerado un problema grave, sin embargo si no se interviene lo antes posible puede ir agravándose hasta llegar a la malnutrición e incluso a la desnutrición, siendo entonces un problema grave que afecta al correcto desarrollo del niño.

La falta de ingesta de alimentos o de algunos nutrientes fundamentales, puede tener consecuencias graves en el desarrollo del niño. Tanto la falta de alimentación como el exceso de ésta va a dificultar en sí la vida activa y el movimiento, así como el desarrollo cognitivo del niño.

Es importante saber que ciertos fármacos pueden ejercer algún tipo de efecto secundario relacionado con el apetito, disminuyéndolo o aumentándolo, así como posibles alteraciones en el gusto

En los siguientes puntos trataremos de manera más específica a qué aspectos pueden deberse estas alteraciones en la alimentación, cuales son las dificultades en la alimentación de los niños con TEA, y como debe ser la intervención y las estrategias más eficaces para tratar de revertir estos problemas de alimentación, que tratándose de una alteración u otra debe ser distinta.

5. ¿A qué es posible que se deban las alteraciones en alimentación en las personas con TEA?

➡ Alteraciones sensoriales

Muchas personas con TEA tienen hiposensibilidad (poca sensibilidad) o hipersensibilidad (mucha sensibilidad) en uno o varios sentidos, lo que provoca alteraciones en la alimentación. Las manifestaciones pueden ser las siguientes:

 **Auditivas**: los ruidos intensos, agudos o continuos les pueden provocar sensaciones extremadamente molestas o casi dolorosas. En la alimentación estos ruidos pueden ser los provocados por los alimentos “crackers”, los chiclosos haciendo que rechacen algunos alimentos.

 **Tacto**: la percepción de las texturas de los alimentos granulosos, astringentes, fibrosos, geles, etc. puede provocarles un rechazo a la comida, bien porque no sea aceptada dentro de la boca o al ser tocada con las manos.

 **Sabores**: algunas comidas pueden resultar muy desagradables, haciendo que a veces la persona adquiera la costumbre de limitar su alimentación a un número reducido de alimentos, esto es más cuestión de gustos y no tanto de reacciones por la alimentación.

 **Visual**: la forma de presentación de los alimentos, así como la propia forma y color de estos, pueden ser una causa de rechazo o aceptación de determinados alimentos. Los alimentos más aceptados en función de su color, son aquellos de colores rojos, amarillos, naranjas, tienen poca aceptación los verdes y colores oscuros.

 **Olfativa**: los niños pueden notar a veces ciertos olores de la comida que para otras personas nos resultarían prácticamente imperceptibles, haciendo que sean más sensibles a la atracción o no hacia los alimentos; por el contrario comidas y sustancias que tienen para nosotros un olor muy desagradable, pueden mostrar verdadero interés por ellos.

> *“Yo tenía un gran problema con la comida. Me gustaba comer cosas suaves y sencillas. Mis alimentos favoritos eran cereales..... Esos eran los primeros alimentos que había comido en mi vida y los encontraba reconfortantes y tranquilizadores. No quería probar nada nuevo. Yo era supersensitivo con las texturas de los alimentos y tenía que tocar todo con los dedos para comprobar la sensación que producían antes de meterlos en la boca. Odiaba que me*

dieran alimentos mezclados como tallarines con verdura, o la mezcla del pan con el "relleno de los bocadillos". No pude NUNCA, NUNCA, meter eso en la boca. Sabía que si lo hacía me sentiría violentamente enfermo. Me gustaba comer las cosas que estaba acostumbrado a comer"[2].

➡ Hiperselectividad

La hiperselectividad alimenticia está asociada a la diversidad de los alimentos que come el niño. Comentarios de la familia del tipo "Sólo como el pollo empanado y de ninguna otra forma", "Antes comía gran variedad de alimentos y cada vez le gustan menos comidas" "Sólo toma los batidos de cierta marca" "Es imposible que pruebe algo nuevo de comer", etc. son las consecuencias de la hiperselectividad. La comprensión visual que tienen los niños de los alimentos por su forma, color, apariencia, así como la dificultad para la integración sensorial en su conjunto, hace que muchos alimentos sean rechazados; también la inflexibilidad mental que manifiestan los niños, la invariabilidad a los cambios y la restricción de sus intereses, son desencadenantes de la hiperselectividad.

"Mi hijo Thomas, antes de que siguiera pudiera ver, ya había seleccionado un aroma y le había dado, en mi opinión, demasiada importancia. Tenía solo unos días cuando empezó a reaccionar de forma inusual. Lo estaba amamantando. Descubrí, que si cambiaba de perfume, rehusaba mamar. No se trataba de un simple rechazo caprichoso, tenía hambre, estaba perdiendo peso y estaba furioso. Se convirtió en un asunto de vida o muerte. Cuando yo usaba el perfume correcto y lo abrazaba, era un bebé tranquilo y pacífico"[3].

➡ Posibles alteraciones gastrointestinales

En muchas ocasiones se ha asociado el autismo a problemas metabólicos y gastrointestinales, pero bien es cierto que en uno de los últimos estudios publicados en 2011, "No association between early gastrointestinal problems and

[2]Sean Barron, 1992
[3]Hilde de Clerc, 2006. Mamá ¿eso es un ser humano o un animal? Estocolmo: Intermediabooks

autistic-like traits in the general population" publicado en la revista "Developmental Medicine & Child Neurology", se demuestra que no existen diferencias significativas en cuanto a problemas gastrointestinales entre niños que tienen Autismo y aquellos que no.

A pesar de esto hay que destacar que muchos de los niños con autismo presentan problemas de tipo gastrointestinales como estreñimiento, debido a una restricción alimentaria, a una mala masticación a la medicación, y a un problema sensorial que surge a la hora de ir al baño, pero no por la condición de tener autismo.

En otros casos los problemas gastrointestinales vienen determinados por el rechazo y la limitación de determinados alimentos, como son las frutas y verduras, ricas en fibra.

➡ Condicionamientos clásicos negativos

El condicionamiento clásico es la conexión que existe entre un estímulo nuevo y un reflejo ya existente. Es decir una nueva relación estímulo-respuesta que es producto de la experiencia.

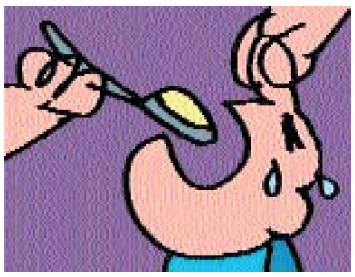
Un claro ejemplo de condicionamiento clásico negativo, es cuando un niño tras realizar una comida, tiene una experiencia negativa, como puede ser dolor abdominal, nauseas, vómitos… lo que genera un refuerzo negativo de esa experiencia, haciendo que ese recuerdo se haga extensible a otros alimentos similares, provocando la negativa a comer esos alimentos.

Del mismo modo, en ocasiones el buen hacer de los padres porque los niños coman, llevan a situaciones de forcejeos, broncas, enfados etc., lo que ocasiona que estas situaciones sean un refuerzo negativo provocando así mismo un malestar negativo en el niño que va a generar la negativa.

➡ Enfermedades: intolerancias y alergias

En las personas con autismo, al igual que en el resto de la población, también hay que valorar posibles enfermedades o malestares que puedan provocar dolores

estomacales, acumulación de gases, problemas de reflujos, úlceras, bacterias, alergias o intolerancias no detectadas a determinados alimentos, etc. Estos problemas pueden ser la causa de su negativa a comer. Es importante prestar especial atención a frecuencia y aspecto de las deposiciones, problemas conductuales después de las comidas, vómitos, etc.



Hay que diferenciar estos dos conceptos para poder comprenderlos.

Hablamos de intolerancia alimentaria cuando tras la ingestión de uno o varios alimentos se produce un efecto adverso en el organismo, como una mala digestión, o mala metabolización. Y hablamos de alergia alimentaria cuando tras la ingestión de un alimento se produce una respuesta inmunitaria, que puede comprometer la salud, como urticaria, picazón, hinchazón de alguna parte del cuerpo…

Las alergias en el caso de existir o intolerancia, más comunes, pueden ser la causa de que el niño no quiera comer, bien es cierto que cuando existe una alergia los síntomas son visuales (erupciones, rojeces, ronchas, hinchazón…) podemos ver la reacción que causa un alimento en el niño, pero cuando se trata de intolerancia no hay signos visibles, tiene que ser el propio niño el que nos advierta de que este o aquel alimento le causa dolor, molestia al ingerirlo.

Los principales alimentos causantes de alguna de las dos dolencias son: leche y derivados lácteos, huevos, pescado, maíz y cereales, alimentos que contienen Gluten y Caseína.

Una de las creencias más extendidas es la que relaciona los TEA con la intolerancia al gluten y la caseína ("…algunas personas con autismo tienen desordenes en degradar proteínas, y además coincidencia con excesiva permeabilidad intestinal (asociada entre otros a Timerosal de las vacunas), pasarían a cerebro y lo dañarían por ser muy similar a endorfinas en cerebro. Péptidos opiáceos que actúan como neurotransmisores. Proteínas de gluten y de caseína") (Lewis 2002). Si bien, se ha

demostrado[4] que no hay evidencia empírica de mejora con la Dieta Libre de gluten y Caseína, excepto en casos puntuales y que por tanto no puede asociarse esta alteración gastrointestinal al trastorno del autismo.

➡ Problemas conductuales relacionados con otras áreas del desarrollo

El resto de los aspectos del desarrollo como son cognitivo, motor, comunicación y social del niño influyen de manera directa en su alimentación.

Por ejemplo, en algunos casos el trastorno de la alimentación se produce por un "poder" mal establecido, es decir, el niño/a "se apodera" de la situación de comida como área de "poder y control" siendo el niño el que determina los límites de lo que se come y lo que no, cuando y qué cantidad, siendo de importancia que desde el primer momento se establezcan estos límites y el rol de cada uno.

> *p. ej. O. es una niña de apenas 2 años de edad que manifiesta un intenso trastorno de la alimentación, limitando su ingesta a algún biberón al día. Presenta limitaciones de movilidad y de comunicación lo que supone que dependa siempre de la acción del adulto. A medida que se le proporcionó capacidad de movimiento y herramientas de expresión, la necesidad de control de la niña en el momento de la comida se fue disminuyendo ya que iba aumentando el poder de control en otras áreas. Esto, junto a un programa específico de intervención de introducción de alimentos, ayudó a que O. pasara a comer todo tipo de triturados en poco tiempo.*

No debemos olvidar, que por encima de todo se trata de niños y que especialmente en la comida quien debe tener el control es el adulto. Para esto es necesario que el niño se sienta con poder de otras situaciones. Podemos ofrecerle cosas que no nos importe que rechace o momentos en los que pueda elegir lo que más desea, estableciendo dónde sí puede decidir y dónde decide el adulto.

---

[4] ***California Deparment of Disabilit Services: "Autistic Spectrum Disorders: Guidelines for Effective Interventions"***
Elder et al. 2006; Millward et all., 2004; Kern, Miller, Evans y Trivedi, 2002

Podemos resumir las posibles causas de los problemas de alimentación en el siguiente cuadro:

POSIBLES FACTORES ORIGEN DE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN TEA

- Alteraciones sensoriales
- Hiperselectividad
- Posibles alteraciones gastrointestinales
- Condicionamientos clásicos negativos
- Enfermedades: intolerancias y alergias
- Problemas conductuales relacionados con otras áreas del desarrollo

6. ¿Qué problemas de la alimentación podemos observar en las personas con TEA?

Los principales problemas de alimentación asociados a las personas con TEA están relacionados tanto con la ingesta de determinados alimentos, como de temas conductuales y comportamiento del niño.

➡ Alteraciones del ritmo de la comida

Uno de los problemas habituales con los que nos podemos encontrar, son niños sin sensación de saciedad, que comen de manera compulsiva, muy deprisa y entre horas con incluso “asaltos” a la nevera o los armarios. El proceso de masticación no se hace correctamente, por lo que puede originar exceso de gases, digestiones pesadas, dolor abdominal, etc. además del riesgo de sobre peso que conlleva. Establecer unos rígidos horarios de comida evitando que coma entre horas, no poner más comida de la necesaria en el plato y trabajar para que los intervalos entre pinchada y pinchada sean los adecuados, son objetivos básicos de intervención con estos niños.

En el extremo contrario, nos podemos encontrar niños para los que la comida no es un estímulo especialmente motivante. Comen de todo pero sin ganas, porque les dicen “que toca comer” y por tanto el ritmo de comida es lento y tedioso, especialmente exasperante en determinados momentos del día en los que no se les puede ofrecer todo el tiempo del mundo, como por ejemplo en los desayunos, cuando más prisa se tiene por cuestiones de horarios y que finalmente la situación acaba siendo tensa o se le acaba dando de comer para tardar menos.

➡ Negativa a comer sólidos

El paso de tomar alimentos triturados como papillas o purés a tomar sólidos o semi-sólidos puede resultar mucho más lento y complicado de lo que sería natural. En algunos casos, las familias nos comentan que fue imposible llevar a cabo este paso que se produce a partir de los 9 meses, produciendo en el niño problemas de llantos, gritos o incluso rechazo absoluto de la comida. Son casos de niños que comen todo tipo de alimentos siempre que sea triturado y no presentan problemas de nutrición deficiente. El cambio a la masticación y a las nuevas texturas, conlleva un aumento del tono muscular orofacial (boca y cara) y un manejo correcto mandibular y de la dentición que conviene ejercitar para aumentar la ingesta de un mayor número de alimentos y evitar así otros problemas como el estreñimiento.

➡ Variedad de alimentos extremadamente limitada

La tolerancia únicamente de ciertos alimentos con una textura específica, unos olores determinados, un sonido en la masticación característico, una consistencia específica, etc. pueden hacer que los alimentos que acepta el niño sean muy reducidos. Podemos encontrarnos a niños que comen alimentos sólo de una marca determinada (p.ej. marcas de postres lácteos, de galletas, bollería, congelados, precocinados, etc.), o únicamente cocinados de determinada manera (p.ej. rebozados) o cuyo menú de alimentos es extremadamente limitado, por ejemplo niños que únicamente comen patatas fritas, chocolate, bollería industrial. Hay que tener en cuenta que esto puede suponer un problema de nutrición para

el niño, bien por la falta de aporte de determinados nutrientes, como por un consumo excesivo de alimentos con un perfil calórico inadecuado. Además de las limitaciones sociales evidentes que conlleva para toda la familia.

➡ Marcados rituales

En algunos casos se da la necesidad por parte del niño de que la comida siempre deba realizarse bajo unos rituales. Estos rituales pueden crearse en cuanto a la forma o la secuencia de comida (por ejemplo el niño tiene que beber de una botella, seguidamente decir una frase el padre y al mismo tiempo meter la cuchara en la papilla); en cuanto a la postura (por ejemplo el niño tiene que estar tumbado con la cabeza apoyada en el regazo de la madre cuando toma el biberón); los utensilios, la comida o la bebida debe presentarse en un formato determinado o siempre en la misma vajilla; las personas, sólo acepta comer con una determinada persona; los espacios (por ejemplo niños que no comen en otras casas o restaurantes aunque sea la misma comida). La ruptura de estos rituales puede desembocar en un completo descontrol para el niño.

Estas situaciones suponen graves limitaciones para las familias. En algunos casos incluso se pueden generar situaciones de tensión entre los cónyuges o con familiares.

➡ Problemas conductuales

Evidentemente todos los casos donde exista un trastorno de la alimentación, se pueden considerar como problemas conductuales, ya que en torno a la comida se suelen dar situaciones de gritos, llantos, agresiones, huídas, pataletas, lanzamientos de comida, etc. Pero en este apartado nos referimos concretamente a casos de niños que comen todo tipo de alimentos en diferentes formatos, pero que presentan problemas de comportamiento no directamente relacionados con los alimentos o la aceptación de los mismos. Es frecuente, encontrarnos niños que presentan dificultades para permanecer sentados cierto tiempo o sentarse correctamente, niños que tienden a tocar los alimentos con las manos y no utilizar los cubiertos o un amplio repertorio de provocaciones o llamadas de atención

como escupir la comida riéndose, derramar los líquidos para limpiarlos compulsivamente, lanzar comida o pedir que el adulto le dirija constantemente la acción aunque haya conseguido autonomía con los cubiertos.

Conducta de pica

Podemos encontrar casos de niños que ingieran todo tipo de sustancias y materiales. Son frecuentes por ejemplo, los casos en los que beben colonia o que comen papel, pinturas, plastilina, insectos, tierra, plantas, etc. Si bien se considera conducta inapropiada para el nivel de desarrollo, al hecho de llevarse sustancias u objetos inapropiados a la boca a partir de los 18-24 meses, puesto que anteriormente los niños lo hacen de manera habitual como modo de exploración y conocimiento del mundo que les rodea. A veces, el trastorno es tan intenso que ni siquiera discriminan lo que ingieren. La necesidad de intervención en estos casos, es evidente ya que en ocasiones estas ingestas ponen en peligro la integridad física de la persona, por atragantamientos, intoxicaciones, alergias o perforaciones intestinales.

A modo de resumen, establecemos en el siguiente cuadro los problemas más habituales que se dan en los niños con TEA:

PROBLEMAS DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS CON TEA

- Alteraciones del ritmo de la comida
- Negativa a comer sólidos
- Variedad de alimentos extremadamente limitada
- Marcados rituales
- Problemas conductuales
- Conducta de pica

7. ¿Cómo podemos intervenir?

Antes de comenzar a tratar aspectos generales de intervención, conviene que sepamos que no existen recetas únicas ni estandarizadas para la intervención en trastornos de la alimentación en niños con autismo. En esta guía os ofreceremos criterios, pautas, estrategias que habrá que ir probando y cambiando para ajustarnos a cada caso, a cada niño y a cada situación particular.

Conocer las posibles causas por las que se puede originar un trastorno de la alimentación en un niño con TEA nos proporciona los conocimientos necesarios para asentar nuestra intervención en unos criterios sólidos y argumentados. Uno de los objetivos de esta guía, es por tanto conseguir reducir los comentarios que se puedan producir en torno al tema del tipo “no comen porque no quieren”, “tiene mucha cara dura” o “es que no come porque es un vago”. Intervenir sin saber produce intervenciones erróneas con efectos contrarios al deseado.



Por último hay que tener en cuenta los efectos secundarios que a veces tiene la toma de medicación y que se reflejan también en la alimentación, algunos de esos efectos como la alteración del apetito, la alteración en la función gastrointestinal (nauseas, vómitos, diarreas), las lesiones en la mucosa intestinal, o alteraciones psicológicas/psiquiátricas como depresión, agitación, ansiedad, nerviosismo, apatía, reducción de la concentración, son variables que debemos de tener en cuenta.

CONSIDERACIONES GENERALES

Persona ajena a la familia y fuera de casa

Todas las personas dentro de nuestras casas tenemos manías, costumbres que probablemente no demostramos y que podemos controlar en otras situaciones. En nuestra casa nos sentimos seguros, es nuestro espacio. Lo mismo nos ocurre con respecto a las personas; no con todo el mundo nos comportamos de la misma manera. Según lo que sepamos qué podemos esperar del otro, así nos comportaremos. Lo mismo ocurre con los niños y con los niños con autismo. A esto se le llama condicionamiento. Ellos están condicionados en casa a unas normas, a unos comportamientos determinados.

Cuando comenzamos una terapia de alimentación, se recomienda que la lleve a cabo una persona ajena a la familia y fuera de casa precisamente para romper estos condicionamientos creados. De esta forma, persona nueva en sitio nuevo supone norma nueva, lo que nos va a facilitar el trabajo ya que rompemos el condicionamiento. Además, el adulto ajeno a la familia establece con el niño una distancia emocional, que permite en muchas ocasiones que su trabajo sea sistemático y con una actitud firme

Cuando no es posible que el programa lo lleve a cabo una persona ajena, bien por falta de servicios de la comunidad o de entidades privadas, por incompatibilidades, por problemas económicos o por cualquier otra razón, las orientaciones que se presentan en esta guía son igualmente aplicables en casa, sin embargo el esfuerzo es mayor y probablemente los resultados tarden más en aparecer.

ACTITUD-APTITUD DEL ADULTO

Una de las principales claves para que el niño/a con autismo comience a comer es la actitud de la persona que va a llevar a cabo la terapia de alimentación. Es fundamental, que muestre una actitud segura. Tiene que estar convencida de que el niño va a terminar comiendo, porque de lo contrario la inseguridad se verá manifestada en sus actos y el niño la captará.

A la hora de elegir a la persona que llevará a cabo la terapia, debemos valorar que reúna otras características:

- Si es una persona nueva, tendría que establecer una buena relación con el niño. La comida, especialmente al principio puede resultar un momento tenso, por lo que el niño tiene que entender que esa persona le exigirá determinadas cosas durante la comida, pero que también puede ser divertida, cariñosa, estable, etc. fuera de esos momentos. Con los familiares, a veces los niños establecen relaciones muy particulares, como reírse siempre que esa persona se enfada porque le produce gracia su expresión o ignorar las normas siempre que vengan de determinado adulto. Esos son los factores que tendremos que evitar en el caso de que fuera un familiar quien llevase a cabo la terapia.
- Poco habladora. Necesitamos que se establezca una comunicación clara, sencilla y concisa. El exceso de lenguaje crea caos y confusión además de un clima de nerviosismo.
- El momento de la comida queremos que deje de ser temido y convertirlo en un momento agradable donde se entienda que comer es un acto placentero y que la comida está rica. Por eso empezaremos trasmitiendo nosotros mismos esa sensación al adulto. Una actitud tranquila es fundamental. A veces, grabarnos en video ayuda a ver cómo nos comportamos, ya que muchas veces estamos convencidos de estar tranquilos ante la situación y luego al visualizarnos nos damos cuenta que es fingido y que ese nerviosismo se debe normalmente a una falta de inseguridad.
- Por último, recomendamos una actitud firme a la vez que cariñosa. Dejar las normas claras no significa gritar, enfadarnos, ponernos nerviosos.

En muchas ocasiones nos encontramos con casos de niños que saben utilizar los cubiertos como la cuchara o el tenedor o que por una intervención en la que no se han priorizado adecuadamente los objetivos, se le ha enseñado autonomía antes que ampliar el menú de comidas. Lo que ocurre en estos casos es que si el niño come solo, tenemos muy pocas opciones de aumentar el repertorio de comidas, de que el adulto adquiera el control de la situación de comida. En muchos casos, conviene por tanto que el adulto le dé de comer al niño, priorizando que coma a que coma solo. En algún caso aislado, podremos mantener la autonomía del niño siempre que acepte permanecer sentado frente la comida y trabajando con firmes negociaciones en las que seamos nosotros quienes controlemos la comida a la que puede acceder.

AMBIENTE

Cuando la terapia la llevamos a cabo fuera del ambiente familiar, rompemos el condicionamiento que pueda existir asociado al lugar. La idea es “sitio nuevo, normas nuevas”. Sin embargo, cuando la intervención se va a llevar en casa esta ruptura no se produce por lo que tenemos que buscar una solución intermedia. A veces resulta muy eficaz cambiar el lugar en el que le vamos a dar de comer: si lo estábamos haciendo hasta ahora en el salón cambiarlo por ejemplo a la cocina. En otras ocasiones, la inflexibilidad del niño impide realizar este tipo de cambios, ya que puede provocar problemas de conducta mayores. Si esto fuera así, podemos aprovechar otras situaciones naturales para establecer normas nuevas, por ejemplo cuando nos vamos de, si hay un cambio en casa, una mudanza, etc.

Además, es importante que el ambiente sea tranquilo, evitando contextos donde haya mucho ruido. Por ejemplo, evitaremos comenzar una terapia de alimentación en un comedor común de un centro escolar. No sólo porque el ruido puede alterar al niño, sino también porque la situación puede provocarnos a nosotros inseguridad y nerviosismo. En casa, buscaremos un sitio de poco tránsito o no utilizado en ese momento por otros miembros de la familia.

Otra de las reglas básicas es que “durante la comida sólo se come”, no se ve la tele, ni se juega al ordenador, ni con otros juguetes, por lo que evitaremos el exceso de estímulos que puedan distraer o alterar.

PRIORIZAR OBJETIVOS

Cuando nos planteamos comenzar una terapia de alimentación, uno de los criterios que tenemos que establecer es un orden de objetivos. Suele haber muchos aspectos que hay que mejorar, sin embargo no podemos afrontarlos todos a la vez.

Uno de estos aspectos importantes, es la autonomía. En la mayoría de los casos, cuando un niño tiene una limitación severa de los alimentos que ingiere, conviene que sea el adulto quien le dé de comer, aunque él sea capaz de manejar los cubiertos. De esta forma, podremos establecer el “poder” en el adulto y no en el niño. La idea es que durante la comida, sea el adulto el que decida “qué”, “cuándo” y “cuánto” debe comer el niño y no al revés. Conviene por tanto, proporcionarle al niño otros momentos en los que tenga capacidad de decisión y elección y así trasladar su control. Podemos ofrecerle comida fuera de horas u otros elementos que no nos importe que rechace.

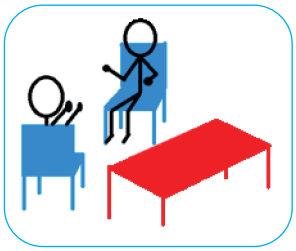
De la misma forma, si el niño presentara dificultad para permanecer sentado cierto tiempo, comenzaremos por establecer esta conducta básica antes de introducir nuevos alimentos.

COMO COLOCARNOS

Cuando nos planteamos intervenir con un niño una de las preguntas más frecuentes es cómo me sitúo con respecto a él. Teniendo en cuenta todo lo comentado hasta el momento, queremos sobre todo que la relación con el niño sea buena, el ambiente tranquilo y nuestra actitud segura. Por ello, lo mejor es buscar un espacio donde podamos situarnos delante del niño y que él no tenga posibilidades de escapar. De esta forma controlamos el espacio y los estímulos

y por tanto nos sentiremos más seguros. Además, podemos establecer mejor contacto ocular con el niño, especialmente importante a la hora de trasmitir firmeza y refuerzos.

Posicionar la mesa a un lado y no entre ambos, en ocasiones ayuda a evitar que el niño derrame, lance o tire la comida.





ELEGIR EL MOMENTO DE INTERVENCIÓN

Sabemos que la situación puede ser muy grave y que el deseo y la necesidad de solucionarla son grandes, sin embargo no conviene intervenir en todos los momentos de comida. Debemos elegir una sola comida al día según la disponibilidad y el tiempo que podamos emplear, lo cansados que nos encontremos nosotros y el niño o según el momento del día en el que parezca que pueda tener mayor apetito.

Especialmente al comienzo de la terapia, es frecuente que el niño ingiera poco alimento por lo que tenemos que asegurarnos una alimentación básica en el resto de las comidas. Además, de esta forma no expondremos al niño a una situación de sobre estrés produciendo el efecto contrario al deseado.

Este criterio supone que tenemos que prestar especial cuidado al resto del día, de forma que evitemos que coma entre horas o que coma cantidades mayores a las que acostumbra

LEY DEL PLATO VACÍO

Un plato vacío es el que va a indicar al niño que el momento de la comida o que esa comida en concreto se ha terminado. Siguiendo esta ayuda visual, cuando comencemos con la terapia de alimentación, comenzaremos poniendo en el plato una cantidad mínima del alimento que queremos introducir.

Imaginaros la comida que menos os guste. Si os pusieran un plato colmado de esa comida delante vuestro a la hora de comer, cuando más hambre tenéis, la sensación de agobio, incluso de nauseas os invadiría, acrecentando vuestra aversión a ese alimento. El mismo proceso ocurre en los niños con autismo con un trastorno de la alimentación, sólo que no se trata de una cuestión de un alimento aislado.

Por otro lado, además de controlar la cantidad de comida que ofrecemos, debemos tener en cuenta la temperatura de la misma, respetando en este caso los gustos del niño.

¡Cuidado con esta Ley una vez que come de todo! Cuando la persona ya come de todo habría que comenzar a trabajar cuestiones de flexibilidad mental y comunicación adecuada, ya que por las características propias del trastorno, pueden darse situaciones en las que la persona no quiera más comida por falta de apetito o incluso por dolor y no saber que se pueda dejar comida o comer menos de lo que hay en el plato, produciéndose en algunos casos manifestaciones de la conducta alteradas.

RITMO TRANQUILO

Uno de los factores por los que elegiremos el momento del día en el que iremos a intervenir, es precisamente el tiempo del que dispongamos, ya que es importante que no se cree nerviosismo o tensión. Debemos evitar meter prisa al niño. El proceso lleva tiempo e intentar acelerarlo no adelanta los resultados sino todo lo contrario.

Especialmente cuando el niño está comenzando a masticar, lo hace a un ritmo lento sobre todo si no está acostumbrado o si no ha masticado hasta el momento. Su musculatura maxilofacial está laxa y necesita tonificarse poco a poco. Será lento y se cansará rápido.

Otro de los errores que debemos evitar cometer, es llenar la boca del niño en exceso para forzar que mastique o trague. Podremos ofrecer una nueva cucharada de alimento siempre que la boca esté vacía, para lo que nos podemos ayudar ofreciéndole líquidos, pequeños trozos de alimentos preferidos o incluso estimulando puntos de reflejos naturales de deglución, como por debajo de la barbilla.

COMER ES AGRADABLE

Esa es la norma que queremos establecer en el niño. Por ello, el ambiente tranquilo, la actitud relajada y el ritmo pausado. Pero además, debemos tener en cuenta otros aspectos:

- Evitar que el niño esté físicamente incómodo hará que se encuentre más a gusto, por lo que deberemos prestar atención a que no esté mojado o manchado, especialmente en aquellos niños a los que más les pueda molestar.
- No engañar. Los engaños crean desconfianza que es justo lo contrario de lo que queremos generar. Comportamientos como aprovechar que esté distraído para introducirle comida en la boca, echarle a escondidas más cantidad de la pactada, ponerle varias veces el mismo alimento para que coma más cantidad del mismo o decirle que va a obtener algo como recompensa y luego no dárselo, son estrategias que no hay que utilizar ya que no son efectivas.
- No forzar. En muchos casos, existe un condicionamiento negativo producido por experiencias pasadas de forcejeo. Estas situaciones crean tensión por ambas partes y provoca que el niño/a sienta mayor aversión hacia las situaciones de comida. Controlar físicamente cuando sea absolutamente imprescindible, en un momento puntual y siempre que se haya trabajado previamente el de-

scondicionamiento hacia el momento de comer, es un recurso que debe analizarse en profundidad siempre en función de cada caso.

PACIENCIA

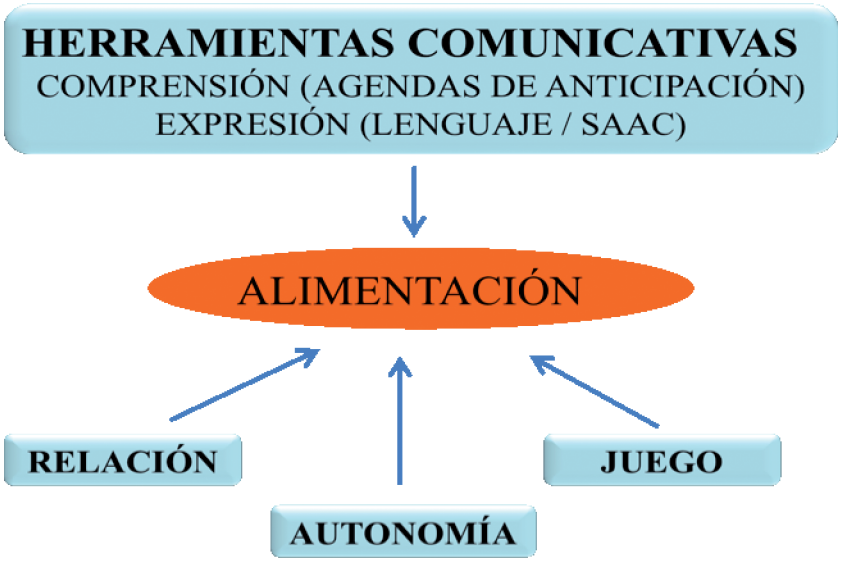
La intervención en un trastorno de la alimentación de un niño con TEA es un proceso lento y costoso, en el que no existen tiempos de referencia prefijados o estandarizados. Cada caso, cada niño es diferente, por lo que intentar comparar con otros casos además de no proporcionarnos información útil, no es beneficioso.

Debemos ser conscientes de que la intervención será más eficaz cuando respetemos estos ritmos. Los pequeños pasos que se vayan dando serán la base de un futuro éxito. Desesperarse por no ver inmediatamente los resultados deseados, a veces provoca que intentemos forzar más el ritmo o que nos desesperemos y desistamos. Las claves del éxito consisten en la paciencia y en la constancia. Este factor conviene que lo tengamos en cuenta a la hora de plantearnos si nos vemos capacitados en ese momento para asumir la responsabilidad de la terapia.

Como dijimos anteriormente, no existen planes estándares para todos los casos, por lo que deberemos ir probando y modificando nuestra actuación dentro de los criterios de actuación, para que se ajuste a las necesidades de cada niño. Tenemos un saco muy grande de herramientas; sólo tenemos que ir cogiendo las que necesitemos en cada caso. Si algo vemos que no funciona, no es que estemos retrocediendo, es que no es lo adecuado, por tanto, es importante ir probando según nos marque la evolución del proceso.

ENTENDER AL NIÑO EN SU GLOBALIDAD

Cuando trabajemos un trastorno de la alimentación, conviene que entendamos a la persona dentro de un marco más amplio, de esta forma entenderemos la necesidad de trabajar la alimentación desde otras áreas del desarrollo.



A medida que le vayamos dotando al niño de herramientas comunicativas, con sistemas que le ayuden a la comprensión como las agendas de anticipación, y aumentando sus capacidades expresivas, repercutirá positivamente en la intervención alimenticia, ya que nos facilitará cualquier tipo de negociación que establezcamos, así como sistemas de reforzadores y tiempos condicionales. Además, el niño aprenderá el valor y significado de las imágenes y le ayudará a confiar en ellas y por tanto en nosotros. Dotar al niño de herramientas comunicativas entre otros aspectos, disminuye la hiperselectividad e inflexibilidad mental.

Además, trabajar las habilidades de relación con el adulto y de juego, facilitará la creación del vínculo que necesitamos establecer durante la comida, de forma que el niño entienda que el adulto puede ser muy divertido, puede conseguir muchas cosas agradables de él pero que también es un ser predecible, que dicta normas claras que hay que cumplir.

Fomentar las habilidades de autonomía del niño en otras áreas, supondrá que el niño tenga capacidad de control y "poder" en momentos adecuados, no disruptivos, donde él se sienta bien consigo mismo por no depender de nadie.

Resumimos en el siguiente cuadro estas consideraciones generales que debemos tener en cuenta para intervenir:

CONSIDERACIONES GENERALES PARA INTERVENIR

- Persona ajena a la familia y fuera de casa
- Actitud-aptitud del adulto
- Ambiente
- Priorizar objetivos
- Cómo colocarnos
- Elegir el momento de intervención
- Ley del plato vacío
- Ritmo tranquilo
- Comer es agradable
- Paciencia
- Entender al niño en su globalidad

PASOS PARA LA INTERVENCIÓN

➡ **Registrar**. Antes de comenzar con la terapia de alimentación como tal, tenemos que recopilar información que nos va a ser útil para plantear los objetivos y estrategias de la terapia. Estos datos se refieren a qué tipo de alimentos y líquidos ingiere, cuánta cantidad, cómo, cuándo, con quién, etc. e información relacionada con reforzadores, es decir con juegos, juguetes, objetos que le gusten mucho y que podremos utilizar como refuerzo en las negociaciones. (Ver hojas de Anexo). Además, llevaremos un registro diario sobre los alimentos que le vamos ofrecemos, la cantidad y las reacciones. De esta forma tendremos una información objetiva de su evolución y podremos ir regulando la intervención en función de los resultados que vayamos obteniendo.

➡ **Elegir un momento**. Como hemos comentado anteriormente, es importante que especialmente al comienzo de la terapia sólo intervengamos en una





comida. Alguno de los criterios a tener en cuenta para determinar cuál es el mejor momento son la posibilidad de una intervención sistemática y continua, disponibilidad de tiempo y espacio, mayor apetito del menor, cansancio tanto del adulto como del niño, etc. Puede que al principio el niño coma poca cantidad en esa comida, por lo que tenemos que asegurarnos que ingiera una cantidad básica de nutrientes. Por otro lado, no conviene someter al niño a una sobre carga de estrés ya que podemos provocar el efecto contrario. Una vez que el niño conozca y acepte las normas durante esa comida, participe en las negociaciones y comience a ingerir alimentos nuevos, podremos plantearnos la intervención en otros momentos del día con alimentos diferentes, por ejemplo líquidos.

- **Preparar el lugar y menaje**. Buscaremos un lugar tranquilo, apartado de ruidos molestos y que sea agradable. Si es en un centro escolar, evitaremos los comedores comunes, donde hay exceso de estímulos y donde probablemente el adulto se sienta observado por lo que aumentará su nerviosismo. Si la intervención se hace en casa, buscaremos un lugar poco concurrido y que no sea de paso durante el tiempo de la comida. Podemos ayudar a que el lugar elegido sea agradable para el niño, introduciendo elementos o menaje de sus personajes preferidos: platos con el fondo de su dibujo de modo que a medida que coma vaya apareciendo la silueta, manteles bonitos, vasos con sus colores preferidos o manteles individuales con los protagonistas de las películas que más le gusten.

- **Priorizar objetivos**. Conviene que antes de situarnos frente al niño, hayamos establecido un orden en los objetivos que queremos conseguir. A veces son tantos aspectos los que nos gustaría mejorar, que podemos cometer el error de intentar afrontarlos todos a la vez. Para poder determinar qué objetivo es más importante, debemos fijarnos en los hitos del desarrollo normal y determinar aquellos aspectos básicos sobre los que se asientan los demás.

SENTARSE

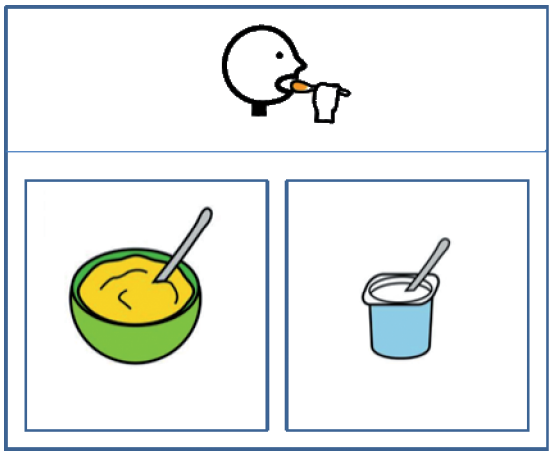
↓

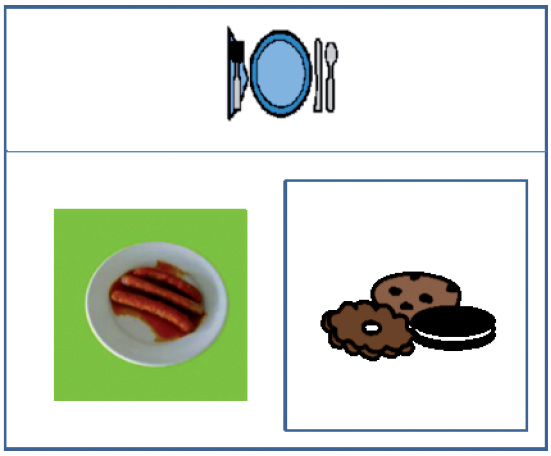
INTRODUCIR NUEVOS ALIMENTOS

↓

COMER SOLO

➡ **Anticipación visual**. Ya desde la agenda, le anticiparemos el momento de la comida. Además, podemos también informarle de la persona con la que va a comer y qué comida le toca. Podemos aprovechar el momento de poner la información para trabajar elecciones de reforzadores.





➡ **La exigencia va a variar en función de cada caso**. En ocasiones, resulta muy eficaz establecer normas nuevas, romper rituales desde el principio, al igual que introducir una pequeña exigencia. Según el niño y los objetivos que nos hayamos marcado como prioritarios, daremos por bueno y por tanto reforzaremos las mínimas aproximaciones a la consecución de dicho objetivo:

- Acercar la cuchara o el dedo manchado a los labios.

- Conseguir que toque la comida con la punta de la lengua
- Que coma 1 y ya (de triturado o de sólido nuevo).
- Que el adulto coma pequeñas cantidades de diferentes comidas a la vez para que el niño/a se vaya acostumbrando a que haya otros tipos de comidas en la misma mesa, sin que se sienta angustiado o piense que es para él. De esta forma aprende a confiar en nosotros, en lo que le decimos, en la información que le estamos mostrando visualmente.

En el siguiente cuadro, podemos verlo de forma resumida:

PASOS DE LA INTERVENCIÓN

- Registrar
- Elegir el momento
- Preprarar el lugar y menaje
- Priorizar objetivos
- Anticipación visual
- Valorar el grado de exigencia en cada caso

EJEMPLOS PRÁCTICOS

A continuación veremos algunos ejemplos prácticos de intervención, teniendo en cuenta como ya hemos dicho, que no se tratan de fórmulas generales y que habrá que adaptar a cada caso, ya que puede darse más de un problema de alimentación simultáneo y por tanto existir más de una causa.

● Condicionamiento clásico negativo

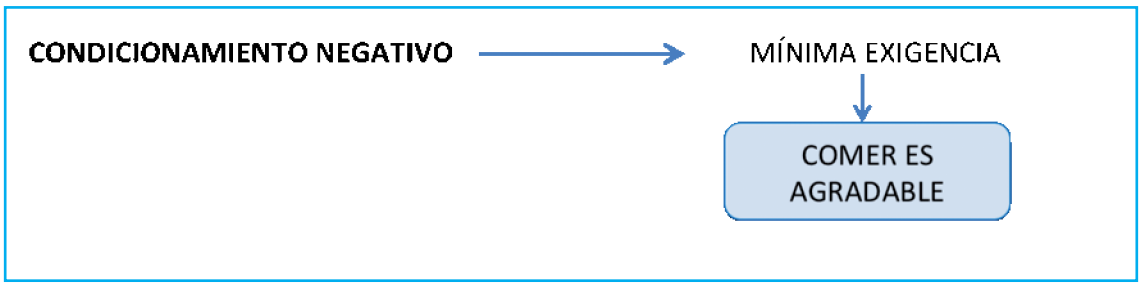


Figura 1. *En los casos en los que exista condicionamiento marcadamente negativo ante el momento de la comida, comenzaremos con reforzar la idea de que comer es agradable, por lo que la exigencia será mínima. Podemos comenzar con pedir que se aproxime solo al sitio, que se siente correctamente, empezando a comer su comida preferida cuando no llore y reforzando mucho la actitud tranquila. Terminaremos siempre con una situación de juego.*

● Alteraciones sensoriales

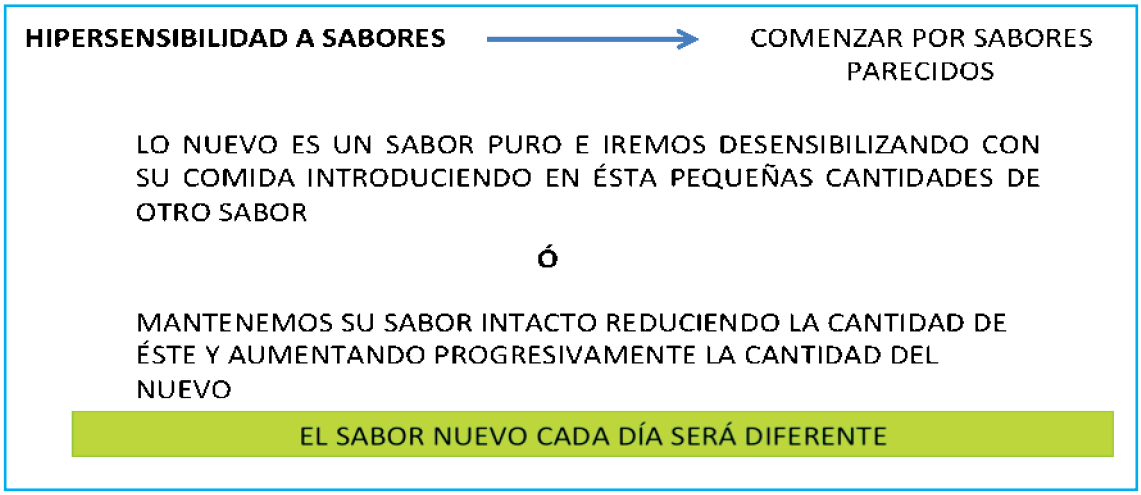


Figura 2. *En casos en los que es evidente que existe una hipersensibilidad en el sentido del gusto, tendremos que analizar qué tipo de sabores prefiere, dulces / salados, fuertes / suaves, etc. para comenzar por los sabores más parecidos al preferido. A veces, utilizar la estrategia de mezclar su comida preferida con la que queremos introducir provoca que rechace esa comida.* ***¡CUIDADO!*** *Porque si es lo único que come no podemos correr el riesgo de que deje de comer del todo.*

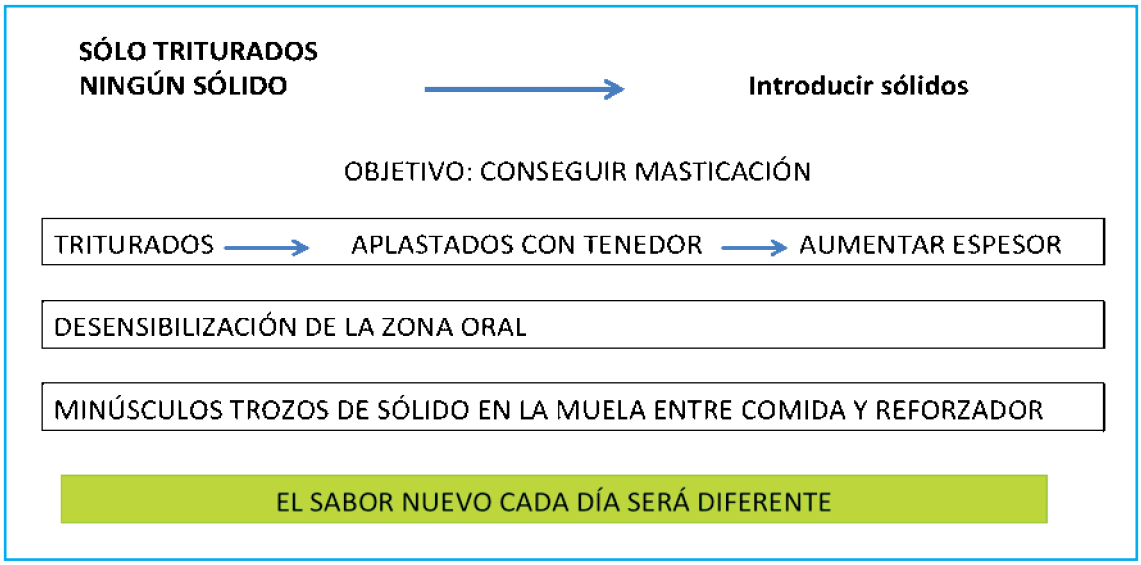


Figura 3. *En los casos en los que el niño no mastica nada, el proceso suele ser más largo y lento, lo que no implica que no se consigan los objetivos. En estas ocasiones, el trabajo multidisciplinar resulta más importante, ya que los logopedas o maestros en audición y lenguaje, pueden apoyar la intervención trabajando la desensibilización de la zona oral (con masajes, depresores, movimientos específicos de la lengua, etc.), al igual que los técnicos educativos pueden centrarse en el proceso de lavado de dientes, para que el niño acepte un elemento extraño sólido en su boca, que incluso pueda llegar a mordisquear y con el que se pueda introducir múltiples sabores.*

El proceso que se recomienda, es ir aumentando el espesor del triturado, introduciendo pequeñas cantidades de comida aplastada con el tenedor de forma progresiva. Trabajar con productos como yogures con trocitos no suele tener resultados muy positivos, ya que suele provocar el reflejo de arcada en los niños y por tanto el vómito.

Una vez que el niño nos permita tocarle la zona de la boca, introducir diferentes elementos y comience a mordisquear elementos externos como el cepillo de dientes o depresores, podemos ir poniéndole en la muela, trozos de pan de molde, patatas fritas o cocidas, plátano, etc. para que vaya moviendo la lengua e incluso presionando los molares en situación de comida. También podemos

ayudarnos de redecillas porta alimentos que se utilizan en las primeras etapas de masticación de los bebés, para que vaya asociando el moviendo del mordisqueo con sabores de comida.

● Hiperselectividad

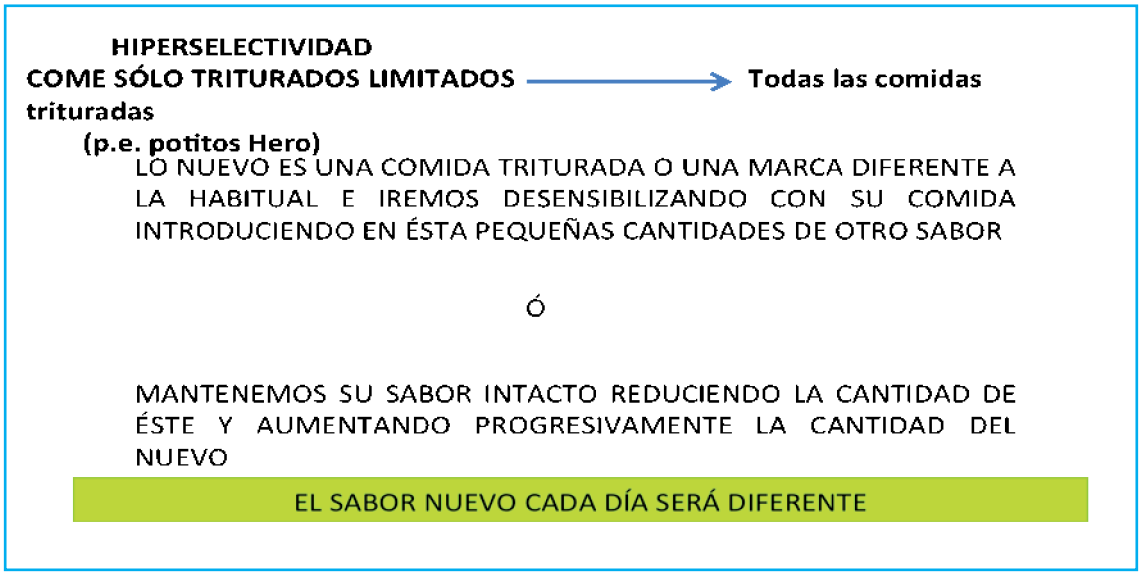


Figura 4. *Trabajaremos utilizando las técnicas de la figura 2 y 3. Partiremos del triturado del sabor y marca que le gusta, planteándonos como objetivo conseguir que coma todo tipo de comidas trituradas. A partir de este punto, comenzaremos a trabajar según el esquema de la figura 3.*

Cuando el niño muestra condicionamientos fuertes a marcas determinadas de triturados podemos empezar a trabajar mostrándole el envase original y volcando su contenido delante de él a recipientes normales.

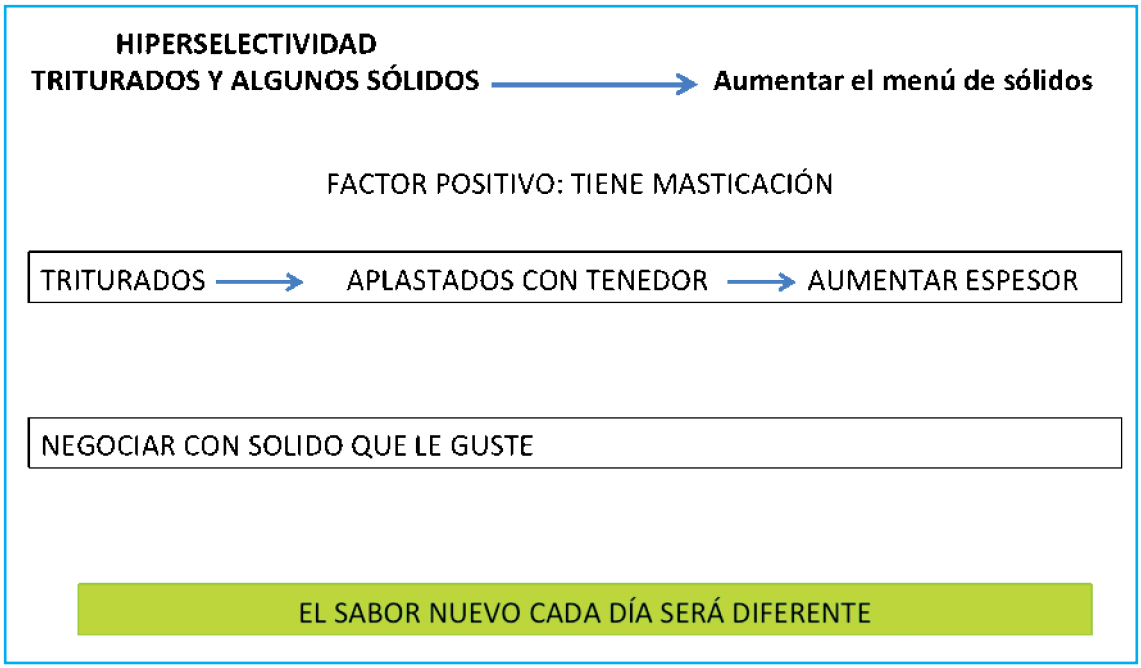


Figura 5. *En estos casos, al haber desarrollado masticación, poder ampliar el menú de alimentos triturados y sólidos se hace prácticamente en paralelo. Podemos desde el principio ofrecerle un trozo de sólido nuevo entre el triturado que le gusta, que iremos espesando progresivamente y el sólido reforzador.*

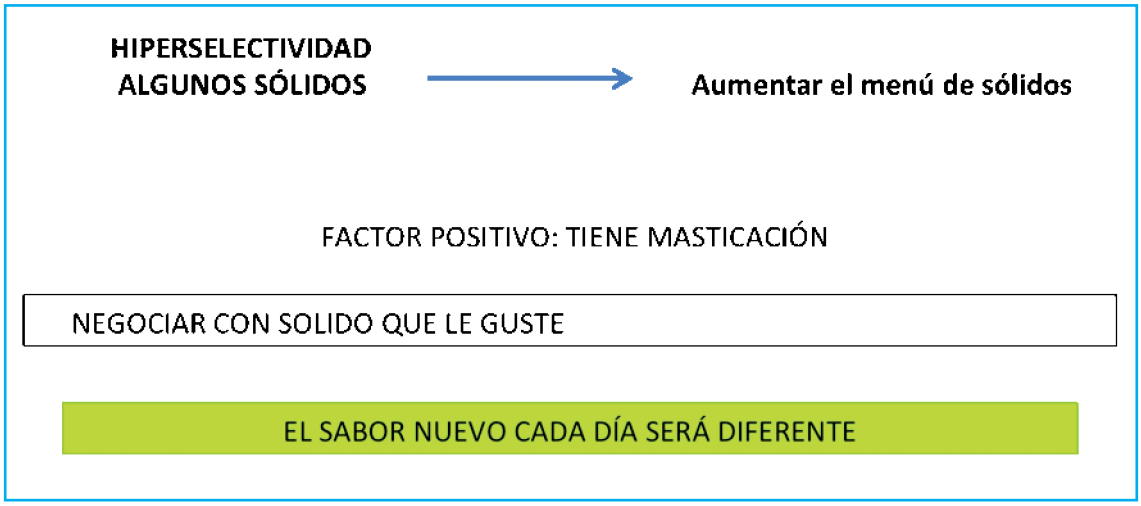


Figura 6. *Podemos comenzar ofreciéndole sólidos nuevos de características parecidas a los que come. Por ejemplo, si come pasta con tomate, utilizaremos el tomate para presentarle arroz o un trozo de pescado. Las negociaciones como*

en el resto de los casos se pueden plantear alternando la comida nueva con su preferida o presentando el reforzador al final, una vez que haya comido la cantidad presentada, que por supuesto, al principio es simbólica, mínima.

Cuando tratamos problemas conductuales, tenemos que saber que se pueden dar de forma aislada y por tanto sería el objetivo principal de la intervención, o pueden coexistir con otros como los presentados anteriormente. En estos casos, tendremos que priorizar el objetivo de la intervención y valorar si el problema conductual incapacita o no para conseguir mejoras en la introducción de alimentos nuevos o no. Por ejemplo, si el niño no se sienta, habrá que tomarlo como primer objetivo antes de plantearnos cualquier otro.

● Problemas conductuales relacionadas con otras áreas del desarrollo

En la ***Figura 7*** recogemos los problemas conductuales más habituales en torno a la comida. Como en los demás casos, tenemos que saber que cada caso es diferente, que no existe una receta única y universal y que por tanto, partiendo de las recomendaciones de intervención, podremos ir modificándonos y adaptándonos al caso en concreto y sus respuestas. También es importante saber que para que una estrategia sea efectiva hay que mantenerla cierto tiempo. Con que una única vez intentemos algo y no proporcione la respuesta deseada, no podemos decir que dicha estrategia no es eficaz.

PROBLEMA CONDUCTA	INTERVENCIÓN
● NO SENTARSE ● COMER RÁPIDO ● HACER BOLA ● TOCAR LA COMIDA ● DEPENDIENTE DE AYUDA ● ESCUPE	● AMPLIAR PERIODOS TIEMPO ACTIVIDAD ALTAMENTE REFORZANTE ● RETIRAR PLATO ENTRE CUCHARADAS/ CONTAR MASTICACIÓN ● ALTERNAR BEBIDA / COMIDA ALTAMENTE REFORZANTE ● HISTORIA SOCIAL / NORMAS SOCIALES VISIBLES / REFUERZO POSITIVO ● REFUERZO POSITIVO Y POCA AYUDA (p.e. “yo solo, qué bien”) ● IGNORAR / CONTINUAR

Figura 7

En cuanto a la **autonomía**, en los casos en los que aún no se ha adquirido, conviene trabajarla una vez hayamos conseguido que el niño coma de todo y en cualquier formato. Cuando el objetivo principal es la autonomía durante la comida, el adulto proporcionará una ayuda física pero no verbal, ya que toda ayuda hay que terminar retirándola, y si hablamos a la vez que dirigimos le estamos proporcionando dos ayudas. El adulto se posicionará del lado del brazo dominante, guiando la acción desde el punto más distal de la extremidad, es decir cogiéndole la mano y progresivamente iremos trasladando la ayuda hacia puntos proximales, muñeca, antebrazo, codo, hasta llegar a retirar nuestra mano y posteriormente nosotros del lado del niño.

En la **figura 8** presentamos un cuadro resumen de algunas pautas de actuación.

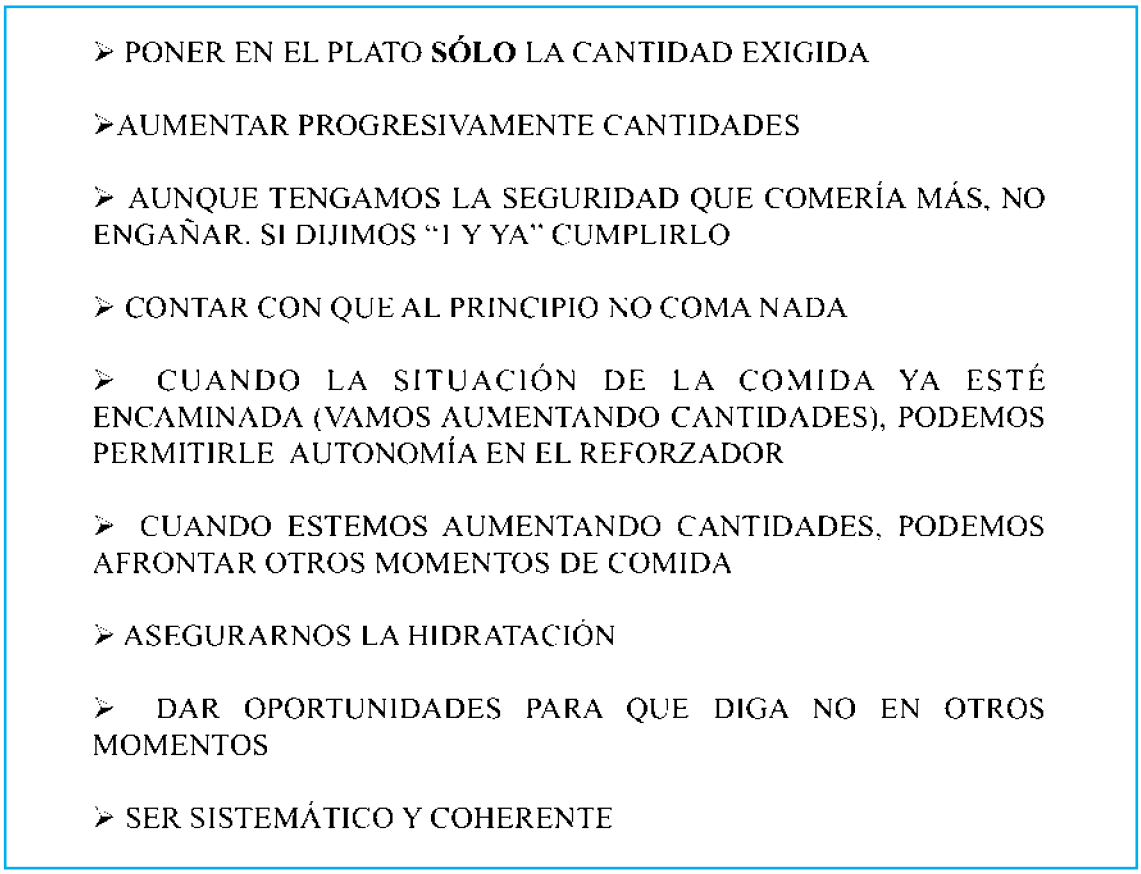


Figura 8

Normalmente, cuando comenzamos una terapia de alimentación fuera de casa y por una persona ajena a la familia, ocurre que se produce una descompensación entre el comportamiento del niño en la escuela y en casa, pudiendo comer absolutamente de todo en el centro pero mantiene su alteración alimentaria en casa. Es una situación bastante frecuente por lo que hay que evitar desesperarse o culpabilizarse. Se debe a que en casa aún sigue existiendo condicionamientos que habría que romper. El terapeuta irá indicando a la familia qué alimento deben ir probando a introducir y en qué momento hacerlo. **Trabajar con videos** ayuda a la familia a comprender el método a seguir y al terapeuta a ir rectificando la situación en casa.

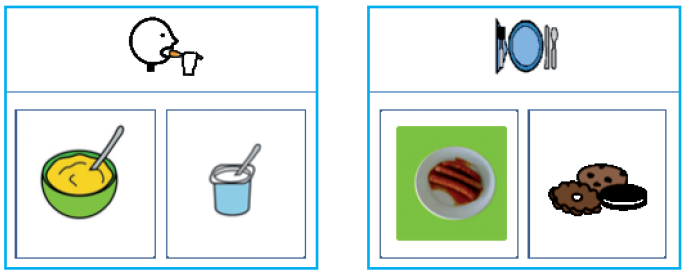
Una vez que el niño coma en una situación y con una persona determinada, tendremos que trabajar para **generalizar los objetivos**, es decir que coma

exactamente igual de bien con cualquier persona y en cualquier situación. Siempre que sea posible, por disponibilidad de la familia, podemos hacer que la madre o el padre asistan al centro de forma intensiva durante unos días seguidos en la hora de la comida. Al principio, simplemente estará en la misma sala pero en un extremo alejado del niño y progresivamente irá acercándose hasta que sea el progenitor quien le dé de comer delante del terapeuta. Esto ayuda al niño a entender que las normas son las mismas también con sus padres, teniendo la figura de referencia delante y proporciona seguridad a la familia que trasladará a casa, ya que han podido comprobar que es posible que su hijo/a coma.

ESTRATEGIAS DE APOYO A LA INTERVENCIÓN

Las estrategias más utilizadas en la terapia de alimentación con personas con TEA son:

- **Apoyos visuales**. Como ya hemos señalado anteriormente, debemos informar al niño desde con quién va a comer hasta qué comida. Esta información la podemos aportar en su agenda de anticipación y recordarla justo antes de la comida. Además, cualquier tipo de negociación o norma que establezcamos la mostraremos de manera visual, bien a través de pictogramas, fotografías y/o mostrándole físicamente los alimentos o en su base original.

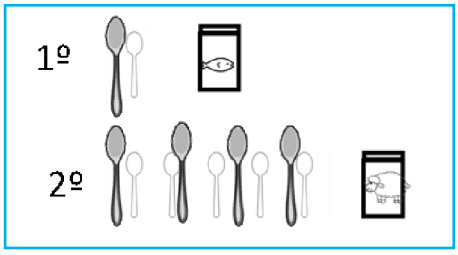


- **Contar**. Es un recurso muy utilizado para hacerle entender a la persona que la situación que le provoca desagrado no se va a mantener para siempre,

que tiene un final. Es importante, que nos mantengamos firmes en la palabra, es decir, si le decimos al niño que “3 cucharadas y se acabó”, por muy bien que lo haya comido o por mucho que intuyamos que comería más, no podemos seguir, ya que entonces nuestra palabra no sería de fiar. La estrategia de contar no es incompatible con las demás y también la podemos presentar de forma visual, tachando o tapando según lo vaya comiendo.

- **Negociaciones**. Todo el mundo está dispuesto a esforzarse en algo siempre que la recompensa sea lo suficientemente buena. Lo mismo ocurre con nuestros chavales. El listado de reforzadores que creamos al principio nos ayudará a determinar qué es lo que podemos utilizar como recompensa. Evidentemente, sea lo que fuera, **no podrán conseguirlo en otro momento o por otro motivo**. Sólo lo conseguirán cuando coman lo que les planteemos. Para asegurarnos que el reforzador es suficientemente potente, podemos darle a elegir entre dos para ver cuál quiere en ese momento e incluso ofrecérselo “gratis” la primera vez. Luego, le pediremos que antes pruebe o coma algo nuevo. El reforzador puede ser un objeto o un alimento. También podemos utilizarlo de forma alternativa (p.e. 1 cucharada de la comida nueva – 1 trozo de chocolate) o al final (p.e. primero el puré y después el yogur). De nuevo tenemos que mostrarnos firmes en las negociaciones para que sean efectivas, e irlas ajustando a los progresos, al momento o al estado físico del niño en ese momento. Por ejemplo, si está malo desde el principio las exigencias serán menores.





- **Control físico**. Es desaconsejable forzar o contener físicamente al niño para que coma. Sin embargo, en algunas ocasiones muy puntuales y después de haber trabajado a fondo desensibilizando la situación de comida, podríamos hacer un control físico leve, por ejemplo controlamos con un dedo la cabeza de un niño que la mueve hacia un lado y otro, siempre que no le sea desagradable o le produzca rechazo absoluto, mientras con la otra mano ofrecemos el alimento. Si lleváramos a cabo este tipo de estrategia en un momento determinado, tenemos que saber que el control, por mínimo que sea hay que retirarlo como cualquier otra ayuda que le proporcionemos. Además, no podemos mantener el contacto físico de control durante el instante exacto en el que el niño come, para evitar que se produzcan asociaciones, que nos costaría luego romper.

- **La mejor opción**. En ocasiones, funciona presentarle al niño una ligera modificación de su comida frente a un formato absolutamente diferente, de manera que acepte la pequeña modificación como la "menos mala". Por ejemplo, presentamos un puré de legumbres ligeramente aplastado frente a un cuenco con algunas legumbres enteras en caldo. El objetivo es que se coma el puré ligeramente aplastado y del cuenco le ofrecemos simplemente el caldo, pero sólo con la presentación el niño puede decidir comer sin problemas el alimento menos aversivo a la vista.

- **Refuerzo**. Como hemos dicho anteriormente, podemos reforzar con un alimento u objeto preferido, de forma alternativa o después de haber cumplido la exigencia que le presentamos. De cualquier manera, lo más importante es que ese reforzador (que previamente hemos definido con los registros), **no lo podrá conseguir en ningún otro sitio, ni por ninguna otra conducta**. Únicamente conseguirá ese reforzador si come lo que le proponemos. Además, reforzaremos socialmente con expresiones faciales muy marcadas y frases del tipo "muy bien", "fenomenal", "campeón", etc. cada vez que



realice correctamente el objetivo que queremos conseguir: si nuestro objetivo ya no es que se siente correctamente, sino que se lleve la cuchara a los labios, reforzaremos esto último únicamente. El refuerzo debe ser inmediato. Cuidado con ser demasiado efusivos porque podemos asustar al niño/a.

➡ **Materiales**. En el mercado existen multitud de materiales e instrumentos de los cuales podemos servirnos para ayudarnos a conseguir los objetivos que nos hayamos marcado.

Cuando se trate de ayudar para que el niño tenga autonomía podemos utilizar cubiertos con mangos anatómicos, más gruesos y antideslizantes, platos con bordes elevados y bases antideslizantes o con ventosas, bordes o topes para añadir a los platos para que no se salga la comida, vasos adaptados y con ventosa para que no vuelque y se derrame el contenido, baberos para que el niño esté cómodo y seco.



En los casos en los que sea necesario un trabajo de desensibilización de la zona oral o de desarrollo de la masticación, podemos servirnos de redecillas porta alimentos para bebés, mordedores, muñequeras para morder, cepillos de dientes, depresores blandos y duros, etc. Este tipo de material se puede utilizar en momentos ajenos a la hora de la comida e incluso pueden ser utilizados por personas diferentes, como el logopeda. Una vez que consigamos que el niño chupe o muerda estos objetos, podemos ir untándolos en siropes de diferentes sabores, zumos o gelatinas, de manera que creemos progresivamente una asociación positiva y agradable entre la consecución de sabores o elementos extraños en la boca.

De igual manera podemos ir trabajando con alimentos duros como regalices, pajitas rellenas de gelatina, colines o caramelos de toffe.

➡ **Juegos**. Otra manera de desensibilizar la zona de la boca, es a través de juegos. En muchos casos, la falta de masticación produce laxitud de los músculos orales que podemos ir trabajando de forma paralela a través de ejercicios divertidos en casa o en la escuela.

- Masajes con crema en la zona próxima a la boca.
- Untarle los labios con algún sabor preferido para que saque la lengua.
- Juegos de pedorretas.
- Juegos de soplos con pompas, confetis, silbidos, molinillos, velas, pajitas para hacer burbujas, etc.
- Juegos de sujetar papeles entre los labios, o lápices en el labio superior, etc.
- Juegos en los que le hagamos movimientos de los labios con nuestro dedo para producir sonidos.
- Podemos incluso llegar a meterle nuestro dedo en la boca para masajearle los molares.



Figura 7

El siguiente cuadro resumimos este último apartado:

ESTRATEGIAS DE APOYO A LA INTERVENCIÓN	
● Apoyos visuales ● Contar ● Negociaciones ● Control físico	● La mejor opción ● Refuerzo ● Materiales ● Juegos

8. Salud y prevención bucodental

Los profesionales de la odontología, los profesionales educativos y los propios padres, encuentran muchas veces verdaderas dificultades para conseguir tratar correctamente la higiene y salud bucodental de los niños con autismo.

En estos niños se dan circunstancias especiales como es la aversión a ciertas texturas, ruidos o sabores, molestias al ser tocados, etc., que hacen que acciones como el cepillado, escupir el agua de enjuague, abrirle la boca para ver si existen caries, etc. puedan resultar muy dificultosas de conseguir y por lo tanto complica la creación de los hábitos higiénicos correctos y saludables.

Esta creación de hábitos puede ser lenta y a veces complicada, pero una vez que sean adquiridos brindan resultados muy positivos que revierten tanto a su salud como más específicamente en su correcta alimentación.

De la misma forma que hemos conocido cuales son los hitos del desarrollo de la alimentación, definimos también cuales son los **hitos del desarrollo de la dentición**, queremos recalcar que esta información es simplemente orientativa, y no tienen por qué cumplirse en todos los casos, todo dependerá del desarrollo de cada niño.

EDAD	APARICIÓN PIEZAS DENTICIÓN
De 6 meses a 12 meses	8 incisivos de leche
De 12 a 18 meses	4 primeras premolares de leche
De 18 meses a 2 años	4 caninos de leche
De 2 a 2 años y medio	4 segundas premolares de leche
A los 6 años	4 premolares definitivas
De 6 a 8 años	8 incisivos definitivos
De 8 a 9 años	4 segundas molares definitivas
De 9 a 12 años	4 caninos y 4 premolares definitivos
A los 12 años	4 caninos y 4 premolares definitivos
De 16 a 25 años	4 terceras molares

El desarrollo de la dentición puede conllevar la aparición de determinadas enfermedades y dolencias si no se cuidan correctamente los hábitos de higiene. También repercute en esto la toma de medicaciones prolongadas.

Las enfermedades más frecuentes y que aconsejamos que sean tratadas por un especialista por su directa relación con la alimentación son:

- Caries: es la destrucción de los tejidos de los dientes por la acción de los ácidos de la placa bacteriana.
- Lesiones traumáticas de los tejidos de los dientes, del hueso de la mandíbula, de las encías.
- Bruxismo: es el apretamiento o chirriar de los dientes que se hace involuntariamente.
- Halitosis: se identifica por un mal aliento u olor en la boca.
- Gingivitis: es la inflamación y sangrado de las encías.
- Enfermedad Periodontal: es la infección de los tejidos que rodean y soportan los dientes causada por la placa y el sarro.

Para prevenir la aparición de estas enfermedades en los niños es importante:

- **Crear una rutina en la higiene oral**: debe consistir en cepillarse los dientes después de cada comida, restringir el consumo de dulces o bebidas azucaradas, masticar bien los alimentos para que no queden restos entre los dientes, consumir alimentos ricos en calcio y proteínas.

  Los niños deberán interiorizar la necesidad de cepillarse aunque sean dientes de leche ya que está demostrado que los defectos dentales y las caries pueden transmitirse a la dentadura definitiva

- **Conocer y diferenciar los distintos instrumentos para el cepillado**: los niños con autismo como venimos mencionando presentan a veces una mayor o menor sensibilidad a determinados sabores, texturas, colores o ruidos y que debemos de tener en cuenta para determinar la pasta, el cepillo, el enjuague más adecuado y aceptado por el niño.

Con la aparición de los primeros dientes se puede utilizar una gasa con un poco de agua o con un cepillo adaptado para bebés. Posteriormente, conviene utilizar cepillos suaves, blandos, de mango recto para que no se lastimen las encías hasta que controlen la presión que debe de ejercerse. La utilización de cepillos eléctricos está indicada siempre que al niño no le produzca rechazo o alteración por el ruido y la vibración que produce.

La pasta dental debe ser adaptada a la infancia, con flúor, calcio y sabores afrutados.

- **Aprender la técnica de cepillado correcta**: el cepillado debe comenzar con la aparición de los primeros dientes y siempre ha de seguir un orden en la realización de forma que ninguna zona quede sin cepillar, además así facilitamos el aprendizaje al niño. Comenzaremos por poco tiempo de cepillado (suficiente unos segundos) e iremos aumentándolo a medida que el niño vaya aprendiéndolo.

  Existen varias técnicas de cepillado de dientes:

TÉCNICA HORIZONTAL
Es una técnica sencilla, para una primera fase de aprendizaje inicial en niños. Consiste en desplazar el cepillo dental por la superficie de los dientes con movimientos horizontales.
TÉCNICA CIRCULAR O DE FONES
Esta técnica es la más recomendada a los niños más pequeños y con dificultades de aprendizaje dado que tiene necesidad de menos destreza y habilidad para realizar el cepillado. Consiste en movimientos circulares grandes y se realizan con la boca cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con esta técnica se consigue remover la placa bacteriana y al mismo tiempo se masajea las encías.
TÉCNICA CIRCULAR O DE FONES
Es una técnica sencilla, para una primera fase de aprendizaje inicial en niños. Consiste en desplazar el cepillo dental por la superficie de los dientes con movimientos horizontales.

Además de los dientes no podemos olvidar el cepillado de la lengua, importante sobre todo para eliminar las bacterias que se depositan y producen la halitosis (mal olor). El cepillado se realiza con el propio cepillo desde la mitad de la lengua hacia fuera con o sin pasta siempre muy suave para no lesionar las papilas.

En ocasiones nos encontramos con niños que en el momento de enjuagarse con agua no saben escupir, para evitar la ingesta continua y excesiva de flúor que puede dañar el aparato digestivo, reduciremos la cantidad de pasta dentífrica al tamaño de una lenteja en el cepillo de dientes, puesto que es el propio cepillo el que hace la función de limpiar.

Al igual que para otras actividades que realicemos con niños con autismo, debemos seguir utilizando las técnicas que les facilitan el aprendizaje. Como por ejemplo anticiparles mediante pictogramas que después de comer debe cepillarse, ponerles pictogramas en los lugares para que sepan dónde está el cepillo y la pasta, podemos también tratar de practicarlo a la misma hora, en el mismo lugar para crear el hábito.



Imágenes extraídas de ARASAAC

Para ayudar al niño a saber el tiempo que dura el cepillado podemos contar en voz alta, mientras se cepilla o le ayudamos a cepillarse.

Todas estas acciones van a conseguir que el niño adquiera un hábito correcto y el estado bucal no sea un impedimento más para que el niño coma, puesto que si no existe dolencia alguna a nivel oral, la alimentación va a poder realizarse correctamente, ya que la boca es la entrada del alimento.

Lo mismo que para el aprendizaje de otras tareas de la vida diaria, conseguir una continuidad entre niño-colegio y niño-familia es imprescindible para conseguirlo.

ANEXOS

REGISTRO INICIAL

	COMIDAS	BEBIDAS
NO ME GUSTAN		
ME GUSTAN		
CANTIDAD		
CÓMO LO TOMO		

REGISTRO DIARIO

FECHA	ALIMENTOS	ACTITUD/COMENTARIOS

REGISTRO REFORZADORES

JUEGOS	JUGUETES
CANCIONES	**PERSONAJES**

BIBLIOGRAFÍA

Ventoso, M.R. *Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. Publicado en* **Rivière, A. y Martos, J. (comp).(2000)***. El niño pequeño con autismo. 10, 120-122.* Madrid: APNA.

Carnero J.J., Pastor A., Alós F.J. (2002). *Intervención en hábitos de alimentación en un niño con Autismo. XI Congreso AETAPI.*

Viguria Padilla, F. y Miján de la Torre, A. *La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida.* Nutrición Hospitalaria. 2006; 21(5):557-66

Ortiz-Andrelluchi A., Peña Quintana L., Albino Beñacar A., Mönckeberg Barros F. y Serra-Majem L. *Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral.* Nutrición Hospitalaria. 2006; 21(4):jul-ago.

Laud RB, Girolami PA, Boscoe JH, Gulotta CS*. Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. Behav Modif. 2009 Sep;33(5):520-36.* Epub 2009 Sep 10.

California Deparment of Disabilit Services*. "Autistic Spectrum Disorders: Guidelines for Effective Interventions"Elder et al. 2006; Millward et all., 2004; Kern, Miller, Evans y Trivedi, 2002*

Sharon M., Greis, Ma CCC/SLP, BRS-S Stephanie M., Hunt Ms., otr/l. (2008) *Texture Progression: The Effects of Oral Sensory Defensiveness on Oral Motor Function in ASD.* Pediatric feeling & shadowing center.

Valerie M. Volkert and Petula C. M. Vaz. (2010) *Recent studies on feeding problems in children with autism. Journal of applied behavior analysis.* Munroe-Meyer institute and university of Nebraska medical center. 2010, 43, 155–159.

GETEA*. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista.* REV NEUROL 2006; 43 (7): 425-438

Gortázar Díaz, M*. Servicio de AT de Lebrija (Sevilla). Favorecer la comunicación y el lenguaje en contextos de la vida diaria.*

Adams J., Edelson S., Grandin T., Rimland B. (2004) *Recomendaciones para los padres de niños autistas pequeños.* En http://www.autism.com/tran_es_advicepaper_rev.asp

Equipo Deletrea. (2011)*. Los niños pequeños con Autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos.* Madrid: CEPE

Grandin, T. (1995)*. Pensar con imágenes.* Alba.

Bogdashina, O. (2003)*. Percepción sensorial en el autismo y síndrome de Asperger.* Autismo Ávila

De Clercq, H. (1999). *Mamá, ¿eso es un ser humano o un animal?* Intermedia Books

Federación Autismo Castilla la Mancha. *Guía de intervención dirigida al alumnado con Autismo.*

Mulas F., Ros-Cervera G, Millá MG., Etchepaeborda MC., Abad L., Téllez de Meneses M. *Modelos de intervención en niños con autismo.* Rev. Neurológica 2010; 50 (supl 3): S77-87

Páginas en internet:

Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición (AESAN)
http://www.aesan.msc.es/

Asociación Española de Profesionales de Autismo (AETAPI).
http://www.aetapi.org/

Programa TEACHH (Programa Estatal de Carolina del Norte)
http://www.teacch.com/

Confederación Autismo España
http://www.autismo.org.es/

Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas
http://www.ceapat.es

Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa
http://www.catedu.es/arasaac/



FEDERACIÓN AUTISMO MADRID

www.autismomadrid.es

info@autismomadrid.es

Tlf. 910 133 095