

INTERVENCIÓN EN HABITOS DE ALIMENTACIÓN EN UN NIÑO CON AUTISMO

José Julio Carnerero^{1*}, Ana Pastor² y Francisco José Alós³

1,2. Asociación de Padres de Autistas de Córdoba y TGD (APAC)

3. Universidad de Córdoba

Los problemas de alimentación son considerados como frecuentes y característicos en niños pequeños con autismo. Estos problemas tienen consecuencias tanto biológicas como psicológicas. En concreto, existe relación entre la falta de tonicidad en la musculatura de la zona orofacial debido a la falta de movimientos de masticación y desarrollo del lenguaje. El propósito de este trabajo es exponer el análisis e intervención realizado con un niño de 7 años diagnosticado de autismo, con graves problemas de alimentación. Presentaba problemas de hiperselectividad alimenticia, que se manifestaban en rechazo a nuevos sabores y texturas. Un análisis funcional de los elementos implicados en la adquisición de dicha conducta nos permitió estructurar la intervención dirigida a: 1) Aumentar la gama de alimentos (sabor y textura), 2) Aprendizaje de la masticación y 3) Uso de los cubiertos. La enseñanza fue realizada por la cuidadora y la madre en la propia casa bajo la supervisión de los terapeutas. Se presentan datos de seguimientos a los 10 meses.

INTRODUCCIÓN

La ingesta de alimentos es una necesidad básica para un buen desarrollo biológico. La alteración en los hábitos de alimentación trae consigo consecuencias perjudiciales para el organismo, influyendo a distintos niveles, ya sea biológicos o psicológicos. En un buen número de niños con autismo la presencia de problemas relacionados con la alimentación son frecuentes. Cuando estos problemas se detectan la mejor alternativa es plantear una intervención explícita dirigida a implantar hábitos adecuados y saludables de alimentación. Asimismo unos buenos hábitos de alimentación están relacionados con el desarrollo favorable de otros comportamientos, como por ejemplo el lenguaje. En el caso que presentamos se interviene deliberadamente y en base a una planificación previa sobre problemas de alimentación. La intervención no se realiza aplicando un paquete de tratamiento estándar, sino de manera individualizada después de haber realizado una evaluación y análisis funcional de la conducta considerada como objetivo de cambio.

MÉTODO

Participantes

Un niño de 7 años diagnosticado de autismo con graves problemas de alimentación. Presentaba hiperselectividad alimenticia, con rechazo a nuevos sabores y texturas, lo que hacía que la gama de alimentos no fuera mayor de 5

* La correspondencia puede ser dirigida al primer autor a la APAC. C/ San Juan de la Cruz, 9 – 14007 Córdoba. Telf: 957 492527. Correo electrónico: jjcarnerero@inicia.es

ó 6. No sabía masticar ni utilizar los cubiertos. Comía alimentos semilíquidos dados por la cuidadora. Todo esto, y dada la edad del niño, comenzaba a inhabilitar su propia vida y la de su familia. La cuidadora y la madre fueron quienes llevaron a cabo la intervención bajo la supervisión de los terapeutas.

Materiales

El contexto donde se desarrolló la intervención fue en el comedor de la casa. Se utilizaron los cubiertos habituales. Los supervisores utilizaron formatos específicos para los registros de datos. Temporizadores, papel y lápiz. El zumo de naranja se usó como principal reforzador junto a otros sociales.

Procedimiento

A lo largo de la *fase de evaluación*, en base a una primera entrevista con la madre, se decidió cuáles serían las conductas objetivo a evaluar mediante observación directa. En línea de base se registro: 1) la duración (en minutos) de la comida, 2) Número de cucharadas por minuto, 3) Frecuencia con la que miraba la televisión, 4) Estilo de interacción de la cuidadora.

Con los datos de la evaluación y después de realizar un análisis funcional se inició la *intervención*. Los terapeutas estaban presentes en cada una de las sesiones y al comienzo de la misma describían a la cuidadora las pautas a desarrollar en ese día. A lo largo de la sesión los terapeutas daban feedback descriptivo a la cuidadora. La intervención comenzó (1) adquiriendo un buen control postural que facilitara la deglución. (2) Se disminuyó el número de cucharadas por minuto, tanto en la comida (1º plato) como en el postre. Paulatinamente se fue (3) cambiando la textura de los alimentos, pasando desde semilíquidos a más densos. A medida que había mayor tolerancia a diferentes texturas (4) se introducen nuevos alimentos, con el objetivo de aumentar la gama de sabores e (5) iniciar al niño en el aprendizaje de la masticación.

Debido a la falta de tonicidad de la zona orofacial no realizaba la masticación, tragaba. Para solucionar el problema, fuera de las horas de la comida se enseñó al niño a imitar el movimiento de la masticación como un primer paso. Un segundo paso fue hacer ejercicios de fuerza en la mandíbula, sujetando hasta 3 depresores de madera con las muelas. En tercer lugar se continuaron los ejercicios con la masticación de trozos de manzana, para seguir fortaleciendo la musculatura y desarrollando el aprendizaje de la masticación. Por último, los ejercicios consistieron en desgarrar trozos de jamón, pasando posteriormente a un progresivo tamaño en los trozos de carne.

Se fue introduciendo el aprendizaje para uso de los cubiertos de manera secuencial, comenzando por la cuchara para el postre, el tenedor para alimentos más sólidos y en último lugar la cuchara.

Resultados

Los resultados indican que el niño adquirió un buen hábito de alimentación. Paso de una gama inicial de 5 a 40 alimentos, al momento de finalizar la intervención. La duración de la comida también aumentó, pasando de un tiempo medio de 7'8 minutos en línea de base a 19'8 minutos a lo largo de la intervención. En cuanto a la tasa por minuto en la comida (número de cucharadas dividido entre el tiempo) también se produjo un cambio pasando de

una tasa de 7'46 cucharadas en un minuto a 4'7. En el postre también se bajo la tasa de 8'66 a 6'19 cucharadas por minuto.

DISCUSIÓN

Las pautas de tratamiento propuestas se muestran efectivas en todas las conductas propuestas como objetivos de intervención. Esto se debe a que se realiza un análisis funcional en base al cual diseñar la intervención individual, en lugar de haber aplicado un paquete de tratamiento estándar que no se atuviera a las características personales del niño, familiares y contextuales. Podemos dar cuenta de la baja intolerancia a los nuevos alimentos una vez que se moldeó la textura de los ya existentes habitualmente. Por medio de los ejercicios de masticación aumentó la tonicidad de la musculatura a nivel orofacial, facilitando introducir nuevos alimentos con diferentes texturas. Puede considerarse como un *estilo natural de intervención* pues a pesar de todos los cambios introducidos como pautas, resultan mínimamente intrusivas y no alteran el ritmo habitual del niño y de la familia, al tiempo que se moldea a la cuidadora y la madre para que implanten los cambios. Asimismo la intervención directa sobre los problemas de alimentación facilitó el aprendizaje de las primeras vocalizaciones y palabras. Todo esto aumento la calidad de vida del niño y de su familia, tanto es así que la familia viajó en vacaciones fuera de su lugar de residencia sin suponer esto una alteración en la alimentación del niño y poder llegar a describir la madre que *“esas eran las mejores vacaciones de su vida”*.