

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL CASO DE UN NIÑO CON TEA

Aguilar Rodríguez, Ana

Trabajo Fin de Grado

Director: José Martín-Albo Lucas

Grado de Psicología

Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Junio 2013

INDICE

Resumen	2
Introducción	2
Método	10
Participantes	10
Instrumentos	11
Procedimiento	12
Actuación con el niño	13
Actuación con los padres	15
Cronograma	17
Resultados esperados	19
Referencias	20
Anexos	
Anexo 1. Criterios diagnósticos	
Anexo 2. Entrevista semiestructurada	
Anexo 3. Ejemplo agenda de pictogramas	
Anexo 4. Pictogramas	
Anexo 5. Contrato de contingencias	

Resumen

La hora de la comida puede terminar siendo una fuente de ansiedad y miedo para los niños con Trastorno del Espectro Autista y de estrés para sus familias. Por ello, se propone una intervención conductual para un caso real de conducta alimentaria alterada en un niño con autismo. Partiendo de la literatura existente acerca de la intervención en estos casos, ésta se realizaría en el contexto natural del hogar y centra su actuación tanto en los padres como en el niño. Se esperan resultados satisfactorios puesto que la intervención ha sido adaptada al caso particular.

Palabras clave: Autismo, problemas de alimentación, programa de contingencia.

Abstract

Lunch time can be a source of anxiety and fear for children with Autism Spectrum Disorder and a source of stress for their families. For this reason, a behavioral intervention is being proposed for a real case of disruptive feeding behavior in a child with autism. Beginning from the current literature about interventions in these cases, it would take place in the natural context of home and focuses its action not only on the child but also on the parents. Results are expected to be satisfying, because the intervention has been adapted to the particular case.

Keywords: Autism, feeding problems, contingency program.

Introducción

La palabra autismo fue definida por primera vez en 1943 por el psiquiatra austriaco Leo Kanner, mediante la cual hacía referencia a una alteración cualitativa de la relación con los demás, con un trastorno de la comunicación y el lenguaje, y un déficit de flexibilidad mental y comportamental. Esta definición la extrajo tras la observación de 11 niños que presentaban un patrón conductual similar: “profunda falta de contacto afectivo con otras personas, deseo obsesivo por mantener todo igual, afición extraordinaria por los objetos, dificultades comunicativas y potencial cognoscitivo muy alto”. Aún hoy, el DSM-IV se basa en aquella definición para describir el trastorno autista como parte de los trastornos generalizados del desarrollo, y se suele tomar como referencia diagnóstica (Ver criterios diagnósticos del DSM-IV y del borrador del próximo DSM-V en Anexo 1).

Ángel Rivière, máximo exponente del estudio del autismo en España, propuso otra definición del autismo: “es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausentes –mentalmente ausentes- a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación”. (Rivière, 2001, pp. 16)

Entre los años setenta y ochenta se empezó a considerar que aquel autismo descrito por Kanner pertenecía a un espectro más amplio de trastornos autistas. Así, Wing (1988) realizó su famosa aportación de la tríada de características presentes en todas las personas con trastorno del espectro autista: trastorno en las capacidades de reconocimiento social, trastorno en las capacidades de comunicación social y patrones repetitivos de actividad, tendencia a la rutina y dificultades en imaginación social. De esta manera surge el concepto de espectro autista, que recoge a todas aquellas personas que, presentando las características de la Tríada de Wing, ven afectadas en mayor o menor medida y de forma variable sus capacidades. Dentro de los trastornos del espectro autista se encuentran el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo de la infancia y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En cuanto a las características de las personas con trastorno del espectro autista (TEA), éstas tienen afectadas las habilidades de relación social y las capacidades intersubjetivas y mentalistas, así como las funciones comunicativas y del lenguaje. Estas personas presentan déficits en la capacidad de anticipación y de flexibilidad mental y comportamental. Por último, se han observado trastornos en la imaginación y la imitación. Partiendo de estas características básicas, surgen gran cantidad de dificultades asociadas a los trastornos del espectro autista que afectan al día a día de las personas que lo padecen y de sus familias: problemas de comprensión y comunicación, problemas en el control de esfínteres, en la alimentación, en el sueño y en el juego, miedos y fobias (animales, dentistas, peluqueros, globos, ruidos de aspiradores o secadores...), problemas de conducta y rabietas, autolesiones, estereotipias, etc...

La conducta alimentaria suele suponer un problema en la mayoría de las personas con TEA, puesto que, con frecuencia, resulta un obstáculo para la normalización de la vida cotidiana, además de un peligro para el adecuado desarrollo físico y psicológico del niño. En un reciente estudio de Sharp et al., (2013) se confirmó por medio de una comparación que aquellos niños con TEA mostraban

Autismo y conducta alimentaria

significativamente más problemas de alimentación que sus iguales sin diagnóstico de TEA ni de otros trastornos. Dominick et al., (2007) encontraron en un estudio con 67 niños de entre 4 y 14 años con autismo diagnosticado que tres cuartas partes de ellos mostraban un comportamiento alimentario atípico, sobre todo una fuerte preferencia por unos alimentos determinados (58%) y un restringido repertorio de alimentos aceptados (63%). Los problemas en la conducta alimentaria afectan al funcionamiento del niño en casa, en la escuela y en otros ámbitos sociales, teniendo impacto sobre su desarrollo físico, social y psicológico. Síntomas de esto pueden ser las fuertes preferencias por ciertos alimentos, bajas puntuaciones en aceptación de comidas, alta selección de alimentos, incapacidad o rechazo a comer solo, rabietas, tensión y ansiedad en las horas de la comida y al presentarse nuevos alimentos, en casos extremos dependencia de un tubo para la alimentación, pica extrema, etc...; que si no son tratados a tiempo pueden derivar en carencias nutricionales que comprometan el correcto desarrollo del niño o en la cronificación de estos problemas.

Los problemas en relación con la alimentación, tal y como se ha visto, son muy variados y se deben a diferentes causas, pero en general los más corrientes en niños con TEA están vinculados a un patrón de hiperselektividad de un pequeño grupo de alimentos, ingesta compulsiva y conducta de pica, y problemas de conducta y malos hábitos durante el tiempo destinado a comer. La rigidez inherente a las personas con TEA, así como su posible hipersensibilidad sensorial suelen estar a la base de la conducta alimentaria hipersselectiva. Por otro lado, los problemas de conducta y los malos hábitos pueden derivarse de las dificultades que presentan estos niños en la comunicación, en el establecimiento de relaciones sociales y en la anticipación de sucesos.

Una de las razones por las cuales se tiene interés en intervenir y modificar la conducta alimentaria de los niños autistas es tratar de mejorar los patrones de inflexibilidad y la baja tolerancia a los sucesos innovadores, además de aumentar su capacidad de adaptación al medio y prevenir problemas mayores derivados de éste. La rigidez que presentan la mayoría de los niños con TEA a la hora de alimentarse (al igual que con otras muchas tantas actividades rutinarias) dificulta o impide su correcta adaptación e integración en el entorno. En esta misma línea, se trataría de promover la autonomía personal en los tiempos dedicados a la comida y aumentar la libertad y

flexibilidad de acción. Según Rivière, “la inflexibilidad limita la riqueza y complejidad de la acción humana y disminuye su libertad” (Rivière y Martos, 1997, pp. 33).

Otro de los motivos por los que sería recomendable la intervención en caso de necesidad reside en que la hora de la comida puede terminar siendo una fuente de ansiedad y miedo para estos niños, pues en muchas ocasiones el menú es algo impredecible, las texturas de los alimentos, sus sabores o sus olores pueden resultar irritantes para ellos debido a su posible hipersensibilidad sensorial. En este sentido, Farrow y Coulthard (2012), demostraron que la hipersensibilidad de los alimentos está asociada a las vivencias de ansiedad y a la hipersensibilidad a estímulos sensoriales. La intervención, por tanto, tratará de promover el bienestar de la persona con autismo y disminuir la emocionalidad negativa que deriva de las experiencias con las horas de la comida (miedo, ansiedad, terror, frustración...) para, de esta manera, reducir aquellas conductas que mantienen la rigidez, como la hipersensibilidad.

Por otro lado, la alteración de la conducta alimentaria puede condicionar y limitar la vida del niño con autismo y de su familia, pues reuniones familiares, celebraciones, cumpleaños, viajes, excursiones, etc., pueden tener como epicentro la comida, y por tanto volverse un foco de estrés y problemas para la convivencia y el bienestar familiar. De esta manera, un aspecto muy importante a la hora de intervenir en estos casos es prestar especial atención a la manera en que la familia (padres, cuidadores principales) vive esta problemática con grandes dosis de emocionalidad negativa: ansiedad, enfado, malestar y frustración. En estos casos es necesario rebajar o romper el nivel de tensión de las horas de la comida, pues los niños resultan muy sensibles a estas reacciones de los adultos y responden de igual manera, asociando la hora de comer a un momento de caos, estrés y malestar.

Ya en los años 60 Fester y DeMyer (1961) defendieron la intervención conductual en las personas con autismo de la manera siguiente: “por muy extrañas, arbitrarias y desadaptadas al medio que nos parezcan las conductas autistas, y aunque éstas parezcan recluidas en una insensible soledad, son susceptibles de analizarse funcionalmente, y de controlarse y modificarse mediante procedimientos operantes”. (cit. por Rivière y Martos, 1997, pp 47).

El auge del enfoque conductista y de la aplicación de los principios de aprendizaje y los procedimientos operantes en los años 60 dejaron de lado otros enfoques terapéuticos basados en concepciones más psicodinámicas que demostraron no

Autismo y conducta alimentaria

ser tan eficaces. Según Rivière (1997), el uso del análisis funcional y del control operante de determinadas conductas de niños con autismo cuenta con un gran potencial explicativo, además de sus comprobadas implicaciones terapéuticas. Demostrada la eficacia de las intervenciones basadas en los principios del aprendizaje, se puede observar que algunas de las conductas características de los niños con autismo en relación a la comida (rabietas, problemas de conducta) se deben a un proceso de condicionamiento. Una parte de la intervención consistiría, pues, en romper ese condicionamiento clásico progresiva pero firmemente, rompiendo las asociaciones estímulares desadaptativas. El análisis funcional y las estrategias operantes también deberían ser el punto de inicio de la intervención psicológica.

Kozłowski et al., (2011) consiguieron en un experimento que un niño con autismo incrementara significativamente el número de alimentos aceptados y disminuyera las conductas disruptivas a la hora de las comidas por medio de una intervención que empleó la prevención de la respuesta de escape, el reforzamiento positivo (con juguetes o alimentos preferidos) y la presentación secuencial de nuevos alimentos. La presentación secuencial o jerarquizada de los nuevos alimentos es una técnica que ha resultado tener notable eficacia terapéutica. Koegel et al., (2012) demostró los efectos de la exposición jerárquica de alimentos para incrementar la flexibilidad y aumentar el repertorio de alimentos aceptados en personas con autismo. Un aspecto fundamental a la hora de presentar un reforzamiento positivo es que éste debe ser individualizado, esto es, debe estar adaptado a las preferencias de cada individuo (Kozłowski, et al., 2011; Koegel, et al., 2012).

Por su parte, para tratar la selectividad alimentaria en niños pequeños con autismo, Allison et al., (2012) encontraron igual de efectivos a la hora de incrementar la aceptación de nuevos trozos de comida y de disminuir los problemas de conducta el refuerzo diferencial y el refuerzo no contingente, ambos combinados con prevención de la respuesta de escape. La prevención de la respuesta de escape, combinada con reforzamiento, es un punto común en muchas intervenciones que ha demostrado su eficacia en aumentar la diversidad de alimentos aceptados y disminuir los problemas de conducta en la mesa, como la de Sharp et al., (2011) con un programa de tratamiento intensivo de un solo día. Con ambas estrategias se obtuvieron resultados significativamente favorables. En esta misma línea, Paul et al., (2007) llevaron a cabo con gran éxito una intervención para tratar la hiperselectividad de alimentos en dos

Autismo y conducta alimentaria

niños con autismo (uno de ellos incluso dependía de un tubo para alimentarse) basada en la prevención de la respuesta de escape que obligaba a estos niños a probar los alimentos, y en probar y saborear repetidamente, de manera que se cambiaron los patrones de aceptación y preferencias de alimentos (la exposición repetida a un alimento sin incluir probarlo no es tan efectiva). Como prevención de la respuesta de escape estos autores emplearon el criterio de terminar una determinada cantidad del alimento antes de poder levantarse de la mesa, pero otra forma de aplicar esta estrategia que le dé a los niños una clave discriminativa para dar por finalizado el tiempo de comer es seguir el criterio del plato vacío. Para esto se debe ser extremadamente cuidadoso al calcular las cantidades de alimento que van a ser ingeridas por el niño.

En definitiva, la evidencia y los estudios empíricos avalan el uso de tratamientos psicológicos basados en estrategias operantes para modificar la conducta alimentaria alterada en niños con diagnóstico de TEA. Sin embargo en todo momento se debe partir de un enfoque proactivo, en el que el propio individuo con sus pensamientos y sentimientos sea el que medie entre los estímulos recibidos del medio y sus respuestas. Desde este modelo se tiene en cuenta al niño como individuo único. Teniendo en cuenta también el concepto de espectro autista dado por Wing (1996): “las pautas de tratamiento, las decisiones terapéuticas y educativas, dependen de las características específicas del desarrollo y el trastorno de cada persona autista en particular, y no tanto de la “etiqueta” de autismo. Los objetivos y procedimientos terapéuticos son muy variables, dependiendo de la ubicación de la persona en las diferentes dimensiones del espectro autista” (Wing, 1996, pp.57); se va a adaptar la intervención a un caso concreto. Es muy importante programar una intervención individualizada, basada en las necesidades específicas de cada niño y en sus capacidades y limitaciones derivadas del trastorno de espectro autista. Además, ésta debe estar adaptada a las preferencias, aversiones y hábitos de cada niño, de forma que la elección de los refuerzos y de las condiciones estimulares que se van a dar desemboque en unos buenos resultados.

Para terminar, la literatura recomienda implementar los tratamientos en ambientes lo más naturales posibles, para que estos niños con TEA puedan generalizar los aprendizajes a otras situaciones cotidianas con otras personas presentes que no sean el terapeuta. Sin embargo existen matices en este aspecto, pues Ventoso (2000) propone que la clave del éxito reside en empezar la intervención en contextos distintos al habitual, en un espacio físico distinto que rompa las claves y las asociaciones

estimulares que pueden mantener los problemas relacionados con la alimentación. Progresivamente se deben ir flexibilizando las condiciones estimulares para propiciar la semejanza al contexto natural y la generalización. En esta misma línea, resulta importante que sea el terapeuta el que implemente la intervención en un primer momento hasta que se hayan conseguido una serie de logros, y poco a poco ir introduciendo a los padres de los niños en los tiempos de la comida para que aprendan cómo continuar educando a su hijo siguiendo las pautas del terapeuta, y también para que los propios niños vayan aprendiendo a generalizar lo aprendido en presencia de otras personas diferentes al terapeuta que van a estar presentes en sus comidas habitualmente. Bearss et al. (2013) subrayaron la importancia de contar con los padres y los cuidadores en la intervención, no solo para conseguir lo comentado con anterioridad, sino también para transmitirles un ambiente controlado y relajado que les ayude a reducir o eliminar por completo la emocionalidad negativa y la ansiedad derivadas de las situaciones problemáticas relacionadas con la alimentación de sus hijos con TEA, lo cual resultará en un ambiente propicio para el aprendizaje y el desarrollo del niño en otras áreas de su vida.

Partiendo de toda la literatura consultada un modelo de intervención de este tipo debería contemplar los siguientes puntos (Wing, 1996; Rivière, 2007):

- Ambiente estructurado, libre de excesivas distracciones estimulares y anticipable. En el trabajo con el niño será muy importante controlar el ambiente de la hora de la comida, en este caso, y estructurarlo minuciosamente de la manera más natural posible. Es deseable crear rutinas que estructuren la actividad y que permitan al niño anticipar. De esta manera le resultará un poco menos difícil generalizar los nuevos hábitos aprendidos a otras situaciones estimulares, en presencia de otras personas, o con otros alimentos, vajilla, etc. Por otra parte, igual de importante será dotar al niño de instrumentos anticipatorios como pueden ser los apoyos visuales reales (platos de comida) o pictogramas, que eviten la ansiedad y las experiencias de terror y caos en estas personas ante algo imprevisible o un cambio repentino.
- Priorizar objetivos adaptados a las necesidades y capacidades del individuo.
- Uso correcto y adaptado de estrategias operantes.
- Los cambios y la introducción de nuevos alimentos deben ser progresivos, casi imperceptibles a los ojos del niño.

Autismo y conducta alimentaria

- Mantener una actitud de calma y paciencia, pero a su vez de seguridad y autoridad: el adulto debe ser directivo.
- Los momentos destinados a la comida deben tener un ambiente lúdico, relajado y agradable, libres de ansiedad y frustración. De esta manera se evitará un condicionamiento negativo a los momentos de la comida.
- Finalizar siempre el tiempo de comida mostrando el plato vacío al niño (estímulo discriminativo del fin de la comida como estrategia para la prevención de la respuesta de escape).

Así, el objetivo general reside en proponer un proyecto de modificación de la conducta alimentaria para el caso de un niño diagnosticado de TEA, y de psicoeducación y promoción del compromiso para los padres. Los objetivos más específicos de la intervención son:

- Disminuir la inflexibilidad, derivada de las dificultades para anticipar las situaciones y los cambios en el ambiente. Estos cambios a veces pueden parecerse imperceptibles, por eso en la intervención será muy importante cuidar hasta el más mínimo detalle. En el mundo del autismo, lo ideal sería que todo permaneciera estático y predecible. Wing (1996, pp. 64) afirmaba que el hecho de que los niños con autismo se limiten a comer un pequeño repertorio de alimentos es una forma de resistencia al cambio. En concreto, un indicador de la consecución de este objetivo será introducir mayor número de alimentos sólidos.
- Disminuir la hiperselectividad de alimentos y aumentar el repertorio de alimentos aceptados. Concretamente su indicador será el número de nuevos alimentos aceptados.
- Eliminar los problemas de conducta en la mesa, es decir, permanecer relativamente quieto en la silla sin revolverse y no levantarse de la silla antes de terminar de comer.
- Potenciar la autonomía, es decir, conseguir que Niño coma solo, sin ayuda.
- Normalizar los tiempos de comida, en lo referente tanto a Niño como a los padres.

Método

Participantes

Niño tiene 4 años y 8 meses y está diagnosticado de Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado, que se encuentra dentro de los trastornos de espectro autista. En su primera valoración procedente del equipo de Atención Temprana del IASS con 25 meses de edad, se destacaron un retraso madurativo y diversos síntomas del trastorno de espectro autista. Más adelante se encontró mediante la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS) que superaba el punto de corte para Autismo en las escalas de lenguaje y comunicación y de interacción social. Además, Niño cumplía los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. Asiste al CDIAT Fundación Down Zaragoza con un módulo B dos veces por semana, con psicoterapia y logopedia. Está escolarizado en un aula TGD de un colegio ordinario, alternando algunas clases en el aula de referencia y en el aula específica.

Niño ha sido elegido por sus problemas en relación con la conducta alimentaria. La principal causa de estos problemas reside en su rigidez, en la falta de flexibilidad a la hora de adaptarse a nuevos alimentos o a nuevas formas de presentarlos y comerlos. Este niño acepta todos los alimentos y sabores, pero siempre en forma de puré o papilla (verduras, legumbres, carnes, pescados...), sin embargo tiene capacidad para masticar, pues los alimentos que le gustan mucho los mastica y traga a la perfección: por ejemplo, macarrones, galletas, bocadillos de jamón, determinadas frutas, chocolate... Cuando se le presenta un alimento sólido determinado (carne o pescado) troceado, siempre lo rechaza. Así pues, la causa de sus problemas de conducta alimentaria es su inflexibilidad.

La madre y el padre de Niño conviven en el mismo núcleo familiar, y mientras la primera está en paro, el segundo actualmente tiene empleo. No tienen más hijos y se suelen apoyar en los abuelos paternos para el cuidado y la educación de Niño. Durante las comidas solo come Niño, en presencia de su madre, que le ayuda y le da de comer en todo momento. Esto es, en las comidas y cenas el niño no tiene un referente adulto que ejerza de modelo para comer, y además crea una situación completamente desnormalizada, pues los padres paran sus rutinas para atender a Niño en la comida, toda la atención y el trabajo giran alrededor de él, y una vez que éste ha terminado son los padres los que empiezan a comer sin él presente. Además cabe resaltar la actitud de

los padres con respecto a la autonomía de su hijo: para ellos no resulta un asunto prioritario el hecho de que controle esfínteres (aprendió con 4 años y 7 meses), que se vista y desvista solo, que coma solo, que solo coma alimentos triturados o chafados, etc., puesto que afirman que “no les cuesta trabajo” atenderle, aunque esté capacitado para empezar a aprender y hacerlo solo. Los padres no parecen tener mucha intención de dejar de tratar a Niño como a un bebé, a pesar de su edad y su potencial.

Instrumentos

En primer lugar se elaboró una entrevista semiestructurada como método de recogida de información de los padres. En el Anexo 2 pueden verse ejemplos de algunas preguntas de la entrevista.

Durante la intervención va a emplearse una agenda de pictogramas para la estructuración y anticipación de las sesiones de comida. En el Anexo 3 puede encontrarse en ejemplo de la agenda de pictogramas de un día, y en el Anexo 4 hay una selección inicial de pictogramas muy útiles y necesarios para la intervención, susceptible de ampliarse según vayan surgiendo nuevas necesidades, que se dará a Niño para que utilice en casa.

Además, se utilizarán diferentes plantillas en función de los objetivos semanales para llevar a cabo un contrato de contingencias que favorezca el cambio conductual del niño (Anexo 5), y se rellenará con gomets verdes para señalar que se ha cumplido un objetivo satisfactoriamente. En el caso de que no se cumplan todos los objetivos propuestos durante la comida, es decir, falte algún gomet verde, se impondrá un coste de respuesta. El coste de respuesta consistirá en implantar tres minutos de tiempo fuera tras el repaso de la plantilla incompleta posterior a la comida. En lugar de obtener el refuerzo elegido, se sentará a Niño en una silla del salón (nunca en la que se sienta para comer) en la que tenga a la vista la plantilla para que comprenda y recuerde la causa de estar sentado y no jugando, y un reloj de arena que dure tres minutos y que sirva como referencia para saber cuándo se termina el tiempo fuera y puede levantarse e irse. Sería conveniente que durante las cenas y los fines de semana, donde no hay intervención profesional, también se utilice este mismo contrato de contingencias por parte de los padres.

Procedimiento

El proyecto de intervención consta de dos partes igualmente importantes, la actuación con el niño y la actuación con los padres, con la familia. Ambas partes son beneficiarios directos de la intervención, y paralelamente serán atendidos por el profesional.

En cuanto al entorno de la intervención, ésta tendrá lugar en el domicilio de Niño, que es su lugar habitual de las comidas, puesto que se va a llevar a cabo una intervención en el contexto natural. La intervención con la psicóloga se realizará únicamente al mediodía, los lunes, martes y miércoles. Los dos primeros días estarán solos Niño y la psicóloga, que come a la vez, para ejercer modelado; pero los miércoles entrará la madre en la sesión y comerá con ambos. El hecho de incluir a la figura de la madre en un día de la intervención se justifica por la asociación estimular que va a poder realizar Niño entre la psicóloga, la madre y la intervención. Sería algo así como un aprendizaje por condicionamiento clásico en el que la intervención sería la respuesta incondicionada y el estímulo incondicionado de la psicóloga se asociaría con el estímulo condicionado, que es la madre. De esta manera Niño aprende que en presencia de la madre también debe seguir las mismas pautas de comportamiento durante las comidas. Los demás días al mediodía se incorporarán los padres, o uno de ellos en función de disponibilidad durante las horas de comida. El empleo de la técnica del modelado presupone en el niño capacidad de imitación, y por ello no es muy utilizada en personas con Trastorno del Espectro Autista. Sin embargo, en este caso, el niño es capaz de imitar a los demás y en ocasiones repite conductas y actividades de las personas de su alrededor.

Todas las sesiones de la profesional con Niño y de los padres con Niño van a ser grabadas en vídeo, y posteriormente visualizadas, analizadas y comentadas. La razón por la que se van a grabar las sesiones del profesional es la de ejercer de ejemplo y referencia para la actuación de los padres, es decir, para ejercer de modelado y poner sobre la mesa diversas estrategias que permitan la consecución de los objetivos propuestos. Los padres también deberán grabar las sesiones de comida con su hijo, para la posterior revisión por parte de la psicóloga, de manera que ésta valore, corrija o refuerce sus acciones con respecto a la conducta alimentaria de Niño.

Actuación con el niño

- Objetivos específicos:
 - Mejorar los problemas de conducta en la mesa: no levantarse antes de terminar y permanecer sentado quieto en la silla.
 - Potenciar la autonomía, es decir, conseguir que el niño coma solo.
 - Introducir mayor número de alimentos sólidos.

En primer lugar, antes de todas las comidas, se procede a la anticipación del menú, las normas durante la comida y la actividad reforzante posterior mediante el uso de pictogramas y la agenda de Niño. De esta manera se trata de reducir la ansiedad que produce la falta de anticipación y de estructuración de las actividades. Las normas se irán sumando, en función de los objetivos de cada sesión:

- No utilizar juguetes mientras se come. Se eliminan juguetes y distracciones ya que es tiempo de comer, y es necesario tener las manos libres para potenciar la autonomía.
- Permanecer sentado durante la comida hasta que ésta termine, es decir, hasta que el plato quede vacío. El plato vacío actúa como estímulo discriminativo, y para asegurar el éxito es necesario ajustar muy bien las cantidades que normalmente el niño ingiere. En este caso, Niño prefiere comer poca cantidad de alimento muchas veces al día que hacer una comida fuerte a mediodía. En este aspecto es positivo respetar sus preferencias.
- Comer solo, ya que el niño es capaz de hacerlo, sin embargo solamente lo hace con sus alimentos preferidos.

Es muy importante que sea el propio niño el que elija la actividad reforzante posterior a la comida, puesto que de esta manera se respetan sus preferencias y se ajusta a lo que es más reforzante en cada momento para él, lo que incrementará la eficacia. El refuerzo posterior a la comida siempre será una actividad o un juego, y no un postre preferido (ya que éste forma parte de una comida normal independientemente del comportamiento). La actividad reforzante se presentará después de toda la secuencia en la agenda de pictogramas, tras las normas y el menú. Además, se presentará a Niño una ficha en la que se expone un contrato de contingencias, como la del Anexo 4. Con la ayuda de los pictogramas se explicará previamente en qué consiste a Niño, y se acordará el posible premio o actividad reforzante. Ésta se repasará al finalizar la sesión de la

Autismo y conducta alimentaria

comida para valorar si se ha conseguido el refuerzo acordado o no. Sólo si están todas las casillas con gomets, es decir, se ha cumplido cada una de las normas, se reforzará con la actividad elegida por el niño. Si no, habrá tres minutos de tiempo fuera en el que Niño no podrá jugar y deberá permanecer sentado, como se explicaba anteriormente.

Los objetivos marcados van a variar semanalmente, de manera que se han organizado en un orden jerárquico y tras la consecución de uno de ellos, se pasará al siguiente. En primer lugar, el objetivo a trabajar es eliminar los problemas de conducta en la mesa durante las comidas. Se entiende por “problemas de conducta” el hecho de no permanecer sentado durante la comida y levantarse a jugar o a correr antes de terminar lo que hay en el plato. Este será el primer propósito, puesto que una vez conseguido existirá un ambiente más relajado durante las horas de comida y el niño tendrá más centrada la atención en el plato, sin distraerse con juegos por la casa interrumpiendo la comida. Tras una semana centrada únicamente en este objetivo, en la Semana 3 se introducirá el objetivo de la autonomía. Mediante este objetivo se pretende que el niño coma solo, independientemente del alimento que tenga delante y de la preferencia por éste.

Tras varios días de trabajo e intervención, se considera que ambos objetivos (eliminar problemas de conducta y conseguir la autonomía) han sido conseguidos, aunque se seguirán reforzando con la ayuda del contrato de contingencias para conseguir que se mantengan en el tiempo y se afiancen. Mientras tanto se procederá al tercer objetivo: admitir comida sólida. Durante unas semanas se va a proceder a la exposición jerárquica de alimentos sólidos junto a sus comidas normales trituradas o chafadas. Esto es, se pondrán pequeños trozos de carne o pescado junto a la comida del niño, sin necesidad de que éste los coma o los pruebe. Las primeras veces se pondrán en un plato a parte, después se pondrán en el mismo plato en un lado y conforme lo vaya aceptando, se mezclarán con su comida. Una vez que hayan pasado unas semanas flexibilizando la aceptación de la presencia de trozos sólidos en sus platos, se introducirá el último de los objetivos: la ingesta de alimentos sólidos nuevos o no preferidos.

En esta última fase, se introducen alimentos sólidos jerárquicamente. Todos ellos son segundos platos: carnes o pescados, presentados en pequeños trozos y cantidades que progresivamente irán aumentando conforme al ritmo que marque Niño.

Actuación con los padres

- Objetivos específicos:
 - Reducir la ansiedad y la preocupación derivada de las alteraciones en la conducta alimentaria de su hijo.
 - Concienciar de la necesidad de promover la autonomía y la flexibilidad de su hijo.
 - Concienciar de la necesidad de los pictogramas con su hijo como sistema aumentativo de comunicación, para estructurar y anticipar las situaciones.
 - Dotar de estrategias para manejar los problemas de conducta, la introducción de nuevos alimentos, etc.
 - Normalizar los tiempos de comida.

En primer lugar, la psicóloga se reúne con los padres para explicar la intervención que se va a llevar a cabo, los objetivos ya acordados con ellos en la primera entrevista y el modo, lugar y duración donde se implementará. Se pedirá el consentimiento y la colaboración para grabar en vídeo todas las sesiones de comida con Niño a lo largo de las semanas. Dos veces por semana (martes y viernes) se reunirán los padres y la profesional en el domicilio para verlos y analizarlos, y se explicará el por qué de cada procedimiento con los objetivos de que vean cómo su hijo evoluciona y aprende, y que aprendan cómo llevar a cabo las técnicas conductuales. Además, los jueves y los viernes, cuando no esté la psicóloga presente los padres también grabarán la comida en vídeo, de manera que los viernes se haga el visionado y así se den las pautas necesarias para la alimentación durante el fin de semana.

Paralelamente a la intervención con el niño, en tres sesiones semanales de una hora de duración la psicóloga se reunirá con los padres para llevar a cabo la psicoeducación en el domicilio. Ésta tendrá diferentes contenidos:

- Uso de los pictogramas: importancia de utilizar la agenda, material muy útil para facilitar la estructuración de la sesión y la anticipación, dónde encontrar recursos, herramientas para su uso y utilidades, etc.
- Concienciación de la importancia de promover la autonomía de su hijo: va solo a la mesa, come sin ayuda, etc. Además se hace hincapié en la autonomía

relacionada con otras áreas diferentes a la alimentación como el vestido o el aseo personal, y otras actividades como determinadas tareas domésticas que se pueden ir añadiendo en función de su edad, capacidad y limitaciones.

- Análisis de las causas de las dificultades en relación con la alimentación de su hijo. Éstas son principalmente debidas a su trastorno del desarrollo, y a su escasa flexibilidad y capacidad de aceptación de los cambios de las condiciones del entorno. Se trata de desculpabilizar a los padres y hacerles ver que se trata de un problema común a la mayoría de las personas con autismo, con determinadas variaciones individuales.

- Promoción del compromiso de trabajo continuo y conjunto. Para que la intervención tenga éxito es necesaria la colaboración de los padres y mucho trabajo en la misma línea que el profesional. Durante la intervención los padres se encargan de la alimentación de su hijo durante las cenas todos los días, las comidas jueves y viernes, y los fines de semana completos, por lo que es necesario que continúen el trabajo del profesional.

Estas sesiones de psicoeducación tendrán lugar los martes, antes del visionado de los vídeos, por la tarde, en un horario en el que estén disponibles ambos padres. El contenido de estas sesiones está sujeto a modificaciones en función de las dudas e inquietudes que vayan surgiendo en los padres.

Los jueves y viernes de todas las semanas los padres se encargan de la alimentación de su hijo sin la presencia de la psicóloga pero siguiendo los objetivos marcados por ésta, de manera que Niño pueda generalizar lo aprendido a variantes en el ambiente, como son las personas que están presentes durante la comida.

Dos semanas después del fin de la intervención se hará una sesión de seguimiento con los padres donde éstos puedan exponer sus dudas y también sus logros y los de Niño, y de esta manera detectar si todavía persiste alguna necesidad y si es así, solucionarla.

Cronograma

Tabla 1.

Actuación con el niño

	OBJETIVOS				
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Semana 1					
Semana 2			Problemas de conducta		
Semana 3	Probl. De conducta		Problemas de conducta + Autonomía		
Semana 4			Problemas de conducta + Autonomía		
Semana 5	(Probl. de conducta + Autonomía) + Exposición a alimentos sólidos				
Semana 6	(Probl. de conducta + Autonomía) + Exposición a alimentos sólidos				
Semana 7	(Probl. de conducta + Autonomía) + Exposición a alimentos sólidos				
Semana 8	(Probl. de conducta + Autonomía) + Ingesta de alimentos sólidos				
Semana 9	(Probl. de conducta + Autonomía) + Ingesta de alimentos sólidos				
Semana 10	(Probl. de conducta + Autonomía) + Ingesta de alimentos sólidos				

Tabla 2.

Actuación con los padres

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Semana 1			Presentación de la intervención		
Semana 2		Psicoeducación + Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 3		Psicoeducación + Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 4		Psicoeducación + Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 5		Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 6		Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 7		Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 8		Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 9		Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 10		Visionado de vídeos			Visionado de vídeos
Semana 11					
Semana 12			Reunión de seguimiento		

Resultados esperados

Durante la planificación del cronograma de la intervención se han tenido en cuenta los posibles avances y su temporalización. Según lo previsto, cada uno de los objetivos propuestos a Niño se conseguiría en el transcurso de tres semanas, siempre y cuando los padres cooperen y trabajen en la misma línea que la psicóloga, siguiendo sus indicaciones. En un total de nueve semanas cabría esperar que Niño superase los tres objetivos específicos propuestos: eliminar los problemas de conducta, potenciar la autonomía e introducir mayor número de alimentos sólidos.

En cuanto a la intervención centrada en los padres, se espera que el trabajo de concienciación e información de las sesiones de psicoeducación conduzca al compromiso de los progenitores respecto al trabajo de la profesional. Aunque resulte bastante ambicioso por los factores externos incontrolables, se va a esperar que los padres trabajen de manera constante y firme. Por otra parte, se anticipa que el hecho de que Niño vaya consiguiendo pequeños logros paso a paso sea un factor motivador para los padres y su compromiso con la intervención a favor de su hijo.

En lo referente al ambiente familiar, la normalización de las comidas con Niño puede llevar a traducirse en una mejora notable del mismo, reduciendo los niveles de tensión y ansiedad y promoviendo el bienestar familiar.

Para que las modificaciones de la conducta de Niño se mantengan en el tiempo es necesario que los padres continúen con el trabajo de la psicóloga y sus pautas una vez terminada la intervención. Además, una vez terminada, el compromiso de la figura del psicólogo exige que éste esté disponible para futuras posibles consultas, asesoramientos y seguimientos en caso de ser necesarios. De todas formas, la actuación con los padres trata de dotarlos de los recursos, herramientas y estrategias necesarios para implementar nuevos cambios en su hijo en favor de su capacidad de adaptación, su bienestar y la normalización de todos los aspectos de su vida, de manera que no sea necesario recurrir de nuevo a apoyos profesionales y sean ellos mismos capaces de manejarlo.

En definitiva, se espera que al finalizar el programa de intervención se hayan superado los objetivos propuestos, y que el compromiso de los padres continúe para seguir el trabajo con Niño, afianzar y mantener los logros conseguidos, y proponer nuevas metas que mejoren su calidad de vida.

Referencias

- Allison, J., Wilder, D., Chong, I., Lugo, A., Pike, J. y Rudy, N. (2012). A comparison of differential reinforcement and noncontingent reinforcement to treat food selectivity in a child with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 45(3), 613-617.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, DC: APA.
- Bearss K., Johnson, C., Handen, B., Smith, T. y Scahill, L. (2013). A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 43(4), 829-840.
- Dominick, K., Ornstein, N., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H. y Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 145–162.
- Equipo DELETREA. Martos, J., Llorente, M., González, A., Ayuda, R. y Freire, S. (2008). La alimentación. En Martos, J. et al., *Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos*. Barcelona: Editorial Paidós. (pp. 65-84).
- Farrow, C y Coulthard, H. (2012). Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite*, 58, 842-846.
- Koegel, R.L., Bharoocha, A.A., Ribnick, C.B., Ribnick R.C., Bucio M.O., Fredeen R.M. y Koegel, L.K. (2012). Using individualized reinforcers and hierarchical exposure to increase food flexibility in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 42(8), 1574-1581.
- Kozlowski A., Matson, J., Fodstad, J. y Moree, B. (2011). Feeding therapy in a child with autistic disorder: Sequential food presentation. *Clinical Case Studies*. 10(3), 236-246.
- Paul, C., Williams, K., Riegel, K. y Gibbons, B. (2007). Combining repeated taste exposure and escape prevention: An intervention for treatment of extreme food selectivity. *Appetite*, 49, 708-711.

- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Editorial Trotta.
- Rivière, A. y Martos, J. (1997). *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO.
- Sharp, W., Berry, R., McCracken, C., Nuhu, N., Marvel, E., Saulnier, C., Klin, A., Jones, W. y Jaquess, D. (2013). Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Sharp, W., Jaquess, D., Morton, J. y Miles, A. (2011). A Retrospective Chart Review of Dietary Diversity and Feeding Behavior of Children With Autism Spectrum Disorder Before and After Admission to a Day-Treatment Program. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 26 (1), 37-48.
- Ventoso, R. (2000). Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. En Rivière, A. y Martos, J. (Comp.), *El niño pequeño con autismo*. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Editorial Paidós. (pp. 64-65 y 147-150).

ANEXO 1

▪ Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista (DSM-IV-TR)

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

(d) falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)

(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

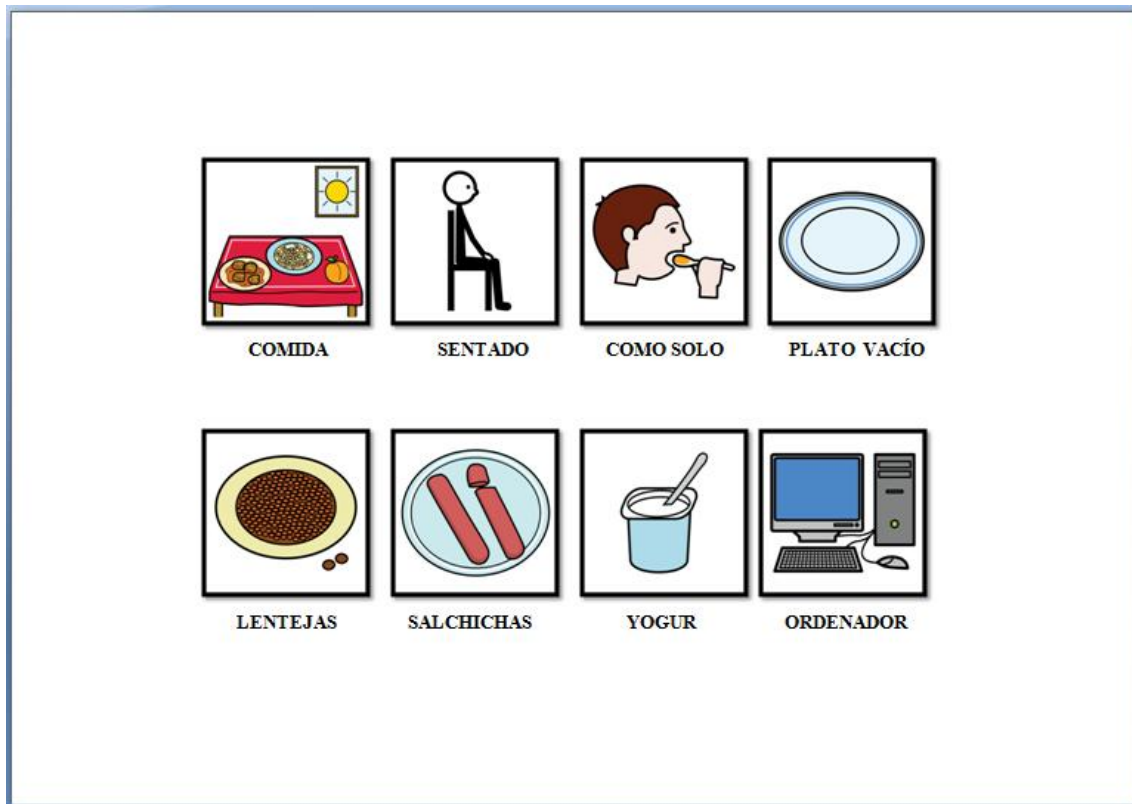
- **Trastorno del Espectro Autista (borrador del DSM-V)**

- A.** Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:
1. Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.
 2. Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.
 3. Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.
- B.** Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:
1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).
 2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).
 3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).
 4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).
- C.** Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).
- D.** La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.

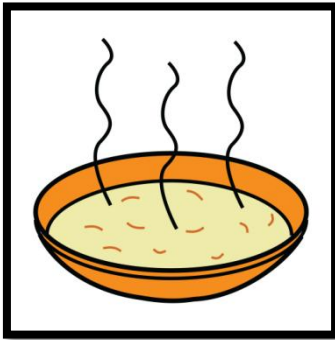
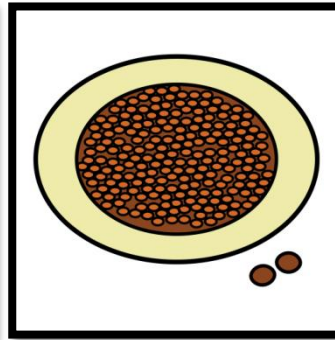
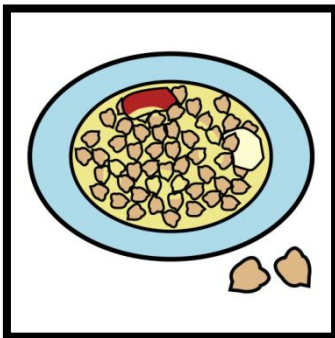
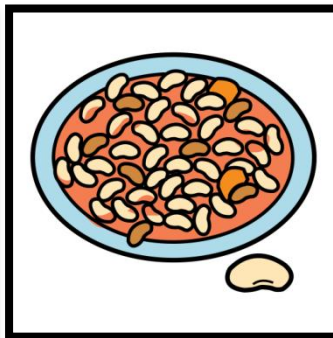
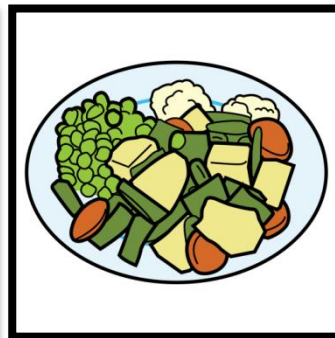
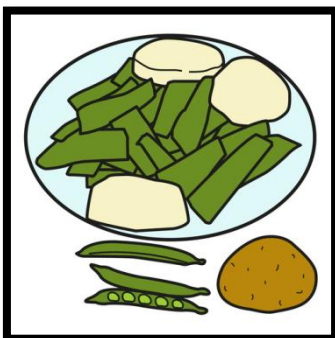
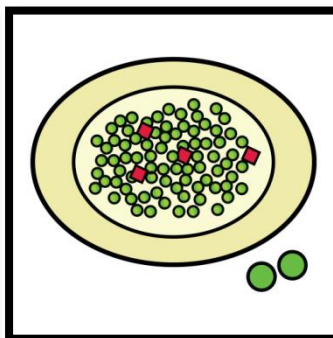
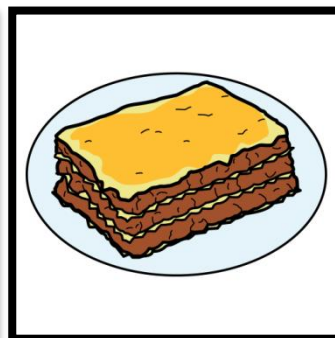
ANEXO 2. PREGUNTAS ENTREVISTA CON PADRES

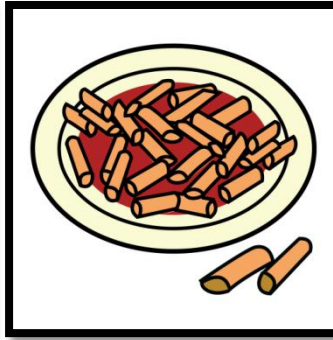
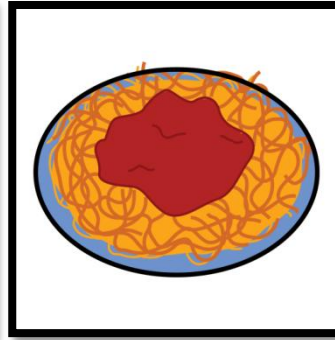
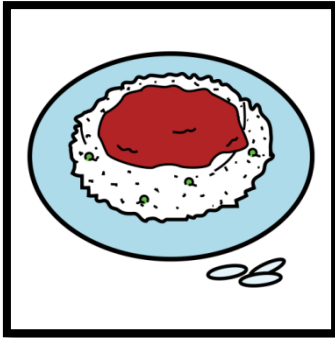
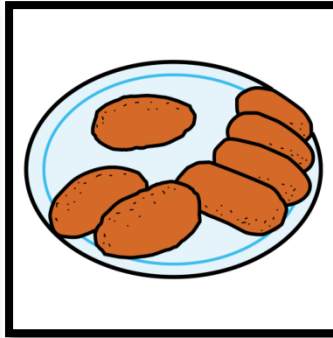
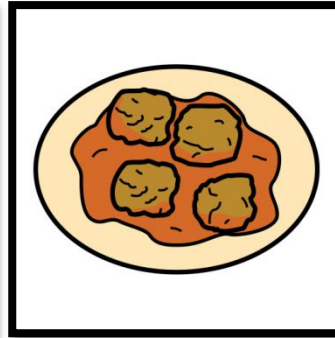
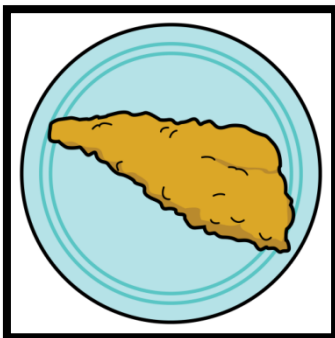
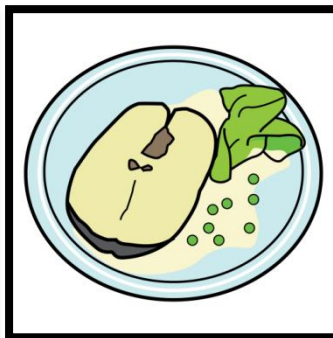
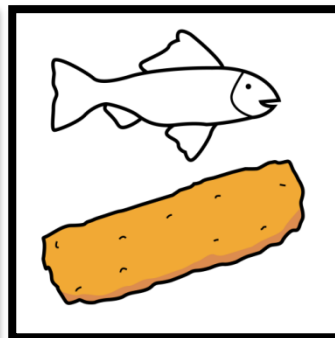
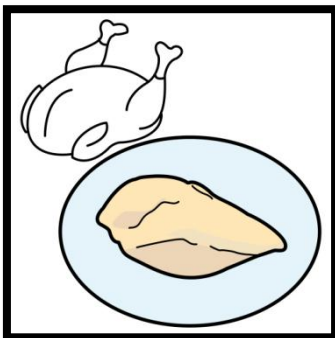
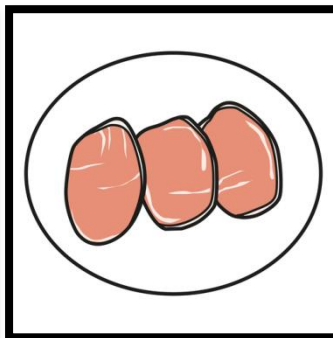
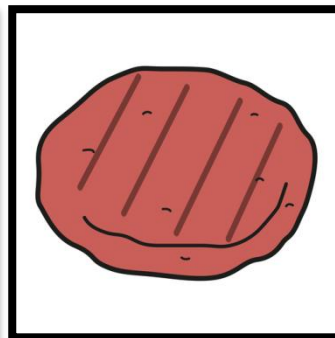
1. ¿Qué podéis decir de las comidas de D.? ¿Cómo es un día normal?
2. ¿Cuáles son sus alimentos preferidos? ¿Se puede utilizar alguno de ellos como premio?
3. ¿Hay algún alimento que no soporta? Por textura, sabor, color...
4. ¿Tiene alguna manía? Algo cortado de manera especial, presentación determinada, recipiente...
5. ¿Cómo es el ambiente, el entorno habitual en los tiempos de comida? ¿Se sienta el solo en la silla, la trona...? ¿Tiene un sitio fijo? ¿Come solo? ¿Está la tele puesta o juega con algo mientras come?
6. ¿D. sabe el menú de antemano? ¿Utilizáis pictogramas o algún sistema de comunicación aumentativa o alternativa para anticipar lo que va a ocurrir?
7. En cuanto a su conducta: ¿Se pone nervioso antes de comer o durante la comida? ¿Se mantiene sentado en la silla? ¿Llora, escupe, pega, grita...? ¿Considera que termina de comer antes de acabar el plato?
8. Cuando hay algún problema y rechaza un alimento, ¿qué estrategias utilizáis? Ej. forzar, enmascarar en otra comida (Si es el caso, ¿se siente engañado y se da cuenta?)
9. ¿Se crea un ambiente tenso en las horas de las comidas? ¿Cómo creéis que se siente D.? ¿Cómo os sentís vosotros?
10. ¿Qué objetivos a conseguir pondrías en primer lugar para la intervención con D.?

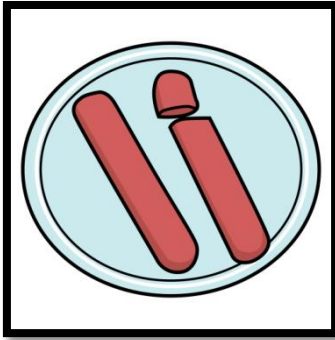
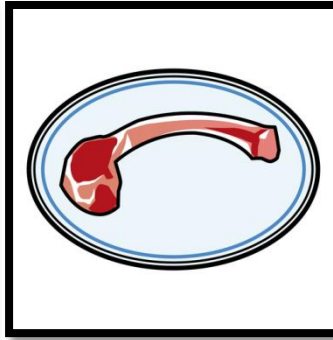
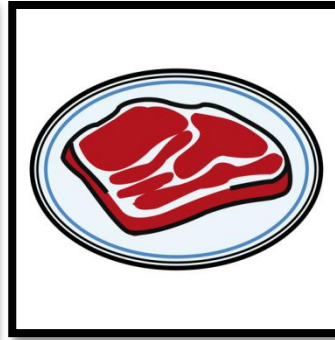
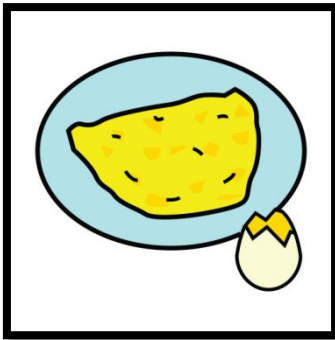
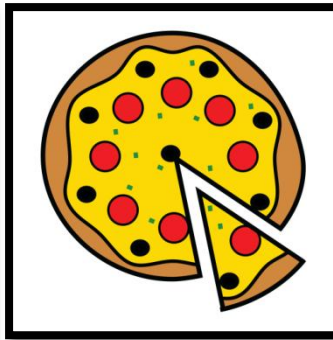
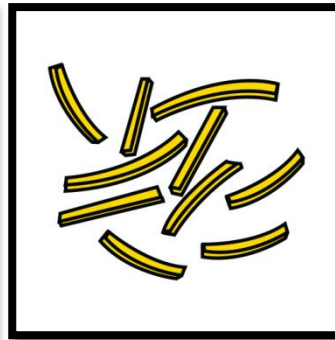
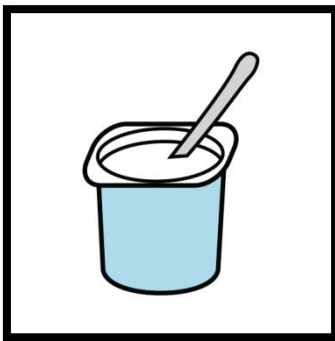
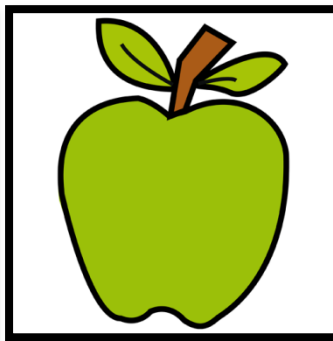
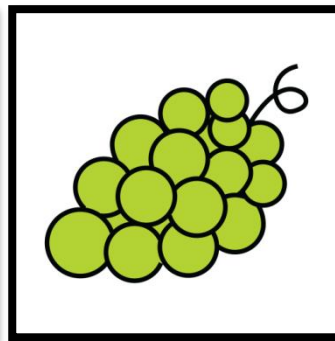
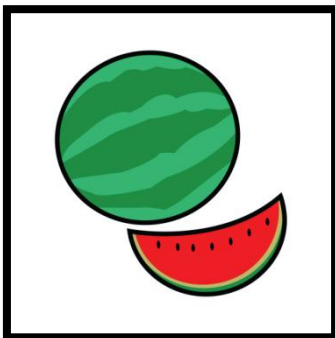
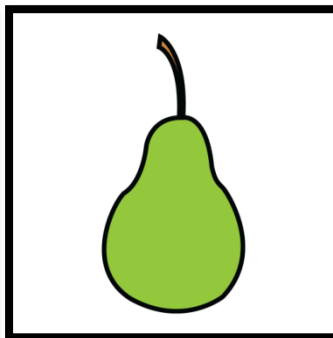
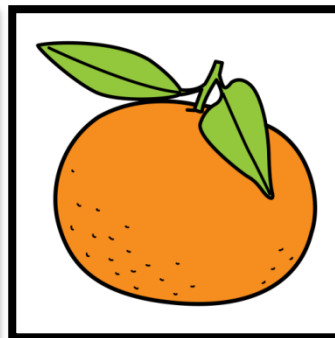
ANEXO 3. EJEMPLO AGENDA DE PICTOGRAMAS

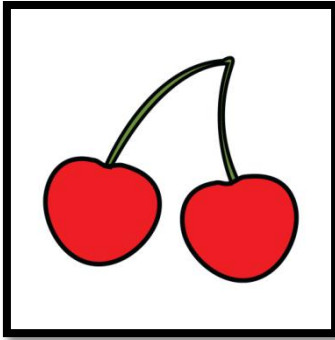
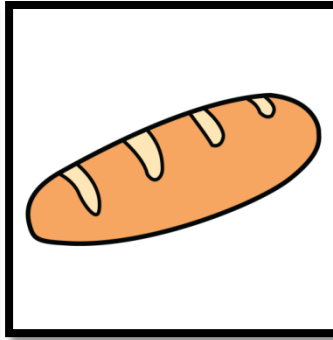
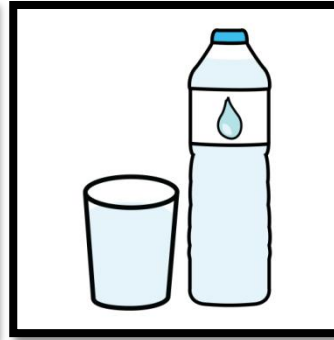
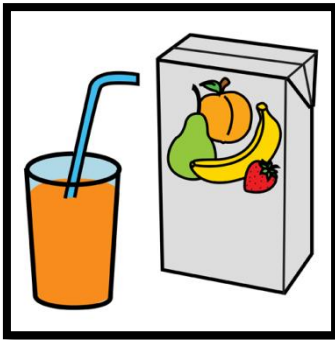
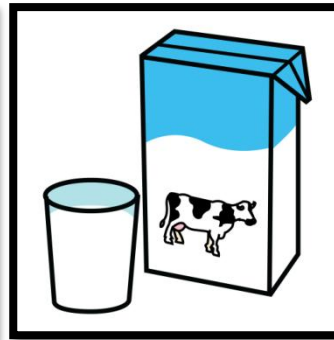
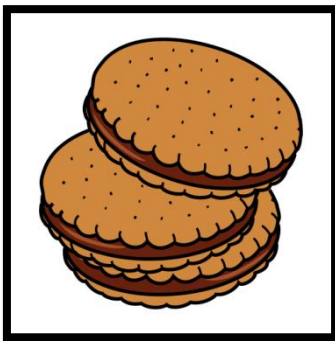
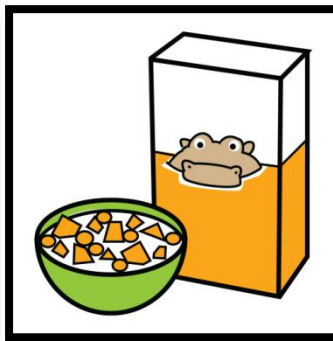
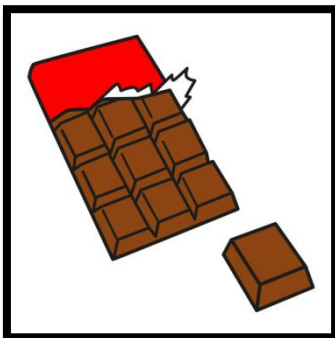
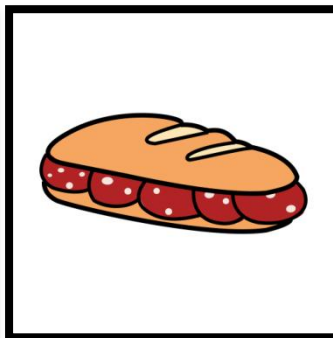
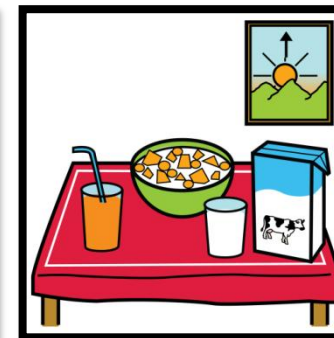


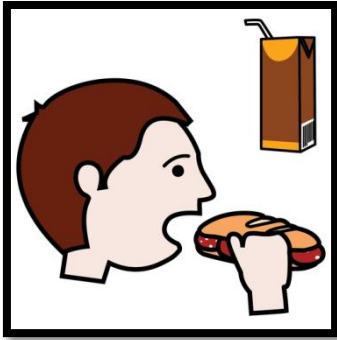
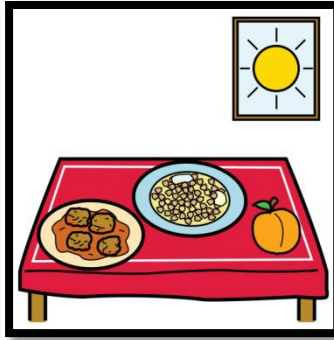
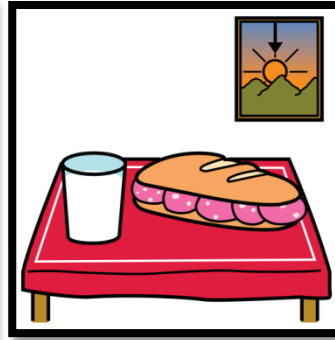
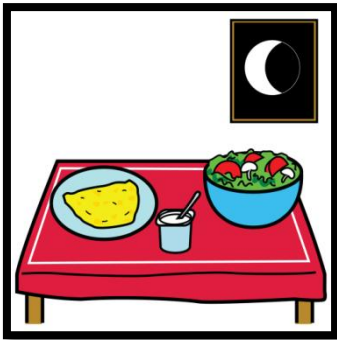
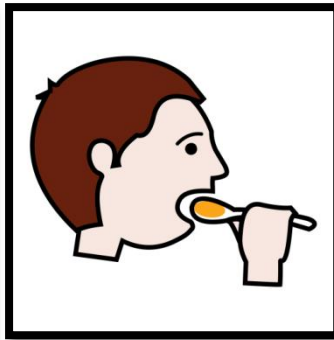
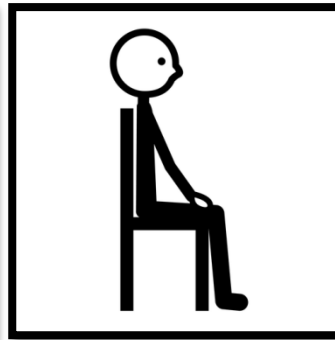
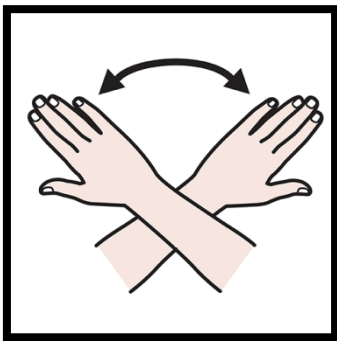
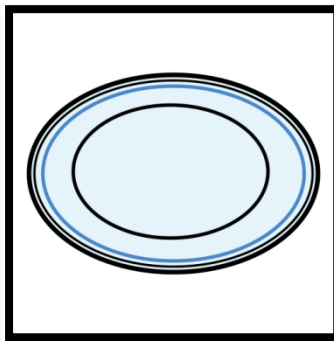
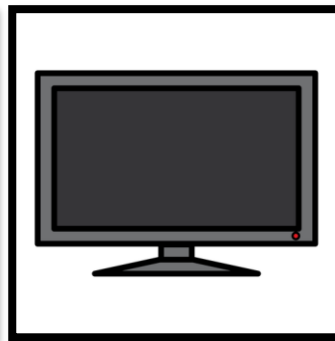
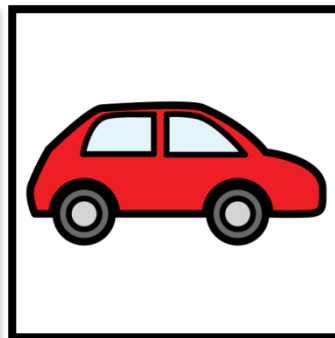
ANEXO 4. PICTOGRAMAS

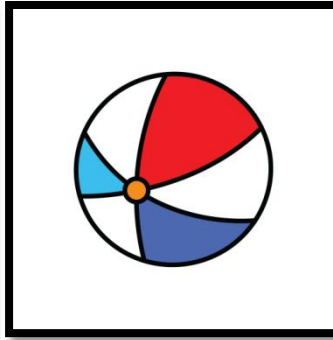
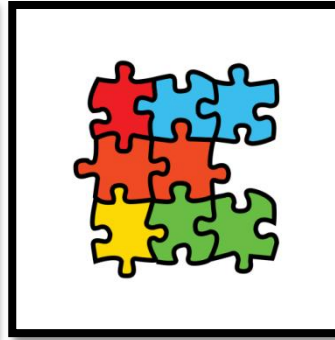
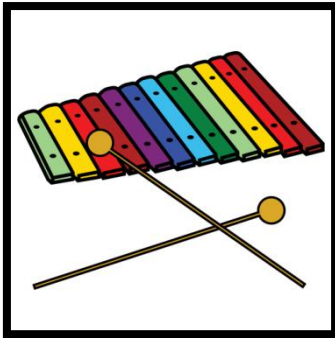
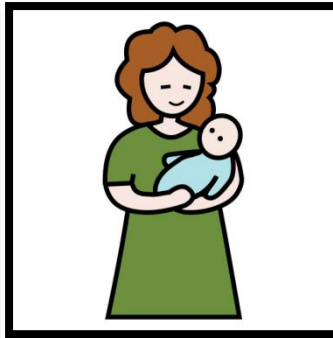
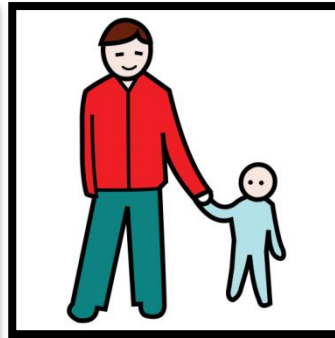
**SOPA****PURÉ****LENTEJAS****GARBANZOS****ALUBIAS****MENESTRA****JUDÍAS VERDES****GUISANTES****LASAÑA**

**PAELLA****MACARRONES****ESPAGUETIS****ARROZ****CROQUETAS****ALBÓNDIGAS****PESCADO****PESCADO****VARITAS DE PESCADO****PECHUGA****LOMO****HAMBURGUESA**

**SALCHICHAS****COSTILLAS****TERNERA****TORTILLA****PIZZA****PATATAS FRITAS****YOGUR****MANZANA****UVA****SANDÍA****PERA****NARANJA**

**CEREZAS****PAN****AGUA****ZUMO****NESQUICK****LECHE****GALLETAS****CEREALES****NOCILLA****CHOCOLATE****BOCADILLO****DESAYUNO**

**ALMUERZO****COMIDA****MERIENDA****CENA****COMER SOLO****SENTADO****“SE ACABÓ”****PLATO VACÍO****TELEVISIÓN****ORDENADOR****JUGAR****COCHES**

**CONSTRUCCIONES****PELOTA****PUZZLE****XILÓFONO****MAMÁ****PAPÁ**

ANEXO 5. CONTRATO DE CONTINGENCIAS

<p>Mientras como...</p> 	<p>ESTOY SENTADO</p> 	<p>ME LO COMO TODO</p> 

Ejemplo 2:

<p>Mientras como...</p> 	<p>ESTOY SENTADO</p> 	<p>ME LO COMO TODO</p> 	<p>COMO SOLO</p> 

Ejemplo 3:

<p>Mientras ceno...</p> 	<p>ESTOY SENTADO</p> 	<p>ME LO COMO TODO</p> 	<p>COMO SOLO</p> 

Ejemplo 4: Variante de reforzamiento a medio plazo, no inmediato (más complejo)

Mientras como... 	ESTOY SENTADO 	ME LO COMO TODO 	COMO SOLO 
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			