

Programa de intervención conductual en alimentación para TEA de bajo funcionamiento

Máster Universitario en
Intervención en
Necesidades Educativas
Especiales y Atención
Temprana

Curso académico

2017 - 2018

Alumno/a:

Sanz Pedreño, Anna

D.N.I: **46983103Z**

Director de TFM:

**María Teresa Gómez
Domínguez**

Convocatoria:

Febrero 2018

Fecha de defensa:

ÍNDICE

Introducción.	03
❖ Justificación	03
❖ Marco teórico y revisión de investigaciones previas.	04
❖ Establecimiento de objetivos.	09
Metodología y diseño de intervención.	10
❖ Participante sobre el que se va a aplicar el programa.	12
❖ Fases y estrategias del programa.	14
Descripción del proceso seguido para la implementación del programa.	17
❖ Resultados de la evaluación del estado inicial y de la recogida de datos.	17
❖ Acciones y actuaciones de la Psicoeducación.	20
❖ Intervención ACP.	21
❖ Evaluación del programa.	23
Conclusiones.	25
Anexos.	28
Bibliografía.	38

INTRODUCCIÓN

Justificación

A lo largo de este Trabajo de Final de Máster (TFM) se desarrolla la intervención realizada con una participante con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de bajo funcionamiento con un trastorno alimentario severo de hiperselectividad e hipersensibilidad con una elevada restricción en la ingesta de alimentos.

Este TFM se va a estructurar de manera que en primer lugar se va a contextualizar la situación a través de una revisión de la bibliografía existente pasando a continuación al planteamiento de los objetivos del caso. A continuación, se expondrán las características principales de la participante, recogiendo los datos más importantes de la anamnesis y las características más específicas del trastorno alimentario.

Posteriormente, se pasará a contextualizar las fases del programa, planteando sobre cada una los objetivos planteados, las estrategias que se van a aplicar, la temporalización y la descripción del proceso seguido para la implementación del programa. Las fases son las siguientes: i) estado inicial y recogida de datos; ii) psicoeducación; iii) intervención Apoyo Conductual Positivo (ACP); y por último iv) mantenimiento.

Para finalizar el TFM, en el apartado de conclusiones se reflejará como se han resuelto los objetivos planteados inicialmente, así como se reflexionará acerca de la consolidación del programa y sobre la generalización en otros contextos.

El tema que ocupa este TFM es un tema poco discutido en la bibliografía existente, en la mayoría de los casos queda limitada a la adquisición de hábitos de autonomía e higiene a lo largo de las horas de comida, pero que se vive a diario cuando convives o trabajas con personas TEA. Además, si éstos son TEA de bajo funcionamiento la problemática alimentaria es exponencial, por tanto, es más grave y se tienen menos recursos personales para gestionar las conductas alimentarias problemáticas.

Las conductas problemáticas son aquellas que, siguiendo la definición de Emerson (1995), por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente al desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la

comunidad. El ACP interviene en las conductas problemáticas, se fundamenta en la psicología experimental y se sostiene sobre el método científico (Emerson, 1995, p.3).

Cruzado et al. (1993) señala la primera característica definitoria de la Terapia de Conducta centrándose en que los procedimientos y las técnicas de intervención deben estar adecuadamente fundamentados en la psicología experimental. Tiempo después, Carrobles (1999) afirma que la Modificación de Conducta constituye una potente tecnología aplicada a la resolución de problemas humanos y en la definición de este mismo autor, formulada en 1992 y mantenida en el texto citado, se puede leer que es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología, que aplica los principios y conocimientos científicos obtenidos por ésta y otras disciplinas afines (Carrobles, 1999, p.19-21).

Por todo esto, se considera que el ACP, en la tarea de elaborar un plan de intervención en alimentación para TEA de bajo funcionamiento, es la opción que más rigurosidad científica puede aportar, ya que se fundamentará en la observación directa y sin juicio subjetivo, sin lugar a las interpretaciones, limitándose a registrar e intervenir de manera estricta y objetiva. La aplicabilidad del programa de intervención será inmediata.

Marco teórico y revisión de investigaciones previas

El TEA se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) y de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, [...] patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses (DSM-V, 2013, pág.31).

Los trastornos de la alimentación están reconocidos en los sistemas de codificación del DSM-V y el CIE-10:

Las clasificaciones de estos trastornos se remontan a la década de 1980 y tienden a reflejar la disciplina de los autores, careciendo a menudo de una nomenclatura convenida previamente. Aquellas de la comunidad médica pediátrica generalmente se enfocan en condiciones orgánicas bien definidas,

pero no enfatizan en un enfoque sistemático de los problemas conductuales (Kerzner et al., 2015, p.344).

Los problemas en la conducta alimentaria son muy frecuentes en personas con autismo. Más de la mitad de estos pacientes tendrán conductas patológicas asociadas en algún momento de su vida, y, muchos de ellos en el área específica de la alimentación. Sin embargo, a pesar de la prevalencia y de la gravedad de muchas de las situaciones, es escasa la bibliografía que vaya más allá del trabajo acerca de la adquisición de hábitos de autonomía y de higiene en las horas de las comidas.

Son muchas las dificultades que se presentan en la alimentación de las personas con TEA, sobre todo durante la infancia. Para la correcta planificación de una intervención se deberá tener en cuenta cuales son los posibles factores desencadenantes y cuáles son las características del sujeto, si presenta ansiedad con ideas irracionales acerca de la alimentación, hipersensibilidad, hiperselectividad o señales de alerta orgánicas.

Kanner ya sugirió en los años 40 que uno de los síntomas nucleares del autismo era el deseo de la invariabilidad del entorno, el comportamiento estereotipado y los intereses restringidos. Según este autor, todos estos síntomas se encuentran impulsados por un fuerte componente ansioso.

Así, en palabras de Kanner:

El comportamiento del niño está gobernado por un deseo obsesivo-ansioso de mantener la igualdad, con ataques de pánico como resultado de dichos cambios; [...] incluso cambios menores en el entorno pueden inducir a confusión y distrés, y el miedo a un posible cambio puede convertirse en una fuente de ansiedad. (Kanner, 1944, p.213).

Según Paula, se debe valorar si la ansiedad provoca un deterioro en el funcionamiento escolar, social, laboral o de otras áreas importantes de la persona, o interviene de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables (Paula, 2015, p.17). Estas afirmaciones también son aplicables a los aspectos referentes a la conducta alimentaria. Cuando este componente ansioso interviene de manera negativa en la tarea indispensable de alimentarse, aparecen muchos factores que pueden influir negativamente en la salud del sujeto afectado.

Autores como Hartley y Phelps (2013) denominan esta situación como un “estado de miedo sostenido”. Clark y Beck (2012), afirman lo siguiente:

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva, que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables, que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (Clark y Beck, 2012, p.5).

En una experiencia vivenciada en un caso de persona con TEA de bajo funcionamiento tal y como refería su madre se quemó a muy temprana edad comiendo sopa. Las reacciones al ver que había sopa para comer provocaron, en un inicio, reacciones ansiosas en el sujeto, el cual anticipaba que siempre que comiera sopa se quemaría. Con el tiempo, las reacciones ansiosas disminuyeron hasta desaparecer, pero han pasado más de 15 años y el sujeto aún sigue sin tolerar comer sopa. Si el chico tan solo rechaza la sopa el problema es leve y tiene fácil solución. Pero ¿y si en lugar de relacionar el malestar con la sopa en concreto lo hubiera relacionado con todos los alimentos que contienen caldo, o con la cuchara, o con todos los alimentos de color claro? Buscar una solución sería entonces más complicado.

Volviendo al concepto de “estado de miedo sostenido”, en el autismo es frecuente hablar de ansiedad catastrófica. El miedo se apodera del sujeto y la reacción ansiosa es tal que impide el normal funcionamiento. Las creencias irracionales sobre los alimentos bloquean la aceptación del individuo y este restringe el grupo de alimentos a un número muy limitado, llegándose a producir un déficit de nutrientes y vitaminas que son contrarias a los principios básicos de los hábitos saludables (por ejemplo, un sujeto puede asociar el malestar de una gastroenteritis a la ingesta de alimentos, y en cierto modo, así es, pero ¿qué sucedería si esta restricción dura muchos días y la creencia irracional no se disipa?). Estas creencias irracionales, son muy complicadas de trabajar en TEA de bajo funcionamiento, cuando lo más probable es que el terapeuta no pueda acceder a ellas, ya sea por la ausencia de lenguaje o por la dificultad de mantener un hilo argumental en los pensamientos.

Ventoso (2000) en su artículo titulado “Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo” refiere que:

Los padres y educadores no suelen comprender el porqué de este rechazo y, con frecuencia, la única alternativa válida que encuentran es forzar al niño a comer, con lo cual se asocia (condicionamiento clásico) la ingesta de comidas nuevas, o todo el complejo estimular que compone la situación de comidas, a estados emocionales negativos y que el niño rechaza (Ventoso, 2000, p.3).

También es habitual que, después de dietas libres de gluten y caseína, intolerancias o alergias alimentarias, durante la cual el sujeto ha estado privado de un determinado grupo de alimentos, entienda que los alimentos o parte de ellos son algo tóxico, dañino. Por tanto, aquello que proviene del entorno puede ser perjudicial, aquello que antes comía ahora es amenazante o le sienta mal. Pueden aparecer conductas de restricción de la ingesta. Otra vez más, a mayor grado de afectación, más dificultades para contrarrestar las creencias irracionales y más difíciles de resolver las reacciones ansiosas.

Tal y como Kanner (1944) ya apuntaba, es precisamente el deseo de invariancia del ambiente lo que los hace inflexibles, rígidos. El concepto de hiperselectividad mucho tiene que ver con esto. Es muy habitual en la práctica profesional encontrarse con alumnos que solo toman zumo de una determinada marca, que no comen sólido o que por el contrario solo toman alimentos crujientes o de un determinado color. Por tanto, se puede definir que la hiperselectividad alimenticia es un rechazo a un cierto tipo de alimentos o combinación de alimentos, ya sea por el sabor, la textura, la temperatura, el color o la fijación de comer únicamente ciertos alimentos.

Sean Barron (1992, citado por Peeters, 1994), una persona con autismo cuenta en su autobiografía:

Yo tenía un gran problema con la comida. Me gustaba comer cosas suaves y sencillas. Mis alimentos favoritos eran cereales –secos, sin leche– pan, bizcochos, macarrones y espaguetis, patatas y leche. Esos eran los primeros alimentos que había comido en mi vida y los encontraba reconfortantes y tranquilizadores. No quería probar nada nuevo. (Sean Barron, 1992, citado por Peeters, 1997, pg. 140).

Este escrito de Barron ejemplifica a la perfección el concepto de hiperselectividad, pero a la vez, hace mención a la sensación reconfortante que le produce comer aquellos alimentos que comía en su primera infancia, deseo de evocar situaciones tranquilizadoras a través de la ingesta de alimentos junto con el deseo de invariancia del ambiente, a través de la ingesta de los mismos alimentos que en edades tempranas consumía.

Aunque no se han determinado las causas con exactitud hay algunas características asociadas al TEA que podrían mantener relación con esta característica. La limitación de los intereses suele también manifestarse en la alimentación. El bajo tono orofacial

puede hacer decantar las preferencias de un sujeto hacia alimentos más blandos o triturados. De hecho, comer implica muchas experiencias sensoriales, lo que nos lleva al concepto de hipersensibilidad y a la dificultad para integrar las sensaciones provenientes de los diferentes sentidos.

De nuevo, Barron (1992) es útil para ejemplificar otro de los conceptos más importantes acerca de la conducta alimentaria en los TEA:

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 profundamente que me dieran alimentos mezclados como tallarines con verduras, o la mezcla del pan con el "relleno" para hacer 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. (Sean Barron, 1992, citado por Peeters, 1997, p. 140).

Es probable que algunos niños con autismo presenten un problema básico de hipersensibilidad gustativa y posibles alteraciones sensoriales de modalidad olfativa, gustativa o táctil, que ocasionan selectividad hacia determinados tipos de alimentos, bien sea por su sabor, su olor o su tacto, de forma que muchas comidas, con probabilidad, resulten muy desagradables, poco apetitosas o, incluso, insoportables, mientras que otras, de sabores fuertes y extraños, figuren entre las preferencias de algunos niños con autismo (Ventoso, 2000).

En lo referente a las señales de alerta orgánicas que pueden presentar algunas personas con TEA, que evidentemente siempre deben estar descartadas por el equipo médico, Kerzner et al. (2015) refieren que probablemente las más críticas son las indicaciones de disfagia y aspiración. En el niño no verbal, la disfagia y la odinofagia pueden presentarse con rechazo a la comida. Las características que sugieren una deglución descoordinada pueden ser evidentes (por ejemplo, tos o ahogo). La aspiración puede ser "silenciosa" o más sutil (por ejemplo, con sibilancias). La evaluación de la disfagia requiere identificar qué fase de la deglución (oral, faríngea, o esofágica) está desorganizada y es mejor manejada por especialistas en motilidad oral. Aunque en general con menos urgencia, el retraso del crecimiento, la diarrea, y los vómitos también necesitan resolución.

Entonces, una vez descartado el componente orgánico y si el foco del problema se encontrara en la ansiedad con ideas irracionales, en la hipersensibilidad o en la hiperselectividad, ¿por qué no dirigir las estrategias hacia la modificación de conducta? Para ello, el Apoyo Conductual Positivo promueve el aprendizaje de conductas adaptativas, de una manera rigurosa y científica.

Establecimiento de objetivos

El objetivo principal de este trabajo es diseñar un plan de intervención terapéutico destinado a modificar la conducta de un participante con TEA de bajo funcionamiento, déficit cognitivo y graves dificultades en la alimentación a través de las estrategias de ACP.

La intervención será adecuada a las necesidades y características de la alumna, favoreciendo el desarrollo de una conducta alimentaria lo más sana posible, de sus capacidades de autogestión y de autonomía personal.

Los objetivos específicos del plan de intervención son los siguientes:

- ❖ Aumentar la cantidad de ingesta de los alimentos aceptados en su dieta habitual.
- ❖ Ampliar el repertorio de alimentos.
- ❖ Diseñar y planificar una actividad motivadora, reforzadora y significativa.
- ❖ Psicoeducar a los padres de la alumna con la finalidad de unificar criterios, métodos y objetivos encarados a una fase futura para aplicar en el hogar.
- ❖ Establecer un seguimiento psicopedagógico periódico con la finalidad de identificar y valorar su evolución.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INTERVENCIÓN

El programa de intervención conductual en alimentación para TEA de bajo funcionamiento se va a basar en la metodología de Modificación de Conducta y de Apoyo Conductual Positivo (ACP) de la Psicología Conductista.

Respecto la psicología conductista, John B. Watson publicaba en la revista *Psychological Review* su artículo *Psychology as the behaviorist views it*, actualmente conocido como “Manifiesto conductista”. Watson (1913) inicia su artículo de la siguiente manera: La psicología desde el punto de vista conductista es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta.

Las teorías de Watson quedan muy lejos de la psicología conductista actual. Tachada en muchas ocasiones de valerse de planteamientos muy radicales, la psicología conductista aplicada en esta intervención se vale de ideas más integrativas centradas en la comprensión y en el conocimiento en las características individuales del paciente.

En este programa de intervención se va a trabajar en base una de las estrategias más importantes de modificación de conducta. Según Martin y Pear (2007) la característica más importante de la modificación de conducta es su énfasis en definir los problemas en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones del comportamiento como el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado.

La estrategia más importante de modificación de conducta que se va a aplicar en este programa de intervención es el Apoyo Conductual Positivo. Siguiendo con Martin y Pear (2007), un reforzador positivo es un acontecimiento que, presentado inmediatamente después de una conducta, provoca que la frecuencia o la posibilidad de que ocurra la conducta aumenten. El término reforzador positivo es a grandes rasgos, sinónimo de premio o recompensa. Una vez que se ha establecido que un evento funciona como reforzador positivo para una persona concreta en una situación determinada, puede usarse para fortalecer otros comportamientos de esa misma persona en otras situaciones.

Es importante mencionar que el sujeto sobre el que se va a implementar el programa de intervención está altamente entrenado en metodología ACP, que conoce el sistema del refuerzo positivo ya que es aplicado a lo largo de su rutina diaria en otros momentos que nada tienen que ver con la alimentación. Además, conoce el Sistema Alternativo y Aumentativo de la Comunicación (SAAC), y aunque se trata de un alumno verbal necesita constantemente del soporte visual.

También se trata de una participante altamente entrenada en TEACCH. El método TEACCH toma como punto de partida un ambiente estructurado, previsible y con un alto grado de coherencia. [...] Se hace necesario diseñar el entorno con claves concretas y simples que le ayuden al niño a estructurar el espacio y el tiempo (por ejemplo, dando información por adelantado -feedforward- mediante carteles con pictogramas de la actividad que se va a realizar a continuación, además de expresarla verbalmente (Arrebillaga, 2012). La participante se beneficia de la metodología TEACCH a lo largo de su rutina escolar, conoce el funcionamiento de los soportes visuales (historias sociales, secuencias y plafones de pasos).

Por tanto, después exponer la metodología que se va a seguir a lo largo de este programa de intervención, el diseño de ésta queda así:

- Fases y estrategias del programa.
- Resultados de la evaluación inicial y de la recogida de datos.
- Acciones y actuaciones en psicoeducación.
- Intervención ACP.
- Evaluación del programa.

PARTICIPANTE SOBRE EL QUE SE VA A APLICAR EL PROGRAMA.

Características de la participante

La participante del programa es una alumna de 14 años con diagnóstico del Trastorno de la relación social dentro del espectro autista, trastorno del lenguaje expresivo y comprensivo y déficit cognitivo.

Puntúa en el Inventario del Espectro Autista (IDEA) con un 63 (Autismo de Kanner, puntuación de corte 50).

Según la puntuación obtenida en la Escala No Verbal de Aptitud Intelectual de Wechsler (WNV) la participante obtiene un 69, correspondiendo con un nivel muy bajo o límite.

Datos más importantes de la anamnesis

- ❖ **Desarrollo motor.** Inicio de la marcha a los 14/15 meses. No gatea mucho previamente.
- ❖ **Lenguaje.** Habla muy poco, solo para pedir. Sin conversación. Ecolalia retardada (imita películas, repite mucho). Conoce el nombre de las cosas. Lenguaje no comunicativo. La ecolalia en algunos casos es funcional.
- ❖ **Sueño.** De pequeña dormía sola con un muñeco que conservó durante años. Sobre los 3 años empieza a levantarse por la noche e ir a la cama de los padres. Tiempo después volvió a dormir sola.
- ❖ **Alimentación.** Biberón sin problema. Cuando le daban la fruta se dormía. El paso al sólido fue difícil. Muy selectiva desde el paso al sólido (pasta, arroz, lácteos, palitos de pan, chocolate).
- ❖ **Control de esfínteres.** Espera hasta que no puede más para evacuar. Tiene control de esfínteres. Se tapa las orejas al orinar y al tirar de la cadena del WC.
- ❖ **Antecedentes médicos.** Ingreso hospitalario cuando tenía 11 años ya que deja de comer y beber durante 5 días como consecuencia de un posible cuadro de gastroenteritis.

❖ **Características personales.**

- Sin contacto ocular.
- Agresividad verbal, grita habitualmente.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Impaciencia, sin espera.
- Se aísla, se muestra indiferente.
- Se autoestimula.
- Orden obsesivo, ordena por tamaños, formas, colores.
- Intereses: Ordenadores y consolas.

Trastorno alimentario

La alumna presenta un trastorno alimentario con una elevada restricción en la ingesta de alimentos variados. Actualmente parece estar sana, pero se hace necesaria la intervención para reducir el problema, ya que en un futuro puede agravarse la problemática hasta llegar a una situación de malnutrición y puede pasar a ser un problema grave de cara a la madurez.

Presenta hiperselectividad alimentaria. Su alimentación está restringida a un grupo muy pequeño de alimentos. Presenta dificultad para la integración sensorial de los alimentos por su forma, color, textura y apariencia.

Se caracteriza también por un elevado nivel de inflexibilidad mental, alta resistencia a los cambios y restricción total de interés por los alimentos diferentes presentados hasta el momento. La participante presenta también hipersensibilidad alimentaria.

FASES Y ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

Fases del programa, conceptualización y objetivos.

❖ **FASE 1. Estado inicial y recogida de datos.** A lo largo de esta fase se obtiene la información relevante acerca de las características centrales de la participante y acerca de aquellas directamente relacionadas con el trastorno alimentario. Los objetivos son los siguientes:

- Determinar las características centrales de la participante.
- Determinar las características relacionadas con el trastorno alimentario.
- Valorar las competencias de la participante en anteriores intervenciones ACP y TEACCH.
- Determinar cuál es el reforzador más potente que se le puede ofrecer al participante.
- Extracción de conclusiones y diseño de la intervención motivadora, reforzadora y significativa.

❖ **FASE 2. Psicoeducación.** En esta fase se le explica a la alumna aquello que va a suceder, anticipando las consecuencias del reforzador positivo a través de los soportes visuales pertinentes. Psicoeducación a la familia, la cual está informada acerca las características de la intervención. Los objetivos de esta fase son los siguientes:

- Psicoeducar al participante a través de los soportes visuales adecuados a sus características personales.
- Psicoeducar a los padres de la alumna con la finalidad de unificar criterios, métodos y objetivos encarados a una fase futura para aplicar en el hogar.

❖ **FASE 3. Intervención ACP.** A lo largo de la fase 3 se implementa el programa. Los objetivos de esta fase son los siguientes:

- Aumentar la cantidad de ingesta de los alimentos aceptados en su dieta habitual.

- Ampliar el repertorio de alimentos.
- ❖ **FASE 4. Mantenimiento.** Después de la implementación del programa se inicia una fase de mantenimiento encaminado a la consolidación de los hábitos alimentarios adecuados. Los objetivos de esta fase son:
 - Consolidar el aumento de ingesta de los alimentos nuevos.
 - Consolidar el aumento del repertorio de alimentos introducidos.
- ❖ **FASE 5. Evaluación del programa.** En esta última fase del programa se evalúa el impacto del programa ACP. En esta fase los objetivos son los siguientes:
 - Evaluar el impacto del programa.
 - Establecer un seguimiento psicopedagógico periódico con la finalidad de identificar y valorar su evolución.

Fases del programa y estrategias.

- ❖ **FASE 1. Estado inicial y recogida de datos.**
 - Observación directa de las competencias de la participante en anteriores intervenciones ACP.
 - Observación directa de las competencias de la participante en anteriores intervenciones TEACCH.
 - Registro observacional acerca de la alimentación.
 - Entrevista semiestructurada a los familiares de la participante.
 - Entrevista semiestructurada a los educadores de la participante.
 - Observación directa de la participante en la hora de las comidas.
- ❖ **FASE 2. Psicoeducación.**
 - Participante. Historia social.
 - Participante. Plafón de pasos ACP.

- Entrevista semiestructurada con la familia.

❖ **FASE 3. Intervención ACP.**

- Historia social.
- Plafón de pasos ACP, TEACCH.
- Refuerzo positivo.
- Dibujo.
- Registro observacional.

❖ **FASE 4. Mantenimiento.**

- Historia social.
- Plafón de pasos ACP, TEACCH.
- Refuerzo positivo.
- Dibujo.
- Registro observacional.

❖ **FASE 5. Evaluación del programa.**

- Registro observacional.

Temporalización de cada fase del programa.

- ❖ **FASE 1. Estado inicial y recogida de datos.** 2 meses.

- ❖ **FASE 2. Psicoeducación.** 1 semana.

- ❖ **FASE 3. Intervención ACP.** 2 meses.

- ❖ **FASE 4. Mantenimiento.** 2 meses.

- ❖ **FASE 5. Evaluación del programa.** 1 semana.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO SEGUIDO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO INICIAL Y DE LA RECOGIDA DE DATOS.

Observación directa de las competencias de la participante en anteriores intervenciones ACP.

La participante se ha mostrado receptiva en las anteriores intervenciones ACP, conoce el sistema del refuerzo positivo inmediato. Se ha intervenido previamente en otros momentos del día implementando un sistema de trabajo para conseguir el refuerzo después de este. El éxito ha sido total en todas las intervenciones anteriores.

Observación directa de las competencias de la participante en anteriores intervenciones TEACCH.

El método TEACCH tiene un impacto muy positivo en la participante. Se trata de un aula con estructura TEACCH completa (ubicación de las mesas para trabajo autónomo, área de trabajo uno a uno, zona de descanso, rincón de ordenador, soportes visuales con soporte SAAC tales como agenda, plafones ACP, plafones de pasos y secuencias). Conoce la metodología, el trabajo tanto de izquierda a derecha como de arriba abajo, de inicio-final.

Registro observacional acerca de la alimentación.

Se realiza un registro donde se anota el listado de alimentos que la alumna consume en la escuela a lo largo de los 2 meses de la fase 1. También se registra al detalle la alimentación completa en la escuela. (Anexo 1).

Entrevista a los familiares de la participante.

Posteriormente a la entrevista semiestructurada realizada a los familiares de la participante se consigue información acerca de la alimentación en casa. Se realiza una lista de los alimentos que se consumen en el hogar. (Anexo 2).

Además, la familia aporta información relevante:

- Cuando llega a casa la participante comprueba si hay espaguetis preparados en el frigorífico.
- Comparte las comidas con el resto de miembros de la familia, excepto la merienda que la realiza en su habitación.
- Algunas veces acepta comer los alimentos poco habituales (arroz, patata hervida, tortilla de patata).

Entrevista a los educadores de la participante.

Después de la entrevista semiestructurada a los educadores anteriores se obtiene información importante acerca de la alimentación actual de la participante:

- Se ha conseguido introducir la fruta en la alimentación diaria.
- Se ha conseguido que la alumna lama con la punta de la lengua algunos de los alimentos habituales del menú escolar.
- Anteriormente comía en el suelo, con el plato entre los pies o sobre las rodillas.
- Se interpreta que la participante tiene algún conflicto psicológico relacionado con la boca, la comida, la evacuación y la menstruación.

Observación directa de la participante en la hora de las comidas.

A través de la observación directa se puede apreciar lo siguiente:

- Poder y control absoluto sobre su alimentación, la participante determina el tipo de alimento que come, lo que no come y la cantidad. Se ha apoderado de la situación, no tiene claros los límites y el rol de los adultos.

- Hiperselectividad. Alimentación restringida a un grupo muy pequeño de alimentos. La alumna solo come alimentos de determinadas marcas comerciales, no acepta comer el mismo alimento de una marca distinta.
- Dificultad para la integración sensorial de los alimentos por su forma, color, textura y apariencia.
- Inflexibilidad mental, invariabilidad a los cambios y restricción total de interés por alimentos diferentes a los que ingiere.
- Hipersensibilidad. Parece que percibe olores que pasan desapercibidos para el resto. Parece que ocurre lo mismo con los sabores y con las texturas.
- Reacción adversa a la introducción de nuevos alimentos, arcadas y sonidos de disgusto.
- Reclama y ansía comer pasta. Se puede interpretar como sensación de hambre, aunque no responde ante esta pregunta.
- Posición con las piernas encima de la silla cuando come. El plato permanece en la mesa.
- Los alimentos que ingiere (pasta) los coge con las manos, cerrando los ojos cuando come.
- A menudo traga entera la pasta, sin masticarla, haciéndola girar antes por la boca. A veces mastica los alimentos de manera correcta.
- El resto de alimentos que prueba lamiendo con la punta de la lengua los pincha con el tenedor, limpiándose seguido con una servilleta y haciendo sonidos de disgusto.

ACCIONES Y ACTUACIONES DE LA PSICOEDUCACIÓN.

Psicoeducación al participante.

- Participante. Historia social. A través de la historia social la alumna puede visualizar en qué situación se encuentra y que sucederá en los próximos días. Se realiza una breve historieta con soporte SAAC. (Anexo 3).
- Participante. Plafón de pasos ACP. Se presenta al participante el plafón de pasos que se usará en la intervención para que vaya familiarizándose con él. En el plafón visual se le indica con soporte SAAC lo siguiente:
 - Alimento del menú que toca, de manera numerada.
 - Qué tiene que hacer con este alimento (comerlo / tragarlo o lamerlo con la punta de la lengua).
 - Cantidad que tiene que comer (1 cucharada o trozo, 2, 3 o todo).

Con esta estructura se le informa de lo que va a comer o lamer y de lo que va a suceder inmediatamente después. También se le informa de que si obtiene el objetivo propuesto conseguirá el refuerzo positivo (ordenador). (Anexo 4).

Psicoeducación a la familia

- Entrevista con la familia. A través de la entrevista semiestructurada se informa a la familia sobre el programa de intervención. La familia no cree que sea un buen momento para intervenir en casa, se decide intervenir únicamente en el contexto escolar. El objetivo a largo plazo es psicoeducar a los padres de la alumna con la finalidad de unificar criterios, métodos y objetivos encarados a una fase futura para aplicar en el hogar.

INTERVENCIÓN ACP

Consideraciones previas

En un principio se discutió la posibilidad de introducir únicamente los alimentos que la alumna comía en casa (arroz blanco, patata hervida y tortilla de patata). La limitación del catering hace que no podamos disponer de estos alimentos todos los días y finalmente se valora que es más importante la continuidad en la intervención. Se decide introducir todos los primeros platos del menú diario habitual.

Es importante poner en el plato únicamente la cantidad que la alumna va a ingerir. “Ley del plato vacío” todo lo que se ponga en el plato se tiene que comer. Aunque se tenga la seguridad de que la participante puede comer más, es importante respetar los pactos, sin engañarla exigiendo que continúe.

Es muy importante que la alumna se sienta con poder sobre los alimentos en otras situaciones, ya que hasta el momento el poder ha sido real. Se le ofrecerá alimentos que no nos importe que rechace, creando momentos donde pueda elegir aquello que quiere comer, por ejemplo, durante la merienda de los viernes se le pueden ofrecer galletas para que nos diga que no quiere; o dejarlo elegir entre galletas y Kinder.

Historia social.

A lo largo de la intervención ACP se presenta diariamente la historia social, después de realizar el menú junto con el resto de compañeros. De este modo, la alumna interioriza las nuevas consignas.

Plafón de pasos ACP, TEACCH

Con esta estructura se informa a la alumna sobre aquello que va a comer o lamer con la punta de la lengua y de lo que va a suceder inmediatamente después, ya sea el siguiente plato o el refuerzo positivo (ordenador).

El plafón se sitúa justo al lado izquierdo de la mesa y la alumna va haciendo cruces al lado de lo que consigue. En su plafón de pasos siempre hay su pasta como “tercer

plato”, situada al final del primer y segundo plato y justo antes de los postres por una cuestión de coherencia.

Refuerzo positivo

En el lado derecho del plafón se sitúa el SAAC del refuerzo positivo, en este caso “ORDENADOR”, durante la alumna elegirá el vídeo que quiere ver o el juego al que quiere jugar. El refuerzo positivo tendrá una duración de 15 minutos con el Time Timer.

Actualmente, el ordenador es el refuerzo más potente que se le puede ofrecer al participante. Esto implica que el ordenador se retira del resto del día, no se le proporciona en ningún otro momento, sin excepciones, aunque ella lo demanda a menudo.

Dibujo, explicación visual

El soporte visual es muy útil para resolver situaciones que la alumna no entienda o que necesite aclarar. La participante debe creer que sigue teniendo el poder absoluto sobre su alimentación, a lo largo de la intervención ACP la alumna se gestionará de manera autónoma con la ayuda del plafón de pasos. El educador solo realizará intervenciones puntuales en caso de que la alumna no acepte seguir con el programa o que marque la cruz sin haber ingerido el alimento que le toca. Con la ayuda de un dibujo la alumna entenderá mejor cual es la información que el educador le proporciona. (Anexo 5)

Durante la intervención se le informará de que si no puede cumplir con el menú establecido puede intentarlo al día siguiente.

Registro observacional.

Se realiza un registro detallado sobre la cantidad y tipología de alimentos que la alumna ingiere. Además, también se señala si la alumna consigue o no el refuerzo positivo. (Anexo 6)

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

A nivel cualitativo, desde el primer día (12/02) la alumna ha estado receptiva a la intervención, sigue el plan con interés y lo entiende con facilidad. Comprende que si sigue todos los pasos obtiene su refuerzo.

Una vez en la fase 5 y a través de los registros que se han realizado a lo largo de la fase 3 (intervención ACP) y de la fase 4 (mantenimiento) se observa que ha probado todos los alimentos que se le han propuesto, guiándose en todo momento por las indicaciones de su plan de pasos. Necesita que el educador le recuerde verbalmente que después de comer todo lo indicado obtendrá el ordenador.

Con los alimentos más distantes a los que ella está acostumbrada hace arcadas y sonidos de disgusto o quejas, por ejemplo, con los garbanzos o con las lentejas; aun así, acepta comérselos.

A partir del análisis de los datos recogidos en los registros realizados en la fase 3 y 4 se extraen las siguientes conclusiones:

- ❖ La participante ha conseguido el refuerzo 38 días de los 40 días lectivos que tiene la fase 3 (Intervención ACP). Esto equivale a un porcentaje de éxito del 95% y un 5% de error.
- ❖ La participante ha conseguido el refuerzo 40 días de los 40 días lectivos que tiene la fase 4 (Mantenimiento). Esto equivale a un porcentaje de éxito del 100% y un 0% de error.
- ❖ Entre las dos fases completas (Intervención ACP y Mantenimiento) la alumna ha conseguido el refuerzo 78 días de los 80 días lectivos totales. Esto equivale a un porcentaje de éxito del 97,5% y un 2,5% de error. (Anexo 7).
- ❖ La participante ha incorporado todos los alimentos del primer plato del menú escolar (Anexo 8).

Cronograma y temporalización.

	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
FASE 1	█						
FASE 2			█				
FASE 3			█	█			
FASE 4					█		
FASE 5							█

Recursos materiales y personales.

- ❖ Personales: Un educador especializado en TEA.
- ❖ Materiales:
 - Historia social, plastificada.
 - Plafón de pasos, plastificado.
 - Rotulador, lápiz y papel.
 - Ordenador.
 - Time Timer.

Instrumentos de evaluación continua y final del programa.

Los instrumentos de evaluación continua que se han utilizado a lo largo de este programa de intervención son la observación directa, el registro observacional y la entrevista semiestructurada. En la fase 1 se valoran los datos extraídos y se procede al diseño de la intervención. Durante ésta, también se usa el registro observacional y la observación directa, de los cuales se extraen los datos que se reflejan en la fase 5 del programa, llegando éste a su fin.

CONCLUSIONES

Después de la aplicación del programa de intervención conductual para una alumna TEA de bajo funcionamiento con un trastorno alimentario severo con alta hiperselectividad, hipersensibilidad y una elevada restricción en la ingesta, se valora muy positivamente el impacto que éste ha tenido en la participante.

En cuanto al objetivo principal en el que se ha planteado diseñar un plan de intervención terapéutico destinado a mejorar la cantidad y variedad de ingesta de alimentos de la participante, se ha alcanzado dicho objetivo a través de las diferentes fases:

- ❖ **FASE 1. Estado inicial y recogida de datos.** A lo largo de esta fase se determinan las características centrales de la participante y del trastorno alimentario a través de la observación directa, del registro observacional y de la entrevista semiestructurada a los padres y a los educadores. También se valoran las competencias de la participante en anteriores intervenciones ACP y TEACCH. Se valoran como muy positivos los resultados obtenidos en anteriores intervenciones ACP y TEACCH, conoce el refuerzo positivo inmediato. Se profundiza acerca los alimentos que consume la alumna en la escuela y en el hogar.
- ❖ **FASE 2. Psicoeducación.** En esta fase se le explica a la alumna aquello que va a suceder, anticipando las consecuencias del reforzador positivo a través de la historia social y la presentación del plafón de pasos ACP. También se proporciona psicoeducación a la familia a través de la entrevista y la cual queda informada acerca las características de la intervención.
- ❖ **FASE 3. Intervención ACP.** A lo largo de la fase 3 se implementa el programa. Se sigue usando la historia social y se inicia el uso el plafón de pasos ACP a través de la metodología TEACCH. Se inicia el refuerzo positivo y la previa retirada del ordenador (refuerzo positivo elegido) del resto de momentos del día. A través de la intervención se aumenta la cantidad de ingesta de los alimentos aceptados en su dieta habitual y se amplía el repertorio de alimentos.

- ❖ **FASE 4. Mantenimiento.** Después de la implementación del programa se inicia una fase de mantenimiento dónde la exigencia aumenta y se empieza a consolidar el aumento de ingesta de los alimentos nuevos y se aumenta progresivamente el repertorio de alimentos introducidos.
- ❖ **FASE 5. Evaluación del programa.** En esta última fase se evalúa el impacto del programa ACP concluyendo que éste ha sido muy positivo después de la valorar los datos recogidos en el registro observacional. La participante ha conseguido el refuerzo positivo en un 95% de ocasiones durante la fase 3, y en un 100% de los días a lo largo de la fase 4. Entre las dos fases completas (Intervención ACP y Mantenimiento) la alumna ha conseguido el refuerzo 78 días de los 80 días lectivos totales. Esto equivale a un porcentaje de éxito del 97,5% y un 2,5% de error. Para finalizar, se establece un seguimiento periódico mensual con la finalidad de identificar y valorar de ahora en adelante su evolución.

En cuanto a los objetivos específicos del plan de intervención podemos afirmar lo siguiente:

- ❖ Se han resuelto favorablemente los objetivos planteados al inicio de la intervención. La participante ha aumentado la cantidad de ingesta de los alimentos aceptados en su dieta habitual, por ejemplo, el arroz blanco, la patata hervida o la tortilla y los ha generalizado a la escuela, ya que hasta antes de la aplicación del programa sólo los comía en el hogar.
- ❖ El objetivo más importante, consistente en ampliar el repertorio de alimentos también se ha resuelto con éxito. Actualmente la alumna come todos los primeros platos y todas las frutas habituales del menú.
- ❖ La actividad reforzadora diseñada ha sido suficientemente motivadora para lograr la consecución de los progresos alimentarios. La retirada del ordenador del resto de momentos del día supuso un elevado esfuerzo por parte de la participante y se tuvo que contrarrestar su uso con otras actividades y estrategias que a la larga han sido favorables para su rutina diaria.
- ❖ Conjuntamente con los padres de la alumna se acordó intervenir únicamente en el contexto escolar. Actualmente, se ha priorizado implementar en el hogar

parte de la metodología TEACCH (horario y agenda) que tan bien le funciona a la participante en el aula.

Actualmente la alumna se encuentra en una fase de consolidación y poco a poco se va ampliando la cantidad de ingesta, respetando los gustos y las preferencias y exigiendo más en aquellos alimentos que le resultan más fáciles y respetando el ritmo más lento con aquellos alimentos por los que muestra más rechazo.

La evolución de la alumna ha sido muy positiva, no solo a nivel alimentario. La metodología TEACCH y el ACP influyen muy positivamente en el bienestar general y en la estabilidad de la participante. La intervención alimentaria ha permitido a la alumna acceder a una alimentación más normalizada. Paralelamente, la regulación del uso del ordenador ha permitido que pueda acceder a un abanico de actividades que hasta el momento le resultaban poco motivadoras, proporcionándole nuevos centros de interés. El entorno previsible, el soporte visual y el uso de un lenguaje escueto y claro por parte del especialista en TEA permiten el acceso de la participante a las normas, los límites y la información.

ANEXOS

Anexo 1

Lista de alimentos que la participante consume en la escuela

- Macarrones sin rallas, lisos.
- Espaguetis (no tallarines).
- Galets.
- Sopa de ave con pastas variadas (galets, pistones...)
- Plátano
- Pera
- Manzana
- Chocolate Kinder
- Zumo de melocotón Granini de brick pequeño.
- Yogur Danone natural o de fresa.
- Yogur La Fageda natural.
- Natillas Danone.
- Natillas La Fageda.
- Piruleta (en una ocasión)
- Chupa Chup de fresa (en una ocasión).

Menú semanal (semana 1)

Este es un ejemplo del registro semanal que se realiza a lo largo de la fase 1. La alimentación a lo largo de estos 2 meses es muy similar y no contiene prácticamente cambios.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNO	1 tableta de chocolate <u>Kinder</u> . 1 zumo de melocotón <u>Granini de brick</u> pequeño.	1 tableta de chocolate <u>Kinder</u> . 1 zumo de melocotón <u>Granini de brick</u> pequeño.	1 tableta de chocolate <u>Kinder</u> . 1 zumo de melocotón <u>Granini de brick</u> pequeño.	1 tableta de chocolate <u>Kinder</u> . 1 zumo de melocotón <u>Granini de brick</u> pequeño.	1 tableta de chocolate <u>Kinder</u> . 1 zumo de melocotón <u>Granini de brick</u> pequeño.
COMIDA	<u>Macarrones</u> . Manzana.	Espaguetis. Pera.	Espaguetis. Plátano.	Espaguetis. Yogur La <u>Fageda</u> natural.	<u>Galets</u> .
MERIENDA	-	-	-	-	1 tableta de chocolate <u>Kinder</u> .

Anexo 2

Lista de alimentos que la participante consume en casa

- Todos los alimentos que come en la escuela.
- Arroz blanco.
- Patata hervida.
- Tortilla de patata
- Patatas Lays (al punto de sal, en bolsa pequeña)
- Pipas
- Palitos de pan (Grisines).
- Palomitas.

Anexo 3

Historia social:



A ___ le gusta comer pasta y Kinder

A ___ no le gusta comer el menú

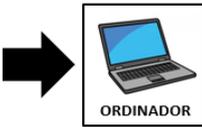
¡En la escuela el menú es muy rico!

Ahora ___ ya es mayor y puede comer el menú

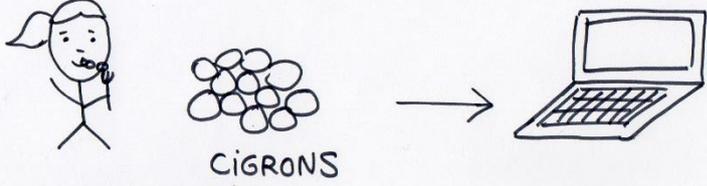
Si ___ come el menú tendrá el ordenador.

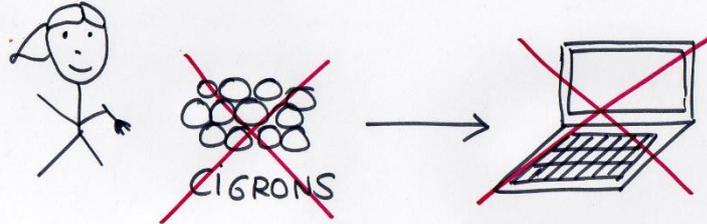
Anexo 4




1.	 MENJAR	 1 CULLERADA	 LLENTIES	
2.	 TASTAR	 AMANIDA		
3.	 TASTAR	 POLLASTRE		
4.	 MENJAR	 TOT	 PASTA	
5.	 MENJAR	 TOT	 IOGURT	

Anexo 5





Si la participante se come los garbanzos tendrá el ordenador, si no se come los garbanzos no tendrá el ordenador. Ella puede decidir qué hacer.

Anexo 6

Fase 3 - Intervención ACP

DIA	ALIMENTOS	REF.+ SI	REF.+ NO
1	Un trozo de patata hervida.	X	
2	Un trozo de espagueti carbonara.	X	
3	Un garbanzo, una patata chip (no Lays).	X	
4	Un trozo de tortilla de patata.	X	
5	Un lazo de pasta (color blanco).	X	
6	Un macarrón con tomate.	X	
7	Un trozo de patata hervida.	X	
8	Sopa con pasta (1 plato).	X	
9	Una cucharada de arroz con tomate.	X	
10	Lentejas (5 unidades).	X	
11	Un trozo de patata hervida.	X	
12	Un trozo de espagueti carbonara.	X	
13	Un garbanzo.	X	
14	Dos cucharadas de arroz blanco.	X	
15	Un plato pequeño de sopa de pescado con un poco de pasta (pistones), una porción pequeña de tortilla de patata.	X	
16	Tres lazos de pasta (2 blancos y 1 verde).	X	
17	Una cucharada de puré.	X	
18	Una cucharada de arroz blanco y una porción pequeña de tortilla de patata.	X	
19	Un plato de sopa de pescado con pasta (pistones).	X	
20	Una cucharada pequeña de lentejas y un trozo de patata al horno.	X	
21	Dos cucharadas de puré.	X	

22	Sopa de ave con pasta (estrellas).	X	
23	Dos cucharadas de arroz blanco.	X	
24	Una cucharada de lentejas.	X	
25	Dos macarrones con tomate.	X	
26	Dos trozos de patata hervida.	X	
27	Tres lazos de pasta (uno blanco, uno verde, uno naranja).	X	
28	Una cucharada mediana de lentejas.	X	
29	Dos platos de sopa más media porción de tortilla de patata.	X	
30	Arroz tres delicias. (No acepta comer las verduras del arroz).		X
31	Una cucharada de puré.	X	
32	Una cucharada de arroz con tomate.	X	
33	Dos trozos de patata hervida.	X	
34	Una cucharada de fideos a la cazuela.	X	
35	Dos platos de sopa y una patata chip.	X	
36	Dos espaguetis completos con tomate.	X	
37	Dos trozos de patata hervida y un trozo de zanahoria de la menestra. (No acepta comer la zanahoria).		X
38	Una cucharada de ensalada de pasta y media porción de tortilla de patata.	X	
39	Tres trozos de patata hervida del estofado de sepia.	X	
40	Una cucharada grande de arroz con tomate.	X	

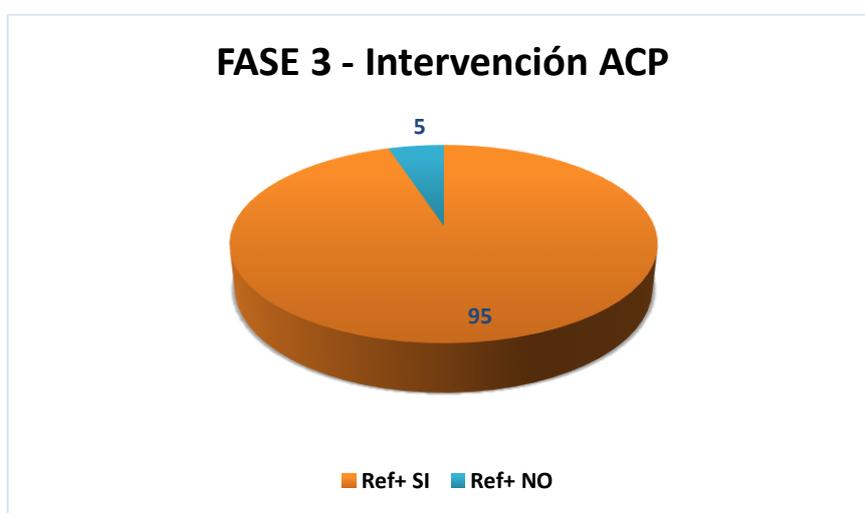
Fase 4 - Mantenimiento

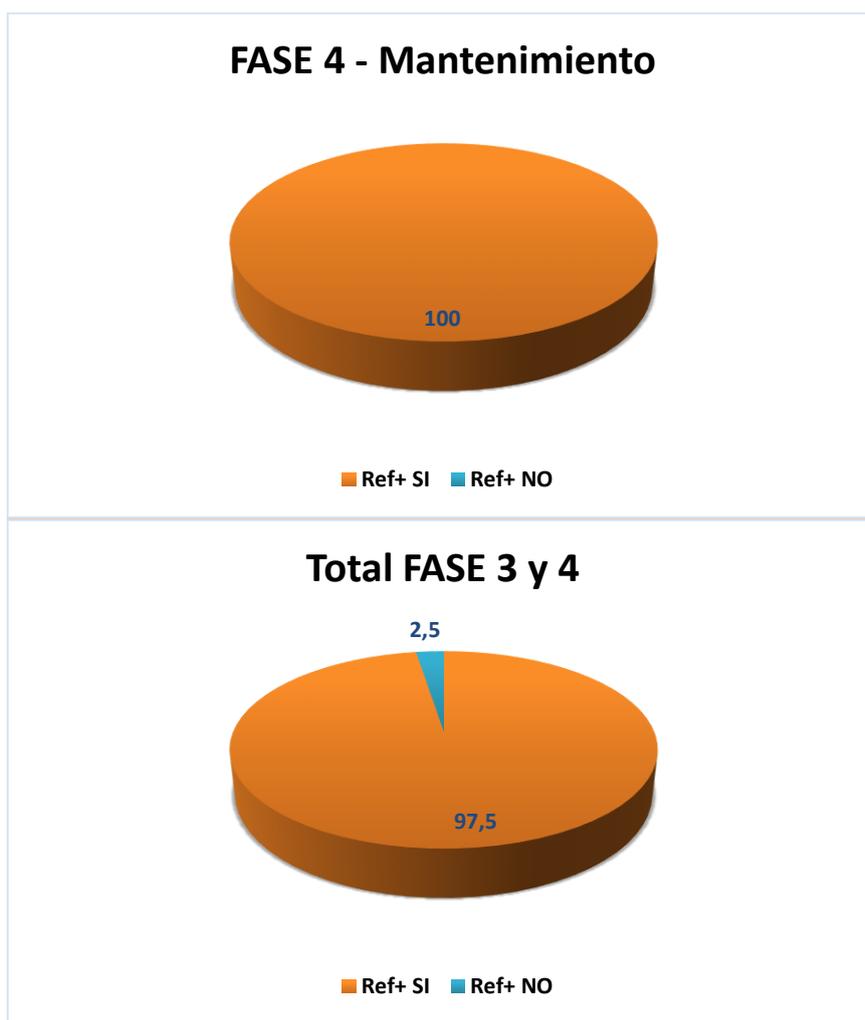
DIA	ALIMENTOS	REF.+ SI	REF.+ NO
1	Una cucharada de macarrones con tomate.	X	
2	Una cucharada de garbanzos con un trozo de patata hervida.	X	
3	Una cucharada grande de arroz con tomate con	X	

	una patata chip.		
4	Una cucharada de ensalada de pasta de lazos de colores.	X	
5	Una cucharada de espaguetis carbonara.	X	
6	Una cucharada de lentejas.	X	
7	Una cucharada de patata hervida.	X	
8	Una cucharada de arroz con tomate.	X	
9	Una cucharada de puré de verdura y una patata chip.	X	
10	Una cucharada de patata hervida.	X	
11	Un cucharón de arroz con tomate.	X	
12	Una cucharada de fideuá.	X	
13	Un cucharón de puré y una patata chip.	X	
14	Un cucharón de arroz con tomate.	X	
15	Un cucharón de lentejas más media porción de tortilla de patata.	X	
16	Dos cucharadas de patata hervida.	X	
17	Un cucharón de ensalada de pasta y una patata chip.	X	
18	Tres cucharadas de arroz 3 delicias (con pocas verduras).	X	
19	Un tortellini con tomate.	X	
20	Dos cucharadas de garbanzos.	X	
21	Un cucharón de puré.	X	
22	Tres cucharadas de arroz 3 delicias (con pocas verduras).	X	
23	Tres trozos de patata hervida del estofado a la marinera.	X	
24	Un cucharón de arroz con tomate.	X	
25	Un cucharón de patata hervida.	X	
26	Un cucharón de pasta de lazos.	X	
27	Un cucharón de macarrones con tomate.	X	
28	Dos cucharadas de garbanzos.	X	
29	Tres cucharadas de patata hervida.	X	

30	Un cucharón de arroz con tomate.	X	
31	Un cucharón de puré y un trozo de patata al horno.	X	
32	Dos cucharadas de lentejas.	X	
33	Tres cucharadas de patata hervida.	X	
34	Tres cucharadas de arroz 3 delicias (con pocas verduras).	X	
35	Un cucharón de macarrones con tomate.	X	
36	Un cucharón de puré con media porción de tortilla de patata.	X	
37	Una cucharada de ensalada de pasta.	X	
38	Tres cucharadas de patata hervida.	X	
39	Un cucharón de espaguetis carbonara.	X	
40	Un cucharón de arroz con tomare.	X	

Anexo 7





Anexo 8

Lista de los platos del menú que la participante consume en la escuela después de la aplicación del programa

- ❖ Puré de verduras.
- ❖ Patata hervida.
- ❖ Sopa de ave con pastas variadas.
- ❖ Sopa de pescado con pastas variadas.
- ❖ Lentejas estofadas.
- ❖ Garbanzos estofados.
- ❖ Arroz con tomate.
- ❖ Arroz 3 delicias.

- ❖ Pasta con tomate.
- ❖ Pasta carbonara.
- ❖ Otros tipos de pasta (fideuá, ensalada de pasta).

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Estados Unidos: Masson.

Arrebillaga, María Elisa. (2012) *Neuropsicología clínica infantil: intervenciones terapéuticas en TGD, autismo, Asperger, síndrome de Rett*. Córdoba: Editorial Brujas.

Bornas, X., Noguera, M. (2002). *Bases científicas de la Terapia de Conducta: nuevas propuestas para un viejo problema*. International Journal of Clinical and Health Psychology. vol. 2, núm. 1, enero, 2002, pp. 9-24. Asociación Española de Psicología Conductual.

Carrobles, J. A. (1999). Prólogo. En J. Olivares y F.X. Méndez: *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 19-21). Madrid: Biblioteca Nueva.

Clark, D.A. y Beck, A.T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Nueva York: Guilford Publication.

Cruzado, J.A., Labrador, F.J. y Muñoz, M. (1993). *Introducción a la modificación y terapia de conducta*. En Cruzado, J.A., Labrador, F.J. y Muñoz, M., *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 31-46). Madrid: Pirámide.

Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and intervention in people with learning disabilities*. Cambridge: Cambridge University.

Hartley, C.A. y Phelps, E.A. (2013). *Fear models in animals and humans*, en R. Vasa y A.K. Roy (eds.), *Pediatric anxiety disorders: A clinical guide*, Nueva York: Springer Science and Business Media.

Kanner, L. (1994). *Early infantile autism*. The Journal of Pediatrics, 25(3), 211-217.

Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W.C., Berall, G., Stuart, S., Chatoor, I. (2015). *A Practical Approach to Classifying and Managing feeding difficulties*. Pediatrics 2015; 135; 344.

Martin, G y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson.

Paula Pérez, I. (2015). *La ansiedad en el autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Peeters, T. (1997). *Autism. From theoretical understanding to educational intervention*. Londres: Whurr Publishers.

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.

Watson, J. B. (1913). *Psychology as the behaviorist views it*. *Psychological Review*, 20(2), 158-177.