

Comida para el Pensamiento

Por Lori L. Overland, M.S., CCC/SLP

Publicado en ADVANCE para Directors un Rehabilitation Magazine

Mayo 2001

Muchas aversiones a la alimentación no existen simplemente por ellas mismas. Varias veces son secundarias a dificultades motoras o sensoriales

Imagínese llegar a su casa y oler un pavo cocinándose en el horno. Su estómago comienza a responder y usted a salivar. Lo único que usted espera es disfrutar de esa agradable experiencia y ya no puede esperar más para la cena.

Pero para varios de los pacientes con los que trabajamos, los momentos de comida son cualquier cosa menos momentos placenteros. Para algunos niños, de hecho son momentos que verdaderamente los asustan.

Al pasar de los años, he recibido innumerables referencias de niños de los cuales se reportan “comportamientos aversivos durante la alimentación”. La gran mayoría de estos pacientes, tiene aversiones para la alimentación o “comportamientos difíciles al alimentarse” secundarios a dificultades sensoriales o motoras.

En muchas ocasiones, programas de intervención muy estrictos pueden no reconocer o tratar la etiología sensorial o motora de los desórdenes de alimentación. Pero, para ayudar a estos niños necesitamos evaluar las verdaderas causas de las “dificultades para alimentarse” y usar un trabajo en equipo. Este equipo puede incluir doctores (pediatra, médico familiar, gastroenterólogo, neurólogo), psicólogo, terapeuta ocupacional, de habla y lenguaje así como nutriólogo. Individualmente, cada profesional de la salud debe trabajar las dificultades que directamente recaen en sus áreas de experiencia.

Por ejemplo, los doctores deben considerar todos los asuntos médicos que intervienen en la habilidad del paciente para poder comer por la boca. El terapeuta ocupacional, debe considerar todos los aspectos sensoriales que puedan afectar la habilidad del niño para funcionar. El terapeuta de lenguaje y habla al mismo tiempo que trabaja con la sensibilidad oral, se enfoca en las habilidades oro-motoras que ayudan a una alimentación segura y efectiva. Juntos, el terapeuta ocupacional y el de habla y lenguaje deben desarrollar una dieta sensorial que respete las preferencias sensoriales, de texturas, sabores y temperaturas del paciente. En relación a esto, el nutriólogo diseña una dieta adecuada que proporcione las calorías y nutrientes necesarios mientras se respetan las características sensoriales del niño.

Cuando todos estos profesionales se juntan, pueden tratar los problemas complejos que muchas veces conllevan los “comportamientos aversivos para alimentarse” como se muestra en el siguiente estudio.

Jason es un niño de 5 años con un diagnóstico con trastorno generalizado del desarrollo. Él es extremadamente hipersensible a los sonidos agudos fuertes. Cuando su madre empieza los preparativos de la cena, Jason pone sus dedos en sus oídos y empieza a mecerse hacia adelante y hacia atrás. El timbre del microondas y el sonido de la licuadora incrementan la intensidad de las protestas de Jason.

Jason grita mientras sus padres tratan de sentarlo en la mesa para cenar. Aunque el pediatra ha sugerido que tiene problemas de comportamiento, un diagnóstico más preciso sería que la sensibilidad auditiva de Jason es tan significativa que hace que la cocina sea un lugar nada placentero para él.

El plan de intervención inicial para Jason incluyó una intensiva terapia de integración sensorial, así como entrenamiento de integración auditiva. Los alimentos eran preparados mientras Jason estaba en la escuela. El sonido ambiental era reducido durante las comidas y le ponían música tranquila a un volumen muy bajo. Además, la familia empezó a comer en el comedor en vez de la cocina, ya que los estímulos visuales y auditivos eran menos estimulantes para Jason. A medida que su sensibilidad auditiva fue

disminuyendo, también lo hicieron las “dificultades de comportamiento” que afectaban negativamente las comidas.

Sarah es una bebé de 10 meses. Inicialmente presentaba problemas para alimentarse con biberón, por lo que requirió de varios cambios de chupones y de fórmula. Ella tiene un historial de reflujo gastrointestinal, que fue tratado con cambios de posiciones así como una fórmula más espesa. Eventualmente esto se resolvió con medicamento.

Ella también era una bebé muy difícil de calmar y requería de rutinas muy complicadas para bañarse, vestirse y desvestirse así como para dormirse. A los 6 meses, se introdujo cereal de arroz a su dieta pero Sara presentaba reflejo nauseoso y finalmente lo terminaba escupiendo. Aunque sus padres trataron con una gran variedad de cereales para bebés, frutas y vegetales durante los siguientes meses, la reacción de Sara era generalmente la misma.

A sus padres les aconsejaban que le dieran tiempo, los doctores le aseguraban que Sarah se acostumbraría a la comida y no se preocupaban por su peso ya que continuaba dentro de las tablas. Pero sus padres estaban desesperados. A través de un programa con una dieta sensorial, descubrimos que la reacción de Sarah a la comida de bebés era diferente si le cambiábamos la temperatura, por ejemplo si poníamos el puré de manzana en el congelador 15 minutos antes de presentárselo. Las temperaturas frías muchas veces incrementan la conciencia de comida en la cavidad oral, y en su momento proporcionará mayor información a los músculos orales.

En el caso de Sarah, la temperatura fría aumenta la información de entrada de la comida blanda y con apariencia templada del bebé. Además de esto, el aumento en la información promueve el cierre labial en la cuchara y facilita más efectivamente la retracción de la lengua para mover el bolo hacia atrás de la cavidad oral. Actualmente Sarah disfruta las experiencias durante su alimentación.

Alexandra es una niña de dos años que tiene Síndrome de Down. A ella le fue “bien” con la alimentación por medio de mamilas y papillas. Pero cuando fueron introducidos los sólidos aproximadamente a los 9 meses, tuvo varios incidentes de reflejo nauseoso y de atragantamiento. Inicialmente, ella probaba cualquier sólido que se le presentara, pero poco

a poco se fue volviendo muy selectiva para la comida. Para los 15 meses de edad, ella sólo comía comida crujiente y salada como galletas saladas o papillas. Algunas veces ella introducía cierto alimento sólido que considerara aceptable dentro de su boca, lo succionaba y lo empujaba hacia fuera con su lengua.

Mientras observaba a Alexandra comer, me daba cuenta que su patrón primario continuaba siendo el de succión con papillas o alimentos sólidos. Ella exploraba alimentos de sabores fuertes succionándolos para probarlos y experimentar el sabor y después los empujaba fuera de su boca con su lengua. Empecé a sospechar que Alexandra tenía miedo de comer alimentos sólidos. Ella no tenía la habilidad motora de masticar comida eficientemente porque tenía tono muscular bajo, así como fuerza y movilidad reducida en su mandíbula, labios, mejillas y lengua.

El programa terapéutico inicial con Alexandra se enfocó en enseñarle a masticar y prepararla para poder manejar alimentos sólidos de manera segura. Esto lo logramos cambiando el tamaño, la forma y la presentación de los bolos de comida, mientras continuamos respetando las preferencias alimenticias y de sabores de Alexandra. Cuando Alexandra aprendió a masticar, otras texturas de alimentos comenzaron a ser seguras y aceptables para ella y ya no únicamente prefería los sabores fuertes o la comida salada.

En todos estos casos la presentación y las limitaciones sensoriales y motoras contribuían significativamente a las “aversiones en la alimentación”. Las familias y terapeutas frecuentemente proporcionan a los niños con necesidades especiales alimentos que no tienen las habilidades motoras para manejar o alimentos que no toman en cuenta sus déficits sensoriales. Los niños constantemente responden presentando reflejo nauseoso, atragantándose o escupiendo la comida. Las reacciones secundarias a esto son rechazar estos alimentos.

Terapeutas bien intencionados y familiares están tan preocupados por los factores nutritivos que olvidan las dificultades primarias que limitan la habilidad o las ganas del niño de comer. La práctica de “obligarlos a comer” es otro factor que contribuye a los malos comportamientos durante la alimentación. El mensaje que le damos a los niños es “Yo soy mayor que tú y te puedo obligar a comer”. El resultado es una falta de confianza en el terapeuta o en la persona encargada y en mi experiencia, forzar la alimentación, rara vez proporciona una solución a largo plazo para hacer las comidas momentos seguros y disfrutables.

Nuestros pacientes no siempre pueden comunicarnos sus necesidades de manera eficiente y nosotros podemos no tomar en cuenta sus sutiles intentos de comunicación, como cuando Jason se tapaba las orejas para indicar su descontento con el ruido durante la preparación de la comida. Como estos estudios de caso lo muestran, el diagnóstico de “aversiones en la alimentación” o “problemas conductuales en la alimentación” no siempre representan las dificultades reales de forma adecuada. Una evaluación integral de alimentación debe incluir la evaluación de habilidades motoras y sensoriales. Una adecuada respiración y estabilidad postural son los primeros puntos a considerar ya que la estabilidad corporal va a ser el apoyo para la movilidad en la boca. Después, se deben evaluar habilidades como cierre labial, retracción de lengua, acanalamiento y lateralización de la lengua, así como la elevación de su punta.

Una dieta de partida de cinco días, analizada en términos de sabor, textura y temperatura, debe servir como una exploración inicial de las preferencias sensoriales del paciente. Enfoque su plan terapéutico en facilitar las habilidades motoras que el niño necesita dominar para una alimentación adecuada. Asegúrese de que lentamente vayan explorando sabores, texturas y temperaturas variadas con un solo cambio hecho a la vez.

En el caso de Sarah, cambiamos la temperatura del bolo de comida mientras mantuvimos el sabor y la textura. Si no hubiéramos tenido éxito con esa variable, hubiéramos intentado cambiando el sabor (ej: añadir canela al puree de manzana, mientras manteníamos la textura y la temperatura.

Utilice variaciones sensoriales como el sabor o la temperatura para promover cambios en las habilidades motoras. A medida que el desarrollo motor ocurre, el paciente va a ir siendo capaz de manejar una mayor variedad de texturas. De esta forma el paciente se volverá un participante activo en la exploración sensorial y en la interacción alimenticia. Como lo muestran estos ejemplos, los comportamientos aversivos en la alimentación continuamente no existen por ellos mismos, muchas veces otras dificultades están en juego. Como terapeutas, necesitamos

identificar cuáles son esas dificultades y debemos atacarlas. Al hacerlo, estaremos ayudando a los niños a aprender que la hora de la comida puede ser una experiencia llena de placer y no que la enfrenten con miedo.

*Lori L. Overland, M.S., CCC-SLP, is the clinical director of Sara R. Johnson and Associates in South Salem, NY. She presents CEU-approved sensory and feeding seminars and can be reached via e-mail at oromotorlo@aol.com.
Traducción Alexandra Rangel, M.S.SERP ale_rangelc@yahoo.com.mx*