

Acompañamiento domiciliario como estrategia de intervención para niños con características asociadas al trastorno del espectro autista.

Esparza, A.Y.¹, Arnaiz, M.².

1. Social Educator in Baulacreix Baulacreix. CDIAP from L'Hospitalet, 2. Psychologist in Baulacreix. CDIAP from L'Hospitalet and the collaboration of psychologists Díaz, G y Díaz, E.

Introducción y Objetivos

Los niños con Trastorno del Espectro Autista presentan dificultades en la comunicación social recíproca, el juego, la imaginación y alteraciones sensoriales-perceptivas (Melzoff & Bornot, 1979). El apoyo domiciliario se basa en el principio de que el aprendizaje es más eficaz cuando ocurre en un entorno familiar y cómodo tanto para el niño como para su familia. Este enfoque comienza con la organización de actividades centradas en la familia y se complementa con la orientación profesional orientada a fortalecer la interacción, la autorregulación emocional y los procesos de aprendizaje. El entorno del hogar permite al niño expresarse de manera auténtica y seguir los ritmos naturales de la vida cotidiana. En este contexto, los niños pueden involucrarse en experiencias significativas y positivas mediante la exploración de materiales sensoriales, como texturas, sustancias maleables, sabores, colores y aromas que se encuentran fácilmente en su entorno diario. Se han identificado dificultades en la integración corporal, la comprensión de su cuerpo y sensaciones, y la conexión de estas sensaciones con sus emociones y pensamientos (Jones, W., Klin, A., 2013). El objetivo de este estudio es ofrecer un apoyo terapéutico domiciliario a niños diagnosticados con TEA, donde puedan vivir experiencias positivas a través de la exploración de materiales sensoriales. Este estudio busca ofrecer un enfoque terapéutico integral para niños en riesgo de, o diagnosticados con, Trastorno del Espectro Autista (TEA), y mejorar la calidad de la atención brindada tanto a los niños como a sus familias.

Metodología



Este estudio contó con la participación de 125 niños y sus familias. Del total de niños, el 65 % eran varones y el 35 % mujeres, con una edad media de 2 años y 8 meses.

La intervención se desarrolló siguiendo un modelo de seis meses dividido en tres fases: (1) una fase inicial de evaluación utilizando el Perfil Sensorial; (2) una fase de seguimiento domiciliario; y (3) una visita de coordinación y evaluación con el terapeuta de referencia del CDIAP (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz). El seguimiento terapéutico proporcionado tanto por el terapeuta de referencia como por el terapeuta domiciliario fue diseñado para ser complementario.

Se realizaron análisis descriptivos de las características sociodemográficas y obstétricas de los participantes. La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y se calculó un intervalo de confianza (IC) del 87 % para valorar la fiabilidad.



Para examinar la estructura dimensional de la escala y con fines de validación cruzada, la muestra se dividió aleatoriamente en dos submuestras. En la primera submuestra (n = 20), se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP), mientras que en la segunda submuestra (n = 15), se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

La idoneidad de la matriz para el ACP se evaluó mediante la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se especificaron dos modelos alternativos para el AFC: un modelo unifactorial y un modelo bifactorial correlacionado. Para evaluar el ajuste del modelo, se utilizaron varios índices de ajuste: la prueba de significación chi-cuadrado, el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Índice Tucker-Lewis (TLI) y el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA). Además, se consideraron índices de ajuste ajustados por parsimonia: el Índice de Bondad de Ajuste por Parsimonia (PGFI), el Índice Normado Parsimonioso (PNFI) y el Criterio de Información de Akaike Consistente (CAIC).

Resultados

Las características sociodemográficas y obstétricas de los participantes se presentan en la Tabla 1.

Table 1: Sample characteristics (n= 125).

Sociodemographic and Obstetric Characteristics of the Sample	
Sex, n (%)female	43 (35%)
Age (months), Mean (SD)	2 years 8 months
Position in the family, n (%)	
– First child	68 (55%)
– Second child	32 (22%)
– Third child	25 (18%)
Birth weight (g), Mean (SD)	2,342
Gestational age (weeks)	38

Según el criterio de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la adecuación de la muestra fue excelente (KMO = 0.882), y la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que la matriz de correlación era adecuada para el análisis factorial ($\chi^2 = 560.873$, $gl = 28$, $p < 0.001$). El análisis factorial exploratorio reveló una solución unifactorial (Figura 1) con un valor propio de 3.876, que explica el 78.66 % de la varianza total. Los ítems mostraron cargas factoriales que oscilaron entre 0.699 y 0.978 (Tabla 2).

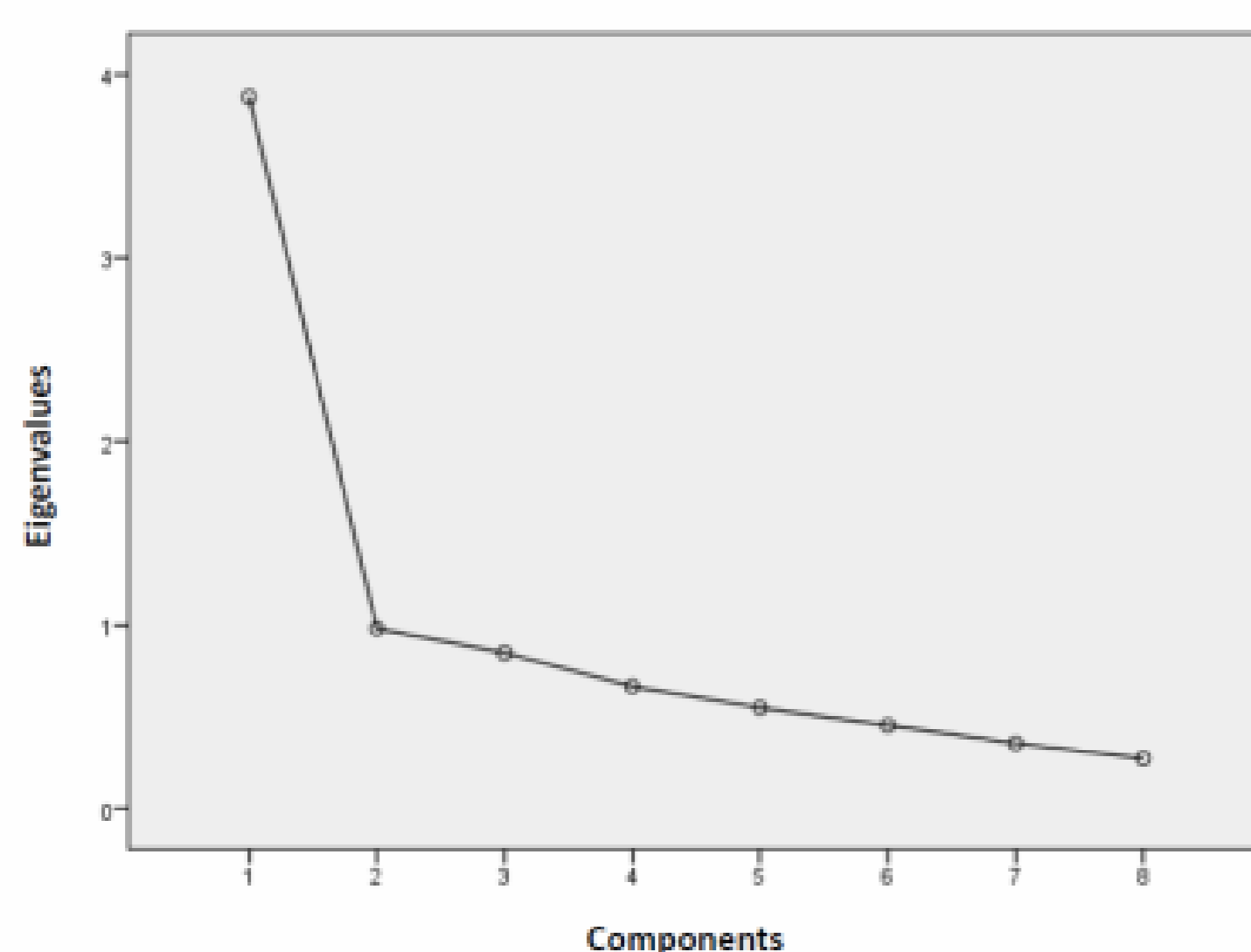


Fig. 1. Gráfico de sedimentación.

Los índices de ajuste ajustados por parsimonia indicaron que el modelo unifactorial fue más parsimonioso (modelo unifactorial: PGFI = 0.596, PNFI = 0.700, CAIC = 138.297).

Tabla 2: Cargas factoriales.

Items	Componentes
Item 1	.818
Item 2	.929
Item 3	.699
Item 4	.475
Item 5	.789
Item 6	.796
Item 7	.875
Item 8	.978

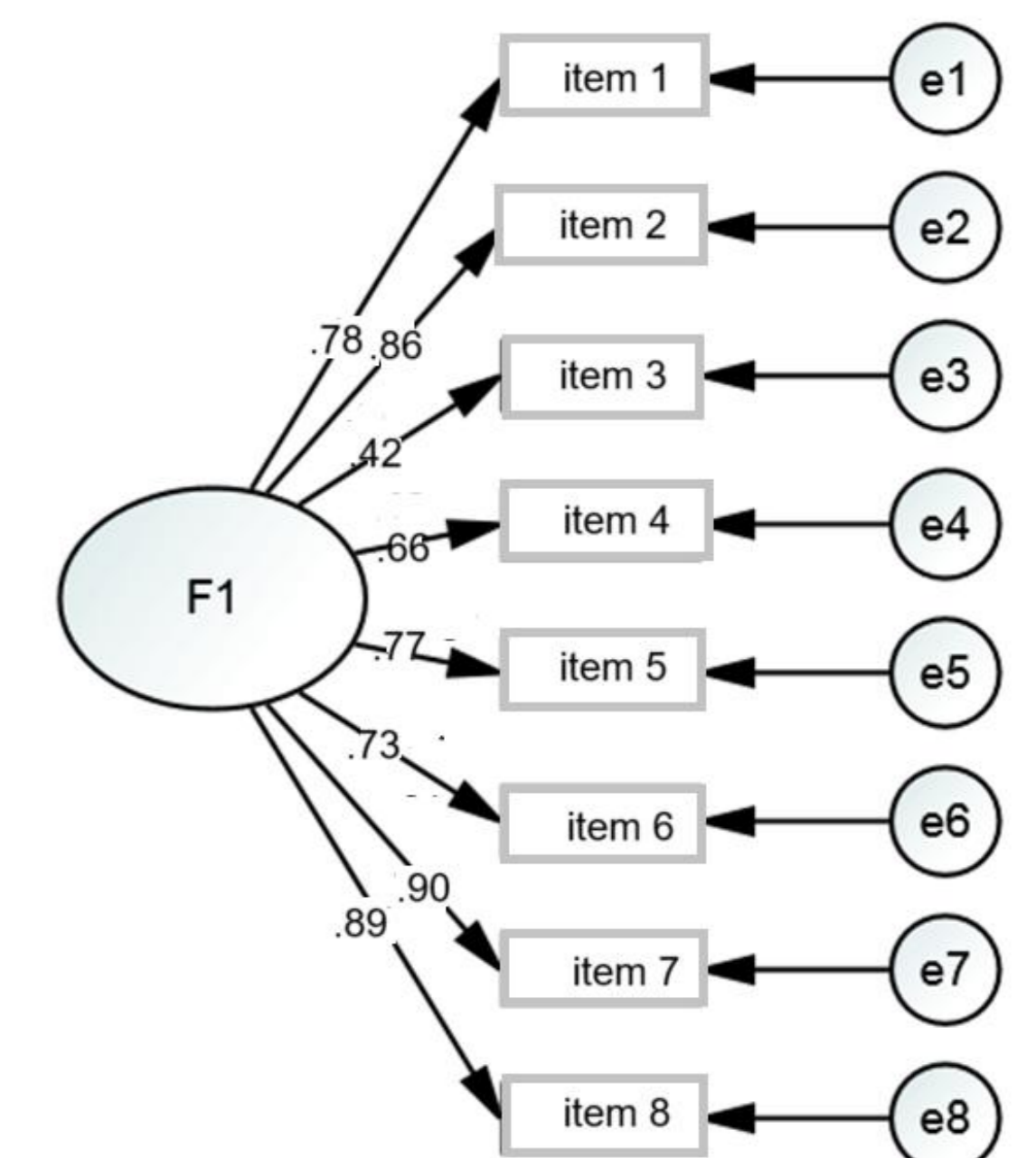
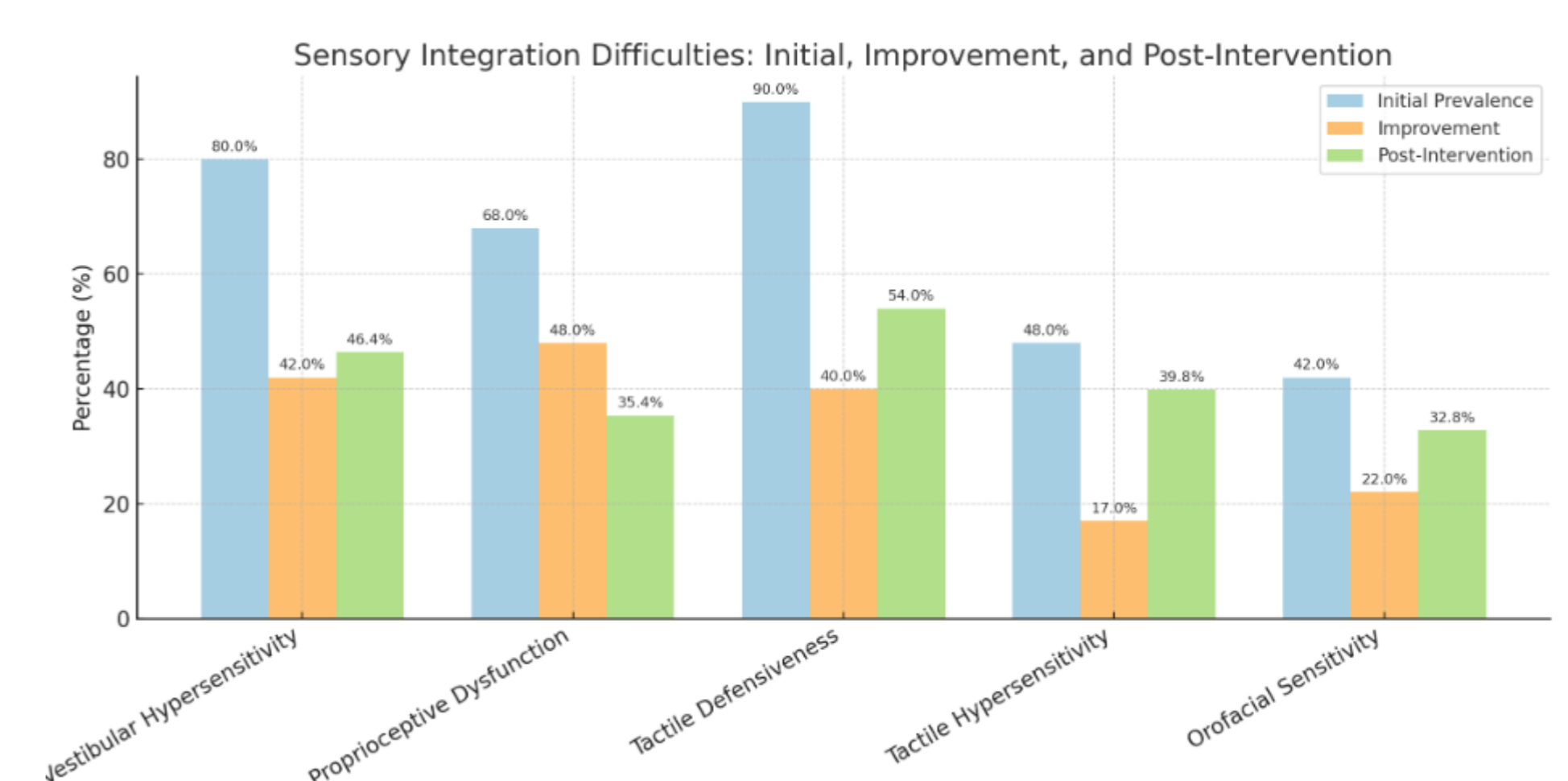


Fig. 2. Modelo de un factor.

El análisis inicial de frecuencias de la muestra reveló la siguiente prevalencia de dificultades en la integración sensorial: el 80 % presentó hipersensibilidad vestibular, el 68 % disfunción propioceptiva, el 90 % defensividad táctil, el 48 % hipersensibilidad táctil y el 42 % sensibilidad orofacial.

La comparación entre las evaluaciones pre y post intervención mostró mejoras significativas: la sensibilidad vestibular disminuyó un 42 %, la disfunción propioceptiva un 48 %, la defensividad táctil un 40 %, la hipersensibilidad táctil un 17 % y la sensibilidad orofacial un 22 %.



Conclusiones

- El trabajo en el procesamiento sensorial muestra un cambio significativo en el perfil sensorial de los niños que reciben apoyo.
- Se hace énfasis en el apoyo domiciliario como fuente de bienestar, promoviendo habilidades adaptativas y fortaleciendo la relación niño-familia.
- Permite una atención más intensiva y personalizada.
- Brinda apoyo a las familias en la gestión de la regulación conductual.
- Fomenta el desarrollo de la autonomía del niño.
- Aumenta el compromiso y la adherencia a los servicios del CDIAP.
- Facilita la comprensión, la contención emocional y la socialización.

References

- Meltzoff, A. N. y Borton, R. W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282 (5737), 403-404. November, 22.
- Jones, W., Klin, A. (2013) Attention to eyes is present but in decline in 2–6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504, 427–431. <https://doi.org/10.1038/nature1271>