



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Máster Universitario en Atención Temprana y Desarrollo
Infantil

Propuesta de intervención transdisciplinar
en las dificultades de alimentación de
niños TEA

Trabajo fin de estudio presentado por: Eiden Aray Castilla Rocío

Tipo de trabajo: Propuesta de intervención

Línea de trabajo: Atención Temprana Centrada en Familia y Entornos

Directora: Rosa Fernández Valero

Fecha: 16/07/2023

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo inherente de la persona que influye en distintas áreas, como el lenguaje, la cognición y el procesamiento sensorial. Durante los últimos años se ha observado que, una de las principales preocupaciones y necesidades de las personas con TEA y sus familias, son respecto a las dificultades en la alimentación. Estas dificultades se pueden manifestar como selectividad alimentaria, aversión a ciertas texturas y sabores y problemas en la masticación y deglución, entre otros. Por lo que, debido a que este proceso es una actividad esencial para la supervivencia y el bienestar físico y emocional, abordar estas dificultades se convierte en un aspecto clave dentro de la atención temprana. Por tanto, el presente trabajo propone una intervención para abordar las dificultades de alimentación en una niña con TEA de entre 3 y 5 años, a través de las prácticas centradas en la familia y con el apoyo de un equipo transdisciplinar. Asimismo, se aplicarán estrategias en relación a los objetivos funcionales reconocidos por los familiares, basándose en su participación activa y en la colaboración estrecha entre todo el equipo, reconociendo el papel fundamental de la familia en el desarrollo de su hija. Con la implementación de esta propuesta se espera que el programa logre resultados positivos en la introducción y tolerancia de alimentos sólidos en la dieta de la niña, en mejorar su coordinación masticatoria y deglutoria, así como empoderar a la familia y aumentar su bienestar y calidad de vida, fomentando la autonomía y la participación de la niña en el proceso de la alimentación en su día a día.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista (TEA), dificultades de alimentación, Atención Temprana, Prácticas Centradas en la Familia y equipo transdisciplinar.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is an inherent neurodevelopmental condition that influences different areas such as language, cognition and sensory processing. During the last few years it has been observed that one of the main concerns and needs of people with ASD and their families are associated with eating difficulties. These problems can manifest as food selectivity, aversion to certain textures and flavors and difficulties in chewing and swallowing, among others. Therefore, because this process is an essential activity for survival and physical and emotional well-being, addressing these problems becomes a key aspect of early care. The present work proposes an intervention to address eating difficulties in a girl with ASD between 3 and 5 years old, through family-centered practices and with the support of a transdisciplinary team. Likewise, strategies will be implemented in relation to the functional goals recognized by the family members, based on their active participation and close collaboration between the whole team, recognizing the fundamental role of the family in the development of their daughter. With the implementation of this proposal, it is expected that the program will achieve positive results in the introduction and tolerance of solid foods in the child's diet, in improving her chewing and swallowing coordination, as well as empowering the family and increasing their well-being and quality of life, promoting the autonomy and participation of the child in the eating process in her daily life.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), eating difficulties, Early Intervention, Family-Centered Practice and transdisciplinary team.

Índice de contenidos

1. Introducción	8
1.1. Justificación y planteamiento del tema elegido	9
1.2. Objetivos	10
2. Marco Teórico	11
2.1. Trastorno del Espectro Autista	11
2.1.1. Prevalencia del TEA	11
2.1.2. Área del lenguaje	12
2.1.3. Área de la cognición	14
2.2. Procesamiento sensorial	15
2.2.1. Dificultades en la Modulación Sensorial	16
2.2.1. La alimentación	17
2.3. Atención Temprana	19
2.3.1. Prácticas Centradas en la Familia	22
2.3.2. Entornos Naturales	24
3. Contextualización	25
4. Diseño de la Propuesta	28
4.1. Objetivos de la propuesta de intervención	29
4.2. Destinatarios	30
4.3. Metodología	32
4.4. Actividades/sesiones	35
4.5. Temporalización	38
4.6. Evaluación	41
5. Conclusiones	44

6. Limitaciones y Prospectiva	46
Referencias bibliográficas	49

Índice de figuras

Figura 1. Alumnado TEA escolarizado en Canarias	12
Figura 2. Clasificación de las disfunciones sensoriales	16
Figura 3. Perfiles en la Modulación Sensorial	17
Figura 4. Oportunidades de aprendizaje	23
Figura 5. Ecomapa de la familia	31
Figura 6. Cronograma de los objetivos funcionales	41

Índice de tablas

Tabla 1. Dificultades en el área del lenguaje	13
Tabla 2. Dificultades en el área de la cognición	14
Tabla 3. Modelos de Atención Temprana	20
Tabla 4. Principios de las prácticas recomendadas	22
Tabla 5. Temporalización de las sesiones	40

1. Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una nota de prensa publicada el 29 de marzo del 2023, a nivel global se estima que 1 de cada 100 niños está dentro del espectro autista. El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo inherente de la persona que influye en el área del lenguaje, la cognición y el procesamiento sensorial (Hernández et al., 2021). Una de las dificultades más comunes a las que se enfrentan las personas con TEA y sus familias, ya que según Goldschmidt (2018) tiene una prevalencia del 90%, es la alimentación. Por lo que es esencial que los profesionales de Atención Temprana posean un amplio conocimiento acerca de las dificultades de alimentación en personas con TEA, incluyendo las causas subyacentes y las mejores estrategias de intervención.

Los niños dentro del espectro autista, en la alimentación, pueden presentar selectividad alimentaria, aversión a ciertas texturas o sabores y dificultades para masticar y deglutir debido a sensibilidades sensoriales, problemas de coordinación motora o problemas conductuales (Viviers et al., 2020). Estas dificultades pueden tener un impacto muy significativo en la calidad de vida de la persona dentro del espectro autista y su familia, ya que la alimentación es una actividad básica y esencial para la supervivencia y el bienestar físico y emocional. Asimismo, cabe destacar que tener una mala alimentación puede causar malnutrición, déficit alimentario, sobrealimentación y desnutrición (Leiva, 2019 y Yagüe, 2023), influyendo en la capacidad de recibir una dieta equilibrada y nutritiva.

Estas dificultades de alimentación mencionadas con anterioridad pueden acarrear situaciones de estrés en las comidas y conflictos familiares, por lo que es esencial abordarlas de forma temprana y transdisciplinar en los entornos naturales del niño, a través de profesionales con formación continua y con acceso a recursos para ofrecer la mejor atención posible en este aspecto. Así, la intervención de las dificultades de la alimentación es un aspecto clave dentro de la Atención Temprana que es imprescindible considerar.

1.1. Justificación y planteamiento del tema elegido

El abordaje de las dificultades de alimentación en personas con TEA es un área de creciente interés clínico y de investigación, debido a la alta prevalencia y al impacto significativo que tienen en su calidad de vida y en la de sus familias. Existen artículos y estudios sobre las causas subyacentes de las dificultades de alimentación en personas con TEA, que incluyen factores sensoriales, conductuales y orofaciales. Debido a que existen diversas perspectivas para abordar estas dificultades, es fundamental realizar una intervención transdisciplinar donde se incluya la colaboración de diversos profesionales enfocados en un objetivo común, en este caso, la mejora de la alimentación.

Además, en la intervención también hay que tener en cuenta que es imprescindible aplicar la práctica centrada en la familia para involucrar al entorno cercano del usuario en el proceso de la toma de decisiones, en la definición de objetivos funcionales y en la práctica, aprovechando las oportunidades de aprendizaje en sus rutinas diarias. Puesto que, como señala Bejarano (2020), si los familiares del usuario participan activamente en la intervención y en los contextos naturales, el éxito y la eficacia del programa se incrementan, obteniendo resultados muy favorables.

Por consiguiente, el objetivo general del presente trabajo es diseñar una propuesta de intervención para abordar las dificultades de alimentación en una niña con TEA, a través de un enfoque transdisciplinar, mediante el juego y con una práctica centrada en la familia. Se busca que esta intervención proporcione herramientas y estrategias útiles y efectivas para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas dentro del espectro autista y sus familias, fomentando también una relación saludable y nutritiva con la comida. Asimismo, se espera que este trabajo pueda ser una base para futuras investigaciones y programas de intervenciones similares.

A continuación, se detallan los objetivos generales y específicos planteados en este programa de intervención.

1.2. Objetivos

Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención para abordar las dificultades de alimentación en una niña con TEA de entre 3 y 5 años a través de un equipo transdisciplinar y la práctica centrada en la familia.

Objetivos específicos

- Desarrollar un marco teórico en el que se recoja información acerca de las dificultades de alimentación en el TEA basada en la evidencia científica, para apoyar la propuesta de intervención.
- Diseñar una evaluación para conocer el progreso de la propuesta de intervención, desde su planificación hasta su finalización, para obtener la consecución de los objetivos propuestos en caso de implementarlo.
- Identificar posibles limitaciones o barreras que puedan surgir en la implementación de la intervención y proponer estrategias para superarlas.
- Reflexionar sobre los posibles resultados de la intervención teniendo en cuenta la prevalencia de las dificultades de alimentación en el TEA recopiladas en el marco teórico.

2. Marco Teórico

2.1. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se encuentra clasificado dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo. Los Trastornos del Neurodesarrollo o Trastornos del Desarrollo Neurológico son un conjunto de condiciones de base neurológica que pueden influir en la retención, adquisición o aplicación de habilidades específicas así como de información, alterando las diferentes funciones del desarrollo como la atención, la memoria, el procesamiento, la percepción, el lenguaje, la comunicación, la interacción social y la resolución de problemas (Sulkes, 2022). En la quinta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2022) se especifica que las características de estas condiciones se observan de forma heterogénea y precoz en el desarrollo infantil, originando en la persona necesidades en el ámbito personal, social, ocupacional y/o académico a lo largo de su vida.

En cuanto al Trastorno del Espectro Autista, esta condición se caracteriza por presentar dificultades en la interacción social y comunicación en diversos contextos, acompañado de patrones de comportamiento restrictivos y estereotipados que pueden ocasionar necesidades específicas en el día a día de la persona que lo presenta (APA, 2022).

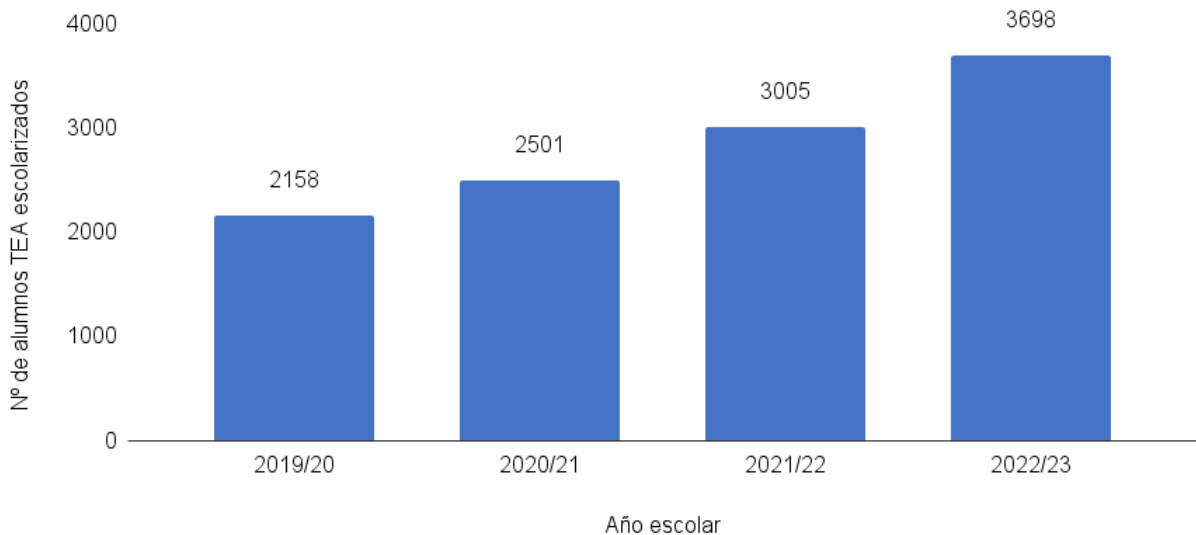
2.1.1. Prevalencia del TEA

Según Zeidan et al. (2022), a nivel global se estima que 1 de cada 160 niños está dentro del espectro autista, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que son 1 de cada 100 niños.

En las Islas Canarias, como se muestra en la siguiente Figura 1, a partir de los datos abiertos que ofrece la página web de Educación, se observa el incremento de niños TEA matriculados desde 2019 en las tres modalidades de escolarización; aula ordinaria, aula enclave y centros especiales. En este curso escolar 2022-23 se han matriculado 3.698 alumnos, un 18,74% más que el curso anterior, que fueron 3.005. Con respecto al año 2020-21 que se registraron 2.501 alumnos, se ha incrementado un 32,36% de niños TEA escolarizados. Mientras que,

desde el curso 2019-20 que se matricularon 2.158 alumnos, se ha incrementado un 41,64% más en este año 2022-23 (Gobierno de Canarias, 2022).

Figura 1. Alumnado TEA escolarizado en Canarias



Nota. Adaptado del Gobierno de Canarias (2022). (Elaboración propia).

Conociendo el incremento de personas con TEA diagnosticadas y escolarizadas, hay que tener en cuenta las necesidades que pueden presentar, ya que es una condición que acompaña al usuario a lo largo de su vida y que influye en dos áreas del funcionamiento personal; el área del lenguaje y el área de la cognición (Hernández et al., 2021).

2.1.2. Área del lenguaje

Las dificultades que tiene una persona dentro del espectro autista en el área del lenguaje son muy variadas, debido a que la competencia lingüística difiere en cada caso, desde personas con vocabulario y lenguaje muy extenso que pueden presentar dificultades en los contextos sociales hasta quienes no desarrollan ningún tipo de lenguaje oral, requiriendo el apoyo de Sistemas Alternativos de Comunicación (Benítez y Belda, 2022).

Por lo que, teniendo en cuenta la heterogeneidad en la competencia lingüística del TEA, a continuación, se muestra la Tabla 1 con las dificultades generales en el lenguaje.

Tabla 1. Dificultades en el área del lenguaje.

Comunicación e interacción social	
Comprensión	<p>Entender mensajes de forma oral.</p> <p>Comprender el significado de una frase, aunque entiendan el significado de todas las palabras de forma independiente.</p> <p>Comprender el significado no literal como las bromas, chistes, metáforas, sarcasmos, ironías o dobles sentidos.</p> <p>Interpretar la comunicación no verbal como el contacto ocular, gestos, postura corporal o expresiones emocionales.</p>
Expresión	<p>Utilizar un lenguaje ajustado al contexto o a la situación.</p> <p>Saber cómo iniciar, mantener o terminar una conversación.</p> <p>Identificar los temas que son adecuados en función del contexto o del interés de la persona con la que se habla.</p> <p>Elegir temas cotidianos para mantener una conversación con otra persona.</p>
Relaciones sociales	<p>Acercamientos inusuales o inadecuados para mantener una interacción social.</p> <p>Dificultades para adaptar el comportamiento en distintos contextos.</p> <p>Dificultades para comprender las reglas sociales que rigen las relaciones interpersonales.</p> <p>Dificultades para comprender las emociones, deseos, motivaciones o intenciones de otras personas y emplearlos en la interacción social.</p> <p>Dificultades para expresar emociones según el contexto.</p>

Fuente. Adaptado de Marrero et al., (2021, pp 14).

2.1.3. Área de la cognición

Asimismo, como se mencionó con anterioridad, las personas dentro del espectro autista pueden presentar dificultades en el área de la cognición para responder a las demandas de los contextos sociales de forma flexible, ajustando su forma de pensar y de comportarse, por lo que dichas situaciones cambiantes les puede suponer un gran esfuerzo, malestar, angustia o ansiedad. También pueden presentar alteraciones en el procesamiento sensorial, mostrando en ocasiones hiper o hipo sensibilidad ante los estímulos dados (Marrero et al., 2021). Por ende, en la siguiente Tabla 2 se han recopilado las dificultades generales que pueden presentar las personas con TEA en el área de la cognición.

Tabla 2. Dificultades en el área de la cognición.

Flexibilidad de comportamiento y de pensamiento	
Contextos sociales	Resistencia a cambios en la rutina o en el entorno. Necesidad de apoyo ante situaciones novedosas o desconocidas. Insistencia en que las cosas sucedan siempre de la misma manera. Disposición de intereses muy intensos y específicos, que pueden interferir en su vida diaria. Comportamiento rígido y repetitivo como las ecolalias.
Estímulos sensoriales	Malestar intenso ante sonidos, olores, luces, sabores o texturas específicas. Interés intenso en aspectos sensoriales del entorno, como oler o tocar determinados objetos o la fascinación por las luces. Indiferencia aparente al dolor o a la temperatura. Búsqueda de estimulación mediante actividad física como el balanceo, saltar de forma repetida, etc.

Fuente. Adaptado de Marrero et al., (2021, pp 15).

Para comprender el impacto de las alteraciones en el procesamiento sensorial y lo que puede repercutir en el día a día de una persona dentro del espectro autista, hay que tener en cuenta lo que es la integración sensorial. Según Ayres (2005), este proceso es la capacidad que tiene un individuo de captar y organizar la información sensorial que llega al sistema nervioso para su transformación e interpretación, generando, de esta manera, una respuesta adaptativa en el ambiente. Por lo que, la forma en que se procesan esas sensaciones mediante los distintos sistemas, puede afectar al comportamiento y al aprendizaje (Yagüe y Díaz, 2017).

2.2. Procesamiento sensorial

La información sensorial se procesa a través de siete sistemas sensoriales: la vista, el gusto, el olfato, el oído, el tacto, la propiocepción y el sentido vestibular. De modo que, las sensaciones que se proporcionan a través de estos sentidos se pueden dividir en dos:

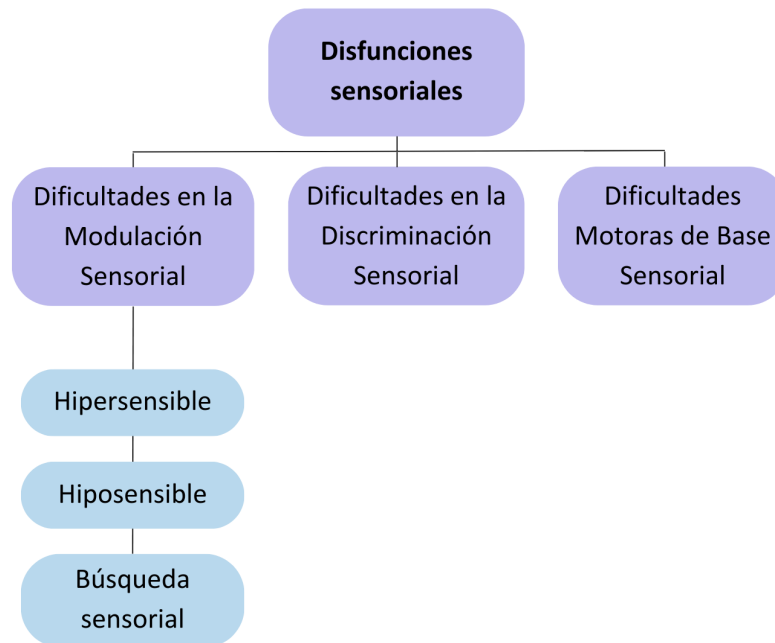
Sensaciones externas conscientes: la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto.

Sensaciones internas inconscientes: el tacto profundo, la propiocepción y la información vestibular. (Yagüe y Díaz, 2017, pp 17).

Según la autora Román (2013), cuando el procesamiento de la información sensorial no se realiza de forma apropiada ocurre una disfunción sensorial. “Disfunción” atiende a que el cerebro no funciona eficientemente y de una forma natural, mientras que “sensorial” precisa que dicha ineficiencia incide en los sistemas sensoriales. Esto supone que, cuando existe una disfunción sensorial, el cerebro no procesa y organiza los impulsos sensoriales correctamente, resultando en la falta de información adecuada y precisa del mismo individuo y su entorno. De modo que, cuando esto sucede, el cerebro tampoco dirige el comportamiento de forma eficaz (Yagüe y Díaz, 2017), impactando de forma negativa en el desarrollo funcional y en las ocupaciones cotidianas de la persona (Román, 2013).

De esta manera, Serrano (2019) afirma que existen tres categorías en la disfunción sensorial que constan de varios subtipos según las características de la persona, siendo las dificultades en la Modulación Sensorial, la Discriminación Sensorial y la Motora de Base Sensorial.

Figura 2. Clasificación de las disfunciones sensoriales



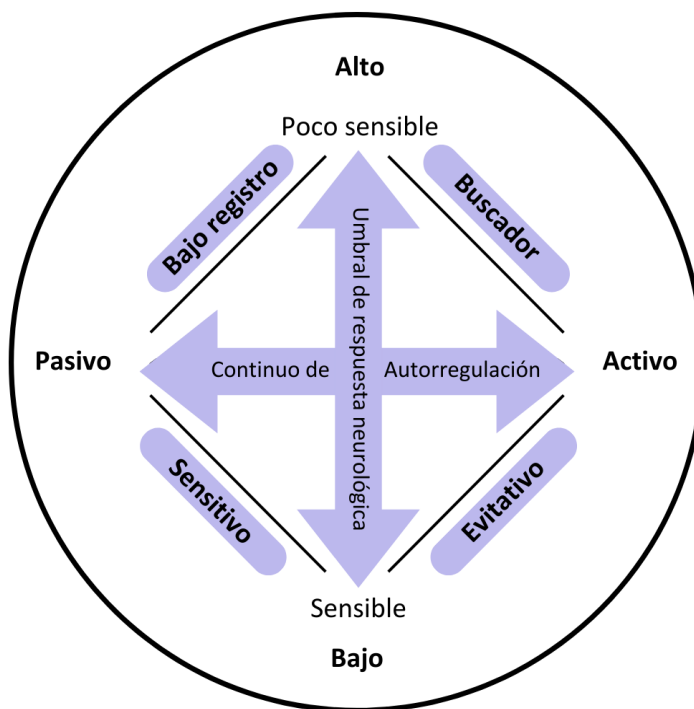
Nota. Adaptado de Miller, et al., (2007). (Elaboración propia).

2.2.1. Dificultades de la Modulación Sensorial

Debido a que la prevalencia en las dificultades de la Modulación Sensorial en personas dentro del espectro autista es de un rango estimado del 90-95% (Randell et al., 2019), este trabajo se centrará únicamente en esta dificultad. En este tipo de disfunción sensorial se obtienen distintos perfiles acorde con las respuestas que se presenten ante estímulos elevados o bajos, así como su respuesta comportamental en torno a la autorregulación, manifestando conductas activas o pasivas (Yagüe y Díaz, 2017), con reacciones hipersensibles, hiposensibles o de búsqueda sensorial. Ante estímulos sensoriales, las personas hipersensibles reaccionan en exceso, las personas hiposensibles no responden o tienen poca respuesta y las personas con búsqueda sensorial muestran una gran necesidad de obtener constantemente información sensorial (Serrano, 2019).

Por lo que, según Dunn (2016), los perfiles en la Modulación Sensorial se clasifican en bajo registro, sensitivo, evitativo y buscador, tal y como se muestra en la siguiente figura 3.

Figura 3. Perfiles en la Modulación Sensorial



Nota. Adaptado de Dunn, W., (2016). (Elaboración propia).

Teniendo en cuenta la importancia de un buen procesamiento sensorial en el día a día, las áreas del desarrollo que pueden verse implicadas en los problemas de integración sensorial son diversas, como la actividad psicomotora, el control postural, la coordinación motora, la organización, el juego, el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje académico, el comportamiento y las actividades de la vida diaria. Este último, que hace referencia al desempeño ocupacional, pueden verse implicadas funciones como el autocuidado y la alimentación (Serrano, 2019).

2.2.2. La alimentación

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014), comer es la habilidad para completar las tareas preparatorias, tanto orales como faríngeas para poner en marcha el proceso de deglución, tragando el bolo alimenticio hasta el estómago. Dicho proceso engloba las habilidades orales, motoras y sensoriales requeridas para conducir la comida a la

boca, manipular los alimentos y coordinar los procesos de deglución y respiración. Por otra parte, como menciona Yagüe (2022), alimentarse hace referencia a la autonomía para poder ejercer esta actividad, por lo que es un proceso que consiste en establecer, organizar y llevar la comida o el líquido de la mesa a la boca.

Los problemas de alimentación en los niños dentro del espectro autista, según Goldschmidt (2018), tienen un 90% de prevalencia, donde categoriza cuatro conductas alimentarias. La primera hace referencia a la rigidez conductual como la dificultad en la transición entre actividades, el rechazo al alimento, el antojo o la dieta limitada. La segunda conducta es a nivel sensorial mientras que la tercera son conductas de riesgo significativo para la salud de la persona como los comportamientos disruptivos a la hora de comer, las dificultades al masticar y tragar, la pica o la rumiación. Y, finalmente, los comportamientos alimentarios rápidos que se asemejan al trastorno de atracón.

Con respecto a los problemas sensoriales en la alimentación, como especifica Seiverling et al. (2017), entre el 44% y el 50% de los niños dentro del espectro autista presenta dificultades en esta área, donde el 23,1% presentan selectividad en la textura de los alimentos, el 24,4% son selectivos según el tipo de comida, el 10,3% tienen dificultades para tolerar nuevos alimentos y el 14,1% se exceden al llenar la boca de alimentos. Por lo que las personas dentro del espectro autista tienen un porcentaje significativamente mayor de presentar dificultades en la alimentación a nivel sensorial que las personas neurotípicas.

Por otro lado, en relación al sistema estomatognático que está formado por estructuras e inervaciones que participan en las funciones orofaciales como la alimentación, respiración, articulación y fonación (Cerrillo, 2013), a través de un pequeño estudio en la población TEA, Ochoa et al. (2021) concluyeron que hay una prevalencia del 71,43% de lesiones facticias, un 47,62% de maloclusiones y alteraciones dentales, un 42,86% de bruxismo, un 33,33% problemas de gingivitis, un 28,57% tanto de fracturas como de traumatismos y un 28,31% de caries, fluorosis y exostosis óseas. Asimismo, las personas dentro del espectro autista también presentan mayores dificultades para tragar a comparación de las personas neurotípicas (Viviers et al., 2020).

Muchas de estas dificultades en la alimentación que presentan las personas TEA están vinculadas a problemas como la selectividad y las preferencias alimentarias, las dificultades en el procesamiento sensorial, los problemas conductuales, las dificultades motoras orales y la disfagia (Viviers et al., 2020). También se deben a malos hábitos orales relacionados con la boca como la respiración bucal, morder y/o chupar objetos, meter los dedos en la boca, queilofagia, etc (Pimienta, 2017). Causando desincronización sensorial-motora oral, planificación motora incompleta y mala coordinación neuromuscular oral (Chaware et al., 2021).

Por consecuencia, debido a la variedad de problemas a nivel sensorial y oral, si no se interviene en las dificultades de alimentación se puede llegar tanto a una sobrealimentación como a un déficit alimentario, teniendo como resultado una malnutrición (Leiva, 2019) e incluso una desnutrición, influyendo en el correcto desarrollo de la persona (Yagüe, 2023). Por lo que, aunque las dificultades sensoriales no siempre están ligadas a dificultades orales, implementar terapias en atención temprana siguiendo las necesidades del usuario, se obtendrán resultados muy significativos que impactarán favorablemente en la calidad de vida de la persona (Chaware et al., 2023).

2.3. Atención Temprana

De acuerdo al Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), la atención temprana se define como:

El conjunto de intervenciones que están enfocadas en la población infantil de entre 0 y 6 años, a la familia y a su entorno cercano, con la finalidad de trabajar de forma anticipada ante las necesidades transitorias o permanentes que puedan presentar los niños. Estas intervenciones consideran la globalidad del usuario y no solo las dificultades que pueda presentar, teniendo en cuenta aspectos intrapersonales biológicos, psicosociales y educativos, así como aspectos interpersonales relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social. Además, han de ser programadas a través de un equipo interdisciplinar o transdisciplinar (p. 12).

En este libro escrito por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2000) se establece que el modelo interdisciplinar está formado por un equipo de profesionales de distintas disciplinas, donde comparten objetivos e información relevante del caso para tomar decisiones en base a ella y a las necesidades observadas. Mientras que, el equipo transdisciplinar, es aquel en el que los profesionales colaboran entre ellos y la familia, aprenden de otras disciplinas afines y las integran en su práctica clínica, donde un solo miembro del equipo asume la responsabilidad de la atención del usuario y el contacto directo con las familias.

Dentro de la Atención Temprana existen distintos modelos de actuación, donde se distinguen diversos roles, la resolución en la toma de decisiones y la forma de intervención. Estas prácticas pueden seguir:

Tabla 3. Modelos de Atención Temprana.

Modelo	Rol del profesional	Rol de la familia	Decisión de los objetivos	Intervención
Centrado en el profesional	Experto Delimita necesidades y organiza soluciones Responsable exclusivo de la intervención	Pasivo Llevar al niño/a a la intervención	Profesional	Tratamiento ambulatorio a cargo del profesional
Familia-aliada	Experto Delimita necesidades y organiza soluciones Enseña sobre técnicas de la intervención	Activo Hacer en casa los ejercicios prescritos por el profesional	Profesional	Tratamiento ambulatorio a cargo del profesional y en casa a cargo de la familia

Modelo	Rol del profesional	Rol de la familia	Decisión de los objetivos	Intervención
Enfocado a la familia	Experto	Algo Activo	El profesional plantea opciones	Tratamiento ambulatorio a cargo del profesional
	Delimita necesidades y organiza soluciones	Hacer en casas los ejercicios prescritos por el profesional	La Familia decide entre ellas	Orientaciones a la familia en casa, pero con poco seguimiento
	Orienta a la familia			
Centrado en la familia	Experto en psicología del desarrollo y trastornos de este	Activo	Preocupaciones y prioridades identificadas por las familias en la valoración funcional	Intervención con la familia en el entorno natural del niño/a, aprovechando las
	Apoyo y consultor de la familia	Experta en las necesidades y prioridades de su hijo/a y su familia	Compromiso compartido	oportunidades de aprendizaje en sus rutinas diarias
	Colaborador en la generación de oportunidades de aprendizaje en las rutinas	Co-responsable de la intervención		
	Co-responsable de la intervención			

Fuente. Tabla recuperada de Fernandez-Valero, R., (2020, pp 30).

En la actualidad, poco a poco los profesionales de la atención temprana muestran interés en iniciar el último modelo, las prácticas centradas en la familia, ya que se obtienen resultados muy favorables (García et al., 2018). Sin embargo, los principios de estas prácticas según la DEC (Division for Early Childhood), requieren una adquisición de habilidades, conocimientos y competencias por parte de los profesionales y de una adecuación en el marco institucional (García-Grau et al., 2022), tal y como se muestra en la siguiente tabla 4.

Tabla 4. Principios de las prácticas recomendadas.

Liderazgo	Proporcionar orientación o guía para los líderes locales o estatales que apoyan a los profesionales.
Evaluación	Colaborar con familias para recabar información para la toma de decisiones, determinar prioridades y conocer el nivel de funcionamiento.
Entorno	Ambientes naturales e inclusivos, rutinas, Diseño Universal del Aprendizaje, adaptaciones para acceso y participación.
Familia	Colaboración de respeto, empatía y confianza. Promover competencia y empoderamiento familiar, adaptación a idioma y nivel sociocultural, apoyar interacciones, facilitar acceso a redes informales de apoyo y facilitar información sobre derechos.
Instrucción	Identificar intereses, fortalezas y preferencias de los niños/as. Habilidades necesarias de participación en rutinas, planificar el nivel de apoyo, instrucción con fidelidad e integrada en rutinas.
Interacción	Observar, interpretar y responder intencional y contingentemente: expresiones emocionales, interacciones positivas y afectivas con otros niños y adultos, uso del lenguaje, etc. A través de apoyos y estrategias para promover el desarrollo infantil.
Trabajo en equipo	Profesionales y familias trabajan en equipo para satisfacer necesidades del niño/a y familia. Intercambio sistemático y frecuente de experiencias, éxitos y dificultades. Promover acceso a servicios comunitarios. Figura del profesional de referencia.
Transición	Coordinación entre profesionales del programa para favorecer posibles líneas de intervención probables de éxito, siempre contando con la familia y cuidadores.

Fuente. Adaptado de García-Grau et al., (2022, pp 136).

2.3.1. Prácticas Centradas en la Familia

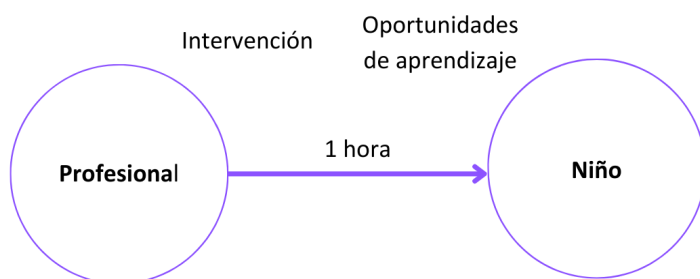
Por tanto, conociendo los principios de estas prácticas, la práctica centrada en la familia, tal y como lo define Dunst et al., (1991), es una intervención individualizada, adaptada y sensible a las características y necesidades identificadas y reconocidas por la familia para su hijo y su entorno. Por lo que se centra en fortalecer, ayudar, apoyar y empoderar la función familiar, siendo las propias familias quienes toman las decisiones finales por sí mismas.

Por tanto, estas prácticas proponen un enfoque que toma en consideración las necesidades e intereses no solo del niño, sino también de los familiares. Así, se podrán ver involucrados activamente en la intervención y al mismo nivel que los profesionales de atención temprana que formen parte del equipo. Además estas prácticas permiten incluir oportunidades y experiencias para fortalecer competencias que ya existen, dar recursos, construir una relación entre profesional-familia y empoderar a la familia (García et al., 2018).

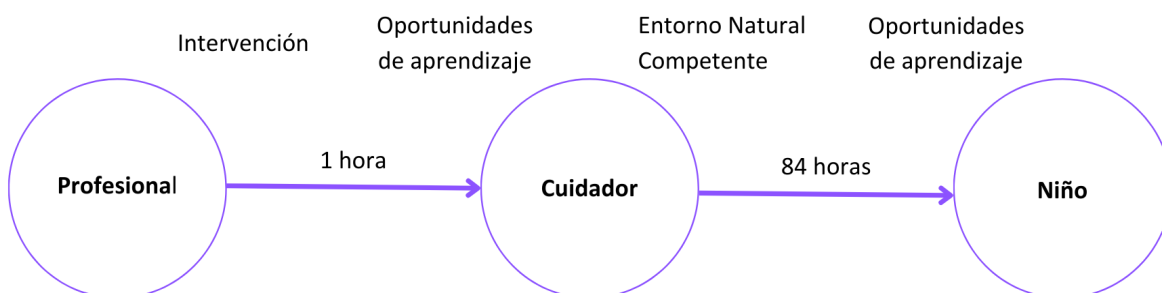
Hay estudios, como el de Jung (2003), que demuestran que, al realizar las intervenciones junto a la familia en los entornos naturales, las oportunidades de aprendizaje del niño aumentan exponencialmente, a diferencia de otros tipos de modelos más clínicos. Esto se debe, como se puede observar en la siguiente Figura 4, a que la provisión de estrategias a la familia y a las experiencias de participación del niño que tiene en sus rutinas diarias, permite maximizar las oportunidades de aprendizaje en su día a día (Fernandez-Valero et al., 2020).

Figura 4. Oportunidades de aprendizaje

Modelos de servicios centrados en el niño



Modelos de servicios centrados en la familia



Nota. Adaptado de Jung, L. A., (2003, pp 24). (Elaboración propia)

Por consiguiente, para una intervención temprana óptima las recomendaciones generales sugieren actuar pronto e intensivamente sobre las necesidades del niño, teniendo en cuenta a su familia y modificando los entornos naturales para poder optimizar su aprendizaje e inclusión (Álvarez et al., 2018). Sobre todo en los niños TEA ya que, como sugiere Bejarano (2020), si los familiares participan de forma activa en la intervención y en los contextos naturales, el éxito y la eficacia del programa se incrementan.

2.3.2. Entornos naturales

Cabe destacar que estos contextos naturales no comprenden únicamente el hogar del niño y de su familia, sino los escenarios con los que el menor interacciona en su rutina, como escuelas infantiles, el parque, la casa de los abuelos, etc. Así como aquellas personas y lugares que interactúan y conforman el día a día del niño, dependiendo también de las dudas y preocupaciones de los cuidadores (Escorcía y Rodríguez, 2019) ya que, como señala Sánchez (2020), existe riesgo de estrés, depresión y deterioro en la calidad de vida familiar de hijos con TEA cuando las familias no reciben los apoyos necesarios.

Por otra parte, los facilitadores y barreras que se pueden encontrar en el entorno natural son claves para aumentar el funcionamiento general del niño, siendo el entorno el centro de la intervención, desde donde se pueden controlar las dificultades en la estructura y la función, fomentar la participación activa del menor en su vida diaria y aumentar su desempeño habitual hasta alcanzar la capacidad máxima, a la vez que se entrenan nuevas actividades funcionales (Escorcía y Rodríguez, 2019).

Finalmente, como se ha explicado con anterioridad, que el profesional de Atención Temprana trabaje de forma directa con los cuidadores del menor, así como en aquellos entornos cercanos, facilita la participación de los familiares, ya que la intervención estará orientada a conocer sus necesidades, preocupaciones y objetivos (García-Sánchez et al, 2018), respetando al máximo la organización familiar y empoderándoles en la crianza, mejorando así, la calidad de vida del niño y de la familia (Escorcía y Rodríguez, 2019).

3. Contextualización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como se ha mencionado con anterioridad, se estima que 1 de cada 100 niños está dentro del espectro autista, identificándose diversas necesidades relacionadas con las dificultades en la alimentación en esta población, como selectividad alimentaria, aversión a ciertas texturas o sabores, dificultad para masticar y deglutir, entre otros desafíos que afectan la relación con la comida, debido a sensibilidades sensoriales, problemas de coordinación motora o problemas conductuales.

Por lo que, teniendo en cuenta la prevalencia tan alta, es fundamental abordar estas necesidades, ya que las dificultades en la alimentación pueden tener un impacto muy significativo en la calidad de vida de esta población y de su entorno cercano, afectando la ingesta nutricional, el crecimiento, el desarrollo y el bienestar emocional.

Por ende, para abordar las dificultades de alimentación, en esta propuesta de intervención se tendrán en cuenta las prácticas recomendadas, ya que a partir de esta práctica centrada en la familia, se incluye de forma activa a las familias, quienes desempeñarán un papel crucial en las sesiones. Asimismo, durante el proceso de intervención, las prioridades, valores y preferencias de la familia se deberán tener en cuenta para poder diseñar estrategias individualizadas que se ajusten a la dinámica familiar. Por lo que, la intervención se llevará a cabo en los entornos naturales de la niña para, a través de la familia y la profesional de referencia, fomentar el funcionamiento general de su hija en su día a día.

Esta propuesta de intervención se basará en una niña de 4 años diagnosticada de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y su familia, cuya unidad familiar se encuentra compuesta por ella, su madre, su padre y su perro, tal y como se muestra en el ecomapa planteado más adelante en el apartado de “destinatarios”, teniendo un nivel socioeconómico medio.

A mediados del 2022, la niña fue diagnosticada con TEA en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia, ya que los padres notaron un retroceso en las habilidades sociales y comunicativas de su hija. En la actualidad, se encuentra escolarizada en un aula

enclave de un colegio concertado ubicado en Santa Cruz de Tenerife, donde cursa 2º de Infantil contando con el apoyo y el seguimiento de la orientadora escolar y la profesora de PT. Aunque, debido a las prioridades y preocupaciones de la familia, en enero del 2023 comenzó a asistir a un gabinete privado con una logopeda como profesional de referencia.

Las prioridades y preocupaciones de los familiares, como se ha mencionado con anterioridad, hacen referencia en primer lugar al área de la comunicación, ya que presenta ausencia en el lenguaje oral y poca intención comunicativa. Al observar su forma de juego, destaca la preferencia de jugar sola sin buscar la participación del adulto, aunque permite al adulto introducirse en su juego. En cuanto a la petición de objetos que no se encuentran a su alcance, utiliza al familiar como medio para un fin, señalando al adulto lo que quiere para que se lo de. Cabe destacar que, aunque no mantiene contacto visual, sí demanda afecto cuando quiere contacto físico de otra persona, acercándose al adulto y abrazándolo.

En relación a los prerrequisitos del lenguaje, la usuaria escucha cuando le hablan y reacciona a cambios en un juego o rutina, manteniéndose alerta y explorando el ambiente que le rodea. Asimismo, a nivel visual, sigue con los ojos un objeto y una persona que se mueve, reconoce algunos objetos por su uso e imita sonidos, aunque no presenta juego simbólico. Con respecto a su percepción auditiva, sigue órdenes sencillas, reacciona al oír su nombre, reacciona ante la presencia de un sonido y vuelve la cabeza ante un sonido que se desplaza. En cuanto a su lenguaje expresivo, emite fonemas vocálicos como “aua”, “aaa” y “uuu”, se entiende bien lo que dice y tiene una voz normal.

Así como en el lenguaje y la comunicación, la familia tiene preocupaciones en el área de la alimentación, ya que la niña presenta dificultades en la toma de sólidos y de texturas mixtas, además de que tiene problemas en el control de la saliva y al tragar texturas líquidas como el agua, debido a un bajo registro propioceptivo y a una hipotonía en la musculatura orofacial. La pediatra menciona que la usuaria presenta parámetros nutricionales y analíticos normales, al igual que sus medidas antropométricas, que se encuentran dentro de la media. Sin embargo, los familiares indican que la niña únicamente come purés bien molidos, galletas

tosta ricas, natillas, gusanitos, yogures, etc. Por lo que, al intentar que pruebe otro tipo de alimentos, reacciona llorando y distanciándose del plato.

Asimismo, durante las comidas, los padres indican que la usuaria únicamente come con muy pocas personas a su alrededor y si estas no están comiendo alimentos sólidos, por lo que desde el comedor del colegio han recibido respuestas negativas por parte de las cuidadoras. Además, especifican que, durante la comida, los alimentos y los líquidos que tiene en su boca se le caen con mucha frecuencia, que emplea mucho tiempo para terminar de comer, que continuamente también se le caen los cubiertos de las manos y que en algunas ocasiones se atraganta, incluso, después de haber terminado de comer.

Debido a las dificultades que le pueden acarrear diariamente a la usuaria, tanto en casa como en el colegio, así como a su entorno cercano, se iniciará una Entrevista Basada en Rutinas (EBR) al iniciar la propuesta de intervención. De esta manera, a través de esta entrevista, se conocerá el día a día de la usuaria y la familia, con la finalidad de definir los objetivos funcionales para mejorar sus rutinas y los inconvenientes que puedan surgir en los distintos contextos y entornos.

4. Diseño de la Propuesta

El punto de partida actual de la usuaria, en el área de la alimentación, según la información obtenida a través de la acogida y de la valoración funcional, es que solamente come alimentos con una textura similar al puré como yogures, batidos de frutas naturales muy molidos, compotas, natillas, papilla de cereales... Y, aquellos alimentos que come de forma sólida tienen fácil disolución, como las galletas tostaricas y los gusanitos. Aun así, a pesar de la restricción en su alimentación, los valores nutricionales de la usuaria aparecen dentro de la media. Esto se debe a que, como especifican los padres, todos los alimentos sólidos como las carnes y el pescado, entre otros, los trituran para tener la textura deseada por su hija.

Además, los familiares mencionan que la niña, durante la hora de la comida, no puede estar con muchas personas y que presenta dificultades en su control postural y en la atención, por lo que necesitan la ayuda de la televisión para que pueda comer. Asimismo, especifican que con frecuencia se le caen los alimentos y la bebida de la boca, que emplea mucho tiempo para comer y que en algunos momentos, después de comer, se atraganta sin un “motivo aparente”.

Por lo que, como se ha mencionado en el apartado de “contextualización”, para conocer específicamente las preocupaciones, prioridades y necesidades familiares a lo largo de su día a día y comprender la funcionalidad y la participación que tiene la niña durante las actividades, es necesario llevar a cabo una Entrevista Basada en Rutinas, ya que permite al profesional de referencia extraer la información relevante y redactar los objetivos funcionales que se trabajarán a lo largo de la intervención.

Por tanto, dichas preocupaciones de los familiares extraídas a través de sus rutinas hacen referencia por una parte a la alimentación, como no levantarse de la mesa, comer alimentos sólidos, comer con otras personas a su alrededor... Así como los familiares saber cómo introducir los alimentos sólidos en su dieta. Y, por otra parte, también tienen preocupaciones respecto al área del lenguaje, como entre otros, pedir los juguetes de forma oral, decir “papá”, “mamá”, “abuelo” y “abuela”, nombrar los objetos, jugar con otros niños, etc.

4.1. Objetivos de la propuesta de intervención

Por consiguiente, teniendo en cuenta las preocupaciones de la familia que se han mencionado anteriormente en la alimentación, así como las características de la niña, el objetivo general de esta propuesta de intervención es la siguiente:

Objetivo general

Introducir alimentos sólidos en los entornos naturales de una niña de 4 años diagnosticada con TEA, mediante la participación activa de la familia y de un equipo transdisciplinar.

Basándonos en la información proporcionada sobre la niña y el objetivo general de la intervención, se proponen los siguientes objetivos funcionales a trabajar con ella y la familia:

Objetivos funcionales

1. La familia recibirá información de cómo ir introduciendo la alimentación durante los próximos 6 meses.
2. “C” participará en el desayuno del colegio compartiendo espacio con sus compañeros. Sabremos que lo ha conseguido cuando en casa y en el colegio coma con más de tres personas sin llorar una vez al día, al menos 4 días a la semana, durante 3 semanas consecutivas y en los próximos 3 meses.
3. “C” participará únicamente en la cena comiendo junto a su familia sin irse de la mesa ante los alimentos sólidos. Sabremos que lo ha conseguido cuando cene al lado de los padres y abuelos dentro y fuera de casa sin levantarse de la mesa. Al menos 4 días a la semana, durante 3 semanas consecutivas y en los próximos 5 meses.
4. “C” participará en la comida del colegio siguiendo el menú del comedor. Sabremos que lo ha conseguido cuando en casa y en el colegio, en la hora de la comida y en la cena, coma sólidos de dos platos distintos (primer plato, segundo plato y/o postre) una vez al día. Al menos 5 días a la semana, durante 3 semanas consecutivas y en los próximos 4 meses.

4.2. Destinatarios

Los destinatarios de esta propuesta de intervención son una familia y su hija de 4 años diagnosticada de TEA. La unidad familiar, todos con nacionalidad española, está compuesta por la madre de 31 años que trabaja como auxiliar administrativa en una empresa de seguros, el padre de 35 años que trabaja como profesor de infantil en un colegio público y Coco, un perro de 6 años.

A través del ecomapa, la madre expresa que le gusta el ambiente de su trabajo y que se encuentra cómoda con sus compañeros pero que, debido a ciertos cambios en la empresa y a la reducción de su salario, le resulta también un estresor. Al padre, por otra parte, le encanta su trabajo ya que es su vocación, sin embargo, explica que en muchas ocasiones se encuentra con una gran carga mental. De esta manera, los ingresos mensuales que recibe la familia rondan los 3000€ por lo que, teniendo en cuenta la economía actual del país, desde un punto de vista económico se encuentran en la media. Por ello, aunque puedan costearse un gabinete privado así como un colegio concertado, en caso de requerir algún tipo de material durante las sesiones hay que asegurarse de que dicho coste sea bajo.

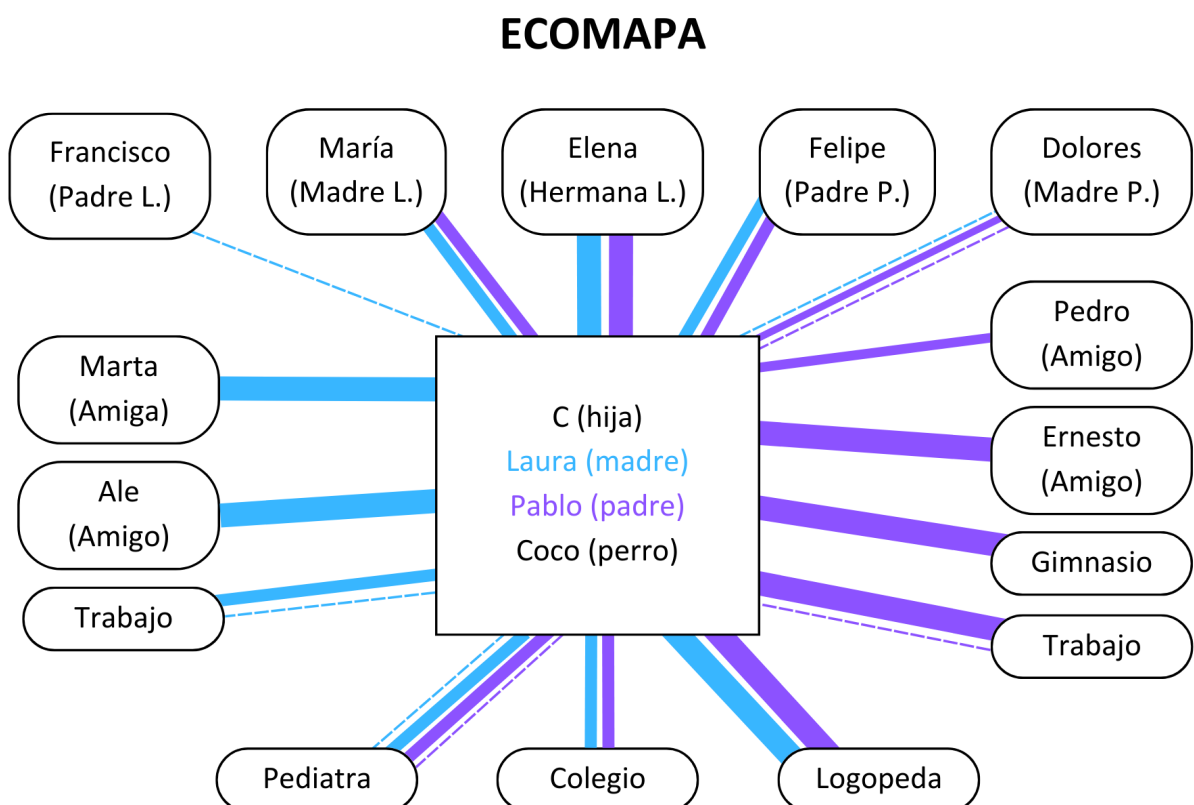
Asimismo, la familia reside cerca del centro de Santa Cruz de Tenerife, en las Islas Canarias, en una zona habitada por familias de clase obrera con ingresos medios. Recientemente se mudaron a este municipio para ubicarse cerca de sus puestos de trabajo, de sus amigos y de sus familias, quienes son un gran soporte para ellos. Por una parte, la familia materna, tanto la abuela como la hermana de la madre son un gran apoyo, ya que los ayudan a recoger a la niña cuando los padres están trabajando o en el médico. Sin embargo, debido a que el abuelo materno no entiende la condición de su hija, la familia explica en el ecomapa que no pueden contar con él.

En cuanto a la familia paterna, los abuelos paternos son de gran soporte a la familia, ya que todas las tardes los visitan a su casa, permitiendo tanto a la madre como al padre poder ir a comprar, dar una vuelta, pasear a Coco o realizar actividades de sus agrados como el asistir al gimnasio. No obstante, la abuela materna, en muchas de las ocasiones intenta controlar las decisiones que toma la familia, lo que provoca muchos momentos de estrés y discusión.

En relación a los servicios profesionales que reciben, la pediatra ha sido muy importante en el proceso del diagnóstico y de la adaptación de la niña, aunque también sienten que no le da la suficiente importancia a las dificultades que tiene su hija con respecto a la alimentación. Por este motivo, consideran que la logopeda y profesional de referencia del gabinete privado es de gran apoyo, ya que continuamente les ofrece información, estrategias y escucha, por lo que les ayuda ante sus preocupaciones, dudas y necesidades. Finalmente, el colegio al que asiste la usuaria les ofrece también mayor tranquilidad a la familia ya que, además de asistir a un aula enclave con diversos servicios como la atención de la profesora de PT, reciben continuamente información y apoyo por parte de la orientadora escolar.

A continuación, se muestra la representación del ecomapa de la familia. Cabe destacar que los nombres que aparecen en la imagen no son reales para preservar la protección de datos.

Figura 5. Ecomapa de la familia



4.3. Metodología

Se propone una intervención basada en las prácticas recomendadas en atención temprana por la DEC (2014), donde se estipulan los siguientes procesos y prácticas profesionales, las cuales se implementarán de acuerdo al Modelo Basado en Rutinas (McWilliams, 2009). Con la finalidad de comenzar el diseño de esta intervención, se realiza una acogida y una valoración funcional, cuyo objetivo será recoger información de la familia, la niña, su rutina y su entorno, así como plantear objetivos funcionales para las sesiones y el día a día.

A través de la acogida, que es la recogida de información por parte del profesional en el primer contacto con la familia, se obtienen datos relevantes como el nombre de los padres y sus edades, el nombre de la niña y su edad, el diagnóstico o la posible sospecha y las preocupaciones generales de la familia. Asimismo, se pregunta acerca de la disponibilidad horaria para acordar una segunda cita con la finalidad de rellenar el Ecomapa y la Entrevista Basada en Rutinas (McWilliams, 2009). A través de la acogida, se asigna un profesional de referencia al caso según las prioridades, necesidades y preocupaciones más importantes que tiene la familia.

Tanto el ecomapa como la EBR permiten conocer tanto a la familia y a la niña como a su entorno cercano ya que, a través del ecomapa, se extrae información acerca de la red de apoyos formales, intermedios e informales de la familia. Es decir, aporta información acerca de las personas que tienen a su alrededor como familiares, amigos o compañeros que les ayudan o les puedan generar estrés, la utilización de servicios sanitarios, educativos y sociales, sus ocupaciones laborales y sus prácticas de ocio, cultura o religión.

En cuanto a la Entrevista Basada en Rutinas (EBR), esta entrevista inicial permite conocer las necesidades, prioridades y preocupaciones familiares, el funcionamiento de la familia y de la niña en su día a día, el estilo educativo de los padres y la información relevante que permite definir los objetivos funcionales que seguirá la intervención. Esto se debe a que esta herramienta sigue un “día tipo” de la usuaria, permitiendo conocer su rutina diaria desde que se despierta hasta que se acuesta, así como el grado de satisfacción que tiene la familia respecto al nivel de participación y el funcionamiento de su hija. Además, al finalizar esta

entrevista, se le pregunta a los familiares acerca de las necesidades y preocupaciones que tienen con su hija, con la familia y con ellos mismos, así como, en caso de mostrar insatisfacción, saber qué quieren cambiar.

Estas dos herramientas, el ecomapa y la Entrevista Basada en Rutinas, son fundamentales para diseñar la intervención, ya que permite adecuar las estrategias siguiendo las preocupaciones, el estilo parental y la cultura de la familia, así como la adaptación de los objetivos funcionales a cumplir según la funcionalidad, la participación y las características de la familia y de la niña.

Asimismo, después de estos instrumentos, para la valoración se utilizarán la herramienta Child Sensory Profile-2 (Dunn, 2014), la Media de Implicación, Autonomía y Relaciones Sociales (MEISR) (McWilliams et al., 2019) y la escala de Calidad de Vida Familiar (FEIQoL) (McWilliams et al., 2013). Como son pruebas cuantitativas, se pueden comparar los resultados antes y después del programa con la finalidad de conocer los resultados y observar el éxito o fracaso de la intervención, así como contrastar la evolución que ha tenido la niña.

La primera herramienta estandarizada llamada Child Sensory Profile-2, evalúa el procesamiento sensorial de la niña en su entorno natural, determinando cómo a nivel sensorial puede favorecer o dificultar su participación en las actividades de su día a día (Dunn, 2016). Está diseñada para niños y adolescentes de entre 3 y 14 años con 11 meses y está compuesta por 9 bloques con un total de 86 preguntas que cumplimentan los padres, cuidadores o tutores.

En relación a la Medida de Implicación, Autonomía y Relaciones Sociales (MEISR), este instrumento permite evaluar la actividad y el desempeño funcional de la usuaria sobre las actividades que realiza en casa y en la comunidad, diseñando un perfil de su comportamiento funcional (McWilliams et al., 2019). Es para niños de entre 3 y 5 años y está compuesta por 14 bloques, con un total de 185 preguntas que cumplimentan las familias,

abarcando todos los puntos que hay en una rutina como el despertarse, el vestido y desvestido, las comidas, etc.

El tercer instrumento llamado Calidad de Vida Familiar (FEIQoL), es una escala de 39 preguntas que ofrece información acerca de la calidad de vida que tiene la familia respecto al funcionamiento que tiene su hija (Martínez, 2020). Por lo que, debido a que uno de los objetivos funcionales tiene relación con mejorar la calidad de vida familiar, esta herramienta es fundamental para conocer el cambio y la evolución que han tenido tras la intervención.

Tras la recogida de información y de datos a través de las distintas herramientas mencionadas con anterioridad, se procede a la redacción de los objetivos funcionales teniendo en cuenta las preocupaciones que han expresado los familiares. De modo que, para empezar a abordar dichos objetivos, antes de cada sesión se llevará a cabo una retroalimentación donde los padres comentarán los cambios que se han producido durante la semana, las estrategias implementadas y las necesidades que han surgido. Y, al finalizar, se mantendrá un pequeño tiempo de feedback para preguntar aquellas dudas que han surgido durante la sesión, ver si se han comprendido las pautas dadas y acordar los objetivos que se van a abordar para la siguiente semana.

De esta forma, se contará con una acogida y una valoración funcional, teniendo en cuenta la información obtenida y los objetivos acordados con la familia, para después comenzar la programación y la intervención. Cabe destacar que las sesiones serán de manera semanal y que, para la evaluación de los objetivos, se realizará 6 meses después de iniciar el programa. No obstante, debido a que la intervención se llevará a cabo a través de las prácticas recomendadas y en los entornos naturales, hay que considerar que, como pueden aparecer cambios en los objetivos y en la planificación, habrá que adaptar y ajustar el programa.

Asimismo, cabe destacar que durante la intervención, las sesiones se llevarán a cabo en los entornos naturales de la usuaria como en su casa, en casa de los abuelos y en el parque, entre otros, por lo que se seguirán sus intereses en el juego para generar en su día a día mayores oportunidades de aprendizaje.

Por otra parte, 6 meses después de comenzar con las sesiones, se llevará a cabo una evaluación utilizando dos instrumentos que se han mencionado con anterioridad, con la finalidad de realizar una comparativa de los resultados obtenidos pre y post intervención. Estas dos pruebas, que cumplimentarán los padres, serán la prueba MEISR y la escala FEIQoL.

Al finalizar estas dos herramientas, se rellenará también el Formulario de escala de logro de objetivos (GAS) (McDougall y Rey, 2007) para evaluar la consecución de los objetivos funcionales propuestos. Esta escala está compuesta y representada por cinco niveles de metas, a través de unos puntajes según el logro provisto, que van de -2 (resultado mucho esperado) a +2 (mucho mayor de lo esperado). Este instrumento, por tanto, permite medir tanto las metas individuales como las metas funcionales, dando unas expectativas realistas a los familiares acerca de la intervención.

4.4. Actividades/sesiones

En el diseño de las sesiones de intervención, que se pueden observar en el siguiente apartado denominado “temporalización”, se seguirán un total de seis fases, siendo:

- Fase 1: Acogida.
- Fase 2: Asignación del profesional de referencia.
- Fase 3: Valoración.
- Fase 4: Programación.
- Fase 5: Intervención.
- Fase 6: Evaluación.

Durante la cuarta fase, la programación de las sesiones se adecuarán según los objetivos funcionales que se aplicarán durante las rutinas de la niña, ofreciendo a las familias estrategias acordes al horario de los padres, su estilo educativo, su cultura, sus costumbres, sus apoyos, etc. Estos objetivos surgen de las habilidades que posee la usuaria y de las demandas que presenta en su rutina, por lo que las estrategias aportadas tendrán como finalidad generar una bondad de ajuste en relación a ese objetivo propuesto, es decir, ajustando las demandas de las actividades a los intereses de la niña.

Por tanto, es importante que los familiares tengan una buena autoeficacia y que así mismos se vean competentes, ya que de esta manera tendrán una mayor confianza y control para dar las respuestas necesarias a las necesidades de su hija, aprovechando las oportunidades de aprendizaje que puedan surgir en sus rutinas.

Por este motivo, desde la primera sesión se empezará a trabajar el primer objetivo, ofreciendo información de cómo ir introduciendo alimentos nuevos con diversas texturas, sabores y temperaturas en su día a día. De esta manera, las estrategias y pautas implementadas por los familiares en sus entornos naturales permitirán generalizar lo aprendido de una forma más rápida.

Primer objetivo funcional: La familia recibirá información de cómo ir introduciendo la alimentación durante los próximos 6 meses.

- **Estrategias:** Debido de que, a través del perfil sensorial se observa que la niña presenta un bajo registro a nivel propioceptivo y una hipotonía miofuncional, antes de iniciar la alimentación sólida se le ofrecen a los familiares diversas estrategias:
 - Realizar un masaje preparatorio para la hora de comer.
 - Uso del cepillo eléctrico antes y después de las comidas.
 - Soplar pompas de jabón.
 - Tomar líquidos a través de una cañita con formas (retorcida, estrella, corazón...).
 - Tomar bebidas densas, como los batidos de frutas naturales, a través de una cañita normal.
 - Comer alimentos fríos como polos o helados.

A partir del primer objetivo, que tendrá como finalidad empoderar a la familia ofreciendo información acerca de la alimentación y el cómo poder trabajarla en sus rutinas y en sus entornos naturales, se comenzará a llevar a cabo el segundo objetivo para que, poco a poco, la niña pueda asistir al comedor sin que le resulte un estresor.

Segundo objetivo funcional: “C” participará en el desayuno del colegio compartiendo espacio con sus compañeros. Sabremos que lo ha conseguido cuando en casa y en el colegio coma con más de tres personas sin llorar una vez al día, al menos 4 días a la semana, durante 3 semanas consecutivas y en los próximos 3 meses.

- **Estrategias:** Ya que la usuaria presenta una hiperreactividad auditiva, se proponen diversas estrategias para adecuar los estímulos auditivos y que la presencia de otras personas durante la hora de la comida no le resulte desagradable:
 - Indicar a los familiares de colocarse a la altura de su hija para que el estímulo auditivo no sea repentino y fuerte.
 - Hablar con el colegio para permitir a la niña comer dentro del aula y tener una menor exposición a sonidos muy estridentes.
 - Utilizar pictogramas para anticipar ruidos fuertes, como el timbre del colegio.
 - Proponer al colegio que la usuaria pueda utilizar auriculares que atenúen el sonido durante la hora del desayuno.

Por otra parte, en relación a la introducción de alimentos sólidos, dos meses después de iniciar las primeras sesiones y que los familiares tengan una mayor capacitación y empoderamiento, se empezará a trabajar el tercer y cuarto objetivo.

Tercer objetivo funcional: “C” participará únicamente en la cena comiendo junto a su familia sin irse de la mesa ante los alimentos sólidos. Sabremos que lo ha conseguido cuando cene al lado de los padres y abuelos dentro y fuera de casa sin levantarse de la mesa. Al menos 4 días a la semana, durante 3 semanas consecutivas y en los próximos 5 meses.

- **Estrategias:** Como la usuaria ante la muestra de alimentos sólidos responde con llanto y distanciamiento, se propone a los familiares estas estrategias para que tolere la presencia de estos:
 - Todos los días y en la hora de la comida, colocar un plato pequeño de comida sólida a la vista de la usuaria pero lejos de ella, para que, poco a poco, pueda tolerar la presencia de esta en la misma habitación.
 - Una vez tolere la presencia de la comida sólida sin reaccionar de manera negativa, se colocará el plato en la otra esquina de la mesa de donde está

sentada la usuaria. A medida que van pasando las semanas, poco a poco se acercará dicho plato a la usuaria.

- Después de implementar las anteriores estrategias y obtener buenos resultados durante varias semanas, mientras la usuaria cena se propone a los familiares comer de vez en cuando algún alimento sólido del plato.

Cuarto objetivo funcional: “C” participará en la comida del colegio siguiendo el menú del comedor. Sabremos que lo ha conseguido cuando en casa y en el colegio, en la hora de la comida y en la cena, coma sólidos de dos platos distintos (primer plato, segundo plato y/o postre) una vez al día. Al menos 5 días a la semana, durante 3 semanas consecutivas y en los próximos 4 meses.

- **Estrategias:** Ya que la usuaria no toma alimentos sólidos pero sí textura tipo puré, se propondrá a los familiares pasar de una textura a otra siguiendo un proceso que se trabajará en las sesiones a través de estas estrategias:
 - Comer en grupos muy reducidos.
 - Presentar los alimentos sólidos de forma triturada, con una textura más consistente y menos líquida, como el plátano escachado o el puré de papas.
 - No dar siempre un mismo alimento, hay que esperar dos días para ofrecerlo.
 - Colocar un espejo delante de la niña para que se vea así misma comer.
 - Alternar alimentos fríos y calientes.

4.5. Temporalización

El diseño de esta intervención abarca un período de 6 meses con una sesión semanal de 45 minutos en los entornos naturales de la familia, como la casa, el parque, la casa de los abuelos... Para ello, se estima, aproximadamente, un total de 27 sesiones donde se propondrán los distintos objetivos funcionales que se han planteado a través de las preocupaciones, prioridades y necesidades obtenidas de la EBR. De esta manera, en cada sesión se presentará a la familia un objetivo que se trabajará hasta la siguiente sesión, siguiendo las estrategias y las pautas consensuadas entre la familia y la profesional de referencia.

Estas estrategias tendrán la finalidad de mejorar la tolerancia y la aceptación de alimentos sólidos en la dieta de la usuaria, teniendo en consideración las características de la familia y de la niña. Sin embargo, estas estrategias y pautas, así como la temporalización y la duración de las sesiones son orientativas, ya que depende del progreso y de la evolución que tengan.

Como se mencionó en el anterior apartado, esta propuesta de intervención está compuesta por un total de seis fases. La primera fase denominada “acogida”, se les ofrece a los familiares de la usuaria el argumentario de atención temprana, es decir, la descripción global del servicio de Atención Temprana del gabinete, explicando los valores y los objetivos que sigue el centro, todos los profesionales educativos, sociales y sanitarios que componen el equipo, la metodología de trabajo, en qué consisten las prácticas recomendadas y qué se espera de la familia durante el proceso de la implementación. Asimismo, durante esa fase también se recopila información relevante acerca del caso para, de esta manera, dar lugar al segundo período, donde se “asigna el profesional de referencia” según las preocupaciones, prioridades y necesidades reconocidas por la familia. Este profesional será quien asuma la responsabilidad y el contexto directo con el entorno natural de la niña.

En esta segunda fase se tendrán en cuenta las características mencionadas durante la acogida para, de esta manera, designar a un profesional especializado en el área a trabajar y que tendrá el contacto directo con la familia, además de contar con el apoyo del equipo transdisciplinar. Durante la tercera fase, la “valoración”, se cumplimentarán escalas para conocer las preocupaciones de la familia así como la rutina de la usuaria.

A través de la cuarta fase denominada “programación”, se planifican las sesiones teniendo en cuenta los objetivos funcionales, así como la información obtenida en la acogida y en la valoración. En la quinta fase, donde se lleva a cabo la “intervención”, durante las sesiones se ajustarán las estrategias y las pautas según la evolución de la niña. Finalmente, en la “evaluación”, se emplearán herramientas cuantitativas y comparativas con el propósito de conocer la eficacia del programa.

A continuación, se presenta la Tabla 5 con la estimación de las sesiones previstas, así como los objetivos funcionales y las distintas fases que tendrá la intervención.

Tabla 5. Temporalización de las sesiones.

Fases	Fechas	Contenido
1 y 2	11/05/2023	Acogida y asignación del profesional de referencia.
3	18/05/2023	Ecomapa y EBR. Se exponen también los objetivos funcionales a la familia para cualquier modificación.
	25/05/2023	Child Sensory Profile-2, MEISR y FEIQoL.
4 y 5	1/06/2023	Programación de las sesiones y presentación de los objetivos funcionales 1 y 2.
	8/06/2023 - 3/08/2023	Sesiones para ajustar las estrategias y recoger información.
	3/08/2023	Presentación del objetivo funcional 3 y 4.
	10/08/2023 - 23/11/2023	Sesiones para ajustar las estrategias y recoger información.
6	30/11/2023	Evaluación pre y post intervención con las escalas MEISR y FEIQoL. Uso de la prueba GAS para la consecución de los objetivos.

Por tanto, los objetivos funcionales acordados con la familia que se trabajarán a lo largo de las sesiones y en las rutinas, seguirán el siguiente Diagrama de Gantt que se muestra a continuación.

Figura 6. Cronograma de los objetivos funcionales.

Sesiones	Inicio	Final	Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Objetivo 1	01/06/2023	23/11/2023	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Objetivo 2	01/06/2023	07/09/2023	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sesiones	08/06/2023	3/8/2023	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Objetivo 3	03/08/2023	23/11/2023								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Objetivo 4	03/08/2023	23/11/2023								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Sesiones	10/08/2023	23/11/2023								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

4.6. Evaluación

La evaluación del programa se llevará a cabo desde la planificación hasta la finalización de la intervención, comenzando desde el propio análisis de las características de la usuaria, las preocupaciones, prioridades y necesidades de la familia y la recogida de información respecto a sus rutinas y sus contextos naturales. Para ello, se tendrán en cuenta todas las posibles variables, ya que pueden aparecer cambios durante el programa, teniendo que adaptar y ajustar los objetivos y las estrategias a esas nuevas modificaciones.

Por tanto, la evaluación se realizará 6 meses después de comenzar a aplicar las estrategias en las sesiones y en los entornos naturales, con la finalidad de comparar los resultados pre y post intervención utilizando, en primer lugar, la escala MEISR. Esta herramienta cuantitativa, cumplimentada también en la valoración, permite conocer la actividad y el desempeño funcional que tiene la niña respecto a las actividades que lleva a cabo en sus entornos naturales, así como el perfil de su funcionamiento. De esta manera, se podrá comprobar los avances y la evolución que ha tenido la usuaria en su rutina, así como conocer la eficacia de la intervención o, si por el contrario, es necesario rediseñar los objetivos y las sesiones.

Por consiguiente, a través de la herramienta MEISR, se podrá evaluar el desarrollo infantil de la niña 6 meses después de comenzar la intervención. Para ello, se observará su evolución general en ese período de tiempo a través de sus rutinas de alimentación, durante la comida y la cena, tanto en su casa como en otros entornos naturales, como en el colegio, en la casa de los abuelos, en los restaurantes, etc. De esta manera, se compararán los resultados obtenidos pre y post intervención con la finalidad de medir el impacto que ha tenido el programa en el desarrollo infantil de la usuaria.

En cuanto a la calidad de vida familiar, a pesar de que la herramienta recomienda pasarla mínimo un año después de los anteriores resultados, se utilizará la escala FEIQoL para conocer si los familiares tienen una percepción distinta o similar a los resultados obtenidos con anterioridad. Así pues, el profesional de referencia podrá saber, a nivel subjetivo, si la familia tiene un mayor bienestar en su día a día.

Este instrumento, como menciona García-Grau et al. (2019), sigue cuatro factores claves. El primero de ellos hace referencia a las relaciones familiares, es decir, la comunicación que se da entre los integrantes cercanos y lejanos de la familia, la crianza de sus hijos y la participación en las actividades sociales. La segunda trata sobre el acceso que tiene la familia a la información y a los servicios, como el conocimiento sobre el desarrollo infantil, estrategias ante las demandas y desafíos de sus hijos y los recursos que la comunidad le pueden ofrecer a la familia. En tercer lugar se encuentra el funcionamiento del niño o de la niña, donde se incluyen percepciones de los familiares sobre el compromiso, la independencia, la autonomía y las relaciones sociales de sus hijos en su día a día, teniendo en cuenta el desarrollo global infantil en sus rutinas y que se ha observado a partir de la escala MEISR. El último factor, denominado situación global vital, alude a la satisfacción que tienen las familias respecto a sus necesidades, tales como el empleo, la economía y la salud.

Por tanto, a través de la herramienta FEIQoL, 6 meses después de iniciar el programa se evaluará el impacto que ha tenido la intervención sobre la calidad de vida familiar, a partir de sus relaciones, los conocimientos adquiridos, el funcionamiento de la niña y la situación global de la familia.

El último instrumento que se empleará para la evaluación es el formulario GAS, que está compuesta por cinco niveles de metas y está representado por unos puntajes de -2 a +2 según el logro previsto (resultado mucho menos esperado, resultado inferior a lo esperado, resultado esperado después de la intervención, resultado superior a lo esperado y mucho mayor de lo esperado). A través de esta herramienta que se cumplimentará 6 meses después de iniciar la intervención, se llevará a cabo un monitoreo continuo acerca de la evolución de los objetivos funcionales extraídos de la Entrevista Basada en Rutinas. Por lo que, a través del seguimiento de esta escala, se comprobará la consecución de los objetivos propuestos en esta intervención y, por tanto, la efectividad del programa.

Por consiguiente, los resultados obtenidos en estas tres herramientas permitirá al profesional conocer el éxito o el fracaso de la intervención ya que, al ser instrumentos comparativos y cuantitativos, se podrán contrastar los datos y obtener información acerca de la consecución de los objetivos alcanzados y las habilidades adquiridas por parte de la niña y su familia durante el transcurso de la intervención. Asimismo, en caso de obtener resultados poco esperados, se podrá modificar el programa ajustándose a las necesidades que han podido surgir a lo largo de las sesiones.

Cabe destacar que, debido a la falta de tiempo para poder iniciar el programa de intervención, no se pueden adjuntar datos ni resultados obtenidos acerca de las estrategias y los objetivos.

5. Conclusiones

Durante las últimas décadas, las prácticas de Atención Temprana han pasado de orientarse únicamente al usuario a centrarse hacia todos los integrantes del núcleo familiar, dando lugar a las prácticas recomendadas. A partir de estas prácticas basadas en la evidencia y centradas en la familia, se empoderan las familias y se aprovechan las oportunidades de aprendizaje que se generan en el día a día de la niña, contribuyendo a su desarrollo y aumentando su funcionalidad y su participación en las rutinas.

Por tanto, como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, los beneficios que generan las prácticas centradas en la familia son numerosos. A través de la intervención en los entornos naturales se produce una bondad de ajuste, es decir, un correcto y balanceado ajuste entre las demandas que se pueden presentar en las rutinas diarias y las competencias adquiridas de la familia y su hija, mejorando así la evolución de la niña y repercutiendo favorablemente en la calidad de vida familiar (Dunst, 2019).

Además, formar y capacitar a los diversos profesionales sanitarios, sociales y educativos que pertenecen al equipo transdisciplinar es fundamental para poder llevar a cabo estas prácticas centradas en la familia. De esta manera, se trabajará mediante un enfoque holístico, realizando evaluaciones conjuntas y abarcando todas las necesidades, prioridades y preocupaciones que puedan presentar los familiares por medio de intervenciones y objetivos flexibles, incrementando la eficacia y el éxito del programa.

Asimismo en atención temprana, como menciona Jung (2003), a través del equipo transdisciplinar y la implementación centrada en la familia, la frecuencia en que se imparten las sesiones se reduce de forma considerable, permitiendo a la niña mayor tiempo en sus rutinas diarias y menos tiempo de terapia semanal. Esto se debe a que serán los integrantes de la familia, con el apoyo del profesional de referencia, quienes maximicen las oportunidades de aprendizaje que puedan surgir diariamente, utilizando las estrategias acordadas durante las sesiones.

Por consiguiente, teniendo en cuenta los múltiples beneficios que proporcionan las prácticas recomendadas en los entornos naturales de la niña con el apoyo de un equipo transdisciplinar, la intervención se implementará siguiendo estas prácticas (DEC, 2014). El proceso, como se ha mencionado a lo largo del programa, se centrará principalmente en recopilar información acerca del funcionamiento y de la participación de la niña, así como las necesidades, prioridades y preocupaciones de la familia. De este modo, las estrategias acordadas durante las sesiones se adaptarán a los intereses de la niña, a la rutina de todos los integrantes de la familia y a los cambios que puedan surgir durante la implementación del programa. A su vez, como señala García et al. (2018), durante la intervención se capacitará y se fortalecerán las competencias de la familia, se darán recursos de interés y se construirá una relación entre profesional-familiar con la finalidad de favorecer el empoderamiento familiar.

Por ende, siguiendo los principios de la DEC (2014), los intereses de la niña, las prioridades de la familia y teniendo en cuenta el alto porcentaje de personas dentro del espectro autista con dificultades en la alimentación, los resultados esperados del programa esperarán ser favorables. Esto se debe a que, como se ha explicado en anterioridad, durante la intervención se realizará un seguimiento continuo para monitorear el progreso de la niña y realizar los ajustes necesarios en las estrategias implementadas. Por lo que, a través del enfoque transdisciplinar y la participación activa de la familia, se espera que la niña logre una mayor tolerancia y aceptación de los alimentos sólidos, aumenten sus habilidades de masticación, control postural y control de la saliva, y tenga, por tanto, una mejora en la integración y modulación sensorial-oral y miofuncional en la alimentación.

Finalmente, cabe destacar que se ha centrado únicamente en la importancia de las prácticas centradas en la familia en atención temprana y no en la condición del espectro autista ya que, como expone la literatura, la colaboración profesional-familia y la participación activa durante las sesiones por parte de la familia son fundamentales para tener un éxito en la intervención, independientemente de las características y la condición de la niña.

6. Limitaciones y Prospectiva

El presente trabajo de intervención que atiende a las dificultades de alimentación en personas con la condición del Trastorno del Espectro Autista (TEA), ha enfrentado ciertas limitaciones que es importante reconocer y abordar. Estas limitaciones han influido tanto en la investigación teórica del trabajo como en la implementación práctica del programa, siendo cruciales para comprender las futuras perspectivas y las áreas de mejora en este campo.

Una gran limitación encontrada en la realización de este trabajo, ha sido la escasa disponibilidad de información relacionada con las prácticas recomendadas en el contexto de las dificultades sensoriales y miofuncionales de la alimentación en el TEA. Asimismo, la poca literatura científica existente se centra principalmente en los déficits característicos del TEA, dejando de lado las prioridades y fortalezas individuales de las personas dentro del espectro, así como las preocupaciones de sus familiares. Esto ha dificultado la construcción de un marco teórico basado en evidencias científicas, por lo que ha resultado difícil adaptar la propuesta de intervención hacia un enfoque basado en la participación activa de la familia.

Asimismo, también se ha observado una carencia de programas de intervención junto a un equipo transdisciplinar y con el logopeda como profesional de referencia. Por ello, las estrategias de la presente propuesta de intervención para cada uno de los objetivos funcionales, han sido planteados mediante los conocimientos adquiridos en el máster, información de cursos específicos y el apoyo de diversas terapeutas ocupacionales, así como la experiencia propia en atención temprana basada en las prácticas recomendadas.

En cuanto a la realidad española, otra importante limitación encontrada es la falta de implementación generalizada de las prácticas centradas en la familia en atención temprana. Aunque existen avances en el reconocimiento de la importancia de la participación familiar, su aplicación aún es desconocida y limitada en este país, sobre todo en los entornos naturales de los usuarios. Por lo que es necesario una mayor promoción y difusión de las prácticas recomendadas en el ámbito de la atención temprana en España, con la finalidad de cambiar el enfoque clínico hacia uno más participativo. Esto implica la formación y

capacitación de profesionales, tanto sanitarios como sociales y educativos, así como la colaboración transdisciplinar, garantizando de esta manera una implementación efectiva y generalizada de esta práctica.

En adición, como se ha mencionado en el apartado de evaluación, debido a restricciones de tiempo no se pudo llevar a cabo la intervención propuesta. Por lo que el tiempo para implementar el programa ha limitado la observación de las sesiones y el análisis de los resultados, lo que podría haber proporcionado una perspectiva más completa sobre el impacto de las estrategias implementadas, la consecución de los objetivos y la eficacia del programa.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, existen perspectivas prometedoras y oportunidades de mejora en el campo de la intervención en las dificultades de alimentación en personas con TEA. Sin embargo, se requiere una mayor investigación que no se enfoque en los déficits, sino en las necesidades y fortalezas de cada persona, así como la participación activa de la familia en el proceso de intervención, diseñando estrategias flexibles e individualizadas. Asimismo, es necesario desarrollar revisiones bibliográficas e investigaciones científicas para implementar programas de intervención específicos y basados en la evidencia, los cuales aborden las dificultades alimentarias en atención temprana desde un enfoque centrado en la familia.

En cuanto a futuras perspectivas, es fundamental continuar investigando y desarrollando programas de intervención específicos para abordar las dificultades de alimentación en personas con TEA.

Por ende, a través de este trabajo, se invita a aquellos interesados a explorar y analizar a fondo la eficacia de las intervenciones en las dificultades de alimentación en personas con TEA, utilizando una práctica centrada en la familia y un equipo transdisciplinar. Esta línea de investigación ofrecería oportunidades para estudiar y desarrollar nuevas estrategias holísticas, con el objetivo de mejorar la atención y el bienestar de las personas con TEA y sus familiares en el ámbito de la alimentación. Si bien a través de este trabajo se ha recopilado

información relevante para diseñar una propuesta de intervención, es imprescindible destacar que la investigación en esta área aún se encuentra en desarrollo. Por ello, las áreas a explorar en futuras investigaciones podrían ser, entre otras, la evaluación y seguimiento a largo plazo de los programas de intervención de personas con TEA, abordando las dificultades sensoriales y orofaciales relacionadas con la alimentación, así como la participación activa de las familias en el proceso de la intervención.

De igual manera, es necesario seguir investigando acerca de la eficacia de la práctica centrada en la familia, para poder así adaptar e implementar las intervenciones en diferentes entornos y culturas, ya que dependiendo de la región, la gastronomía y la etiqueta a la mesa difieren entre sí. Estas investigaciones podrían proporcionar, por tanto, una base sólida para el diseño de intervenciones más personalizadas y efectivas en las dificultades de alimentación en personas con TEA, permitiendo una atención más precisa y centrada en la globalidad del usuario.

Finalmente, a pesar de las limitaciones encontradas en este trabajo, existe un camino prometedor para avanzar en el abordaje de las dificultades de alimentación en personas dentro del espectro autista. Por lo que es necesario y fundamental continuar investigando, desarrollando programas específicos y promoviendo el cambio hacia las prácticas recomendadas en atención temprana. Lo cual permitiría brindar una atención más integral, global y efectiva a las personas con TEA y sus familias, mejorando así su bienestar familiar y calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, R., Franco, V., García, F., García, A., Giraldo, L., Montealegre, S., Mota, B., Muñoz, M., Pérez, B. y Saldaña, D. (2018). *Manual Didáctico para la Intervención Temprana en Trastorno del Espectro del Autismo*. Federación Autismo Andalucía.
- American Occupational Therapy Association. (2014b). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), S1-S48.
- <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. American Psychiatric Association.
- Ayres, J. (2005). *Sensory integration and child understanding hidden sensory challenges*. Western Psychological Services.
- Bejarano, Á. (2020). *Intervención temprana en menores con trastorno del espectro autista (TEA): el papel de las familias*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- <https://riberdis.cedd.net/handle/11181/6207>
- Benítez, N. y Belda, M. (2022). El Trastorno del Espectro Autista y los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación. *EA, Escuela Abierta*, 25, 15-27.
- <https://doi.org/10.29257/EA25.2022.02>
- Carbonell, M., Whettell, S., Quiros, O., Flores, Y. y Quirós, O. (2020). Maloclusiones asociadas a hábitos en pacientes con trastorno del espectro autista. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-6/>
- Cerrillo, L. (2018). Alteraciones dentomaxilares y orofuncionales del sistema estomatognático: relación entre logopedia y odontología dental. *Logopedia.mail*, 67.
- https://logopediamail.com/articulos/67_Cerrillo_Alteraciones_dentomaxilares.pdf

Chaware, S., Dubey, S., Kakatkar, V., Jankar, A., Pustake, S. & Darekar, A. (2021). The Systematic Review and Meta-analysis of Oral Sensory Challenges in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *J Int Soc Prev Community Dent*, 11(5), 469-480.

https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_135_21

Chaware, S., Dubey, S., Thakare, V., Kakatkar, V. & Darekar, A. (2023). Oral Stimulation by 3-D Printed Speech-sensory Appliance Series to Evaluate Speech and Associated Oral Sensory Difficulties in Children with Autism Spectrum Disorder: Protocol for Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 17(3), ZK04-ZK09.

<https://doi.org/10.7860/JCDR/2023/57275.17579>

Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children.

<https://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>

Dunn, W. (2014). *Child Sensory Profile 2*. Pearson Education.

<https://www.autismocastillalamancha.org/wp-content/uploads/2020/08/Sensory-Profile-2-3-a-14-años.pdf>

Dunn, W. (2016). *Manual del Perfil Sensorial 2*. Pearson Educación.

<https://www.pearsonclinical.es/perfil-sensorial-2>

Dunst, C., Johanson, C., Trivette, C. y Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not?. *Exceptional children*, 58(2), 115–126.

<https://doi.org/10.1177/001440299105800203>

Escorcía, C. y Rodríguez, L. (2019). *Prácticas de Atención Temprana Centradas en la Familia y en Entornos Naturales*. UNED- Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.

<https://www.cedd.net/es/publicaciones/Record/516585>

Fernandez-Valero, R., Serrano, M., McWilliam, R y Cañadas, M. (2020). *Relación entre la Calidad de los servicios de Atención Temprana y el Empoderamiento de la Familia*. [Tesis Doctoral, Universidade do Minho].

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/65851/1/Rosa%20Maria%20Fernandez%20Valero.pdf>

García-Grau, P., McWilliam, R. A., Martínez-Rico, G., & Morales-Murillo, C. P. (2019). Child, Family, and Early Intervention Characteristics Related to Family Quality of Life in Spain. *Journal of Early Intervention, 41*(1), 44–61.

<https://doi.org/10.1177/1053815118803772>

García-Grau, P., Morales-Murillo, C. P., Martínez-Rico, G., Cañadas Pérez, M., y Escorcía Mora, C. T. (2022). Enfoques, prácticas recomendadas, modelos y procedimientos en atención temprana centrados en la familia. *Siglo Cero, 53*(4), 131–148.

<https://doi.org/10.14201/scero2022534131148>

García-Sánchez, F., Rubio-Gómez, N., Sánchez, N., Mora, C. y Pérez, M. (2018). Necesidades de formación en prácticas centradas en la familia en profesionales de atención temprana españoles. *Bordón. Revista de Pedagogía, 68*(2).

<http://doi.org/10.13042/bordon.2018.59913>

Gobierno de Canarias. (Noviembre de 2022). *Alumnado de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) en CANARIAS (Público)*.

https://www.gobiernodecanarias.org/educacion/7/portal/estadisticas/Reports/_ViewReport?PathReport=/Estadisticas/EDUCACI%C3%93N%20ESPECIAL/NEA_060_NeaeNecesidad&Nombre=NEA_060_NeaeNecesidad

Goldschmidt, J. (2018). Una visión amplia: alimentación desordenada en el espectro autista. *Eating Disorders Review, 29*(3).

https://eatingdisordersreview.com/wp-content/uploads/2018/10/nl_edr_29_3print-sp.pdf

Hernández, C., Verde, M., Vidriales, R., Plaza, M. y Gutiérrez, C. (2021). *Recomendaciones para la detección y el diagnóstico del trastorno del espectro del autismo en niñas y mujeres*. Confederación Autismo España.

Jung, L. A. (2003). More Better: Maximizing Natural Learning Opportunities. *Young Exceptional Children*, 6(3), 21-26.

<https://doi.org/10.1177/109625060300600303>

Leiva, B. (2019). *Repercusiones clínicas de la valoración del estado nutricional en el niño con trastorno del espectro autista. Factores antropométricos, nutricionales y oro-faciales*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid].

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/58864/1/T41639.pdf>

Marrero, R., Verde, M., Pindado, M., Vidriales, R. y Valle, R. (2021). *Análisis normativo: La atención temprana que reciben los niños y las niñas con trastorno del espectro del autismo en España*. Confederación Autismo España.

Martínez, R. (2020). *Estudio sobre el aprendizaje de la construcción de relaciones de colaboración entre profesionales y familias de niños con discapacidad a partir de una intervención basada en rutinas*. [Trabajo Final de Máster, Universidad Casa Grande].

<http://dspace.casagrande.edu.ec:8080/handle/ucasagrande/2349>

McDougall, J. y Rey, G. (2007). *Escala de Logro de Objetivos: Descripción, Utilidad y Aplicaciones en Servicios de Terapia Pediátrica*. Londres: Thames Valley Children's Centre.

McWilliam, R. y García-Grau, P. (2017). *Calidad de Vida de las Familias en Atención Temprana*. Evidence-Based International Early Intervention Office (EIEIO).

https://eieio.ua.edu/uploads/1/1/0/1/110192129/feiqol_spanish.pdf

McWilliam, R., García-Grau, P., Morales-Murillo, C., Pedernera, M. y Stevenson, C. (2019). *Medida de Implicación, Autonomía y Relaciones Sociales (MEISR)*. Evidence-Based International Early Intervention Office (EIEIO).

https://eieio.ua.edu/uploads/1/1/0/1/110192129/meisr_spanish_3-5.pdf

Miller, L., Anzalone, S., Lane, S., Cermak, S. & Osten, E. (2007). Concept evolution in sensory integration a proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.

<https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>

Ochoa, R., Lecourtois, M., Capetillo, G., Torres, E., Balcázar, P., Rodríguez, D. y Tiburcio, L. (2021). Alteraciones en el aparato estomatognático del paciente con trastorno del espectro autista. *Ciencia en la frontera: revista de ciencia y tecnología de la UACJ, Suplemento I*.

<https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3610>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (29 de marzo de 2023). *Autismo*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Pimienta, N., González, Y. y Martínez, L. (2017). Autismo Infantil, manejo en la Especialidad de Odontología. *Acta médica del Centro, 11(4)*.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2017/mec174i.pdf>

Randell, E., McNamara, R., Delpont, S., Busse, M., Richard, P., Hastings, R., Gillespie, D., WilliamsThomas, R., Brookes-Howell, L., Romeo, R., Boadu, J., Ahua, A., McKigney, A., Knapp, M., Smith, K., Thornton, J. & Warren, G. (2019). Sensory Integration Therapy Versus Usual Care for Sensory Processing Difficulties in Autism Spectrum Disorder in Children: Study Protocol for a Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Trials, 20(113)*.

<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3205-y>

Román, R. (2013). Comprendiendo la nosología de los desórdenes de procesamiento sensorial: parte I. *Conexio, Revista del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico, 2(1)*, 2-6.

http://www.cptopr.org/Documents/Revista%20Final%20Conexio_Enero%202013-1.pdf

Sánchez, H (2020). *El autismo y los desafíos a la calidad de vida individual y familiar*. CE Noticias Financieras, Spanish ed. Miami.

Seiverling, L., Towle, P., Hendy, H., & Pantelides, J. (2018). Prevalence of Feeding Problems in Young Children With and Without Autism Spectrum Disorder: A Chart Review Study. *Journal of Early Intervention, 40(4)*, 335–346.

<https://doi.org/10.1177/1053815118789396>

Sulkes, S. (2022). *Manual MSD*. Merck Sharp & Dohme.

Viviers, M., Jongh, M., Dickonson, L., Malan, R. & Pike, T. (2020). Parent-reported feeding and swallowing difficulties of children with Autism Spectrum Disorders (aged 3 to 5 years) compared to typically developing peers: a South African study. *Afr Health Sci*, 20(1),524-532.

<https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.59>

Yagüe E. (2023). *Problemas de Alimentación en la Infancia*.

Yagüe E. (2022). *Abordaje Terapéutico de los Trastornos de Alimentación en la infancia: Valoración e intervención*.

Yagüe, E. y Díaz, A. (2017). *Introducción a la teoría de la Integración Sensorial de J. Ayres - Integración sensorial y TEA*. AYTONA.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res*, 15(5),778-790.

<https://doi.org/10.1002/aur.2696>