



Pontificia Universidad Católica Argentina
“Santa María de los Buenos Aires”
Facultad de Psicología y Psicopedagogía
Departamento de Psicología

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

**El programa TEACCH y la técnica Floortime en niños en edad preescolar con
TEA**

Alumna: Valentina Angelillo

N° de registro: 121501028

Directora: Mg. Vanesa E. Correia



LIC. VANESA E. CORREIA
PSICÓLOGA - PSICOPEDAGOGA
M.N. 65738

Buenos Aires, 2020

ÍNDICE

1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN.....	1
1.1 Delimitación del objeto de estudio.....	1
1.2 Definición del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
<i>Objetivo General.....</i>	<i>3</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>3</i>
1.4 Fundamentación.....	3
2. METODOLOGÍA.....	5
3. DESARROLLO CONCEPTUAL	5
3.1 Trastorno de Espectro Autista.....	5
3.1.1 <i>Caracterización del Trastorno de Espectro Autista.....</i>	<i>5</i>
3.1.2 <i>Evaluación precoz en niños con Trastorno de Espectro Autista</i>	<i>10</i>
3.2 Intervenciones para niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista	15
3.2.1 <i>El método TEACCH</i>	<i>15</i>
3.2.2 <i>La técnica Floortime</i>	<i>19</i>
3.3 El programa educativo TEACCH y la técnica Floortime en el tratamiento de niños en edad preescolar con TEA.....	24
3.3.1 <i>El programa educativo TEACCH en niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista</i>	<i>24</i>
3.3.2 <i>La técnica Floortime en niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista</i>	<i>27</i>
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
6. ANEXO	38

1. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN

1.1 Delimitación del objeto de estudio

El propósito de este trabajo es analizar las posibilidades de complementariedad del programa TEACCH, (Treatment and Education of Autistic related Communication handicapped Children, en español el *Tratamiento y Educación de Problemas Asociados con la Comunicación de Niños con Autismo*), y de la técnica Floortime basada en el modelo DIR (Developmental, Individual Difference, Relationship-based, en español, basado en el *Desarrollo, las Diferencias Individuales y las Relaciones*) en el tratamiento de niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista (en adelante TEA). El diseño metodológico es la revisión bibliográfica, por lo que se analiza de manera crítica e integradora el material investigado. Para ello, en primer lugar, se describe el TEA. En segundo lugar, se analizan las características del programa TEACCH y la evaluación de su eficacia. Finalmente, se describe la técnica Floortime y se identifica la complementariedad de dicha técnica y el programa TEACCH en el tratamiento interdisciplinario, en niños en edad preescolar con TEA. El marco teórico es la Integración Asimilativa del enfoque conductual propio del programa TEACCH y el psicodinámico correspondiente a la técnica Floortime.

El **Trastorno de Espectro Autista** es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por serias dificultades en la comunicación y la interacción social y por patrones de conducta, intereses o actividades restringidos, repetitivos y persistentes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Se manifiesta en los primeros años de vida y presenta una evolución crónica, con diferentes grados de adaptación y funcionamiento en el área de lenguaje y desarrollo intelectual. El término *espectro* refleja la heterogeneidad en la etiología, en la manifestación y en las posibilidades de cada niño con TEA (Hervás Zúñiga, Balmaña & Salgado, 2017; Center for Disease and Prevention, 2018).

El abordaje del TEA es interdisciplinario, y existen programas diversos para abordarlo. Entre ellos se destacan los programas farmacológicos y los psicoeducativos. El tratamiento farmacológico se utiliza únicamente para atenuar la intensidad de ciertos síntomas que interfieren en la implementación de intervenciones psicológicas, ya que no existen psicofármacos que eliminen la sintomatología central. Dentro de los programas

psicoeducativos se distinguen aquellos con estrategias de corte conductual que persiguen instaurar conductas adaptativas y eliminar comportamientos problemáticos, dentro de los que se destaca el análisis conductual aplicado contemporáneo, ABA (Applied Behaviour Analysis). Por otro lado, las intervenciones evolutivas, tal como la educación en sensibilidad, en inglés, Responsive Teaching (RT), están centradas en la adquisición de habilidades de la vida diaria, así como en la mejora de la competencia social. Por último, las intervenciones basadas en terapias, pueden estar centradas en la comunicación, en la familia o ser terapias combinadas (Arróniz-Pérez & Bencomo-Pérez, 2018).

Entre las terapias psicoeducativas centradas en la combinación de la comunicación y la familia se incluye el método TEACCH, creado en la década del '60, en la Universidad de Carolina del Norte por Eric Schopler y la técnica Floortime, basada en el modelo DIR, desarrollada por Greenspan en los '80.

El método TEACCH se centra en la comprensión del modo que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo. Estas diferencias en la forma de experimentar el mundo explicarían los síntomas y los problemas conductuales que presentan. El método identifica las habilidades individuales y personales de cada sujeto y el tutor actúa como un intérprete que comprende la cultura autista y traduce al niño las normas de un mundo no autista para que pueda funcionar con éxito en él (Mesibov, Shea & Schopler, 2005). De modo que se parte de las fortalezas del niño, atendiendo a la manera particular de comprender y actuar en el mundo (Gándara Rossi, 2007), y mediante una Enseñanza Estructurada de habilidades que hace al entorno más comprensible (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad & Téllez de Meneses, 2010; Mesibov & Shea, 2010; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

La **técnica Floortime**, tiene como propósito, la adquisición de habilidades funcionales y adaptativas relacionadas con la comunicación social. También sirve de guía en las interacciones de aprendizaje, emocionalmente significativas, para la adquisición de capacidades de desarrollo emocional funcional. Se realiza a través de interacciones uno a uno, entre un terapeuta o un padre entrenado y el niño, en el ambiente de juego natural de un niño. Se basa en el modelo DIR (desarrollo, diferencias individuales y basado en relaciones) que fue desarrollado en los años '80 por Stanley Greenspan y Serena Wieder, el cual proporciona un marco para comprender el desarrollo emocional funcional y el perfil único de cada niño. Sostiene que los niños que presentan un trastorno en el desarrollo, aunque compartan el diagnóstico, tienen un

perfil individual, las diferencias individuales son los modos personales con los cuales cada niño recibe, comprende y responde a los estímulos, y, junto con los estilos relacionales, inciden en la adquisición de capacidades socioemocionales funcionales (Mercer, 2017; Lal & Chhabria, 2013).

Las diferencias individuales, los estilos relacionales y la adquisición de habilidades emocionales se verán expresados en la organización de las conductas. El afecto y las emociones tienen un rol central en el desarrollo infantil, por lo que es necesario entender el estilo de interacción y la vinculación afectiva de la familia, para favorecer el desarrollo socioemocional del niño. De allí el rol protagónico de los padres en el trabajo con la técnica (Greenspan, Wieder & Simons, 1998) en forma complementaria a la intervención del equipo interdisciplinario (Breinbauer, 2007).

1.2 Definición del problema

Frente al planteo de si existe una posible complementariedad entre el método TEACCH y la técnica Floortime en el tratamiento de niños preescolares con TEA, surgen las preguntas de este trabajo: ¿Cómo se aplica el programa TEACCH y la técnica Floortime como modelos complementarios en el tratamiento interdisciplinario, en niños en edad preescolar con TEA?; ¿Qué efectos se han estudiado tras su aplicación? ¿Existen datos empíricos que respalden su eficacia?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Analizar la complementariedad del programa educativo TEACCH y la técnica Floortime en el tratamiento de niños en edad preescolar con TEA.

Objetivos Específicos

- Describir el Trastorno de Espectro Autista
- Analizar las características del programa TEACCH y la evaluación de su eficacia
- Describir la técnica Floortime e identificar, junto al programa TEACCH, sus aportes al tratamiento interdisciplinario en niños en edad preescolar con TEA

1.4 Fundamentación

Los estudios muestran un incremento significativo de la prevalencia mundial del TEA.

Entre 1940 y 1980 en Europa, Estados Unidos y áreas de Asia, la prevalencia estimada era uno de cada 2000 niños (0.05%). Debido a que los criterios diagnósticos no estaban definidos, muchos individuos no fueron diagnosticados con TEA, considerándose un trastorno raro en la infancia (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015; Rice et al., 2012).

Estudios realizados a principios del nuevo siglo, en Estados Unidos, que utilizaron la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) arrojaron resultados que estiman una prevalencia de seis a siete casos en 1000 niños, demostrando un incremento de más del 30% desde los primeros estudios (Rice et al., 2012).

Posteriores investigaciones indican que aproximadamente un 1% de la población tenía esta condición (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2012). Actualmente, la estimación es que uno de cada 160 niños presenta TEA (OMS, 2017). Estos resultados reflejan un incremento paulatino de la prevalencia. Es posible que el incremento se deba a las modificaciones de los criterios diagnósticos, a la mejor definición de los casos y a un mayor reconocimiento del trastorno, por parte de los profesionales que emplean cuestionarios más sensibles a la detección de casos de TEA (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015; Hervás Zúñiga et al., 2017).

Al tratarse de un trastorno crónico, diversas líneas teóricas propusieron distintos métodos de intervención que prometen efectos positivos. Entre ellos, el programa educativo TEACCH y Floortime como parte de un abordaje centrado en el desarrollo del niño y con una modalidad integradora (Mebarak, Martínez, y Serna, 2009; Mulas et al., 2010).

Entre ellas el método TEACCH cuenta con diversas investigaciones empíricas que validan su efectividad. Los autores Sanz-Cervera, Fernández-Andrés, Pastor-Cerezuela, y Tárraga-Mínguez (2018), analizaron a partir de diversos estudios empíricos la efectividad de dicho método y concluyeron que todas las investigaciones revelaron mejoras en los diferentes ámbitos del desarrollo que se proponían mejorar y una reducción en la sintomatología autista y los comportamientos desadaptativos.

A diferencia de éste, el método Floortime, aunque es globalmente utilizado por sus prometedores efectos, no posee mucho material empírico que lo respalde. A partir de una revisión de los cuatro estudios empíricos existentes que validan la efectividad del método DIR/Floortime se concluyó que dicho modelo se asocia con mejoras en la comunicación, en la calidad de la interacción social, en la reducción de la severidad de

los síntomas y en generar en los padres conductas más responsables (Ojeda Careaga, 2016).

2. METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos previamente descritos, se seleccionó, clasificó y realizó un trabajo de revisión bibliográfica, exploratorio y descriptivo.

Las fuentes primarias que se consultaron fueron tanto libros como artículos científicos correspondientes a revistas de Psicología y de Salud. Se utilizaron bases de datos como fuentes secundarias tales como Scielo, Redalyc, ResearchGate y el buscador académico Google Académico.

El material que se analizó corresponde al período de 2005 a 2020 con excepción de artículos o libros clásicos, tales como Structured teaching in the TEACCH system, de Schopler, Mesibov, y Hearshey (1995) y The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth de Greenspan, Wieder, & Simons, (1998). El presente trabajo se realizó a partir de la selección de artículos en idioma español e inglés.

Para realizar la búsqueda del material a revisar y compilar se utilizaron las siguientes palabras claves: Trastorno de Espectro Autista (TEA), autismo, TEACCH, Enseñanza Estructurada, Juego circular. Autistic Spectrum Disorder (ASD), autism, Structural Teaching, Floortime, preescolares, preschoolers y primera infancia.

Se seleccionaron aquellos artículos en los que se menciona el Trastorno de Espectro Autista, su caracterización, prevalencia y métodos de tratamiento e intervención para niños. Entre ellos se escogieron los que describen en profundidad el método TEACCH y el Floortime. No se incluyeron aquellos artículos de adultos o adolescentes con TEA.

3. DESARROLLO CONCEPTUAL

3.1 Trastorno de Espectro Autista

3.1.1 Caracterización del Trastorno de Espectro Autista

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo, que se caracteriza por serias dificultades cualitativas en la esfera de la comunicación e interacción social y un rango de comportamientos e intereses restringido y repetitivo. Es un trastorno complejo y heterogéneo, tanto en su etiología como en la manifestación y posibilidades de cada

niño con TEA. Se manifiesta en los primeros años de vida y presenta una evolución crónica, con diferentes grados de adaptación y funcionamiento en el área de lenguaje y desarrollo intelectual. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Hervás Zúñiga, Balmaña & Salgado, 2017).

Las primeras descripciones consolidadas, sobre lo que hoy se denomina TEA, corresponden a publicaciones de Leo Kanner, en 1943 y Hans Asperger, de 1944. Sin embargo, el término autismo fue empleado e introducido por Bleuler en 1911 para referirse a una alteración, propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. La concepción original está alejada del significado que le fue dado posteriormente y que persiste en la actualidad (Reynoso, Ranger & Melgar, 2017).

La incorporación del significado actual se debe a Kanner, quien describió, a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, un cuadro clínico caracterizado por una sintomatología marcada por la adhesión a la rutina, el aislamiento profundo para el contacto con las personas y una alteración en la comunicación verbal, manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. Dicho cuadro fue denominado autismo infantil precoz. Otra contribución relevante, contemporánea en el tiempo a la de Kanner, fue la de Asperger, que empleó el término autismo para describir pacientes que mostraban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación (Artigas-Pallarès & Paula, 2012; De Lara, 2012).

Años más tarde, con la homogeneización de la conceptualización de los trastornos mentales por la Asociación Americana de Psiquiatría, se incluyó el autismo en la tercera edición de su manual, DSMIII, cuando se incorporó el autismo como categoría diagnóstica específica, denominada autismo infantil y caracterizado por déficit de receptividad hacia otras personas, déficit en el desarrollo del lenguaje, presencia de ecolalia, sumado a respuestas extrañas a varios aspectos del entorno. Si bien el autismo ya había sido identificado como entidad específica, hasta la aparición de esta edición en 1980, los niños con características autísticas eran diagnosticados como reacción esquizofrénica de tipo infantil (Artigas-Pallarés & Paula, 2012).

La cuarta versión del manual, DSMIV, representó un cambio radical en la conceptualización del trastorno. Se definieron cinco categorías dentro mismo: el autismo, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo

infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Se acuñó el término trastornos generalizados del desarrollo, TGD, para englobar los subtipos incorporados. Todos se referían a trastornos que se manifiestan desde las primeras fases de desarrollo en distintas áreas: habilidades cognitivas, sociales y del lenguaje; representaban categorías clínicas con síntomas cualitativamente semejantes pero que diferían en la intensidad. En dicha versión los criterios del trastorno autista ya se iba perfilando hacia los que lo definen actualmente, para cumplir con los mismos se debían presentar dificultades en la relación social, en la comunicación y patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados (Artigas-Pallarès & Paula, 2012; Hervás Zúñiga, Balmaña & Salgado, 2017).

Posteriormente surgió una nueva perspectiva del trastorno. El cambio conceptual surgió basado en un estudio realizado por Lorna Wing y Judith Gould en 1979. El estudio permitió identificar pacientes que, aunque no se ajustaban al perfil autista típico, mostraban en mayor o menor medida la tríada de problemas en la interacción social, comunicación e imaginación, asociado a un patrón de conductas rígidas y repetitivas. Estos datos demostraban que no se podían establecer límites categóricos entre los distintos pacientes y que las manifestaciones del autismo se distribuían como un continuo. Se obtiene así, una visión dimensional en la que los síntomas tienen diversos grados, en vez de categórica, que se determina por la presencia o no de un síntoma. Dicha visión permite entender por qué las personas con TEA pueden ser tan diferentes (Artigas-Pallarès & Paula, 2012; Grañana, 2014).

En la quinta y vigésima edición del manual, DSMV, a partir de investigaciones en el área y el carácter dimensional de las dificultades que implica el autismo, se introduce la conceptualización del trastorno como espectro. Se sustituye el término TGD por TEA y se eliminan los subgrupos identificados, englobando los mismos dentro del trastorno comprendido como un continuo. Se determina que los síntomas tienen que estar presentes desde la primera infancia y se acepta que existen muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas característicos del autismo (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019; Rattazzi, 2014).

En dicha versión se introducen cambios en los criterios diagnósticos tal como: la combinación de las dificultades en la interacción social y en la comunicación en un solo criterio; la inclusión de las dificultades en el procesamiento sensorial como subcriterio diagnóstico y la necesidad de especificar la severidad global y los grados de apoyo necesarios. Según los ejes de cociente intelectual, interacción social, comunicación,

conductas repetitivas, regulación sensorial y actividad motora se podrá definir si se trata de una persona con TEA de alto o bajo funcionamiento. A partir del nivel de severidad se considera el grado de apoyo necesario (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019; Grañana, 2014; Rattazzi, 2014).

Con la última versión de Manual de Psiquiatría Americana se consolida conceptualmente el TEA. En dicho manual se hace una descripción de los criterios diagnósticos pero, al limitarse a describir, no hace alusión a la etiología del mismo. Igualmente, existen explicaciones e hipótesis desde distintos campos para dar respuesta al origen del trastorno. Desde la genética el TEA puede ser considerado como un trastorno poligénico y multifactorial en la que cambios o variaciones genéticas de distintos tipos interactúan con factores ambientales, lo que resulta en fenotipos específicos. La combinación de los varios factores explicativos provoca la existencia de un cerebro diferente en sujetos con TEA en lo que respecta a su desarrollo y formación, estructura y funcionamiento (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019; Reynoso, Rangel & Melgar, 2017).

En el ámbito cognitivo existen varias teorías explicativas para dar respuesta a los déficits que presentan las personas con TEA. Entre las más destacadas se encuentran la teoría de la mente, la coherencia central y el déficit en las funciones ejecutivas. Las teorías no son excluyentes y se pueden entender como modelos complementarios (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019).

La *teoría de la mente* se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. La teoría de la mente sirve para la interpretación de emociones básicas, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía, la posibilidad de interpretar emociones sociales complejas a través de la mirada o la cognición social y la empatía. Por ello es nuclear en la inteligencia social, en la interacción y comunicación con los demás (Tirapu Ustárriz et al., 2007). Existe la hipótesis, planteada por el grupo Baron-Cohen, que las personas con TEA presentan un déficit en el desarrollo de la teoría de la mente, que está lentificado o ausente. Esto explicaría la dificultad para atribuir estados mentales de los demás con el fin de predecir y explicar los comportamientos, pensar sobre el pensamiento del otro o “mentalizar”. Desde esta teoría explicativa se considera que las personas con TEA no logran captar el significado de las emociones y no suelen demostrar empatía con las demás personas (García García, 2008).

La *teoría de la coherencia central*, planteada por Uta Frith en 1989, propone que a las personas con autismo les resulta difícil extraer la información general o global, por ejemplo, de una situación, de un contexto o de un texto. Según este modelo cognitivo, las personas con TEA procesan la información de manera diferente, y se centran más en los detalles en detrimento de la percepción global, ignorando la relevancia en el conjunto general (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019). Esto justifica la capacidad superior en la memorización de palabras sueltas frente a la memorización de frases completas con un sentido global (Gómez Echeverry, 2010).

Las *funciones ejecutivas* son un constructo bajo el que se incluyen distintas funciones, como las habilidades de planificación, memoria de trabajo, inhibición y control de impulsos, flexibilidad, generatividad, iniciación y autorregulación de la acción, necesarias para organizar y regular el pensamiento y conducta. Las personas con TEA presentan un déficit en estas funciones y por dichas disfunciones se explica principalmente el pensamiento inflexible, la perseverancia, la adherencia a rutinas, las dificultades de adaptación a los cambios y las dificultades de autorregulación emocional, entre otros (Martos-Pérez & Paula-Peréz, 2011).

Es importante tener en cuenta los déficits planteados por las diferentes teorías ya que facilitan la comprensión de la complejidad del trastorno.

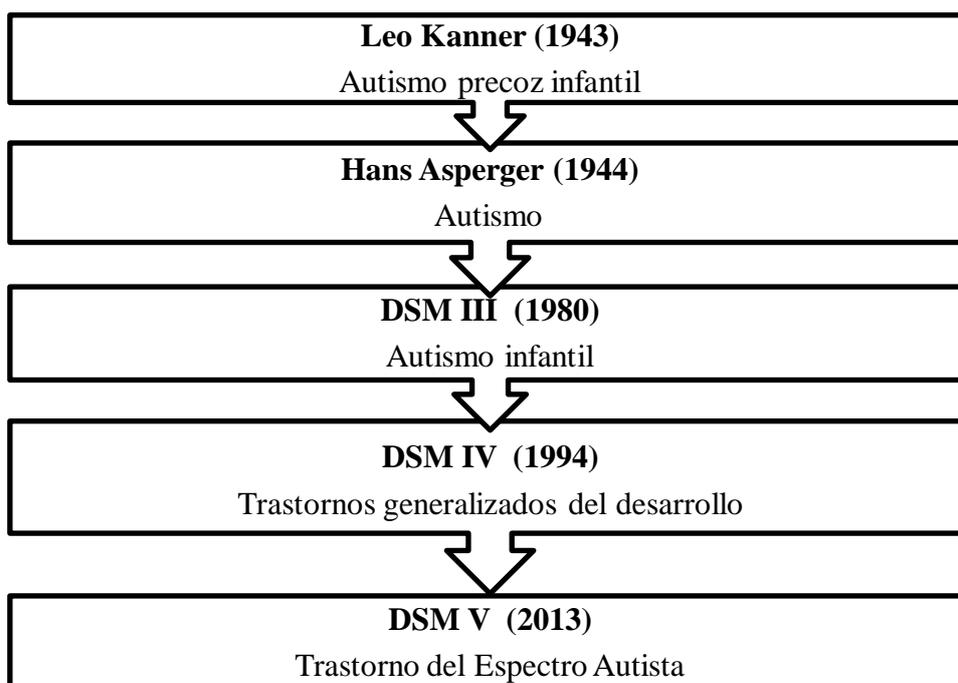


Figura 1. Evolución del concepto de Trastorno de Espectro Autista. Fuente: elaboración propia basado en Artigas-Pallarès & Paula, 2012

3.1.2 Evaluación precoz en niños con Trastorno de Espectro Autista

La detección precoz en TEA es fundamental, ya que está profundamente ligada a la evolución clínica. Permite que aquellos niños en riesgo de padecer un trastorno de desarrollo sean identificados, diagnosticados y reciban una intervención temprana, que mejora su pronóstico y brinda una mejor calidad de vida. Ello obedece a que el potencial neuroplástico de un niño en sus primeros 5 años es el mayor que tendrá a lo largo de toda su vida. Por ende, si un niño con TEA es detectado precozmente y recibe una intervención intensiva temprana, tiene posibilidades de una mayor integración y recuperación funcional (Hervás, Maristany, Salgado & Sánchez Santos, 2012; Rattazzi 2014; Sánchez Raya, Martínez-Gualb, Moriana Elvira, Luque Salas & Alós Cívico, 2015). La evaluación diagnóstica tiene dos niveles, el de detección y el de diagnóstico específico.

La detección, áreas e instrumentos

La detección se realiza a través de la vigilancia del desarrollo e instrumentos de pesquisa y son los profesionales de la atención primaria los encargados de realizarla. La vigilancia del desarrollo consiste en acciones múltiples realizadas a cada niño en cada consulta de revisión, para su seguimiento e identificación de señales de alerta o de cualquier desviación del desarrollo que cause preocupación. Las señales de alerta son una combinación de posibles características que se retrasan o que resultan inusuales en el desarrollo y tienen la intención de alertar a los profesionales de la posibilidad de que un niño pueda ser diagnosticado con TEA (Hervás et al., 2012). Se recomienda la vigilancia del desarrollo y pesquisa sistemática de los trastornos del desarrollo en las consultas pediátricas de los niños a los 9 meses, 18 meses, y 24 a 30 meses de edad, como también la pesquisa sistemática de TEA a los 18 meses y a los 24 meses de edad (Grañana, 2014; Hervás et al., 2012; Rattazzi 2014).

Una de las características más significativas y apreciables desde edad muy temprana de los niños con TEA está relacionada con la disminución del contacto visual, junto con las dificultades para seguir la mirada de otra persona y redirigir la mirada hacia la misma dirección. El pobre contacto visual dificulta la imitación social y la adquisición de habilidades más complejas como la atención conjunta, es decir, la capacidad para mirar los ojos y al rostro de otra persona para obtener información sobre cómo se siente esa persona, lo que mira o trata de hacer. Alude también a la capacidad posterior, luego de seguir la mirada de otra persona, de mirar al mismo objeto y ser

capaz de compartir la atención sobre él en conjunto con la persona. El déficit en dicha habilidad obstaculiza el aprendizaje social y el desarrollo del lenguaje (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019; Fuentes, Bakare, Munir, Aguayo, Gaddour & Öner, 2017).

En cuanto al lenguaje, es común que haya retraso, ausencia o peculiaridades en el mismo. Se pueden vislumbrar dificultades desde los 12 meses, cuando manifiestan una ausencia o disminución del balbuceo y posteriormente una ausencia del uso de palabras simples con sentido, como mamá y papá. No suelen utilizar frases sino que hacen uso de palabras sueltas y tampoco suelen responder de forma consistente a su nombre ni a órdenes simples. Se puede decir que presentan una reducción y un uso poco frecuente de lenguaje para la comunicación. Es común que a partir de los 4 años presenten ecolalia, es decir la repetición de las palabras que dice otra persona, pueden inventar sus propias palabras o frases y el lenguaje puede ser repetitivo. En algunos casos la frecuencia, el volumen y la entonación del habla puede ser anormal y tienen una tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés (Fuentes et al., 2017; Hervás et al., 2012; Sánchez Raya et al., 2015).

Los niños con este trastorno suelen presentar una alteración de la gestualidad, tanto en su producción como en su comprensión, especialmente aquellos implicados en indicar, mostrar y dar. Es visible desde los 12 meses la ausencia de gesticulaciones tal como señalar o hacer adiós con la mano. Es menor la frecuencia con la que los niños con TEA utilizan comportamientos verbales tales como contacto visual, gestos, posturas corporales y expresiones faciales y este déficit afectará a la regulación emocional y la implicación en interacciones sociales (Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019).

Las alteraciones en las interacciones sociales se observan tempranamente, por la ausencia de respuesta a la sonrisa social y falta de interés por sus iguales. Les cuesta entender las normas sociales implícitas, así como el comportamiento y los estados mentales de los otros, por ello pueden llevar a cabo acercamientos extraños hacia los demás. En cuanto al juego, no suelen iniciarlo con otros niños y prefieren las actividades solitarias, tampoco hacen uso del juego simbólico o de ficción. Durante el mismo, se puede apreciar una imaginación y nivel de desarrollo pobres (Hervás et al., 2012; Sánchez Raya et al., Aguilar Mediavilla & Igualada, 2019).

Los comportamientos repetitivos son otra señal de alerta. A partir de los 36 meses manifiestan una adherencia inflexible a rutinas y resistencia a los cambios expresando reactividad emocional extrema ante los mismos. Tienen dificultades en la

planificación y en las situaciones poco estructuradas. Presentan movimientos estereotipados y repetitivos, como agitar las manos o mecer el cuerpo estando en pie, e intereses muy restringidos o poco habituales. Las peculiaridades sensoriales también son características frecuentes en los niños con TEA, desde temprano manifiestan hipo o hipersensibilidad a estímulos sensoriales como el ruido, las texturas y olores (Hervás et al., 2012; Sánchez Raya et al., 2015).

Es válido recalcar que la heterogeneidad que representa la valoración de los signos y síntomas del espectro autista muchas veces dificulta la detección de los mismos y por consiguiente su diagnóstico específico. El rango puede extenderse desde casos de niños con mayor afectación en los que pueden aparecer de forma primaria los signos nucleares de autismo, hasta niños en los que la percepción de alteraciones se retrasa hasta mediados del segundo año de vida o más. Por ello sirven de ayuda los instrumentos de pesquisa que se realizarán en los niños potencialmente de riesgo (Sánchez Raya et al., 2015).

Los instrumentos de pesquisa son evaluaciones breves, formales y estandarizadas que permiten identificar en la población general a aquellos niños en riesgo de presentar un problema puntual. El resultado de todo test de pesquisa es cualitativo, identifican a niños en riesgo, no son pruebas diagnósticas. Aquellos niños que son detectados positivamente suelen ser derivados a un equipo interdisciplinario especializado que lleva a cabo una evaluación diagnóstica integral (Rattazzi, 2014). En Argentina se utiliza un instrumento denominado Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) desarrollado por pediatras argentinos y constituye una valiosa herramienta de pesquisa general del desarrollo infantil. Asimismo, existen instrumentos de pesquisa específica de TEA, como por ejemplo The Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), con su modificación, el M-CHAT (Rattazzi, 2014).

El CHAT es una de las escalas con mayor especificidad de alarma para TEA. Es una herramienta breve diseñada para ser aplicada en el sistema de salud de atención primaria con el fin de identificar a niños de 18 meses de edad con riesgo de TEA. Tiene nueve preguntas, para los padres y cinco actividades de exploración directa con el niño. Hay elementos claves en los cuáles puntuar, que están basados en la ausencia de tres conductas inherentes al desarrollo neurotípico: gestos protodeclarativos, seguimiento de la mirada o coorientación visual y juego de ficción. La ausencia de estas conductas en un niño con 18 meses de edad supone un riesgo del 83.3% de recibir un diagnóstico de autismo. La limitación del CHAT es su menor sensibilidad a los síntomas menos

severos de autismo, puestos en evidencia en niños que pasaron con normalidad el CHAT a los 18 meses y que más tarde fueron diagnosticados (Gutiérrez-Ruiz, 2016; Hervás et al., 2012; Sánchez Raya et al., 2015).

Con el fin de mejorar la sensibilidad del instrumento, se desarrolló una versión modificada del CHAT, The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Esta versión está diseñada para ser aplicada a niños de 24 meses de edad y se han incrementado las preguntas y los ítems críticos. Estudios sugieren que el M-CHAT es capaz de discriminar entre los TEA y otros problemas del desarrollo y tiene una mayor sensibilidad para la detección de trastornos del espectro autista que el CHAT (Gutiérrez-Ruiz, 2016; Hervás et al., 2012; Sánchez Raya et al., 2015).

El diagnóstico específico

Es el segundo nivel de evaluación que incluye los tests de criterios diagnósticos y los exámenes complementarios para descartar causas secundarias. Se realiza en aquellos niños cuyas evaluaciones de primer nivel resulten positivas de alarma. Las herramientas de elección para confirmar el diagnóstico incluyen escalas de observación de conductas diagnósticas y encuestas a padres respecto de conductas autistas en la vida diaria (Grañana, 2014).

Entre las escalas de observación más utilizadas se encuentra la Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS), que consta de un set de juegos que permiten la observación de conductas específicas en un ámbito estructurado. También se puede utilizar la escala Screening Tool for Autism in Two years old (STAT), que fue diseñada para diferenciar niños de 2 años con riesgos de TEA de aquellos en riesgo de otros trastornos del desarrollo y consta de 12 ítems que evalúan la reproducción, la imitación motora, la comunicación y las habilidades de atención conjunta (Grañana, 2014; Gutiérrez-Ruiz, 2016; Hervás et al., 2012).

La entrevista a los padres del niño con sospecha de TEA permite una evaluación profunda y exhaustiva si se centra en la detección y discriminación de posibles conductas características que se dan en el diagnóstico de autismo. Existen distintos modelos de entrevista, siendo la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo (ADI-R) una de las más utilizadas (Sánchez Raya et al., 2015).

El diagnóstico debe realizarse siempre por un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en TEA, de una manera rápida y efectiva. Así, la detección y el diagnóstico precoz, permiten la instauración de un programa de tratamiento

temprano y mejora el pronóstico de los síntomas, habilidades cognitivas y adaptación funcional al entorno (Hervás et al., 2012).

Función	Edad	Señales de alerta
Contacto visual	9 meses	No suele seguir con la mirada cuando el cuidador señala
	15 meses	No suele establecer contacto visual cuando habla con alguien
	36 meses	No iniciación y baja respuesta a la atención conjunta
Lenguaje	12 meses	Ausencia o disminución del balbuceo
	15 meses	Ausencia del uso de palabras simples con sentido, como mamá y papá
		No responde de forma consistente a su nombre
	36 meses	No responde consistentemente a órdenes simples
		Reducción y un uso poco frecuente de lenguaje para la comunicación
		Presencia de ecolalia
	4-5 años	La frecuencia, el volumen y la entonación del habla puede ser anormal
Tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés		
Gestos	12 meses	Ausencia de gesticulaciones tal como señalar o hacer adiós con la mano
	4-5 años	Ausencia del uso de gestos
Interacciones sociales	36 meses	Ausencia de sonrisa social
		Falta de interés por sus iguales
	4-5 años	Dificultad para entender las normas sociales implícitas y el comportamiento de los demás
Juego	36 meses	Preferencia por juegos solitarios
		No inicia juegos simples con otros niños
		No uso de juegos de ficción
Comportamientos repetitivos	36 meses	Adherencia inflexible a rutinas y resistencia a los cambios
		Reactividad emocional extrema ante los cambios
		Movimientos estereotipados y repetitivos
	Hipo o hipersensibilidad a estímulos sensoriales	
4-5 años	Dificultades en la planificación y en las situaciones poco estructuradas	

Figura 2. Señales de alerta en niños con TEA según función y edad. Fuente: adaptado de Hervás et al., 2012

3.2 Intervenciones para niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista

El abordaje del TEA es interdisciplinario y existen programas de intervención diversos para abordarlo. Los programas de intervención, aunque existen diferentes aproximaciones según su orientación conceptual, están dirigidos a reducir los síntomas nucleares y potenciar las diferentes áreas del desarrollo del niño, fomentando una mayor independencia en las actividades de la vida diaria. Entre ellos se destacan primordialmente los programas psicoeducativos. Dentro de los programas psicoeducativos se distinguen aquellos con estrategias de corte conductual, las intervenciones evolutivas, y las intervenciones basadas en terapias, pueden estar centradas en la comunicación, en la familia o ser terapias combinadas. (Arróniz-Pérez & Bencomo-Pérez, 2018; Mulas et al., 2010).

Entre las terapias psicoeducativas centradas en la combinación de la comunicación y la familia se incluye el método TEACCH y la técnica Floortime.

3.2.1 El método TEACCH

El método TEACCH es un programa para personas con TEA y sus familias que brinda servicio clínico y entrenamiento profesional. Se inició en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, en 1966, por el Dr. Eric Schopler, y se estableció formalmente en 1972. El objetivo del programa es mejorar la adaptación de cada individuo a su ambiente mediante la mejoría de sus habilidades y la modificación y estructuración del entorno. Se centra en la comunicación, la organización de la conducta y las habilidades espacio-temporales y hace énfasis en la necesidad e importancia de una evaluación individual, con el fin de comprender a la persona y su individual experiencia en el mundo para así diseñar un abordaje individualizado (Gándara Rossi, 2007; Grañana, 2014; Salvadó-Salvadó et al., 2012).

El desarrollo del programa propone el trabajo en torno a las habilidades, intereses y necesidades del niño. El método se basa en parte en la noción de *cultura del autismo*, que sugiere que las personas con autismo son parte de un grupo distintivo con características comunes que son diferentes a las de los demás. Aunque no es verdaderamente una cultura, porque no es aprendido, se manifiesta como tal, porque implica una manera particular de comprender y actuar en un mundo. Comprender la cultura del autismo requiere comprender a las personas con TEA tal como son y

desarrollar un programa que se adapte al nivel de funcionamiento de cada una (Gándara Rossi, 2007; Lal & Shahane, 2011; Salvadó-Salvadó et al., 2012).

Al aceptar la cultura del autismo, el método TEACCH trabaja cambiando las normas estructurales para facilitar la inclusión de personas con TEA, en lugar de moldearlas en un modelo normal existente. El método brinda y trabaja a través de un programa educativo que se basa en la evaluación continua, la colaboración de los padres, la enseñanza individualizada y poniendo el foco en las fortalezas e intereses de cada niño. Lo característico de este modelo y que lo diferencia de los demás, es el relieve en la Enseñanza Estructurada (Lal & Shahane, 2011).

Para desarrollar habilidades y minimizar las dificultades de comportamiento, TEACCH emplea como enfoque la Enseñanza Estructurada. El mismo describe las condiciones bajo las cuales una persona con TEA aprende, aborda los déficits de comportamiento de manera proactiva mediante la estructuración del entorno y de las actividades, la organización del espacio, horarios y secuencia de los eventos del día, sistemas de trabajo, y el uso de estructura visual y rutinas, que reducen el estrés, la ansiedad y frustración que experimentan estos niños (Lal & Shahane, 2011; Salvadó-Salvadó et al., 2012).

La organización del espacio se refiere al diseño del entorno, como puede ser el aula, un cuarto de juegos o la casa en sí misma. Se busca definir claramente las áreas de trabajo y los límites de los espacios, a través del uso de etiquetas visuales y de la organización del mobiliario, y a partir del currículo y de las necesidades de los alumnos. Se hace debido a que los niños con autismo tienen dificultades para diferenciar entre eventos disímiles y para ver cómo distintas actividades se relacionan con una con otra. El uso de límites consistentes y visualmente claros permite a los niños con autismo comprender mejor sus entornos y las relaciones entre los eventos. También ayuda a minimizar las distracciones visuales y auditivas del entorno. La cantidad de estructura física necesaria depende del nivel de autocontrol demostrado por el niño, a medida que aprende a funcionar de manera más independiente, la estructura física se puede disminuir gradualmente (Lal & Shahane, 2011; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995)

Los horarios son aspectos importantes de la Enseñanza Estructurada, explican la secuencia de actividades que ocurrirá durante el día. Se emplean para la organización de los mismos señales visuales que dicen qué esperar en el transcurso del día. Al igual que la estructura física, los horarios ayudan a los niños a comprender la diferencia entre eventos y cómo cada evento se relaciona con otro, como por ejemplo, ahora se trabaja y

luego se juega. La organización de los horarios ayuda a los niños a predecir los eventos diarios y semanales. Esta predictibilidad adicional disminuye notoriamente la ansiedad de los niños de no saber qué esperar y la frustración de no saber cuándo van a poder volver a acceder a su actividad preferida. Los horarios visuales son beneficiosos para mejorar la memoria secuencial, el lenguaje receptivo y los problemas de atención (Lal & Shahane, 2011; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Mientras la estructura física y los horarios permiten a los niños comprender adónde ir y qué esperar durante el día, los sistemas de trabajo les dicen qué deben hacer en sus áreas de trabajo individuales. A través de los sistemas de trabajo, los niños entienden qué se espera de ellos en las actividades de trabajo, proporciona información sobre: el trabajo que deben hacer, cuánto trabajo hay que hacer, indicación de cuándo el trabajo está completado y qué sucede después de que se realiza lo pedido. Los sistemas de trabajo se pueden hacer para satisfacer las necesidades de los niños de forma individual. Esta organización facilita las conductas de trabajo independiente (Lal & Shahane, 2011; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Los niños con TEA realizan mejor sus actividades cuando las instrucciones son presentadas visualmente y de a pasos, debido a que tienen dificultades en la comunicación. La organización visual de las tareas facilita el procesamiento de información y les permite a los niños identificar sus elementos más fácilmente, les proporciona información acerca de qué se trata la tarea. Así, los elementos pueden ser organizados de tal manera, que se evite la sobrecarga sensorial (Lal & Shahane, 2011; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

La rutina también es una forma de estructuración muy efectiva para los alumnos con autismo. Las rutinas son modos sistemáticos y consistentes de llevar a cabo diferentes tareas. Una característica común de los niños con TEA es su adherencia a las rutinas y rigidez ante los cambios, en el programa TEACCH se busca hacer funcional y productiva dicha cualidad. Se intenta generar rutinas productivas y flexibles para que los alumnos con TEA puedan aprender mejor (Lal & Shahane, 2011; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

La Enseñanza Estructurada del método TEACCH favorece el aprendizaje de las personas con TEA porque aporta herramientas claves para la organización de los tiempos en la actividad mediante la utilización de horarios y calendarios que anticipen el desarrollo de tareas, para lograr mayor organización espacio-temporal, anticipación y duración de la tarea, la promoción de la motivación intercalando actividades

interesantes con otras más aburridas, de la atención, de la tolerancia a los tiempos de espera, la autoorganización, conducentes a mayor autonomía e independencia (Grañana, 2014).

El método de enseñanza en el programa TEACCH se basa en los principios del análisis de la conducta aplicado. Recomienda dividir la tarea que se está aprendiendo en pequeños pasos que deben ser enseñados a través de instrucciones y refuerzos positivos. Las instrucciones pueden ser verbales como no-verbales, se elige el modo adecuado dependiendo del nivel de funcionamiento del niño. Los refuerzos positivos se utilizan para que la conducta premiada se repita. En los niños con autismo, es importante conocer qué intereses tiene y qué motiva a cada uno en particular para utilizarlos como refuerzo de conductas deseadas (Gándara Rossi, 2007; Lal & Shahane, 2011).

Una importante particularidad del método TEACCH es que considera a los padres co-terapeutas. Se entiende que educar a los padres es esencial para la intervención ya que conocen a sus hijos mejor que nadie y están motivados para abogar por su bienestar. Los beneficios potenciales de involucrar a los padres en las estrategias de intervención son tanto el aumento de las habilidades en los niños, como la disminución del estrés tanto en los padres como en los niños. Esto podría relacionarse con el hecho de que la participación de padres y docentes como co-terapeutas promueve la estructuración de un entorno predecible para facilitar la actividad del niño y reducir el comportamiento inadaptado (D'Elía, Valeri, Sonnino, Fontana, Mammone & Vicari, 2014)

El método puede ser utilizado para nivel inicial, primario, secundario como con adultos, incluyendo tanto a las personas con lenguaje desarrollado, como aquellas que no. Con respecto a lo cognitivo puede utilizarse para los sujetos de alto funcionamiento, como para el resto de la población con TEA (Hall, 2011). Aún hoy, el método TEACCH es el programa de educación especial más usado en todo el mundo y existen investigaciones de su eficacia en mejorar habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas desadaptativas, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el estrés familiar (Mulas, et al. 2010).

Una revisión sistemática que analizó la efectividad de la metodología TEACCH, concluyó que todos los estudios obtuvieron mejoras en las habilidades de desarrollo y una reducción de la sintomatología autista y de las conductas desadaptativas tras la implementación de una intervención basada en metodología TEACCH. Aunque en algunos estudios las diferencias entre las medidas pre y post-test no fueron

estadísticamente significativas, todos los estudios revelaron mejoras en los diferentes ámbitos de desarrollo que se proponen mejorar: funcionamiento cognitivo verbal y no verbal, habilidades de lenguaje, imitación, percepción, interés por el juego, comunicación e interacción social, coordinación visomotriz o habilidades motrices finas y gruesas (Sanz-Cervera, Fernández-Andrés, Pastor-Cerezuela & Tárraga-Mínguez, 2018).

Un estudio comparativo realizado por Panerai, et al. (2009) concluyó que el programa TEACCH parece ser un programa efectivo para niños con autismo, que produce resultados positivos en el entorno habitual de los niños y que posee valor inclusivo. El metaanálisis realizado por Virués Ortega, Julio y Pastor-Barriuso (2013) para examinar los efectos clínicos del método TEACCH sugiere que los efectos en las habilidades perceptivas, motoras, verbales y cognitivas son menores pero que aquellos relacionados al comportamiento social y desadaptativo van de moderados a grandes.

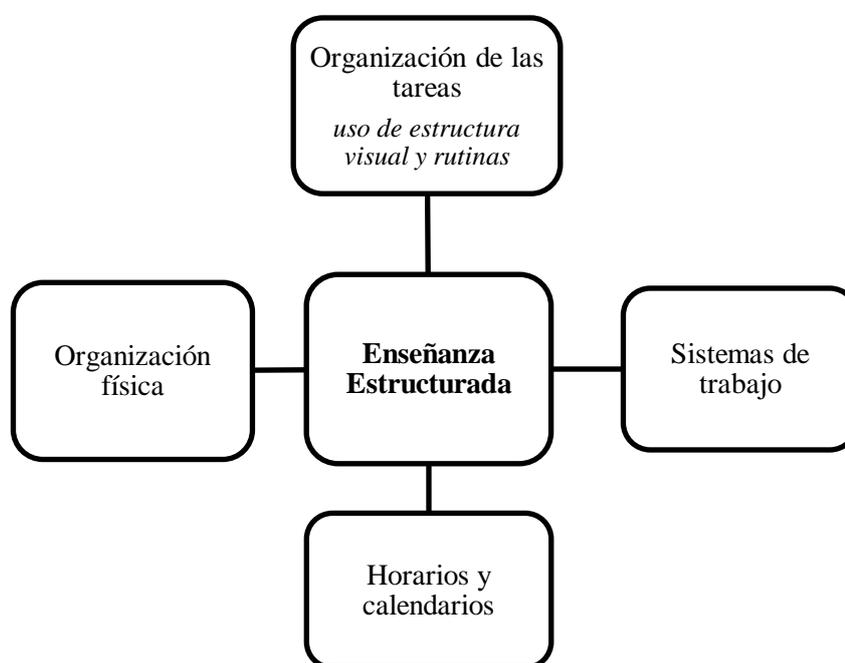


Figura 3. Componentes de la Enseñanza Estructurada del método TEACCH. Fuente: elaboración propia basado en Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995.

3.2.2 La técnica Floortime

La técnica Floortime es la principal estrategia de intervención del modelo teórico DIR, creado por Stanley Greenspan y Serena Wieder en la década de 1980. Es una

técnica utilizada en niños con TEA y sus padres o cuidadores, que busca facilitar las habilidades de comunicación social a través de experiencias afectivas-relacionales que se basan en los intereses del niño para fomentar el compromiso, la relación, la comunicación y el pensamiento superior, es decir, el simbolismo y la abstracción, dentro de un contexto social (Carpente, 2017; Grañana 2014).

El modelo conceptual DIR proporciona un marco para comprender el desarrollo emocional funcional y el perfil único de cada niño. Está centrado en primera instancia en el afecto, con la suposición fundamental de que las emociones son la base del desarrollo y el aprendizaje del niño. Se considera crítico el desarrollo emocional para el desarrollo de áreas como el lenguaje, la cognición, el procesamiento visuoespacial y el desarrollo motor (Boshoff et al., 2020; Breinbauer, 2007; Lal & Chhabri, 2013).

Desde el modelo DIR se entiende que cada niño con TEA tiene un perfil único, se tienen en cuenta todos aquellos elementos, desde lo biológico hasta lo ambiental, que hacen única a la persona. Se busca comprender en detalle las múltiples diferencias de cada individuo que influirán en su estilo de interactuar así como entender sus fortalezas y debilidades que afectarán el proceso de aprendizaje. También, desde el modelo, se tienen en cuenta los estilos de relación entre los adultos y los niños. Dichos estilos de relación pueden favorecer o entorpecer el desarrollo del niño (Breinbauer, 2007; Hierro & Abelenda, 2012).

Se pone el foco en el modo en que el niño integra funcionalmente las áreas a medida que va creciendo, desde una mirada evolutiva de las capacidades funcionales emocionales, describiéndose las primeras que un niño adquiere progresivamente para interactuar. En primer lugar, se describe *la atención*, autorregulación e interés en el mundo, capacidades que actúan como primer eslabón en la cadena de desarrollo lúdico. Una vez que el niño ha logrado establecer una atención conjunta con sus padres o cuidadores con cierto grado de regulación frente a los múltiples estímulos del ambiente, comienza a establecer una fuerte relación afectiva con ellos. La *vinculación y el apego* son habilidades que constituyen la base para futuras relaciones y para el desarrollo de habilidades motoras, lingüísticas y cognitivas. Luego de que el niño ha establecido una relación afectiva con sus padres, comienza a comunicarse intencionalmente con ellos en forma simple, expresando sus primeras emociones o deseos básicos. Se genera así una *comunicación de doble vía*, donde el niño comunica y el padre responde. Dicha comunicación es esencial para toda interacción humana y para el conocimiento del entorno. Una vez que se ha establecido esta comunicación simple de ida y vuelta, el

niño va logrando organizar cadenas cada vez más complejas de interacción, sobre la base de gestos y palabras simples, para *expresar emociones cada vez más complejas y solucionar problemas o satisfacer deseos*. Amplía su rango de emociones y su vocabulario conductual para expresarlas. Sobre la etapa de comunicación gestual compleja emerge en el niño *la habilidad de representar actividades de la vida cotidiana* a través de juego simbólico, expresando por esta vía sus ideas, deseos y emociones. Finalmente, una vez que el niño ha desarrollado una amplia gama de ideas expresadas a través de lenguaje o juego, comienza a construir puentes lógicos entre dichas ideas o emociones, dándole causalidad, coherencia a ideas fragmentadas, lo que constituye la base del *pensamiento emocional* (Breinbauer, 2007; Grañana 2014; Hierro & Abelenda, 2012).

Esta mirada evolutiva permite comprender la importancia de las capacidades iniciales como pilares sobre los que se construye el mundo simbólico del niño. Estas capacidades iniciales son justamente las que pueden verse comprometidas en los niños con TEA y son las que se construyen a partir de los intercambios entre el niño y un adulto significativo (Grañana 2014; Hierro & Abelenda, 2012).

La técnica utilizada como estrategia de intervención del modelo DIR se denomina Floortime. Se trata de una técnica sistemática que, a través del juego espontáneo y mediante el planteamiento de desafíos adecuados, estimula el desarrollo de las competencias emocionales funcionales. Tiene como objetivo volver a los primeros hitos del desarrollo que el niño pudo haberse perdido y alcanzarlos. La estrategia consiste en apoyar a los padres o cuidadores a establecer sesiones de interacciones lúdicas diarias con los niños, promoviendo oportunidades para fortalecer aspectos de regulación, vinculación, así como expresar emociones o deseos a través de conductas comunicativas cada vez más complejas (Breinbauer, 2007; Dionne & Martini, 2011; Lal & Chhabri, 2013).

Greenspan y Wieder (2005) sostienen que el juego es una de las actividades más importantes en la vida de un niño, ya que lo lleva hacia el mundo simbólico. En los niños con TEA, el juego interactivo atiende de manera única las dificultades centrales en la comunicación y vinculación. En la técnica Floortime, el compañero de juego, padre o cuidador, recibe la indicación de sentarse en el piso y trabajar con el niño para que éste adquiera dominio de cada una de las capacidades de desarrollo. Se recomienda realizar varias sesiones diarias de al menos 20 minutos con dedicación plena, se puede llevar a cabo en cualquier entorno, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias

concretas de cada niño y siempre empezando en espacios que aporten mayor seguridad para ir progresando hacia otros más desafiantes (Breinbauer, 2007; Grañana, 2014; Hess, 2017).

La técnica está dividida en dos áreas. Una se refiere a seguir al niño en las actividades que realice; la otra es unirse a él en su mundo y luego traerlo a un mundo compartido para ayudarlo a dominar cada una de las capacidades de desarrollo emocionales funcionales (Dionne & Martini, 2011; Hess, 2017). El aspecto más conocido de Floortime es seguir al niño, lo cual significa aprovechar sus intereses naturales. Seguir el juego del niño significa tomar sus ideas, esto alienta al niño para permitir la entrada al adulto en su vida emocional y crea una experiencia de validación para él. El adulto se propone reunirse con el niño en su nivel de capacidades de desarrollo, hacer a un lado sus intereses y tratar de que el niño acepte la oportunidad de una relación recíproca. Un niño que se siente comprendido y reafirmado puede mantenerse regulado y participativo por más tiempo, aprende de sus experiencias y, en última instancia, avanza en su desarrollo (Hess, 2017).

La segunda parte implica entrar en el mundo del niño y llevarlo a una experiencia emocional compartida con el fin de ayudarlo a dominar las capacidades emocionales y funcionales de desarrollo. La tarea del terapeuta es tomar la pequeña idea del niño, aunque sea repetitiva, y ampliar el concepto en su potencial para el juego social recíproco. Se busca enseñar a resolver problemas y hacerlo participar en interacciones continuas y secuenciadas con su ambiente y las personas que hay en él. También que utilice sus ideas con creatividad, para avanzar en el desarrollo, utilizarlas de modo lógico hasta mostrar un alto grado de pensamiento reflexivo (Hess, 2017).

Las estrategias utilizadas se emplean dependiendo del perfil individual de cada niño. Entre las principales se encuentran: el uso del afecto para captar la atención e interés del niño; el uso de expresiones faciales, gestos corporales, expresiones verbales; imitar, deshacer, obstruir de forma placentera el juego; ajustar el ritmo de la interacción al niño; presentar un problema para que el niño lo resuelva, no enseñar la solución; empatizar con el tono emocional del niño; usar un patrón de respuesta rítmica y predecible, y luego introducir un cambio; unirse al juego perseverativo y hacerlo interactivo y tratar todo lo que el niño hace como intencional (Hess, 2017; Hierro & Abelenda, 2012).

El modelo DIR y su técnica Floortime se encuentran en investigación, aunque las investigaciones realizadas son escasas, los resultados obtenidos son promisorios.

Greenspan y Wieder (2005) publicaron un estudio en el que hicieron un seguimiento de 10 a 15 años de 16 niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, quienes formaron parte de su primera serie de 200 casos. Los autores describieron que, de 10 a 15 años después de recibir el tratamiento DIR/Floortime, estos niños habían sido adolescentes significativamente más empáticos, creativos y reflexivos en sus relaciones con pares sanos y que habían adquirido habilidades académicas sólidas.

Un estudio realizado por Liao, Hwang, Chen, Lee, Chen y Lin (2014) en niños en edad preescolar bajo la intervención del modelo DIR/Floortime proporcionó evidencia de la efectividad del método. Los niños tuvieron una mejora significativa en su funcionamiento emocional, incluyendo comunicación de doble vía, organización de su comportamiento, y en la formación de relaciones. Además, su funcionamiento adaptativo mejoró, especialmente en comunicación y habilidades sociales.

Pajareya, Sutchritpongsa y Kongkasuwan (2019) realizaron una investigación con el fin de determinar si agregando un programa de capacitación para padres utilizando el modelo DIR/Floortime puede mejorar las capacidades de atención e iniciación en niños con trastornos en el desarrollo. Concluyeron que la utilización de la intervención Floortime puede producir mejoras clínicamente significativas en la atención y la iniciación para los niños con una variedad de desafíos en el desarrollo.

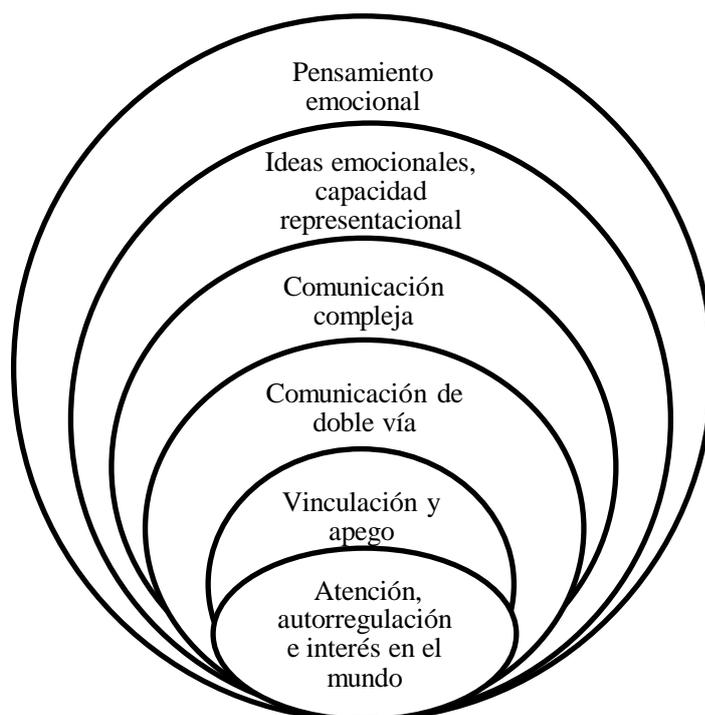


Figura 4. Adquisición progresiva de las capacidades funcionales emocionales, según el modelo DIR. Fuente: elaboración propia basado en Grañana, 2014.

3.3 El programa educativo TEACCH y la técnica Floortime en el tratamiento de niños en edad preescolar con TEA

3.3.1 El programa educativo TEACCH en niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista

El método TEACCH brinda un programa educativo centrado en el abordaje de las necesidades específicas y utilizando estrategias basadas en las fortalezas e intereses de cada niño con TEA. El enfoque es diferente de otros educativos ya que en TEACCH no hay un comportamiento estándar o normal en el que los niños deberían encajar, sino que se enfatiza la individualidad. A su vez, debido a que los niños con TEA tienen dificultades en la abstracción, organización, comunicación y lenguaje, los métodos típicos de enseñanza tal como la explicación verbal o la demostración no suelen ser exitosos; por ello el método TEACCH utiliza como enfoque la Enseñanza Estructurada (Gándara Rossi, 2007; Hall, 2011).

El enfoque de la Enseñanza Estructurada está basado en la comprensión de las características y rasgos únicos asociados a la naturaleza del autismo. Dichas características se manifiestan desde muy temprano en los niños con TEA y es por ello esencial la intervención precoz en las mismas. El programa educativo TEACCH es frecuentemente aplicado en nivel inicial, en niños de todos los niveles de funcionamiento. Los cuatro elementos de la Enseñanza Estructurada: la organización física, el horario, los sistemas de trabajo y organización de las tareas, son adaptados según la edad y el nivel de desarrollo de los niños (Lal & Shahane, 2011).

Para los niños en edad preescolar, las áreas de aprendizaje que generalmente se incluyen son: el juego, el trabajo individual o independiente, el grupo de habilidades sociales, el juego al aire libre y el baño. Una clase físicamente organizada destaca las actividades específicas y refuerza los conceptos importantes; por ejemplo, si un área visualmente delimitada en la sala siempre se usa para tareas de aprendizaje individualizadas, un niño sabe qué se espera cuando se le envía a ese lugar. Del mismo modo, el niño puede comprender mejor la relación entre trabajo y juego, si seguido a la finalización del trabajo, se le permite jugar en un área de juego visualmente distinguida. Es productivo también tener en cuenta cómo se estructura el espacio según su función; por ejemplo, la ubicación del baño es de crítica importancia en niveles iniciales, ya que el aprendizaje del control de esfínteres es improductivo si hay mucha distancia entre el baño y la clase. A su vez, los espacios en los que los niños pasan tiempo solos, como en

el tiempo libre o el juego, es mejor que estén ubicados lejos de las salidas a través de las cuáles podrían alejarse (Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Mientras la organización física ayuda a los alumnos a comprender el concepto de dónde se llevan a cabo las actividades, los horarios explican qué actividades van a ocurrir y en qué orden. Los horarios visualmente claros ayudan a los niños en tanto favorecen que se puedan minimizar las dificultades en la atención y memoria, reduciendo las dificultades con el tiempo y la organización, asimismo permiten compensar las complicaciones en el lenguaje receptivo que causan obstáculos para seguir instrucciones verbales, fomentan la independencia del niño y aumentan la automotivación mediante recordatorios visuales fácilmente disponibles, como por ejemplo, primero viene el trabajo, luego se juega (Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Se pueden emplear dos tipos de horarios simultáneamente: el horario general del aula y el horario individual del niño. El horario general del aula describe el día para toda la clase, muestra tiempos de trabajo generales y tiempos de descanso. Las actividades específicas se enumeran en los horarios individuales y pueden diferir para cada alumno, es importante que éste sea significativo y basado en las necesidades de cada niño. Asimismo, se acomodan las habilidades comunicativas de cada niño de acuerdo al establecimiento de los horarios (Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Existen diferencias sustanciales relacionadas con las habilidades comunicativas, dado que los niños no verbales tienen más facilidad con el uso de objetos físicos, se utilizan los objetos concretos como andamiajes para la realización de las actividades. En el caso de los niños verbales es posible utilizar códigos de color, y eventualmente reemplazarlos por imágenes, números o palabras dependiendo del nivel actual de comunicación del niño. Toda esta organización de los horarios puede realizarse de distintas formas y modelos (de izquierda a derecha o de abajo para arriba, sólo imágenes o con descripciones en palabras) graduando las mismas de acuerdo a los niveles de comprensión (Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Para las áreas de trabajo individual se emplean los sistemas de trabajo, aquellas estrategias que informan a los alumnos sobre qué hacer mientras están en sus áreas de trabajo independientes. Al igual que los horarios, pueden diseñarse para niños de todos los niveles de desarrollo y funcionamiento. En los niveles iniciales, un sistema de trabajo de izquierda a derecha probablemente sea el más apropiado, el sistema le enseña al niño a mover elementos de izquierda a derecha a medida que están completos, a su derecha debe tener un lugar donde posicionar los elementos una vez que haya

finalizado la tarea. Se hace énfasis en el aprendizaje del concepto de *finalizado* para utilizarlo como herramienta de motivación. Por ejemplo, para enseñar a un niño a guardar sus pertenencias en su mochila se posicionan las mismas en orden de izquierda a derecha y se pone por último, en el extremo derecho, la mochila abierta, así el niño sabe qué objetos debe guardar y dónde (Carnahan, Hume, Clarke & Borders, 2009; Hume, Loftin, & Lantz, 2009; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Dentro de la realización de las actividades, la organización de tareas proporciona pautas visualmente claras sobre la relación entre las partes y la finalización de la tarea. Es importante lograr una claridad visual de las pautas e instrucciones para captar la atención hacia los elementos relevantes, es por ello que es fundamental utilizar códigos en colores y etiquetas. Para preescolares es conveniente utilizar guías visuales con colores, subrayadas y exageradas, para que realicen la tarea correctamente y de forma independiente. También es preferible que todos los artículos necesarios para completar cualquier actividad estén organizados en contenedores, carpetas, sobres, bandejas, o estantes (Carnahan et al., 2009; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Dichos componentes fomentan un uso productivo de la adherencia de los niños con TEA a la rutina y son lo suficientemente consistentes para compensar las deficiencias en la resolución de problemas pero lo suficientemente flexibles para promover cambios en ellos. Representan adaptaciones ambientales a las manifestaciones de los déficits de los niños con TEA (Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

Como complemento a la implementación de dichos componentes en el aula, es recomendable la puesta en práctica de las estrategias y técnicas del método en el hogar, a través de la participación de los padres. Cuando los padres asumen la responsabilidad del programa educativo de sus hijos, pueden promover muchos cambios positivos en el hogar y en su entorno de vida, fomentando el aprendizaje y el desarrollo de sus hijos. Se logra una implementación y generalización de las habilidades aprendidas en los demás entornos de vida del niño (Panerai et al., 2009; Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995).

El fundamento científico de la implementación del método TEACCH en preescolares está respaldado por investigaciones que comprobaron su eficacia en dicha población. Entre ellas, un estudio longitudinal realizado por D'Elia et al., (2014) buscó evaluar los beneficios potenciales del programa TEACCH en niños preescolares con TEA. Se encontró que la implementación del programa tanto en el hogar como en la escuela proporciona beneficios para los niños con TEA. Los resultados mostraron cambios a lo largo del tiempo en los principales indicadores: severidad del autismo,

lenguaje y funcionamiento adaptativo. Con respecto a los problemas emocionales y de comportamiento, los participantes del programa TEACCH mostraron una mejora significativa en la comorbilidad psicopatológica. Además, se halló una disminución en el estrés de los padres, que indica que la participación de los padres en la intervención es un factor crucial y contribuye en gran medida a la eficacia del tratamiento.

3.3.2 La técnica Floortime en niños en edad preescolar con Trastorno de Espectro Autista

Floortime es la técnica específica y el centro del modelo DIR, el cual brinda una mirada evolutiva que permite comprender la importancia de las capacidades iniciales del desarrollo, aquellas justamente comprometidas en los niños con TEA. Al ser una intervención que, a través del juego compartido, busca trabajar con el niño para que éste adquiera dominio de cada una de las capacidades de desarrollo, es especialmente adecuada para niños de primera infancia. Aunque el juego es parte de la vida en todas las edades, para los niños en primera infancia la necesidad de jugar es aún mayor, porque su desarrollo está en progreso y es éste el que lo lleva hacia el mundo simbólico (Grañana, 2014; Hess, 2017).

La técnica Floortime, se adapta al nivel de desarrollo y funcionalidad de todos los niños ya que su foco se encuentra en seguir el juego de cada uno de forma individual y personalizada de acuerdo a sus intereses y la comprensión de sus deseos naturales. Al observar que el cuidador obtiene una idea de lo que el niño disfruta, esto alienta al niño a permitir la entrada al adulto en su vida emocional y promueve la participación inicial del niño en una relación potencialmente recíproca. Además de seguir al niño, se busca ampliar y desarrollar su idea inicial, con el nivel de complejidad que posea, en un aprendizaje y pensamiento potenciales de alto nivel (Hess, 2017).

Dado lo anteriormente expuesto, se afirma que la técnica Floortime se puede aplicar en todos los niños ya sea con formas moderadas o graves de retrasos del desarrollo. Aunque no todos los niños logran alcanzar el nivel más alto del pensamiento reflexivo, casi todos pueden avanzar, dominar sus capacidades de desarrollo emocionales funcionales en relación con el crecimiento óptimo social, emocional, intelectual, lingüístico y académico (Hess, 2017).

Para lograr dichos objetivos el primer paso es observar lo que el niño hace y luego encontrar el ritmo correcto, aquel momento en el que le permita al compañero de juego unirse al niño en la actividad que realiza. Se comienza entrando en el mundo del

niño como vía para llevarlo a un mundo compartido con el cuidador en el que puedan ayudarlo a concentrarse y poner atención. Cómo entrar va a depender de los intereses según el nivel de funcionamiento de cada niño, es importante no preocuparse por las conductas apropiadas o inapropiadas de acuerdo con la edad del niño, sino que es necesario distinguir los intereses, sin importar cuán inocuos parezcan, y después unirse en ellos para luego, si es posible, ampliarlos. Por ejemplo, si el nivel de juego es bajo y consiste en sacudir los brazos en un ademán auto estimulador, se deben ajustar las intervenciones al mismo: el cuidador puede incorporarse de manera creativa a su movimiento y utilizar gestos y expresiones faciales para generar un encuentro afectivo y captar la atención del niño, ayudándolo a concentrarse. El objetivo es unirse al juego perseverativo para hacerlo interactivo (Hess, 2017; Hierro & Abelenda).

Al desafiar a los niños para dominar las capacidades funcionales emocionales de desarrollo y avanzar en el desarrollo, se deben tener en cuenta las características individuales de su procesamiento neurológico subyacente, sean sensoriales, sociales o motrices, y utilizarlas como punto de partida para la intervención. Por ejemplo, un niño que reacciona muy poco frente a la estimulación táctil o auditiva, se requiere que el compañero de juego sea muy activo para llevar al niño al mundo compartido. En cambio, si el niño es demasiado sensible a la estimulación táctil o auditiva, y se cubre los oídos para evitar los ruidos inesperados y se pone inquieto con facilidad, el terapeuta debe ser capaz de calmarlo, pero sin renunciar a empujarlo hacia las tareas que promuevan su desarrollo (Hess, 2017).

Una de las principales estrategias destacadas del Floortime es el uso de la expresión emocional, es decir expresiones faciales, gestos corporales y expresiones verbales; las cuales se utilizan para atraer el interés y la atención del niño, y para hacer una conexión eficaz con éste, que conduzca a la posibilidad de llevarlo a la interacción y a la posibilidad de hacer conexiones cada vez más complejas. Cualquier experiencia emocional validante que el terapeuta tiene con el niño refuerza su deseo de estar con él, aprender de él, y, en última instancia, avanzar en su desarrollo (Hess, 2017; Hierro & Abelenda, 2012)

Otra estrategia fundamental de la técnica es la obstrucción lúdica. La idea de la misma consiste en utilizar de manera delicada y lúdica el cuerpo para obstaculizar el escape del niño y convertirlo en algo que el niño tiene que lidiar para así generar un encuentro. Por ejemplo, para que el niño domine la primera etapa de la atención compartida, cuando se aleja de la interacción con él, se puede recurrir a un juego en el

que el cuidador se coloca enfrente del niño, de modo que no pueda salir de la interacción. Mientras él se aleja, el terapeuta se mueve para estar frente a él, capturando su atención y su mirada aunque sólo sea un instante. Este bloqueo lúdico exige al niño participar en la actividad junto con el terapeuta aun cuando dé señales de irritación y sentará las bases del primer acto de atención compartida. Estas maniobras crean múltiples oportunidades para la atención compartida, así como la participación sostenida, porque el niño en todo momento tiene que comportarse en relación con el terapeuta (Hess, 2017; Hierro & Abelenda, 2012).

En cuanto al ambiente, se puede llevar a cabo en cualquier entorno, en centros de terapia, la escuela o el hogar, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias concretas de cada niño y siempre empezando en espacios que aporten mayor seguridad para ir progresando hacia otros más desafiantes; elegir el entorno habitual del niño contribuye a calmarlo y mejorar su nivel de comodidad. También existe una progresión en cuanto a las personas que van a hacer Floortime; siguiendo la línea en cuanto a los espacios, inicialmente es recomendable que empiecen a jugar los adultos más referentes, para evolucionar a juego con adultos menos conocidos, niños mayores sin dificultades hasta llegar a los iguales (Hierro & Abelenda, 2012; Lal & Chhabri, 2013).

Como en toda intervención dirigida a niños y debido a la importancia de sus relaciones emocionales con los niños, la participación de los padres y otros miembros de la familia es fundamental en Floortime. Pajareya y Nopmaneejumruslers (2011) encontraron que después que los padres recibieron capacitación DIR/Floortime durante 3 meses, pudieron ayudar mejor el desarrollo emocional y social de sus hijos. Por lo tanto, la participación de los padres en Floortime es un elemento esencial para la mejora del niño.

Diversas investigaciones fueron llevadas a cabo para determinar la eficacia de la técnica Floortime en niños preescolares con TEA. Lal y Chhabri (2013) realizaron un estudio para determinar la eficacia del enfoque de Floortime para desarrollar el comportamiento social en niños en edad preescolar con TEA, y comparar los niveles de logro de habilidades sociales de los niños que recibieron intervención con aquellos que no lo hicieron. Los resultados indicaron que la técnica Floortime es efectiva como intervención para niños de edad preescolar con TEA. A su vez, una investigación realizada por Dionne y Martini (2011), donde se investigó la eficacia de la técnica Floortime en un niño de 3 años con TEA, proporcionó evidencia preliminar para el uso de Floortime como intervención en niños con TEA. Finalmente, Reis, Pereira y

Almeida (2018) afirman que la intervención a partir del modelo DIR y a través de la técnica Floortime, tuvo efectos positivos en el desarrollo de la comunicación y la regulación sensorial con niños con TEA a edades tempranas.

4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

El Trastorno de Espectro Autista es un trastorno heterogéneo y complejo, se ubica dentro de los trastornos del neurodesarrollo, y se caracteriza por serias dificultades en la comunicación y la interacción social y por patrones de conducta, intereses o actividades restringidos, repetitivos y persistentes. Se manifiesta en los primeros años de vida y presenta una evolución crónica, con diferentes grados de adaptación y funcionamiento en el área de lenguaje y desarrollo intelectual.

La conceptualización del trastorno fue evolucionando a través del tiempo. Las primeras contribuciones fueron realizadas por Leo Kanner y Hans Asperger, quienes contemporáneamente describieron cuadros asociados a síntomas autistas. Posteriormente, una vez que el trastorno fue incluido en el Manual de Psiquiatría Americana, sus criterios clínicos fueron variando según las diferentes versiones del manual. El salto conceptual más importante fue de la cuarta, DSMIV, a la quinta y actual versión, DSMV. Dicho cambio fue en parte gracias a los aportes de Lorna Wing y Judith Gould, quienes introdujeron la comprensión del trastorno como un continuo, explicando así la heterogeneidad de las manifestaciones de los síntomas autistas que las personas con TEA presentaban. Con esta nueva perspectiva y en la actual versión del manual se consolida conceptualmente el TEA, dejando atrás el término TGD y las subcategorías clínicas.

Aunque existe un consenso sobre la definición y descripción del trastorno, aún no lo hay acerca de su etiología. Desde diferentes ámbitos se intentó dar respuesta al origen del trastorno, tanto desde la genética como desde lo cognitivo. Desde este último ámbito se proponen diversas teorías explicativas sobre el mismo, las que se destacan son la teoría de la mente, la coherencia central y el déficit de las funciones ejecutivas.

Debido a que es un trastorno que se manifiesta en los primeros años de vida, la detección precoz es fundamental y está profundamente ligada a la evolución clínica. Permite que aquellos niños en riesgo de padecer un trastorno de desarrollo sean identificados, diagnosticados y reciban una intervención temprana, que mejora su pronóstico y brinda una mejor calidad de vida. La evaluación diagnóstica tiene dos

niveles, el de detección y el de diagnóstico específico. La detección temprana se realiza a partir de la observación de señales de alerta y el uso de instrumentos de pesquisa. Las señales de alerta específicas del TEA se advierten desde los primeros meses de vida y específicamente en el contacto visual, el lenguaje, la gestualidad, la interacción social, el juego y comportamiento. Entre los instrumentos de pesquisa específicos de TEA más utilizados se encuentran el CHAT y el M-CHAT. El diagnóstico debe realizarse siempre por un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en TEA. Pueden utilizarse para el mismo, herramientas tales como escalas de observación de conductas diagnósticas y encuestas a padres respecto de conductas autistas en la vida diaria. Entre las escalas de observación más utilizadas se encuentra la Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS), y la escala Screening Tool for Autism in Two years old (STAT). En los modelos de entrevista a padres se destaca, la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo (ADI-R).

La detección y el diagnóstico precoz, permiten la instauración de un programa de tratamiento temprano, que mejora el pronóstico de los síntomas, habilidades cognitivas y adaptación funcional al entorno. El abordaje del TEA es interdisciplinario y existen programas de intervención diversos para abordarlo. Entre ellos se destacan las terapias psicoeducativas centradas en la combinación de la comunicación y la familia y dentro de las que se incluye el método TEACCH y la técnica Floortime.

El método TEACCH es un programa para personas con TEA y sus familias, creado por el Dr. Eric Schopler, que brinda servicio clínico y entrenamiento a profesionales. Tiene como objetivo mejorar la adaptación de los individuos al ambiente y trabaja especialmente en habilidades como la comunicación, la organización de la conducta y las habilidades espacio-temporales. Se centra en la comprensión del modo que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo, es decir en la cultura del autismo. Su particularidad reside en el énfasis que hace en la necesidad e importancia de una evaluación individual, y la utilización de la Enseñanza Estructurada como enfoque. Brinda un programa educativo que se basa en la evaluación continua, la colaboración de los padres, la enseñanza individualizada y poniendo el foco en las fortalezas e intereses de cada niño. Aborda los déficits de comportamiento de manera proactiva mediante la estructuración del entorno y de las actividades, la organización del espacio, horarios y secuencia de los eventos del día, sistemas de trabajo, y el uso de estructura visual y rutinas. Es el programa de educación especial más usado en todo el mundo y existen investigaciones de su eficacia en mejorar

habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas desadaptativas, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el estrés familiar.

La técnica Floortime es la principal estrategia de intervención del modelo teórico DIR, creado por Stanley Greenspan y Serena Wieder. Se trata de una técnica sistemática que, a través del juego espontáneo y mediante el planeamiento de desafíos adecuados, estimula el desarrollo de las competencias emocionales funcionales. Se realiza a través de interacciones uno a uno, entre un terapeuta o un padre entrenado y el niño, basadas en los intereses del niño y en el ambiente de juego natural del mismo. Tiene como objetivo facilitar las habilidades emocionales funcionales, es decir la atención, autorregulación e interés en el mundo, la vinculación y el apego, la comunicación de doble vía y la compleja, la capacidad representacional y el pensamiento emocional. La técnica está dividida en dos áreas, seguir al niño en las actividades que realice y unirse a él en su mundo para traerlo a un mundo compartido y ayudarlo a dominar las capacidades de desarrollo emocionales funcionales. El modelo conceptual DIR proporciona un marco para comprender el desarrollo emocional funcional y el perfil único de cada niño; pone foco en el afecto y cómo el niño integra funcionalmente las áreas de desarrollo a medida que va creciendo. El modelo DIR y su técnica Floortime se encuentran en investigación, aunque las investigaciones realizadas son escasas, los resultados obtenidos son promisorios.

Ambas intervenciones pueden ser elegidas como técnicas de abordaje psicoterapéutico en niños preescolares con TEA. Tanto el programa TEACCH como la técnica Floortime se adaptan según la edad y el nivel de funcionalidad de cada niño. En preescolares, los componentes de la Enseñanza Estructurada del método TEACCH son adaptados según sus necesidades y habilidades, teniendo en cuenta también las cuestiones evolutivas de la edad. En primera infancia, la utilización del juego como recurso terapéutico es especialmente beneficioso, por ello en Floortime se emplea el juego junto a los intereses del niño para crear interacciones significativas que propicien la adquisición de las capacidades emocionales funcionales. Tanto el programa educativo TEACCH como la técnica Floortime poseen investigaciones que respaldan su eficacia en niños preescolares con TEA.

Aunque el programa educativo TEACCH y la técnica Floortime están basados en marcos teóricos diferentes, no son métodos opuestos. Ambas intervenciones otorgan especial importancia a la evaluación del individuo, con el fin de generar un abordaje individualizado y según sus necesidades; se basan en los perfiles individuales para partir

de las fortalezas e intereses de los niños. A su vez, los padres ocupan un rol fundamental en las dos intervenciones, entienden que son los mismos los que pueden promover cambios positivos y un mejor desarrollo en los niños. Es así como ambos métodos pueden implementarse en diversos entornos, tanto en el hogar como en un aula.

Aun así, la metodología de trabajo de ambas intervenciones es distinta y abordan los déficits propios del autismo de diferente manera. Mientras el programa educativo TEACCH utiliza la adaptación y estructuración del ambiente para generar un entorno favorable para que los niños con TEA adquieran habilidades, la técnica Floortime se centra en generar experiencias afectivas relacionales para alcanzar las habilidades emocionales funcionales. El foco en TEACCH está puesto en abordar los déficits de la conducta y trabaja a través de la misma, en cambio, el modelo DIR se centra en un primer momento en el afecto para que, a través de este, el niño alcance los hitos de desarrollo que no pudo alcanzar.

Es tanto por las similitudes como por las diferencias, que ambas intervenciones pueden utilizarse complementariamente en el tratamiento de niños preescolares con TEA. Los puntos en común propician una base compartida para generar un tratamiento interdisciplinario, en primera infancia y a través de intervenciones individualizadas en las cuales participen los padres. Las diferencias metodológicas permiten que el niño reciba tanto la estructuración del método TEACCH como las experiencias relacionales de la técnica Floortime para trabajar habilidades espacio-temporales, comunicativas y organización de la conducta así como de vinculación y apego, imitación social, empatía y pensamiento superior.

Dicha complementariedad enriquece el tratamiento interdisciplinario de niños preescolares con TEA, posibilita el abordaje de múltiples áreas en las que los niños con TEA manifiestan dificultades y lo hace a través de diferentes metodologías provenientes de enfoques distintos. Es válido aclarar que no existen al momento investigaciones que respalden dicha propuesta de tratamiento, por ello, sería útil que futuras líneas de investigación la consideraran para comprobar su eficacia.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar-Mediavilla, E., & Igualada, A. (2019). *Dificultades del lenguaje en los trastornos del desarrollo (Vol II): Síndromes genéticos y trastorno del espectro autista*. Editorial UOC.

- Arróniz-Pérez, M. and Bencomo-Pérez, R. (2018). Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 24-30.
- Artigas-Pallarés, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington DC, EEUU: Masson.
- Boshoff, K., Bowen, H., Paton, H., Cameron-Smith, S., Graetz, S., Young, A., & Lane, K. (2020). Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 153-164.
- Breinbauer, C. (2007). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y a la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes* 11, 1-12.
- Carnahan, C. R., Hume, K., Clarke, L., & Borders, C. (2009). Using structured work systems to promote independence and engagement for students with autism spectrum disorders. *Teaching Exceptional Children*, 41(4), 6-14.
- Carpente, J. A. (2017). Investigating the effectiveness of a developmental, individual difference, relationship-based (DIR) improvisational music therapy program on social communication for children with autism spectrum disorder. *Music Therapy Perspectives*, 35(2), 160-174.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Basics About Autism Spectrum Disorder (ASD), NCBDDD, CDC. [online]. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html> [Acceso el 29 de Mayo de 2018].
- D'Elia, L., Valeri, G., Sonnino, F., Fontana, I., Mammone, A., y Vicari, S. (2014). A longitudinal study of the TEACCH program in different settings: The potential benefits of low intensity intervention in preschool children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 615-626.
- De Lara, J. G. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Revista Salud Mental*. 3(35), 257-261.

- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
- Fuentes, J., Bakare, M., Munir, K., Aguayo, P., Gaddour, N., Öner, Ö., & Mercadante, M. (2014). Autism spectrum disorder. *IACAPAP textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2, 1-35.
- Gándara Rossi, C. (2007): Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27(4), 173-186.
- García García, E. (2008). Neuropsicología y educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente. *Revista de psicología y educación*, 1(3), 69-89.
- Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 113-124.
- Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para trastornos de desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico*. (1ra ed., pp. 175-342). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental. individual-difference, relationship-based (DIR®) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 9, 39–61.
- Greenspan, S., Wieder, S. & Simons, R. (1998). *The child with special needs*. Reading, MA, US: Addison-Wesley.
- Gutiérrez-Ruiz, K. (2016). Identificación temprana de trastornos del espectro autista. *Acta Neurol Colomb*, 32(3), 238-47.
- Hall, D. S. (2011). Advances topics in intervention for students with autism spectrum disorder: TEACCH intervention. *NAAAS Conference Proceedings*, 324.
- Hervás, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017) Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 21(2), 92-108
- Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., & Sánchez Santos, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría Integral*, 16(10), 780-94.

- Hierro, V. C., & Abelenda, J. (2012). El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de Salud mental*, 10(44), 54-61.
- Hume, K., Loftin, R., & Lantz, J. (2009). Increasing independence in autism spectrum disorders: A review of three focused interventions. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(9), 1329-1338.
- Lal, R., & Chhabri, R. (2013). Early Intervention of Autism: A Case for Floor Time Approach. *Recent Advances In Autism Spectrum Disorders*, 1(29), 692-715.
- Lal, R., y Shahane, A. (2011). TEACCH Intervention for autism. In Autism Spectrum Disorders-From Genes to Environment. *InTech*.169-190
- Liao, S. T., Hwang, Y. S., Chen, Y. J., Lee, P., Chen, S. J., & Lin, L. Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 34(4), 356-367.
- Martos-Pérez J, Paula-Pérez I (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista Neurología 2011; 52 (Supl 1): S147-53.*
- Mebarak, M., Martínez, M., & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfico- analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología Desde El Caribe* 24, 120-146.
- Mercer, J. (2017). Examining DIR/Floortime as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 625-635.
- Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E. (2005) *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*. New York, EEUU: Springer.
- Mulas F, Ros-Cervera G., Millá M.G., Etchepareborda M.C., Abad L., & Téllez de Meneses M. (2010) Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología* 50(3), 77-84.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington DC, EEUU: The National Academies Press.
- Hess, E. (2017). DIR®/Floortime™: Enfoque de desarrollo/relacional de la terapia de juego para el tratamiento de niños con retrasos en el desarrollo, incluyendo el trastorno del espectro autista (TEA) y las dificultades del procesamiento

- sensorial. En O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. *Manual de terapia de juego*. Editorial El Manual Moderno.
- Ojeda Careaga, I. (2016) *Revisión de los estudios sobre la eficacia de dos modelos globales de intervención en autismo* (tesis de maestría inédita) Universidad de Deusto, Bilbao.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2017) Trastornos del Espectro Autista. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>
- Pajareya, K., & Nopmaneejumruslers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism, 15*(5), 563-577.
- Pajareya, K., Sutthritpongsa, S., & Kongkasuwan, R. (2019). DIR/Floortime® Parent Training Intervention for Children with Developmental Disabilities: a Randomized Controlled Trial. *Siriraj Medical Journal, 71*(5), 331-338.
- Panerai, S., Zingale, M., Trubia, G., Finocchiaro, M., Zuccarello, R., Ferri, R., & Elia, M. (2009). Special education versus inclusive education: the role of the TEACCH program. *Journal of autism and developmental disorders, 39*(6), 874-882.
- Rattazzi, A. (2014). La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista. *Revista Argentina De Psiquiatría, 25*, 290-294.
- Reis, H. I., Pereira, A. P., & Almeida, L. S. (2018). Intervention effects on communication skills and sensory regulation on children with ASD. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 11*(3), 346-359.
- Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social, 55*(2), 214-222.
- Rice, C., Rosanoff, M., Dawson, G., Durkin, M., Croen, L., Singer, A. & Yeargin-Allsopp, M. (2012). Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders. *Public Health Reviews, 34*(2), 2-13.
- Salvadó Salvadó, B., Palau Baduell, M., Clofent Torrentó, M., Montero Camacho, M., & Hernández Latorre, M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología, 2012*, vol. 54, núm. Supl 1, p. 63-71.

- Sánchez-Raya, M. A., Martínez-Gual, E., Elvira, J. A. M., Salas, B. L., & Cívico, F. A. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología educativa, 21*(1), 55-63.
- Sanz-Cervera, P., Fernández-Andrés, M. I., Pastor-Cerezuela, G., & Tárraga-Mínguez, R. (2018). Efectividad de las intervenciones basadas en metodología TEACCH en el trastorno del espectro autista: un estudio de revisión. *Papeles del psicólogo, 39*(1), 40-50.
- Schopler, E., Mesibov, G. B., & Hearsey, K. (1995). Structured teaching in the TEACCH system. En Schopler, E., Mesibov, G. B. *In Learning and cognition in autism*. Current Issues in Autism. (pp. 243-268). Boston, MA: Springer.
- Tirapu-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente. *Revista de neurología, 44*(8), 479-489.
- Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical psychology review, 33*(8), 940-953.

6. ANEXO

AÑO	AUTOR	TÍTULO	ARTÍCULO O LIBRO	OBJETIVOS
1995	Eric Schopler, Gary B. Mesibov & Kathy Hearsey	Structured teaching in the TEACCH system'. In Learning and cognition in autism	Capítulo de libro	Describir cómo se usa e implementa la estructura en los programas afiliados de TEACCH para niños con autismo y discapacidades de comunicación relacionadas
1998	Stanley Greenspan, Serena Wieder & Robin Simons	The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth.	Libro	Brindar una guía para criar a un niño con necesidades especiales, desde un enfoque completo, paso a paso, para padres, educadores que trabajan con problemas de desarrollo.

2005	Serena Wieder & Stanley Greenspan	Can children with autism master the core deficits and become empathic, creative and reflective?	Artículo - Empírico - EEUU	Realizar un estudio de seguimiento de 16 niños y familias que participaron en el programa de intervención DIR/Floortime centrado en los componentes básicos de la relación, la comunicación y pensando.
2005	Eric Schopler; Shea Victoria & Gary B. Mesibov	The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders	Libro	Explicar los métodos y filosofía basados en la comprensión y el respeto por "la cultura del autismo".
2007	Cármén Gándara Rossi	Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH	Artículo - Teórico	Dar una idea general sobre la intervención educativa en comunicación de personas con trastorno del espectro autista desde el enfoque del programa TEACCH
2007	J. Tirapu-Ustárrroz, G. Pérez-Sayes, M. Erekatxo-Bilbao & C. Pelegrín-Valero	¿Qué es la teoría de la mente?	Artículo - Teórico	Examinar y conceptualizar la teoría de la mente
2007	Cecilia Breinbauer	Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular	Artículo - Teórico	Realizar una revisión del modelo DIR/Floortime formulado por Greenspan
2008	García García Emilio	Neuropsicología y educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente.	Artículo - Teórico	Analizar investigaciones sobre la Teoría de la Mente, así como algunas patologías caracterizadas por un déficit en tal capacidad mentalista

2009	Kara Hume, Rachel Loftin & Johanna Lantz	Increasing Independence in Autism Spectrum Disorders: A Review of Three Focused Interventions	Artículo -Teórico	Revisar tres intervenciones focalizadas: autocontrol, modelado de video y sistemas de trabajo individuales
2009	Simonetta Panerai, Marinella Zingale, Grazia Trubia, Maria Finocchiaro, Rosa Zuccarello, Raffaele Ferri & Maurizio Elia	Special Education Versus Inclusive Education: The Role of the TEACCH Program	Artículo - Empírico - Italia	Comparar en un período de 3 años la efectividad de tres enfoques educativos diferentes dirigidos a niños con TEA y retraso mental
2009	Christi R. Carnahan, Kara Hume, Laura Clarke & Christy Borders	Using Structured Work Systems to Promote Independence and Engagement for Students With Autism Spectrum Disorders	Artículo - Teórico	Revisar y describir la implementación de los sistemas de trabajo, herramienta del método TEACCH, en estudiantes preescolares con TEA
2009	Moisés Mebarak, Martha Martínez & Adriana Serna	Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil	Artículo - Teórico	Revisar las teorías psicológicas subyacentes al trastorno y de las diversas técnicas de intervención.
2010	Isabel Gómez Echeverry	Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo.	Artículo - Teórico	Descripción de conceptos de la Teoría Cognitiva y de las teorías explicativas del autismo
2010	Fernando Mulas, Gonzalo Ros-Cervera, María G. Millá, Máximo C. Etchepareborda, Luis Abad & Montserrat Téllez de Meneses	Modelos de intervención en niños con autismo	Artículo - Teórico	Revisar las diferentes aproximaciones para la neurorrehabilitación de los pacientes afectados de trastornos del espectro autista.
2011	Rubina Lal & Anagha Shahane	TEACCH Intervention for Autism	Capítulo de libro	Describir el método TEACCH, sus elementos y principios y comprobar su eficacia

2011	Juan Martos-Pérez, Isabel Paula-Pérez	Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista	Artículo - Teórico	Revisar la manifestación conductual y el estado de la investigación sobre las funciones ejecutivas en personas con TEA y su impacto en las habilidades de planificación, de flexibilidad mental y cognitiva, generatividad, inhibición de respuesta, habilidades mentalistas y sentido de la actividad.
2011	Kingkaew Pajareya & Kaewta Nopmaneejumruslers	A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders	Artículo - Empírico - Tailandia	Evaluar la eficacia de agregar a la rutina de niños preescolares con TEA la intervención DIR/Floortime
2011	Doris Spooner Hall	Advanced Topics in Intervention for Students with Autism Spectrum Disorder: TEACCH Intervention	Artículo - Teórico	Revisar y describir el método TEACCH
2011	Maryse Dionne & Rose Martini	Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study	Artículo - Empírico - Canadá	Realizar una investigación empírica para determinar la efectividad de la técnica Floortime en un niño con TEA
2012	Josep Artigas-Pallares & Isabel Paula	El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger	Artículo - Teórico	Describir la evolución del concepto de autismo desde sus orígenes y a través del tiempo
2012	Jean Garrabé de Lara	El autismo. Historia y clasificaciones	Artículo - Teórico	Describir la evolución histórica del concepto de autismo
2012	Vanessa Casals Hierro & Judith Abelenda	El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación.	Artículo -Teórico	Describir el Modelo DIR, sus bases y la técnica Floortime

2012	Berta Salvadó-Salvadó, Montserrat Palau-Baduell, Mariona Clofent-Torrentó, Mario Montero-Camacho & Miguel A. Hernández-Latorre	Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista	Artículo - Teórico	Revisar la información bibliográfica más significativa y reciente acerca de las diferentes aproximaciones y clasificaciones de las intervenciones de personas con trastornos del espectro autista, para ofrecer una descripción más actualizada y acorde con el criterio de práctica basada en la evidencia
2012	Amaia Hervás Zúñiga, Mariana Maristany, L. Sánchez Santos & Marta Salgado	Los trastornos del espectro autista.	Artículo -Teórico	Conceptualización del trastorno, detección e intervención temprana
2012	Catherine E. Rice, Michael Rosanoff, Geraldine Dawson, Maureen S. Durkin, Lisa A. Croen, Alison Singer & Marshalyn Yeargin-Allsopp	Evaluating changes in the prevalence of the autism spectrum disorders (ASDs)	Artículo - Teórico	Comprender las múltiples razones detrás del aumento de la prevalencia de TEA
2013	Javier Virues-Ortega, Flávia M. Julio & Roberto Pastor-Barriuso	The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies	Artículo – Teórico	Examinar los efectos clínicos agrupados de TEACCH en una variedad de resultados
2013	American Psychiatric Association	Diagnostic and statistical manual of mental disorders	Manual	Describir semiológicamente los diferentes trastornos mentales.
2013	Rubina Lal & Rakhee Chhabria	Early intervention of autism: A case for Floor Time approach.	Artículo - Empírico - India	Realizar una investigación empírica en niños en edad preescolar para evaluar la efectividad del método Floortime

2014	Alexia Rattazzi	La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista	Artículo - Teórico	Fundamentar la importancia de una pesquisa sistemática, una evaluación diagnóstica integral y oportuna y la intervención temprana en los trastornos del espectro autista
2014	Shu-Ting Liao, Yea-Shwu Hwang, Yung-Jung Chen, Peichin Lee, Shin-Jaw Chen, & Ling-Yi Lin	Home-based DIR/Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings	Artículo - Empírico- Taiwan	Investigar los efectos de la intervención DIR/Floortime en el hogar sobre la interacción social y el funcionamiento adaptativo en preescolares con TEA
2014	Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour & Özgür Öner	Autism spectrum disorder. In IACAPAP textbook of child and adolescent mental health.	Capítulo de libro	Conceptualización, criterios diagnósticos, y tratamiento del trastorno
2014	Nora Grañana	Manual de intervención para los trastornos del desarrollo en el espectro autista	Manual	Comprender los mecanismos y el procesamiento mental del autismo y expone las bases y estrategias de los tratamientos actuales
2014	Lidia D'Elia 1, Giovanni Valeri, Fabiana Sonnino, Ilaria Fontana, Alessia Mammone & Stefano Vicari	A Longitudinal Study of the Teacch Program in Different Settings: The Potential Benefits of Low Intensity Intervention in Preschool Children With Autism Spectrum Disorder	Artículo - Empírico - Italia	Evaluar los beneficios potenciales de la implementación del método TEACCH de baja intensidad en preescolares con TEA

2015	M. Araceli Sánchez-Raya, Eduardo Martínez-Gual, Juan Antonio Moriana Elvira, Barbara Luque Salas & Francisco José Alós Cívico	La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA)	Artículo - Teórico	Describir los principios que deben guiar la atención temprana a la hora de intervenir con niños y niñas con rasgos del trastorno de espectro autista
2015	National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine	Mental disorders and disabilities among low-income children.	Libro	Proporcionar la mejor información disponible sobre demografía, diagnóstico, tratamiento y expectativas para el curso temporal trastornos
2016	Karol Gutiérrez-Ruiz	Identificación temprana de trastornos del espectro autista	Artículo - Teórico	Realizar una revisión narrativa de la literatura científica sobre la detección temprana de TEA con el fin de identificar los indicadores tempranos y aproximaciones al cribado de esta condición.
2016	Iratxe Ojeda Careaga	Revisión de los estudios sobre la eficacia de dos modelos globales de intervención en autismo	Artículo - Teórico	Realizar una revisión actualizada acerca de la eficacia del modelo ESDM y el modelo DIR/Floortime
2017	Jean Mercer	Examining DIR/Floortime™ as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory.	Artículo - Teórico	Revisar y evaluar la teoría y la investigación que respaldan DIR / Floortime
2017	Amaia Hervás Zúñiga, Noemi Balmaña & Marta Salgado	Los trastornos del espectro autista (TEA)	Artículo - Teórico	Conceptualización, criterios diagnósticos, y tratamiento del trastorno

2017	Esther B. Hess	DIR®/Floortime: Enfoque de desarrollo/relacional de la terapia de juego para el tratamiento de niños con retrasos en el desarrollo, incluyendo el trastorno del espectro autista (TEA) y las dificultades del procesamiento sensorial. En Manual de terapia de juego.	Capítulo de libro	Describir el modelo DIR y la técnica Floortime y brindar ejemplos prácticos de su implementación
2017	César Reynoso, María José Rangel & Virgilio Melgar	El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos	Artículo - Teórico	Conceptualización, etiología, criterios diagnósticos, y tratamiento del trastorno
2017	John A. Carpentre	Investigating the Effectiveness of a Developmental, Individual Difference, Relationship-Based (DIR) Improvisational Music Therapy Program on Social Communication for Children with Autism Spectrum Disorder	Artículo - Teórico	Examinar la efectividad de la musicoterapia improvisada en el marco del modelo DIR/Floortime y llevada a cabo para abordar las necesidades de comunicación social de niños con TEA
2017	Organización Mundial de la Salud	Trastornos de Espectro Autista	Artículo - Teórico	Describir brevemente el Trastorno de Espectro Autista, su epidemiología, causas y efectos

2018	M. Luz Arróniz-Pérez & Ricardo Bencomo-Pérez	Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016	Artículo - Teórico	Revisar algunas de las estrategias de intervención empleadas dentro del ámbito de los TEA y mencionar algunas investigaciones que tratan de poner a prueba su eficacia.
2018	Helena I. S. Reis, Ana P. S. Pereira & Leandro S. Almeida	Intervention effects on communication skills and sensory regulation on children with ASD	Artículo - Empírico - Portugal	Investigar los efectos de una intervención individual basada en los principios DIR / Floortime para aumentar la interacción social y la regulación sensorial de los niños con TEA.
2018	Pilar Sanz-Cervera, M. Inmaculada Fernández-Andrés, Gemma Pastor-Cerezuela & Raúl Tárraga-Mínguez	Efectividad de las intervenciones basadas en metodología TEACCH en el trastorno del espectro autista: un estudio de revisión.	Artículo - Teórico	Revisar la literatura para analizar la efectividad de la metodología TEACCH, y el efecto de este en el nivel de estrés de los padres y los maestros de niños con TEA.
2018	M. Luz Arróniz-Pérez & Ricardo Bencomo-Pérez	Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016	Artículo - Teórico	Revisar algunas de las estrategias de intervención empleadas dentro del ámbito de los TEA y mencionar algunas investigaciones que tratan de poner a prueba su eficacia.
2018	Centers for Disease Control and Prevention	Basics About Autism Spectrum Disorder (ASD)	Artículo - Teórico	Brindar la información básica del Trastorno de Espectro Autista
2019	Kingkaew Pajareya, Sureelak Sutchritpongsa & Ratcharin Kongkasuwan	DIR/Floortime® Parent Training Intervention for Children with Developmental Disabilities: a Randomized Controlled Trial	Artículo - Empírico - Tailandia	Determinar si añadir una capacitación para padres en el enfoque DIR/Floortime puede mejorar las habilidades de atención e iniciación en preescolares con TEA

2019	Eva Aguilar-Mediavilla & Alfonso Igualada	Dificultades del lenguaje en los trastornos del desarrollo (Vol II): Síndromes genéticos y trastorno del espectro autista.	Libro	Se abordan los trastornos del lenguaje asociados a factores biomédicos debidos a síndromes genéticos, incluidos el síndrome de Down y el trastorno del espectro autista.
2020	Kobie Boshoff , Holly Bowen, Hazel Paton, Sally Cameron-Smith, Sean Graetz, Alexander Young & Katelyn Lane	Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review	Artículo - Teórico	Informar a los profesionales que toman decisiones acerca del uso del modelo DIR/Floortime