



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

APLICACIÓN DEL MODELO DIR/FLOORTIME PARA INCENTIVAR LA
COMUNICACIÓN EN UN NIÑO CON UN PRESUNTIVO DIAGNÓSTICO
DE TEA DESDE EL 2023 EN LIMA NORTE

APPLICATION OF THE DIR/FLOORTIME MODEL TO ENCOURAGE
COMMUNICATION IN A CHILD WITH A PRESUMPTIVE DIAGNOSIS OF
ASD DURING 2023 IN NORTH LIMA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN
LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE AUDICIÓN, VOZ Y LENGUAJE

AUTORES

MICHELLE MILAGROS RENGIFO BRITO

DEBORA YSABEL GUERRERO NAOLA

ASESOR

NEREYDA PILAR ZEGARRA SALINAS

CO-ASESOR

CARLOS ANDRES HUAYANAY ESPINOZA

LIMA – PERÚ

2024

ASESORES DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

ASESOR

Nereyda Pilar Zegarra Salinas

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0009-0008-5688-4315

CO-ASESOR

Carlos Andres Huayanay Espinoza

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0000-0002-8462-3218

Fecha de Sustentación: 29/06/24

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Suficiencia Profesional va dedicado a nuestros padres quienes fueron el pilar fundamental durante nuestro desempeño académico. Gracias a que su apoyo incondicional nos ha fortalecido en momentos más desafiantes.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos sabiduría y fortaleza durante situaciones complicadas. A nuestros asesores, por su tiempo y disposición para la elaboración de este proyecto.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Este trabajo de suficiencia profesional cumple con los lineamientos éticos en investigación. Se declara que no se tiene conflicto de intereses en relación al presente trabajo.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

APLICACIÓN DEL MODELO DIR/FLOORTIME PARA
INCENTIVAR LA COMUNICACIÓN EN UN NIÑO CON UN
PRESUNTIVO DIAGNÓSTICO DE TEA DESDE EL 2023 EN LIMA
NORTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

3 %	2 %	1 %	2 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1 %
2	s3.amazonaws.com Fuente de Internet	<1 %
3	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
4	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
5	quadernsdepsicologia.cat Fuente de Internet	<1 %
6	search.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
7	www.margarethen-hof.de Fuente de Internet	<1 %
8	www.todotango.com.ar Fuente de Internet	<1 %

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
III. DEFINICIÓN TEÓRICA	2
IV. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	6
V. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL	8
VI. COMPETENCIAS PROFESIONALES UTILIZADAS	15
VII. APORTES A LA CARRERA	16
VIII. CONCLUSIONES	18
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
X. ANEXOS	26

RESUMEN

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición neurológica que impacta la manera en que las personas se comunican e interactúan socialmente. Aproximadamente 1 de cada 100 niños en todo el mundo se ve afectado por esta condición. Por consiguiente, la intervención temprana en Terapia de Lenguaje es crucial para prevenir, detectar y rehabilitar las dificultades comunicativas. Asimismo, la capacitación adecuada de profesionales es fundamental, para un abordaje terapéutico ideal.

Objetivo: Describir las consideraciones para la aplicación del modelo DIR/Floortime para incentivar la comunicación en un niño con un presuntivo diagnóstico de TEA durante el 2023 en Lima Norte.

Descripción del trabajo: Se realizó una intervención temprana aplicando el modelo DIR/Floortime durante 6 meses en un niño de 2 años con presuntivo diagnóstico TEA de nivel 2, respaldada por evidencia científica de diferentes países.

Conclusiones: Las consideraciones mínimas para la aplicación del modelo DIR/Floortime en base a nuestra experiencia profesional son: contar con un presuntivo diagnóstico o diagnóstico de TEA, conocimiento y capacitación por parte del profesional de la salud; la participación constante y compromiso de los padres en las sesiones de terapia y contar con el material adecuado para la ejecución de las terapias.

PALABRAS CLAVE: trastorno del espectro autista, modelo dir, floortime, comunicación, terapia del lenguaje.

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder is a neurological condition that impacts the way people communicate and interact socially. Approximately 1 in 100 children worldwide are affected by this condition. Therefore, early intervention in Speech Therapy is crucial for preventing, detecting, and rehabilitating communicative difficulties. Additionally, adequate training of professionals is essential for an ideal therapeutic approach.

Objective: To describe the considerations for the application of the DIR/Floortime model to encourage communication in a child with a presumptive diagnosis of ASD during 2023 in northern Lima.

Description of the Work: An early intervention was carried out using the DIR/Floortime model over a period of 6 months in a 2-year-old child with a presumptive level 2 ASD diagnosis, supported by scientific evidence from various countries.

Conclusions: The minimum considerations for the application of the DIR/Floortime model based on our professional experience are: having a presumptive or confirmed ASD diagnosis, the health professional's knowledge and training; constant participation and commitment of parents in therapy sessions, and having the appropriate materials for the execution of therapies.

KEYWORDS: autism spectrum disorder, dir model, floortime, communication, language therapy.

I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición neurológica que se distingue por limitaciones en las habilidades comunicativas y sociales (1). Las personas afectadas presentan déficits para mantener conversaciones y pueden no ser sensibles a las señales sociales (2). Según la OMS, aproximadamente 1 de cada 100 niños presenta TEA (3). Hasta el año 2019, el MINSA había identificado 15 625 personas con TEA, de los cuales el 90.6% eran menores de 11 años (4). Aunque la causa exacta de este trastorno aún no se conoce completamente, se clasifica en diferentes niveles, y los individuos afectados en su mayoría presentan limitaciones en sus competencias comunicativas (3).

La mayor evidencia científica está relacionada a dificultades persistentes en los niños con TEA respecto a su lenguaje y comunicación, por ende, esto tendrá un impacto negativo en sus actividades diarias y educativas (5). Es así, como se manifiestan limitaciones en múltiples áreas que involucran la interacción social, las habilidades verbales y no verbales y los aspectos conductuales (6). Con respecto a la Terapia de Lenguaje, es una especialidad que estudia la salud de la comunicación entre individuos (7). Por lo tanto, su función en la intervención temprana de los infantes con TEA es de prevenir, promocionar, detectar, recuperar y rehabilitar; utilizando recursos comunicativos y desarrollando su lenguaje (8,9).

Un estudio evidenció que el 71% de los profesionales de salud encargados de la asistencia a niños con TEA no se encontraban adecuadamente capacitados para tratar las principales limitaciones y necesidades basándose en evidencia científica (10). Asimismo, una revisión de la literatura evidenció que los padres y/o cuidadores primarios que identifican ausencia de resultados significativos a corto plazo, tienden a desconfiar de las capacidades de los terapeutas generando abandono a las terapias (11).

El modelo DIR/Floortime tiene como objetivo desarrollar sesiones de juego espontáneas que establezcan relaciones y desarrollen intercambios comunicativos (12). Por ello, las diferencias entre los espectros de los infantes con TEA fuerzan a un enfoque terapéutico individual teniendo en cuenta a la familia y el entorno de

desarrollo (13). Por lo tanto, el trabajo individual de este modelo contribuirá al desarrollo de competencias en las áreas en donde existan déficits significativos (14). Considerando lo previamente descrito la pregunta del TSP es ¿Cuáles son las consideraciones para aplicar adecuadamente el modelo DIR/Floortime para incentivar la comunicación en un niño con un presuntivo diagnóstico de TEA durante el 2023 en Lima Norte?

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir las consideraciones para la aplicación del modelo DIR/Floortime para incentivar la comunicación en un niño con un presuntivo diagnóstico de TEA durante el 2023 en Lima Norte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las fases del modelo DIR/Floortime para incentivar la comunicación en el niño con presuntivo diagnóstico de TEA.
- Describir cuán relevante es la aplicación del modelo DIR/Floortime en una intervención temprana en un niño con un presuntivo diagnóstico de TEA.
- Describir la importancia del juego durante el tratamiento en la aplicación del modelo DIR en el niño con presuntivo diagnóstico de TEA.

III. DEFINICIÓN TEÓRICA

3.1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

El trastorno del espectro autista (TEA) es reconocido como una condición del desarrollo neurológico que se caracteriza por desafíos significativos en los intercambios sociales, déficits en el desarrollo de las habilidades comunicativas verbales y no verbales, y rigidez en la conducta. Además, los individuos con TEA pueden tener dificultades para imitar acciones y para comprender el lenguaje

simbólico. Estos síntomas suelen manifestarse desde los primeros años de vida y se observan en diferentes contextos (15–17).

Según el DSM-5, el TEA se distingue por limitaciones respecto a las habilidades comunicativas y sociales, así como por comportamientos restrictivos y reiterativos. Además, incluye intereses restringidos, una preferencia por la monotonía, y una sensibilidad sensorial hiperreactiva o hiporreactiva. Estos síntomas deben estar presentes desde los primeros años de vida. Asimismo, lo clasificaron en tres niveles según las necesidades de apoyo del individuo y su nivel de funcionalidad: nivel I, que indica alto rendimiento y necesidad de menos apoyo; nivel II, que implica apoyo intermedio; y nivel III, que denota necesidad de apoyo significativo debido a una funcionalidad limitada (18).

Algunas teorías que explican el TEA incluyen cambios durante el embarazo, problemas con la formación del tubo neural, factores ambientales que provocan presión arterial alta durante el embarazo, la presencia de diabetes y la edad avanzada del padre (19).

Adicionalmente de los aspectos orgánicos tomados en cuenta en el autismo, también se ha propuesto una perspectiva no biológica que se centra en una visión colectiva. Esta perspectiva enfatiza el autismo no como trastorno, sino como una manera diferente de percibir y experimentar el mundo. Se realiza la importancia de concientizar a la sociedad que comprenda y brinde apoyo significativo (20).

3.2. MODELO DIR/FLOORTIME

El modelo DIR/Floortime se fundamenta en el incremento de las habilidades requeridas para comunicarse y relacionarse efectivamente con el entorno. Asimismo, el poder comprender, asimilar, regular y responder a sensaciones, información o planificación de acciones de la vida cotidiana. Además, consiste en la participación del terapeuta o padre siguiendo el ejemplo del niño, mediante la atención conjunta sin perder los intereses del mismo (21).

Durante la aplicación del método se deben utilizar diversas herramientas, como tarjetas léxicas, pintura, juegos y/o manualidades, obteniendo como resultado la

mejora de las capacidades para analizar estructuras, emociones, también ayudando a su aprendizaje, maximizando su comunicación social (22).

Se recomienda aplicar el modelo DIR/Floortime a niños hasta máximo los 48 meses de edad, considerando la plasticidad cerebral durante los primeros años de vida. Finalmente, los profesionales que usen este modelo deben tener en cuenta los procesos de razonamiento clínico, la fidelidad de la intervención, el uso de medidas de resultados válidas y el seguimiento regular (23).

3.3. JUEGO

El juego es una actividad innata, el cual surge de manera natural y espontánea. Por lo cual favorece el desarrollo y el aprendizaje del niño, incluso en dimensiones cognitivas superiores, como: el lenguaje, la memoria, la atención, la inteligencia, entre otras (24). Por consiguiente, existen diversos tipos de juegos, dentro de los más funcionales en el área de Terapia de Lenguaje son:

3.1.1. Juego Funcional

Este tipo de juego consiste en la repetición de una acción determinada con el propósito de obtener un cercano resultado. Asimismo, involucra habilidades psicomotoras, sensoriales y físicas. Por consiguiente, puede realizarse con o sin objetos (25).

3.1.2. Juego de Imitación o Simbólico

Consiste en la imitación de situaciones de la vida real, con objetos y personas que no estén presentes. Por consiguiente, el niño es experto reemplazando una acción real por una imaginaria (25).

3.1.3. Juego de Reglas

El juego de reglas consta en no solo compararse a sí mismo, sino en medir a los demás jugadores. Por ende, se involucra la socialización, porque se necesita a más de un jugador, y competición, para establecer reglas que logren un final específico (25).

3.1.4. Juego libre

El juego dirigido por los niños se caracteriza por ser voluntario, motivado y placentero. Un ejemplo sería el juego socio-dramático, en el cual se adoptan roles, participando en la creación y seguimiento de reglas sociales mientras representan diversos personajes familiares (26).

3.1.5. Juego guiado

Son actividades donde intervienen los adultos para integrar oportunidades de aprendizaje dentro del mismo juego. Además, tiene participación en la adquisición de habilidades académicas; en el juego guiado los adultos deben permitirles a los niños mantener el control, sin embargo, también deben proporcionar orientación para dejarlos explorar los aspectos de su entorno y así alcanzar el objetivo de aprendizaje (26).

3.1.6. Juego de construcción

Se caracteriza por la exploración y búsqueda para conseguir combinaciones de los objetos. En las primeras etapas del desarrollo, los infantes empiezan a desarrollar su imaginación guiando sus construcciones con un fin, cumpliendo así un rol importante en los demás tipos de juegos. En este caso, el niño pone un objeto encima de otro para construir algo y crea una forma simbólica como una espada, una torre, una casa, un avión, etc. (27).

3.4 INTERVENCIÓN TEMPRANA

La intervención temprana es un componente esencial en la prevención, y se define como un conjunto de estrategias y métodos basados en la evidencia, diseñados para fomentar el crecimiento completo de los infantes desde primera instancia. Estas intervenciones se adaptan de manera individualizada a las necesidades específicas de cada infante a medida que crece y se desarrolla (28).

3.5 INTERVENCIÓN TEMPRANA EN TEA

Con el incremento de la prevalencia del TEA, la comunidad científica enfoca sus recursos en el diseño de intervenciones estructuradas para los primeros años de vida. Estos programas se caracterizan por tener como prioridad la comunicación e interacción social. Entre los modelos encontramos la terapia de juego en el suelo

(DIR/Floortime), la cual basa sus principios en el desarrollo y los intereses emocionales (29).

IV. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 1 de cada 100 infantes alrededor del mundo tiene TEA (3). No obstante, la prevalencia es variable en cada país; por lo que, en países de ingresos poco significativos no se conoce con certeza el porcentaje. Según MINSA, hasta el 2019 sólo teníamos detectados 15 625 personas con TEA, de los cuales el 90.6% fueron menores de 11 años y el 81% de género masculino. Sin embargo, este porcentaje se encuentra por debajo de las detecciones esperadas con respecto a la prevalencia mundial (4).

Teniendo en cuenta la información anterior, respecto a los niños menores de 11 años, debemos destacar que la velocidad de desarrollo cerebral de la primera infancia se manifiestan en los primeros años de vida y se reduce progresivamente durante los siguientes años (4,30). Durante este proceso se da la neuroplasticidad, mecanismo en el cual permite al sistema nervioso modificar, aprender o adaptarse a diferentes procesos funcionales y estructurales (31).

Un estudio realizado a padres de infantes con sospecha o diagnóstico TEA, indicó que el 96.9% considera que la intervención temprana y oportuna beneficia el desarrollo de sus hijos. Así también, menciona que la clave para una buena intervención es el trabajo en colaboración con los miembros de la familia (32)s. Debido a que son un recurso fundamental en la evolución del niño; ya que, asumen un rol de facilitadores de la información relacionada con las necesidades, habilidades e intereses del niño (29).

Por otra parte, un estudio en Corea realizó una investigación sobre el efecto de la intervención del terapeuta de lenguaje con la participación de las madres en base al modelo Floortime. Participaron 12 infantes entre 2 a 4 años, durante 10 sesiones de 1 vez a la semana (50 minutos), de los cuales se obtuvo que el 100% mejoró en su nivel de desarrollo del lenguaje, dentro de ello, solo 10 niños mejoraron su nivel de desarrollo emocional, funcional y su capacidad de interacción (12).

En estudios recientes se han llevado a cabo las revisiones sistemáticas respecto a la efectividad de una intervención temprana, en base al modelo Floortime, con enfoque a la comunicación social en niños con TEA (33). En el año 2023, se encontraron 45 artículos del 2010 al 2021, de los que solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión, con 312 niños, concluyendo que es un modelo rentable, más aún cuando se implementa desde los primeros años de vida (21).

Uno de los estudios realizados fue experimental, el cual se incluyó a 26 niños, mediante un instrumento que midió la toma de turnos, comunicación bidireccional, comprensión de causa y efecto y el pensamiento emocional. Teniendo como resultado que la puntuación media de la escala de comportamiento para las habilidades sociales inició con 34,92 y luego de la intervención incrementó a 48,38 demostrando así que la intervención fue efectiva (34).

Según la literatura, se describe que el principal objetivo del modelo Floortime, es la adquisición de habilidades asociadas a la comunicación social para comprender el perfil de funcionalidad único de cada niño (35). Dicho modelo es aplicado para lograr los seis niveles básicos de desarrollo, los cuales son: autorregulación e interés por el mundo, compromiso e intercambio de atención, intencionalidad y comunicación en dos vías, capacidad de resolver problemas, comprender la formación emocional de ideas y la capacidad de construir puentes lógicamente entre ideas (14).

Considerando que el TEA tiene efectos en la comunicación, habilidades sociales y emocionales, se requiere que el método Floortime tenga un abordaje multidisciplinario. Asimismo, con el objetivo de asegurar la totalidad de las terapias se requiere de la participación de los padres; por ello, incentivarlos y motivarlos mediante información verídica y confiable permanentemente es un factor clave para esta intervención (21).

A nivel mundial, existe bibliografía la cual afirma que el modelo Floortime evidenció mejora y efectividad en el desarrollo de habilidades en menores con TEA (14). Tal es el caso de Irán, donde se realizó un estudio con 30 niños autistas, aplicando la encuesta “The Autism Social Skills Profile” (ASSP), “Emotion Regulation Checklist” (ERC) y el modelo Floortime (en 23 sesiones de veinte

minutos cada una), obteniendo como resultados la mejora de sus capacidades en la regulación emocional ($13,73 \pm 3,01$; post prueba $19,00 \pm 3,62$), interacción social ($36,33 \pm 6,74$; post prueba $53,33 \pm 7,63$) y la participación social ($30,67 \pm 7,08$; post prueba $43,20 \pm 8,21$). Por consiguiente, se sugiere que el modelo se aplique de manera continua y regular en servicios de rehabilitación y centros especializados (13).

Basándose en la evidencia científica, es fundamental implementar este enfoque contando con la participación de los familiares y terapeutas; debido a que al realizarlo durante sus primeros años de vida, va a favorecer la plasticidad cerebral, mediante la intervención a través del juego (36).

En conclusión, se debe tomar en cuenta que las consideraciones para la aplicación del modelo DIR/Floortime son las siguientes:

- Tener un presuntivo diagnóstico o un diagnóstico de TEA, máximo hasta los 48 meses de edad (29).
- Conocimiento y capacitación por parte del profesional de la salud en las estrategias, los beneficios y limitaciones de los diversos modelos de tratamiento del niño con TEA (10,11).
- La participación constante y compromiso de los padres en las sesiones de terapia (12).
- Contar con el material adecuado para la ejecución de la terapia (22).

V. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

a. LUGAR Y PERIODO EN DONDE SE DESARROLLÓ EL TSP

Este trabajo de suficiencia profesional fue realizado en un policlínico parroquial en el distrito de Puente Piedra, desde agosto del 2023 a febrero del 2024. Las sesiones fueron llevadas a cabo 2 veces por semana durante los primeros 3 meses, sin embargo, los siguientes 3 meses fueron con una frecuencia de una vez por semana. En el Anexo 2 se encuentra remitido el permiso del policlínico.

b. DESCRIPCIÓN DE LA EP Y ESTRATEGIAS APLICADAS

La estrategia consistió en aplicar el modelo DIR/Floortime como método de intervención temprana para incentivar la comunicación en un niño de 2 años con presuntivo diagnóstico del trastorno del espectro autista. Este modelo se divide en cuatro objetivos respaldados por evidencia científica.

Fase 1: Exploración y descubrimiento del entorno.

Abarca todas las respuestas que se manifiestan en el infante; cómo se siente y comunica sus emociones a través de una variedad de nuevos movimientos dependiendo de lo que perciben sus sentidos. En esta fase se registran todas las respuestas que realiza el niño, debido a que sus habilidades motoras comienzan a convertirse en movimientos coordinados (37). Las estrategias utilizadas en esta fase fueron las siguientes:

- Inicialmente se le fue mostrando diversos tipos de juguetes de animales, burbujas, instrumentos musicales, juegos de encaje, juguetes con sonidos y carros con la finalidad de buscar el interés inicial del niño.
- Se le brindó tiempo y espacio para que pueda calmarse, mientras elegía el juguete de su preferencia.
- Para lograr la atención conjunta, se le brindaron órdenes con diferentes inflexiones de voz, a su vez se le ofrecieron juguetes funcionales y alimentos en relación con los sentidos, como el señor cara de papa (visual), peluche con sonido (táctil y auditivo) y un alimento y/o bebida de su preferencia (olfativo y gustativo).

Fase 2: Desarrollo de relaciones y empatía.

Se caracteriza por establecer una intimidad significativa en la relación y fomentar la empatía. Es crucial que cada juego o interacción incluya gestos protoimperativos y una voz expresiva. Esto permite al niño participar activamente en la relación y satisfacer su deseo de conexión (38).

- Para lograr el contacto visual se le brindó un carro rojo, el cual fue de su preferencia, a su vez se fueron realizando sonidos y movimientos del juguete mostrado.
- También se le dieron órdenes directas como “-Nombre del niño- guarda, dame, toma”, para lograr su respuesta mediante la realización de gestos.
- Se emplearon diferentes inflexiones de voz para llamar la atención del niño y el uso de mímicas faciales para conseguir un mayor contacto visual.

Fase 3: Comunicación bidireccional con propósito.

Implica más que establecer una conexión íntima con el tutor. Consiste en interactuar activamente con el interlocutor, que se desarrolla a partir del afecto establecido en las fases anteriores. Durante esta fase, el niño comienza a comprender cómo afecta a su terapeuta o familiar, utilizando gestos protodeclarativos para comunicarse (39).

- Se trabajó la imitación del niño, principalmente, se le presentaba una situación graciosa para que se ría primero y luego se le imitara.
- Durante la intervención se colocaba el juguete de su interés lejos de su alcance, para que el niño tenga la intención de pedirlo mediante un gesto.
- Finalmente, para lograr que el niño responda de forma gestual (con sus ojos), se empleó su alimento de preferencia (una galleta), se colocaba encima de la mesa para que esté dentro de su campo visual, haciéndole la pregunta “-Nombre del niño-, ¿Quieres galleta? ...” (mientras la terapeuta responde unilateralmente “sí... dame”) y se le brinda el reforzador.

Fase 4: Manejo de conflictos sociales, gestión emocional y desarrollo de la identidad propia.

El niño desarrolla habilidades comunicativas avanzadas. Conforme crece, aumenta rápidamente el número de grupos de comunicación tanto abiertos como cerrados. Ahora puede expresar sus deseos no solo con palabras, sino también a través de gestos. Además, empieza a comprender que no siempre debe seguir instrucciones directas, sino que puede enriquecer las interacciones demostrando su propia

individualidad. Por último, para resolver problemas, el niño necesitará habilidades complejas que abarcan desde la ubicación visoespacial hasta la secuenciación y los patrones sociales, entre otros aspectos (40).

- En esta fase, se logró la verbalización de sonidos onomatopéyicos de animales mediante la simulación del juego de la granja con juguetes de animales, mientras que se cantaban canciones referentes a los animales que se trabajaba.
- Es importante la verbalización del terapeuta en todo momento, a pesar de que el niño hasta esta fase aún no lo tenía instaurada.
- Se aplicó la verbalización junto con sus gestos correspondientes, por ejemplo, si se decía “hola” se realizaba el movimiento con la mano, si había una respuesta positiva de parte del niño, se realiza un movimiento de cabeza (arriba y abajo).

Fase 5: Creación de representaciones simbólicas y aplicación de conceptos verbales.

Evalúa la capacidad del niño para generar ideas como punto inicial durante el juego. Se emplean juguetes para crear diversas narrativas, explorar intenciones y deseos personales. Esto permite al niño manejar ideas y expandirlas de manera que satisfagan sus necesidades (37).

- Se le brindaron carros para trabajar su juego creando tramas, por ejemplo, el choque de los carros simulando un accidente.
- Se le ofrecieron juguetes para que realice sonidos mientras los usaba. Asimismo, juguetes como frutas y verduras para cortar y simular tareas del hogar, fomentando así un juego simbólico.
- Se le brindan juguetes de su preferencia para que los nombre.

Fase 6: Desarrollo del pensamiento emocional, lógico y percepción de la realidad.

Facilita el establecimiento de conexiones lógicas entre los conceptos del niño. Durante el juego, él mostrará una variedad de emociones, lo que indica un comienzo en el reconocimiento y la comprensión de sus propios sentimientos. Finalmente, desarrollará la noción de causa y efecto, y su conciencia espacial y temporal se fortalecerá (37).

- Se establecen actividades donde pueda poner en práctica su juego con reglas.
- Se le trabajó con sus fotos reales para reforzar el reconocimiento del “yo” mediante el encabezador “¿Quién es?”.
- Se estimuló la verbalización de diferentes campos semánticos, principalmente de alimentos, con juguetes en concreto, para luego enseñarle imágenes reales del alimento mostrado.

Teniendo en cuenta las seis fases del desarrollo, el modelo Floortime se divide en cuatro objetivos de intervención (Anexo 1):

1. Promover la atención y la conexión emocional (fase 1 y 2): Se debe comprender que el niño aprenderá a mantener la calma mientras explora el mundo que lo rodea, también se le brinda todas las experiencias nuevas de agrado y desagrado para lograr que desarrolle el interés por la persona quien lo ejecuta.

2. Establecer una comunicación bidireccional (fase 3 y 4): El niño deberá realizar la apertura de los círculos de comunicación, mediante delicadas expresiones faciales, principalmente con los ojos, logrando un diálogo sin palabras. Estas conversaciones no verbales permiten desarrollar la interacción, la lógica y la resolución de problemas.

3. Incentivar la expresión y la utilización de emociones e ideas (fase 5): Se da inicio a aprender las emociones e intenciones mediante términos o actividades de simulación. Lo primordial será crear mayor drama, para que el niño pueda manifestar lo que necesita, desea o siente, con la finalidad de lograr la verbalización de forma gradual.

4. Desarrollar habilidades de pensamiento lógico (fase 6): Busca ayudar al infante integrando sus pensamientos a sus emociones para lograr la comprensión del mundo a través de una vista lógica. La función del profesional encargado será animarlo y a conectar los pensamientos con acciones lógicas.

c. PRINCIPALES RETOS Y DESAFÍOS

Los principales retos y desafíos fueron los siguientes:

- Escasa evidencia en el Perú a nivel de ensayos aleatorios sobre la terapia de niños con TEA. No obstante, se identificó evidencia numerosa para otros países (12–14,21).
- Limitado entrenamiento especializado y poco uso de la evidencia para aplicar terapias en este grupo de pacientes (10).
- Padres que prescinden de las terapias debido a no ver mejoras significativas en cortos espacios de tiempo (11).

d. PRINCIPALES HALLAZGOS

Cuadro 1. Principales hallazgos identificados en cada fase

Fases	Antes de la intervención	Después de la intervención
Objetivo 1: Promover la atención y la conexión emocional		
Fase 1: Exporación y descubrimiento del entorno	<ul style="list-style-type: none"> - No demostró interés por relacionarse. - No realizó, ni imitó los sonidos y/o movimientos incentivados por la terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> - El niño demuestra interés y afinidad hacia las actividades propuestas por la terapeuta. - Logra emitir sonidos y/o movimientos incentivados por la terapeuta.

Fase 2: Desarrollo de relaciones y empatía	<ul style="list-style-type: none"> - No denotó interés. - No realizó contacto visual. - No realizó gestos protoimperativos por iniciativa o a imitación, ni manifestó entusiasmo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidencia interés y entusiasmo en participar de la terapia ante las diferentes inflexiones de voz utilizadas por la terapeuta. - Logra establecer contacto visual con la terapeuta. - Realiza gestos protoimperativos por iniciativa y a imitación.
Objetivo 2: Establecer una comunicación bidireccional		
Fase 3: Comunicación bidireccional con propósito	<ul style="list-style-type: none"> - No realizaba gestos protodeclarativos. - No buscaba iniciar y/o entablar situaciones comunicativas (lenguaje verbal o no verbal). - No mostró curiosidad o emoción por realizar actividades con la terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza gestos protodeclarativos. - Inicia una interacción mediante la comunicación verbal realizando sonidos onomatopéyicos y no verbal señalando y solicitando objetos para expresar sus deseos y/o necesidades. - Demuestra cierto grado de entusiasmo ante las actividades presentadas por la terapeuta.
Fase 4: Manejo de conflictos sociales, gestión emocional y desarrollo de la identidad propia	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestaba sus deseos y necesidades únicamente mediante el llanto. - Buscaba a su cuidadora para la resolución de problemas. - No era capaz de reconocer y/o analizar las distintas inflexiones de voz en los que se le hablaba. 	<ul style="list-style-type: none"> - Logra comunicar sus deseos y necesidades mediante gestos, por ejemplo: cuando se le ofrece un juguete que no es de su agrado mueve la cabeza de lado a lado para el “no” y para pedir algo que es de su agrado lo hace señalando. - Realiza algunos sonidos onomatopéyicos. - Posee capacidad para resolución de problemas, como el tomar un objeto que está fuera de su alcance. - Reconoce las distintas inflexiones de voz en los que se le habla (entusiasmo, imperativo, etc.).
Objetivo 3: Incentivar la expresión y la utilización de emociones e ideas		

Fase 5: Creación de representaciones simbólicas y aplicación de conceptos verbales	<ul style="list-style-type: none"> - El niño no era capaz de realizar un juego funcional. - No lograba denominar diferentes elementos de su interés, ni verbal ni gestualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - El niño consigue usar los juguetes con intención de crear situaciones. - Realiza gestos acompañados de sus palabras tales como: “yo, no, sí, dame” - Logra nombrar los diferentes objetos de su interés.
Objetivo 4: Desarrollar habilidades de pensamiento lógico		
Fase 6: Desarrollo del pensamiento emocional, lógico y percepción de la realidad	<ul style="list-style-type: none"> - El niño contaba con poca capacidad para reconocer las consecuencias de sus acciones, así como las emociones que pudiesen surgir. - Se le dificultaba expresar sus necesidades y sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - El niño denota mayor seguridad frente a sus actos, así también, es más consciente de sus acciones y emociones. - Inicia a través de la verbalización sus deseos y necesidades.

Elaboración propia.

VI. COMPETENCIAS PROFESIONALES UTILIZADAS

Las competencias profesionales utilizadas se muestran en el siguiente cuadro, justificando los cursos y mencionando las competencias y aptitudes adquiridas:

Cuadro 2. Cursos y competencias utilizadas en el TSP

Curso	Competencias y aptitudes adquiridas	Justificación
Patología del lenguaje y habla en niños	Amplio conocimiento respecto a los componentes del lenguaje y la alteración de estos en cada patología y/o trastorno de los niños.	Conocer las bases teóricas del Trastorno Espectro Autista en niños. Asimismo, sus características y limitaciones en el desarrollo del lenguaje y habla.
Rehabilitación de lenguaje y habla en niños	Técnicas para la intervención en el lenguaje y uso de recursos para el tratamiento de las diversas patologías.	Estas competencias permitieron establecer estrategias de intervención temprana implementadas durante las sesiones de terapia, para favorecer el desempeño del tratamiento del niño.
Estimulación Perceptual	Conocimiento y estrategias para implementar actividades en base a: las sensaciones, la percepción, la	Estas competencias nos permitieron identificar el nivel de la percepción del niño con TEA, el cual fue clave para establecer estrategias de intervención

	atención, gnosias y cognición en el ser humano.	en base a sus sentidos e intereses. Asimismo, se relaciona con las fases del desarrollo del modelo implementado en el niño.
Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación	Conocimientos respecto a las habilidades pre-verbales con las que deben contar los niños antes de una intervención. Asimismo, una introducción de los métodos de intervención temprana en niños con TEA.	En el caso de nuestro paciente, este curso nos amplió el conocimiento sobre las habilidades pre-verbales como: la atención conjunta, el contacto visual, gestos protoimperativos /declarativos, imitación simple y la capacidad de interacción. De manera que, estas habilidades pre-verbales en el niño fueron predictores para el desarrollo del modelo DIR/Floortime.
Práctica clínica hospitalaria de terapia de lenguaje en niños con patología de audición, voz y lenguaje	Prácticas para identificación de patologías y sus evaluaciones correspondientes, análisis de las características presentadas y planteamiento de objetivos para un adecuado tratamiento en niños.	Estas tácticas nos favorecieron para lograr una adecuada identificación, evaluación, análisis de características, planteamiento de objetivos e intervención según el perfil del niño con TEA. Asimismo, se obtuvo la experiencia laboral en centros particulares y estatales.
Metodología de la Investigación	Identificar estrategias de redacción, plan de análisis y búsqueda bibliográfica para abordar problemas de investigación de manera efectiva.	Este curso nos permitió recopilar bibliografía actualizada de fuentes confiables y académicas, basadas en evidencia científica.

Elaboración propia.

VII. APORTES A LA CARRERA

En lo que respecta a la experiencia profesional, se logró apreciar la necesidad de implementar nuevas estrategias para favorecer el desarrollo de los cursos en pregrado. Por ende, se consideró pertinente ofrecer las siguientes sugerencias:

Cuadro 3. Aportes del TSP a la carrera

Curso	Aportes y cambios que se sugieren
-------	-----------------------------------

Introducción a la Terapia de Lenguaje	Se recomienda aumentar el número de horas académicas y, además, impartir esta materia durante los dos primeros ciclos del primer año académico. De este modo, los estudiantes podrán adquirir un mayor conocimiento teórico basado en evidencia científica actualizada. De esta forma, se conseguirá un profundo conocimiento acerca de las diversas patologías, signos/síntomas, limitaciones y sugerencias relevantes dentro del campo profesional.
Rehabilitación del lenguaje y habla en niños	Se considera pertinente incrementar las horas prácticas, en la presencialidad, para aplicar las estrategias brindadas en las sesiones teóricas. Asimismo, se deben realizar las prácticas en sedes del Estado para que haya la presencia de mayores casuísticas con alta envergadura. Por consiguiente, se pueda realizar la aplicación de evaluaciones, las estrategias de abordaje y los modelos de tratamiento para cada patología. De este modo, se lograría una visión específica sobre qué modelos de intervención actualizados son los más adecuados para cada caso.
Estimulación Perceptual	Se sugiere incrementar las horas académicas, en la presencialidad, con prioridad en el segundo año y así incrementar detenidamente la elaboración de diversos materiales didácticos en base a los sentidos e intereses de cada niño. Asimismo, sería relevante presentar casos específicos y realizar ese tipo de materiales según las necesidades que presente el niño.
Metodología de la Investigación	Se sugiere ampliar las horas teóricas y prácticas; así también, incluir las estrategias de redacción aplicadas en el “Trabajo de Suficiencia Profesional” con docentes altamente calificados en cada especialización de la carrera de Tecnología Médica; en nuestro caso, un docente experto en Terapia de Lenguaje. Por otro lado, es necesario implementar la capacitación en el uso de herramientas y/o programas tales como Zotero, el cual permite elaborar citas y referencias bibliográficas.

Elaboración propia.

Este Trabajo de Suficiencia Profesional contribuirá a incrementar el uso de intervenciones basadas en evidencia científica en el área de Terapia de Lenguaje. Asimismo, a diseñar los planes de tratamiento con mayores resultados beneficiosos para los pacientes según la evidencia posible. Adicionalmente, será crucial que dichas intervenciones se realicen de manera temprana para lograr resultados positivos en un periodo breve (28).

Finalmente, se resalta la colaboración cohesionada del equipo multidisciplinario, junto al papel del Terapeuta de Lenguaje, el cual adquiere gran importancia al ser un facilitador para la comunicación y proporcionar diversas estrategias que favorecen la interacción, la comprensión y la validación de los recursos comunicativos del niño con otros profesionales y sus cuidadores (21).

VIII. CONCLUSIONES

Las consideraciones mínimas para la aplicación del modelo DIR/Floortime en base a nuestra experiencia profesional son: contar con un presuntivo diagnóstico o diagnóstico de TEA, máximo hasta los 48 meses de edad, debido a que el perfil del niño neurodiverso será diferente a la del neurotípico; conocimiento y capacitación por parte del profesional de la salud para lograr una adecuada intervención personalizada; la participación constante y compromiso de los padres en las sesiones de terapia como pieza fundamental para el seguimiento constante de la intervención, además de lograr los objetivos planteados; y contar con el material adecuado para la ejecución de las terapias teniendo en cuenta los intereses del niño. Estas consideraciones serán útiles para incentivar la comunicación en un niño con TEA.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schaeffer J, Abd El-Raziq M, Castroviejo E, Durrleman S, Ferré S, Grama I, et al. Language in autism: domains, profiles and co-occurring conditions. *J Neural Transm* [Internet]. 1 de marzo de 2023 [citado 1 de mayo de 2024];130(3):433-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00702-023-02592-y>
2. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. enero de 2020;145(1):e20193447.
3. Marín MR, López ID. Investigación sobre las últimas publicaciones respecto a la etiología del TEA. 2023 [citado 1 de mayo de 2024]; Disponible en: http://www.svnp.es/web/sites/default/files/2024-01/42_48_Bol_Vasconav_124.pdf
4. Carranza ER. El autismo en el Perú: Una mirada desde el Equipo de Investigación y Trabajo en Autismo. *Rev Investig Univ Cordon Bleu* [Internet]. 20 de enero de 2022 [citado 5 de mayo de 2024];9(1):110-6. Disponible en: <https://revistas.ulcb.edu.pe/index.php/REVISTAULCB/article/view/223>
5. Sturrock A, Chilton H, Foy K, Freed J, Adams C. In their own words: The impact of subtle language and communication difficulties as described by autistic girls and boys without intellectual disability. *Autism Int J Res Pract*. febrero de 2022;26(2):332-45.
6. Alava MGA, Torres MLM. El método tratamiendo y educación de niños con autismo y problemas de comunicación: Una revisión inclusiva. *REFCaLE Rev Electrónica Form Calid Educ ISSN 1390-9010* [Internet]. 17 de diciembre de 2021 [citado 1 de mayo de 2024];9(3):188-97. Disponible en: <https://refcale.uleam.edu.ec/index.php/refcale/article/view/3521>
7. Huayaney JKC. Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista. *Diagnóstico* [Internet]. 2 de octubre de 2021 [citado 1 de mayo de 2024];60(3):145-9. Disponible en: <http://revistadiagnostico.fihu.org.pe/index.php/diagnostico/article/view/303>

8. Rojas Torres L, Alonso Esteban Y, Alcantud-Marín F. Revisión de evidencias de las técnicas de DIR/Floortime™ para la intervención en niños y niñas con Trastornos del Espectro del Autismo. Siglo Cero Rev Esp Sobre Discapac Intelect [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 1 de mayo de 2024];51(2):7. Disponible en: <https://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/scero2020512732>
9. Gallo SD, Oribe MP. “Conocimiento acerca de las señales de alarma tempranas y el rol del fonoaudiólogo en el abordaje de los niños con TEA, por parte de pediatras que se desempeñan en Efectores Públicos de la ciudad de Rosario durante el año 2021”. 2021; Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/9d7b5459-2e0f-42c7-86a8-5be0240dc843/content>
10. Dillenburger K, McKerr L, Jordan JA, Keenan M. Staff Training in Autism: The One-Eyed Wo/Man.... Int J Environ Res Public Health [Internet]. julio de 2016 [citado 21 de mayo de 2024];13(7):716. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/7/716>
11. Tello Yandún JC. Concepciones sobre el Autismo en profesionales de la salud de Cuenca Un análisis desde la neurodiversidad [Internet]. 2023 [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9729/1/T4249-MTDI-Tello-Concepciones.pdf>
12. Cha JH, Choi JY. The Effect of Mother-Participation Language Therapy Based on DIR Floortime for Young Children With Language Development Delays. J Speech-Lang Hear Disord [Internet]. 30 de abril de 2023 [citado 1 de mayo de 2024];32(2):35-47. Disponible en: <http://www.dbpia.co.kr/Journal/ArticleDetail/NODE11408593>
13. Barghi F, Safarzadeh S, Marashian F, Bakhtiarpour S. Effectiveness of DIR/Floor Time Play Therapy in Social Skills and Emotion Regulation of Children with Autism Spectrum Disorder. Middle East J Rehabil Health Stud. 30 de octubre de 2023;In Press.

14. Dehvari A, Arab A, Shirazi M. The Effectiveness of Floor Time Treatment on the Behavioral Activation System of Children with Autism. *J Psychol Dyn Mood Disord PDMD* [Internet]. 20 de febrero de 2023 [citado 1 de mayo de 2024];1(4):1-10. Disponible en: https://ijpdmd.com/article_183197_en.html
15. Alcalá GC, Ochoa Madrigal MG, Alcalá GC, Ochoa Madrigal MG. Trastorno del espectro autista (TEA). *Rev Fac Med México* [Internet]. febrero de 2022 [citado 14 de mayo de 2024];65(1):7-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422022000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Sánchez VAA, Gómez MYB, Ruiz VC, Restrepo LMP. Modelo médico-clínico y paradigma de la neurodiversidad: la importancia de una mirada integradora para comprender el autismo. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2 de mayo de 2024 [citado 14 de mayo de 2024];8(2):3468-84. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10772>
17. Andreou M, Skrimpa V. Theory of Mind Deficits and Neurophysiological Operations in Autism Spectrum Disorders: A Review. *Brain Sci* [Internet]. junio de 2020 [citado 14 de mayo de 2024];10(6):393. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3425/10/6/393>
18. Kapp SK. Profound Concerns about “Profound Autism”: Dangers of Severity Scales and Functioning Labels for Support Needs. *Educ Sci* [Internet]. febrero de 2023 [citado 14 de mayo de 2024];13(2):106. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-7102/13/2/106>
19. López Sánchez C. El Trastorno del Espectro Autista hacia un nuevo entendimiento de la Neurodiversidad [Internet]. 2020 [citado 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/55242/TFM001571.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
20. López C. Estudio comparativo de las concepciones acerca del autismo, desde la perspectiva de las neurociencias y la neurodiversidad [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7981/1/PI-2019-26-Lopez-Estudio.pdf>

21. Divya KY, Begum F, John SE, Francis F. DIR/Floor Time in Engaging Autism: A Systematic Review. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. abril de 2023 [citado 2 de mayo de 2024];28(2):132. Disponible en: https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2023/28020/dir_floor_time_in_engaging_autism__a_systematic.2.aspx
22. Diogo LCM, Silva DM da. DIR-Floortime: Sob o Olhar da Gestalt-Terapia. Epiteya E-Books [Internet]. 28 de octubre de 2021 [citado 4 de mayo de 2024];1(10):63-100. Disponible en: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/219>
23. Boshoff K, Bowen H, Paton H, Cameron-Smith S, Graetz S, Young A, et al. Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. Can J Occup Ther Rev Can Ergother. abril de 2020;87(2):153-64.
24. Sánchez-Domínguez JP, Castillo Ortega SE, Hernández López BM. El juego como representación del signo en niños y niñas preescolares: un enfoque sociocultural. Rev Educ [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 2 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/40567>
25. Osorio Idrogo EA. El juego en la educación primaria: Una revisión teórica. 14 de diciembre de 2020 [citado 2 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3887>
26. Pascal CE. Aprendizaje basado en el juego. 2018 [citado 7 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.crearural.cl/wp-content/uploads/2023/04/aprendizaje-basado-en-el-juego.pdf#page=8>
27. Yugcha Tisalema JB. Los juegos de construcción en el desarrollo del pensamiento pre conceptual en los niños de Educación Inicial [Internet] [bachelorThesis]. Carrera de Educación Inicial; 2024 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/40474>

28. Calle-Poveda AG. Una mirada a la estimulación temprana en el leguaje. *Dominio Las Cienc* [Internet]. 5 de abril de 2019 [citado 2 de mayo de 2024];5(2):160-72. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/895>
29. Rojas V, Rivera A, Nilo N, Rojas V, Rivera A, Nilo N. Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. octubre de 2019 [citado 2 de mayo de 2024];90(5):478-84. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062019000500478&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Turesky TK, Vanderauwera J, Gaab N. Imaging the rapidly developing brain: Current challenges for MRI studies in the first five years of life. *Dev Cogn Neurosci* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 7 de mayo de 2024];47:100893. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929320301432>
31. Interlichio G, Florencia D. Neuroplasticidad: importancia de la intervención temprana en niños con factores de riesgo socioambiental. 23 de enero de 2024 [citado 5 de mayo de 2024]; Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/2159>
32. Sazo-Ávila JA. Perspectivas familiares sobre la comunicación de niños con sospecha o diagnóstico de trastorno del espectro autista bajo el contexto de pandemia: Implicaciones prácticas y directrices desde un enfoque funcional. *Rev Académica UCMaule* [Internet]. 2023 [citado 1 de mayo de 2024];65:26-41. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/600/6004641003/html/>
33. Fuller EA, Kaiser AP. The Effects of Early Intervention on Social Communication Outcomes for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 4 de mayo de 2024];50(5):1683-700. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03927-z>
34. Lal R, Chhabri R. Early Intervention of Autism: A Case for Floor Time Approach. En: Fitzgerald M, editor. *Recent Advances in Autism Spectrum*

Disorders - Volume I [Internet]. InTech; 2013 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/recent-advances-in-autism-spectrum-disorders-volume-i/early-intervention-of-autism-a-case-for-floor-time-approach>

35. Tamanaha AC, Chiari BM, Perissinoto J. A eficácia da intervenção terapêutica fonoaudiológica nos distúrbios do espectro do autismo. Rev CEFAC [Internet]. abril de 2015 [citado 1 de mayo de 2024];17(2):552-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000200552&lng=pt&tlng=pt

36. Martins MPD. Conexões entre afeto e autismo: perspectivas teórico-metodológicas do modelo de intervenção dir/floortime. Connections Between Affect and Autism: Theoretical-Methodological Perspectives of the DIR/Floortime Intervention Model [Internet]. 29 de abril de 2022 [citado 14 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/36769>

37. Hernandez MMR. Aporte significativo del juego en el desarrollo de las habilidades sociales en los niños del programa IEP dentro de la institución educativa CTE. [citado 4 de junio de 2024]; Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/19574/1/EE%20%28013-254%29.pdf>

38. Maggio V, Abadia C, Jacob A, Vázquez Durrieu D, Wolman M. La comunicación preverbal en niños con ausencia del lenguaje. Rev Logop Foniatría Audiol [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 1 de junio de 2024];42(2):73-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460320301145>

39. Pérez-Jimén MÁ, Suárez-Acevedo C. Intención y experiencia: retos para una teoría de la atención conjunta. Discusiones Filosóficas [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 4 de junio de 2024];19(32):97-115. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/discusionesfilosoficas/article/view/2845>

40. Casals Hierro V, Abelenda J. El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. Norte

Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 4 de junio de 2024];10(44):54-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4116552>

X. ANEXOS

Anexo 1: Fases y objetivos trabajados

OBJETIVO	FASE	DESCRIPCIÓN
1. Fomentar la atención y la intimidad	1	Regulación e interés por el mundo
	2	Relacionarse y desarrollar empatía
2. Comunicación doble vía	3	Interacción bidireccional y con propósito comunicativo
	4	Resolución de problemas, regulación del humor y desarrollo de “yo”
3. Fomentar la expresión y uso de sentimientos e ideas	5	Construcción de símbolos y uso de palabras e ideas
4. Pensamiento lógico	6	Pensamiento emocional, lógico y percepción de la realidad

Elaboración propia.

Anexo 2: Permiso



Carta de autorización del Policlínico Parroquial Nuestra Señora de Fátima para llevar a cabo el trabajo de suficiencia profesional

Lima, 10 de junio 2024

Bachiller(es)
Débora Guerrero Naola
Michelle Rengifo Brito
**Egresados de la Escuela de Tecnología Médica
Universidad Peruana Cayetano Heredia**

Presente.-

**Autorización del trabajo de suficiencia profesional titulado
"Aplicación del modelo DIR/Floortime para incentivar la
comunicación en un niño con un presuntivo diagnóstico de
TEA desde el 2023 en Lima Norte".**

Estimado(as) Débora Guerrero Naola y Michelle Rengifo Brito:

Por medio de la presente, tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informar, como jefe del Policlínico Parroquial Nuestra Señora de Fátima, que se ha autorizado la ejecución del trabajo de suficiencia profesional titulado, el cual se desarrolló desde Agosto del 2023 hasta Febrero del 2024.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,



Calle Sta. Victoria Mz. F1 Lt.8 Zapallal Pte. Piedra
Telf. 550-0030 / WHATSAPP: 946 228 468
www.policlinicofatima.com / siguenos en: