



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

La Atención Temprana en niños/as con Trastorno del Espectro Autista desde el Modelo Centrado en la Familia.

Coral Ramos Campoy

Máster Universitario. Primera Infancia:

Perspectivas y Líneas de Intervención

(Especialidad/Itinerario Profesionalizador)

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2020-21

La Atención Temprana en niños/as con trastorno del espectro autista desde el modelo centrado en la familia.

Coral Ramos Campoy

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

intervención temprana, modelo centrado en la familia, TEA, desarrollo.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: María Femenias Andreu

Resumen

La Atención Temprana es una disciplina que se encuentra en constante evolución y búsqueda de enfoques que permitan el desarrollo de prácticas cada vez más sólidas y efectivas. Producto de esta búsqueda continua en la actualidad está habiendo una aproximación a la utilización del Modelo Centrado en la Familia para responder a todas las necesidades de los niños/as y sus familias. Por ello el presente estudio pretende identificar, sistematizar y analizar las evidencias existentes sobre la atención e intervención temprana en niños/as de 0 a 6 años con trastorno del espectro autista (TEA) desde el modelo centrado en la familia ya que, en los últimos años, ha aumentado la incidencia y prevalencia de este trastorno. Para cumplir este objetivo se realizó una revisión sistemática basada en el análisis de 21 artículos. Los resultados mostraron la implicación de las familias en el modelo y los efectos positivos de éste en los niños/as con TEA y sus familias. Finalmente se pudo concluir que, pese a la falta de más avances científicos, las prácticas tempranas centradas en la familia son un buen procedimiento para actuar con niños/as con diagnóstico TEA.

Palabras clave: intervención temprana, modelo centrado en la familia, TEA, desarrollo.

Abstract

Early intervention is a discipline that is constantly evolving and searching for approaches that allow the development of increasingly solid and effective practices search for approaches that allow for the development of ever more solid and effective practices. As a result of this continuous search, there is currently an approach to the use of the Family-Centred Model to respond to all the needs of children and their families. For this reason, the present study aims to show early care and intervention in children from 0 to 6 years old with autism spectrum disorder (ASD) from the family-centred model since, in recent years, the incidence and prevalence of this disorder has increased. In order to meet this objective, a systematic review was carried out with the analysis of 21 articles. The results showed the involvement of families in the model and its effects on children with ASD and their families. Finally it could be concluded that, despite the lack of further scientific advances, early family-centred practices are a good procedure to act with children diagnosed with ASD.

Keywords: early intervention, family-centred, ASD, development

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Marco Conceptual	6
2.1.Trastorno del Espectro Autista	6
<u>2.1.1Concepto</u>	6
<u>2.1.2.Etiología</u>	7
<u>2.1.3.Prevalencia</u>	8
<u>2.1.4.Evaluación y diagnóstico</u>	8
<u>2.1.5.Tratamiento</u>	10
2.2.Atención Temprana.....	11
<u>2.2.1.Historia y evolución de la Atención Temprana</u>	11
<u>2.2.2.Concepto y objetivos</u>	12
<u>2.2.3.Niveles de intervención</u>	14
<u>2.2.4.Ámbitos de actuación</u>	16
<u>2.2.5.Modelo Centrado en la Familia</u>	17
3. Objetivos	19
4. Metodología para la búsqueda documental.....	20
4.1. Bases de datos	20
4.2. Criterios de selección.....	21
5. Metodología seguida para el análisis documental	23
6. Resultados	24
6.1. Prácticas centradas en la familia.....	24
6.2. Papel y participación de la familia	26
6.3. Percepción de las familias.....	29
6.4. Beneficios para las familias.....	31
6.5. Beneficios para los niños/as.....	33
7. Conclusiones.....	36
8. Referencias Bibliográficas	38
ANEXOS	44

1. Introducción

Los primeros años de vida conforman un período importante para el desarrollo de las capacidades básicas, como la motricidad, la comunicación, la socialización y las habilidades perceptivo-cognitivas, que impulsan la adecuada interacción con el entorno. El desarrollo infantil es un proceso activo, de cambio constante que depende de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales (Mansilla, 2014).

En ocasiones se producen déficits en alguna de las áreas del desarrollo impidiendo de esta forma que algunos niños puedan relacionarse de forma adecuada con su entorno. Por ello, la Atención Temprana ofrece, a niños/as de entre 0 y 6 años que presentan algún tipo de déficit o con riesgo de padecerlo, una serie de recursos que facilitan la adecuada maduración en todas las áreas y que favorece el alcance óptimo de desarrollo personal y de integración social (GAT, 2000).

La Atención Temprana es una disciplina que se ha ido transformando a lo largo de los años abarcando nuevos enfoques y nuevas técnicas. En la actualidad, se encuentra en un proceso de cambio de paradigma hacia un modelo donde la familia es el principal agente de la intervención, suponiendo un gran giro respecto a los modelos ofrecidos anteriormente. Este tipo de enfoque permite conocer las necesidades del niño/a desde una perspectiva familiar, dentro de su propio entorno, donde se desarrolla de forma habitual (GAT, 2011).

En la actualidad, el modelo centrado en la familia (MCF) se ha ido implementando de forma progresiva en los servicios de Atención Temprana, y a medida que van avanzando las investigaciones y se van realizando nuevos estudios, se consigue la innovación de este modelo, cada vez más preparado para atender todo tipo de necesidades (McWilliam, 2016). Por este motivo, el presente trabajo se centrará en la revisión de las prácticas tempranas centradas en la familia dirigidas a uno de los trastornos del neurodesarrollo más conocido, el Trastorno del Espectro Autista (TEA), que tiene su inicio en la infancia y permanece toda la vida.

No existe un perfil único que se ajuste a todos los casos de TEA, aun así, la mayoría presenta alteraciones cognitivas y perceptivas, además de mostrar un procesamiento de la información muy irregular afectando a la capacidad ejecutiva que dificultan la adquisición de diferentes habilidades principalmente comunicación, conductuales y sociales. En consecuencia, la detección y evaluación temprana del trastorno son importantes para realizar una intervención interdisciplinar adecuada y dirigida a mejorar la calidad de vida de las personas con TEA (Varela-González et al., 2011).

La finalidad de este trabajo es pues identificar aquellos estudios referentes al modelo centrado en la familia en atención temprana y analizar efectos sobre el TEA. Tras concretar los objetivos, este trabajo se organiza en tres partes, en primer lugar, se enmarca la metodología seguida para la búsqueda y análisis documental. A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre las prácticas centradas en la familia dirigidas al TEA. Finalmente, se proponen las conclusiones reflexionadas a partir de los resultados alcanzados de las investigaciones analizadas y respondiendo a los objetivos planteados.

2. Marco Conceptual

2.1.Trastorno del Espectro Autista

2.1.1Concepto

El concepto de autismo se ha ido transformado con el paso del tiempo y en la actualidad se utiliza, más concretamente, el término de trastornos del espectro autista (TEA) (Martos-Pérez et al., 2013).

El término autismo fue utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1908 para describir a algunos de sus pacientes que presentaban esquizofrenia, pero no fue hasta el año 1943 cuando el psiquiatra austríaco Leo Kanner utilizó el término para nombrar al conjunto de síntomas correspondientes a este trastorno. Concretamente denominó autismo a la inhabilidad de interactuar con el entorno social, deficiencias en la comunicación verbal y conductas repetitivas sin ningún objetivo concreto (Artigas-Pallares & Paula, 2012; Martos-Pérez et al., 2013).

En 1952 se recogen estos síntomas en la primera versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) pero todavía el autismo era considerado parte de las características de la esquizofrenia infantil, continuando de esta forma en la siguiente versión del manual el DSM-II publicado en 1968. El cambio llegó en 1980, con la publicación del DSM-III, con la introducción del autismo como una categoría concreta de diagnóstico nombrada como autismo infantil, suprimiendo de esta forma la concepción del autismo como un estado mental. La primera transformación significativa se alcanzó poco tiempo después en 1987 con la revisión del DSM-III, en el que por primera vez el autismo es considerado como un trastorno eliminando la nomenclatura de “autismo infantil”. A partir de esta nueva concepción, en el DSM-IV se definen cinco subtipos de autismo: el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Aun así, en la versión más reciente del manual, el DSM-V, se unen estos cinco subtipos de las versiones anteriores en una única categoría, el trastorno del espectro del autismo (Artigas-Pallares & Paula, 2012).

2.1.2. Etiología

Actualmente, no parece haber un factor clave que determine la aparición o no de este trastorno, pero existen varios aspectos que pueden influir en su aparición. Varios estudios sugieren que puede tener un elemento genético ya que muchos de los casos de TEA tienen precedentes familiares con trastornos del desarrollo u otros trastornos con alta comorbilidad y este suceso representa entre un 60 y 91% de los casos de TEA diagnosticados. El TEA es un trastorno poligénico por lo que existen más de 1000 genes que pueden presentar algún tipo de alteración para determinar este trastorno, los más frecuentes son el CHD8, el ADNP y el gen TBR1 (Artigas-Pallares & Paula, 2012; Martos-Pérez et al., 2013).

Los factores genéticos no son los únicos considerados como participes en el desarrollo del TEA ya que varias investigaciones apuntan a una combinación de estos factores y algunos otros factores ambientales como son una mala nutrición, problemas prenatales, edad avanzada de la madre, estrés, ansiedad o depresión

de la madre durante el embarazo, uso de fármacos en el embarazo, infecciones, intoxicación o falta de vitaminas (Varela-González et al., 2011).

2.1.3.Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de entre 4 y 20 de cada 10.000 niños son diagnosticados con TEA y en la última década las investigaciones demuestran un aumento significativo de la prevalencia del trastorno, alcanzando en los últimos años una prevalencia mundial del 1-2% de los niños/as (OMS, 2017 citado en André et al., 2020).

España no cuenta con estudios poblacionales exactos ni censos oficiales para todo el territorio, pero parece que la prevalencia también ha ido aumentando, donde antes se estimaban 1 niño/a de cada 5.000, ahora esta prevalencia se estima en 1 de cada 100 niños/as diagnosticados (Confederación Autismo España, 2020; Marín et al., 2017). En el caso de las Islas Baleares, según el gobierno la prevalencia se sitúa en el 0,9% afectando este trastorno a casi 2.000 niños y niñas (GOIB, 2019).

En relación a las diferencias de sexo, pese a que se presenta con mayor frecuencia en hombres que, en mujeres, existiendo una relación 4:1, se ha observado que las mujeres presentan un mayor deterioro cognitivo. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno en mujeres parece retrasarse más en comparación a los hombres incluso cuando los síntomas son evidentes, además existe tienen mayor riesgo a recibir un diagnóstico equivocado o inexacto (Confederación Autismo España, 2020).

2.1.4.Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico de este trastorno puede llegar a ser un proceso complejo debido a que no existen pruebas médicas precisas y específicas para ello. Aún así existen pruebas estandarizadas de cribado como el M-Chat (*Modifiield Checklist For Autism in Toddler*), con el que es posible identificar el trastorno principalmente a partir de los 18 meses de edad (Díez-Cuervo et al., 2005)

Sin embargo, con el fin de realizar un buen diagnóstico los profesionales observan la conducta y el desarrollo del niño/a a través del manual DSM (Artigas-Pallares & Paula, 2012; Díez-Cuervo et al., 2005).

El manual actual, el DSM-V, especifica los siguientes criterios que permiten identificar el trastorno y realizar un diagnóstico clínico (American Psychiatric Association, 2014):

A. Alteraciones persistentes en la comunicación y en la interacción social producidas en diferentes contextos y manifestadas a través de:

1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
2. Deficiencias en las conductas de comunicación no verbal utilizadas durante la interacción social.
3. Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y entendimiento de las relaciones interpersonales.

B. Patrones limitados y repetitivos de conducta, intereses o actividades, que se presentan en dos o más de las siguientes formas:

1. A través de movimientos, uso de objetos o discurso estereotipados.
2. Reiteración de la monotonía, inflexibilidad de las rutinas o patrones ritualizados de conducta verbal o no verbal.
3. Intereses muy limitados y fijos que son poco comunes respecto a su intensidad o foco de interés.
4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales.

C. Las alteraciones deben estar aparecer en las primeras etapas del desarrollo.

D. Estos síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes de las actividades habituales.

E. Estos síntomas no se pueden explicar por la presencia de una discapacidad intelectual o por el retraso general del desarrollo.

2.1.5.Tratamiento

El tratamiento del TEA es un procedimiento plural que implica múltiples alternativas para tratar a las personas con este trastorno y sus familias. Al igual que el proceso diagnóstico, no existe un tratamiento específico que elimine el trastorno por completo, sino más bien terapias que reducen su sintomatología. En consecuencia, los tratamientos se dirigen, en un primer momento, a un síntoma concreto buscando su modificación (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013).

Las intervenciones psicoterapéuticas, educativas y conductuales y la combinación con tratamientos farmacológicos han demostrado evidencias de resultados positivos durante su aplicación (Martos-Pérez et al., 2013).

Con respecto al tratamiento farmacológico, los expertos recomiendan retrasar su utilización lo máximo posible y empezar con otro tipo de tratamiento en los estadios precoces del trastorno (Díez-Cuervo et al., 2005). Cuando finalmente se opta por emplear fármacos, éstos se dirigen principalmente para tratar las comorbilidades asociadas al trastorno, déficits relacionados con el comportamiento y la regulación emocional. Los más empleados son los neurolépticos de segunda generación como la risperidona y el aripiprazol, ya que presentan menores efectos secundarios que los de primera generación, los inhibidores de recaptación de la noradrenalina, como la atomoxetina, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la opción más sugerida para los trastornos emocionales asociados (Martos-Pérez et al., 2013).

Aunque existen diferentes tipos de intervención terapéutica, estos deben tener un carácter psicoeducativo, estructurado, que incluyan un análisis continuo del niño/a, teniendo en cuenta las variables de su entorno, logrando efectos positivos en su calidad de vida y la de su familia (Martos-Pérez & Llorente-Comí, 2013). Por ello, se recomienda iniciar el tratamiento de forma precoz para tratar de forma integral las dificultades presentadas a causa de la sintomatología del TEA (Fuentes-Biggi et al., 2006).

2.2. Atención Temprana

2.2.1. Historia y evolución de la Atención Temprana

Desde principios del siglo XX, en los Estados Unidos, el sistema sanitario ha prestado servicios a niños/as muy pequeños con problemas de desarrollo en entornos médicos como hospitales y departamentos de salud locales (Hanft, 1988). El sistema educativo, por otra parte, no solía ofrecer servicios de intervención temprana a los niños en edad preescolar hasta que se promulgó la Ley de Educación para Todos los Niños Discapacitados (Ley Pública 94-142) en 1975, una ley que ordenaba a varios estados ofrecer a los niños/as con edad escolar con alguna discapacidad un plan individualizado adaptado dentro de las escuelas (Guralnick & Bruder, 2019; Hanft, 1988). Sin embargo, estos servicios prestados tenían carácter exclusivamente asistencial y rehabilitador (Gutierrez Cuevas & Ruiz Veerman, 2012). A partir de 2004, con una remodelación de la ley, los estados debían basar todos sus servicios, dirigidos a todos los niños/as, en hallazgos científicos firmes y aplicados a través de procedimientos rigurosos y objetivos (Guralnick & Bruder, 2019).

En España, tuvo unos inicios un poco más tardíos para ofrecer atención temprana, más concretamente, a finales de los años 70 y principios de los 80 surgieron los primeros servicios de atención temprana en los hospitales y servicios sanitarios (Casado, 2008). A partir de los años 90, se crean los primeros centros específicos para atender a los más pequeños con alguna deficiencia, sus familias y el entorno (Gutierrez Cuevas & Ruiz Veerman, 2012).

En los inicios, el modelo predominante en los que se basaba la intervención de los servicios de AT, era el modelo médico, centrándose íntegramente la atención en el niño/a y donde los profesionales intervenían como especialistas, tomaban todas las decisiones, realizando diagnósticos y prescribiendo tratamientos, todo ello sin contar con la participación de la familia (Hanft, 1988). Estos profesionales formaban un equipo multidisciplinar, en otras palabras, profesionales de distintas disciplinas que actúan de manera independiente con el niño/a, tanto en la planificación de objetivos, como en la evaluación y la intervención temprana (Casado, 2008; Guralnick & Bruder, 2019).

Poco a poco el papel de la familia ha ido cobrando mayor importancia dentro de la AT y en la actualidad se entiende que a través de la familia se crean los entornos idóneos donde el niño/a se desarrolla en circunstancias óptimas. Por ello, actualmente, el modelo de intervención en AT se encuentra centrado en la familia (R. McWilliam, 2016).

2.2.2. Concepto y objetivos

La Atención Temprana (AT) como disciplina, ha ido cambiando y evolucionando con el paso del tiempo, así como su propia definición. Desde las primeras evidencias, las prácticas de AT eran consideradas por Tjossem como:

Una serie de diferentes servicios prestados a niños de corta edad, que comprenden desde el nacimiento hasta los 2 años, y que presentan un retraso en su desarrollo o corren el riesgo de desarrollar retrasos. Esta población incluye tres grupos: (a) los que tienen condiciones hereditarias o biológicas evidentes hereditarias o biológicas evidentes, como el síndrome de Down o la parálisis cerebral, (b) los que tienen problemas médicos como convulsiones o bajo peso al nacer que indican riesgo de retraso en el desarrollo, y c) los que están expuestos a riesgos ambientales, como la negligencia o el abuso de drogas por parte de los padres (Tjossem, 1976 citado en Hanft, 1988, p. 724).

Este concepto se ha ido modelando y tomando forma, y en la actualidad la AT son consideradas todas aquellas intervenciones que están diseñadas para proporcionar un conjunto completo e integrado de recursos y apoyos a las familias cuyos hijos sufren o corren el riesgo de sufrir una amplia variedad de déficits en el desarrollo durante el período de la primera infancia que, a diferencia de las primeras definiciones, se engloba a todos aquellos niños que van desde el nacimiento hasta los 6 años (Guralnick & Bruder, 2019).

De esta forma en la actualidad, según el Libro Blanco de Atención Temprana se entiende por AT como (GAT, 2011):

Al conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (p.12).

Todas buenas prácticas requieren unos principios sólidos y bien definidos, y en el caso de la AT, las bases que permiten ofrecer una atención de calidad para los/as niños/as en sus primeras etapas de vida son (Gutiez Cuevas, 2005):

- **Participación y comunicación.** Para unas buenas prácticas es determinante que en su totalidad las partes involucradas en el transcurso de las intervenciones, participen de forma equitativa y en diálogo continuo.
- **Globalidad y equidad.** Se debe ofrecer atención a toda la población que precise asistencia con independencia de los recursos que posean.
- **Equipo cualificado e interdisciplinar.** Estas etapas del desarrollo requieren ser tratadas con gran profundidad a través de un equipo de profesionales capacitado en diferentes disciplinas y coordinado con el resto de los profesionales.
- **Descentralización.** La atención se desplaza a los contextos naturales del niño/a (GAT, 2000).

En consecuencia, a estos principios y la definición actual, los objetivos generales de la AT son (Shonkoff & Meisels, 2000):

1. Detección y derivación de los/as niños/as que necesiten de una intervención temprana.
2. Evitar o reducir los riesgos de retrasos en el desarrollo.
3. Utilizar procesos de compensación, eliminar los obstáculos durante el proceso y adaptarse a las necesidades de cada niño/a y su familia (GAT, 2000, 2011).
4. Prevenir o reducir la aparición de efectos secundarios producidos por el déficit o por situaciones de riesgo alto (GAT, 2000, 2011).
5. Apoyar el acceso de las familias a todos los servicios y recursos necesarios, tales como los sistemas educativos, de salud y apoyo social.
6. Trabajar con la comunidad para que las familias logren un apoyo social.

2.2.3. Niveles de intervención

Dados estos objetivos, la posición de la prevención toma una mayor importancia para la posterior intervención temprana. Por esta razón la conceptualización de la prevención resulta decisiva para iniciar una intervención integral.

De esta forma se representa una jerarquía de intervenciones diferenciadas según el nivel de actuación (GAT, 2011):

- **Prevención primaria.** Prevenir de forma primaria los trastornos del desarrollo en AT, implica a toda la población y evita todas aquellas condiciones que precipitan la aparición de los propios trastornos. Los principales servicios que llevan a cabo estas competencias son los servicios de salud, educativos y sociales.

- **Prevención secundaria.** Este nivel va dirigido a detectar y diagnosticar de forma temprana los trastornos del desarrollo infantil y localizar aquellas situaciones que suponen un riesgo en el desarrollo del trastorno. Para esta detección se tienen en cuenta tres etapas importantes del desarrollo como son el periodo prenatal, perinatal y postnatal.
- **Prevención terciaria.** En este último nivel se optimizan las condiciones del desarrollo del niño/a atendiendo tanto al propio niño/a como su familia y entorno.

De este modo, los niveles de prevención abordan diferentes aspectos de la atención temprana de forma transversal (Tabla 1):

Tabla 1. Implicaciones de los niveles de intervención de AT.

Niveles de intervención en AT	Objetivos	Formas de prevención
Prevención primaria	Reducir la incidencia de nuevos casos	Promoción del bienestar
Prevención secundaria	Reducir el predominio de casos existentes	Reducir la duración y la gravedad del trastorno a través de un buen diagnóstico
Prevención terciaria	Reducir los efectos del trastorno	Reducir el impacto de los efectos directos e indirectos a través de intervenciones para mantener, renovar capacidades o desarrollar otras nuevas

Fuente: *Elaboración propia a partir de* (Simeonsson, 1991)

2.2.4. Ámbitos de actuación

Como se ha mencionado anteriormente, para atender a la globalidad del niño/a y su familia es importante que los profesionales de diferentes ámbitos participen y cooperen en el proceso de atención temprana (Gutierrez Cuevas & Ruiz Veerman, 2012).

Los principales ámbitos en los que se desarrolla la AT, en el caso de España, se estructuran en cuatro servicios según el Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2011):

1. Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT).

Son unos servicios exclusivos para la atención a de los/as niños/as de entre 0 y 6 años, que presentan trastornos del desarrollo, y a sus familias.

El equipo que realiza este tipo de servicio está formado por profesionales de diferentes disciplinas, como psicólogos/as, fisioterapeutas o logopedas, que tienen un mismo objetivo. Además, este equipo debe ser capaz de tener en cuenta todos los aspectos interpersonales e intrapersonales del menor y su entorno.

A diferencia de los demás servicios que se verán a continuación, los CDIAT no pertenecen a ningún ámbito concreto, aun así está altamente coordinado con los demás servicios.

2. Servicios sanitarios. Del área de la Sanidad, que atiende a la población de mayor riesgo, tienen especialidades relacionadas o que comienzan el proceso de AT como son los servicios de Obstetricia, de Neonatología, las Unidades de Seguimiento Madurativo, la Pediatría de Atención Primaria, Neuropediatría, Rehabilitación Infantil o las unidades de Salud Mental infantil.

Por otro lado, hay otros servicios como Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía Ortopédica que intervienen directamente en el proceso diagnóstico.

3. Servicios sociales. La labor principal que llevan a cabo estos servicios es la promoción de bienestar familiar a nivel de prevención primaria. No obstante, también participan en el proceso de detección e intervención aportando otro punto de vista.

4. Servicios educativos. Los centros educativos infantiles son un contexto natural clave donde el niño/a se desarrolla socialmente con sus iguales. En el contexto de AT, permite detectar y derivar a los servicios de valoración y diagnóstico a aquellos/as niño/as que muestran signos de algún problema de desarrollo. Además, a través de la adaptación curricular o el apoyo de auxiliares educativos, se permite acceder a la intervención en uno de los contextos donde el niño/a pasa gran parte del tiempo.

2.2.5. Modelo Centrado en la Familia

El modelo más actual de AT es el Modelo Centrado en la Familia (MCF), el cuál es el resultado de aportaciones de dos principales teorías, la teoría de los sistemas familiares formulada en los años 60 (Von Bertalanffy, 1968) y la teoría ecológica del desarrollo en los años 70 (Bronfenbrenner, 2002). Estas teorías aportan una visión de la familia como un sistema definido por unas propiedades únicas e individuales por lo cual los profesionales que intervienen con estas familias tienen en cuenta las necesidades particulares de cada una. En adición, concebir a la familia como un sistema implica una circularidad en el que el aprendizaje de cada persona que constituye el sistema familiar influye al resto del sistema (Bronfenbrenner, 2002; Von Bertalanffy, 1968; GAT, 2000).

La familia es, además, el primer contexto de socialización y promoción personal, un espacio de proyección que ofrece protección. Es el primer sistema donde un niño/a se desarrolla, pero no es el único, ya que existen varios sistemas que afectan a todos los ámbitos de nuestra vida y que para ello interaccionan entre sí (Bronfenbrenner, 2002).

Así pues, en base a estas teorías la intervención temprana centrada en la familia es individualizada y flexible según las necesidades del niño y su familia y se basa en los siguientes principios (McWilliam, 2016; GAT, 2011):

- Las familias son únicas y diferentes unas de otras. Las costumbres, las experiencias personales, la cultura , los roles de cada miembro de la familia, los estilos educativos, la organización de las rutinas, y la comunicación de la familia son aquellas características familiares de definen a una familia, convirtiéndola en diferente al resto con necesidades y posibilidades diferentes.
- La familia es el mayor conocedor de las necesidades del niño/a. El cuidador principal es quien más tiempo pasa con el niño/a y por ello son quienes pueden ofrecer más oportunidades de mejora de la calidad de vida del niño/a. Por ello, el papel del profesional es guiar a la familia en el proceso de intervención, coordinando las estrategias y aportando soluciones terapéuticas.
- Las necesidades del niño no solo repercuten en el menor, sino que forman parte del contexto familiar, social y ambiental. Cualquier cambio que se produce en un miembro de la familia impacta de forma directa en los demás miembros y de este modo las estrategias que se deben aplicar han de tener en cuenta la globalidad de este sistema que es la familia.
- El contexto natural y las actividades de la rutina diaria ofrecen mayores oportunidades de aprendizaje significativo. Las actividades de la vida cotidiana se repiten de forma natural en el contexto del niño/a y con el cuidador principal de referente. Las actividades cotidianas como vestirse, peinarse, ir al supermercado o a la escuela favorecen el aprendizaje de habilidades como el lenguaje, la motricidad o la autonomía.

Con respecto a este último principio, Robin McWilliam propone el Modelo Basado en Rutinas (RBM), una práctica que permite estructurar la intervención del MCF. Las características principales del RBM son (McWilliam, 2010):

- Evaluación del sistema familiar mediante un ecomapa que represente las personas de apoyo para la familia.
- Determinar los objetivos de la intervención mediante una entrevista basada en rutinas (RBI).

- Elaboración de un plan individual con objetivos funcionales a partir de la RBI.
- Proporcionar apoyo y servicios mediante un terapeuta de referencia.
- Seguimiento y visitas a los contextos naturales de la familia en las sesiones de intervención.
- Coordinación con el resto de los servicios relacionados con el menor.

De esta forma, la familia pasa a ser parte activa de la intervención poniendo en práctica las estrategias de apoyo adaptada a cada situación, y por otro lado las competencias de los profesionales pasan a centrarse en fomentar las capacidades propias de cada familia y en la búsqueda de las oportunidades de los más pequeños (McWilliam, 2016).

3. Objetivos

El propósito general de esta revisión es analizar las aportaciones sobre el Modelo Centrado en la Familia de los servicios de Atención Temprana (AT) en los/as niños/as con diagnóstico TEA. Para ello se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Exponer los resultados basados en la evidencia.
- Identificar las prácticas centradas en la familia de los niños/as con diagnóstico TEA.
- Analizar el papel de las familias con hijos/as con TEA en los servicios de AT.
- Explorar los efectos del MCF en los niños/as con TEA y sus familias.

4. Metodología para la búsqueda documental

En esta revisión se identifican estudios relevantes, valorando su calidad y sintetizando sus resultados utilizando una metodología científica permitiendo proporcionar una visión global sobre un tema concreto, el modelo centrado en la familia. A través de esta revisión sistemática, se pretende facilitar la comprensión adecuada, sintetizando todas las pruebas existentes de los estudios originales y los procedimientos y cada uno de los criterios que guiarán el proceso.

Para esta revisión se realizó una búsqueda de información a través de diferentes bases de datos, y tras esta búsqueda con los artículos encontrados se realizó un cribado para incluir y descartar las diferentes investigaciones, a través de criterios de selección, y finalmente se analizaron los artículos seleccionados.

4.1. Bases de datos

Para la búsqueda de las publicaciones científicas, relevantes y de calidad se utilizaron tres bases de datos, que permitieron hallar estudios basados en la evidencia, las cuales fueron: *Scopus*, *Ebscohost – PsycInfo* y *Web of Science (WoS)*. La búsqueda inicial de las tres bases de datos se realizó entre el 23 y 25 de abril de 2021, y se utilizaron varias palabras clave para poder centrar la búsqueda que permitieron crear una ecuación de búsqueda similar para las tres bases de datos.

En las bases en las que realizó la búsqueda, el idioma preferente es el inglés por lo que se utilizaron la equivalencia a ese idioma de las palabras clave de: “atención temprana”, “modelo centrado en la familia” y “entornos naturales”. La búsqueda en *Web of Science (WoS)* se realizó dos días más tarde y tras la búsqueda en las dos anteriores bases, decidí reducir el espectro de búsqueda e introduje en la ecuación NOT “adolescent*” para precisar la búsqueda. Las palabras clave debían encontrarse en todo el artículo. Por ello las ecuaciones de búsqueda resultaron de la siguiente forma (Tabla 2):

Tabla 2. Fuentes y ecuaciones de búsqueda

Bases de datos	Ecuación de búsqueda	Fecha
SCOPUS	("early intervention" OR "early attention") AND ("family-cent* model*" OR "family-cent* program*" OR "family-cent* service*" OR "family-cent* intervention*" OR "family-cent* practice*" OR "natural environments") AND ("autism spectrum disorder" OR "autism" OR "ASD")	23/04/2021
Ebscohost - PsycInfo	("early intervention" OR "early attention") AND ("family-cent* model*" OR "family-cent* program*" OR "family-cent* service*" OR "family-cent* intervention*" OR "family-cent* practice*" OR "natural environments") AND ("autism spectrum disorder" OR "autism" OR "ASD")	23/04/2021
Web of Science (WoS)	("early intervention" OR "early attention") AND ("family-cent* model*" OR "family-cent* program*" OR "family-cent* service*" OR "family-cent* intervention*" OR "family-cent* practice*" OR "natural environments") AND ("autism spectrum disorder" OR "autism" OR "ASD") NOT ("adolescent*")	25/04/2021

Fuente: *Elaboración propia*

4.2. Criterios de selección

Para la selección de los estudios más adecuados y relevantes para esta revisión, se formularon varios criterios de inclusión y exclusión que permitieron delimitar el campo de selección. Además, previamente se establecieron algunos límites de búsqueda.

Los criterios de búsqueda que se aplicaron fueron:

- Texto completo
- Acceso al texto completo
- Tipo de documentos: artículos y *reviews*
- Fecha de publicación: 2005-2021
- Idiomas: inglés, español y portugués.

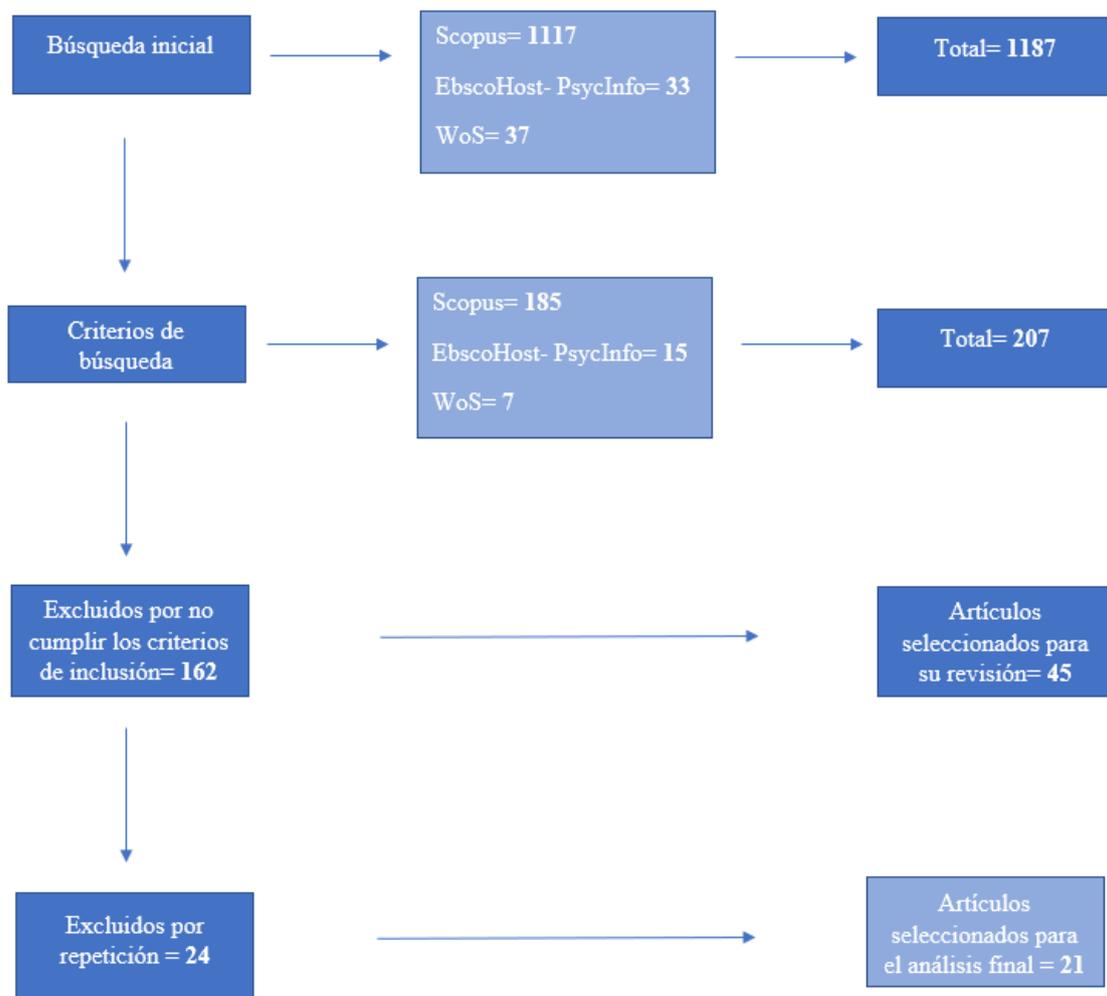
La selección de la literatura se realizó mediante:

- Criterios de inclusión:
 - o Estudios empíricos

- Campo de estudio
 - Artículos que expongan objetivos, participantes o artículos (en caso de revisión), metodología y resultados.
 - Estudios en los que participen niños/as con TEA, sus familias u otros sistemas relacionados.
- Criterios de exclusión:
- No cumplir los criterios de inclusión
 - Estudios duplicados.

De este modo, el proceso de aplicación de los criterios de búsqueda y selección se produjo de la siguiente forma (Figura 1):

Figura 1. Proceso de selección



Fuente: *Elaboración propia*

5. Metodología seguida para el análisis documental

Una vez seleccionado los artículos se realizó una lectura crítica de cada uno de ellos analizando sus características (Anexos 1, tabla 4) y su contenido (Anexo 1, tabla 5). A partir de esta lectura se pudo encontrar relación entre las diferentes investigaciones y se agruparon en las siguientes categorías (Tabla 3):

Tabla 3. Clasificación de la información

Estudios	Prácticas centradas en la familia	Papel y participación de las familias	Percepción de las familias	Beneficios a nivel familiar	Efectos en el TEA.
Armstrong et al., 2021	X	X		X	X
Chiu et al., 2020		X			
Cossio et al., 2017	X	X		X	X
Delehanty & Wetherby, 2021	X				X
Fitzgerald et al., 2015	X		X	X	
Gabovitch & Curtin, 2009	X	X	X		
García-Grau et al., 2019	X	X			X
Hodgetts et al., 2013			X		
Joginder et al., 2011	X	X			X
Långh et al., 2017	X				
Mas et al., 2018	X				
Park et al., 2020	X				X
Rivard et al., 2017		X			
Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2021	X				
Rodger et al., 2008	X		X		
Schertz et al. 2011	X			X	X
Siddiqua & Janus, 2017	X		X		
Thompson et al., 2014	X	X		X	X
Traube et al., 2021	X		X		
Wetherby et al., 2014	X				X
Wetherby et al., 2018	X				X

Fuente: *Elaboración propia*

6. Resultados

6.1. Prácticas centradas en la familia

En la última década han comenzado a surgir investigaciones sobre la intervención en niños/as con trastornos del espectro autista (TEA) en la primera infancia (Schertz et al., 2011) y, sobre todo, se ha señalado que situar a la familia como el centro de las prácticas de intervención como mejor práctica para los niños/as con TEA y otras necesidades especiales (Gabovitch & Curtin, 2009).

En la actualidad estas prácticas centradas en la familia (PCF) de los menores con TEA se han desarrollado principalmente en el entorno natural del niño/a, más concretamente, en el hogar del menor y los centros de educación infantil a los que asisten (Delehanty & Wetherby, 2021; García-Grau et al., 2019; Långh et al., 2017; Park et al., 2020), demostrando así mayores beneficios que en otros entornos no naturales para los pequeños/as (Rodger et al., 2008; Wetherby et al., 2014). Por otro lado, aquellas prácticas realizadas en estos entornos no naturales fueron desarrolladas en Servicios de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAP) y en Unidades de Atención Temprana (UAT) de servicios sanitarios (Joginder Singh et al., 2011; Traube et al., 2021).

Las evidencias también demostraron que las PCF de niños/as con diagnóstico TEA se realizan mayoritariamente de forma individual (Fitzgerald et al., 2015; Joginder Singh et al., 2011; Park et al., 2020; Traube et al., 2021), aun así, algunas prácticas llegan a realizarse a nivel de grupo con varias familias (Armstrong et al., 2021; Thompson et al., 2014). En las prácticas individualizadas un profesional de referencia realiza una intervención explícita, adaptada a los niños/as con TEA y sus familias y basadas en objetivos de aprendizaje identificados para cada uno de ellos, por lo cual tener un único profesional de referencia establece con mayor éxito una relación sólida y respetuosa con la familia (Rodger et al., 2008). En cambio, las prácticas grupales han demostrado ser eficaces para intervenir en áreas concretas del desarrollo del menor con TEA, no obstante, la relación profesional-familia no se ve favorecida por estas prácticas.

Al pasar las familias a ser el centro de estas intervenciones, los profesionales de los servicios se convierten en un apoyo, aportando bienestar, respondiendo a las necesidades identificadas por las familias, proporcionando formación al resto de profesionales involucrados en los contextos naturales del menor, coordinando servicios y facilitando la transición a estos servicios (Cossio et al., 2017; Joginder Singh et al., 2011; Långh et al., 2017; Rodger et al., 2008; Traube et al., 2021; Wetherby et al., 2018).

Así pues, del equipo de profesionales de AT proporciona principalmente apoyo para la orientación sobre la adecuación de las conductas y la promoción del desarrollo de las habilidades de los niños/as en el lugar de convivencia y otros contextos naturales según las necesidades de cada familia (Cossio et al., 2017). Además, aquellas familias con hijos con TEA que poseen un terapeuta de referencia informan que la relación con sus terapeutas de referencia les permite compartir problemas personales, familiares y con respecto a sus hijos (Thompson et al., 2014) facilitando a los profesionales tener más información sobre el entorno familiar y sobre el funcionamiento familiar, favoreciendo las sesiones de evaluación e intervención. (Joginder Singh et al., 2011).

El inicio del proceso de intervención en AT lo marcan las evaluaciones del menor y su familia. Según la investigación de Joginder et al. (2011) distintos profesionales optaban por unas evaluaciones iniciales más informales que en evaluaciones más estructuradas, ya que no podían acceder a los recursos necesarios ni pruebas estandarizadas para la realización de la valoración de las necesidades específicas de las familias en relación a los aspectos relacionados con la sintomatología del TEA. En consecuencia, los profesionales de AT recurrían a otros servicios relacionados con el menor para complementar la información obtenida a través de la familia y la observación del menor y su entorno (Joginder Singh et al., 2011; Traube et al., 2021).

Por este motivo es importante la coordinación entre los centros de AT y los diferentes servicios relacionados con el niño/a como las escuelas o los servicios sanitarios durante todo el proceso (Siddiqua & Janus, 2017), aumentando los beneficios de las PCF cuando los diferentes profesionales poseen habilidades

para afrontar las situaciones que puedan darse relacionadas con este trastorno, como conocimientos sobre la intervención conductual (Långh et al., 2017).

Otro aspecto importante de mejora en estas prácticas que recalcan Wetherby et al. (2018) es que los proveedores de intervención temprana no sólo necesitan un apoyo continuo en la implementación de intervenciones de los padres y otros profesionales, sino que también son imprescindibles medidas prácticas psicométricamente sólidas, breves y repetibles adaptadas para proporcionar información rápida basada en datos. Todo ello debido a que el tipo de discapacidad que presenta el niño puede mejorar o empeorar el pronóstico de una intervención basada en la planificación centrada en la familia (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2021).

En este último año, se ha desarrollado un paso hacia el progreso de estos instrumentos adecuados para familias de menores con TEA con la adaptación de la *Family Centred Practice Scale* realizada por Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2021), demostrando que esta versión de la escala es un instrumento válido y fiable para evaluar las prácticas centradas en la familia en familias con niños/as con TEA (Mas et al., 2018).

6.2. Papel y participación de la familia

El modelo centrado en la familia (MCF) reconoce el papel fundamental de la familia, un sistema en el que los cambios en la situación de alguno de sus miembros llegan a influir en la calidad del propio sistema (Rivard et al., 2017), de modo que es esencial la participación de todos sus miembros. Los resultados indican que, aunque los servicios de AT han comenzado a adoptar la práctica centrada en la familia, implicando a algunos de los diferentes miembros de la familia en los servicios prestados, es posible que no hayan realizado una transición completa a facilitar la participación equitativa (Cossio et al., 2017).

En el estudio comparativo realizado en varios servicios de AT de Malasia y Australia (Joginder Singh et al., 2011) se evidencia este desequilibrio en la participación del modelo de varias familias de pequeños con TEA y otros trastornos del desarrollo. En estos servicios de AT se involucraron con mayor frecuencia a madres, y en menor medida a los padres y hermanos. Las madres

estuvieron más predispuestas a participar en el modelo, siendo también las cuidadoras principales de los niños/as, se consideraron pues, participantes activas durante todo el proceso, cooperando en las reuniones, observando y describiendo los cambios surgidos de la intervención y debatiendo con el terapeuta las estrategias a implementar.

Cuando la figura paterna se une al proceso y toma mayor papel activo se evidencia una mejora en los objetivos de la intervención, los cuales los niños son capaces de alcanzarlos en un periodo de tiempo más breve, según afirman Cossio et al. (2017). No obstante, siguiendo con el estudio de Joginder Singh et al (2011), este objetivo no está del todo alcanzado, ya que centros australianos involucraron en menor medida a los padres y esta participación se basó frecuentemente en la observación teniendo poca oportunidad de participar en la toma de decisiones.

Por último, otra de las figuras importantes en la intervención con niños/as con diagnóstico TEA son los hermanos, que deben ser considerados una oportunidad para el desarrollo social de los niños con TEA en todo el proceso del MCF como concluyeron Armstrong y colaboradores (2021). En este sentido, el estudio comparativo (Joginder Singh et al., 2011) demostró que cuando se realizaban las sesiones de intervención, los profesionales daban pocas oportunidades a los hermanos para participar y apenas se les proporcionaban estrategias, incluso cuando la familia expresaba dificultades en la interacción entre hermanos relacionadas con las conductas restrictivas del menor con autismo.

El papel de la familia en la intervención no es meramente de observador o de imitador del enfoque del terapeuta, sino que los padres son capaces de valorar la situación, las habilidades y las necesidades de su hijo/a y adaptar las estrategias según sus características ya que son quienes mejor conocen al niño/a (Thompson et al., 2014). Para que las familias participen totalmente en el proceso, el equipo debe conocer y poseer estrategias y actitudes prácticas y seguras que promuevan su implicación y su participación para así mediar en el aprendizaje y el desarrollo de su hijo/a (Gabovitch & Curtin, 2009). Pese a esto los profesionales aseguran encontrarse con algunas limitaciones a la hora de

implicar a las familias en el proceso, entre las cuales declaran (Joginder Singh et al., 2011):

- la falta de motivación y cooperación de los padres para participar (36,5%).
- familias que informan de que no tienen tiempo para implicarse (20,8%).
- familias con otras dificultades, como problemas económicos, depresión y negación (27,7%).
- la falta de comunicación cuando los padres no expresan sus preocupaciones cuando no estaban de acuerdo con las sugerencias de la intervención o cuando esas sugerencias no se adaptaban a la familia (20,6%).
- las dificultades para conseguir la participación de otros miembros de la familia además de las madres (17,5%).
- falta de conocimientos, tiempo y apoyo en el lugar de trabajo en cuanto a la prestación de servicios centrados en la familia (15,7%).

El empoderamiento es otro aspecto esencial en la participación de la familia en el modelo permitiendo crear a los padres estrategias que permitan mejorar las áreas de desarrollo de sus hijos, adaptando la forma de afrontar los cambios de conducta, característico de niños/as con TEA (Cossio et al., 2017). Se revela, además, que este empoderamiento tiene implicaciones en la calidad de la vida familiar, tanto a nivel de crianza como de bienestar de todos los miembros de la familia y satisfacción de los padres, aumentando significativamente cuando los padres tenían que lidiar con otros problemas familiares, como se revela en un estudio longitudinal con familias de niños con autismo y otras deficiencias en el desarrollo (Chiu et al., 2020).

La calidad de vida de las familias se considera uno de los objetivos de este modelo además de un buen indicador de la calidad del servicio. Un estudio comparativo (García-Grau et al., 2019) de la calidad de vida con familias con hijos/as con diferentes diagnósticos reveló que las familias de niños/as con TEA mostraron una menor calidad de vida y fue asociado a las dificultades de comunicación y problemas de conducta relacionados con el trastorno. Estos resultados llevaron a sus autores a concluir que los profesionales además de centrarse en las características familiares deben considerar que tipo de trastorno

que presenta el menor, es un factor clave a la hora de la realización de unas buenas prácticas centradas en la familia.

6.3. Percepción de las familias

Considerar las percepciones, opiniones o perspectivas de las familias permite a los servicios de AT mejorar sus propias prácticas de intervención con niños/as con autismo (Schertz et al., 2011). Por consiguiente, diferentes servicios tratan de evaluar la calidad de sus servicios mediante la satisfacción de las familias que participan en ellos (Fitzgerald et al., 2015; Hodgetts et al., 2013; Rodger et al., 2008; Siddiqua & Janus, 2017; Traube et al., 2021).

En la actualidad, el modelo centrado en la familia en AT ha llegado a implementarse en múltiples servicios de forma que los profesionales acaban adaptando estas prácticas a su ámbito de actuación. Estas diferencias fueron evaluadas por Hodgetts et al. (2013) a través de un estudio sobre la percepción de varias familias con niños/as con TEA. En este estudio se evaluó varios servicios en sector social, sanitario y educativo, dirigidos tanto a la AT (0-6 años) como para grupos de mayor edad (6-18 años), y que se basaban en el MCF. Finalmente, se encontró que las perspectivas de las familias, tanto en AT como para el grupo de 6-18 años, sobre la recepción del modelo centrado en la familia fueron similares para los servicios prestados a través de los sectores social, sanitario y educativo. En cambio, sí que se percibieron diferencias entre el rango de edad, en los cuales las familias con niños que recibieron AT percibieron niveles más altos del modelo que las familias de niños mayores. Dentro del grupo de AT también se encontraron diferencias significativas valorando más positivamente los MCF de los servicios sociales y sanitarios en comparación con los servicios educativos (Hodgetts et al., 2013).

Este último aspecto es ratificado por Siddiqua y colaboradores (2017) donde las familias mostraban una mayor satisfacción con los profesionales y los servicios de los SEDIAP en comparación con los servicios de las escuelas a las que asistían sus hijos/as con TEA, señalando falta de información por parte de las escuelas y carencias en cuanto a la actuación de estas para atender a las necesidades propias del menor con TEA.

Entre las razones que comentan las familias del estudio de Hodgetts et al.(2013) para esta diferencia de percepción en los servicios, se encuentran:

- una mayor consistencia del personal debido a los horarios de trabajo más favorables para las familias en el sector social.
- una mayor disponibilidad de intervenciones informadas por la evidencia para los niños pequeños; dando así una mayor confianza por las estrategias recibidas.
- relaciones más positivas entre padres y profesionales y un mejor optimismo debido a una curva de aprendizaje más pronunciada para los niños más pequeños.

Pese a que estos servicios optan por el MCF, existen muchos otros que siguen utilizando el modelo más tradicional centrado en la persona como se asegura en la revisión de (Schertz et al. (2011) y cada familia valora las características para decantarse por un modelo u otro. En un estudio cualitativo (Fitzgerald et al., 2015) realizado a padres de niños/as con TEA y otros trastornos del desarrollo, que recibían un MCF (n=10) y otro grupo recibía un modelo centrado en la persona/niño (MCP) (n=9), reveló los aspectos positivos y las barreras de cada modelo. Los padres del MCF concedían mayor valor al apoyo de los profesionales (equipo transdisciplinar), a la facilitación del empoderamiento, la calidad y la cantidad de sesiones de intervención y flexibilidad, por el contrario, destacaban el mal uso del tiempo en las propias sesiones. En cambio, los que recibieron el MCP valoraban las capacidades del equipo multidisciplinar para fomentar el desarrollo del niño/a, por otra parte, el cambio constante de profesionales durante las intervenciones era considerado un gran obstáculo de este modelo.

Cuando los servicios de AT no prestan el apoyo necesario y sin una atención totalmente individualizada, las familias perciben experiencias negativas, invasivas y perjudiciales, aumentando de esta forma los niveles de estrés familiar. De hecho, los padres de niños con TEA experimentan un mayor estrés, depresión, ansiedad y reciben un menor apoyo social que los padres de otros niños/as, incluidos aquellos con otros trastornos (Gabovitch & Curtin, 2009;

Rodger et al., 2008). Principalmente, es el primer paso de entrada a los servicios, la evaluación inicial, la que se percibe como un proceso significativo para las familias de niños/as con TEA y pueden llegar a sentirse nerviosos, frustrados e incluso nerviosos cuando la familia no recibe una preparación antes de la evaluación (Traube et al., 2021).

6.4. Beneficios para las familias

Como muestran las evidencias, involucrar a las familias en la intervención de sus hijos/as con TEA muestra beneficios positivos tanto en el niño/a como en la familia. Especialmente, los padres se benefician de este modelo y del apoyo que les proporcionan los profesionales en lo que respecta al desarrollo de sus hijos/as a través de la adquisición de habilidades, comprensión de las profundidades del trastorno, así como también la posibilidad de acceder a otras ayudas formales (Cossio et al., 2017).

No obstante, lo que mayormente recalcan los padres con respecto a los beneficios de este modelo es la capacidad para generarles mayor confianza y empoderamiento, mostrando, además, que permite empoderar más a las familias que los modelos tradicionales en el que el niño es el único centro de la intervención (Fitzgerald et al., 2015). A modo de resultados, el 60% de los padres de este estudio de (2015) que participaron en el grupo del MCF se sintieron capacitados desarrollar habilidades fuera de las sesiones de terapia, percibieron haber obtenido mayores competencias y mayor motivación para continuar solos en el proceso. Por otra parte, del grupo de las familias que recibieron un modelo centrado en el niño/a, el 66,7% informó sentirse poco preparado y capacitado para utilizar estrategias fuera de las sesiones de intervención y que esto tenía efectos perjudiciales en el desarrollo de su hijo.

Además de los aspectos positivos que se encuentran a nivel individual en los miembros de la familia, las pruebas demuestran que el MCF tienen una influencia positiva en el sistema familiar, mejorando la relación entre padres e hijos con TEA. Un estudio pre-post (Thompson et al., 2014) realizado con niños entre 3 y 5 años con diagnóstico TEA grave comprobó los efectos del MCF en estos niños y sus cuidadores a nivel social, a través del juego y junto con actividades de musicoterapia. Los padres indicaron los efectos positivos en tres áreas clave: en la interacción con sus hijos/as, la percepción que tenían de sus hijos/as y sus propias respuestas hacia los pequeños. Con respecto a la interacción, el 39'4 % de padres verbalizaron percibir un mayor vínculo con su hijo, una sensación íntima de unión con mayores oportunidades para interactuar juntos. El mismo porcentaje resultó de las percepciones positivas que tenían de sus hijos/as en las que los padres eran capaces de ver a su hijo más allá del autismo y ver sus potencialidades. Finalmente, la mayoría de los padres, el 73'8% fueron capaces de identificar cambios en sus respuestas ante el trastorno, buscando activamente oportunidades de compromiso y con mayores y adecuadas respuestas emocionales. Con estos resultados, los autores concluyeron que la rutina informal y flexible del grupo de juego, que incluye a todos los miembros de la familia, aumentó la comodidad de los padres y sus sentimientos de aceptación en relación con ellos mismos y sus hijos (Thompson et al., 2014).

A estas mismas conclusiones se llegó con un estudio que incluía además otros retrasos en el desarrollo, y que extendió sus efectos hacia los hermanos, de este modo la familia apreciaba una mayor interacción entre los hermanos que antes de las sesiones de AT (Armstrong et al., 2021).

En consecuencia, el efecto que producen estas prácticas en la familia, tanto en los padres como en relación al sistema familiar, origina una mejora significativa en distintas áreas del desarrollo de sus hijos/as con TEA (Armstrong et al., 2021; Thompson et al., 2014).

6.5. Beneficios para los niños/as

Las evidencias demuestran que la aplicación del MCF fijando la intervención en un área concreta del desarrollo traslada los beneficios positivos de los niños diagnosticados con TEA a otros dominios como la socialización, la autonomía, la memoria, el lenguaje y la motricidad (Cossio et al., 2017), mostrándose así en una menor puntuación en el Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo (M-CHAT-R/F) utilizado para detectar casos de TEA (Park et al., 2020).

En el estudio realizado por Joginder Singh et al. (2011) se confirmaba esta hipótesis. A la hora de intervenir en niños/as con autismo y otros trastornos del desarrollo que se encontraban en la etapa presimbólica, los profesionales se centraron en mejorar sus habilidades preverbales por ello muchos optan por introducir a la familia formas de comunicación simbólica a través de los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC), como objetivo de la intervención. Para la aplicación del tipo de SAAC los profesionales indicaron tener en cuenta varios factores como la capacidad cognitiva y la conducta simbólica del niño/a, y la disponibilidad parental. Con ello los profesionales denotaron cambios en no solo la comunicación verbal de los pequeños, sino que percibieron mayores aptitudes cognitivas en los distintos problemas del desarrollo, incluido el autismo.

Asimismo, cada vez hay más pruebas que sugieren que la intervención temprana mediada por los padres dentro de la relación padre-hijo en entornos naturales proporciona un contexto importante para que los niños pequeños con autismo aprendan habilidades de atención conjunta y mejoren otras habilidades clave de comunicación social (Wetherby et al., 2018).

Como se ratifica, la comunicación social de los niños/as con TEA se ve mejorada con implementación del MCF en entornos naturales durante 9 meses en un estudio comparativo realizado por Wetherby y colaboradores (2014) con 82 niños/as diagnosticados con TEA y sus familias. Estas fueron asignadas de manera aleatoria a una versión individual o grupal del MCF, variando en la forma y el lugar de formación de los padres. En ambas intervenciones se formaba a los padres a incorporar estrategias para apoyar a la comunicación social en sus

rutinas diarias, ya que es considerada una intervención más funcional (García-Grau et al., 2019), pero el grupo de intervención individual recibía esta formación centrada en las necesidades propias de cada niño y en sus entornos naturales. De modo contrario, las familias de la intervención grupal se formaban en estrategias generales sobre comunicación social en los servicios de AT. Los resultados de mejora a través de este modelo se pudieron reflejar en las habilidades verbales y en los comportamientos adaptativos de los niños/as del estudio. En evidencia, los menores que recibieron una intervención individualizada aumentaron de forma significativa su lenguaje expresivo y mostraron mayores conductas de ajuste (Wetherby et al., 2014).

Un estudio posterior de los mismos autores (Delehanty & Wetherby, 2021) amplió estos resultados encontrados respecto a los actos comunicativos de los niños/as que reciben un MCF individualizado en su entorno natural en comparación con otros trastornos del desarrollo (TD) y trastornos del lenguaje (TL). Con esta comparación surgieron dos diferencias significativas con respecto al uso de gestos, que complementan la comunicación verbal (Joginder Singh et al., 2011), tras la intervención parental entre los tres grupos. En primer lugar, se observó que los tres grupos utilizaron un mayor número de gestos que antes de la intervención mediante el MCF, aun así, fueron los niños/as con TEA quienes utilizaron gestos deícticos para señalar, vocalizaciones y actos comunicativos para la regulación de la conducta de forma menos significativa que el resto de los grupos. Se pudo llegar a concluir, pues que la utilización del MCF en los entornos naturales es una buena forma de mejora para el desarrollo comunicativo de los niños con TEA, sin embargo, otros trastornos del desarrollo se benefician de manera más significativa de la implementación de este modelo con respecto a esta área (Delehanty & Wetherby, 2021).

Esta mejora en la comunicación se correlaciona con una mejora en la calidad de la interacción social y las habilidades de interacción social (Park et al., 2020), siendo además la socialización de los niños/as con TEA otro aspecto en el que se centran los servicios de AT a la hora de intervenir con el MCF (Armstrong et al., 2021; Park et al., 2020; Thompson et al., 2014).

En este sentido, los grupos de juego, en el que los padres muestran sus habilidades adquiridas gracias al modelo, ofrece una serie de oportunidades de socialización captando el interés de los más pequeños, mejorando las habilidades sociales, la comunicación y el propio juego (Armstrong et al., 2021; Thompson et al., 2014). De forma específica, la optimización de la interacción social se muestra en mayor capacidad para responder a otros, habilidades de imitación, cooperación y la aproximación física hacia el otro (Thompson et al., 2014).

Además, las habilidades de interacción social llegan a mejorar sin la necesidad de realizar sesiones grupales, en el propio contexto de sus rutinas diarias, con la familia como único participante del proceso. De esta forma se demuestra que los cambios positivos significativos que se producen en esta área se deben a la capacitación de los padres gracias a la implementación del MCF (Park et al., 2020).

Por estos resultados, que demuestran un aumento de la curva de aprendizaje de los niños/as con TEA, en AT se orienta a los padres a maximizar el aprendizaje global a lo largo del día utilizando actividades, materiales y personas relacionadas con la familia que se realizan de forma natural en los contextos habituales del niño/a (Cossio et al., 2017; Schertz et al., 2011).

7. Conclusiones

Esta revisión ha identificado tendencias de desarrollo temprano en la intervención para niños/as pequeños con TEA centradas en la familia. Los resultados apuntan a la necesidad de que los investigadores consideren los principios clave del MCF, especialmente la necesidad de centrar la intervención en las capacidades globales de las familias, de realizar la intervención individual en entornos naturales (Fitzgerald et al., 2015; Joginder Singh et al., 2011; Park et al., 2020; Traube et al., 2021), en el contexto de las relaciones entre el cuidador y el niño y, para intervenciones de grupo, en entornos inclusivos (Armstrong et al., 2021; Thompson et al., 2014)..

Este MCF es un paradigma de gran alcance que se extiende desde la atención Sanitaria (Traube et al., 2021) hasta la educación (Siddiqua & Janus, 2017), pasando por servicios de carácter social y la salud mental (Joginder Singh et al., 2011), y más allá, para niños/as con todo tipo de capacidades y necesidades. Aun así, todavía es necesario facilitar y adaptar recursos dirigidos específicamente para la valoración y la implementación del modelo adecuado las características del autismo de los niños/as y sus familias (Wetherby et al., 2018).

Para mayor eficacia de este modelo, además es imprescindible que el equipo involucre a todos los niveles y a todos los miembros de la familia, ya que todavía existen evidencias de que no se favorece la participación activa y equitativa de todos los miembros de las familias con hijos/as con TEA (Thompson et al., 2014). Además, para favorecer esta participación los profesionales deben considerar el empoderamiento de estas familias y su calidad de vida que en familias de niños/as TEA se muestra más afectada que en otro tipo de trastornos (García-Grau et al., 2019).

Una buena implementación del modelo se refleja en la confianza de las familias TEA con el MCF, priorizando la relación estrecha con el terapeuta de referencia y las sesiones en entorno familiar. Contrariamente a lo que ofrece el modelo centrado en la persona, del cual las familias aprecian la capacidad de los

profesionales para fomentar el desarrollo infantil, pero no así la diversidad que ofrece el equipo multidisciplinar (Fitzgerald et al., 2015).

Los resultados demuestran pues, que situar a la familia de los más pequeños con TEA llega a tener efectos positivos tanto en el sistema familiar como en el propio niño. Las relaciones familiares entre todos los miembros se ven beneficiados por este modelo, las cuales mejoran significativamente tanto si las intervenciones se realizan de forma individual en las rutinas diarias de la familia, como en sesiones de juego terapéutico (Armstrong et al., 2021; Thompson et al., 2014).

Por otro lado, beneficios con respecto al desarrollo de estos niños se muestran principalmente en las áreas más afectadas en el TEA, es decir, la interacción social y la comunicación (Delehanty & Wetherby, 2021; Joginder Singh et al., 2011; Park et al., 2020; Thompson et al., 2014; Wetherby et al., 2014, 2018). Asimismo, otras áreas del desarrollo como la cognición o la motricidad también se ven favorecidas (Cossio et al., 2017).

En conclusión, los datos alcanzados revelan un avance en este MCF y en los efectos que produce su aplicación temprana sobre el TEA. Aun así, considerando el aumento de la prevalencia del TEA, la investigación sobre las PCF específica para familias con hijos/as con este trastorno, así como sobre sus beneficios, se encuentra en proceso. Se entiende pues, que aún queda mucho por investigar y comprender por parte de los profesionales y la comunidad científica para mejorar las prácticas de AT y que las estrategias puedan adaptarse a las necesidades y prioridades que estas familias requieren, produciendo así beneficios efectivos y positivos para favorecer el desarrollo del niño/a con TEA.

8. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). American Psychiatric Association DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. Editorial Médica Panamericana. <https://afly.co/wkj5>
- André, T., Valdez-Montero, C., Ortiz-Félix, R., & Gámez-Medina, M. (2020). Prevalencia Del Trastorno Del Espectro Autista: Una Revisión De La Literatura. *Jóvenes En La Ciencia*, 7(1), 1–7. <https://afly.co/wkl5>
- Armstrong, J., Elliott, C., Davidson, E., Mizen, J., Wray, J., & Girdler, S. (2021). The Power of Playgroups: Key components of supported and therapeutic playgroups from the perspective of parents. *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(2), 144–155. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12708>
- Artigas-Pallares, 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. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352012000300008>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós. <https://afly.co/wl85>
- Casado, D. (2008). La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo. *Políbea*, 79, 11 – 16. <https://afly.co/wkn5>
- Chiu, S. J., Lin, I. F., Chou, Y. T., & Chien, L. Y. (2020). Family quality of life among Taiwanese children with developmental delay before and after early intervention. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(8), 589–601. <https://doi.org/10.1111/jir.12754>
- Confederación Autismo España. (2020). *Trastorno del Espectro del Autismo | Confederación Autismo España. Sobre El TEA*. <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA/trastorno-del-espectro-del-autismo>

- Cossio, A. do P., Pereira, A. P. da S., & Rodriguez, R. de C. C. (2017). Benefícios e Nível de Participação na Intervenção Precoce: Perspectivas de Mães de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 23(4), 505–516. <https://doi.org//dx.doi.org/10.1590/S1413-65382317000400003>
- Delehanty, A. D., & Wetherby, A. M. (2021). Rate of communicative gestures and developmental outcomes in toddlers with and without autism spectrum disorder during a home observation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 649–662. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00206
- Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J. A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R., Idiazábal-Aletxa, M. A., Ferrari-Arroyo, M. J., Mulas, F., Tamarit, J., Valdizán, J. R., Hervás-Zúñiga, A., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., Hernández, J. M., Martos-Pérez, J., Palacios, S., & Posada-De La Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurologia*, 41(5), 299–310. <https://doi.org/10.33588/rn.4105.2005057>
- Fitzgerald, N., Ryan, P., & Fitzgerald, A. (2015). Team-Based Approaches in Early Intervention Services for Children With Disabilities: Irish Parents' Experiences. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12(3), 199–209. <https://doi.org/10.1111/jppi.12126>
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., Muñoz-Yunta, J. A., Hervás-Zúñiga, A., Canal-Bedia, R., Hernández, J. M., Díez-Cuervo, A., Idiazábal-Aletxa, M. A., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J., Martos-Pérez, J., & Posada-De La Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurologia*, 43(7), 425–438. <https://doi.org/10.33588/rn.4307.2005750>
- Gabovitch, E. M., & Curtin, C. (2009). Family-centered care for children with autism spectrum disorders: A review. *Marriage and Family Review*, 45(5), 469–498. <https://doi.org/10.1080/01494920903050755>

- García-Grau, P., McWilliam, R. A., Martínez-Rico, G., & Morales-Murillo, C. P. (2019). Child, Family, and Early Intervention Characteristics Related to Family Quality of Life in Spain. *Journal of Early Intervention*, 41(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/1053815118803772>
- GAT. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. <https://n9.cl/xu0c>
- GAT. (2011). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. 4ª ed. <https://afly.co/wkz5>
- GOIB. (2019). *Aprobado el gasto para la contratación de las UVAI para atender al alumnado TEA*. Conselleria d'educació i Universitat. <https://afly.co/wkp5>
- Guralnick, M. J., & Bruder, M. B. (2019). Early intervention. In *Handbook of intellectual disabilities – integrating theory, research, and practice* (pp. 717–742). Springer Publishing. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1075825>
- Gutiez Cuevas, P. (2005). *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Editorial Complutense. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=7823>
- Gutiez Cuevas, P., & Ruiz Veerman, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana- una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en NuestroPaís. Agentes Contextos y Procesos. *Revista de Psicología Educativa*, 18(2), 107–122. <https://doi.org/10.5093/ed2012a12>
- Hanft, B. (1988). The changing environment of early intervention services: implications for practice. *The American Journal of Occupational Therapy. : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 42(11), 724–731. <https://doi.org/10.5014/ajot.42.11.724>
- Hodgetts, S., Nicholas, D., Zwaigenbaum, L., & McConnell, D. (2013). Parents' and professionals' perceptions of family-centered care for children with autism spectrum disorder across service sectors. *Social Science and Medicine*, 96, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.012>

- Joginder Singh, S., Iacono, T., & Gray, K. M. (2011). A comparison of Malaysian and Australian speech-language pathologists' practices with children with developmental disabilities who are pre-symbolic. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(5), 389–398. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.603429>
- Långh, U., Hammar, M., Klintwall, L., & Bölte, S. (2017). Allegiance and knowledge levels of professionals working with early intensive behavioural intervention in autism. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(5), 444–450. <https://doi.org/10.1111/eip.12335>
- Mansilla, M. E. (2014). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación En Psicología*, 3(2), 105. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
- Marín, F. A., Esteban, Y. A., & Iturralde, S. M. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7–26. <https://doi.org/10.14201/scero2016474726>
- Martos-Pérez, J., Freire-Prudencio, S., González-Navarro, A., Llorente-Comí, M., & Ayuda-Pascual, R. (2013). Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. In *Revista de Neurología*, 56(1). <https://doi.org/10.33588/rn.56s01.2012655>
- Martos-Pérez, J., & Llorente-Comí, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: Unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*, 57(1). <https://doi.org/10.33588/rn.57s01.2013264>
- Mas, J. M., Cañadas, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Serrano, A. M., & Dunst, C. J. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the family-centred practices scale for use with families of young children receiving early childhood intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 851–861. <https://doi.org/10.1111/jar.12442>
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133–153. <https://doi.org/10.4067/s0718->

[73782016000100008](https://doi.org/10.73782016000100008)

- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention: supporting young children and their families*. <https://doi.org/https://afly.co/wkb5>
- Park, H. II, Park, H. Y., Yoo, E., Han, A., & Galeoto, G. (2020). Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design. *Occupational Therapy International*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/1427169>
- Rivard, M., Mercier, C., Mestari, Z., Terroux, A., Mello, C., & Bégin, J. (2017). Psychometric properties of the Beach Center Family Quality of Life in French-speaking families with a preschool-aged child diagnosed with autism spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 122(5), 439–452. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-122.5.439>
- Robles-Bello, M. A., & Sánchez-Teruel, D. (2021). Psychometric properties of the Spanish version of the Family Centred Practice Scale for use with families with children with Autism Spectrum Disorder. *Children and Youth Services Review*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105863>
- Rodger, S., Keen, D., Braithwaite, M., & Cook, S. (2008). Mothers' satisfaction with a home based early intervention programme for children with ASD. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 174–182. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00393.x>
- Schertz, H. H., Baker, C., Hurwitz, S., & Benner, L. (2011). Principles of Early Intervention Reflected in Toddler Research in Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(1), 4–21. <https://doi.org/10.1177/0271121410382460>
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention* (Second). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511529320>
- Siddiqua, A., & Janus, M. (2017). Experiences of parents of children with special needs at school entry: a mixed method approach. *Child: Care, Health and*

- Development*, 43(4), 566–576. <https://doi.org/10.1111/cch.12443>
- Simeonsson, R. J. (1991). Primary, Secondary, and Tertiary Prevention in Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 15(2), 124–134. <https://doi.org/10.1177/105381519101500202>
- Thompson, G. A., McFerran, K. S., & Gold, C. (2014). Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: A randomized controlled study. *Child: Care, Health and Development*, 40(6), 840–852. <https://doi.org/10.1111/cch.12121>
- Traube, D. E., Palmer Molina, A., Taylor, A., Kemner, A., Shah, L., & Rau, A. (2021). Caregiver experiences of developmental screening. *Child: Care, Health and Development*, 47(3), 319–328. <https://doi.org/10.1111/cch.12844>
- Varela-González, D. M., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Baez, L., & Hernández-Antúnez, B. G. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 213–222. <https://doi.org/10.18233/APM32No4pp213-222>
- Von Bertalanffy, L. (1968). General system theory: Foundations, development, applications (Revised Ed., p. 90). New York: George Braziller. <https://afly.co/wl75>
- Wetherby, A. M., Guthrie, W., Woods, J., Schatschneider, C., Holland, R. D., Morgan, L., & Lord, C. (2014). Parent-implemented social intervention for toddlers with autism: An RCT. *Pediatrics*, 134(6), 1084–1093. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0757>
- Wetherby, A. M., Woods, J., Guthrie, W., Delehanty, A., Brown, J. A., Morgan, L., Holland, R. D., Schatschneider, C., & Lord, C. (2018). Changing developmental trajectories of toddlers with autism spectrum disorder: Strategies for bridging research to community practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(11), 2615–2628. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-RSAUT-18-0028

ANEXOS

Tabla 4. Características de los estudios

Título	Autores	Año	País	Estudio
The Power of Playgroups: Key components of supported and therapeutic playgroups from the perspective of parents.	Armstrong, J., Elliott, C., Davidson, E., Mizen, J., Wray, J., & Girdler, S	2021	Australia	Cualitativo
Family quality of life among Taiwanese children with developmental delay before and after early intervention	Chiu, S. J., Lin, I. F., Chou, Y. T., & Chien, L. Y.	2020	Taiwán	Cuantitativo
Benefícios e Nível de Participação na Intervenção Precoce: Perspectivas de Mães de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo	Cossio, A. do P., Pereira, A. P. da S., & Rodriguez, R. de C. C.	2017	Brasil/ Portugal	Cualitativo
Rate of communicative gestures and developmental outcomes in toddlers with and without autism spectrum disorder during a home observation.	Delehanty & Wetherby,	2021	Estados Unidos	Cuantitativo
Team-Based Approaches in Early Intervention Services for Children With Disabilities: Irish Parents' Experiences.	Fitzgerald, N., Ryan, P., & Fitzgerald, A.	2015	Irlanda	Cualitativo
Family-centered care for children with autism spectrum disorders: A review.	Gabovitch & Curtin.	2009	Estados Unidos	Revisión
Child, Family, and Early Intervention Characteristics Related to Family Quality of Life in Spain.	García-Grau, P., McWilliam, R. A., Martínez-Rico, G., & Morales-Murillo, C. P.	2019	España/ Estados Unidos	Cuantitativo
Parents' and professionals' perceptions of family-centered care for children with autism spectrum disorder across service sectors.	Hodgetts, S., Nicholas, D., Zwaigenbaum, L., & McConnell, D.	2013	Canadá	Cuantitativo /Cualitativo
A comparison of Malaysian and Australian speech-language pathologists' practices with children with developmental disabilities who are pre-symbolic.	Joginder Singh, S., Iacono, T., & Gray, K. M.	2011	Malasia/ Australia	Cuantitativo /Cualitativo
Allegiance and knowledge levels of professionals working with early intensive behavioural intervention in autism.	Långh, U., Hammar, M., Klintwall, L., & Bölte, S.	2017	Noruega/ Suiza	Cuantitativo /Cualitativo

Psychometric properties of the Spanish version of the family-centred practices scale for use with families of young children receiving early childhood intervention.	Mas, J. M., Cañadas, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Serrano, A. M., & Dunst, C. J.	2018	España	Cuantitativo
Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design.	Park, H. II, Park, H. Y., Yoo, E., Han, A., & Galeoto, G.	2020	Corea del Sur	Cuantitativo
Psychometric properties of the Beach Center Family Quality of Life in French-speaking families with a preschool-aged child diagnosed with autism spectrum disorder	Rivard, M., Mercier, C., Mestari, Z., Terroux, A., Mello, C., & Bégin, J.	2017	Canadá/ Estados Unidos	Cuantitativo
Psychometric properties of the Spanish version of the Family Centred Practice Scale for use with families with children with Autism Spectrum Disorder.	Robles-Bello & Sánchez-Teruel	2021	España	Cuantitativo
Mothers' satisfaction with a home based early intervention programme for children with ASD	Rodger, S., Keen, D., Braithwaite, M., & Cook, S.	2008	Australia	Cualitativo
Principles of Early Intervention Reflected in Toddler Research in Autism Spectrum Disorders	Schertz, H. H., Baker, C., Hurwitz, S., & Benner, L.	2011	Estados Unidos	Revisión
Experiences of parents of children with special needs at school entry: a mixed method approach.	Siddiqua & Janus	2017	Canadá	Cuantitativo /Cualitativo
Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: A randomized controlled study	Thompson, G. A., McFerran, K. S., & Gold, C.	2014	Australia	Cuantitativo /Cualitativo
Caregiver experiences of developmental screening	Traube, D. E., Palmer Molina, A., Taylor, A., Kemner, A., Shah, L., & Rau, A.	2021	Estados Unidos	Cualitativo
Parent-implemented social intervention for toddlers with autism: An RCT.	Wetherby, A. M., Guthrie, W., Woods, J., Schatschneider, C., Holland, R. D., Morgan, L., & Lord, C.	2014	Estados Unidos	Cuantitativo
Changing developmental trajectories of toddlers with autism spectrum disorder: Strategies for bridging research to community practice	Wetherby, A. M., Woods, J., Guthrie, W., Delehanty, A., Brown, J. A., Morgan, L., Holland, R. D., Schatschneider, C., & Lord, C.	2018	Estados Unidos	Revisión

Fuente: *Elaboración propia*

Tabla 5. Contenido de los estudios

Estudios	Contenido (objetivos, participantes y metodología)
Armstrong et al., 2021	Este estudio tiene como objetivo identificar los componentes clave de los grupos de juego con apoyo y terapéuticos que impactan en la efectividad percibida desde la perspectiva de los padres con un hijo/a con alguna discapacidad. Explorando las experiencias de 23 padres que asistían a grupos de juego con apoyo o terapéuticos utilizando un enfoque fenomenológico interpretativo cualitativo. Los datos se recopilaron a través de tres grupos focales y entrevistas individuales.
Chiu et al., 2020	Este estudio tiene como meta investigar la trayectoria de la calidad de vida familiar (CVF) de 142 familias de niños taiwaneses con diferentes problemas de desarrollo durante los primeros 12 meses de la intervención temprana (IT). Se empleó un diseño de cohorte prospectivo y los datos se recogieron mediante cuestionarios estructurados en la reunión de acogida, así como 3, 6 y 12 meses después de la intervención. Otras variables independientes fueron los datos sociodemográficos, el tipo de discapacidad y el tipo servicios de AT.
Cossio et al., 2017	Esta investigación tiene como objetivo analizar y comprender los beneficios del apoyo de la IT para seis madres de niños con TEA, de entre 3 y 6 años, así como el tipo de participación que estas madres consideran tener en el proceso de apoyo de los profesionales. Para ello, se definieron dos objetivos: analizar y comprender el nivel de participación de las madres en los diferentes momentos del proceso de apoyo y explorar los beneficios del apoyo a la IT. Los datos se recogieron a través de la entrevista semiestructurada y posteriormente se examinaron con el análisis de contenido.
Delehanty & Wetherby, 2021	Estudio de los actos comunicativos realizados por niños pequeños con TEA, retraso en el desarrollo y desarrollo típico en el entorno natural. Los participantes fueron 211 niños de 20 meses de edad que participaron en rutinas diarias con un cuidador principal durante una hora de observación en el hogar. Se codificaron los inventarios de gestos únicos, las tasas por minuto y las proporciones de los tipos de actos comunicativos y comparándose los datos mediante un análisis de varianza de una vía.

Fitzgerald et al., 2015	Esta investigación examinó las facilidades y las barreras de un equipo multidisciplinar centrado en el niño/a y el de un equipo transdisciplinar centrado en la familia mediante 19 entrevistas semiestructuradas y debates de grupos focales con familias de niños con diferentes trastornos de dos servicios de AT en Irlanda.
Gabovitch & Curtin, 2009	Revisión de 67 estudios sobre las PCF en el ámbito sanitario y educativo. Centrando la investigación en las familias con hijos/as con TEA.
García-Grau et al., 2019	El objetivo principal de este artículo es el análisis de la CVF de familias que participan en servicios de AT de toda España. Participaron 250 familias españolas con niños de 0 a 6 años que recibían un MCF. Se utilizó una escala de calidad de vida específica de la IE que incluye la percepción de las familias sobre el funcionamiento de su hijo/a. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron el tipo de discapacidad, el estatus socioeconómico y el tipo de PCF.
Hodgetts et al., 2013	Este artículo analiza las experiencias de las familias con niños/a TEA con el MCF en Canadá. Se analizaron las experiencias de 152 padres con un hijo con TEA que completaron la Medida de los Procesos de Atención, según el ámbito de los servicios utilizados. Se exploró además la experiencia de 146 profesionales que trabajan con estas familias a través de un modelo adaptado de la misma escala. Posteriormente se realizaron entrevistas a 19 de los padres.
Joginder et al., 2011	Estudio comparativo del MCF en los servicios de AT de Australia y Malasia. Para ello se analizó el tipo de evaluación, intervención y PCF que realizaban, mediante un cuestionario a los profesionales de dichos servicios. Siendo así 68 logopedas de los servicios de Malasia y 157 de los servicios australianos.
Lângh et al., 2017	A través de un cuestionario online este artículo estudio el nivel de conocimiento en técnicas de intervención conductual de los profesionales de los servicios educativos. Los encuestados fueron el personal de preescolar, expertos en modificación de la conducta, y padres de niños con TEA.
Mas et al., 2018	Examen de las propiedades psicométricas de la Escala de valoración de las PCF en los centros de AT de España. Fueron 105 familias de niños/as con trastorno en el desarrollo, incluido el TEA las que respondieron a esta escala.

Park et al., 2020	Este estudio investigó los efectos del MCF en AT en la calidad de interacción social de bebés con sospechas de TEA en el entorno natural de 3 familias que completaron diferentes cuestionarios de evaluación antes, durante y después de la IT.
Rivard et al., 2017	Estudio sobre las propiedades psicométricas de la escala Beach Center Family Quality of Life para evaluar los servicios de AT que implementan el MCF en familias con hijos/as con TEA. Participaron finalmente 452 padres de niños/as de entre 4 y 6 años con diagnóstico reciente de TEA.
Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2021	Valoración de las propiedades de la escala de PCF adaptada a los padres de niños/as con TEA. Se analizaron las propiedades con 471 familias que participan en los servicios de AT. Además, se evaluó la invariabilidad según la edad y el género de los padres, y se realizó un análisis longitudinal de las puntuaciones.
Rodger et al., 2008	Investigación sobre la satisfacción de un programa centrado en la familia de IT para niños/as con TEA. Las participantes fueron dos madres que formaron parte de un estudio previo y en el que declararon menor satisfacción que otras 14 participantes. Por este motivo se realizó esta extensión y así describir los factores que produjeron esta baja percepción del programa. Se describieron factores relacionados con el niño, las familias y el propio servicio.
Schertz et al. 2011	Revisión que estudia todas las prácticas recomendadas para pequeños con TEA en la primera infancia. Los principales aspectos que se analizan son las propias prácticas, el apoyo a la familia, la participación del menor, los entornos y el aprendizaje del pequeño/a.
Siddiqua & Janus, 2017	Estudio mixto que estudia las experiencias de 37 familias de niños/as con diferentes diagnósticos con respecto a la entrada de sus hijos al sistema educativo. A través de diferentes escalas métricas se recopiló información de padres de 37 niños/as de 4, 5 y 6 años y posteriormente se realizaron entrevistas semiestructuradas a 10 de los padres para conocer más a fondo sus experiencias.
Thompson et al., 2014	La meta de este estudio es analizar el impacto de los grupos de musicoterapia centrado en la familia en las habilidades de interacción social. A través de los servicios de AT sanitarios se realizaron evaluaciones estandarizadas,

	entrevistas y observación de las 23 familias de niños con TEA que podían recibir el programa con o sin musicoterapia.
Traube et al., 2021	Su objetivo fue conocer las experiencias de los padres y niños/as en diferentes tipos de servicios de valoración de diagnóstico. Se realizaron 31 entrevistas a los/as padres con respecto a 4 aspectos el tipo de atención recibida, el lugar de la valoración, las experiencias durante el proceso y el tipo de intervenciones posteriores
Wetherby et al., 2014	Este artículo compara los efectos de la IT centrada en la familia de forma individual y grupal. En el estudio participaron 82 familias que pasaron por una de las dos condiciones y se valoraron los efectos del programa tras 9 meses través escalas psicométricas de valoración de los/as niños/as con TEA.
Wetherby et al., 2018	Revisión de los resultados del estudio de (Wetherby et al., 2014) con el objetivo de identificar carencias o errores con respecto a los niños/as con TEA que recibieron un programa centrado en la familia en AT. identificar las lagunas en la base de pruebas para los niños pequeños con TEA.

Fuente: *Elaboración propia*