

Proyecto Fin de Máster 2010/2011

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación

ATENCIÓN TEMPRANA



Máster Universitario de Educación Especial

Presentado por:

D^a M^a del Mar Fernández García

Dirigido por:

Dr. D. Joaquín Francisco Álvarez Hernández.

En Almería, a 16 de Junio de 2011

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. DIFERENCIA ENTRE FACTOR DE RIESGO Y SEÑALES DE ALARMA.

3 .DESAROLLO

3.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA.

3.2 .OBJETIVOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

3.2.1. Población objeto de la Atención Temprana.

3.2.2. Modelo de intervención y metodología.

3.2.3. Metodología

3.3 RECURSOS MATERIALES.

3.3.1. Espacio.

3.3.2. Tiempo.

3.3.3. Material informático, audiovisual y mobiliario.

3.4 INTERVENCIÓN INICIAL.VALORACIÓN.

3.4.1. Recogida de información

3.4.1.1 La recogida de información

3.4.1.2 Recogida sistemática de información.

3.4.1.3 Información procedente de otros profesionales.

3.4.2. Evaluación del niño y de su entorno.

3.4.3. Elaboración de un programa de intervención

3.4.4. Entrevista de devolución.

3.5 INTERVENCIÓN TERAPEUTICA.

3.5.1. Atención al niño.

3.5.2. Atención a la familia

3.5.3. Atención a la escuela.

3.5.3.1 Incorporación del niño a la escuela infantil.

3.5.4. Intervención en el entorno.

3.5.5. Evaluación y seguimiento.

3.5.6. Derivación

3.6. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DE PRIMERA INFANCIA.

3.6.1. Atención al núcleo de la relación.

3.6.2. La observación y la atención.

3.6.3 .Capacidad terapéutica del niño y su familia.

3.6.4. Funciones por parte del profesional.

3.7. LA FAMILIA.

3.7.1.- Definición de familia.

3.7.2. Funciones de la familia.

3.7.3. La familia y trastorno del desarrollo.

3.7.3.1. Fase de shock.

3.7.3.2. Fase de reacción.

3.7.3.3. Fase de adaptación.

3.7.3.4. Fase de orientación.

3.7.4.- Objetivos generales de la intervención familiar en un Programa de Atención Temprana.

3.7.5- Programa de Intervención Familiar.

3.7.5.1. Programas Individuales.

3.7.5.2. Programas de Acogida.

3.7.5.3. Programa de Primera Noticia.

3.7.5.4. Programa de Participación en las Sesiones de Intervención.

3.7.5.5. Programa de seguimiento individual.

3.7.5.6. Programa Padres a Padres.

4.BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

De la lectura de este trabajo se desprende la profundización en diversos temas que explico posteriormente. También me gustaría concretar que debido a la amplitud del tema, me he centrado en resaltar las funciones que desempeña el profesional de Atención Temprana, desde cómo actúan los profesionales con los niños, los pasos que se llevan a cabo desde que un niño llega a un centro de Atención temprana hasta que se marcha. Por quien viene derivado, el tipo de intervención y la intervención con la familia.

Comenzaré hablando sobre la diferencia entre factores de riesgo y signos de alarma, en esta apartado destacaré los ambos factores, pero me gustaría comentar que sólo mencionaré los signos de alarma desde el nacimiento hasta los 3 años. Aunque la atención Temprana abarca desde los 0 a los 6 años, he considerado oportuno mencionar solo la mitad, ya que sería demasiado contenido y me excedería de las páginas requeridas para este trabajo.

A lo largo del trabajo se hablará sobre cómo se interviene desde los centros de Atención Temprana, los recursos que se emplean tanto a nivel inicial como a nivel terapéutico. Focalizaremos el tema de las familias, cómo lo afrontan y los medios que poseen, al igual que las funciones que deben tener los profesionales de la primera infancia.

Por último comentar que la realización de este trabajo ha sido compleja pero a la vez muy enriquecedora ya que he obtenido información de diferentes fuentes. Considero que un niño entre 0 y 6 años está en el mejor momento para poder superarse a sí mismo, por lo que en este tipo de niños es primordial este tipo de intervenciones.

2. DIFERENCIA ENTRE FACTOR DE RIESGO Y SEÑALES DE ALARMA.

Según M. Santisteban Robles autor de “Programa de seguimiento del niño sano en Andalucía” se diferencia factor de riesgo y señal de alarma, e intenta que la prevención sea cada vez un factor más importante y determinante para el desarrollo del niño sano.

Esta idea ha de servir para los padres, pero también para los profesionales de primera infancia.

Es una idea básica para el entorno en donde debe desarrollarse el niño.

Las definiciones según los profesionales que ha elaborado este programa son:

- Factor de riesgo: se llama factor de riesgo a toda característica del niño, o cualquier circunstancia de su entorno que conlleve una posibilidad más o menos grande de trastornos psicopatológicos que la que se observa en la población general.
- Señal de alarma: se entiende por señal de alarma aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que si aparecen a determinada edad han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico.

Factores de riesgo:

Las situaciones de riesgo por las que un niño de 0 a 5 años se puede encontrar, pueden venir dadas por:

- Por situaciones traumáticas, que muy probablemente producirán ruptura en el desarrollo del niño.
- Por situaciones menos aparatosas pero muy importantes y que son producto muchas veces de momentos sociales que toca vivir.

En este último punto nos referimos a las carencias básicas con las que se puede encontrar un niño de 0 a 4 años, como por ejemplo:

- Duelos del crecimiento que no han estado elaborados, exagerando las regresiones o al contrario.
- Duelos significativos de la familia, por ejemplo la muerte de un abuelo que deja al padre o a la madre en una situación dolorosa.
- Enfermedad mental de uno de los padres.
- Y finalmente, nombrar el riesgo con el que se puede encontrar un niño, si los padres no han hecho una buena elaboración de la pérdida del hijo ideal, que ellos tenían en su fantasía y la conexión con el hijo real.

Estos aspectos se complican todavía más, cuando el niño nace con una Anomalía física o la adquiere en el primer tiempo de vida.

En el ya citado Programa del niño sano, está elaborada una tabla de factores de riesgo general para cualquier edad:

- Circunstancias de la concepción y del embarazo.
- Circunstancias perinatales.
- Características temperamentales del niño.
- Enfermedades crónicas.
- Cambios ambientales o circunstancias concretas de riesgo.
- Estatus socioeconómico muy desfavorable.

Para facilitar la comprensión se elaboran tres columnas:

Columna que contempla los aspectos biológicos:

- Prematuros de peso inferior a 1.500 gramos o de 32 semanas de gestación (indicador de alto riesgo en el inicio de la relación madre/padre e hijo)
- Antecedentes maternos de exposición a tóxicos, infecciones o radiaciones los primeros meses de embarazo
- Niños sometidos a curas intensivas.

- Reiteración de algún trastorno o enfermedad dentro del entorno familiar.
- Niños afectados de enfermedades crónicas o invalidantes.
- Niños que presentan trastornos sensoriales o discapacidades.
- Antecedentes familiares de muertos en periodo neonatal de causa desconocida.(indicador de alto riesgo en el inicio de la relación madre-padre e hijo)
- Embarazos de madres diabéticas, hipertensas o portadoras de otras patologías.

Columna que contempla aspectos evolutivos:

- Alteración en el área de la comunicación y del lenguaje.
- Alteración en la relación y comunicación afectiva con el cuidador habitual y/o su entorno (indicador de alto riesgo en el inicio de la relación madre-padre e hijo).
- Alteración en el ámbito de la alimentación.
- Alteración en la adquisición del ritmo del sueño.
- Alteración de la conducta.
- Alteración en el control de esfínteres.
- Alteración en las adquisiciones a nivel motriz, emocional, cognitivo y/o de aprendizaje.

Columna que contempla aspectos familiares y sociales:

- Embarazos de adolescentes menores de 19 años o producto de violación.
- Depresión (pre o post parto) materna, o de quien haga las funciones maternas.(indicador de alto riesgo en el inicio de la relación madre-padre e hijo).
- Organización familiar variante e inestable.
- Antecedentes de alcoholismo y/o drogadicción de familiares directos.
- Familias tuteladas por servicios sociales o en trámite.

- Antecedentes familiares o personales de maltrato.
- Familiares directos afectados de enfermedad crónica y/o invalidante
- Familiares directos afectados de enfermedad mental (indicador de alto riesgo en el inicio de la relación madre-padre e hijo).
- Distocia social: familias desorganizadas con diversos problemas.
- Cambio brusco de la estructura familiar: muerte, accidente, separación (indicador de alto riesgo en el inicio de la relación padre-madre e hijo).

Señales de alarma:

Según Pedro R.V. y Matilde R. P. (2008) una posible forma de clasificar las señales de alarma son:

El niño de 0 a 3 meses:

Llega a conocer las personas más cercanas y su entorno inmediato.

Necesita de su entorno, es preciso que se le hable, se le coja en brazos y reciba caricias.

Al principio boca abajo, puede levantar la cabeza unos momentos.

Al final de este periodo, boca abajo se sostiene sobre sus brazos levantando la cabeza.

Después si se le coge en brazos, puede aguantar la cabeza un ratito.

Le tranquiliza la voz de la madre, mira a los ojos a los de su entorno y puede seguirlos con la mirada.

Sonríe y emite sonidos cuando se le habla y se le acaricia.

Al principio duerme mucho, después cada vez esta más ratos despierto, mirando su entorno y reaccionando a ruidos fuertes.

Mueve las manos, mirándolas y jugando.

Si el adulto se acerca le tira de los pelos y le toca la cara.

Señal de alarma: si a los tres meses no sonrío, no fija la mirada, no aguanta la cabeza o no responde a ruidos.

El niño de 4 a 6 meses:

Establece un vínculo afectivo con las personas de su entorno y amplía su mundo explorando y descubriendo objetos nuevos.

Al principio mueve pies y manos y jugando aprende a moverse.

Cuando se le pone en la falda del adulto, ya aguanta la cabeza.

Se coge los pies y así va descubriendo su cuerpo.

A los seis meses boca abajo se aguanta sobre sus manos y se gira.

Se gira con los ruidos, emite sonidos variados y llama para que el adulto acuda.

Ríe fuerte si se le hace cosquillas.

Reconoce las personas que están cerca de él.

Cuando se le habla repite algún sonido.

Si se le enseña alguna cosa, intenta cogerla, y si se le da en la mano, se la pone a la boca.

Al final de este periodo, coge sin dificultad las cosas que se le dan para que juegue.

Señal de alarma: Si a los seis meses aún no tiene interés de coger las cosas o no utiliza una de las dos manos.

El niño de 7 a 9 meses:

En este periodo quiere más estar con los padres, y se extraña mucho.

Cada vez se mantiene mejor sentado y además de coger objetos, los explora y se los pone a la boca.

Ya se aguanta un poco sentado, pero se sostiene con las manos.

Intenta ir de un lugar a otro, rastreándose, y intenta llegar al juguete que le gusta.

Al final de este periodo ya se aguanta bien sentado.

Explora los objetos mirándolos mientras los hace rodar y después los hace picar.

También empieza a coger cosas pequeñas.

Ya dice algunas sílabas y le gusta repetir las.

Manifiesta lo que le gusta y lo que no le gusta.

Estira los brazos para que se le coja, llora cuando se le deja con personas poco conocidas.

Pica de manos y dice “adiós” con la mano.

Reconoce algunas situaciones que son habituales: el paseo, el baño, la hora de comer.

Señal de alarma: Si a los nueve meses no se aguanta sentado o no mira las cosas cuando las coge o no emite sonidos.

El niño de 10 a 12 meses:

Amplia la comunicación gestual y verbal diciendo las primeras palabras.

Se mantiene sentado.

Empieza a desplazarse por que ya tienen interés por su entorno.

Por el suelo empieza a ir a gatas y se coge para ponerse de pie.

Después intenta ir solo o con ayuda por toda la casa, a gatas o cogiéndose.

Cuando oye que hablan del padre o de la madre, se gira para buscarlos.

Empieza a decir “mamá” y “papa” y a entender muchas cosas que se le dicen.

Cambia de actitud cuando se le dice que “no”.

Cada vez le interesan más las cosas de su entorno y intenta cogerlas. Si ve como el adulto le tapa un juguete, lo destapa enseguida.

Es capaz de dar lo que tiene en la mano si el adulto le dice “dámelo”, alargando la mano.

Empieza a comer solo utilizando los dedos, le gusta hacer porquerías.

Le gusta abrir cajones, armarios y sacar todo lo que encuentra.

Puede hacer pilas de piezas grandes y tirar de un cordel para acercarse lo que está lejos.

Señal de alarma: Si a los doce meses no intenta aguantarse de pie, cogido (aunque no ande), no reclama la relación del adulto, o no explora los objetos.

El niño de 13 a 18 meses:

El niño ya se puede desplazar y esto le permite ampliar las exploraciones y conocimientos de su medio. Paralelamente las ganas de comunicarse van aumentando (mirada, gestos...) y el lenguaje verbal va tomando más importancia.

Empieza a andar aunque sea apoyándose a todo lo que tiene cerca, cada vez lo hace mejor y solo.

Le gusta estar con los otros niños, aunque sea peleándose por el mismo juguete.

Señala y sabe nombrar “iaia”, “pan”, aunque no lo diga correctamente. También reconoce y señala partes de su cuerpo.

Le gusta sacar y desordenar todo lo que está guardado

Cuando se mira al espejo sonrío porque se reconoce.

Le gusta jugar a pasar la pelota y que se la devuelvan.

Mira cuentos, señala dibujos y aprende a pasar las hojas.

Puede beber solo con un vaso, hace servir la cuchara y empieza a sacarse algunas piezas de ropa y colaborar a la hora de vestirse.

Se pone de pie y se baja solo.

Sube escaleras a gatas.

Le gusta jugar a “esconder”, y si se le da papel y colores hace garabatos.

Señal de alarma: Si a los dieciocho meses no anda, no busca la relación con los demás o no dice el nombre de cosas familiares.

El niño de 19 a 24 meses:

El niño ya domina cada vez más los movimientos de su cuerpo y puede manipular objetos muy pequeños.

Ya empieza a unir palabras y juega a imitar las cosas que hacen los adultos.

Sube y baja las escaleras dándole la mano.

Puede chutar la pelota.

Puede tirar de un juguete mientras va andando.

Le gusta hacer pilas de piezas pequeñas y después tirarlas.

Comprende órdenes sencillas.

Ayuda a guardar juguetes.

Imita acciones sencillas de los adultos.

Hace pequeñas frases de dos palabras, como por ejemplo “mama, agua”.

Cuando mira los cuentos puede señalar lo que el adulto le pide.

Le gusta empezar a correr.

Señal de alarma: Si a los veinticuatro meses su marcha no es estable, no hace juego imitativo, no tiene lenguaje comunicativo o puede ir con cualquier persona sin conocerla.

El niño de 2 a 3 años:

El niño tiene más autonomía, se autoafirma a partir del “no” y de las rabietas.

Es una etapa en la que el niño recoge y manifiesta en toda su amplitud adquisiciones adquiridas anteriormente, está muy orgulloso de sus aprendizajes y necesita exhibirlos.

Aprende a ir en triciclo.

Hace pruebas de ir a pata coja.

Sabe subir y bajar escaleras solo y alternando los pies.

Con papel y colores además de garabatos, empieza a hacer formas, primero por casualidad.

Empieza a ponerse alguna pieza de vestir solo y los zapatos. Se ensaya muchas veces.

Ya come solo.

Ya controla y pide pipi y caca.

Hace frases de tres o cuatro palabras con sentido.

Ya canta canciones sencillas.

Ya dice el pronombre personal “Yo” y se señala.

Le interesa mucho hacer preguntas al adulto: ¿y por qué?, ¿qué es?...

Juega a hacer ver que da comida a las muñecas, que hace luchas, que es médico.

Señal de alerta: Si a los tres años no juega o siempre lo hace solo, no se relaciona con los demás, no mantiene interés por el entorno, no mantiene la atención.

En toda esta guía de desarrollo hemos de contemplar la posibilidad de momentos regresivos, por ejemplo cuando nace un hermano, cuando se inicia la guardería.

Momentos regresivos que si son entendidos y respetados por el adulto, duran poco tiempo y no suponen conflicto alguno.

No pasa igual si las regresiones son vivida con ansiedad por parte del adulto, puede ser más difícil para el niño, ya que a este se le suma la ansiedad del adulto.

2 .DESARROLLO

2.1 DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA.

González e Hijano (1991) la define como “el conjunto de técnicas y recursos que se aplica a niños con alteraciones físicas, psíquicas o sensoriales o los que están en riesgo de padecerlas, iniciándose desde el momento de su detección y con el objetivo de conseguir el máximo desarrollo de sus potencialidades físicos, psíquicos y sensoriales”

Según el libro de Atención temprana “Se entiende por Atención Temprana el 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.”

Son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...). Estas condiciones, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje.

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la

plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

Cuando hablamos de Atención Temprana debemos de resaltar según la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005):

Trastornos en el desarrollo

El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad. El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

Riesgo biológico - social

Se consideran de riesgo biológico aquellos niños que durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer.

Los niños de riesgo psico-social son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo.

Carácter global

En la planificación de la intervención, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos y no sólo el déficit o discapacidad que pueda presentar. En Atención Temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios

de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social.

Para que todo ello pueda ser llevado a cabo se debe de contar con un equipo interdisciplinar y transdisciplinar:

Equipo interdisciplinar

El equipo interdisciplinar es el, formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.

Equipo transdisciplinar

El equipo transdisciplinar es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o el contacto directo con la familia.

3.2 .OBJETIVOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

El objetivo general de la atención temprana consiste en ayudar a los niños y a su familia a encontrar nuevas formas de adaptación o compensación del déficit o de sus dificultades, que le permitan conseguir en el ámbito cognitivo, una estructuración coherente del mundo físico y alcanzar, en el aspecto emocional, un desarrollo armónico de la personalidad.

El libro Blanco de Atención Temprana (2000) fija como objetivo principal aquellos niños que presentan trastornos del desarrollo o que están en una situación que presentan riesgo que lo y que, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales , reciban todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda considerarse la capacidad de desarrollo y bienestar, se posibilite, de la manera más completa, la integración en el medio familiar, escolar, social , así como su autonomía personal.

Y fija como objetivos propios de la atención temprana:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global de desarrollo del niño.
- Optimizar, tanto como sea posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y de adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficit secundario o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y las demandas de las familias y el entorno en el cual vive el niño.
- Considerar el niño como un sujeto activo de la intervención.

En síntesis, dos son los objetivos básicos de atención temprana:

- Favorecer, desde el nacimiento, el desarrollo de todo niño en riesgo o con dificultades.
- Dar soporte a la familia desde el momento de la detección de déficit, prestándole una atención individualizada.

Estos objetivos se concretan en:

- Favorecer y facilitar los procesos de desarrollo, socialización e integración del niño en la escuela y en la sociedad.
- Organizar la asistencia al grupo familiar, tomando como base de trabajo desarrollado de elementos de contención del sufrimiento de las familias afectadas.
- Informar, asesorar y apoyar a los padres.
- Implicar a los padres en el crecimiento de sus hijos.
- Generar recursos en el entorno familiar.

- Lograr una coordinación interna y externa con los recursos de la zona que el niño precise.

Y recordar al profesional de Atención Temprana observar, reflexionar sobre el trabajo cotidiano con cada niño y analizar cuanto acontece en las sesiones. Por ello, es aconsejable recoger por escrito cada una de las sesiones realizadas con el niño y con la familia, revisarlas, analizarlas.

3.2.1. Población objeto de la Atención Temprana.

Las diferentes actuaciones que se desarrollan desde la intervención temprana van dirigidas, como bien dice en el libro Blanco de la Atención Temprana, a todos los niños con riesgo biopsicosocial, o sea, a aquellos niños que durante el periodo prenatal o postnatal, o durante su primer desarrollo, hayan estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso de maduración, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia en el momento del nacimiento, que presentan una o diversas discapacidades, trastornos metabólicos, accidentes, etc.

Son niños en situaciones de riesgo psicosocial los que viven en condiciones sociales poco favorables, como, por poner un ejemplo, la falta de atenciones o interacción adecuada con sus padres y su familia, maltrato, negligencia, abusos, que pueden alterar el proceso de maduración.

Las edades de atención se sitúan entre el nacimiento y los seis años, estableciéndose en el momento de salida o alta criterios de derivación a los centros que la patología del niño lo hagan más aconsejable.

3.2.2. Modelo de intervención.

La intervención en atención temprana necesitan un trabajo interdisciplinario que engloben distintos ámbitos (médico, psicológico, fisioterapéutico, logopédico, pedagogo y social) y que contemple los siguientes aspectos:

- Trabajo de detección en maternidades y hospitales.

- Trabajo de prevención con neonatos, bebés y niños de riesgo o con trastornos del desarrollo o discapacidades.
- Trabajo favorecedor de un normal desarrollo del niño en todas las áreas y en, especial, del desarrollo de una personalidad sana.
- Trabajo favorecedor y potenciador del desarrollo de las competencias que el niño posea desde las primeras etapas de la vida.
- Trabajo de coordinación interdisciplinar en hospitales, otros servicios de atención infantil, escuelas infantiles y otros profesionales que trabajen alguna áreas de desarrollo con el niño.

3.2.3. Metodología.

Francisco. L.R. (2009) propone un modelo de intervención basado en los siguientes puntos:

1º Se realiza un contacto inicial con el profesional que haya realizado la detección del caso, y se efectuará un intercambio de información e historial clínico, así como un primer encuentro con la familia.

2º Se realiza una entrevista inicial con la familia en el hospital, o en el CDIAT, según la edad del niño y sus circunstancias en el momento de la derivación. En esta entrevista de acogida se recogerá información sobre la estructura y el funcionamiento de la familia, que se puede observar en ésta, así como se recogerán las preocupaciones, dificultades y expectativas que tiene respecto a su hijo, sobre ellos mismos y con relación a su entorno.

3º Asimismo se solicitarán las evaluaciones realizadas por otros profesionales que participen o hayan participado en el proceso (pediatra, neurólogo, psicólogo, trabajador social, etc.)

4º Finalizada la etapa de valoración, cada profesional aporta al resto del equipo los datos más relevantes que ha observado según su especialidad, con el fin de elaborar un programa individualizado de atención al niño, de manera que se tenga en cuenta los factores biopsicosociales y de atención y seguimiento a la familia.

5° Cuando se inicia un tratamiento de forma directa con el niño y su familia, se realizará una serie de observaciones para determinar qué tipo de intervención es más aconsejable establecer según el desarrollo y momento evolutivo en el que se encuentra el niño. Asimismo se valoran las características que presenta la familia y su grado de estructuración y se determina el espacio físico donde se realizará la intervención. Por último se asignarán definitivamente la atención al profesional especialista más idóneo para el caso.

6° A continuación, se realiza la entrevista de devolución de la información a la familia: aspectos y capacidades que se han observado y que pueden ayudar a la vinculación del hijo, tratamiento y encuadre que se haya determinado, lugar en dónde se van a llevar a cabo, presentación del profesional que lo vaya a realizar y recursos que se pone a su alcance para atender a su situación particular.

7° Se iniciará una atención al niño conforme al plan de intervención individualizado y por tanto, adecuado a sus necesidades de desarrollo en los aspectos afectivo, emocional, comunicativo, social, visual, motriz, cognitivo y de descubrimiento multisensorial.

8° Asimismo se ofrecerá una atención a la familia teniendo en cuenta su propia dinámica, empatía y comprensión de las dificultades. Al mismo tiempo, se realizará un trabajo de contención y de ayuda para lograr su reorganización emocional. La atención a la familia se basa en el asesoramiento, la información y en el apoyo necesario, que posibilite la adaptación a la situación y permita una intervención positiva que potencie la propia dinámica familiar.

9° Se ofrecerá una atención a la escuela infantil, informando de las características y personalidad del niño en particular, orientando a los agentes de la comunidad educativa sobre las necesidades que presenta y la mejor de tratarlas.

10° Se establecerá un marco de colaboración continua y seguimiento continuo y coordinado de la población de atención temprana con los pediatras, neurólogos, oncólogos, etc. Y demás profesionales que atienden al niño. Asimismo el modelo establecido con la escuela se basará en un modelo dinámico que permita, partiendo de un diseño inicial, realizar adaptaciones y modificaciones que favorezcan mejor el desarrollo y nuevas situaciones que vive el niño.

3.3 RECURSOS MATERIALES.

Basándonos en la teoría de Mónica R.C (2004) en su libro “Materiales y Recursos en Educación Infantil” destacamos:

3.3.1. Espacio.

El espacio juega un papel importante en la organización de la persona. Por una parte existe un tipo de espacio externo en el que el “yo” se desarrolla en contacto físico y en interacción con los elementos u objetos que en él existen, personas y cosas (mundo externo). Por otra parte existe otro tipo de espacio, mental, en el que la persona siente experimenta piensa y elabora en relación con sus objetos. Entendemos así que existen dos tipos de espacios que se han de considerar en la intervención en atención temprana, el físico y el mental:

El espacio físico es fácilmente delimitable. Si el niño se encuentra afectado por un severo déficit, quizás el apoyo de atención temprana será aconsejable realizarlo en el domicilio del niño .La intervención en estas condiciones requiere una experiencia profesional y un encuadre interno claro de forma que no se confundan los roles en la atención que se preste a la familia. A partir del año de edad se alterna el trabajo entre el domicilio y el servicio.

La flexibilidad, el buen sentido y una revisión periódica ayudarán al profesional a escoger en cada etapa de la intervención el espacio físico que favorecerá el espacio mental más idóneo para cada familia en particular.

Es, importante, en todos los casos, que los espacios tengan una atmósfera tranquila y cálida, que se pueda disponer de lugares cerrados y limitados para los más pequeños y de otros más amplios y abiertos para los de mayor edad. Asimismo, se deberá facilitar una sala vacía, sin elementos estimulantes que puedan interferir, especialmente pensada para niños muy activos o hiperactivos, dispuesta para poder colocar únicamente aquellos objetos que se precisen para cada niño en concreto. Podría servir también realizar sesiones de evaluación. Por último, sería conveniente disponer de un espacio para realizar sesiones familiares o grupos de padres.

El espacio mental es más difícil de identificar, ya que no es concreto ni fijo. No obstante juega un papel importantísimo en la génesis del vínculo y en la observación y recogida de mensajes de la familia, que nos a hacer sentir que algo sucede en la mente desde la experiencia compartida de encuentro/ separación. Un marco de seguridad y estabilidad como puede ser el servicio de atención temprana en la sede del equipo, puede ayudar a propiciar un suceder o experimentar en la mente de los padres, de forma más estructurada.

3.3.2. Tiempo.

La dimensión temporal que utilizamos se sitúa en dos vertientes:

- Dimensión temporal del vínculo que vendría dada, en parte, por la regularidad de las interacciones y también por la repetición de la experiencia amorosa. El ritmo es de organizador temporal de la vida del bebé; el ritmo cardiaco de la madre, el ritmo del chupeteo del amamamiento, el ritmo del laleo, el ritmo de los días y de las noches, de la presencia o ausencia de los padres, el ritmo que posibilita gradualmente tolerar su ausencia de menos tiempo a un mayor periodo. Este tempo emocional y su interiorización serán favorecidos, expresados y forzados en todo momento por el profesional especialista.
- Tiempo de dedicación objetivo del trabajo .Hablaemos de flexibilidad dentro de un tiempo preestablecido. Generalmente, la edad del niño y sus capacidades personales y circunstancias indican el tiempo de trabajo directo oportuno, con él. No obstante, el trabajo con los padres es siempre de una duración muy variable.
- En cualquier caso se prioriza la atención directa a los niños y a sus familias frente a otras tareas. Es necesario, sobre todo en los casos de alto riesgo, buscar fórmulas abiertas flexibles y efectivas que posibiliten que esta atención no se vea interrumpida durante largos periodos de dos tiempos.

3.3.3. Material informático, audiovisual y mobiliario.

Las nuevas tecnologías suponen una gran ayuda para aquellos niños con dificultades de aprendizaje. Hoy en día se pueden encontrar en el mercado distintos materiales para usar en el ordenador y en pantalla de vídeo, con programas adecuados a las dificultades o patologías que los niños poseen.

El mobiliario será apropiado para los niños desde su más temprana edad. Se dispondrá por lo tanto de una colchoneta, cojines, hamaquitas, material de fisioterapia, mesas, sillas, etc. Serán necesarias cortinas oscuras que ayuden a controlar la luz de la estancia y permita el trabajo de estimulación visual con objetos luminosos para aquellos niños que presente problemas visuales.

3.4 INTERVENCIÓN INICIAL.VALORACIÓN.

La valoración inicial dependerá del momento en que se inicia la atención al niño. Implicará un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño, de su historia individual y familiar y de su entorno.

Por ello, y según la edad del niño, se precisará un trabajo interdisciplinar de los distintos profesionales que componen el equipo, así como la colaboración y la coordinación de las instituciones que hayan derivado el caso, o bien de las que participen en exploraciones o exámenes complementarios.

En la valoración inicial podemos distinguir: la recogida de información, la evaluación del niño y de su entorno, la elaboración de hipótesis diagnóstica, la elaboración de un plan de intervención y la entrevista de devolución a la familia.

3.4.1. Recogida de información

El proceso diagnóstico comporta una adecuada recogida de información. De ella dependerán la adecuada orientación de la evaluación posterior e, incluso, el tratamiento. Esta información se obtiene por medio de la acogida, la recogida sistemática de información y las aportaciones de otros profesionales.

3.4.1.1. La recogida de información

El primer contacto con la familia es el momento de la entrevista de acogida, en la que el profesional, con una actitud de escucha, irá recogiendo las preocupaciones, los recuerdos, los proyectos, las expectativas y las dificultades que los padres vayan expresando respecto a su hijo y a ellos mismos, así como antecedentes familiares y personales del niño.

3.4.1.2. Recogida sistemática de información.

Una vez se ha realizado la entrevista de acogida, se irá recogiendo de forma sistemática aquella información que la familia no ha aportado espontáneamente, pero que es necesaria para una adecuada comprensión del desarrollo del niño y de su momento evolutivo, y también de las posibles causas de alteración del proceso.

3.4.1.3. Información procedente de otros profesionales.

Por medio de informes escritos, contactos, entrevistas, se obtendrá información procedente de otros profesionales que conocen, al niño y a la familia, como el pediatra, el psicólogo escolar, el neurólogo, educador, trabajador social, etc.

Los datos obtenidos se organizarán en una historia común, de forma que, cuando un profesional haya de ponerse en contacto con la familia, conozca los datos aportados previamente y se evite solicitar innecesariamente informaciones que ya se han facilitado previamente.

3.4.2. Evaluación del niño y de su entorno.

Para realizar la evaluación se dispone de distintos instrumentos, que serán escogidos de forma individual para cada niño, a partir de las primeras hipótesis establecidas a partir de la historia:

- Observación de la conducta espontánea y reactiva frente a determinadas situaciones y estímulos presentados. Asimismo, se observará la relación que establece con los padres y con el profesional que realiza la evaluación.
- Examen físico y valoración neurológica y funcional del niño.
- Relación con los otros niños y con el educador si el niño está escolarizado.
- Observación en el propio domicilio.
- Pruebas estandarizadas.
- Exámenes complementarios y consultas especializadas.

La aplicación de estas técnicas aporta la información correspondiente al funcionamiento general y específico del niño, tanto aspectos físicos como el mental y emocional. En esta información ni sólo tendremos en cuenta las limitaciones y déficit que presenta el

niño, sino también pondremos de manifiesto sus capacidades y posibilidades. En definitiva, sería la recogida de puntos débiles y puntos fuertes, vulnerabilidades y fortalezas que posee el niño y de lo que se partirá para iniciar y potenciar su mejor desarrollo.

3.4.3. Elaboración de un programa de intervención

Una vez hemos obtenido una primera información, cada profesional aportará en una reunión de equipo los datos y conclusiones de su evaluación, a fin de establecer, de forma conjunta y teniendo en cuenta todos los factores biopsicosociales, los diagnósticos o hipótesis diagnóstica.

Se establecerán entonces las necesidades del niño y de la familia, así como los recursos existentes de la comunidad .Es importante establecer prioridades en la actuación, posibles pronósticos cortos, a medio y largo plazo. Se concretarán, organizarán jerárquicamente y temporizarán los objetivos de la intervención terapéutica, se determinará que profesional o profesionales se responsabilizarán de llevarlos a término.

3.4.4. Entrevista de devolución.

En la entrevista de devolución se ofrecerá a los padres toda la información elaborada por el equipo y para ello se tendrá en cuenta las consideraciones oportunas.

El objetivo principal de esta entrevista será el de ofrecer a los padres, mediante el uso de un lenguaje sencillo, comprensible y adecuado, toda la información que les pueda servir para entender la situación presente de su hijo, las posibles perspectivas de futuro y los medios terapéuticos que se les pueda proporcionar desde el centro a ellos mismos y a su hijo, así como ofrecerles soportes y acompañamiento. Se propondrá y establecerá de forma conjunta el plan de actuación y se determinará la función o funciones que los padres puedan asumir. Asimismo, se considerará pronóstico y la posibilidad de recurrencia del trastorno.

3.5 INTERVENCIÓN TERAPEUTICA.

La intervención agrupa todas las actividades orientadas al niño y su entorno, a fin de mejorar las condiciones de desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, las características y las necesidades del niño y de su familia, del tipo y grado del trastorno, de las posibilidades del mismo equipo y del posible acceso a otros recursos de la comunidad.

La intervención se planificará de forma global e individual y se plantearán pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y de cada familia en cada una de las áreas de desarrollo.

El programa incluirá la temporalización de los objetivos, la evaluación y la forma como se trabajarán para conseguirlos. La intervención terapéutica en atención temprana se orienta al niño, a la familia, a la escuela infantil cuando el niño asiste y al entorno social e institucional en general.

3.5.1. Atención al niño.

Cada niño, una vez acabada la valoración, tendrá un programa de atención global individualizado, que recogerá las aportaciones de los diversos profesionales del servicio.

Este programa se elaborará a ser posible, con la participación de los padres o tutores, ya que ello permitirá descubrir sus propios recursos y, al mismo tiempo, fortalecerá la relación con su hijo, aspecto clave para la evolución madurativa y afectiva del niño.

El profesional que se haga cargo de las intervenciones ha de tener una preparación específica en función del tipo de trastorno del niño.

El número de sesiones y la duración de estas dependerán de las necesidades del niño. En algunos casos, en función de su edad y de las características del tratamiento pondrán hacer en grupos reducidos, de tres o cuatro niños como máximo.

3.5.2. Atención a la familia

Una de las principales tareas que se ha de plantear un servicio de atención temprana es conocer las necesidades de la familia (padres hermanos e incluso familia externa)y

plantearse qué tipo de intervención o intervenciones pueden ser las más eficaces para dar una respuesta coherente.

La intervención con las familias tendrá como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y adaptación a la nueva situación, ofrecerles la posibilidad de comprender mejor la situación que están viviendo y evitar que el problema que viven los padres quede centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favorecerá las actitudes positivas de ayuda al niño, el hecho de que se interprete el comportamiento de este en función de las necesidades y que se intente establecer el feed-back en la relación entre los padres y el niño. Hay que procurar que cada familia pueda adecuar sus expectativas a las posibilidades reales de la intervención y situar correctamente desde el principio el papel que corresponde al profesional y el protagonismo que los padres en todo momento han de tener.

La atención a la familia se puede hacer de forma individual o en grupo, en función de la realidad y de las necesidades de cada grupo.

3.5.3. Atención a la escuela.

Los profesionales han de informar a las escuelas sobre la situación del niño de la familia en el momento en que se integre. Posteriormente y en colaboración con el equipo escolar y los educadores, se podrán fijar espacios en que se revisen discutan los objetivos pedagógicos, las estrategias de aprendizaje y la utilización de los recursos materiales o personales necesarios para poder conseguir los objetivos pensados. También convendrá participar en el proceso de toma de decisiones sobre la modalidad de escolarización

3.5.3.1 Incorporación del niño a la escuela infantil.

El primer contacto con la Escuela Infantil comporta una preparación y una anticipación por parte del profesional de atención temprana. Por otro lado se realiza un trabajo previo con la familia y un trabajo de información y sensibilización de las dificultades del niño con la escuela escogida. Para el niño la escolarización supone la separación del niño y de los padres, de la seguridad de la familia, así como la vivencia de unas experiencias muy nuevas para él padre. Para las madres y padres de niños con discapacidad, supone la confrontación con una institución y sus ideas en aspectos relacionados con el

desarrollo, las capacidades y los comportamientos de los niños en un ambiente previamente determinado y correspondido.

La inclusión tiene un ritmo, María Ángeles Lafuente de Frutos (2000) considera que se debe de tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debe tener una madurez emocional y social que posibilite la inclusión.
- Haber adquirido el “yo” o estar en el proceso organizador adecuado.
- Disponer de un lenguaje comunicativo, oral o gestual.
- Disponer de alguna experiencia previa de separación.
- Disponer de experiencias en el trato con otros niños.

Asimismo se tendrá en cuenta que los niños que se encuentran con mayores dificultades para iniciar la inclusión son:

- Aquellos niños que han tenido pérdida o cambios frecuentes maternos o paternos durante la primera infancia.
- Aquellos niños que han sufrido separaciones traumáticas por enfermedad o muerte de los padres durante la primera infancia.
- Aquellos niños que no han podido interiorizar una experiencia suficiente mente buena, porque, o bien sus madres no les pudieron dar un soporte bastante seguro, o bien, porque el niño es tan intolerante con cualquier frustración que la más pequeña ausencia de la madre da como resultado la destrucción del recuerdo de las buenas experiencias.

Por último resultará conveniente realizar reuniones periódicas con aquellos maestros de la escuela o guardería que participen en la inclusión. Es sumamente útil, ofrecer un espacio común de contrastes de opiniones, de conocimientos de experiencias que realizan otros profesionales, de reflexión conjunta con el trabajo que se continúa en atención temprana y que, en definitiva, estimula y favorece estos procesos naturales, pero que a la vez, resultan difíciles y complejos para buen número de niños.

3.5.4. Intervención en el entorno.

La intervención que tiene como objetivo la superación de barreras físicas y sociales, se ha de hacer teniendo en cuenta el entorno natural de cada niño y familia, a fin de que se puedan integrar en el medio social en que se desarrolla.

En los centros se diseñan estrategias para la adaptación del entorno a las necesidades del niño, y se actúan de forma coordinada para facilitar la integración socio ambiental. Esta actuación sobre el entorno tiene como objetivo superar las diferencias, cambiar las actitudes y eliminar barreras físicas y socioculturales, de forma que sea posible la participación activa en la sociedad de todos sus miembros.

3.5.5. Evaluación y seguimiento.

Se entiende por evaluación el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno, así como la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y afectividad de los programas de actuación en relación con los objetivos propuestos.

La evaluación que ha de tener por objeto todos los aspectos de intervención, consta de dos momentos:

- Evaluación continuada, que permite ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes.
- Evaluación final, que determina si se han conseguido los objetivos fijados en el inicio de la intervención, y que sirve también para concretar si está se considera finalizada o si es preciso hacer una derivación.
- El equipo habrá de determinar los procedimientos objetivos y contrastes de evaluación y seguimiento.

3.5.6. Derivación

El período de atención a un niño en un servicio de atención temprana acaba cuando se considera que, por su evolución positiva, ya no tiene necesidad, o en el momento en que, por razones de edad o de competencias, ha de continuar su atención con otro servicio asistencial.

En ambos casos, la familia tiene que recibir información oral y un informe escrito que sintetice la evolución del niño y la situación actual, así como sus nuevas necesidades.

Cuando hace falta que otro equipo asistencial continúe la atención del niño, es fundamental la coordinación entre ambos y siempre con el consentimiento de la familia hay que proceder a un adecuado traspaso de información. Habrá que valorar y planificar de forma cuidadosa el momento y la forma de la derivación, teniendo en cuenta la vinculación de la familia y del niño con el servicio anterior.

El cambio de equipo de profesionales, en ningún caso ha de comportar una discontinuidad en la atención del niño y a la familia, y es preciso garantizar la coherencia y la continuidad a partir de la coordinación precisa que debe existir entre profesionales.

Para acabar, recordaremos que la intervención del especialista de atención temprana representará siempre una construcción, un puente, que intentará poner en contacto la situación y dificultades del bebe o del niño, con el mundo emocional de los padres. Si los padres pueden llegar a vivir unas experiencias de emoción y dolor mental del proceso de desarrollo de este hijo, ellos mismos se llegarán a encontrar sumergidos en otro proceso similar de crecimiento mental y emocional.

3.6. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DE PRIMERA INFANCIA.

Según Belén M. D. (2000) los profesionales deben de agrupar las siguientes funciones:

1. Atención al núcleo de la relación.
2. La observación y la atención.
3. La capacidad terapéutica del niño y su familia.
4. Funciones por parte del profesional de: Contención, Integración
Comprensión, Generar esperanza

3.6.1. Atención al núcleo de la relación:

Si se ha hablado tanto de la base de la relación en el desarrollo del niño, de la importancia de que el niño se relacione primero con una figura que le cuide, que cumpla las funciones de figura materna, que después amplíe su campo de relación paulatinamente con aquellas personas que más le rodean, y solo así el niño podrá seguir un desarrollo sano, como pues podemos plantearnos otra manera de ayudarlo si no es atendiendo al núcleo de la relación.

El niño forma parte de la relación, no podemos pretender tratar una parte de esta relación.

Todos los aspectos del desarrollo se dan a partir de la relación, el niño mira si tiene alguien a quien mirar, se desplaza si va a alguien que le reclama, habla si tiene alguien que le escuche.

Así pues debemos tratar al niño y a este alguien, es decir hemos de tratar al núcleo de la relación, estando presente de forma concreta o de forma simbólica si no está presente

Tratar al niño de una manera aislada sería tratar una parte de niño, ya que el niño se desarrolla a partir de la relación.

El niño recibe proyecciones del otro partenaire de la relación.

El niño ha de responder a las expectativas que en él deposita la madre, el padre...su desarrollo se ve altamente influenciado por la relación, de lo cual se desprende la necesidad de tratar como profesionales el núcleo de la relación y el sin sentido que supondría tratar al niño como una parte de la relación.

3.6.2. La observación y la atención.

Atención en lo que está pasando con una actitud de observación, es decir sin prejuicios y con la mente libre para poder observar lo que realmente está pasando en aquel momento y en aquel lugar.

La atención y la observación no solo son los puntos de partida de todo profesional de atención precoz, sino una manera de entender la propia atención precoz, de interesarse por entender que le pasa al niño y su entorno.

3.6.3. Capacidad terapéutica del niño y su familia.

En atención precoz, la capacidad terapéutica del niño y de su familia son determinantes para poder ayudar al desarrollo del niño que por diversos motivos sufre alguna alteración.

Es función del profesional captar la capacidad terapéutica del niño y su familia para sumarse a ella y formar un grupo terapéutico que trabajan complementariamente y no en paralelo.

En el trabajo de atención precoz, como ocurre también en otras épocas e la vida, el terapia aprende mucho del niño y su familia si es capaz de observar con respeto y no actuar.

La capacidad terapéutica del niño, su familia y el profesional de atención precoz, puede enriquecerse mutuamente y todas las partes pueden salir beneficiadas.

Es importante saber entender las capacidades terapéuticas que el niño y su familia tienen para basar nuestra ayuda en ellas y no hacerlo de manera artificial.

Algo que parece tan evidente no siempre se hace produciendo un fuerte desacuerdo y alterando todavía más el proceso de desarrollo del niño.

A menudo resulta difícil reconocer que el niño con dificultades en su desarrollo y su familia pueden tener capacidades terapéuticas, por raro que parezca es real y ha de ser el punto de partida de una buena ayuda terapéutica.

3.6.4. Funciones por parte del profesional.

Las funciones básicas para un profesional de atención precoz son:

- Contención: de hacerse cargo del sufrimiento mental del niño y su familia.
- Integración: de los aspectos sanos y no sanos del desarrollo del niño.
- Comprensión: de lo que está pasando, en el niño y en su relación con entorno.
- Generar esperanza: que permita seguir el proceso de desarrollo incluyendo las dificultades.

Por último destacar que para tratar el desarrollo del niño y su entorno hay que disponer de unos requisitos que si bien pueden ser también imprescindibles para tratar otras etapas de la vida, son del todo necesarias para ayudar al desarrollo del niño de cero a seis años.

3.7. LA FAMILIA

3.7.1.- Definición de Familia.

Son muchas las perspectivas desde las que podemos definir qué es la familia. Según Palacios J. y Rodrigo M. J. (1998) Definen Atención temprana y familia como “La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”.

Se pueden resaltar tres aspectos básicos que configuren la esencia de lo que es la familia:

1)El sentimiento de pertenencia.

Los miembros de una familia generalmente tienen un fuerte sentido de pertenencia, se identifican entre sí y buscan características similares que se definen como miembros de ese grupo.

En toda familia existen ritos que son espacios de encuentro, ceremonias, o costumbres más o menos consolidadas. Puede ser una comida especial, una celebración que se repite anualmente en la que se reúnen todos los miembros etc. estos ritos forman parte de la identidad de la familia y suelen resultar muy significativos para sus miembros (Serra, E y otros 1998)

2)El vínculo afectivo.

Otra característica básica del grupo familiar es el establecimiento de vínculos afectivos estrechos entre sus miembros, mediante los cuales cada uno va construyendo y modelando su personalidad. Se distinguen tres componentes:

*Componente emocional: formado por los sentimientos de seguridad, angustia, ansiedad, amor, alegría etc. que sienten los miembros de la familia como consecuencia de su relación.

*Componente conductual: que se manifiesta mediante diversas conductas como:

La tendencia a la proximidad con las figuras de afecto.

- El contacto físico.
- El miedo a los extraños: se trata de una conducta concreta que aparece en los más pequeños y que consiste en rechazar aquellas situaciones en las que desaparece su figura de apego.
- El contacto sensorial privilegiado: se observa una mayor cantidad de contactos visuales o auditivos entre las personas vinculadas.

*Componente cognitivo: consiste en los pensamientos o ideas que subyacen a la relación, el modelo mental de la relación que se compone de elementos como:

- El recuerdo de la figura de afecto: aparece de forma significativa en los momentos de tensión emocional. ¿Quién no echa de menos a sus personas queridas en un momento difícil?
- La percepción de disponibilidad incondicional: consiste en la idea de que nuestras figuras de apego están siempre dispuestas a ayudarnos.
- La percepción de eficacia: los niños, sobre todo en la primera infancia, desarrollan la creencia de que sus padres o sus figuras de afecto van a ser capaces de dar respuesta siempre a aquello que ellos necesitan.
- Las expectativas: son creencias que tenemos respecto a lo que podemos esperar del otro.

3) Reciprocidad y dependencia.

Otro elemento que define a la familia es el compromiso personal de reciprocidad. Unos dependen de otros. No solo dependen los niños de los adultos, también los padres dependen afectivamente de los hijos y los hermanos entre sí. Se ayudan, colaboran en su desarrollo.

3.7.2.- Funciones de la familia.

- Asegurar la supervivencia, el sano crecimiento y la socialización: la familia es una estructura social de primer orden que tiene el papel de satisfacer las necesidades primarias de sus miembros: la alimentación, el vestido, el sueño, la higiene, la salud, la educación y las relaciones sociales.
- Aportar un clima de afecto y apoyo estable que ofrezca un punto de referencia psicológico y un esquema de valores con el que construir una moral autónoma que permita un funcionamiento adaptado.
- Aportar la estimulación necesaria para optimizar las capacidades de sus miembros a través de la estructuración del ambiente y de la interacción. La familia defiende continuamente situaciones de aprendizaje. A la hora de la comida, del baño, del juego, los papás interaccionan con sus hijos potenciando sus capacidades.

3.7.3.- La familia y el trastorno del desarrollo.

El hecho de que uno de los miembros de la familia tenga un trastorno, obliga al sistema a afrontar una serie de situaciones especiales ante las cuales tienen que reaccionar. Una de esas situaciones, y probablemente de las más determinantes es el momento del diagnóstico.

Fases por las que pasan las familias ante un diagnóstico de discapacidad o trastorno de un hijo.

En muchos casos las familias reciben el diagnóstico poco después del nacimiento del hijo como en el caso del Síndrome de Down o de los niños prematuros. En otros de informa a las familias cuando se detecta el trastorno en el ámbito sanitario o educativo después de varios meses o incluso años, sin que las familias hayan sido conscientes de las dificultades. Pero hay muchos casos en los que es la propia familia quien detecta que algo esté pasando y busca una causa a las dificultades de su hijo; observan signos de alarma y comportamientos que no se corresponden con lo esperado para su edad, que les alertan de que exista algún problema.

Muchas veces son las madres, que comparando a este hijo con sus hermanos o con otros niños cercanos de la misma edad, detecta que algo está pasando.

A partir de ese momento, surge un sentimiento de miedo en los padres y observan minuciosamente las respuestas del niño para descartar su temor. A esta situación la llamamos fase de pre diagnóstico. Está marcada por sentimientos de ansiedad y miedo. Los padres observan, evalúan permanentemente al niño e inician una búsqueda de confirmación de sus temores.

Algunas familias, al observar los primeros signos de alarma, buscan con eficacia recursos especializados que les permitan discriminar si se trata de patrones normales de comportamiento o bien patrones alterados, iniciando así un proceso diagnóstico. Esta actitud inicial de las familias es muy importante.

En la actualidad, las sociedades desarrolladas, disponen de recursos especializados que pueden dar una rápida respuesta a situaciones como ésta.

Por otro lado, con el objetivo de hacer prevención primaria, se ponen en marcha acciones de difusión como folletos, charlas etc., dirigidas a toda la población que facilitan la formación de las familias a la hora de valorar el desarrollo de sus hijos.

Una vez que se ha recibido la información de que el hijo tiene una discapacidad o un trastorno del desarrollo, según el modelo teórico de crisis (Hall, 1979), los padres atraviesan cuatro etapas diferentes.

1.Fase de schock.

Es el momento de recibir la información. Durante un período de tiempo los padres sufren un importante bloqueo. Se sientan desorientados, surge una gran explosión de sentimientos, que en unos casos se expresan abiertamente, y en otros quedan inhibidos o paralizados. Las emociones que imperan en ese momento son las siguientes:

- Pánico. Miedo en un alto grado de intensidad.
- Rabia. Frente a la situación y todo aquello que lo representa.
- Culpa. También buscan de forma irracional una causa que haya originado el trastorno. Pueden buscarlo en el exterior, en una negligencia médica durante el embarazo o el

parto, o bien en sí mismos, en su comportamiento durante el embarazo o en su propia dotación genética.

- Bloqueo.
- Depresión. Aparece un sentimiento de tristeza de una intensidad muy elevada.
- Negación. El pensamiento busca rápidamente un mecanismo de defensa cognitivo y niega la realidad que acaba de escuchar de forma más o menos permanente. O bien, se aferran a la idea de que sí es cierto, pero es de poca gravedad, que el problema tiene un grado pequeño.

2. Fase de reacción.

El bloqueo y la confusión inicial empiezan a descender. Se comienza a dar cabida al diagnóstico. Hay una reacción a la información recibida, aún se mantienen la mayoría de las emociones de la etapa anterior sólo que se emplean más recursos cognitivos para justificar dichas emociones.

- Miedo.
- Enfado.
- Culpa. Es el sentimiento que se deriva de los pensamientos autodestructivos. En esta fase la culpa aparece con más intensidad que en la anterior ya que es el momento de buscar explicaciones.
- Tristeza. Se mantiene esta emoción de la etapa anterior por la pérdida de algo deseado.
- Rechazo. La familia no quiere oír hablar del problema. Rechaza todo aquello que tenga que ver con el trastorno, el médico o a los profesionales relacionado con los niños.

Algunas madres, en un clima de confianza han llegado a reconocer, que en algún momento, han sentido deseos de que su hijo muriera. Son sentimientos puntuales, de los que luego se arrepienten profundamente pero que se contemplan como la única solución a su problema.

Este rechazo, que puede parecer exagerado, e incluso negativo para el establecimiento del vínculo afectivo, tan importante en los primeros momentos del desarrollo, forma parte de un abanico de reacciones totalmente normal.

- El bloqueo y la desintegración van desapareciendo.

3. Fase de adaptación.

En esta fase comienza el proceso de reconstrucción. El dolor y la tristeza van dejando paso a momentos más gratificantes. Los padres empiezan a ver a los niños un poco más desde la perspectiva de niño, de su hijo, que desde el trastorno.

Empiezan a conocer a su propio hijo y a comprender un poco mejor en qué consiste la alteración que presenta.

- Actitud activa de búsqueda respecto al trastorno. Necesitan tener una información ajustada y precisa de qué es lo que le pasa al niño, y buscan esta información.

Los contenidos que se buscan son:

- Los efectos del trastorno: ¿Qué va a implicar para su hijo? ¿Cómo se va a desarrollar? ¿cómo va a ser en el futuro?

- Las consecuencias sobre la vida cotidiana: ¿Qué va a tener que cambiar de sus hábitos?

- Las perspectivas de futuro: ¿Mejorará? ¿irá a peor? ¿qué pasará con él cuándo sea adulto?

- Las necesidades de recursos: ¿Qué necesitará? ¿tendrá que ir a centros especiales de rehabilitación?

- Los recursos existentes en la propia comunidad: ¿Qué hay aquí para él? ¿existen Centros de Atención Temprana?

- Asunción social de la condición del niño. En este momento empieza a asumirse el trastorno del hijo, no solo a nivel interno, sino también en relación en el exterior.

También en ese momento los padres son más capaces de observar a otros niños de la misma edad que su hijo que no tienen problemas de desarrollo sin que se desencadenen

reacciones emocionales intensas. Hasta ese momento, la observación de otros niños les produce sentimientos de envidia al comprobar que su hijo no se ajusta a los patrones de desarrollo esperados como lo hacen esos niños.

El deseo inconsciente de que su hijo realice las mismas cosas, y la frustración de que no sea posible, lleva a los padres a intentar evitar el contacto con otros niños de edades parecidas.

Con relativa frecuencia, estos sentimientos se acrecientan en situaciones especiales. Las fiestas en la Escuela Infantil son uno de los momentos más duros para las familias.

La ansiedad de los padres se dispara y reaparecen sentimientos que parecían estar ya superados.

- Comprensión de la propia posición. En esta fase, los padres ya conocen mejor el problema de su hijo y por lo tanto las implicaciones positivas y negativas que éste tiene; eso les lleva a comprender su propia posición como padres.

Comprueban que necesitan un mayor esfuerzo para atender a es hijo, lo que les otorga progresivamente una mayor fortaleza.

- Actitud de protección. El rechazo de los primeros momentos se sustituye por proteccionismo.

- Esperanza. En este momento aparece la esperanza en el futuro y en las propias capacidades para afrontar la situación.

4. Fase de orientación.

La crisis ha pasado, los padres han aceptado el trastorno y se observa una constante y progresiva adaptación.

- Reajuste a las nuevas necesidades. La familia se organiza para poder dar respuesta a las necesidades del niño.

- Descubrimiento de apoyos y ayudas. No solo ayudas técnicas, como prótesis, mobiliario adaptado, etc., que se van incorporando a la vida cotidiana, sino también recursos formales como centros de desarrollo infantil y atención temprana, programas de respiro, asociaciones, profesionales, expertos en distintos tipos de intervención.

- Aprendizaje de habilidades y estrategias. En esta fase los padres aprenden muchas cosas: técnicas concretas de estimulación, estrategias para comunicarse con el niños, habilidades para manejarlo, juegos, canciones, pero sobre todo aprenden a observar a su hijo, lo que va a resultar muy valioso a lo largo de su desarrollo.

*¿De qué depende el impacto emocional?

Hay distintas variables que van a estar en la base del impacto emocional (Jacobs, 1992 Atención temprana y familia cómo intervenir creando entornos competentes) y en la diferente respuesta de las familias, algunas de ellas son las siguientes:

- Tipo de discapacidad. No es lo mismo un problema visual o auditivo que un trastorno generalizado del desarrollo. No solo por las limitaciones que conlleva, sino por las necesidades que implica o por la aceptación social que lleva implícita.
- Tipo de comienzo. Si el trastorno aparece a partir de una fase aguda o crítica que incluso pone en peligro la vida del niño y fuerza a un cambio y dotación de recursos en un tiempo inmediato, puede aceptarse mejor que si se detecta en un momento en el que no hay ningún riesgo.

Por ejemplo, un diagnóstico de parálisis cerebral después de una situación de nacimiento muy traumática con peligro para la vida del niño o después de una meningitis aguda se acepta de forma diferente que cuando esa misma parálisis cerebral se diagnostica a partir de un seguimiento pediátrico rutinario. Se acepta mejor una pérdida parcial, ante el miedo de una pérdida total, que ante una situación inicial de aparente normalidad.

- Dependencia funcional en la vida cotidiana. El impacto emocional va a tener mucho que ver con la capacidad de autonomía que previsiblemente podrá tener el niño.
- Estigma social del problema. Unos trastornos son mejor aceptados socialmente que otros.
- Relación con la muerte. Hay algunos trastornos, que por su propio desarrollo, son degenerativos y tienen un pronóstico de muerte a edades tempranas.
- Tipo de desarrollo del trastorno.

- Problemas de conducta asociados. Cuando el trastorno viene acompañado de alteraciones del comportamiento es especialmente difícil de aceptar, las conductas de agresión, los comportamientos disruptivos (rabietas, gritos, tirar las cosas), pasivos (desobedecer, negarse) o autolesivas (pegarse, morderse, vomitar), las estereotipias (movimientos, bruxismo, chascar los dedos etc.) provocan rechazo social.
- Grado de cuidado que exige.
- Experiencias previas. Pueden influir tanto en sentido positivo como negativo.
- Momento evolutivo de la familia. No es lo mismo que sea el primer hijo el que presenta un trastorno del desarrollo a que sea el cuarto. La estructura familiar, los roles de los miembros juegan un importante papel a la hora de asimilar un diagnóstico.
- Momento en el que se detecta:
 - Detección prenatal. Hoy en día, como consecuencia del progreso en medicina, se pueden detectar algunas alteraciones durante el embarazo. En estos casos se desencadenan importantes emociones de incertidumbre, miedo y ansiedad.
 - Detección en el parto o justo después del parto.
 - Detección como consecuencia de la sospecha de los padres. Provoca tranquilidad ya que se explica la causa de las conductas anómalas, y sensación de competencia de los padres por haber sido capaces de detectarlo.
 - Detección en controles rutinarios o en la escuela. Produce incredulidad y negación.

3.7.5.- OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCION FAMILIAR EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Colaboración con la familia en el diseño adecuado del contexto físico, social y afectivo en el que el niño se desenvuelve.

El trabajo conjunto de profesionales y padres, pretende mejorar los aspectos básicos según Buckley (1992):

- El ambiente físico: los padres irán siendo poco a poco más competentes para definir el ambiente en el que su hijo se desenvuelve, teniendo en cuenta y basándose en los siguientes objetivos: cuidar las condiciones ambientales y proteger al niño de los riesgos.
- Las rutinas y los hábitos: el ambiente físico, social y afectivo se construye no solo con los objetos o condiciones ambientales, sino también a través de los hábitos que cada familia establece. Dentro de esto, se plantean 2 objetivos o aspectos:
 - 1- Cuidar los ritmos y horarios.
 - 2- Fomentar la autonomía.
- La interacción social: mejorar la interacción social, va a ser un punto presente en los siguientes objetivos:
 - 1-Aumentar la seguridad en las pautas educativas.
 - 2-Integrar al niño en la dinámica familiar.
 - 3-Ayudar a las familias a mantener unas relaciones afectivas eficaces con el niño.
 - 4-Ayudar a los padres a comunicarse mejor con sus hijos, es uno de los objetivos principales de la intervención familiar que a su vez se concreta en los siguientes objetivos operativos:
 - 4.1. Desarrollar la capacidad de observar e interpretar las conductas del niño.
 - 4.2-. Los tiempos de atención y de respuesta del niño: a través de la intervención familiar, van a ir ajustando sus expectativas, a las características reales del niño.
 4. 3. Aumentar la iniciativa por la comunicación en ambos sentidos: es decir, los padres van iniciando intercambios y mejorando la calidad de los

cambios que se realizan en su hijo. La iniciativa para realizar esos intercambios también va surgiendo poco a poco del niño.

4. 4. Establecer vínculos afectivos más ajustados.

- Proporcionar información, apoyo y asesoramiento adecuados a las necesidades de cada familia. Este objetivo, se desglosa en otros:

1-Acompañar a la familia en las reacciones de duelo: el papel de los profesionales, es el de atender a las familias, escucharlas y ayudarlas en momentos en los que aparezcan reacciones emocionales intensas.

2- Aportar información realista, suficiente y ajustada a las necesidades de cada familia.

3- Posibilitar la expresión de necesidades.

4-Apoyar los diferentes papeles familiares: a través de las entrevistas, una familia puede descubrir carencias en alguno de sus miembros, que no tiene por qué ser el hijo con trastorno. Si se atienden las necesidades de todos, el proceso llegará a ser más competente y fructífero.

5-Manejar las fuentes de estrés: es importante reconocer, qué aspectos producen estrés a una familia.

6-Reducir la ansiedad respecto al problema o trastorno del desarrollo (si una madre está bloqueada, no podrá poner en marcha conductas favorecedoras para el desarrollo de su hijo.

- Potenciar los progresos en las distintas áreas del desarrollo para lograr la independencia del niño. La intervención familiar, persigue los siguientes objetivos dentro del anterior: 1-Facilitar la comprensión de las dificultades.

2-Ajustar las expectativas (a través de la intervención familiar, se van a analizar las expectativas de los padres respecto a las posibilidades del niño)

3-Aprender técnicas y habilidades específicas. 4-aumentar la seguridad en las decisiones de los padres.

Favorecer el acceso a los distintos recursos personales y sociales que fomenten el desarrollo que fomenten la autonomía del niño y de la familia.

Dentro de este objetivo, se pueden diferenciar dos líneas:

1- El acceso a recursos sociales (objetivos de tipo: acceso a ayudas y prestaciones, o fomentar la unión de los padres con asociaciones)

2- El acceso a recursos personales (Objetivos como: reforzar los recursos familiares, resolver problemas cotidianos o integrar socialmente a la familia)

El orden de los objetivos, no implica preferencia a la hora de aplicarlos. Se seleccionarán, en función de la necesidad, por los profesionales.

3.7.6.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Son el conjunto de acciones a través de las cuales conseguimos:

- Colaborar con la familia en el diseño del entorno en el cual el niño se desenvuelve.
- Ayudar a las familias a mantener unas relaciones afectivas eficaces con el niño.
- Proporcionar apoyo, información y asesoramiento adecuados a las necesidades de cada familia.
- Potencia los progresos de las diferentes áreas de desarrollo del niño para así poder lograr una mayor independencia.

3.7.6.1. Programas de individuales.

Dentro de los programas individuales de intervención familiar podemos encontrar los programas de acogida y los programas de seguimiento individual.

3.7.6.2. Programa de acogida.

Este programa se centra en un conjunto de acciones que se dan en el primer momento del proceso y que son muy importantes para poder establecer el marco de intervención.

Dentro de este programa podemos encontrar dos subprogramas que son Primera noticia y Padre a padre.

3.7.6.2. Programa de primera noticias

Según Navarro Góngora, (2002), los objetivos que se plantea este programa son los siguientes:

- o Proporcionar información para resolver una situación de incertidumbre.
- o Producir cambios constructivos en la situación vital de las familias tan rápido como sea posible.
- o Cimentar un guión de esperanza.

Los profesionales tienen que tener una serie de claves para dar esta mala noticia. Estas pautas son:

A) Contenidos del mensaje

- Claves de anticipación: Antes de dar la mala noticia es conveniente conocer a la familia, para así ajustar la noticia a sus necesidades.
- Claves de significado y efecto: Hay que informar a la familia de forma clara y sencilla, sin utilizar etimología desconocida para ellos. Además solo se dará la información imprescindible para que así la familia no se abrume.
- Claves de pronóstico: Si es posible informaremos a la familia del pronóstico y la evaluación del trastorno.
- Claves de acción: Se informara a la familia de las acciones a seguir en el tratamiento, los recursos disponibles, las pruebas necesarias para avanzar en el trastorno...
- Claves de expectativas positivas: Se dará la noticia desde las capacidades y no exclusivamente desde las carencias, ya que las familias necesitan oír que tienen alguna esperanza.

B) La Situación

- Claves de lugar: La noticia se dará en un lugar íntimo para que los padres puedan expresar sus emociones y sentimientos sin ningún reparo.
- Claves de tiempo: Se buscará un momento adecuado, una vez que tengamos un diagnóstico fiable y cuando haya habido un contacto entre los padres y el niño.
- Claves de apoyo emocional: La noticia se dará cuando este los dos padres o haya una figura cerca en la cual se puedan apoyar.

C) Las actitudes del profesional

- Claves de comunicación no verbal: El profesional utilizara un lenguaje no verbal para favorecer la empatía y la confianza.
- Claves de escucha: El profesional ayudara a los padres redefiniendo sus conductas.
- Claves de proximidad: El profesional utilizara un lenguaje comprensible y evitará los tecnicismos.

Normalmente son médicos los que se encargan de dar esta primera noticia, pero en ocasiones son los mismo profesionales de atención temprana quienes se encargan de darla.

3.7.6.3. Programa padre a padre.

Este programa pretende conseguir que los padres, a través de visitas de otros padres que ya han pasado por esa situación, puedan identificarse con ellos y preguntarles sus dudas en un ambiente de confianza. Los padres visitantes tienen que tener una actitud positiva frente al problema.

Según Sonsoles Perpiñán (2009) (Atención temprana y familia cómo intervenir creando entornos competentes), los objetivos de este programa son:

- Escuchar a la nueva familia en el momento de crisis desde la igualdad.
- Mostrar cómo puede ser el futuro con ese problema en un miembro de la familia.
- Ofrecer un modelo de cómo afrontar el problema y vivir con ella.
- Colaborar en la construcción de atribuciones adecuadas respecto al problema.

- Transmitir confianza respecto a los servicios especializados, respecto a los AT, etc.
- Servir de modelo de competencia para educar al niño con problemas.

3.7.6.4. Programa de seguimiento individual.

Estos programas se desarrollan a lo largo del tiempo que la familia está recibiendo la atención temprana. Dichos programas son: “participación en las sesiones de intervención”; “seguimientos familiar” y “contactos puntuales”.

3.7.6.5. Programa de participación en las sesiones de intervención.

Este programa consiste en que los padres estén presentes en algunas sesiones que tienen sus hijos con los profesionales de la atención temprana. Para así establecer una confianza entre los padres y el niño.

Los objetivos de este programa son:

- Construir una relación de confianza entre los padres y el niño.
- Aprender técnicas de interacción-comunicación.
- Enseñar a los padres a observar las potencialidades del bebé y dar significado a algunas de sus conductas.
- Enseñarles a desarrollar la capacidad de reacción ante las señales comunicativas del niño.

Para que esta participación de los padres sea positiva hay que seguir una serie de estrategias. Esas estrategias son:

- Explicarles a los familiares como tienen que participar en la sesión.
- Decirles que no hay una fórmula específica, sino que hay que descubrir cuál es la mejor para cada caso.
- Este programa debe partir de la interacción que tienen padre- hijo.
- Las propuestas de mejora se realizarán como profesional, nunca como corrección a conductas no apropiadas.

- Hay que diferenciar los roles de los padres y de los profesionales.
- Hay que responder en todo momento las dudas que tengan los padres.
- Hay que contener las emociones de los padres durante las sesiones.

4. BIBLIOGRAFÍA.

- MELTZER,D, HARRIS,M: “El papel educativo de las familia”. Espax.
- BOWLBY, J.(1986), “Vinculos afectivos :Formación ,desarrollo y pérdida” .Ed.Morata,Madrid.
- BRAZELTON,T.B., CRAMER,B.G. (1993) “La relación más temprana” Ed.Paidos.Barcelona.
- SINASON,V.CLÍNICA TAVISTOCK (1994) “Comprendiendo a tu hijo discapacitado” Ed.Paidos,Barcelona.
- MILLÁ, Mª G., MULAS F. “Atención temprana”,Valencia,2005
- LIBRO BLANCO DE ATENCIÓN TEMPRANA, Real Patronato para la discapacidad. Madrid.(2000)
- ALBARRACÍN, A. Y SASTRE, A. (2003). “El Libro del Bebé”.
- MARTÍN RAMOS, M. L. (1994). “Atención temprana: Ayuda a los padres”. Editorial: Polibea
- RODRIGUEZ CNACIO , MONICA (2004) “Materiales y Recursos en Educación infantil” Editorial: Ideaspropias
- CANDEL. MARTÍN,M.R., GARCÍA.TRIJANO, IGLESIAS,VAZQUEZ.A. María Rosa, LUCERGA. REVUELTA,M.R. María Rosa, M. T. (2000)“Atención Temprano a niños con ceguera o deficiencia visual.” Editorial ONCE
- ALBARRACÍN, A., SASTRE, A. (2003). “El Libro del Bebé.” Madrid, Editorial : FEISD
- MARTÍN RAMOS, M. L. (1994). “Atención temprana: Ayuda a los padres” Editorial: Polibea

- PADILLA GÓNGORA,D., SÁNCHEZ LÓPEZ, P. (2007) “Necesidades educativas específicas. Fundamentos psicológicos.” Editorial: Grupo Editorial Universitario.
- PÉREZ-LÓPEZ, J., G.BRITO DE LA NUEZ,A. (2004) “ Manual de Atención Temprana” Editorial : Pirámide.
- ARANDA REDRUELLO, R., DE ÁNDRES VILORIA, C., GARCÍA ORGAZ,M. (2008) “ Atención Temprana Infantil” Editorial: Wolters kluwer.
- GÓMEZ ARTIGA, A. , VIGUER SEGUÍ,P., CANTERO LÓPEZ,M.J. (2003) “Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años.” Editorial: Pirámide.
- PERPIÑÁN GUERRA,S. (2009) “Atención Temprana Familia: Como intervenir creando entornos competentes” Editorial: Narcea
- http://www.gat-atenciontemprana.org/5_Familia/familia_1.htm
- http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/resteban/Curso2010_2011_1Semestre_archivos/FamiliaEI2010.pdf
- http://webs.um.es/fags/atenciontemprana/paginas/4_formar.htm
- <http://www.acondroplasiaperu.com/images/descargas/4.pdf>