

TRABAJO FIN DE GRADO DE EDUCACIÓN INFANTIL

La Atención Temprana: ámbito de desarrollo de las familias con hijos con discapacidad



Universidad
de Navarra

María Carla Pérez Ruiz

Dirigido por: Sara Ibarrola

Facultad de Educación y Psicología

Grado de Educación Infantil

Índice:

Introducción.....	3
1. Concepto de Atención Temprana	5
1.1. Delimitación de la Atención Temprana	5
1.2. Marco legislativo	8
1.2.1. Atención Temprana en la Unión Europea	8
1.2.2. Atención Temprana en España	11
1.2.3. Atención Temprana en la Comunidad Foral de Navarra.....	13
2. Intervención en Atención Temprana	14
2.1. Modelo de intervención Centrado en la Familia (CEF).....	14
2.2. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT).....	17
3. El proceso de atención temprana	20
Conclusiones.....	25
Bibliografía.....	27
Anexos.....	32

Introducción

Este Trabajo fin de Grado nace de las diversas experiencias vividas en el mundo de la discapacidad y la Atención Temprana. He tenido la oportunidad de trabajar con niños con diversas discapacidades o trastornos del desarrollo como el trastorno de espectro autista, Síndrome Asperger, Síndrome Down, parálisis cerebral y otros tipos de trastornos del desarrollo.

Otro aspecto que ha guiado el planteamiento de este trabajo de investigación ha sido la experiencia vivida en un país extranjero, concretamente en Polonia. Allí tuvo lugar mi primer contacto directo con la Atención Temprana. Trabajé en un centro de educación especial con niños de entre 0 y 6 años con diferentes trastornos, principalmente parálisis cerebral y Síndrome Down.

Uno de los aspectos más destacables de la intervención que se llevaba a cabo en el centro era la presencia constante de las familias en la mayoría de las fases de la intervención. Las madres participaban en las sesiones entrando en el aula y acompañando a su hijo en todo momento. Aunque a medida que el niño iba creciendo, la presencia de la madre se iba reduciendo hasta llegar a desaparecer por completo. De esta manera, la relación entre las profesionales y las familias era muy directa y constante. Participar en las sesiones, permitía a las madres plantear cualquier tipo de duda o inquietud en cada momento, adquirir herramientas y aprender estrategias para trabajar con sus hijos en el contexto familiar.

Algunas de las sesiones se llevaban a cabo con dos o más niños en el aula. Lo que hacía que el contacto entre las distintas familias fuese muy constante; facilitando el intercambio de vivencias, consejos y recomendaciones entre ellas. Esta socialización con madres o padres que pasan por una situación similar a la suya, aumenta el sentimiento de ser comprendidos por otros y la fortaleza para afrontar las situaciones adversas. Ya que encuentran en ellas un punto de apoyo con el que compartir las experiencias.

En España también he tenido un acercamiento al área de la Atención Temprana, con niños de entre 0 y 6 años. Sin embargo, la práctica en la intervención presenta algunas diferencias. La presencia de las madres durante las sesiones es menor, siempre teniendo en cuenta el estado del niño, su edad y lo que el profesional considera más adecuado. Sin embargo, eso no significa que la atención a la familia sea menor. Se tienen muy en cuenta los valores y creencias de la familia en la planificación de la intervención y se pide su implicación para el desarrollo de la misma. Del igual modo, se apoya a la familia de manera intensiva ofreciéndoles todos los recursos y formación que requieran en todos los ámbitos (educativo, social y sanitario).

Para la elaboración de este trabajo de investigación he contado con la colaboración de una especialista en Atención Temprana de ANFAS Pamplona. Esta asociación está coordinada con el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra

(CREENA) haciéndose cargo de los servicios relativos a la Atención Temprana en la Comunidad Foral.

Gracias a mis prácticas en esta asociación, he podido trabajar con dicha especialista de Atención Temprana, siendo ella quien me ha presentado la manera en que se lleva a cabo el proceso de intervención en Atención Temprana en Navarra desde un punto de vista más práctico gracias a su experiencia personal. La importancia que la familia tiene en los procesos que se llevan a cabo es fundamental, por lo que una de las funciones de los equipos de Atención Temprana es trabajar con ellos y para ellos. De tal manera que se le ofrezcan los apoyos necesarios fomentando una actitud positiva ante la situación que el impacto de la discapacidad produce en la familia.

La colaboración de esta profesional y las experiencias vividas, me han llevado a realizar un análisis de las fases de la intervención de la Atención Temprana en Navarra proponiendo algunas recomendaciones que pueden ser muy útiles en dicho proceso de intervención.

Así, los objetivos planteados en la realización de este trabajo de investigación son:

- 1) Delimitar el concepto de Atención Temprana
- 2) Establecer el marco teórico de la Atención Temprana
- 3) Destacar la importancia del desarrollo de la Atención Temprana en la sociedad
- 4) Reflexionar sobre la importancia de la participación e implicación de las familias en el proceso de intervención en la Atención Temprana
- 5) Proponer recomendaciones para el desarrollo de las fases de la intervención en Atención Temprana.

Teniendo en cuenta todo esto, la estructura del trabajo pretende, en primer lugar, contextualizar el concepto de Atención Temprana y situarlo en un marco legislativo internacional, estatal y autonómico. En el segundo capítulo se desarrolla la intervención en Atención Temprana a través del modelo de intervención centrado en la familia y con la actuación de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). En la misma línea, el tercer capítulo analiza el proceso seguido en los servicios de Atención Temprana en Navarra e incluye algunas recomendaciones interesantes para el desarrollo de dicho proceso.

1. Concepto de Atención Temprana

1.1. Delimitación de la Atención Temprana

La infancia supone la primera etapa del ciclo vital de todo ser humano siendo la fase en la que se estructura el desarrollo de la persona a partir de las experiencias vividas y los aprendizajes adquiridos. El bebé que nace es un ser dependiente tanto a nivel biológico como emocional, y esas necesidades se satisfacen dentro un grupo básico que es la familia.

Es el grupo familiar quien ofrece el espacio y el tiempo que permite satisfacer las necesidades que surgen de este nuevo ser como son la alimentación, la higiene, la educación o el desarrollo emocional (Cristóbal, Fornós, Giné, Mas, Pegenaute et al., 2010).

Teniendo todo esto en cuenta, se puede decir que el desarrollo infantil es un proceso dinámico que sustenta la evolución de la persona a nivel biológico, psicológico y social a través de la interacción entre la persona y el entorno en el que vive (VV.AA., 2000). Sin embargo, pueden producirse dificultades o trastornos en el desarrollo que alteren la evolución normal del niño.

La Atención Temprana ofrece al sistema familiar un conjunto de situaciones de detección, diagnóstico, prevención e intervención de carácter interdisciplinar que van a suponer un apoyo fundamental para el niño con el trastorno y su familia (Cristóbal, Fornós, Giné, Mas, Pegenaute et al., 2010).

La presencia de un niño con discapacidad o trastornos del desarrollo, o el repentino cambio del niño por este motivo, produce en la familia un gran impacto emocional que requiere el reajuste del funcionamiento familiar. Es un hecho que afecta a todos los miembros de la familia y por ello son necesarios los servicios y recursos que ofrece la Atención Temprana.

Los cuidados que la familia ofrece a los pequeños con discapacidad o trastornos del desarrollo hacen referencia a la manera en que el grupo familiar entiende el desarrollo personal y a la manera en que atiende a las necesidades básicas e individuales de cada uno de los miembros que la constituyen. Los profesionales que participan con la familia como ayuda y apoyo para el cuidado de los pequeños con trastornos del desarrollo, deben tener esto en cuenta y respetar los sistemas de creencias y valores que cada familia presente potenciando las fortalezas y los recursos posee.

Es aquí donde surge la necesidad de la Atención Temprana. Sin embargo, sus orígenes se sitúan en estudios e investigaciones realizadas por ámbitos como la neurología evolutiva o la psicología del desarrollo (Mulas y Millá, 2004). En nuestro país las primeras experiencias en Atención Temprana se dieron al inicio de los años 70 a través del concepto de “Estimulación precoz”; que con el paso de los años, fue evolucionando hasta lo que hoy en día entendemos como “Atención Temprana”.

De acuerdo con lo establecido en el Libro Blanco de la Atención Temprana elaborado por el Grupo de Atención Temprana (GAT) en el año 2000, se entiende la Atención Temprana como:

“La Atención Temprana es 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 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.13).

La Atención Temprana tiene como finalidad facilitar, tanto a los niños con discapacidad o con riesgo de padecer algún tipo de trastorno como a sus familias, acciones compensadoras que favorezcan el desarrollo de todas las dimensiones de la persona (Mulas y Millá, 2004). La misión que establece es que éstos reciban todos los apoyos necesarios para potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar mientras se favorece su inclusión en el medio familiar, escolar y social (VV.AA., 2000).

De esta manera, se pretende controlar el impacto que la discapacidad o el trastorno produce en el desarrollo infantil bien sea a corto o a largo plazo (Guralnick, 1997). Llevar a cabo una intervención temprana permite unas mejoras significativas en el desarrollo de las competencias y las capacidades del niño que mejorará la calidad de vida del mismo. Además considera a los padres como participantes activos en el proceso educativo y madurativo de sus hijos y los incluye en el proceso de intervención a través de su formación y de su colaboración (Dunst, 2011).

En un primer momento, la actividad de la Atención Temprana incluía únicamente a los niños que ya estaban diagnosticados con una discapacidad (Grande, 2011). Sin embargo, hoy en día esto ha cambiado y desde los centros de recursos se llevan a cabo tareas de prevención y sensibilización de la sociedad además de las intervenciones directas con el niño y su familia (De Andrés y Guinea, 2012).

La actuación de la Atención Temprana debe llegar a todos los niños y familias que lo requieran sea cual sea el diagnóstico que presenten (Guítez, 2005). En este sentido Guralnick (1998) destaca la importancia del papel de la familia como agente activo y colaborador en el planteamiento y diseño de los programas de intervención. En dicha planificación, se debe considerar el momento evolutivo del niño, las necesidades y características que presenta así como sus capacidades y virtudes. Se ha de considerar al niño en su globalidad teniendo en cuenta todos los aspectos de su persona, y no centrarse únicamente en los déficits que presente.

El principal objetivo que persigue la Atención Temprana es que todos los niños que presentan algún trastorno en su desarrollo o tienen algún riesgo de padecerlo, reciban todo los recursos y cuidados que precisen para posibilitar su óptimo desarrollo y bienestar (Gobierno De Navarra, 2002) considerando al niño, su familia y su entorno.

De este marco teórico destacamos una serie de objetivos (Mulas y Millá, 2004; Gobierno De Navarra, 2002):

- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados sobre el conjunto global del desarrollo del niño producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Considerar al niño y la familia como sujetos activos de la intervención.

Una vez definido el concepto de Atención Temprana y tras haber visto los objetivos que persigue es necesario definir los principios básicos en los que se sustenta de acuerdo con lo establecido en el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) y en lo recogido en el Documento Marco de la Atención Temprana en Navarra (2004). Son un total de seis principios básicos que se definen a continuación:

1) Diálogo, integración y participación

La integración familiar, escolar y comunitaria del niño que presente cualquier trastorno del desarrollo, implica un respeto hacia su persona por el mero hecho de formar parte de la sociedad. Así pues, la Atención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y su acceso a la comunicación promoviendo los modelos educativos basados en el diálogo y en la aceptación de todos los modos de ser.

La colaboración de la familia es una actitud básica que se hace necesaria en la Atención Temprana para promocionar el respeto de la cultura, los valores y las creencias de cada sistema familiar. Se debe atender a las necesidades que presente cada familia y prestar atención a sus intereses; ya que cada familia tiene el derecho de recibir la atención que precise y participar en la toma de decisiones de aquello que le afecte. Por lo tanto la Atención Temprana debe estar centrada en la familia y en la aportación de los recursos que ésta requiera.

2) Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública

La presencia de una discapacidad o trastorno del desarrollo en la familia implica un gran impacto que conlleva un alto riesgo de marginación social. La Atención Temprana debe actuar para la prevención de estos riesgos y para la sensibilización de la sociedad. Además debe favorecer el acceso a los servicios de todas las familias asegurando la atención gratuita de calidad para todos los niños y sus familias que sean susceptibles de cualquier tipo de intervención. Por sus orígenes y objetivos es necesario que la Atención Temprana sea un servicio público, universal y gratuito para todos.

3) Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma de las distintas disciplinas que intervienen en la intervención. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica la formación en su disciplina específica y en un marco común que se desarrolle en un ámbito de reflexión y trabajo en equipo.

4) Coordinación

La atención a los niños con trastornos del desarrollo y sus familias se realiza en un marco constitucional concreto. Corresponde a los servicios de Atención Temprana promover el trabajo en redes que se complementen y faciliten la calidad de vida familiar. Conviene asentar dicha coordinación sobre protocolos básicos de intercambio de información y derivación para la continuidad de los servicios.

Es conveniente que cada familia tenga un profesional de referencia al que dirigirse para resolver dudas y que le ofrezca confianza y seguridad así como ayuda para reorganizar sus rutinas y su vida diaria.

5) Descentralización

El principio de descentralización se refiere al establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia. Lo que implica la inserción de la Atención Temprana en las redes de atención primaria de la salud, en las redes de servicios sociales y en las redes de las escuelas infantiles próximas a la familia.

Dicha descentralización tiene que ser compatible con una buena organización y un buen acceso a los servicios especializados cuando sea necesario. Es preciso que el respeto por el funcionamiento familiar y el desarrollo de su vida cotidiana rijan la organización y el funcionamiento de los servicios.

6) Sectorización

La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios, de tal manera que se garantice un equilibrio correcto entre la proximidad, la funcionalidad, la calidad operativa y la demanda de los servicios. Algo necesario para facilitar la inclusión de todo tipo de servicios.

1.2. Marco legislativo

1.2.1. Atención Temprana en la Unión Europea

En los años 50 y 60 se da en Europa el desarrollo del personalismo de la mano de autores como Piaget o Mounier, quienes dan una gran importancia al establecimiento de una educación que favorezca el desarrollo de las capacidades, habilidades, intereses y valores de cada persona. Lo que resalta los problemas derivados de la segregación y reclusión de las personas con discapacidad en hospitales o centros específicos.

Esta nueva concepción de la persona, produce cambios en el concepto de “estimulación precoz” para los niños con discapacidad. Será gracias al “Informe Warnock” (1974-1978) que se producirá un gran cambio en la educación y la socialización de los niños con discapacidad. Aunque bien es cierto que la mayoría de los países mantendrán centros específicos de educación especial.

Esto unido al interés de la Unión Europea por impulsar una sociedad más igualitaria genera cambios importantes en las políticas de educación y cuidado de la infancia. Así, en 1996 el grupo de trabajo *European Community Childcare Network* crea cuarenta medidas relativas a la educación y cuidado de los hijos y define objetivos de calidad en los que incluye un modelo de servicios para la primera infancia dando lugar a los “Principios de Buena Práctica” (Cristóbal, Fornós, Giné, Mas, Pegenaute et al., 2010).

Con el cambio de siglo, el concepto de “estimulación precoz” pasa a denominarse “atención temprana” y a comprenderse como una responsabilidad pública. De tal manera, que desde la Unión Europea, se comprende la Atención Temprana como:

“La AT es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un determinado momento de la vida del niño, que abarcan cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para: asegurar y mejorar su desarrollo personal, reforzar las propias competencias de la familia, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, mediante un trabajo de carácter multidimensional, centrado en la familia y realizado en equipo “(p. 20-21).

Esta definición consolida la necesidad de establecer un sistema de apoyo a las familias que incluya servicios de atención y prevención temprana así como los recursos de apoyo que las familias puedan requerir en cualquier momento; ya sea ayuda económica, formación de las familias o cuidados que precisen los hijos con discapacidad. Repensar la atención temprana implica convertirla en una actividad base que tenga en cuenta las necesidades globales de toda la familia (Guralnick, 2001; Shonkoff y Phillips, 2000; Dunst, 2000; Giné, Gracia, Vilaseca y García Díez, 2006).

Tras la realización de algunos estudios en varios países de la Unión Europea, se pueden destacar algunas preocupaciones comunes a todos ellos con respecto a la Atención Temprana (Cristóbal, Fornós, Giné, Mas, Pegenaute et al., 2010).

En primer lugar, se da una gran preocupación por la función socializadora que tienen las familias. Es necesario contar con recursos en los que los profesionales especializados en desarrollo infantil y atención temprana, trabajen tanto con el niño como con la familia para fortalecer la interacción de estas familias con el resto de la sociedad.

Un segundo foco de atención surge del interés de los países en generalizar los programas de estimulación precoz en las escuelas infantiles. La escuela es hoy en día un

contexto clave de socialización para el niño que permite la observación de su desarrollo evolutivo y de su conducta ante determinadas situaciones. Esto favorece la detección de posibles problemas o trastornos que en otros contextos pueden pasar desapercibidos.

Por último, teniendo en cuenta el contexto del niño, la capacitación de las familias y su participación social; los procedimientos de valoración y las formas de intervención que se van a llevar a cabo tanto con el niño como con la familia y el entorno variarán ajustándose a las necesidades que presenten. Saber establecer una jerarquía que diferencie lo principal de lo secundario, posibilita adecuar la intervención y los servicios ofrecidos a cada niño de manera particular; permitiendo a los profesionales especializados llevar a cabo una práctica más eficaz.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado hasta el momento, la Unión Europea establece una serie de normas y leyes internacionales para la atención temprana, siendo éstas (Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2004):

- La Declaración de los Derechos del Niño proclamada por la ONU, 1959: resalta la importancia de que los organismos públicos garanticen la salud, protección social y educación de todos los niños, prestando especial importancia a aquellos que estén en situación de desprotección o inferioridad, dando respuesta a los derechos y principios recogidos en la Declaración.
- Resolución (84) 3, del Comité de Ministros del Consejo de Europa: recoge el Plan de Acción europeo para la promoción de los derechos, la calidad de vida y la participación en la sociedad de las personas con discapacidad.
- Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de noviembre de 1990: es un tratado internacional que profundiza en los derechos del niño destacando la necesidad de proporcionar los cuidados y asistencia que precisen siempre respetando los valores culturales de la comunidad en la que vive. Para lo que es imprescindible la cooperación internacional de todos los organismos implicados. En dicha convención se reafirman los Derechos Del Niño establecidos por las Naciones Unidas y reconocen a la familia como grupo fundamental dentro de la sociedad y como medio de crecimiento y bienestar para todos los miembros que la componen.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 16 de septiembre de 1992, sobre los Derechos de los Deficientes Mentales: analiza los derechos de las personas con discapacidad en los ámbitos de: los derechos civiles, el trabajo y la seguridad social, la asistencia y vivienda y la formación y educación. En este último, se incluye la necesidad de prestar asesoramiento temprano a los padres para que se sientan capaces de cuidar y criar a sus hijos con discapacidad. Se destaca la educación integrada en las escuelas infantiles partiendo de los principios de integración y normalización con profesionales cuya formación específica esté garantizada.

- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993: representa el compromiso moral y político de los gobiernos hacia la adopción de medidas orientadas a conseguir la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
- Declaración de Salamanca. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad, 10 de junio de 1994: afirma el principio de Educación para Todos y examina la práctica llevada a cabo con el objetivo de asegurar que todos los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales sean incluidos en las escuelas y en la sociedad.
- Guía Europea de Buena Práctica, hacia la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Helios II. Comisión Europea: recoge las principales consideraciones que los países miembros de la Unión Europea han de tener para acabar con la discriminación y exclusión de las personas con discapacidad. Proporciona ejemplos concretos de buena práctica para el establecimiento de las políticas de igualdad de oportunidades.

1.2.2. Atención Temprana en España

España, como miembro de la Unión Europea acoge las leyes y normas internacionales establecidas por la propia Unión, pero es interesante atender al desarrollo y evolución propios del concepto de “atención temprana”.

En los años 80 se acuña en España el término “Estimulación Precoz” y se publica la Ley 13/1982 de 7 de Abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). En ella se establecen la prevención, los cuidados, la educación, la orientación y la integración laboral de las personas con discapacidad (art. 3.1). Será a partir de los años 90 cuando aparezca el concepto de “Atención Temprana” y se elabore el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) (De Andrés y Redruello, 2004).

Los servicios relativos a la atención temprana fueron asumidos por el Estado y responsabilidad de la Seguridad Social en los años 70. Sin embargo, a finales de siglo, se crea el Grupo de Atención Temprana (GAT), que con el apoyo del Real Patronato sobre Discapacidad del Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) elabora una serie de documentos sobre la atención temprana, entre ellos el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000). De hecho, en los últimos diez años, España ha pasado a ser una referencia internacional en el ámbito de la Atención Temprana, la cual se ha consolidado como un derecho reconocido y desarrollado (Cristóbal, Fornós, Giné, Mas, Pegenaute et al., 2010).

Las leyes estatales principales desarrolladas en relación con la Atención Temprana son (Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2004):

- Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978: otorga a los poderes públicos la responsabilidad de garantizar los derechos y la igualdad de todos. Más concretamente, en los artículos 27 y 49 se destaca la necesidad de desarrollar una política de integración para las personas que tengan cualquier tipo de minusvalía física, psíquica o sensorial.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-1982): también conocida como LISMI, establece que las empresas públicas y privadas con más de 50 trabajadores, tienen la obligación de contratar a un número de trabajadores con discapacidad no inferior al 2%; fomentando así la integración laboral de dichas personas con discapacidad. Además establece niveles de escolarización (completa, combinada y parcial o específica) para las personas con necesidades educativas especiales en centros ordinarios, aulas de educación especial o centros específicos. Destaca cuatro principios básicos que han de guiar todas las actuaciones educativas relacionadas con las personas con discapacidad que son: normalización, integración escolar, sectorización e individualización.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS): regula las acciones relacionadas con la protección de la salud.
- Ley 1/1990, de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE): es una reforma educativa que aplica un nuevo orden del sistema educativo y amplía la escolaridad obligatoria hasta los 16 años. Propicia un cambio de paradigma al pasar del modelo del déficit al modelo de las necesidades educativas especiales. Establece que la atención a los niños con discapacidad se establecerá desde el momento de su detección a través de profesionales especializados.
- Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales: es el primer documento legal que atiende al origen de las necesidades educativas especiales; siendo la primera vez que éste término aparece en España. Regula la escolarización en los centros de educación especial; las funciones de los equipos de orientación y psicopedagogía; la flexibilización de los alumnos con altas capacidades; y todos los aspectos relativos a la ordenación, planificación de recursos y organización de la atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor: recoge todos los derechos de los menores y establece que es una obligación de los poderes públicos asegurar su protección a todos los niveles.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad: moderniza la LISMI y redefine varios conceptos y principios como: normalización, accesibilidad universal, transversalidad, diseño para todos o vida independiente. Su principal objetivo es establecer las medidas que garanticen el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.
- Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de detección precoz: regula los servicios de estimulación precoz determinando la

naturaleza de dichos servicios, el acceso a los mismos, el contenido, los objetivos, las funciones del personal, los ámbitos donde se prestan los servicios o las condiciones materiales que deben tener los centros.

1.2.3. Atención Temprana en la Comunidad Foral de Navarra

El gobierno español asume la Atención Temprana como una responsabilidad del Estado, sin embargo, cada Comunidad Autónoma tiene la libertad de establecer leyes propias, siempre y cuando tenga en cuenta las bases establecidas por el Gobierno de España.

En líneas generales, todas las Comunidades Autónomas contemplan la Atención Temprana como un conjunto de intervenciones que se dirigen a la primera infancia con cualquier tipo de trastorno o discapacidad o con riesgo de padecerla; siendo los beneficiarios de las leyes y servicios la población de entre 0 y 6 años (Cristóbal, Fornós, Giné, Mas, Pegenaute et al., 2010).

En relación con las prestaciones y servicios ofrecidos, todas las comunidades autónomas ofertan estimulación temprana en: ayudas a la familia, logopedia, psicomotricidad, fisioterapia y otros recursos. Además se ofrece tanto atención domiciliaria como presencial en los centros específicos.

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, las leyes y normas autonómicas vigentes son (Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2004):

- Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales: reconoce la universalidad del acceso a los servicios sociales garantizando un nivel mínimo de calidad.
- Decreto Foral 76/1993, de 1 de marzo por el que se crea el Centro de recursos de educación especial (CREENA) dependiente del Departamento de Educación y Cultura: se funda el CREENA con el objetivo de que sea el centro que ejerza distintas funciones como el apoyo específico a los centros escolares, la aplicación de normativas de la propuesta de la modalidad de escolarización y la valoración de las solicitudes de ingreso en Centros y Unidades de Educación Especial.
- Orden Foral de 14 de septiembre de 1988, del Consejero de Salud, por la que se estable el Programa de Prevención de Minusvalías Psíquicas: el objetivo de dicho plan es regular las actividades de prevención y disminución de la incidencia de minusvalías. De tal manera que toda la población pueda beneficiarse.
- Orden Foral 170/1998, de 16 de noviembre, del Consejero de Salud, por la que se establece el programa de detección precoz de hipoacusias en el período neonatal.
- Orden Foral 13/2003, de 10 de febrero, del Consejero de Salud, por la que se reordena el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas.

2. Intervención en Atención Temprana

2.1. Modelo de intervención Centrado en la Familia (CEF)

En nuestro país, el trabajo con las familias en el ámbito de la atención temprana tiene una larga tradición, considerando a los padres como participantes activos en el proceso educativo y rehabilitador de sus hijos, por lo que es imprescindible incluirles en la intervención. El trabajo de la familia en Atención Temprana, se orienta hacia la calidad de vida de las familias con algún hijo con discapacidad y al desarrollo del bienestar familiar.

Desde que nace, el niño está rodeado de personas que interactúan y se relacionan con él y que le atienden de manera permanente; su madre, su padre, sus hermanos, sus abuelos o sus profesores y cuidadores son algunas de las personas más cercanas para el niño. Esta inclusión en los diferentes contextos a los que pertenece, le permite desarrollar sus competencias, capacidades y características individuales (Bronfenbrenner, 1987; Bruner, 1977; Cole, 1999; Cole, 2001; Rogoff, 1993, 1998; Tomasello, 1999; Tomasello y Slobin, 2005; Wertsch, 1993, entre otros).

La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987) destaca la importancia de las actividades y situaciones en contextos específicos en la vida del niño, pero también otorga gran importancia a las relaciones que se establecen entre los diferentes contextos a los que pertenece (familia, amigos, escuela, comunidad). Esto lleva a prestar atención a la necesidad de establecer una intervención práctica coherente a todos los niveles. Es decir, que las prácticas realizadas en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) deben perseguir los mismos objetivos que las realizadas en el contexto familiar. Por ello, se hace imprescindible la implicación de las familias en la intervención (Bernheimer y Keogh, 1995; De Linares y Rodríguez, 2004; Gallimore, Weisner Bernheimer, Guthrie y Nihira, 1993; Gallimore, Weisner, Kaufman y Bernheimer, 1989; Guralnick, 1997 a y b, 2001).

Por lo tanto, es esencial establecer un modelo de intervención centrado en la familia que preste atención no sólo al niño con discapacidad; sino también al resto de los miembros del sistema familiar al que pertenece. Es necesario ayudar a las familias a mejorar, a reajustar el equilibrio familiar, a adquirir pautas y estrategias de actuación con la persona con discapacidad y a fomentar su calidad de vida familiar. De esto modo, las familias entenderán que su participación e implicación en la intervención es necesaria e imprescindible (Giné, Gracia, Vilaseca, García-Díe, 2006; Gracia, 2003).

El enfoque de intervención centrado en la familia se define como:

“Un enfoque de intervención profesional, formado por un conjunto de principios, creencias, valores y prácticas que otorga a las familias un papel esencial en la planificación, provisión y evaluación de los recursos y servicios disponibles para sus hijos con discapacidad y que, por tanto, respeta sus prioridades y decisiones” (Bruder, 2000; Dunst,

2002; Dunst, Trivette y Hamby, 2007; Espe-Sherwindt, 2008. Citado en Peralta y Arellano, 2010, pág. 1348)

Se caracteriza por tratar a la familia con dignidad y respeto; por compartir con ella la información y la toma de decisiones; por respetar sus creencias y valores; por incluirlos en los servicios ofrecidos; por analizar el contexto familiar para elegir los mejores recursos; y por establecer una relación colaborativa entre los padres y los profesionales que trabajan con ellos (Dunst, 2002). Las dos características fundamentales de este modelo de intervención son:

a) El establecimiento de una relación colaborativa entre familias y profesionales:

La relación colaborativa se entiende como *“la interacción de apoyo mutuo entre familias y profesionales, que se centra en satisfacer las necesidades de la persona con discapacidad y de su familia y que se caracteriza por un sentido de competencia, compromiso, igualdad, comunicación positiva y confianza”* (Summers et al., 2005, p. 49). De acuerdo con Turnbull, Turnbull, Erwin y Soodak (2006), es necesario tener en cuenta siete principios que han de caracterizar las relaciones colaborativas que se van a establecer entre los profesionales y la familia siendo estos: comunicación abierta, competencia profesional, respeto, compromiso, igualdad, defensa de los derechos y confianza.

b) El desarrollo de oportunidades para la capacitación de las familias:

El “empowerment”, o capacitación, es la meta y el procedimiento que toma el modelo centrado en la familia para que éstas tengan una percepción de control y una confianza que les disponga a manejar mejor las dificultades y a dotarlas de significados más positivos. Por lo tanto, los apoyos deberían proporcionarse de manera que *“las familias puedan tener control sobre las condiciones y sucesos de sus vidas”* (Schalock, 2004, p. 33).

El modelo de intervención centrado en la familia, trata de fijarse en las cualidades familiares y los aspectos positivos para trabajar partiendo de ellos y con ellos. De tal manera, que se pueden identificar los apoyos necesarios tanto a nivel formal como informal (Dunst y Trivette, 2009).

De acuerdo con Dunst (2002) este modelo de trabajo tiene una dimensión relacional, que incluye buenas capacidades de relación (escucha activa, empatía) y el respeto a los valores de la familia; y una dimensión práctica, que incluye la personalización de la práctica, la flexibilidad y la sensibilidad hacia las preocupaciones y dificultades de la familia. El fin de esta modalidad de intervención es capacitar y habilitar a las familias para que puedan funcionar de manera efectiva (Leal, 1999). Siguiendo a Brown et al. (2007), las características básicas del trabajo centrado en la familia son:

- a) La familia como unidad de apoyo: la familia es el foco de atención y se presta atención a su bienestar y a sus necesidades y dificultades para fomentar su calidad de vida.
- b) La familia elige: es importante animar a los padres a expresar lo que sienten respecto a la situación dada y a manifestar a los profesionales sus opiniones, de tal manera que se hagan partícipes de la elaboración y posterior puesta en práctica de la intervención.
- c) Apoyos basados en las fortalezas: focalizar las fortalezas de la familia ayuda a construir una parentalidad efectiva y a promover el sentimiento de capacidad de los padres; promoviendo así la calidad de vida familiar (Turnbull, 2003).

Trabajar de manera efectiva con las familias exige conocer las demandas y dificultades que tienen para ayudarles de la manera más adecuada. El modelo ofrecido por Dunst y Trivette (2009) propone cuatro componentes para mejorar la actuación de los profesionales que permite trasladar a la práctica los principios básicos del modelo centrado en la familia y promover la autodeterminación de la familia, siendo éstos: identificar las necesidades de la familia; identificar los puntos fuertes y los recursos de las familias:

- 1. Identificar las necesidades de la familia:** los profesionales deben tener una actitud de escucha activa y de empatía que les ayuden a crear un clima de confianza. Lo que permitirá traducir las preocupaciones de la familia en necesidades.
- 2. Identificar los recursos y fortalezas de la familia:** el profesional debe partir de los aspectos positivos del funcionamiento familiar para poder comprenderla y ayudarle a traducir los aspectos negativos en positivos.
- 3. Identificar las fuentes de ayuda:** el profesional debe averiguar con qué servicios formales e informales cuenta la familia y de qué manera cubren sus necesidades.
- 4. Dar autoridad y capacitar a las familias:** el profesional debe crear oportunidades para que todos los miembros de la familia participen y promuevan su sentimiento de control y autosuficiencia.

Los profesionales tienen un papel muy importante para las familias con discapacidad, puesto que son los referentes en los cuales van a confiar y quienes les van a ayudar a enfrentarse a las dificultades. Las familias se encuentran con retos y desafíos que deben enfrentar pero sin saber cómo; ya que son completamente desconocidos para ellos. Por lo tanto, los profesionales van a ser los guías en los que se van a apoyar para hacer frente a la situación.

De acuerdo con Bailey, McWilliam, Darkes, Aytch Hebbeler, Simeonsson, Spiker et al. (1998); Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson y Beegle (2004); y Turnbull, Turnbull, Erwin y Soodak (2006), la relación entre los profesionales y la familia debe caracterizarse por la cooperación, la colaboración y el reparto de las

responsabilidades; de tal manera que la satisfacción de las familias y su desarrollo les permita alcanzar mayores niveles de calidad de vida.

Para que esto se produzca, es fundamental que los profesionales tengan una visión global de la familia que les permita detectar sus fortalezas y sus virtudes (Blue-Banning et al. 2004). Para así, poder capacitarla de manera que pueda enfrentarse del modo adecuado a la situación dada por la presencia de la discapacidad en la familia. Es importante que los profesionales adopten actitudes positivas y ayuden a las familias a fortalecer y desarrollar su autodeterminación para que se sientan capaces de llevar a cabo el cuidado y la crianza de sus hijos de la mejor manera posible (Guralnick, 2000).

2.2. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

En los últimos años, España ha pasado a ser una referencia internacional en atención temprana, consolidándose ésta como un derecho desarrollado y reconocido. El modelo asistencial centrado en la familia a través del cual se desarrolla la atención temprana, son los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATS). Estos centros surgieron alrededor de los años 70 con la denominación de “Centros de Estimulación Precoz” (CEP), que a lo largo de los años se fueron desarrollando para convertirse en Centros de Atención Temprana (CAT) y posteriormente en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), tal y como los conocemos actualmente (Juan-Vera y Pérez-López, 2009).

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) los CDIAT son “servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0 a 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlo” (p.23), y que en las Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana, se redefinen como “servicios autónomos, gratuitos, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y sectorizados” (GAT, 2005. Citado en Juan-Vera y Pérez-López, 2009 pág. 25).

Los primeros planteamientos de intervención en los años 70, eran meramente rehabilitadores; es decir, se centraban en la intervención del niño con discapacidad trabajando a través de la estimulación precoz. Sin embargo, en los años 80 y 90 esta concepción fue variando para dar paso a otros niveles de atención y ámbitos de actuación (Juan-Vera y Pérez-López, 2009).

Hoy en día, estos centros están formados por equipos interdisciplinarios especializados en desarrollo infantil que buscan realizar un proceso integral cuyo objetivo sea conseguir un desarrollo armónico de los niños y de sus familias a través de un trabajo multidimensional a todos los niveles de apoyo al niño, a la familia y al entorno (Millá, 2003). Siguiendo los planteamientos del Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), atienden a todos los niños de entre 0 y 6 años con problemas en su desarrollo o riesgo de padecerlo.

De acuerdo con Soriano (2003) los CDIAT deben tender a asegurar una serie de cuestiones que permitan el desarrollo integral de las familias que precisen de estos servicios:

- Disponibilidad: que todas las familias puedan optar a los recursos existentes obteniendo de ellos un nivel de calidad óptimo.
- Proximidad: que las familias que habiten en zonas rurales tengan el mismo acceso que aquellas que residan en zonas urbanas donde hay más posibilidades.
- Asequibilidad: que sean servicios gratuitos o con el menor coste posible para las familias, de tal manera que todas puedan permitirse su acceso.
- Trabajo interdisciplinario: que el trabajo sea llevado a cabo por profesionales especializados que establezcan un intercambio de información y unos objetivos comunes entre ellos.
- Variedad de servicios: que participen las tres áreas de servicios implicadas en la Atención Temprana: Servicios Sociales, Sanitarios y Educativos.

Los CDIAT están compuestos por un equipo interdisciplinar y transdisciplinar de profesionales que trabaja con el niño, la familia y el entorno. Nacen con el objetivo de ayudar a los niños con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlo y favorecer su desarrollo a través de la intervención.

El carácter interdisciplinar se da puesto que los equipos están formados por profesionales de distintas disciplinas que coexisten en un espacio formal, comparten información y se plantean objetivos comunes. El carácter transdisciplinar se descubre en la adquisición, por parte de todos los componentes del equipo, de conocimientos de las otras disciplinas relacionadas y su posterior incorporación en su práctica. Además es un único profesional quien se convierte en figura de referencia para la familia (VV.AA., 2000).

Su composición puede variar, pero todos los equipos de profesionales de Atención Temprana están formados por psicólogos, pedagogos, técnicos en Atención Temprana, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas y trabajadores sociales (Juan-Vera y Pérez-López, 2009).

Sus objetivos se centran en la contribución de la mejora del desarrollo del niño, la capacitación de las familias y la mejora de las condiciones de los centros educativos o los contextos en los que participa el niño (De Andrés y Redruello, 2004). Sus funciones respecto al propio ámbito de la Atención Temprana son: conocer la realidad educativa del sector; detectar la población con necesidades educativas especiales en la edad infantil; e identificar los recursos psicopedagógicos y sociales existentes en la zona procurar su coordinación.

Respecto a la escuela infantil o contexto educativo en el que participa el niño tiene como funciones: colaborar en la elaboración del Proyecto Educativo; orientar al equipo docente en todos aquellos aspectos psicopedagógicos y organizativos que

afecten al buen funcionamiento del centro y que favorezcan la integración; y fomentar los cauces que potencien el acercamiento familia-escuela.

Por último, sus funciones respecto al niño con necesidades educativas especiales o trastornos del desarrollo son: identificar y valorar la problemática especial de los alumnos; aplicar la parte del programa que suponga intervención individual; y orientar y formar a la familia, para que los padres realicen programas educativos de adquisición de hábitos y habilidades.

Las actuaciones que llevan a cabo los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana persiguen un plan integral entorno a diferentes niveles de intervención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

En primer lugar, la prevención primaria busca evitar las condiciones que pueden ocasionar la aparición de trastornos del desarrollo infantil a través de actuaciones preventivas y de sensibilización orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias y dirigidas a toda la población en general (Gobierno De Navarra, 2002). Es decir, que la prevención primaria tiene como objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos del desarrollo.

Por otro lado, la prevención secundaria se basa en la detección y el diagnóstico precoz de las enfermedades, trastornos y situaciones de riesgo con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas. Se lleva a cabo a través de programas especializados dirigidos a colectivos muy concretos en situación de riesgo (Gobierno De Navarra, 2002). Es decir, que tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo y situaciones de riesgo.

Por último, la prevención terciaria se corresponde con las actuaciones dirigidas al niño y a su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Es decir, que su objetivo es eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos del desarrollo detectados en el niño (Gobierno De Navarra, 2002). Otro objetivo fundamental que persigue este nivel de prevención es el de conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo con trastornos del desarrollo, sus capacidades y sus limitaciones. De tal manera que pueda actuar como agente potenciador del desarrollo adecuando el entorno a sus necesidades y facilitando su inclusión en el contexto en el que vive (VV.AA., 2000).

Por lo tanto, podemos concluir que los CDIAT son el lugar idóneo para llevar a cabo el modelo de intervención propuesto en el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000). A través del cual se trabaja con el niño, la familia y su entorno con el objetivo de alcanzar el máximo desarrollo de los niños de entre 0 y 6 años con trastornos del desarrollo mediante el trabajo de equipos de profesionales de carácter interdisciplinar. Cabe destacar que, además de la intervención directa, llevarán a cabo tareas de prevención y sensibilización de la sociedad con el fin de fomentar una mejor calidad de vida de las familias.

3. El proceso de atención temprana

El modelo de intervención centrado en la familia, propone que desde la Atención Temprana se establezca un trabajo integral que incluya al niño, a la familia y al entorno. Ha de potenciar las capacidades del niño y de la familia y minimizar, evitando en la medida de lo posible, las deficiencias que dificulten la integración social tanto del niño como de la familia. Para que este objetivo pueda llevarse a cabo con éxito, es imprescindible la colaboración y cooperación de la familia y de todos los profesionales involucrados en la intervención con el niño (servicios sociales, sanitarios y educativos); trabajando conjuntamente con unos objetivos comunes.

El planteamiento de unos objetivos comunes hace necesario que la intervención que se va a realizar se lleve a cabo por un equipo interdisciplinar de profesionales que tienda a la transdisciplinariedad. Es decir, que esté compuesto por profesionales de distintas especialidades pero que al mismo tiempo haya un flujo continuo de información que permita a todos los profesionales tener conocimientos de otros aspectos del niño además del suyo propio. Todos ellos deben establecer como objetivo común la optimización del curso de desarrollo del niño y de su familia en la medida en que sea posible. Teniendo todo esto en cuenta, el proceso de atención de un niño en Atención Temprana se compone de cuatro fases prioritarias (Documento Marco de la Atención Temprana en Navarra, 2004) que son: la fase de acceso al programa, la fase diagnóstica, la fase de intervención y la fase de derivación.

1) Fase de acceso al programa:

La primera de ellas es la fase de acceso al programa. Dicho acceso se realiza a través de la solicitud de cualquier profesional o por los propios padres (anexo 1). Es importante tener en cuenta que la detección temprana de cualquier discapacidad o trastorno del desarrollo, no sirve de mucho si no va seguida de las medidas de atención adecuadas; por lo que dicho acceso condicionará el desarrollo del niño.

Para las familias es uno de los momentos más angustiosos y estresantes; ya que, en muchos casos, todavía no tienen un diagnóstico definitivo que explique lo que le ocurre a su hijo, creándoles una gran incertidumbre sobre su futuro. Por este motivo, la acogida a la familia en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, o en los servicios de atención temprana correspondientes, tiene una gran importancia.

Es necesario planificar dicha acogida con mucho cuidado y procurar que la familia reciba el apoyo y seguridad que necesitan acompañada de toda la formación e información requerida en cada caso concreto. El sentimiento de acogida que perciba la familia, le ayudará a afrontar las dificultades y adversidades de la situación dada de una manera positiva posibilitando que los padres se sientan capaces de ayudar a su hijo desde el primer momento y de criarlo en unas condiciones óptimas.

Le selección de la información que se le va a ofrecer a la familia, el profesional que recibirá a la familia, la información que se solicite a los padres y la actitud que

adopten los profesionales, condicionarán la manera en que la familia va a hacer frente a la situación. Es importante transmitir a las familias un clima de confianza donde se sientan seguros y en el que puedan encontrar respuestas a sus múltiples inquietudes. Enseñarles el centro, presentarles a otros padres que estén viviendo una situación similar a la suya o grupos de apoyo a los que recurrir en caso de que lo necesiten, son oportunidades interesantes a través de las cuales las familias se van a sentir acogidas. En definitiva, es muy importante planificar el primer contacto con la familia de manera individual y con antelación.

2) Fase diagnóstica:

La fase diagnóstica cobra una especial relevancia en el proceso de intervención en la atención temprana. La aproximación hacia el diagnóstico concreto del niño tiene una influencia decisiva en las medidas que se van a adoptar y en el futuro de los pequeños y de sus familias.

Por ello, es imprescindible realizar una buena hipótesis diagnóstica que tenga en cuenta el niño a todos los niveles: origen y consecuencias del trastorno, nivel funcional del niño y síntomas presentados por el mismo. La valoración del niño debe realizarse como un estudio global y en profundidad que incluya su historia individual personal y familiar y el entorno en el que participa. Dicho estudio debe ser elaborado por diferentes profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar del centro, y con la colaboración de las instituciones que hayan derivado el caso.

Esta fase distingue varios momentos clave: la recogida de información; la evaluación del niño y su entorno; la elaboración de hipótesis diagnósticas; la entrevista de devolución de datos; y la propuesta de intervención.

Uno de los elementos más importantes de la fase diagnóstica es una adecuada recogida de información; ya que ofrecerá las bases que guiarán el planteamiento de la intervención que vamos a realizar. Se obtiene a través de la acogida, de la recogida sistemática de información y de las aportaciones de otros profesionales. En el anexo 2 se presentan algunos aspectos fundamentales que deben ser recogidos sobre la historia personal del niño, el entorno familiar del que forma parte y su situación actual en relación a cuatro áreas básicas: alimentación, sueño, higiene y juego. Cabe destacar que los ítems sobre el momento del desarrollo en el que se encuentra el niño pueden variar en función de la edad del mismo. El estado de los padres y del resto de la familia, así como los sentimientos y preocupaciones que se derivan de la situación dada, también deben ser recogidos. Ya que condicionarán la implicación de la familia en la intervención y la actitud con la que van a afrontarla.

El primer contacto con la familia se lleva a cabo a través de la entrevista de acogida, mediante la cual se lleva a cabo la valoración inicial y se establecen las primeras pautas que guiarán la intervención. Como se ha mencionado anteriormente, es imprescindible crear un clima de confianza en el que los padres se sientan cómodos y puedan expresar libremente cómo se encuentran y cómo se sienten. Además, tal y como

destacan De Linares y Rodríguez (2004), la entrevista con la familia es esencial ya que las necesidades más importantes son las identificadas por la propia familia.

En la entrevista con las familias, los profesionales que forman parte del equipo de valoración, serán los encargados de recoger de forma sistemática todos aquellos datos sobre el niño y su familia necesarios para la planificación de la intervención. Conocer la situación emocional en la que se encuentra la familia, las dificultades a las que se enfrenta o las experiencias vividas, tanto positivas como negativas, facilitarán la comprensión de la situación de la familia. Por otro lado, es fundamental recabar información sobre el momento actual del niño, su desarrollo evolutivo, las causas del trastorno o los apoyos que han recibido o no hasta el momento. Sin embargo, hay que tratar que los padres no repitan la información una y otra vez; por lo que la colaboración con otros profesionales puede aportar también mucha información relevante.

Toda la información obtenida queda recogida en la “Historia Única” de cada niño (anexo 3). Esta herramienta permite a los profesionales reunir de una forma clara y organizada toda la información obtenida hasta el momento acerca del niño, su familia y su entorno. Además, facilitará el trabajo interdisciplinar de los profesionales al posibilitar el acceso de todos ellos a la información más relevante. Es aconsejable que dicha información reúna aspectos sobre: sus datos personales, la fuente de derivación, el motivo de la solicitud para acceder al programa, la valoración inicial, el Plan Individualizado de Desarrollo, el seguimiento de todos los profesionales, las evaluaciones realizadas y los informes y cuestiones significativas o de especial relevancia. Mantener actualizado este documento facilitará en gran medida la evaluación continua de los progresos del niño y plantear objetivos mucho más concretos.

Como ya se ha mencionado, la colaboración con profesionales externos al centro, como pediatras, neurólogos o trabajadores sociales, es fundamental. Los profesionales del equipo de valoración serán los encargados de recabar la información más relevante y significativa que éstos puedan aportar por su experiencia con el niño y con la familia a través de informes o entrevistas.

Dado que la intervención que va a ser llevada a cabo afecta a la globalidad del niño, es importante evaluar también su familia y su entorno. De hecho, la evaluación es un proceso indispensable en la intervención. La evaluación continuada va a posibilitar el máximo ajuste de la intervención permitiendo realizar las modificaciones necesarias en el cualquier momento del proceso. La evaluación final será la que determine la consecución de los objetivos propuestos y la eficacia de los métodos utilizados.

Dada la corta edad de los niños, algunas de las pruebas o baremos de medición han quedado obsoletos, por lo que la observación directa que realice el profesional va a ser una fuente esencial de información. Para ello, la observación del niño en su contexto y durante el trabajo realizado durante las sesiones, ofrecerá una gran cantidad de información muy valiosa.

Los diez principios en los que debería basarse la evaluación infantil, de acuerdo con Meisels y Atkins-Burnett (2000) podrían resumirse en: un modelo evolutivo global; la implicación de múltiples fuentes de información y agentes de actuación; la concepción de que la evaluación no es un fin en sí misma; la atención en las relaciones e interacciones del niño con su cuidador principal; la comprensión de las conductas del niño que marcarán su personalidad y diferenciación; la atención del nivel y del modelo organizativo que sigue el niño para organizar sus experiencias y sus capacidades funcionales; la identificación de las competencias y puntos fuertes del niño y de sus competencias emergentes; el proceso colaborador entre distintos profesionales y los padres; la visión de la evaluación como primera fase del proceso de intervención; y la re-evaluación del estado evolutivo del niño que debería producirse en el contexto cotidiano familiar, del centro de Atención Temprana, o de ambos.

3) Fase de intervención:

La tercera fase es la de intervención. Esta fase tiene como finalidad elaborar un plan de intervención individual y realizar su seguimiento y puesta en práctica estableciendo las pautas de colaboración familiar.

El plan de intervención individual se elabora con la información recogida anteriormente e incluye las necesidades del niño y de la familia; las ayudas y recursos que precisan; las prioridades de actuación; el pronóstico a corto y medio plazo; y las concreciones sobre los objetivos, temporalización, actividades, metodología, sistema de evaluación, participación familiar e intervención de los diferentes profesionales.

Se debe informar a los padres de una manera cauta, clara y comprensible sobre las hipótesis diagnósticas y el plan de intervención diseñado para su hijo.

El planteamiento de los objetivos se realiza en función de las áreas evaluadas, siendo estas: el área motora, la perceptivo-cognitiva, lenguaje y comunicación y autonomía y sociabilidad. Es imprescindible tener una entrevista con la familia en la que se discutan estos objetivos; ya que lo que se pretende en atención temprana, es que los padres también trabajen en casa los mismos objetivos. El anexo 4 recoge una propuesta de informe en el que se plasmarán los objetivos que van a ser discutidos con la familia. Los padres deben sentirse capaces de trabajar en casa siguiendo las mismas pautas que los profesionales desarrollan en el centro para promocionar la evolución del niño. Por lo tanto, también debe haber una formación de padres que les permita adquirir las estrategias necesarias para la actuación en el contexto familiar. De esta manera, los profesionales y los padres trabajan de manera colaborativa apoyando mutuamente la tarea realizada por unos y por otros mediante actuaciones conjuntas de intervención.

Para la formación de los padres, puede ser recomendable o no su presencia durante las sesiones que los especialistas tienen con sus hijos. Esto puede variar en función de la edad del niño, su estado de desarrollo y la situación dada. Cuando los niños son muy pequeños es bueno que los padres participen en las sesiones, ya que la madre es la mayor figura de apego que tiene el niño y su referente de vida. Pero a

medida que éste va creciendo es recomendable que la presencia de la madre vaya disminuyendo hasta su total desaparición. La entrada en el aula permite a las familias observar directamente las herramientas y estrategias que el profesional utiliza, plantear todas las dudas que puedan surgirle y adquirir las estrategias básicas que le facilitarán el trabajo en casa. Aunque también es bueno que, a medida que el niño va creciendo, se acostumbre a estar con otros adultos en ausencia de su madre.

4) Fase de derivación:

Por último, la fase de derivación se alcanza cuando el niño debe continuar la atención en otros servicios bien sea por su evolución positiva y la consecución de los objetivos marcados, o por razones de edad. Los profesionales que han estado trabajando con él hasta el momento, llevarán a cabo un protocolo de derivación que permitirá al niño continuar con su intervención en otros servicios (anexo 5).

En este punto, la familia recibirá la información de dicha derivación por parte del equipo interdisciplinar del centro y dispondrá de un informe que describa la valoración del niño a lo largo del programa de intervención, la situación actual en la que se encuentra, y las acciones de futuro recomendables.

Sin embargo, el cambio de servicio no debe interrumpir la continuidad de la atención del niño; sino que debe mantener la misma coherencia en el nuevo servicio. Esto será posible gracias al intercambio de información entre el centro de atención temprana, la familia y el nuevo servicio al que se va a tener acceso.

Cabe destacar, que los niños que finalizan su intervención en atención temprana han alcanzado una edad en la que deben ser escolarizados si no lo estaban hasta el momento. Por lo tanto, es imprescindible establecer mecanismos de comunicación que aseguren la coordinación entre el centro de desarrollo infantil y atención temprana y el centro educativo. Si el centro educativo los requiere, se facilitarán los informes de evaluación del niño y su “Historia Única”, de tal manera que el centro escolar pueda tomar las medidas necesarias para atender a las necesidades que presente el pequeño. Se deberá diseñar un plan individual para cada niño que especifique las funciones de los profesionales en cada contexto para el óptimo desarrollo tanto del niño como de su familia.

Conclusiones

La Atención Temprana es un ámbito muy importante a tratar en la sociedad de hoy en día. Las bases que se establecen en los primeros años del desarrollo de una persona son las que definirán su futuro y su calidad de vida. Por lo que es importante prestar atención a todos los factores que envuelven al niño, algo que se vuelve todavía más importante en los niños con discapacidad o trastornos del desarrollo o que estén en riesgo de padecerlo.

Uno de los objetivos del trabajo ha sido precisamente dar visibilidad a este hecho. Es necesario que la sociedad comience a tomar conciencia de la importancia que la Atención Temprana tiene a nivel social, educativo y sanitario. El diagnóstico precoz de una discapacidad o de un trastorno del desarrollo no sirve de mucho si no está acompañada de su correspondiente intervención.

Muchas de las dificultades que hoy en día presentan las personas con discapacidad, pueden ser paliadas en gran medida si, desde edades muy tempranas, se tratan los síntomas y las consecuencias de dicha discapacidad. Algo que, definitivamente, mejorará su calidad de vida tanto a corto como a largo plazo.

Pero el niño con discapacidad forma parte de un sistema familiar para el que la vivencia de dicha discapacidad supone un gran impacto, debiendo reajustar el equilibrio familiar y trabajar en su resiliencia para poder afrontar las situaciones adversas y las dificultades que van a generarse de la nueva situación. Por lo tanto, la mejora de la calidad de vida de la persona con discapacidad, fomentará también la calidad de vida familiar. Haciendo necesario un trabajo desde la familia y con la familia.

El modelo de intervención centrado en la familia trabaja tomando a todos los miembros del sistema familiar como agentes activos que deben participar en la intervención desarrollada con el niño. Facilita recursos y estrategias de actuación a los padres a través de su formación en las necesidades y características particulares de sus hijos. Si, desde que éstos son pequeños, los padres aprenden a cuidar y a trabajar con su hijo con discapacidad; podrán ofrecerle un futuro con mayores expectativas.

En la Atención Temprana los padres son considerados agentes activos y que deben trabajar en colaboración con los profesionales. Son la figura de apego y de referencia para su hijo y éste necesita de sus cuidados y de su atención. Lo que va a propiciar, sin duda alguna, la mejora de la calidad de vida de todos ellos.

La inclusión de la familia en la planificación y desarrollo de la intervención debe ser siempre tenida en cuenta. En primer lugar, es necesario ofrecer a los padres un clima de confianza donde se sientan acogidos y donde se les ofrezca respuestas a todas las dudas e incertidumbres que les plantea la nueva situación. De esta manera, la percepción de seguridad en sus capacidades aumentará y se sentirán capaces de sobrellevar la situación y lidiar con ella haciendo que quieran ser partícipes de la intervención para el desarrollo óptimo de su hijo.

En dicha planificación han de tenerse en cuenta los sistemas de creencias y valores de la familia, trabajando de manera conjunta con los padres y prestándoles la atención que necesiten. Son ellos precisamente, los que mejor van a detectar las necesidades de sus hijos y los que más información pueden ofrecer a los profesionales. Además, son la figura de referencia para el niño y los que más tiempo pasan con él.

Pero para que esto se lleve a cabo es necesaria la colaboración de todos los ámbitos profesionales: social, sanitario y educativo. Quienes deben coordinarse y trabajar de manera conjunta estableciendo unos objetivos comunes. Las administraciones e instituciones públicas deben velar por el trabajo que realizan dichos profesionales y facilitar las vías de comunicación y de acceso a los servicios de Atención Temprana a todos los niños que padezcan algún tipo de trastorno del desarrollo o que esté en riesgo de padecerlo.

Es imprescindible llevar a cabo una Buena Práctica en la Atención Temprana, a través del trabajo inter y transdisciplinar con la colaboración de todos los profesionales que trabajan con el niño y con la familia. Por este motivo, en el trabajo se recogen algunas recomendaciones a llevar a cabo en la práctica dirigidas hacia el niño y hacia la familia.

Otro objetivo que hay que establecer es conseguir que la sociedad conciba la Atención Temprana como un eslabón base en la educación que hay que desarrollar. Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana llevan a cabo medidas de prevención y socialización con el objetivo normalizar la Atención Temprana en la sociedad.

Bibliografía

- Bailey, D. B., McWilliam, R. A., Darkes, L., Aytch Hebbeler, K., Simeonsson, R., Spiker, D. (1998). Family outcomes in early intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64(3), 313-328.
- Bernheimer, L.P. y Heogh, B. K. (1995). Weaving interventions into the fabric of everyday life: an approach to family assessment. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15(4), 415-433.
- Blue-banning, M., Summers, J. A., Frankland, H., Nelson, L. y Beegle, G. (2004). Dimensions of family and profesional partnerships: constructive guidelines for collaboration. *Council for Exceptional Children*, 70(2), 167-184.
- Brofenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, I., Galambos, D., Poston, D. J. y Turnbull, A. P. (2007). Person centered and family centered support. En I. Brown y M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp. 351-361). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-122.
- Bruner, S. J. (1977). Early interaction and language acquisition. En H. R. Shaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp. 271-289). London: Academic Press.
- Cole, M. (1999). *Psicología cultural*. Madrid: Morata.
- Coll, C. (2001). Concepciones y tendencias actuales en Psicología de la Educación. En C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación, 2. Psicología de la educación escolar* (pp. 29-64). Madrid: Alianza.
- Cristóbal, C., Fornós, A., Giné, C., Mas, J. M., Pegenaute, F. (2010). *La atención temprana: un compromiso con la infancia y sus familias* (pp. 9-57). Barcelona, España: Editorial UOC.
- De Andrés, C. y Guinea, C. L. (2012). La Atención a la Familia en Atención Temprana: Retos Actuales. *Psicología Educativa*, 18(2), 123-133.
- De Andrés, C. y Redruello, R. A. (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias pedagógicas*, 9, 217-246.
- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). Bases de la Intervención Familiar en Atención Temprana. En J. Pérez-López y A. G. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-351). Madrid: Pirámide.

- Dunst, C. J. (2000). Revisiting. Rethinking in Early Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *The Journal Special Education, 36*(3), 141-149.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. y Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*(3), 370-378.
- Dunst, C. J. y Trivette, C. M. (2009). Capacity-building family systems intervention practices. *Journal of Family Social Work, 12*(2), 119-143.
- Dunst, C. J. (2011). *Desarrollo profesional en entornos de intervención: implicaciones para la mejora de las prácticas con niños pequeños y sus familiares*. V Reunión Interdisciplinar sobre Discapacidad/Trastornos del Desarrollo y Atención Temprana. Madrid.
- Espe-Sherdwindt, M. (2008). Family-centered practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning, 23*(3), 136-143.
- Gallimore, R., Weisner, T. S., Bernheimer, L., Guthrie, D. y Nihira, K. (1993). Family responses to young children with developmental delays: accommodation activity in ecological and cultural context. *American Journal on Mental Retardation, 98*(2), 185-206.
- Gallimore, R., Weisner, T. S., Kaufman, S. y Bernheimer, L. P. (1989). The social construction of ecocultural niches: family accommodation of developmentally delayed children. *American Journal on Mental Retardation, 94*(3), 216-130.
- GAT (2005). Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. *Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. Colección Documentos 55/2000.
- Gil, I. C. (2005). Elaboración de un programa de atención temprana. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 3*(7), 151-192.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 65*(23,2), 95-113.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y García Díez, M. T. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y aprendizaje, 29*(3), 297-313.

- Gobierno De Navarra, (2002). *Plan de atención a la infancia y adolescencia en dificultad social de la Comunidad Foral de Navarra*. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/575A718E-74DC-4C54-8E30-60F079B7A335/92061/00PLANDEINFANCIA.pdf>
- Gobierno de Navarra (2004). La Atención Temprana en Navarra. *Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud*. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DBD0FDB-DEDB-4B46-A657-FEA9135FC8C5/142540/DocumentomarcocodeAtencionTemprana1.pdf>
- Gracia, M. (2003). *Comunicación y lenguaje en primeras edades. Intervención con familias*. Lleida: Milenio.
- Grande, P. (2011). *Estudio de la coordinación interinstitucional en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Guralnick, M. J. (1997). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319-345.
- Guralnick, M. J. (1997a). Second generation research in the field of early intervention. En M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 3-20). Baltimore: Paul H. Brookes, Pub. Co.
- Guralnick, M. J. (1997b). Designing early intervention programs to promote children's social competence. En M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 579-610). Baltimore: Paul H. Brookes, Pub. Co.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of Early Intervention for vulnerable Children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 319-345.
- Guralnick, M. J. (2000). Early childhood intervention: evolution of a system. En M. Wehmeyer y J. R. Patton (Eds.), *Mental retardation in the 21st century* (pp. 37-58). Austin, TX: PRO-ED.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infantis anf Young Children*, 14(2), 1-18.
- Gutierrez, P. (2005). *Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.

- Juan-Vera, M. J. y Pérez-López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(2), 21-38.
- Leal, L. (1999). *Un enfoque de la discapacidad centrado en la familia* [A family-center approach to people with mental retardation] (R. M. Cuenca, F. E. Jalain Trans.). Madrid: FEAPS
- Meisels, S. J. y Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of early childhood assessment. En J. P. Shonhoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 231-257). New York: Cambridge University Press.
- Millá, M. G. (2003). Atención Temprana: Definición y objetivos. *Revista MinusVal.*, 3, 48-51.
- Montero, L. A. A. (1991). *El informe Warnock*. Cuadernos de pedagogía.
- Mulas, F. y Millá, M. G. (2004). La Atención Temprana: qué es y para qué sirve. *Summa Neurológica*, 1(3), 31-34.
- Peralta, F. (2011). *Niños diferentes: Los trastornos del desarrollo y su intervención psicopedagógica*. España: Ediciones Eunate.
- Peralta, F. y Arellano, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362.
- Pernas, C. M. (2011). La atención a los padres con hijos con necesidades educativas especiales (NEE). *Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte*, 14, 168-177.
- Rogoff, B. (1993). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Paidós.
- Rogoff, B. (1998). Cognition as collaborative process. En D. Jun y R. S. Siegler (Eds. Vol. 2), *Cognition, perception and Language*, W. Damon (editor-in-chief), *Handbook of Child Psychology* (pp. 679-744). Nueva York: Wiley.
- Sánchez, F. A. G. (2005). Líneas de investigación en Atención Temprana. En M. G. Millán y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, trastornos e intervención* (pp. 819-842). Madrid: Promolibro
- Schalock, R. L. (2004). Moving from individual to family quality of life as a research topic. En A. Turnbull, I. Brown y H. R. Turnbull (Eds.), *Families and persons with mental retardation and quality of life: International perspectives* (pp. 11-24). Washington: American Association on Mental Retardation.

- Shonkoff, J. P. y Phillips, D. A. (2000). From neurons to neighbourhoods. *The Science of Early Child Development*. Washington. National Academy Press.
- Soriano, V. (2003). *Atención Temprana: Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Comisión Europea: D. G. de Educación, Formación, Cultura y Bilingüismo.
- Summers, J. A., Poston, D. J., Turnbull, A. P., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H. y Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 777-783.
- Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Cambridge: Harvard University Press.
- Tomasello, M. y Slobin, D. I. (2005). *Beyond nature-nurture: essays in honor of Elisabeth Bates*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Turnbull, A. P. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(3), 59-73.
- Turnbull, A., Turnbull, H., Erwin, E. y Soodak, L. C. (2006). *Families, professionals and exceptionality. Positive outcomes through partnerships and trust (5ª Ed.)*. Upper Saddle River: Pearson. Merrill Prentice Hall.
- Wertsch, J. V. (1993). *Las voces de la mente*. Madrid: Visor.
- VV.AA. (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- VV. AA. (2000). *Manual de Buena Práctica en Atención Temprana*. Madrid: FEAPS.

Anexos

Anexo 2: Valoración inicial

VALORACIÓN INICIAL

HISTORIA VITAL

Embarazo: _____

Parto: _____

Datos del recién nacido (peso, color, aspecto, reflejos, vista, oído, boca, abdomen, genitales, movimientos, respiración etc.) :

Complicaciones posteriores (posibles intervenciones quirúrgicas requeridas, problemas o enfermedades importantes, hospitalizaciones, hitos significativos):

ALIMENTACIÓN

Tipo de lactancia:

Cambios en la alimentación:

CUIDADOS ESPECIALES

Toma alguna medicación:

Apoyos técnicos que utiliza:

Acude a la guardería:

Otros servicios a los que acude:

CAMBIOS EN LA HISTORIA FAMILIAR QUE PUDIERON AFECTAR AL NIÑO

DESARROLLO EVOLUTIVO

Edad en que sostiene la cabeza: _____

Edad en que mantiene sentado solo: _____

Edad en le sale el primer diente: _____

Edad en que gatea: _____

Edad en que se mantiene de pié agarrado: _____

Edad en que da los primeros pasos: _____

Edad en que rueda por el suelo: _____

Edad en que emite los primeros sonidos y gorjeos: _____

Edad en que dice las primeras palabras: _____

Edad en que emplea la frase en su lenguaje: _____

Edad en que sonrío: _____

Edad en que ríe: _____

Edad en que controla de esfínteres: _____

Edad en que comienza a seguir objetos con la mirada: _____

Edad en que responde a los sonidos: _____

Edad en que imita sonidos: _____

Edad en que reconoce su propio nombre: _____

Edad en que comienza a llevarse objetos a la boca: _____

SITUACIÓN ACTUAL

PREGUNTAS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES

- ¿Cuáles son vuestras principales preocupaciones en relación con el niño?
- ¿Cuáles son vuestras principales preocupaciones en relación con la familia?
- ¿Cuáles son las fortalezas de la familia?
- ¿Cuáles son las debilidades de la familia?
- ¿Dónde encontráis más dificultades?
- ¿Dónde encontráis menos dificultades?
- ¿Qué es lo que creéis necesario cambiar?
- ¿Qué no cambiaríais?
- ¿Dónde necesitáis más apoyos?
- ¿Con qué aspectos de la vida diaria os manejaís mejor?
- ¿Os sentís capaces de afrontar la situación?
- ¿Sentís que recibís los apoyos necesarios?
- ¿Cómo está afectando la situación a la dinámica familiar?
- ¿Sentís que vuestro hijo es feliz?
- ¿Qué aspectos positivos destacáis?
- ¿Qué aprendizajes estáis percibiendo de la situación dada?

DINÁMICA FAMILIAR

Relaciones familiares (relación con el niño, relación de pareja, relación con los hermanos y con el resto de los miembros de la familia):

Roles familiares (función o tarea que ejerce cada miembro familiar):

Descripción de un día normal:

Descripción de un día festivo:

Descripción de la vivienda (adaptación a las características del niño, lugares que más frecuenta,...):

Relaciones sociales y redes de apoyo informal:

Estilo educativo:

Conciencia/ reconocimiento del problema que presenta su hijo:

Actitud ante el diagnóstico:

Motivación/ disposición para colaborar en la intervención:

Capacidad de respuesta del sistema familiar ante las situaciones de adversidad:

Puntos fuertes del funcionamiento individual y familiar de cara a la intervención:

Puntos débiles del funcionamiento individual y familiar de cara a la intervención:

Necesidades de apoyo para el desarrollo de la intervención:

RUTINAS

	1.Todavía no lo hace	2.Lo hace a veces	3.Lo hace a menudo	4.Suele hacerlo casi siempre	CON ayuda	SIN ayuda
ALIMENTACIÓN						
Hace la transiciones antes y después de la hora de la comida sin molestar	1	2	3	4		
Al alimentarse del biberón chupa suficientemente fuerte	1	2	3	4		
Sostiene el biberón	1	2	3	4		
Se sienta en una silla sin caerse	1	2	3	4		
Come sin babear	1	2	3	4		
Coge la comida con los dedos	1	2	3	4		
Bebe de una taza o vaso él solo	1	2	3	4		
Usa la cuchara	1	2	3	4		
Usa el cuchillo	1	2	3	4		
Usa el tenedor	1	2	3	4		
Bebé la cantidad adecuada de líquido de una sola vez	1	2	3	4		
Pone la cantidad adecuada de comida en la boca de una sola vez	1	2	3	4		
Mastica	1	2	3	4		
Traga	1	2	3	4		
Quita los envoltorios antes de	1	2	3	4		

comer						
Pide agua	1	2	3	4		
Usa palabras o señas para indicar “comer” y “beber”	1	2	3	4		
Usa palabras o señas para indicar sus preferencias de comida o bebida	1	2	3	4		
Indica con palabras o señales cuando tiene hambre o sed	1	2	3	4		
Expresa “más” con palabras o señales	1	2	3	4		
Expresa “he acabado” con palabras o señales	1	2	3	4		
Se mantiene sentado en la silla sin levantarse durante toda la comida	1	2	3	4		
Usa una servilleta para limpiarse la cara o las manos	1	2	3	4		
Come en un horario regular	1	2	3	4		
SUEÑO						
Se va la cama sin rechistar	1	2	3	4		
Se queda dormido solo	1	2	3	4		
Duerme en su propia cama	1	2	3	4		
Juega en la cama mientras no puede dormir	1	2	3	4		
Permanece en una habitación oscura sin quejarse	1	2	3	4		
Usa palabras o señales para indicar que quiere ir a dormir	1	2	3	4		

Pide que le canten o le lean antes de dormir	1	2	3	4		
Habla de lo que ha hecho durante ese día o de lo que pasará mañana	1	2	3	4		
Permanece en la cama toda la noche sin levantarse	1	2	3	4		
Se mantiene tumbado en la cama	1	2	3	4		
Intenta sentarse o darse la vuelta	1	2	3	4		
Tiene pesadillas	1	2	3	4		
Llora por la noche	1	2	3	4		
Moja la cama	1	2	3	4		
Cuando despierta emite sonidos vocales	1	2	3	4		
Disfruta cuando le cogen en brazos o le acunan	1	2	3	4		
Estira los brazos para ser cogido	1	2	3	4		
Sonríe cuando ve al adulto al despertar	1	2	3	4		
Muestra interés por los juguetes de la cuna/cama	1	2	3	4		
Se gira cuando escucha alguna voz	1	2	3	4		
Llama a los adultos cuando tiene miedo	1	2	3	4		
HIGIENE Y ASEO PERSONAL						
Se deja cambiar el pañal	1	2	3	4		
Pide ir al baño	1	2	3	4		

Indica cuando necesita ser cambiado	1	2	3	4		
Indica con suficientemente tiempo cuando quiere ir al baño	1	2	3	4		
Se limpia solo	1	2	3	4		
Pide ayuda para limpiarse	1	2	3	4		
Se dirige al baño él solo cuando lo necesita	1	2	3	4		
Habla sobre el baño	1	2	3	4		
Se sienta en el inodoro el tiempo adecuado	1	2	3	4		
Se baja los pantalones cuando va al baño	1	2	3	4		
Se sube los pantalones cuando va al baño	1	2	3	4		
Se lava las manos después de ir al baño	1	2	3	4		
Emplea palabras o señas cuando va al baño o durante el aseo personal	1	2	3	4		
Le gusta el rato del baño	1	2	3	4		
Indica con palabras o señas si el agua está a la temperatura adecuada	1	2	3	4		
Permite que le laven la cabeza	1	2	3	4		
Permite que le sequen el pelo con secador	1	2	3	4		
Se enjabona sólo	1	2	3	4		

Se lava sólo la cara	1	2	3	4		
Se lava sólo los dientes sólo	1	2	3	4		
Se cepilla el pelo sólo	1	2	3	4		
Se corta las uñas sólo	1	2	3	4		
Emite gestos o ruidos cuando se ve a sí mismo en un espejo	1	2	3	4		
JUEGO						
Juega de manera repetitiva	1	2	3	4		
Experimenta con diferentes materiales y texturas durante el juego	1	2	3	4		
Pone todos los juguetes en fila	1	2	3	4		
Inicia juegos independientes	1	2	3	4		
Juega con variedad de juguetes	1	2	3	4		
Mantiene en el tiempo el juego en solitario	1	2	3	4		
Mantiene el juego con el mismo juguete el tiempo adecuado	1	2	3	4		
Hace elecciones sobre aquello con lo que quiere jugar	1	2	3	4		
Sabe dónde están los juguetes	1	2	3	4		
Pretende que los juguetes sean algo o alguien más	1	2	3	4		
Construye cosas durante el juego	1	2	3	4		
Invita a los adultos a participar en el juego	1	2	3	4		

Invita a otros niños a participar en el juego	1	2	3	4		
Cambia de juego o acepta el cambio de juego sin enfadarse	1	2	3	4		
Habla o emite sonidos durante el juego	1	2	3	4		
Muestra los juguetes al adulto	1	2	3	4		
Imita a otros	1	2	3	4		
Si le invitan a jugar responde	1	2	3	4		
Es él quien inicia el juego con otros niños	1	2	3	4		
Usa palabras o gestos durante el juego	1	2	3	4		
Recoge los juguetes cuando se le indica	1	2	3	4		
Expresa se preferencia hacia sus juguetes favoritos	1	2	3	4		
Se mantiene jugando con otros niños el tiempo adecuado	1	2	3	4		
Pregunta a otros niños sobre un juguete	1	2	3	4		
Prefiere los juguetes más ruidosos	1	2	3	4		
Prefiere los juguetes que puede golpear	1	2	3	4		
Se enfada cuando no se hace lo que él quiere	1	2	3	4		
Parlotea	1	2	3	4		

Anexo 3: Historia Única

HISTORIA ÚNICA DEL NIÑO

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

DATOS DE LA FAMILIA

Nombre de padre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Ocupación laboral: _____

Nombre de la madre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Ocupación laboral: _____

Hermanos: N°: _____ Edades: _____ Lugar que ocupa: _____

Personas con las que convive el niño: _____

Personas que cuidan habitualmente al niño: _____

Anexo 4: Plan de intervención personalizado

PLAN DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADO

Nombre y apellidos del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

ÁREA MOTORA

Objetivos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

ÁREA PERCEPTIVO-COGNITIVA

Objetivos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

ÁREA DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Objetivos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

ÁREA DE AUTONOMÍA Y SOCIABILIDAD

Objetivos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Anexo 5: Informe de derivación

INFORME DE DERIVACIÓN

ORIGEN
Centro de origen:
Remitido por:
Dirección:
Teléfono:
DESTINO
Centro de destino:
Dirección:
DATOS DEL NIÑO
Nombre y apellidos:
Nombre del padre:
Nombre de la madre:
Motivo de la derivación de acuerdo con el profesional:
Pruebas realizadas y/o aportadas:
Otros datos de interés:

Fecha:

Firmado: