

GENERANDO ENTORNOS COMPETENTES

Padres, educadores, profesionales de A.T.: un equipo de estimulación

Sonsoles Perpiñán Guerras.

Equipo de Atención Temprana de Ávila

Dirección provincial de Educación. Ávila

Junta de Castilla y León.

Dirección: C/ Cruz Roja nº 2 05001 Avila Tf: 920-227479

Correo electrónico: sonsolesperpi@wanadoo.es

RESUMEN:

Es un modelo ecológico de intervención en Atención Temprana en el que se potencia la percepción de autocompetencia de los padres y los educadores del niño con necesidades educativas especiales.

El desarrollo del niño es posible si la estimulación es la adecuada y se produce en el ámbito natural. Los principales responsables de dicha estimulación son los padres y los educadores de la Escuela Infantil, ellos pasan la mayor parte del tiempo con el niño, establecen los vínculos afectivos más estables y potencian la generalización de los aprendizajes de unos ámbitos a otros.

El profesional de la Atención Temprana se convierte en un elicitor de cambios en el contexto a través de una interacción eficaz con los padres y los educadores y la intervención que realiza con el niño adopta un matiz de evaluación continua que permite un adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales.

Partiendo de la Teoría de los Constructos Personales de Kelly, la metodología a seguir es la creación de un sistema común de constructos respecto a la discapacidad, la intervención, el papel de los implicados, etc. que potencie que los cuidadores se perciban autocompetentes para el cuidado del niño y por tanto sea posible la corresponsabilización.

Se definen unos cauces de interacción mediante entrevistas y contactos puntuales cuidadosamente planificados en los que se fomenta el sentimiento de pertenencia a un equipo donde cada uno desempeña su papel, todo ello evita el sentimiento de aislamiento y genera un clima de seguridad frente a la discapacidad.

El equipo de Atención Temprana (AT) es un equipo dependiente de la Consejería de Educación y Cultura de la Junta de Castilla y León que viene desarrollando su

trayectoria profesional a lo largo de 15 años en escuela Infantiles públicas de nuestra capital que escolarizan alumnos desde los 4 meses hasta los seis años de edad. Durante este tiempo hemos atendido una población numerosa de alumnos con necesidades educativas especiales muy variadas: deficientes mentales, sensoriales, motóricos, plurideficientes o niños con riesgo de presentar algún tipo de discapacidad, todos ellos escolarizados en dichos centros.

La reflexión continua sobre nuestra práctica cotidiana nos ha ido llevando a definir algunas ideas que sustentan nuestro modelo de actuación que denominamos "modelo de entornos competentes" y que trataremos de explicar a continuación.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA:

El posicionamiento frente a los modelos teóricos permite un encuadre más predecible de la actuación profesional y la posibilidad de compartir la misma línea los componentes del equipo. Nos basamos en las siguientes teorías:

- **Teoría general de sistemas:** Entendemos al niño como un sistema amplio en el que están implicados varios subsistemas: la familia, la escuela infantil, el equipo de atención temprana y cada uno de ellos con una serie de características y necesidades diversas pero que se influyen mutuamente (Cunningham, 1985).

- **Constructivismo:** La Atención Temprana es un proceso de construcción, no solo del desarrollo del niño con necesidades educativas especiales, sino también del entorno óptimo para dicho desarrollo que se va realizando a través de la interacción y el andamiaje.

- **Teoría de los Constructos Personales de Kelly:** Se basa en la idea de que las personas construyen modelos mentales para explicar y prever los acontecimientos, elaboramos explicaciones a modo de

hipótesis sobre los acontecimientos que deben confirmarse en la realidad. Este proceso no es meramente cognitivo sino que afecta a todas las facetas de la actividad humana (Botella y Feixas, 1998, Kelly, 1955). Los modelos mentales que construyen los padres y educadores del niño con necesidades educativas especiales van a ser de crucial importancia en la atención temprana.

- **Concepción ecológica:** Destaca la necesidad de intervenir en el entorno natural del niño haciendo posible el principio de normalización y buscando en todo momento la integración del individuo. El hogar y la Escuela Infantil son los entornos naturales donde el niño interactúa y se desarrolla, por tanto es en estos ámbitos donde debe realizarse la atención temprana (Mendieta y García Sánchez, 1998)

CUIDADORES HABITUALES

Comenzamos por explicar la importancia que damos a los cuidadores habituales cuyo papel es determinante para el desarrollo del niño, estos son los padres y los educadores de la Escuela Infantil, ambos comparten la responsabilidad de cuidar y educar, siendo sin duda los mejores conocedores del niño.

Parece obvio incidir en la importancia que estos adultos tienen en el desarrollo, pero cuando se trata de niños con necesidades educativas especiales su papel se vuelve aún más relevante (Candel, 1993), sobre todo si queremos superar el modelo más tradicional de la AT que se apoya en la intervención directa del profesional especialista sobre el niño.

Los cuidadores habituales pasan la mayor parte del tiempo con él, establecen los vínculos afectivos más estables y potencian la generalización de los aprendizajes de unos ámbitos a otros. Son ellos quienes construyen el contexto estimular donde el niño se desenvuelve: diseñan el ambiente físico, eligen los objetos con los que interactúa y sobre todo definen el clima emocional del pequeño.

La aparición de alguna discapacidad o riesgo de padecerla en un hijo o en un alumno genera una serie de emociones en los cuidadores habituales, más o menos implícitas, que determinan el cuidado del niño. Sentimientos de confusión, miedo, culpa, fatiga, ansiedad, frustración, entusiasmo, etc (Cunningham, 1995), dan lugar a una serie de actitudes en los adultos tales como el rechazo, la negación, el aislamiento, la búsqueda, etc., que requieren un minucioso análisis si queremos hacer una intervención adecuada en dichos contextos. La adaptación de los sistemas a la discapacidad pasa por muy diversos

momentos que también debemos conocer y analizar (Navarro Góngora, 1999).

Las actitudes tienen tres tipos de componentes: cognitivos (conjunto de pensamientos con los que interpretamos la realidad), emocionales (sentimientos que subyacen a las conductas) y conductuales (acciones más o menos observables que ponemos en marcha). Desde nuestro modelo, consideramos básico incidir en el componente cognitivo de las actitudes, ya que este va a determinar las emociones y estas, a su vez, las conductas de las personas implicadas. Creemos que los padres o los educadores pondrán en marcha acciones y conductas favorecedoras y eliminarán conductas inadecuadas en la medida en que sus pensamientos o sistema de atribuciones sea ajustado y favorecedor del desarrollo del niño.

PERCEPCIÓN DE AUTOCOMPETENCIA

El modelo de entornos competentes que proponemos potencia la percepción de autocompetencia de los cuidadores habituales a través de una interacción fluida entre los sistemas implicados: Familia, escuela y equipo de atención temprana.

Definimos dos conceptos claves:

Sistema de atribuciones: Conjunto de ideas, constructos, creencias o modelos mentales que construye el individuo a partir de su experiencia que le sirven para interpretar los acontecimientos y poder preverlos.

Percepción de autocompetencia: Concepción que los implicados en el proceso (padres-profesionales-discapacitado) tienen de sí mismos respecto a la capacidad de atender y responder adecuadamente a las necesidades especiales del discapacitado.

La experiencia nos ha mostrado que cuando los cuidadores habituales se consideran capaces de atender al niño con necesidades educativas especiales disminuyen sus defensas y se posicionan con respecto a él y su educación en un lugar que les permite mayor eficacia y satisfacción.

El profesional de la atención temprana se convierte en un elicitor de cambios en el contexto a través de una interacción eficaz con los padres y los educadores y la intervención sistemática que realiza con el niño adopta un matiz de evaluación continua, que le permite un adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales, a la vez asume un papel de mediador entre ambos sistemas favoreciendo una visión positiva de cada uno de ellos respecto al otro, aumentando de este modo la confianza recíproca entre ambos.

SISTEMAS IMPLICADOS

Un minucioso análisis del sistema que se genera nos muestra como hay varios subsistemas interactuando entre sí: la familia, la escuela, el equipo de AT y el alumno con necesidades educativas especiales.

Hay una serie de variables en cada sistema que conviene conocer para poder manejarlas adecuadamente y son las siguientes:

Cada uno tiene una **historia** determinada de antecedentes con la misma patología u otras, una trayectoria profesional o personal de relaciones, una formación determinada, etc. que varía de unos sistemas a otros.

Cada sistema tiene una **estructura** de funcionamiento, unos componentes, una dinámica de relación y una forma concreta de funcionamiento.

También varían los sistemas en función del **estilo educativo o de relación**, en cada uno se define un clima afectivo, una expresividad emocional, unas prácticas concretas de regulación de la conducta del niño y una definición del escenario de actividades cotidianas. El profesional de AT tiene un estilo profesional definido dentro de un modelo con una capacidad de empatía, y de comunicación, y una distancia terapéutica.

El **sistema de atribuciones** respecto a la discapacidad, la intervención, la atención temprana, la familia, la escuela puede ser diferente en los distintos sistemas.

Las **expectativas** van a ser una variable interviniente de mucha importancia en el proceso y pueden definirse de modo diferente respecto a los distintos implicados en el proceso: ¿qué esperamos del niño, de la familia, del educador, del profesional, de la escuela, y de cada uno de nosotros mismos?. Las expectativas constituyen un entramado complejo en el que se interrelacionan las posiciones de todos los implicados y que resulta necesario consensuar porque determinan de forma especial las emociones.

Las **emociones** aparecen con forma e intensidad distinta en cada uno de los sistemas, la frustración, el miedo, la culpa, la duda, la confusión, la preocupación, el tesón, la fatiga, el entusiasmo, la seguridad, son algunas de ellas pero pueden adoptar matices muy diversos.

Por último las **necesidades** de cada sistema son muy distintas: La familia presenta las necesidades derivadas del hecho de ser una familia normal y a estas se suman las derivadas de tener un hijo discapacitado (Escucha, orientación, aceptación de su momento, etc.); las necesidades del niño varían según su edad y el tipo de

discapacidad (cuidados básicos, atención educativa, relaciones sociales o el desarrollo de competencias); los profesionales, tanto el educador como el profesional de la AT tienen necesidades de eficacia profesional, de formación permanente y de reconocimiento de su tarea.

La interrelación entre todas estas variables hace que el proceso de intervención terapéutica sea bastante complejo. Sólo cuando el profesional sea consciente de todas ellas y de cómo interactúan entre sí estará en condiciones de establecer una relación eficaz que dé una respuesta real a las necesidades de todos los implicados.

CORRESPONSABILIZACIÓN

Partimos de dar el mismo peso a los tres subsistemas, estableciendo una tríada de relaciones con el mismo nivel de significación. La familia, el educador y el equipo de AT se convierten en un equipo que tiene bien definido un objetivo común: el desarrollo armónico del niño.

El respeto de las capacidades y necesidades de cada uno de dichos sistemas nos lleva a la convicción de llegar a la **corresponsabilización** entendiendo por ella: una dinámica en la que todos los elementos comparten un sistema de atribuciones respecto a la discapacidad, la intervención y la institución, alrededor de la cual se define la intervención y ello da lugar a unas expectativas compartidas.

De este modo hay una coordinación en los objetivos a trabajar en los distintos ámbitos en los que se mueve el discapacitado, una distribución de papeles de los implicados y un ajuste de expectativas que evita el sentimiento de aislamiento y genera un clima de seguridad que envuelve el proceso y da lugar a que surja en todos los subsistemas la percepción de autocompetencia y la seguridad de la competencia del otro.

No se trata de que todos los implicados se conviertan en profesionales especializados de la AT, sino de que cada uno, desde el rol que le corresponde, aporte al proceso una perspectiva que solo él puede aportar y que hace posible la construcción de entornos competentes que permitan un desarrollo integral lo más adecuado posible del niño.

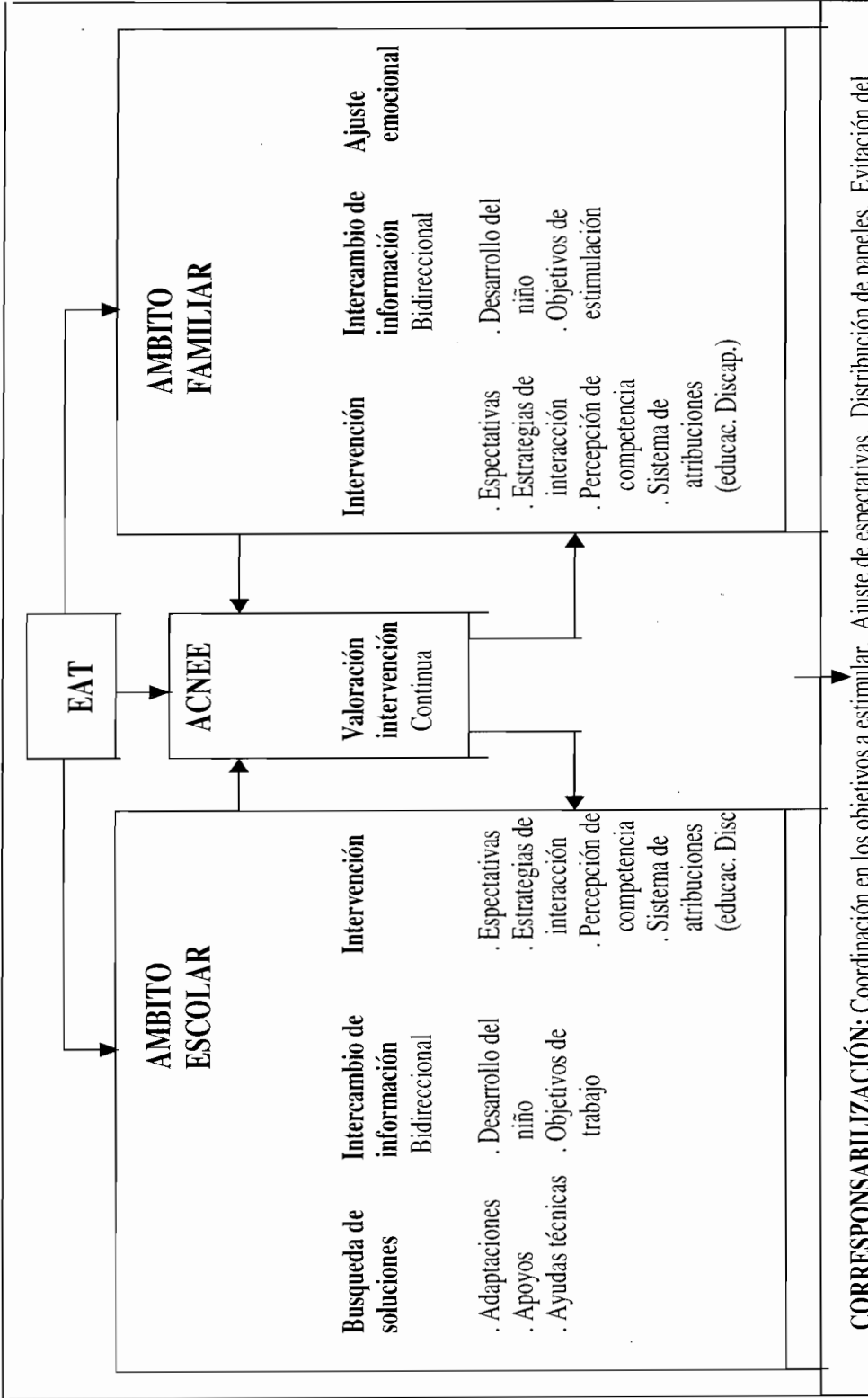
ESTRATEGIAS

Para poner en marcha este modelo hemos definido las siguientes estrategias:

Definir un modelo de relación: Contrastando constructos o atribuciones respecto a la discapacidad, la intervención o la institución, delimitando los papeles de los implicados y ajustando expectativas mutuas.

En las primeras entrevistas y a lo largo de todo el

**CUADRO 1: MODELO DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA DE AVILA
INTERVENCIÓN TEMPRANA CONTEXTUALIZADA:**



proceso de intervención trataremos de definir claramente: ¿QUÉ Pretendemos? Clarificando siempre que el objetivo es el discapacitado no el lucimiento personal ni de los padres ni del profesional. ¿CÓMO lo vamos a hacer? Explicitando claramente las acciones que se van a llevar a cabo. Y ¿POR QUÉ? En que nos basamos para tomar las distintas decisiones que hay que ir tomando a lo largo del proceso.

El profesional de la AT, a lo largo de los contactos que establezca con los padres y los educadores, manejará una serie de atribuciones generadoras de competencia (conjunto de ideas o construcciones mentales que facilitan la percepción de autocompetencia) y también otras generadoras de estrés (conjunto de pensamientos, ideas o construcciones mentales que generan ansiedad o sentimientos de impotencia).

Partirá inicialmente de la validación del sistema de atribuciones de los cuidadores habituales e irá planteando progresivamente, en función de la capacidad de cada sistema y el momento concreto en el que se encuentre, nuevos constructos que los distintos implicados deben ir experimentando para incorporarlos en el nuevo sistema de atribuciones común. De este modo se irá construyendo un marco cognitivo compartido entre todos los implicados que aumenta la percepción de autocompetencia y la corresponsabilización.

Sistematizar la intervención: Un solo profesional representa el trabajo cooperativo. Es el responsable del seguimiento familiar y canaliza la información de otros profesionales que trabajan con el discapacitado. Es la persona de referencia para la familia. Se definen una serie de contactos que deben ser frecuentes y periódicos con la familia y con los educadores. Es importante que puedan preverse para así anticipar las dudas o las dificultades.

Dichos contactos deben planificarse cuidadosamente con distintos objetivos y estrategias según los distintos momentos del proceso, contemplando no solamente las entrevistas (inicial, de negociación, de seguimiento y cierre), sino también los contactos puntuales a los que damos mucha importancia por la incidencia que tienen en el control de las emociones de los implicados.

La intervención sistemática y frecuente con el niño por parte de los profesionales de la AT, tanto el psicopedagogo como el logopeda con el objetivo de ir evaluando progresivamente las adquisiciones del niño, permite un conocimiento muy pormenorizado del desarrollo del mismo que hace más eficaz el asesoramiento a realizar a los cuidadores habituales. Por otra parte estos son

conscientes de que los auténticos estimuladores del niño son ellos, relativizando el valor de la intervención directa del profesional y dándole su auténtico sentido como instrumento de diagnóstico y evaluación. Esto les ofrece seguridad respecto a la información y las orientaciones que propone y les permite compartir las ansiedades que van apareciendo a lo largo del proceso.

Incidir en lo positivo: La experiencia nos ha mostrado la importancia de esta estrategia como generadora de competencia y la basamos en las siguientes acciones:

- Partir de los logros en lugar de las carencias.
- Reforzar las ideas y conductas de los padres y los educadores que favorezcan el desarrollo del discapacitado.
- Rescatar los aspectos positivos del entorno escolar o familiar.
- Poner el punto de referencia en el propio discapacitado en un momento anterior y no en la normalidad.
- Mantener un margen de expectativa positiva aunque se mantenga la incertidumbre respecto al pronóstico

Colaborar en la toma de decisiones: Los sistemas implicados en el proceso tienen información y deben participar en las decisiones. Se buscará el consenso en las decisiones como única alternativa para que todos asuman su papel ya que si una decisión es impuesta no se puede garantizar la generalización a los distintos contextos.

En ocasiones el profesional teme perder el control o el estatus profesional por el hecho de dar cabida a las opiniones de los padres o de los educadores y usan juicios omnipotentes y tecnicistas que ratifiquen su situación de poder. Creemos que esta actitud es errónea y favorece la creación de barreras entre los implicados que impiden la corresponsabilización.

Es necesario valorar las opiniones de los padres y de los educadores y respaldar sus sentimientos de competencia. En ocasiones será necesario validar constructos o modelos mentales que aparentemente no sean apropiados pero el objetivo último es generar competencia y confianza recíproca, el profesional pondrá los medios para ir presentando cambios a medida que el sistema esté preparado para aceptarlos.

Es imprescindible definir el momento por el que atraviesa cada sistema y ajustar la intervención a dicho momento respetando las diferencias existentes entre unos sistemas y otros. No resultan válidos esquemas de intervención prefijados porque no contemplan dichas diferencias ni muchas de las variables de las que ya hemos hablado que subyacen a los distintos sistemas.

Favorecer la información bidireccional: La

información resulta necesaria para que nuestro sistema de atribuciones funcione eficazmente. Mediante nuestros constructos interpretamos los acontecimientos y podemos anticipar o prever lo que va a ocurrir, cuanto más información tengamos mejor podremos interpretar y prever aumentando de ese modo el sentimiento de seguridad. Pero la información debe fluir en distintas direcciones profesional-familia y familia-profesional, ya que todos los sistemas necesitan la información para hacer construcciones eficaces.

El papel del profesional será ordenar y estructurar la información para que sea más eficaz, interpretarla y traducirla para hacerla más accesible a todos los implicados, enfatizar la información relevante sobre la irrelevante y proponer nueva información que de riqueza al proceso y haga posibles los cambios. Por tanto el profesional de la atención temprana debe tener una adecuada preparación técnica en el ámbito de la comunicación para desempeñar adecuadamente su papel.

A lo largo del proceso se abordarán temas relacionados con la discapacidad, otros temas no relacionados con la discapacidad pero que preocupan a la familia o al educador y también a aspectos del desarrollo que respondan a conceptos de autodeterminación y calidad de vida. Los contenidos de la intervención se ajustarán en cada momento a las necesidades de cada sistema.

El profesional de la AT servirá de mediador entre la familia y la escuela aproximando posiciones, favoreciendo la percepción de competencia de un sistema respecto al otro e interviniendo en aquellos casos en los que puedan surgir conflictos para buscar en todo momento la corresponsabilización.

Fomentar actitudes de disponibilidad: Creemos que es necesario que las familias y los educadores sientan al profesional de la AT disponible para poder acceder a él y no solo en lo que respecta a facilitar una flexibilidad en los tiempos de atención para adecuarlos a las necesidades de las personas implicadas sino también en cuanto a la actitud verbal y no verbal de proximidad que facilite la comunicación fluida.

Creemos que también es necesario facilitar la coordinación con otras instituciones o servicios, evitando situaciones de confrontación con otros profesionales que inciden en el mismo caso y valorando positivamente la competencia de otros servicios, para aumentar el sentimiento de seguridad de los sistemas implicados.

Establecer una distancia emocional ajustada: En todo proceso de comunicación subyacen las emociones de los implicados. Ignorar los sentimientos no solo de los

padres y educadores, sino también del propio profesional de la AT supone un reduccionismo que nos llevaría a perder la eficacia en el proceso.

Aceptar las emociones implica:

- Tolerar la expresión de emociones de la familia.
- Identificar y dar nombre a las emociones para facilitar el ajuste emocional
- Conocer y manejar las emociones del propio profesional.

Las emociones pasan por distintos momentos a lo largo del proceso y debemos reflexionar sobre ellas. Los profesionales no deben sentirse amenazados por los momentos que atraviesan los cuidadores habituales dado que hay momentos en los que la propia adaptación de la familia o la escuela determina actitudes de confusión o escepticismo que pueden influir en el desarrollo del proceso. Los profesionales de la AT deben ajustar la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención. Y esta distancia estará en función de cada caso.

Evaluar continuamente el proceso: Partimos del valor del error como fuente de aprendizaje y punto de partida para iniciar un nuevo paso, de este modo surge una actitud de investigación permanente sobre cada caso. Debemos reflexionar sobre: logros del discapacitado, estrategias del profesional, relación con la familia, posicionamiento cognitivo de los implicados, momentos por los que atraviesa el proceso, intervención de elementos externos.

Teniendo en cuenta todo esto el proceso de comunicación padres- educadores-profesionales de la AT debe adecuarse a cada caso concreto haciendo propuestas concretas en base al análisis de los resultados.

CONCLUSIONES

Este modelo no se ha validado científicamente, es el fruto de nuestra observación de la práctica cotidiana. Si bien los resultados se han valorado como muy positivos por sus usuarios, tanto los padres como los educadores de nuestras escuelas infantiles.

Es un modelo en que resulta necesaria una importante inversión de tiempo en el trabajo con familias y con escuelas y ha sido posible llevarlo a la práctica gracias al ámbito de actuación en el que desarrollamos nuestra tarea profesional.

Consideramos que una variable determinante de este modelo es la ubicación del equipo de AT en escuelas infantiles por dos razones principales.

La primera es que tenemos acceso al mundo de la

escuela desde la propia escuela. Los educadores nos viven como agentes internos, colaboramos en otras muchas actividades de programación educativa, de realización de actividades, de respuesta a sus demandas y realizamos la intervención con sus alumnos dentro de sus aulas o en el mismo centro. Compartimos con ellos los materiales, los espacios y las preocupaciones con respecto al desarrollo de los niños y eso nos permite hacer una intervención con estos profesionales más cercana a sus necesidades.

La otra razón es la posibilidad de poner en marcha el principio de normalización ya que la AT se realiza en el contexto natural del niño y se favorece el ajuste de las familias a un contexto social más integrador. Cuando las condiciones de salud del bebé lo permiten, la escolarización de los alumnos de necesidades educativas especiales o riesgo de padecerlas desde los primeros meses se ha valorado positivamente.

Desde el punto de vista de los padres, sirve de apoyo para reestructurar una situación de normalidad, permitiéndoles participar de una dinámica de actividades cotidianas normalizada. Permite la incorporación a la situación laboral de los padres con la tranquilidad de tener a sus hijos con discapacidad o riesgo de padecerla atendidos en unos servicios cualificados, donde además reciben los tratamientos necesarios sin tener que desplazarlos a costa de su tiempo y su energía.

Desde el punto de vista del desarrollo del niño, desde muy temprana edad recibe una estimulación variada y de calidad, planificada teniendo en cuenta sus necesidades individuales. Se relaciona con adultos diversos que amplían su mundo social y establece relaciones con sus iguales. Estas interacciones amplían sus posibilidades de aprendizaje a través de la imitación en condiciones óptimas de motivación. Se favorece la autonomía del niño evitando situaciones de sobreprotección que pueden aparecer en el entorno familiar.

Cuando los casos son atendidos durante un período prolongado, desde los primeros meses hasta la escolarización en educación primaria, se ha observado cómo las familias van adquiriendo mayor autonomía respecto al profesional de la AT y van asumiendo el papel de dar continuidad en el futuro a las actitudes construidas a lo largo del proceso de la AT. Muchas familias han asumido papeles de responsabilidad en asociaciones o se han implicado activamente en la comunidad educativa conscientes de su competencia respecto al cuidado y educación de sus hijos. Este hecho nos lleva a pensar que el modelo propuesto favorece la competencia de los

entornos naturales y propicia mayor calidad de vida para los alumnos con necesidades educativas especiales y sus familias.

La dinámica de trabajo en equipo (padres-educadores-profesionales de la AT) crea un clima en la escuela infantil de aceptación e implicación de los educadores. Sus actitudes positivas se ven plasmadas en la relación que los iguales establecen con el alumno con necesidades, observándose en ellos conductas de colaboración y empatía. Las relaciones familia/escuela se vuelven más fluidas y aumenta de este modo la satisfacción de los implicados en el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

Botella, L. y Feixas, G. (1998) *Teoría de los constructos personales. Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Alertes.

Candel, I. (1993) *Programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down*. Madrid: CEPE

Cunningham, C. Davis, H. (1985). *Trabajar con padres, marcos de colaboración*. Madrid: Siglo XXI

Cunningham, C. (1995) *El Síndrome de Down. Una introducción para padres*. Barcelona: Paidós.

FEAPS (2001) *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de buena práctica*. Madrid: FEAPS.

Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real patronato sobre discapacidad.

Kelly, G.A. (1955). *Psicología de los constructos personales*. Buenos Aires: Paidós.

Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1998) Modelo integral de intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, 29, 11-22.

Navarro Góngora, J. (1998) *Familias con personas discapacitadas*. Salamanca: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.

Navarro Góngora, J. (1999) *¿Qué podemos hacer? Preguntas y respuestas para familias con un hijo con discapacidad*. Salamanca: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.