

MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA: ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE SERVICIO

P. Mendieta García

Psicóloga Directora Técnica del Centro de Atención Temprana de la Asociación para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral (ASTRAPACE) de Murcia

F.A. García Sánchez

Prof. Titular de Biopatología Infantil y Juvenil. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Coordinador del Dpto. de Investigación de ASTRAPACE (Murcia)

En este trabajo presentamos un Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana desarrollado a partir de la experiencia práctica, pero que se articula sobre fundamentos teóricos que aglutinan la comprobación empírica de las posibilidades plásticas del sistema nervioso inmaduro, la comprensión interactiva del desarrollo infantil, procedente de modelos evolutivos ecológicos-transaccionales, y los postulados de una intervención neurocognitiva-conductual sobre el niño y su familia. El modelo defiende la intervención coordinada de los terapeutas de Atención Temprana, del Personal de Apoyo Familiar, de la propia familia y de otros profesionales del ámbito educativo y sanitario, sobre distintos objetivos de intervención como son el niño con necesidades de Atención Temprana, su familia y otros profesionales del campo educativo y sanitario que pueden y deben interactuar con este niño y su familia. Se resumen las premisas básicas del modelo integral neurocognitivo-ecológico-transaccional, la estructuración del Centro de Atención Temprana que de él se desprende y el esquema de organización y coordinación de servicios necesario para llevarlo a la práctica.

Palabras clave: Modelo integral, Atención Temprana, Coordinación de servicios.

INTRODUCCIÓN

El término "Atención Temprana" (AT) describe un conjunto variado de esfuerzos encaminados a prevenir o aminorar los posibles efectos negativos en el niño de una amplia gama de problemas del desarrollo o conductuales que resultan de influencias ambientales y/o biológicas negativas (Dunst, Snyder y Mankinen, 1989, Erickson, 1992). Se incluyen tanto intervenciones de tipo educativo y terapéutico, como programas experimentales, experiencias de apoyo, etc. Su objetivo es siempre potenciar al máximo las habilidades intelectuales/cognitivas, sociales y personales de unos niños que tienen diagnosticada una alteración médica que conlleva ciertas expectativas de desarrollo relativamente bien conocidas (por ejemplo, cromosomopatías, encefalopatías, etc.), o tienen un historial de desarrollo temprano que sugiere la posibilidad de haber sufrido un daño biológico (niños de riesgo biomédico o riesgo biológico) o sus posibilidades de experiencia y oportunidades tempranas de interacción con el ambiente están seriamente limitadas (niños de riesgo ambiental o socioambiental) (Bijou, 1990). Además de todo ello, consideramos necesario especificar también que los programas de intervención en AT intentan contribuir a alcanzar, para el niño y su familia, el mayor nivel posible de integración familiar y socio-educativa (García Sánchez, 1997, García Sánchez y Mendieta, 1998).

Las primeras intervenciones en AT las encontramos en los años 60, en Estados Unidos (ver revisiones de Shonkoff y Meisels, 1990, Zigler y Beriman, 1983), y en los años 70 en España (ver revisión de Alonso, 1997). Desde esos primeros momentos históricos, la AT ha ido evolucionando al amparo de las posibilidades que iba arbitrando el legislador y como consecuencia también de la propia experiencia acumulada. Así, de unos primeros programas de intervención centrados, de forma prácticamente exclusiva, en reducir los efectos de la marginación social y de la pobreza sobre el cociente intelectual del niño, se fue introduciendo la atención al niño con deficiencias biomédicas (conforme se avanzaba en el conocimiento de las posibilidades plásticas del Sistema

Nervioso y de la importancia de las primeras etapas de la vida), para terminar, en la actualidad, desarrollando intensas actuaciones encaminadas a la prevención de las deficiencias (actuando sobre niños de riesgo biológico o socioambiental). En la última década, además, se ha descentralizado el objetivo de la intervención, que ya no es exclusivamente el niño, sino éste y su familia.

Los enormes cambios que han acontecido en el campo de la AT en su corta existencia, junto al hecho de que sean muy variadas las instituciones o entidades públicas y privadas que organizan y desarrollan estos programas de intervención, ha propiciado la proliferación de escuelas y programas con un fuerte fraccionamiento de las diferentes actuaciones (Bijou, 1990, Erickson, 1992, Sánchez Asín, 1990). Por ello, cada vez se reclama con más insistencia la necesidad de compromisos de coordinación interinstitucionales, para contribuir a la mejora del panorama actual (AEDES, 1997, Alonso, 1997, Dunst, Snyder y Mankinen, 1989, Erickson, 1992, Horn, 1991). En este sentido, se ha pedido a los servicios directos de atención al niño un esfuerzo para identificar marcos teóricos y conceptuales que sirvan de guía de los servicios ofrecidos (Dunst, Snyder y Mankinen, 1989), aprovechando este momento histórico en el que resulta necesario analizar y comprender, en toda su intensidad, cómo realizar, organizar y coordinar de forma efectiva la intervención en AT (Andreu, 1996). Este es, precisamente, el objetivo de nuestro trabajo: presentar una propuesta de organización y coordinación de servicios en AT partiendo de un Modelo Integral de Intervención.

ANÁLISIS DEL OBJETIVO BÁSICO DEL MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN AT

La visión ecológica del desarrollo humano propuesta por Bronfenbrenner (1979) destaca la importancia crucial que tiene el estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos, especialmente si queremos evitar descripciones detallistas y el estudio de procesos sin sentido. Bronfenbrenner define el desarrollo como un cam-

bio perdurable en el modo en el que la persona percibe su ambiente ecológico y en el modo en que se relaciona con él.

Este tipo de descripción ecológica del desarrollo humano, conduce fácilmente a concepciones teórico-prácticas como el modelo transaccional del desarrollo propuesto por Sameroff (Sameroff, 1983, 1987, Sameroff y Fiese, 1990). En él, las adquisiciones evolutivas no dependen exclusivamente del sujeto ni exclusivamente del contexto, sino que se entienden como el producto de la combinación de un individuo y sus experiencias. Así, el desarrollo infantil aparece como el producto de una continua interacción dinámica entre el niño y las experiencias proporcionadas por su familia y su contexto social.

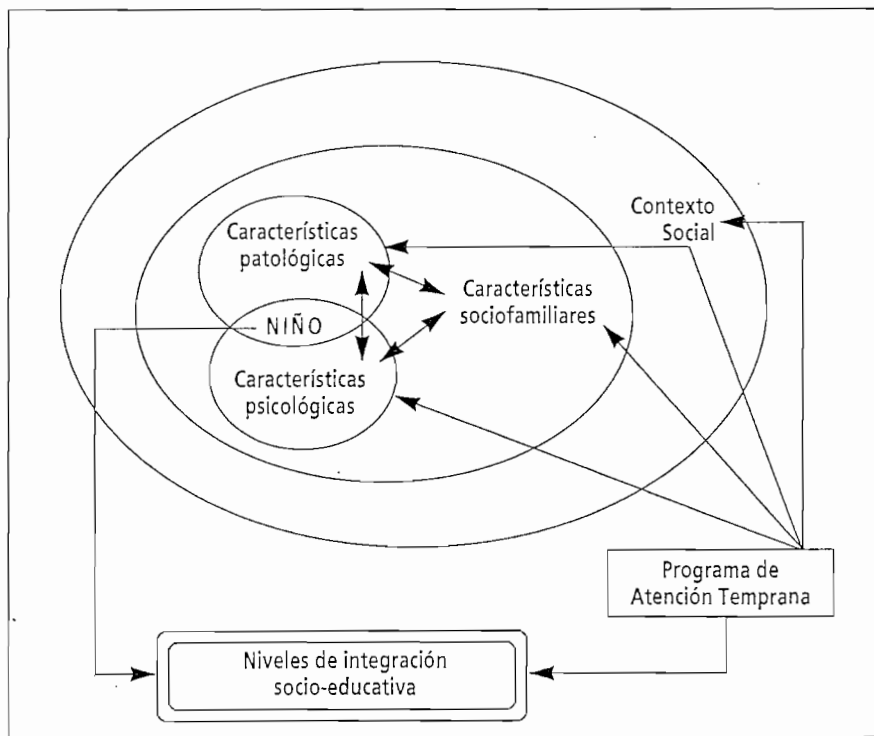
La introducción de la perspectiva ecológico-transaccional en nuestra intervención sobre el niño, nos lleva (tal y como planteamos en la Figura 1) a entenderlo como una realidad en la que sus características patológicas,

sociofamiliares y psicológicas interactúan dinámicamente entre sí, condicionándose. Y todas ellas pueden modificar, directa o indirectamente, los niveles de integración socioeducativa que el niño puede llegar a alcanzar. Por ello, las actuaciones desde AT deben plantearse teniendo en cuenta la compleja realidad en la cual se desarrolla el niño con deficiencias o el niño de riesgo y su familia.

Es por ello que, aunque el objetivo último de un programa integral de AT es siempre el propio niño, de forma implícita lo es también la familia en la que el niño se encuentra inmerso y cuya realidad no puede ser obviada ni olvidada. Muy al contrario, dicha realidad debe ser adecuadamente valorada y sus recursos utilizados y fomentados por el bien del niño (Candel, 1993). En este sentido, debemos aceptar dos premisas que guiarán nuestra intervención (Sameroff y Fiese, 1990):

1.- Que las alteraciones que encontramos en los niños y que deben ser objeto de intervención no tienen

Figura 1. Red de interacciones entre las características patológicas, sociofamiliares y psicológicas, que debe tener en cuenta un programa de Atención Temprana para mejorar los niveles de integración socioeducativa del niño



necesariamente una causa simple, sino más bien proceden de la interacción de múltiples factores donde confluyen aspectos biológicos y sociofamiliares que interactúan entre sí con relaciones bidireccionales. Por ello, la mayoría de las veces la intervención puede y debe plantearse a distintos niveles y con objetivos inmediatos diferentes.

2- Que la intervención programada no puede ser sólo sobre el individuo sino sobre éste y su contexto, siendo a veces incluso más importante la actuación preventiva o terapéutica sobre el contexto que sobre el propio individuo.

La aplicación de estas ideas ecológico-transaccionales al campo de la AT nos llevan a entender mejor nuestro objetivo último de intervención y la complejidad de esa intervención. Al centrarnos en la intervención sobre niños con deficiencias o riesgo de padecerlas, el objetivo último de la AT puede resumirse, como ya apuntábamos anteriormente, en intentar alcanzar, tanto para el niño como para su familia, el mayor grado posible de integración socio-educativa. Es decir, la plena integración del niño a nivel familiar, social y educativo (García Sánchez, 1997, García Sánchez y Mendieta, 1998). Dicho objetivo no puede conseguirse a través de actuaciones que se centren únicamente en la intervención directa sobre los niveles de integración. En realidad, la meta que buscamos ha de plantearse teniendo en cuenta la compleja realidad en que se desenvuelve el niño afectado con estas problemáticas y su familia. Tal y como planteamos en la Figura 1, las propias características patológicas del niño y las características sociofamiliares del ambiente en el que se ve envuelto, generan una compleja realidad que puede modificar las características psicológicas del niño y, directa e indirectamente, los niveles de integración socio-educativa que este niño puede alcanzar sin ayuda.

Por tanto, los programas de AT, tienen que tener en cuenta toda esta compleja realidad. Y tienen que intentar actuar, en pro de esa meta final, que antes planteábamos, a varios niveles: De forma global, sobre la compleja realidad del niño; y de forma individual, sobre cada uno de los aspectos patológicos, sociofamiliares y

psicológicos que forman parte estructural de tal realidad. Reiteramos pues que, aunque el objetivo de intervención directa puede parecer que es el propio niño, en la actualidad un programa de AT debe dar respuesta a todo el sistema familiar donde el niño se encuentra inmerso.

FORMULACIÓN BÁSICA DEL MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN AT

A partir de este análisis ecológico-transaccional de la realidad del niño con deficiencia o riesgo de padecerla, estamos en condiciones de formular los postulados básicos del Modelo Integral de Intervención.

En primer lugar, asumimos que en la intervención en AT, la familia y los diferentes especialistas que llevan a cabo la intervención, se convierten en agentes de un proceso integral que persigue contribuir a la maduración temprana del niño aprovechando la mayor plasticidad neuromotora y conductual de los primeros años de vida (Alonso, 1997). Por supuesto, entendemos que el programa de AT está diseñado para incrementar las posibilidades de desarrollo del niño, minimizar sus retrasos potenciales, prevenir el deterioro futuro, limitar la adquisición de condiciones deficitarias adicionales y promover el funcionamiento adaptativo de la familia para que pueda contribuir a los fines anteriores (Miels y Shonkoff, 1990). Para conseguir todos estos objetivos se debe actuar desde el programa de AT proporcionando al niño los servicios terapéuticos y psicoeducativos que necesite, así como a su familia el apoyo e instrucción que requiera.

Para llevar a la práctica estos objetivos proponemos la articulación de un Modelo Integral de Intervención neurocognitiva-ecológico-transaccional, cuyo desarrollo vendrá guiado por los siguientes vectores:

- *Intervención integral:* Haciendo hincapié en la necesidad de intervenir, de forma simultánea y paralela, en todas las áreas de desarrollo del niño, cuidando especialmente la consecución de un desarrollo lo más armónico posible en todas ellas. Para ello, cada tratamiento individual que recibe el niño se realiza bajo el principio básico

de la intervención simultánea en las distintas áreas del desarrollo.

- *Intervención neurocognitiva:* Respetando siempre el nivel neuroevolutivo en el que se encuentre el niño, se busca prioritariamente el establecimiento de la conexión más óptima posible del niño con su entorno, facilitando al máximo la comunicación y la interacción del niño con ese entorno para potenciar su desarrollo neurocognitivo.

- *Intervención ecológico-transaccional:* Entendiendo que el desarrollo se establece a través de una continua interacción dinámica entre el niño, su familia y su entorno, la intervención se planteará en todos los ambientes-ecológicos en los que el niño se desenvuelva, para optimizar esa interacción con su entorno y aprovechar la riqueza estimular propia de cada uno de ellos para su desarrollo integral.

Como herramientas de trabajo para la intervención directa sobre el niño utilizaremos:

- *El juego espontáneo y/o dirigido:* Aprovechando su utilidad diagnóstica para establecer el nivel madurativo del niño y su capacidad motivante al hacer divertidas y entretenidas las sesiones de tratamiento.

- *Técnicas de modificación de conducta basadas en el condicionamiento operante:* Aprovechando la especial sensibilidad del niño pequeño y del niño deficiente hacia estas técnicas para la eliminación de conductas problemáticas y el establecimiento de conductas adaptativas que permitan avanzar en la meta de conseguir el máximo nivel de integración socioeducativa.

Por su parte, como herramienta de trabajo para la intervención directa sobre la familia, utilizaremos las técnicas derivadas de la comprensión sistémica de la estructura familiar y de la dinámica de sus propias interrelaciones. Dichas técnicas constituyen una herramienta de intervención que se inserta perfectamente en la comprensión ecológico-transaccional del desarrollo infantil.

A nivel teórico podemos decir que el Modelo Integral de Intervención en AT tiene distintos apoyos. La posibilidad y necesidad de intervención tem-

prana se fundamenta en la comprobación empírica de las posibilidades plásticas del sistema nervioso inmaduro y en la importancia del aprovechamiento de las primeras etapas del desarrollo (Anastasiow, 1990, Kolb, 1989, Navarro, Martínez Selva y García Sánchez, 1994). La apertura del campo de intervención al niño, su familia y su contexto se sustenta en modelos ecológicos o ecológicos-transaccionales del desarrollo infantil (Bronfenbrenner, 1979, Sameroff, 1983, 1987, Sameroff y Fiese, 1990). Las estrategias de intervención, desde una posición neurocognitiva, parten de otorgar una relevancia capital a las habilidades de interacción y comunicación del niño con su entorno y realzan la importancia del juego y del mantenimiento de un desarrollo armónico. Además, se aprovechan estrategias de intervención procedentes de las técnicas de modificación de conducta, basadas en el condicionamiento operante, para la intervención directa sobre el niño; y herramientas procedentes de una comprensión sistémica de las relaciones familiares y su dinámica, para la intervención directa sobre la realidad familiar del niño (Haley, 1980, Minuchim, 1974, Salem, 1990).

ESTRUCTURACIÓN DE SERVICIOS EN EL CENTRO DE AT SEGÚN EL MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN

Para la intervención en AT, especialmente desde el marco de un Modelo Integral como el que estamos defendiendo, se hace necesaria la implicación de diversos profesionales que impartan los distintos tratamientos terapéuticos y educativos que estos niños necesitan en función de su diagnóstico, grado de afectación y demandas familiares, así como la atención a sus familias. Más aún si tenemos en cuenta que en los currículos universitarios del Estado Español no existe un perfil profesional con formación específica que englobe todas las intervenciones que se consideran necesarias. Ello hace inevitable que, en un Centro de AT, se articule un esquema estructural que garantice una atención integral al niño y a su familia y la necesi-

mos inicialmente que según se desprende del Modelo Integral de Intervención neurocognitiva-ecológico-transaccional anteriormente expuesto, la intervención en edades tempranas no consiste exclusivamente en un tratamiento ambulatorio desarrollado en el Centro de AT. Aunque ésta pueda haber sido la norma en otros momentos de la historia de AT, en la actualidad debemos tener claro que la intervención se desarrollará igualmente en el domicilio familiar, en la Escuela Infantil, en las denominadas *Aulas de Día* (dirigidas a niños que, por la complejidad de su diagnóstico funcional, no disponen de una adecuada respuesta educativo-terapéutica) e incluso en el hospital (en el caso de hospitalizaciones prolongadas y/o reiteradas). En el apartado de organización y coordinación de servicios, de este mismo trabajo, resumiremos quién realizará la intervención en cada uno de estos contextos y con qué objetivos inmediatos. Ahora, vamos a centrarnos en definir cada uno de los servicios que incluimos en nuestro esquema de estructuración de servicios. Estas definiciones proceden del consenso de distintos profesionales de la AT de la Región de Murcia que están uniendo esfuerzos en un proyecto común para conocer a fondo la situación de la AT en nuestra región (García Sánchez, 1997).

De todos los servicios propuestos, cabe destacar la figura del *Terapeuta-tutor o Estimulador* en el Modelo Integral de Intervención, especialmente en los niños menores de dos años. El tratamiento de Estimulación que este profesional realiza se lleva a cabo desde una perspectiva de desarrollo integral, actuando además como coordinador de todos los tratamientos individuales que puede recibir el niño. La definición de esta modalidad de tratamiento coincide prácticamente con la de AT: es una forma de intervención que pretende la potenciación de la capacidad física y mental del niño con necesidades de AT, actuando para ello sobre el propio niño, su familia y el entorno próximo en el que se desenvuelve. Constituye la verdadera modalidad de tratamiento integral (los demás tratamientos específicos harán especial hincapié en algún aspecto concreto del desarrollo del niño), abarcando el trabajo simultáneo en áreas como motricidad, socia-

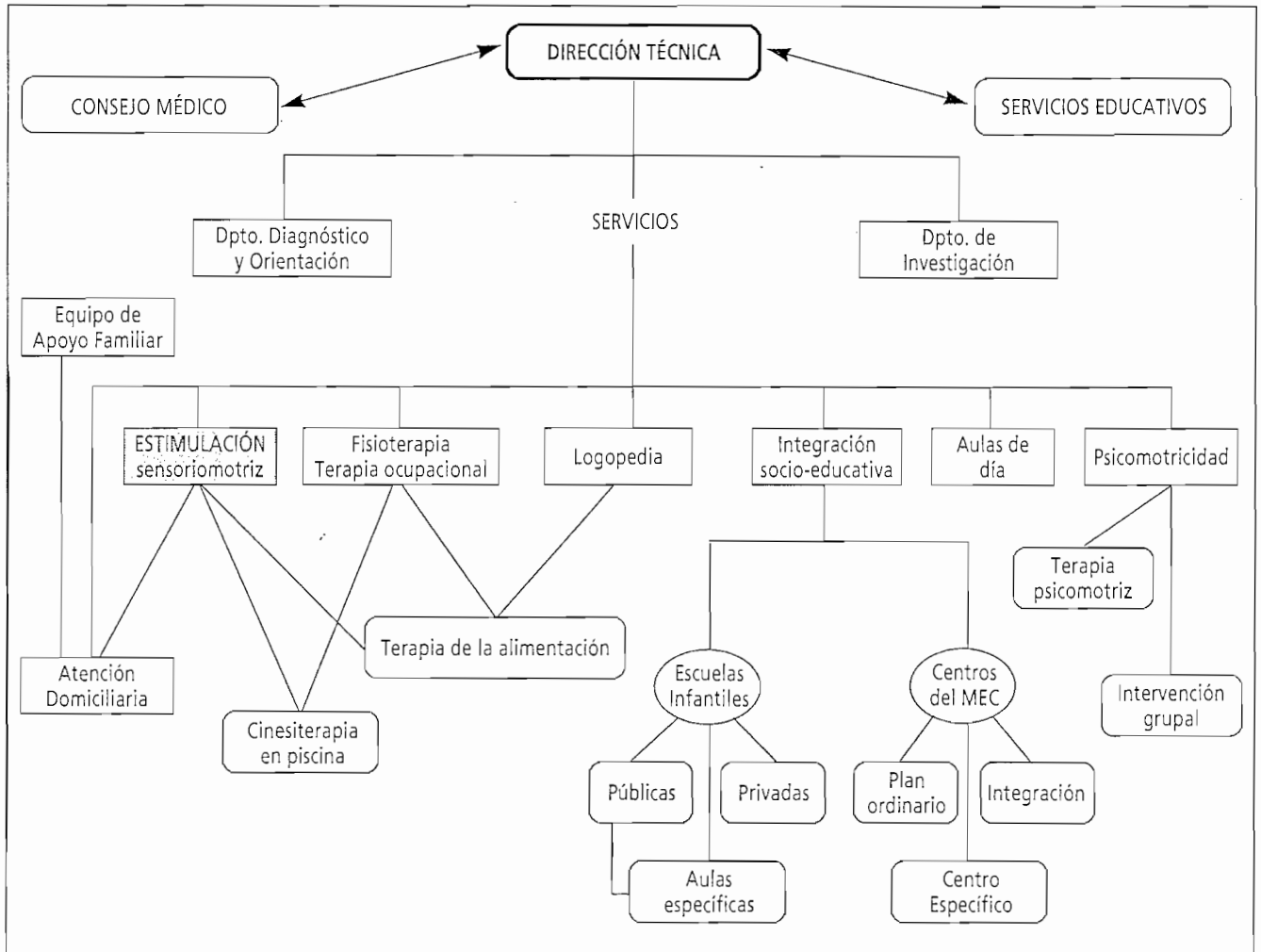
ria coordinación entre los distintos departamentos y servicios.

Nuestro esquema de estructuración de servicios (ver Figura 2) parte de la institución de una *dirección técnica* que podrá estar desarrollada indistintamente por un profesional de la psicología, de la pedagogía o de la medicina, conocedor, eso sí, de las necesidades de intervención integral sobre estos niños y sus familias.

Esta *dirección técnica* se coordinará, a nivel externo, con todos los *servicios médicos* cuya intervención requiera de forma reiterada el niño a consecuencia de las características de su deficiencia o de sus patologías asociadas (neuropediatría, rehabilitación, cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, etc.). Dicha coordinación debe permitir un asesoramiento sobre la evaluación y diagnóstico realizados al niño, así como el intercambio de información, en las revisiones periódicas, que facilite su seguimiento. Por otro lado, esta coordinación debe servir también para dar a conocer el Centro de AT entre los profesionales médicos (especialmente pediatras, neuropediatras, neonatólogos, etc.) y paramédico (enfermería), ya que constituyen un colectivo profesional que con frecuencia pueden ser los primeros en detectar las necesidades de AT y remitir al niño al Centro de Tratamiento para su evaluación y/o tratamiento. Es posible que desde Pediatría se remita al niño directamente a los Equipos Psicopedagógicos del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), para su valoración en programas de prevención. Esto ocurre habitualmente con los casos de alto riesgo. Pero cuando el niño sufre una patología biológica declarada, es frecuente que distintos profesionales de la sanidad remitan al niño directamente al Centro de AT.

Igualmente, la *dirección técnica* debe coordinarse externamente con los servicios educativos pertenecientes al MEC, los cuales intervienen directamente en el proceso de integración socio-educativa. Esta coordinación buscará realizar un estudio complementario de las respuestas de los niños en el entorno social y de tratamiento, así como de las situaciones familiares que pudieran estar ocurriendo. Por otro lado, también es necesario establecer una coordinación y colaboración con estos profesionales ya

Figura 2. Esquema organizativo para un Centro de Atención Temprana, según el Modelo Integral de Intervención



que constituyen otro colectivo clave para la detección y remisión del niño con necesidades de AT. En estos casos, la detección de las necesidades del niño suele ser más tardía (especialmente en casos de afectación mínima detectados en el colegio por el maestro de Educación Infantil), por lo que la intervención desde AT suele realizarse a través de tratamientos ambulatorios en el Centro o directamente en la propia Escuela Infantil; sin pasar el niño y la familia, en todo caso, por la modalidad de Atención Domiciliaria que más adelante explicaremos.

Inmerso ya en el Centro de AT, contaremos con un *Departamento de valoración diagnóstica y orientación*, el cual incluirá, a su vez, un *Equipo de*

Apoyo Familiar. El departamento en sí, estará formado por profesionales de prácticamente todas las modalidades específicas de tratamiento que se impartan en el Centro (rehabilitador-fisioterapeuta, logopeda, psicólogo, etc.) y llevará a cabo funciones de diagnóstico, asignación de tratamientos, seguimiento de niños de alto riesgo, etc. Por su parte, el *Equipo de Apoyo Familiar* estará formado por un psicólogo especializado en temas de familia, un Trabajador Social y un grupo de "padres formados", y estará encargado de llevar a cabo funciones de intervención y apoyo emocional a la familia.

También debe contar el Centro con un *Departamento de Investigación*,

del cual formarán parte, de forma voluntaria, todos los profesionales del Equipo Multiprofesional que lo deseen. Su coordinación correrá a cargo de un Doctor en Psicología, Pedagogía o Medicina, habituado a las tareas propias de la investigación científica. Este Departamento, y especialmente la figura de su Coordinador, realizará funciones de apoyo, asesoramiento (técnico y ético) y seguimiento de las investigaciones cuya realización pudiera proponerse en el Centro, que normalmente serán de tipo epidemiológico u orientadas a la evaluación o valoración de programas de intervención.

Centrándonos en los servicios de atención directa y continuada, aclarare-

bilidad, estimulación multisensorial (vestibular, táctil, propioceptiva, olfativa, auditiva y visual), comunicación y relación con el entorno, hábitos de autonomía, habilidades manipulativas y, por supuesto, cognición. Utilizando el juego espontáneo y dirigido como herramienta clave de intervención y evaluación de los progresos del niño.

Posteriormente, en los niños de más edad, el *Terapeuta-tutor* o *Estimulador* dirigirá su intervención hacia actividades psicopedagógicas cuando el niño evoluciona con capacidad cognitiva suficiente. En estos niños, la intervención se puede llevar a cabo tanto en sesiones individuales como grupales, incluyendo en este último caso el trabajo de normas sociales (reglas, respeto del turno, manejo de materiales, etc.).

Los profesionales del servicio de *Estimulación* puede participar también en la modalidad de tratamiento que denominamos *Atención Domiciliaria*, si bien ésta se realiza fundamentalmente a través del *Equipo de Apoyo Familiar*. Desde nuestro punto de vista, esta *Atención Domiciliaria* queda reservada a niños menores de seis meses, casos concretos de muy grave afectación, estados de irritabilidad neurológica o situaciones familiares especialmente distorsionadas. Se lleva a cabo en el propio domicilio del niño, con la periodicidad que se estime oportuna, y supone la implicación de los padres y otros familiares en sesiones informativas y prácticas, con la finalidad de incidir en una mejor estructuración del entorno más inmediato del niño. Para ello, durante la *Atención Domiciliaria* se darán orientaciones y se servirá de modelo a la familia con referencia a estrategias útiles para el manejo del niño en el desarrollo habitual de rutinas cotidianas: hábitos de interacción con el niño que potencien la formación de vínculos afectivos; hábitos de higiene, alimentación y sueño que contribuyan a la estabilización de sus ritmos biológicos; adecuaciones posturales generales y específicas, por ejemplo, para facilitar la adecuada alimentación del niño según sus características físicas, etc.

Por otro lado, los profesionales del servicio de *Estimulación* comparten con los profesionales de la rehabilitación (fisioterapeutas) la actividad de *cinisiterapia en piscina*, y ambos con el logopeda la intervención en *terapia de la alimentación*. La *cinisiterapia en*

piscina (o hidroterapia) busca facilitar el movimiento en el niño, sirviendo de apoyo al servicio de *Fisioterapia* (ya que contribuye a la normalización del tono muscular y al reforzamiento de adquisiciones motrices) y al servicio de *Estimulación* (ya que permite al niño experimentar vivencias en otro medio distinto al habitual). La prescripción de este tratamiento es especialmente interesante en la AT de niños con trastornos motores importantes como, por ejemplo, la Parálisis Cerebral (Fernández Riego y Muñoz, 1997), pero no se excluye de él a otras patologías conductuales o del desarrollo. Por su parte, la *terapia de la alimentación* pretende aprovechar todas las posibilidades terapéuticas y educativas del momento de la alimentación para el niño con deficiencias, las cuales se encuentran ampliamente expuestas en el trabajo de García Sánchez y Radrián (1997). Es una forma de tratamiento compleja que interviene sobre el niño y su familia, imprescindible en casos de trastornos motores graves como la Parálisis Cerebral, pero no exclusiva de este grupo patológico. Tendrá distintos objetivos, según la gravedad y características de las alteraciones que se observen en el niño y su familia (véase García Sánchez y Radrián, 1997, para una exposición más detallada):

- Facilitar el acto de masticación y deglución en niños con graves problemas motores.

- Ejercitar, en edades tempranas, los órganos fonoarticulatorios necesarios para la producción del habla.

- Dotar a la familia de estrategias para relajar el momento de la alimentación del niño en casa, para facilitar el aprovechamiento de sus implicaciones y posibilidades educativas, de relación y comunicación con los padres, y para el establecimiento de vínculos emocionales y afectivos positivos.

- Progresar en la autonomía del niño en las habilidades de la vida diaria.

Otros profesionales especialistas deben formar parte del Equipo Multiprofesional de AT y se incluyen, por tanto, en la estructuración de un Centro de AT. Imparten tratamientos específicos como: fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y psicomotricidad. Aclaremos que no todos estos

profesionales son necesarios en todos los niños. Los tratamientos que reciba cada niño particular dependerán de sus discapacidades y necesidades. No obstante, la participación y coordinación de estos profesionales, como un elemento más del Equipo Multiprofesional de AT, es imprescindible para poder realizar una verdadera oferta de tratamiento e intervención integral para cada caso particular.

La *Fisioterapia* intenta mejorar la calidad de vida del niño procurando su independencia de ayudas exteriores para el movimiento. Con tal fin, se pretende normalizar su desarrollo motor y prevenir complicaciones músculo-esqueléticas como contracturas y deformidades en las articulaciones. Puede consistir en la movilización adecuada de las extremidades del niño afectadas por espasticidad o que presentan limitados sus movimientos, en la supresión de patrones anormales, en la obtención de movimientos cada vez más voluntarios, en favorecer el control postural y el desarrollo de reacciones de equilibrio y en aconsejar las oportunas ayudas técnicas para el niño y su familia. Aunque la *Fisioterapia* suele asociarse exclusivamente a niños con trastornos motores graves como la Parálisis Cerebral o patologías heredodegenerativas con trastorno motor, lo cierto es que puede ser también útil en algunos otros casos con afectación motora menos grave.

La *Terapia Ocupacional*, no suele ofertarse en tratamientos de AT, relegándose a los servicios ofrecidos para niños mayores o adultos con deficiencia. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, creemos que contribuye a facilitar habilidades manipulativas (coordinación y amplitud articular) para conseguir, incluso en el niño pequeño, el mayor grado de autonomía posible en la utilización de los materiales propios de su edad y en actividades de la vida diaria. Pretende también el estudio y aplicación de las adaptaciones precisas o ayudas técnicas cuando el niño no puede llevar a cabo la actividad de modo normalizado.

El servicio de *Logopedia*, en el Centro de AT, tiene como funciones la prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos de la comunicación. Considerada en nuestro contexto, esta comunicación engloba todas las fun-

ciones asociadas a la comprensión y expresión, tanto del lenguaje oral y escrito, como a cualquier otra forma de comunicación no verbal. Las sesiones con los niños serán fundamentalmente individuales, pero suele ser interesante plantear sesiones en pequeños grupos para favorecer la comunicación entre los propios niños. Además, como ya hemos apuntado, el servicio de *Logopedia* participa, junto a los de *Fisioterapia* y *Estimulación*, en la organización y ejecución de la denominada *terapia de la alimentación*.

En cuanto al servicio de *Psicomotricidad*, desde él se trabaja en el niño aspectos como su nivel de comunicación, relación con el objeto y con el espacio, cambios posturales, equilibrio, estimulación vestibular, conceptos espaciales referidos al propio cuerpo, al de otros (niños y adultos) o a objetos; fundamentalmente a través del juego espontáneo y dirigido. Además de esta actuación directa, desde el servicio de *Psicomotricidad* se articulan también dos modalidades más de tratamiento, como son la *Terapia Psicomotriz* y la *Intervención Grupal*; ambas llevadas a cabo aprovechando postulados básicos de la psicomotricidad. La *Terapia Psicomotriz* tiene como objetivo la instauración y/o modificación de las pautas de comunicación y de relación del niño con su entorno y se prescribirá especialmente en casos de trastornos generalizados y profundos del desarrollo (rasgos de tipo autista). Por su parte, la *Intervención Grupal*, partiendo de las posibilidades del trabajo en grupo, pretende desarrollar en el niño hábitos de autonomía personal y social, facilitando, a la vez, la expresión corporal como conocimiento del propio cuerpo y la capacidad para expresarse. Por medio de la expresión plástica, además de potenciar la coordinación óculo-manual, se fomenta en el niño la creatividad y la imaginación. En la modalidad de *Intervención Grupal*, siguiendo la máxima de intervención integral o global, las áreas posibles a trabajar serán las de autonomía, socialización (comunicación, entorno cercano), expresión corporal, juego simbólico, expresión plástica, etc.

Por último, el servicio de *Integración Socioeducativa*, tiene como objetivo esa integración global del niño en

su entorno, que empezaba por la integración en su familia y continúa ahora con la integración en la Escuela Infantil (EI) y en el Centro Escolar. Consideramos que la integración del niño en la EI a partir de los dos años forma parte del tratamiento programado de AT, especialmente bajo la concepción de que el niño es un ser sociable, que precisa iniciar el proceso de separación-individuación de su familia, necesitando para ello la relación con su grupo de iguales. Además, esta integración contribuye también, de forma importante, a la normalización de la dinámica familiar y a la integración familiar en su entorno natural.

El servicio de *Integración Socioeducativa* trabajará para contribuir a que el niño tenga las mejores condiciones en su experiencia de integración en EI y posterior escolarización. Partiendo de la presentación del caso en la EI o en el Centro del MEC, se lleva a cabo un seguimiento de la evolución del niño sirviendo de apoyo y referente para los profesionales de la educación que trabajan ahora directamente con el niño (especialmente en la etapa de integración en la EI).

La evolución histórica de las posibilidades de integración de estos niños ha corrido paralela a las influencias ejercidas por las modificaciones de la legislación administrativa (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1997). Pero lo cierto es que muchos niños con necesidades de AT reúnen características muy particulares que no hacen posible su integración en las condiciones de lo que podríamos denominar "plan ordinario de integración" (García Sánchez, Caballero y Castellanos, 1995; García Sánchez, Caballero, Mendieta y Castellanos, 1994). Efectivamente, existen niños cuyas discapacidades severas exigen otros modelos que garanticen, además de una intervención educativa, el poder abordar aspectos terapéuticos debidos a las características patológicas que presentan, por lo que su escolarización exige una dinámica distinta. Este modelo de integración se viene realizando en lo que llamamos aulas específicas, en donde se aglutinan niños con características más o menos similares en cuanto a que precisen de tratamientos externos específicos que son impartidos dentro de la propia EI.

Cuando el nivel de afectación psíquica

y/o física del niño es tan grave que hace dudar del beneficio que el niño pueda tener con su integración en la EI, se recurrirá a la modalidad de *Aulas de Día*. Se trata de un servicio ofertado desde el propio Centro de Tratamiento y dirigido a niños que, por la complejidad de su diagnóstico funcional, no disponen de una adecuada respuesta educativo-terapéutica. En este servicio, los propios terapeutas de AT organizan y desarrollan toda la atención que estos niños gravemente afectados requieren, se puede utilizar todos los recursos (materiales y humanos) del Centro de Tratamiento, contribuyendo también a la normalización de las rutinas familiares.

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE SERVICIOS EN EL MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN AT

Nuestro esquema de organización y coordinación de servicios, desarrollado dentro del Modelo Integral de Intervención en AT (García Sánchez y Mendieta, 1998; Mendieta y García Sánchez, 1997), viene siendo desarrollado ya, al menos parcialmente, desde la Asociación para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral (ASTRAPACE - Murcia), la mayoría de las veces gracias tan sólo al compromiso personal de sus profesionales. Su estructuración se basa en el análisis del personal que realiza la intervención en AT, de la ubicación de esa intervención y de su objetivo de intervención más inmediato, sin olvidar nunca que la intervención debe llevarse a cabo en todos los entornos ecológicos en los que se desenvuelve el niño.

Así pues, siguiendo un orden cronológico, los lugares donde se puede o debe intervenir desde este Modelo Integral de Intervención en AT serían: el hospital (servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales -UCIN- y neonatología), en el propio domicilio familiar y en el Centro de AT (a través de tratamientos ambulatorios y aulas de día). A partir de los 18-24 meses aproximadamente, cuando el niño ya disponga de un diagnóstico funcional fiable (especialmente en el caso de discapacidades motoras), el niño pasará, según su grado de afectación, a su integración en la EI (en modalidad ordinaria o de integración en aulas específicas) o en el

Aula de día del propio Centro de Tratamiento. En ambos casos se seguirá interviniendo desde el Equipo de AT. Por otro lado, en cualquier momento de la historia evolutiva del niño, si éste requiere una hospitalización prolongada (más de 3 semanas) u hospitalizaciones reiteradas y el motivo de la hospitalización lo permite, debe planificarse la continuación de la intervención en el propio hospital. En este caso, ya no será en neonatología (donde la intervención ya se habrá realizado con el niño recién nacido), sino en las secciones de lactantes o escolares, según la edad del niño en el momento de la hospitalización.

A continuación, a partir de este análisis de las distintas ubicaciones donde se debe llevar a cabo la intervención, vamos a ir comentando quién interviene en cada caso y con que objetivos concretos (o inmediatos, ya que el objetivo último será siempre la máxima integración socioeducativa del niño).

Intervención en el Hospital

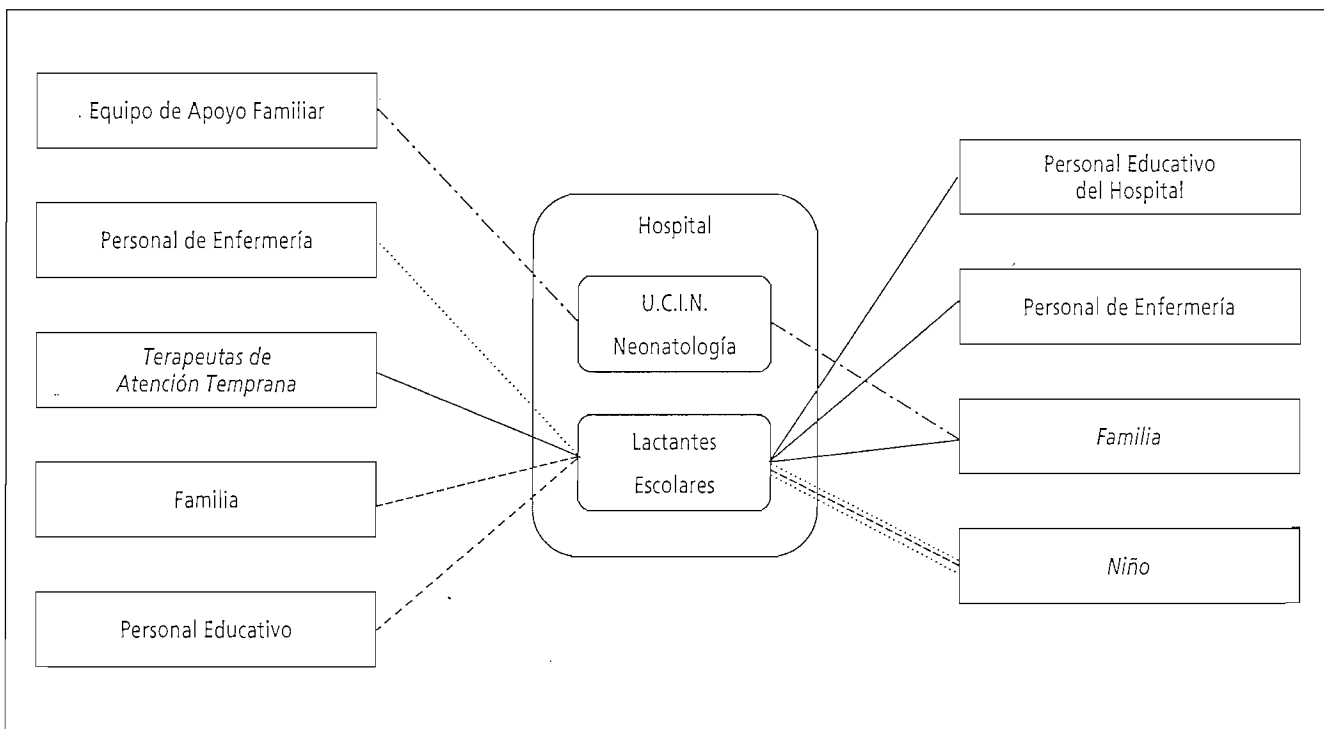
La intervención en el ámbito hospitalario es, sin duda, la más compleja

de abordar desde un planteamiento de intervención integral y continuada como el que defendemos, especialmente por las dificultades que supone la coordinación de los distintos profesionales que intervienen (ver Figura 3). Su necesidad viene avalada, en primer lugar, por las conocidas repercusiones que tienen en la familia el nacimiento de un niño con problemas o, simplemente, prematuro (Crnic, Friederich y Greenberg, 1983, Crnic et al., 1983, Friederich y Friederich, 1981, Friederich, Wiltturner y Cohen, 1985); así como por la comprobación empírica de la eficacia de la intervención para la reducción de la ansiedad en estos padres (Saenz-Rico, 1997, Verdugo, 1994). En segundo lugar, por la necesidad de dar continuidad al programa de intervención integral que el niño va a seguir o está ya siguiendo, por ejemplo, cuando el niño sufre una hospitalización muy prolongada u hospitalizaciones reiteradas, y especialmente teniendo en cuenta las posibles repercusiones negativas de la hospitalización en el propio niño, especialmente en las edades en que la AT se desenvuelve (García Sánchez,

1998, Palomo del Blanco, 1995, Valdés y Flórez, 1992, Zetterström, 1984), o en su familia al generar una nueva fuente de estrés (Carter et al., 1989, Ogilvie, 1990, Robinson, 1987).

La intervención en UCIN y/o neonatología, organizada desde el Centro de AT, se llevaría a cabo por el personal del Equipo de Apoyo Familiar (en concreto a través de padres formados y, en su caso, el Psicólogo de Familia y el Trabajador Social). Esta intervención se realiza con la finalidad única de dar apoyo emocional y acogimiento a la familia. Experiencias de este tipo se vienen desarrollando a lo largo de todo nuestro país. La mayoría de las veces se trata de programas de apoyo a la familia del niño ingresado en UCIN organizados desde el propio Centro Hospitalario. No es nuestra intención, en absoluto, infravalorar tales iniciativas, sino todo lo contrario. Tan sólo señalamos aquí su necesidad, debiendo ser programadas desde el Centro de AT si no existen, o integradas, a través de la adecuada coordinación, en un proyecto más global, junto a la intervención posterior que va a tener el niño y su familia. En todo caso, sería incluso posible

Figura 3. Colectivos y objetivos inmediatos de intervención en el Hospital



separar, al menos a nivel teórico, lo que es intervención para reducir la ansiedad de los padres (programas para ayudar al manejo del estrés producido por la hospitalización del niño y por el ambiente hospitalario), de lo que es la intervención con miras a preparar a la familia para la aceptación de la deficiencia del niño y para su posterior implicación activa en el programa integral de AT.

En un segundo momento, y ya con el niño y su familia inmersos en un programa integral de AT, puede ser necesaria la intervención en el propio hospital (secciones de lactantes o escolares). Este sería el caso si el niño sufre un período largo de hospitalización u hospitalizaciones reiteradas y si el estado del niño, que ha motivado la hospitalización, no lo desaconseja. Esta intervención se realizará, fundamentalmente, sobre el niño y debería ser plenamente coordinada por el terapeuta de la AT. No obstante, la labor de este terapeuta posiblemente fuera sólo de coordinación, interviniendo indirectamente a través de las pautas de actuación ofrecidas al personal de enfermería y al personal educativo del propio hospital, o a la propia familia (ya que aunque ésta esté ya formada en el trabajo cotidiano con su hijo en el hogar, la situación de hospitalización requerirá, seguro, de un planteamiento de intervención diferente). De esta forma, la intervención del terapeuta de la AT se realiza-

ría sobre estos tres colectivos para que ellos, a su vez, interviniesen sobre el niño. En todo caso, la intervención sobre el niño tiene que tener en cuenta siempre su edad, sus características patológicas, sus deficiencias y la problemática específica que le ha llevado al hospital.

Atención Domiciliaria

El *Equipo de Apoyo Familiar* actuará también durante la fase de atención domiciliaria. En concreto, al domicilio familiar acudirán el Psicólogo Familiar (con la finalidad fundamental de trabajar directamente con la familia) y el Trabajador Social. Por otro lado, intervendrán también los Terapeutas de la AT, con la finalidad fundamental de trabajar con el niño. Según los casos, la intervención de estos terapeutas puede ser directa (desplazándose físicamente al domicilio familiar) o indirecta (la mayoría de las veces, dando orientaciones a la familia a través del Psicólogo Familiar). En este sentido, si las orientaciones a la familia son bien acogidas y seguidas oportunamente, habremos conseguido que durante la Atención Domiciliaria también la propia familia esté interviniendo directamente sobre el niño.

Tratamientos ambulatorios

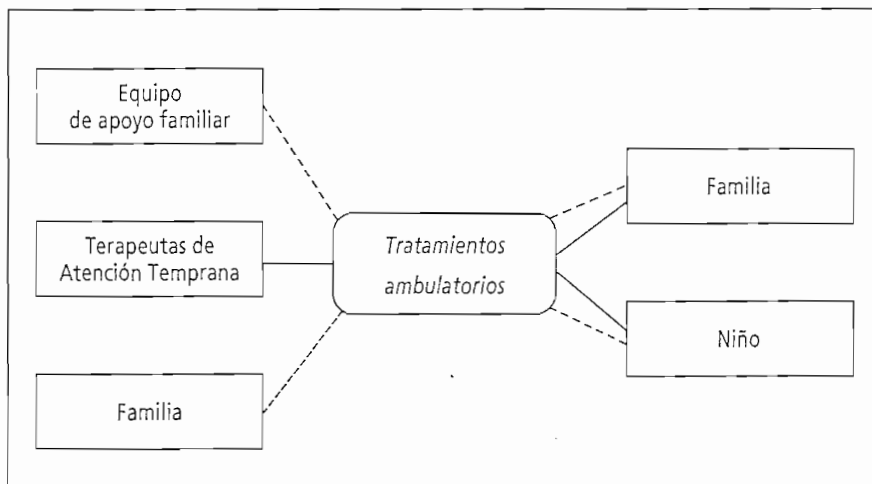
En la Figura 4 representamos el esquema de los colectivos que inter-

vienen en el Centro de Tratamiento cuando el niño asiste a él en régimen ambulatorio, así como sus objetivos concretos de intervención. Como vemos, el personal del Equipo de Apoyo Familiar interviene también durante estos tratamientos ambulatorios. Lo hará, normalmente, tras demanda previa de los terapeutas de AT o de la propia familia, y tras un estudio pormenorizado de las necesidades de la familia. Los distintos componentes de este equipo deben intervenir en la familia nuclear (padres y hermanos del niño afectado) y/o de origen (abuelos, tíos y demás personas que convivan con la familia) o de forma grupal (con otros padres o familias). El trabajo directo con la familia nuclear se llevará a cabo por el Psicólogo de Familia a través de técnicas de intervención familiar, mientras que la intervención grupal se realizará desarrollando escuelas de padres, talleres, grupos de trabajo con hermanos, etc., donde participarán padres formados, el Trabajador Social y el Psicólogo de Familia. Nuevamente, el objetivo de este conjunto de actuaciones es fundamentalmente la familia.

Aunque no se dispone de comprobación empírica exhaustiva que avale la efectividad de estas intervenciones grupales o el modelo más eficaz de intervención, las experiencias cualitativas acumuladas señalan siempre efectos positivos (Bernabéu, Mendieta, Molina y Rodríguez, 1997, Brezmes, Ortiz y Pérez Sánchez, 1997, Verdugo, 1994).

Centrándonos ahora en los tratamientos ambulatorios, los profesionales que los llevarán a cabo en su totalidad serán, como es lógico, los integrantes del Equipo Multiprofesional de AT, los cuales trabajarán tanto con el niño (intervención directa) como con la familia. Sobre ésta última, la intervención irá encaminada a dar pautas de trabajo en casa. No con el objetivo de convertir a los padres en terapeutas, ni que se reproduzcan en casa los patrones de trabajo que se siguen en el Centro de Tratamiento. Muy al contrario, la intervención buscará mejorar la dinámica familiar con la implicación de los padres y hermanos en la integración del niño y el aprovechamiento de la riqueza estimular del hogar en el tratamiento integral del niño. En este sentido, de

Figura 4. Colectivos y objetivos de intervención en la modalidad de Tratamientos Ambulatorios



nuevo, en esta etapa, la propia familia será otro de los colectivos que intervendrán sobre el niño.

En todo caso, es importante señalar aquí que la intervención sobre la familia nunca debe ser exclusivamente con la finalidad de que los padres actúen sobre el niño en pro de conseguir metas evolutivas. También es necesario contar con los padres ya que éstos son un agente imprescindible en el cambio o moldeamiento de las relaciones interpersonales que parten del establecimiento de vínculos afectivos positivos bidireccionales con el niño, los cuales contribuyen sustancialmente a ir conformando el temperamento, la personalidad y la integridad psíquica del niño (Beckwith, 1990, Bowlby, 1969, Bronfenbrenner, 1979, Kaye, 1984); Igualmente, los padres son figuras claves para el establecimiento de relaciones de comunicación cada vez más efectivas, las cuales pueden verse afectadas negativamente por el nacimiento del niño con problemas (Bee et al., 1981, Berger y Cunningham, 1983, 1981, Cunningham, Reuler, Blackwell y Deck, 1981).

Aulas de día

En las denominadas Aulas de Día, la intervención sobre el niño se realizaría fundamentalmente a través del personal educativo o de los terapeutas de AT que a ellas estén destinados (todos ellos pertenecientes al Equipo Multiprofesional de AT). Además, intervendrán otros terapeutas específicos del Equipo Multiprofesional (logopeda, fisioterapeuta, psicólogo, etc.). Estos últimos profesionales intervienen directamente sobre el niño y directa e indirectamente sobre el propio personal del aula de día, sirviendo de modelo con su actuación y manteniendo una estrecha coordinación con él que consiga el aprovechamiento máximo de la estancia del niño en este servicio.

Indirectamente, desde la modalidad de tratamiento que denominamos Aula de Día se está interviniendo también sobre la familia. Por ejemplo, contribuyendo a normalizar su ritmo de vida, facilitando las aptitudes familiares hacia la futura escolarización del niño y sirviendo, incluso, como "servicio de respiro" familiar.

Escuelas Infantiles y Centros del MEC

Una vez integrado el niño en la EI, será el propio personal educativo de ésta el que intervenga directamente sobre él. Los terapeutas de AT intervendrán sobre este personal a través de la facilitación de información, de pautas concretas de actuación, o incluso de la programación de la intervención si fuese necesario y posible. Así, los terapeutas de AT en las EI realizan una función de coordinación y asesoramiento, con seguimiento de la evolución del niño en la EI, aunque pueden llegar a hacer incluso una intervención directa sobre el niño desplazándose a la EI para desarrollar alguna faceta concreta del tratamiento o servir de modelo a los profesionales de la EI. No hay que olvidar que el niño integrado en EI puede estar siguiendo simultáneamente un tratamiento ambulatorio que se desarrolla en el Centro de tratamiento o en la propia EI (siendo en este último caso el terapeuta de AT el que realiza el desplazamiento).

Por último, ante la escolarización del niño, que se realizará como muy tarde entre los cuatro y seis años de edad, es posible dar una continuidad a la labor realizada desde el programa integral de AT que ha seguido el niño. Para ello se establece una coordinación con los centros del MEC de tal forma que el terapeuta de AT puede presentar al niño e informar de sus características a los profesionales del ámbito educativo. Si el niño se escolariza en un Centro Específico, podrá contar en él con todas las atenciones que su caso requiera. Sin embargo, si el niño se escolariza a través de la integración en un centro ordinario, es posible que dicho centro no pueda cubrir alguna de sus necesidades específicas. En tales casos, el niño continuará recibiendo, desde el Equipo multiprofesional de AT, los apoyos inexistentes; bien se en su propio centro escolar o, en determinados casos, de forma complementaria continuando con un régimen ambulatorio en el Centro de Tratamiento.

CONCLUSIONES

Nuestro modelo de intervención integral en AT se fundamenta en una comprensión ecológico-transaccional

del desarrollo del niño, en una comprensión sistémica de las relaciones familiares y de su dinámica y en una aproximación ecológico-neurocognitiva-conductual al programa de intervención. A partir de esta fundamentación teórica, estamos en condiciones de proponer un modelo de coordinación de servicios que permita el desarrollo de un verdadero programa de tratamiento integral en Atención Temprana.

Este modelo propone la coordinación entre los terapeutas de AT, el Equipo de Apoyo Familiar y otros profesionales del ámbito educativo y sanitario, para intervenir sobre las necesidades biológicas, psicológicas, educativas y sociales del niño y sobre las necesidades de apoyo y asesoramiento de la familia. Todo ello con el fin de lograr el mayor nivel posible de integración familiar, escolar y social (integración socioeducativa).

Cabe resaltar la relevancia que adquiere el terapeuta de AT desde la perspectiva de una intervención integral. Su formación y el conocimiento de la realidad del niño y del entorno en donde se encuentra inmerso, le otorga la posibilidad de desempeñar un papel privilegiado como agente coordinador en el desarrollo del programa de intervención integral. No obstante, el elemento más importante para el éxito del programa de intervención integral en AT no está en la actuación individual ninguno de los agentes que en él participan, sino en una auténtica coordinación entre ellos y la asunción de unas metas comunes.

En cuanto a las estrategias de intervención, cabe destacar la importancia de favorecer la comunicación e interacción efectiva del niño con su entorno, la utilización del juego como herramienta diagnóstica y terapéutica, y la necesidad de intervenir, de forma simultánea y paralela, en todas las áreas de desarrollo del niño.

AGRADECIMIENTOS

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todos los técnicos del Equipo Multiprofesional de ASTRAPACE ya que, con su actuación cotidiana, nos han ido enseñando como se debe realizar una verdadera intervención integral en Atención Temprana

BIBLIOGRAFÍA

- AEDES (1997). *La socialización: Contexto y eje del desarrollo*. Ponencia marco de la XXIV Reunión Científica Anual de la Asociación Española para la Educación Especial dedicada al tema Estimulación Temprana: Coordinación e integración de servicios. Madrid: 21-23 de Noviembre
- Alonso, J.M. (1997). Atención temprana. En VV.AA. (Eds.). *Realizaciones sobre discapacidad en España*. Balance de 20 años (pp. 87-107). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.
- Anastasiow, N.J. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. -). Nueva York: Cambridge University Press.
- Andreu, T. (1996). Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de atención temprana. *Revista de Educación Especial*, 22, 55-66
- Bee, H.L., Barnard, K.E., Eyres, S.J., Gray, C.A., Hammond, M.A., Spietz, A.L., Snyder, C. y Clark, B. (1982). Prediction of IQ and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics, and mother-infant interaction. *Child Development*, 53, 1134-1156.
- Berger, J. y Cunningham, C.C. (1981). The development of eye contact between mothers and normal versus Down's Syndrome Infants. *Developmental Psychology*, 17, 678-689.
- Berger, J. y Cunningham, C.C. (1983). Developmental of early vocal behaviors and interactions in Down's Syndrome and nonhandicapped infant-mother pairs. *Developmental Psychology*, 19, 322-331.
- Bernabeu, A.B., Mendieta, P., Molina, P. y Rodríguez, T. (1997). *Una experiencia con hermanos de niños con Parálisis Cerebral*. Comunicación presentada en las Jornadas Técnicas sobre la Parálisis Cerebral. Centre Pilot Arcàngel Sant Gabriel. Barcelona, 14-15 de Noviembre.
- Beckwith, L. (1990). *Adaptative and maladaptative parenting. Implications for intervention*. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 53-77). Nueva York: Cambridge University Press.
- Bijou, S.W. (1990). Revisión de la intervención precoz en niños con retraso del desarrollo. *Siglo Cero*, 129, 12-18.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. I. Attachment. Londres: Hogarth Press (existe edición en castellano en El vínculo afectivo, Barcelona: Paidós, 1993).
- Brezmes, M., Ortiz, D. y Pérez Sánchez, M.I. (1997). Trabajo con familias de niños discapacitados: Desarrollo de un proyecto de escuela de padres. *Revista de Educación Especial*, 23, 77-88.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).
- Candel, I. (1993). El papel de las familias en la Atención Temprana. En I. Candel (Dir.). *Programa de Atención Temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 89-105). Madrid: CEPE.
- Carter, M.C., Eberly, T.W., Hennessey, J., Miles, M.S. y cols. (1989). A consortium study of parent stressors in the pediatric ICU. *Maternal Child Nursing Journal*, 18, 181-249.
- Crníc, K.A., Friedrich, W.N. y Greenberg, M.T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 125-138.
- Crníc, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, M. y Bashman, R.B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infanc. *Child Development*, 54, 209-217.
- Cunningham, C.E., Reuler, E., Blackwell, J. y Deck, J. (1981). Behavioral and linguistic developments in the interactions of normal and retarded children with their mothers. *Child Development*, 52, 62-70.
- Dunst, C.J., Snyder, S.W. y Mankinen, M. (1989). *Efficacy of early intervention*. En M.C. Wang, M.C. Reynolds and H.J. Walberg (Eds.). *Handbook of special education: Research and practice*. (Vol. 3): Low incidence conditions. Oxford: Pergamon Press (pp 259-294).
- Erickson, M. (1992). An analysis of early intervention expenditures in Massachusetts. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 617-629.
- Fernández Rego, F.J. y Muñoz, R.R. (1997). Programa de hidroterapia y actividades acuáticas adaptadas. *Revista de Atención Temprana*, núm. 0 (Mayo), 12-17.
- Friederich, W.N. y Friederich, W.L. (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 551-553.
- Friederich, W.N., Wiltner, L.T. y Cohen, D.S. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 130-139.
- García Sánchez, F.A. (1997). *Estudio de la población atendida en los Centros de Atención Temprana de la Región de Murcia*. VI Jornadas de Atención Temprana de la Región de Murcia. Dirección General de Política Social y Familia. Los Alcázares (Murcia), Mayo.
- García Sánchez, F.A. (1998). *Características físicas, psicológicas y afectivas que intervienen en la hospitalización del niño: Efectos negativos y estrategias de intervención*. En Varios autores: Atención al usuario: Más allá de un estrategia de empresa. Murcia: SIU (en prensa).
- García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). Análisis del tratamiento integral de atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, núm 1, 37-43.
- García Sánchez, F.A. y Radrigan, J. (1997). Posibilidades educativas y terapéuticas de la alimentación en el niño pequeño con deficiencias. *Revista de Educación Especial*, 23, 89-99.
- García Sánchez, F.A., Caballero, P.A. y Castellanos, P. (1996) *Características físicas y psicomotoras, modalidades de tratamiento y escolarización en distintos tipos de parálisis cerebral infantil en la Región de Murcia*. Anales de Pedagogía. Universidad de Murcia, 12, 175-193.
- García Sánchez, F.A., Caballero, P.A., Mendieta, P. y Castellanos, P. (1994) *Características de la población escolarizada por ASTRA-PACE en Escuelas Infantiles durante más de una década. IV Jornadas Regionales de Atención Temprana: La Atención Temprana en la Escuela Infantil*. Dirección General de Bienestar Social de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Región de Murcia y la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Yecla. Yecla, Diciembre.
- García Sánchez, F.A., Castellanos, P. y Mendieta, P. (1997). Influencia de las medidas administrativas en la integración desde un

- Centro de Atención Temprana de la Región de Murcia. En P. Arnáiz y R. De Haro (Eds.). *10 años de integración en España: Análisis de la realidad y perspectivas de futuro* (pp. 87-96). Murcia: Universidad de Murcia.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu (Primera edición en inglés en 1976: Problem-solving therapy. New strategies for effective family therapy).
- Horn, E.M. (1991). Basic motor skill instruction for children with neuromotor delays: A critical review. *The Journal of Special Education*, 25, 168-197.
- Kaye, K. (1984). *The mental and social life of babies*. New York: Harvester Press.
- Kolb, B. (1989). Brain Development, plasticity and behavior. *American Psychologist*, 44, 1203-1212.
- Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1997). *Atención temprana en discapacidades motoras: Dónde, quién y sobre quién*. Jornadas Técnicas sobre la Parálisis Cerebral. Centre Pilot Arcàngel Sant Gabriel. Barcelona, 14-15 de Noviembre.
- Meisels, S.J. y Shonkoff, J.P. (1990). *Handbook of early childhood intervention*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano Familias y terapia familiar, Barcelona: Gésdisa, 1976).
- Navarro, N., Martínez Selva, J.M. y García Sánchez, F.A. (1994): Bases Neurofisiológicas del desarrollo infantil. En J. Sáez y A. Montes (Coords.). *La formación en escuelas infantiles. Una experiencia en la Región de Murcia* (pp. 13-34). Murcia: ICE-Comunidad Autónoma.
- Ogilvie, L. (1990). Hospitalization of children for surgery: The parents' view. *Children Health Care*, 19, 49-56.
- Palomo del Blanco, M.P. (1995). *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Robinson, C.A. (1987). Roadblocks to Family Centered Care when a chronically ill child is hospitalized. *Maternal Child Nursing Journal*, 16, 181-193.
- Saenz-Rico, B. (1997). Programa de intervención temprana para sujetos de alto riesgo biológico. *Revista de Educación Especial*, 23, 29-35.
- Salem, G. (1990). *Abordaje terapéutico de la familia*. Barcelona: Masson.
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental system: Context and evolution. En W.Kessen (Ed.) *Handbook of child psychology: Vol.1. History, theories, and methods* (pp. 238-294). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A.J. (1987). The social context of development. En N. Eisenberg (Ed.). *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 273-291). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (1990). Transactional regulation and early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Nueva York: Cambridge University Press.
- Sánchez Asín, A. (1990). Estimulación temprana: Prevención y educación. *Revista de Educación Especial*, 7, 9-20.
- Shonkoff, J.P. y Meisels, S.J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 3-31). Nueva York: Cambridge University Press.
- Valdés, C. y Flórez, J.A. (1992). El niño ante su hospitalización: Principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19, 201-209.
- Verdugo, M.A. (1994). Estrés familiar: Metodologías de intervención. *Siglo Cero*, 25, 37-45.
- Zetterström, R. (1984). Responses of children to hospitalization. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 73, 289-295.
- Zigler, E. y Berman, W. (1983). Discerning the future of early childhood intervention. *American Psychologist*, 38, 894-906.