

ASTRAPACE: FUNCIONAMIENTO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA DESDE EL MARCO DE UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN

*Dr. María Bera y Colaboradores (Trinidad) (1997).
Intervención temprana en niños con Parálisis
Cerebral y otros (1997, 1998, 1999).
Murcia, ASMA*

*En M. J. Juan y P. Mendigut (Coords.) (2000).
Integración familiar, escolar y Social.
Periodo infantil y escolar (pp. 105-120).
Alicante: APSA*

Sra. Dña. Pilar Castellanos Brazález y Sra. Dña. Pilar Mendieta García
Equipo Multiprofesional de la Asociación para el Tratamiento de la
Parálisis Cerebral (ASTRAPACE) de Murcia.
Departamento de Investigación de ASTRAPACE.
Equipo de Investigación en Atención Temprana (EIA/T) de la Región de
Murcia.

Sr. D. Francisco Alberto García Sánchez
Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación.
Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
Coordinador del Departamento de Investigación de ASTRAPACE.
Coordinador y Director del Equipo de Investigación en Atención
Temprana (EIA/T) de la Región de Murcia.

Qué es ASTRAPACE y a quién atiende.

La Asociación para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral (ASTRAPACE) de Murcia es una Asociación de Padres que imparte tratamiento de Atención Temprana (AT), desde 1981 hasta la actualidad, a través de un Equipo Multiprofesional contratado al efecto. Desde un punto de vista formal, podemos decir que ASTRAPACE atiende a niños que tienen un diagnóstico médico explícito de encefalopatía, sospecha de lesión cerebral o han sufrido algún tipo de menoscabo en su desarrollo pre, peri o postnatal que pudiera haberla ocasionado (niños de riesgo) (García-Sánchez, Caballero, Mendieta y Castellanos, 1994). Ahora bien, desde un punto de vista menos formal, podemos resumir diciendo que Centro de AT de ASTRAPACE en la actualidad acoge a todos los niños con necesidades de AT que presentan afectación motora como un rasgo preponderante en su patología.

Gracias al apoyo de la Administraciones públicas (en forma de financiaciones, subvenciones y cesiones de terreno) y de los Socios Protectores, ASTRAPACE estrenó en 1994 su propio Centro de Tratamiento en la Calle de Vicente Aleixandre en el Polígono Infante Don Juan Manuel de Murcia capital.

En cuanto a la gestión y régimen económico de ASTRAPACE, podemos decir que es una Asociación, miembro de la Federación de Asociaciones pro-Personas Deficientes Mentales (FADeM) de la Región de Murcia, parcialmente subvencionada por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de Murcia y por el INSERSO. El resto de la aportación económica necesaria para su funcionamiento se consigue a través de las cuotas mensuales de los padres, de las cuotas de Socios Protectores y Amigos de la Asociación y de otra serie de actividades promocionadas por la Asociación (Mendieta y García Sánchez, 1994).

En cuanto a la población atendida por ASTRAPACE, podemos decir que desde sus inicios hasta finales del curso 1997/98, por el Centro de Al de la Asociación habían pasado unos 700 niños, 664 de los cuales están incluidos dentro del banco de datos del Departamento de Investigación de la Asociación. En un estudio realizado sobre una muestra de 339 niños / as (207 niños y 132 niñas), atendidos por ASTRAPACE desde su fundación hasta Septiembre de 1995 (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1997), encontramos la distribución porcentual de patologías atendidas que recogemos a continuación en la Tabla 1:

Tabla 1.- Distribución porcentual de las distintas patologías atendidas por ASTRAPACE, desde 1980 hasta Septiembre de 1995.

Tipo de Patología	Porcentaje
Parálisis cerebral	68.4%
Retraso psicomotor no filiado	8.3%
Enfermedades degenerativas o neurodegenerativas	7.3%
Cromosomopatías (nunca Trisomía 21)	3.3%
Otras patologías	12.3%

Con referencia a estos datos, es conveniente hacer algunas aclaraciones que permitan comprender mejor el tipo de patologías incluidas en cada apartado:

- En primer lugar, especificar que dentro del apartado de Enfermedades degenerativas y neurodegenerativas se incluyeron todos los casos de errores congénitos del metabolismo, enfermedades neuroocelodérmicas y otros tipos de enfermedades genéticas de carácter degenerativo.
- En segundo lugar, especificar que, en la mayoría de los casos, dentro del grupo de otras patologías se incluyeron síndromes congénitos plurimalformativos, entre ellos procesos mal formativos que conllevan hidrocefalia, como estenosis del acueducto de Silvio, malformación de Dandy-Walker o de Arnold-Chiari. También se incluyeron, en este grupo de patologías diversas, niños cuya afectación encefálica fue adquirida en el periodo postnatal a consecuencia de enfermedades infecciosas o traumatismos. Igualmente fueron incluidos aquí los niños atendidos por ASTRAPACE con diagnóstico de Autismo, psicosis infantil, Síndrome de Rett o Síndrome de Hospitalismo.

- En tercer lugar, podemos especificar también la distribución porcentual de los distintos grupos de Parálisis Cerebral atendidos en ASTRAPACE, tal como se hace en la Tabla II:

Tabla II.- Distribución porcentual de los distintos tipos de Parálisis Cerebral atendidos por ASTRAPACE desde 1980 hasta Septiembre de 1995.

Tipos de Parálisis Cerebral	Porcentaje
Formas Espásticas	55.0%
Tetraplejías	38.9%
Diplejías	32.0%
Hemiplejías	31.1%
Formas Atáxicas	3.6%
Formas Atetoides	3.2%
Formas Hipotónicas	7.2%
Formas con Retraso psicomotor	23.4%
Desconocido	7.7%

El último porcentaje, atribuido a formas desconocidas de Parálisis Cerebral, también requiere una aclaración. Incluimos en este grupo aquellos casos en los que no pudo establecerse el tipo de afectación motora, bien sea por carecer del datos en su historia clínica o bien por ser tratarse de niños menores de 2 años con un cuadro patológico aún no bien definido.

Como vemos, aunque ASTRAPACE se crea inicialmente como una Asociación para el tratamiento específico de niños con Parálisis Cerebral, a lo largo de su historia ha tenido que ir ampliando su oferta de AT a otros tipos de patologías que, al cursar con una afectación motora más o menos generalizada, no disponen de centros específicos de tratamiento de tipo público o privado.

Este fenómeno es incluso más evidente en los últimos años (actualmente, se están atendiendo incluso algún caso de Síndrome de Down con afectación motora grave), lo que está llevando a hacer de ASTRAPACE un Centro de AT cada vez más abierto. Aún así, dados los servicios disponibles en el Centro de Tratamiento (que a continuación detallaremos), sigue predominando, en los niños atendidos, la existencia de una patología motora declarada y grave.

ASTRAPACE y el Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana.

Después de casi dos décadas de intervención ininterrumpida en AT, ASTRAPACE ha ido desarrollando un modelo de intervención muy estructurado, basado siempre en el trabajo coordinado en equipo de los distintos profesionales que integran su Equipo Multiprofesional. A partir de este modelo práctico y después de asumir una serie de premisas teórico/prácticas procedentes de las Neurociencias, de los modelos evolutivos ecológico-transaccionales y de la convicción de la efectividad de la intervención neurocognitiva-conductual sobre el niño y sistemica sobre la familia, hemos ido desarrollando también un marco teórico para nuestra forma de actuación en AT (García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1997, 1998, García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998), el cual venimos denominando **Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana (MIAT)**.

A partir de esa práctica y de ese marco teórico del **MIAT**, podemos enunciar los objetivos ideales que debe plantearse un Centro de AT de las características de ASTRAPACE:

- Conseguir la plena integración socioeducativa de estos niños, que ha de empezar a edades tempranas con su *integración en la propia familia*, en la Escuela Infantil, para continuar posteriormente con su escolarización.

- Mejorar la calidad de vida de los niños atendidos y de sus familias. Para ello, debe pretenderse conseguir, entre otras cosas, la plena integración del niño en la familia y de éste y su familia en la sociedad, potenciar al máximo las posibilidades físicas y psíquicas del niño y conseguir, para él y los suyos, una vida lo más autónoma y, por tanto, la mayor normalización posible.

Estos objetivos deben quedar reflejados en las distintas modalidades de tratamiento puestas al servicio del niño y su familia. Junto al necesario tratamiento ambulatorio por departamentos, donde ha de resaltarse el papel de la estimulación sensorio motriz como eje conductor de toda la intervención en AT y de la importancia del juego como herramienta básica en todas las intervenciones sobre el niño, debe contarse con una adecuada atención domiciliaria para los niños más pequeños y su familia, una adecuada atención a la propia familia y una adecuada atención y seguimiento de la integración del niño en la Escuela Infantil (entendiendo esta integración como parte del tratamiento del niño).

Organigrama de funcionamiento en ASTRAPACE

El organigrama de funcionamiento de ASTRAPACE parte de la existencia de una Dirección Técnica que coordina los distintos Departamentos del Centro de AT, las distintas modalidades de tratamiento y los distintos servicios concretos que se brindan a los asociados. Así mismo, la Dirección Técnica establece las coordinaciones necesarias con posibles asesores médicos y con los Servicios Educativos del MEC.

En ASTRAPACE funcionan dos Departamentos diferenciados y un conjunto de servicios en los que se aglutinan las distintas posibles modalidades de tratamiento impartidas. El primero de los Departamentos en entrar en contacto con la familia y el niño con necesidades de AT es el Departamento de Diagnóstico y Orientación.

Se trata de un Departamento interdisciplinar, encargado, entre otras funciones, de hacer la acogida de la familia, la primera valoración diagnóstica del niño y la posterior asignación de los tratamientos que el niño requiera. Este Departamento cuenta con un Equipo de Apoyo Familiar, en cuya constitución ideal se incluirían padres formados, un Trabajador social y un Psicólogo especializado en temas de familia.

Para comprender la importancia del Equipo de Apoyo Familiar, hay que partir de dos premisas básicas. En primer lugar, entender que el nacimiento de un niño es siempre un momento natural de crisis para cualquier familia, la cual requiere hacer un cambio de las reglas existentes en su dinámica familiar para la integración del nuevo miembro. En segundo lugar, hay que ser conscientes de que si a ese momento natural de crisis se une el problema añadido de que el hijo padece o puede padecer cualquier tipo de minusvalía, la situación personal (de los padres) y familiar sufre una desestructuración. Dicha desestructuración debe considerarse también normal, al tener la familia que afrontar un cambio en las expectativas creadas. Pero fácilmente puede convertirse en patológica y requerir la intervención o asesoramiento de profesionales especializados. Las respuestas más comunes de los padres ante esta situación son el rechazo (implícito o explícito), la aceptación por uno de los miembros de la pareja pero no por el otro, el peregrinaje y la sobreprotección. Cualquiera de estas respuestas puede convertirse en problemática para la dinámica familiar y para la correcta evolución del propio niño.

Teniendo en cuenta que la intervención sobre la familia debe ser objetivo permanente de todo programa de AT y de acuerdo a las premisas básicas que acabamos de enumerar, podemos comprender perfectamente que la primera intervención en cualquier programa de actuación de atención temprana deba consistir en el *acogimiento familiar*.

Desde nuestro modelo de funcionamiento, el acogimiento familiar se suele estructurar en cuatro pasos:

- Entrevista inicial, centrada en la pareja y en su estado emocional, así como en un conocimiento de sus recursos (humanos y materiales) y en la aportación de información acerca del tratamiento.
- Valoración del niño.
- Visita al Centro y entrega de la documentación oportuna.
- Contacto con otros padres.

ASTRAPACE cuenta además con un Departamento de Investigación, el cual pretende servir de herramienta para facilitar la posibilidad de que en ASTRAPACE y desde ASTRAPACE se realicen labores de investigación. A la vez, el Departamento de Investigación se encarga de velar para que las posibles investigaciones en que pueda participar la población atendida por ASTRAPACE o sus profesionales, cumplan unos requerimientos mínimos de adecuación ética y de calidad metodológica.

Esta política de actuación del Departamento de Investigación de ASTRAPACE, se concreta en la realización de tareas más específicas como son las de:

- Asesoramiento, con posible coordinación, del personal laboral de ASTRAPACE en los temas de investigación que quisieran abordar.
- Asesoramiento a los órganos directivos de la Asociación en la valoración de la adecuación metodológica y en la corrección ética de posibles investigaciones que pudieran realizarse con datos obtenidos de la población atendida por la Asociación.

Las modalidades de tratamiento en ASTRAPACE.

La intervención en el Centro de AT de ASTRAPACE, de acuerdo con el marco teórico / práctico del *MIIAT*, se reparte en cinco modalidades de tratamiento: Atención domiciliaria, Tratamientos ambulatorios en el Centro, Apoyo a la integración socio-educativa del niño, Aulas de día y Seguimiento de la evolución del niño / a.

La modalidad de *Atención domiciliaria*, se considera aconsejable durante los primeros meses de vida y específicamente en niños menores de seis meses, casos concretos de muy grave afectación, estados de irritabilidad neurológica o situaciones familiares especialmente distorsionadas (Mendieta y García Sánchez, 1998). Consistiría en una visita periódica de un profesional del Centro de AT (un miembro del Equipo de Apoyo Familiar y / o el Estimulador-tutor del niño) al domicilio familiar. Entre los objetivos de esta modalidad de tratamiento, cabe destacar la observación del manejo del niño por parte de la familia y realizar ofertas de pautas de actuación a la familia. Además, es importante resaltar que la modalidad de *Atención Domiciliaria* permite abordar adecuadamente las necesidades iniciales de la familia, acompañarla en su reacción de duelo y, sobre todo, contribuir a reducir la ansiedad de los miembros de la unidad familiar ante el nacimiento del niño con problemas, los cuidados que pueda requerir y la atención de sus necesidades básicas (incluidas las de juego y cariño).

La modalidad de *Tratamientos ambulatorios en el Centro de AT* sigue, de alguna forma, el modelo sanitario de tratamientos en régimen ambulatorio. Resulta aconsejable a partir del momento en que se deba iniciar el proceso de separación-individualización del niño. En esta modalidad de tratamiento, según las necesidades del niño, éste realizará varias visitas semanales al Centro para pasar recibir en él distintos servicios. Entre los objetivos de esta modalidad de tratamiento, cabe destacar el conocimiento profundo del niño para el posterior asesoramiento a padres y educadores.

Parece conveniente señalar la importancia relevante que en nuestro modelo de actuación damos a la familia, incluso en esta

modalidad de *Tratamientos ambulatorios*. Poco a poco se intentará implicar a la familia en distintos tratamientos, si bien es necesario insistir en que nunca se pretende convertir a los padres en terapeutas de sus hijos. La implicación que queremos de la familia en el tratamiento del niño pasa por aprovechar el medio natural del niño para trabajar objetivos de tratamiento, constituyendo parte de ese medio natural los lazos afectivos especiales que sólo pueden establecerse dentro de la unidad familiar.

De todos la modalidad de *Tratamientos ambulatorios* y desde la perspectiva del *MIAT*, cabe destacar la figura del *Terapeuta-tutor* o *Estimulador*, especialmente en los niños menores de dos años. El tratamiento de Estimulación sensorio motriz, 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. Como se indica en Mendieta y García Sánchez (1998), el tratamiento de Estimulación 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, sociabilidad, estimulación multisensorial (vestibular, táctil, propioceptiva, olfativa, auditiva y visual), comunicación y relación con el entorno, hábitos de autonomía, habilidades manipulativas y, por supuesto, cognición. Como herramienta clave de intervención y evaluación de los progresos del niño, utilizará el juego espontáneo y dirigido; una herramienta que será utilizada también en el resto de los tratamientos que reciba el niño.

La modalidad de tratamiento que denominamos *Apoyo a la integración socio-educativa del niño* se pone en marcha cuando el niño es integrado en la Escuela Infantil y continúa en los primeros años de su escolarización (según los criterios legales existentes, las necesidades del niño y las posibilidades del Centro de AT). En esta modalidad de tratamiento un profesional del Centro de AT realiza visitas periódicas a la Escuela Infantil o Centro Escolar con la finalidad de asesorar al educador o maestro-tutor y al personal

de apoyo de dichos centros educativos sobre las peculiaridades de la patología que sufre el niño. Con cierta frecuencia, el mero hecho de facilitar información sobre las características clínicas del niño y su manejo reduce la ansiedad de los profesionales de la Educación ante el reto que siempre supone la integración de un niño aparentemente diferente. Solamente con ello, ya estaremos facilitando la posibilidad de una integración socioeducativa exitosa. En concreto, el *Apoyo a la integración socioeducativa* del niño comienza haciendo una presentación del programa de tratamiento que está siguiendo ese niño en AT y de sus características clínicas y continúa con la observación del niño en su medio natural y con el fomento de las adaptaciones curriculares pertinentes.

Por otro lado, al igual que ocurría con la modalidad de Atención Domiciliaria, también aquí el profesional de AT puede actuar como modelo, ante el profesional de la Educación, en la intervención directa sobre el niño. Especialmente interesante es la actuación como modelo de cara al abordaje de graves problemas específicos de conducta, planificación de las posturas más adecuadas para cada niño según las tareas a realizar, abordaje de problemas clínicos concretos (alimentación, problemas respiratorios, crisis convulsivas, etc.), utilización de ayudas técnicas y cualquier otra faceta en la que el profesional de la Educación demande ayuda.

Además de esta labor de apoyo en la Escuela Infantil, en la Región de Murcia, los niños con necesidades de AT que lo requieran disponen de la posibilidad de recibir tratamiento directo en lo que denominamos *Aulas Específicas*. En dichas aulas se aglutinan niños con necesidades comunes de apoyos externos, que serán impartidos dentro de la propia Escuela Infantil. Normalmente se trata de niños cuyas discapacidades severas exigen un modelo de integración diferente al "plan ordinario", el cual garantice, además de una intervención educativa, la posibilidad de abordar los aspectos terapéuticos requeridos por sus características patológicas (Mendieta y García Sánchez, 1998).

La modalidad de tratamiento que denominamos *Aulas de día* resulta aconsejable tras un periodo de tratamientos ambulatorios y en casos de diagnóstico funcional de plurideficiencias graves.

Consiste en la asistencia diaria del niño, en régimen de jornada intensiva, a un aula especialmente acondicionada, en la cual los propios terapeutas de AT organizan y desarrollan toda la atención que estos niños gravemente afectados requieren. En la actualidad, el Centro de AT de nuestra Asociación dispone de una de estas *Aulas de día*. Ello permite la utilización de todos los recursos (materiales y humanos) del Centro de Tratamiento, contribuyendo también a la normalización de las rutinas familiares (Mendieta y García Sánchez, 1998). No obstante, su ubicación más adecuada está por determinar, siendo necesario valorar si interesa más premiar la disponibilidad de recursos (conseguida con la ubicación del *Aula de día* en el Centro de AT) o la disponibilidad de un medio mucho más ecológico (que se conseguiría con la ubicación del *Aula de día* en una Escuela Infantil, por ejemplo). Los objetivos de estas *Aulas de día*, por tanto, se centran en normalizar el ritmo de vida del niño y su familia, dar un tratamiento integral diario y un servicio de respiro y normalización de la dinámica familiar.

Por último, la modalidad de *Seguimiento de la evolución del niño* resulta aconsejable después de los dos años de edad y siempre que el niño haya mantenido una evolución normalizada. Consistiría en una visita programada al Centro de AT cada 4 ó 6 meses para revisión del estado evolutivo del niño. Por supuesto, para no hacer brusco el paso de la modalidad de tratamientos ambulatorios a la de seguimiento, antes de llegar a esta última, se irán reduciendo y separando en el tiempo las sesiones de tratamiento que reciba el niño. La finalidad última de esta modalidad de tratamiento es observar si el niño mantiene, sin un tratamiento de apoyo, niveles evolutivos adecuados a su edad cronológica. Además de ello, la modalidad de *Seguimiento* permite también mantener un contacto y seguimiento con familias en las que se trabajaron problemas específicos de su dinámica familiar.

Con respecto al marco teórico / práctico que se desprende del *MIAT*, en el Centro de AI de ASTRAPACE queda por desarrollar la modalidad de tratamiento que podemos denominar *Intervención en el Hospital*. Su dinámica de funcionamiento y objetivos pueden consultarse en los trabajos publicados sobre el *MIAT* (García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998).

Por su parte, la justificación de la necesidad de intervención en el ámbito hospitalario desde los programas de AI, dado el alto porcentaje de niños con necesidades de AT que requieren hospitalizaciones reiteradas o esporádicas de larga duración, se discute en García Sánchez y Caballero (1998a y b).

Aunque se hayan realizado ya los primeros intentos para abordar algunos aspectos de esta modalidad de intervención en el Hospital desde el programa de AI, lo cierto es que aún estamos sólo iniciando esta labor. No obstante, ya es posible prever las enormes dificultades existentes para su adecuado desarrollo (posibles reticencias de colectivos profesionales, necesidad de un intenso esfuerzo de coordinación, etc.).

Organización y coordinación de servicios en ASTRAPACE.

El esquema de organización y coordinación de servicios desarrollado en ASTRAPACE es prácticamente el mismo que proponemos en el *MIAT* (García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1997, 1998). Por ello, a continuación reproducimos, en la Tabla III, el esquema publicado en el trabajo de García Sánchez y Mendieta (1998).

Su estructuración se basa en el análisis del personal que realiza la intervención en AI, 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.

Modelo Integral de Intervención

Tabla III.- Esquema del personal que realizaría cada intervención dentro del programa de Atención Temprana, indicando la ubicación de estas intervenciones y el objetivo a quién iría dirigida la intervención.

Personal que realiza la intervención	Ubicación de la intervención	Objetivo de la intervención
Personal de Apoyo Familiar: Padres formados Trabajador Social Psicólogo de Familia	Hospital UCI, Neonatología Atención Domiciliaria Tratamientos Ambulatorios	Familia
Terapeutas de Atención Temprana	Atención Domiciliaria Tratamientos Ambulatorios Aulas de día Escuelas Infantiles Hospital : Lactantes 1 Escolares	Niño/a Familia Personal educativo de EEII Personal de enfermería Personal educativo del hospital
Familia	Atención Domiciliaria Tratamientos Ambulatorios Hospital : Lactantes 1 Escolares	
Personal Educativo de Escuelas Infantiles	Escuelas Infantiles	Niño/a
Personal de enfermería y personal educativo del hospital	Hospital : Lactantes Escolares	

Tomado de García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). Análisis del Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1, 37-43. Reproducido con permiso del editor.

De acuerdo a las modalidades de tratamiento señaladas, al esquema de organización y coordinación de servicios presentado y de acuerdo también al marco teórico / práctico del *MIIAT*, en la actualidad, el Centro de AT de ASTRAPACE ofrece a sus asociados 18 servicios concretos.

Algunos de ellos están centrados, fundamentalmente, en la intervención directa sobre el niño: estimulación sensorio motriz, fisioterapia, cinesiterapia en el agua, logopedia, terapia psicomotriz, psicomotricidad grupal, aulas de día, tratamiento/seguintimiento en Escuela Infantil y en Centro Escolar.

Otros servicios van dirigidos, fundamentalmente, a la familia (aunque siempre con la finalidad última de mejorar su dinámica de funcionamiento y, así, repercutir positivamente en la evolución del

niño): Intervención sistémica sobre la unidad familiar, Escuelas de padres, Grupos de formación, Grupos de hermanos. Y otros servicios concentran sus objetivos de intervención simultáneamente en el niño y su familia: diagnóstico y orientación, atención domiciliaria, terapia ocupacional y terapia de la alimentación.

Por último, ASTRAPACE cuenta con un servicio de investigación en AT y en trastornos motores, cuyos objetivos de actuación se concentran en los propios profesionales de AT, aunque sus actuaciones repercuten en todos los colectivos que participan en el programa de AT (profesionales, sociedad, familias y niños con necesidades de AT).

Referencias.

- García Sánchez, F.A. y Caballero, P.A. (1998). **Atención temprana en parálisis cerebral y síndrome de Down: Necesidad de intervención en el Hospital desde un Modelo Integral.** *Siglo Cero*, pendiente de publicación.(1998b). Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario. *Anales de Pedagogía*. Universidad de Murcia, en prensa.
- García Sánchez, F.A., Caballero, P.A., Mendieta, P. y Castellanos, P. (1994). **Características de la población escolarizada por ASTRAPACE en Escuelas Infantiles durante más de una década.** Ponencia presentada en las *IV Jornadas Regionales de Atención Temprana: La Atención Temprana en la Escuela Infantil*, organizadas por la 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, (Murcia).
- 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. Arnaiz y R. de Haro (Eds.). *Diez años de integración en España: Análisis de la realidad y perspectivas de futuro* (pp.87-96). Murcia: Universidad de Murcia.(1998). **Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral.** *Revista de Atención Temprana*, 2, en prensa.
- García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). **Análisis del Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana.** *Revista de Atención Temprana*, 1, 37-43. Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1994). **¿Qué es ASTRAPACE?. FADEAL Región de Murcia**, núm. 3 (Diciembre), 2-3.(1997). **Atención temprana en discapacidades motóricas: Dónde, quién y sobre quién.** Comunicación presentada en las *Jornadas Técnicas sobre la Parálisis Cerebral*, organizadas por ASPACE, Barcelona.(1998). **Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios.** *Siglo Cero*, en prensa.