



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**Atención Temprana y Modelo Centrado en la Familia  
y el Entorno**

Autor/a: Alejandra Baley Armengot  
Director/a: Marta Barcenilla

Madrid  
2021/2022

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Marco Teórico</b> .....	4
Discapacidad .....	4
Atención Temprana .....	6
Intervención en Atención Temprana.....	6
Objetivos de intervención .....	8
Familia .....	9
Modelo Centrado en la Familia .....	12
Proceso de intervención en el modelo centrado en la Familia.....	13
Historia de la Atención Temprana .....	18
Atención Temprana en España .....	21
<b>Situación actual de la Atención Temprana</b> .....	22
<b>Discusión y Conclusiones</b> .....	24
<b>Referencias</b> .....	26

## Introducción

La Atención Temprana (desde ahora AT) es una disciplina trascendental para la Psicología porque abarca los problemas del desarrollo en un momento vital en el que el trabajo genera mayores beneficios y oportunidades para el menor, que una intervención en edades más avanzadas.

La AT como su propio nombre indica, debe llevarse a cabo de forma temprana puesto que la etapa infantil condiciona en gran medida el desarrollo biológico, psicológico y social del niño, y se trata a su vez, de un periodo de tiempo crítico en la configuración de habilidades motoras, perceptivas, cognitivas, lingüísticas y afectivas, debido a que la plasticidad del sistema nervioso es más flexible durante los primeros años de vida, es decir, el cerebro va evolucionando a lo largo de la vida, sin embargo, su desarrollo más intenso se lleva a cabo en los primeros años de vida, siendo su estructura más elástica y vulnerable tanto a factores positivos, como negativos (Alcamí Pertejo et al., 2015), asimismo, el pleno desarrollo en la infancia sienta las bases de una educación con gran potencial y capacidad para convertirlos en ciudadanos con mayor determinación. Por lo que, brindar a los niños la oportunidad de desarrollar su máximo sus capacidades, es el legado con mayor relevancia que se puede ofrecer a la sociedad (Figueiras et al., 2011).

El presente trabajo, trata a su vez, de mostrar la gran necesidad y demanda que existe en nuestro país, de menores entre 0-6 años con problemas de desarrollo, que solicitan los servicios que brindan los centros de AT, con el objetivo de potenciar al máximo sus capacidades. El trabajo que lleva a cabo la AT es de gran importancia y muy enriquecedor si se cuentan con los recursos adecuados, sin embargo, actualmente en España, nos encontramos con enormes listas de espera, para un servicio que, como su propio nombre indica, debe ofrecerse de forma temprana (por ser momentos cruciales en el desarrollo del tejido nervioso) y cuyos menores esperan una media de 6 meses únicamente para obtener un dictamen de necesidad de Atención Temprana en España, debido a la gran demanda y las grandes listas de espera para conseguir una plaza en un centro, como ocurre en la Comunidad de Madrid, la cual alberga una lista de espera de alrededor de 2.068 menores (Vega, 2021).

El siguiente trabajo, tiene como objetivos:

- Explicar cómo influye el modelo centrado en la familia en la autopercepción y

autoeficacia de los padres.

- Comparar el modelo tradicional de AT con el actual y sus beneficios.
- Exponer el nivel de accesibilidad actual a los servicios de AT en Madrid.

Y tratará de responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿En qué consiste la AT? ¿Es eficaz para tratar problemas en el desarrollo? ¿Qué enfoque se sigue actualmente? ¿Cómo es en nuestro país? ¿Qué importancia se le concede a la familia? ¿En qué consiste la Atención Temprana centrado en la familia y cómo influye en la autopercepción parental? ¿Cómo ha sido el servicio anteriormente? ¿Qué diferencias existen entre el modelo tradicional y el modelo centrado en la familia? ¿Es fácilmente accesible este servicio? ¿Qué repercusiones tiene el modelo centrado en la familia en la percepción de autoeficacia de los progenitores?

## **Marco Teórico**

### **Discapacidad**

El desarrollo es un fenómeno adherido a la existencia de todo ser vivo que recorre diferentes fases, en las que se va asumiendo nuevas habilidades y destrezas. El ser humano, a diferencia de otros animales, nace muy vulnerable y dependiente de sus progenitores para poder sobrevivir, durante un periodo de tiempo prolongado (García Madruga y Delval Merino, 2019).

El término discapacidad en el desarrollo, hace referencia a la falta de capacidad, plenitud o inclinación en la percepción, comprensión o ejecución de algo. La palabra discapacidad (como todo prefijo dis-) puede tener dos significados:

- La primera forma, hace una observación a partir del análisis personal y determina la capacidad de cada uno para desarrollar y expresar sus dificultades. Hace referencia a las desventajas individuales y aquellos aspectos negativos apartados de lo denominado normotípico.
- La segunda forma, hace una observación a partir de una perspectiva contextual, es decir, la dificultad variará según los factores compensatorios y de adaptación disponibles, por lo que, trata de comprender la discapacidad dentro de la normalidad e incentivando la inclusión.

(Luque Parra, 2003)

Los trastornos del desarrollo deben entenderse como desviaciones del proceso del desarrollo por la combinación de múltiples factores funcionales que amenazan la evolución óptima del menor. Existe una gran gama de complicaciones que pueden presentar algunas personas y pueden ser clasificadas según su origen:

- Biológico: Disfunciones generales genéticas, neurológicas, tóxicas, etc.
- Psicológico:
  - Cognitivo-emocional: aspectos psicológicos, habilidades cognitivas, sentimientos generales.
  - Comportamental: respuesta escolar, ambiental, acomodación a diferentes circunstancias.

(Luque Parra, 2003)

Que la discapacidad tenga origen en una base biológica o psicológica, conlleva un enfoque en el tratamiento del trastorno y un punto de partida para el desarrollo de actividades diferente, sin dejar de lado otras áreas para moldear comportamientos, compensarlos y fortalecer sus habilidades y capacidades. En la misma línea, las enfermedades son simplemente la expresión de alteraciones individuales, sin embargo, su causa y entorno condicionarán (restrictiva o estimulante) su desarrollo (Luque Parra, 2003), del mismo modo, algunos retrasos pueden verse compensados o, por el contrario, silenciarse, como resultado de las intervenciones Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (GAT, 2000).

Algunas señales de peligro o advertencias en la prueba de detección de deterioro o retrasos en el desarrollo: cambios fenotípicos y cambios en la periferia encefálica. La dos, claramente visible y fáciles de medir.

- 1- El fenotipo es cualquier rasgo físico determinado por la interacción entre el genotipo (cantidad de material genético) y su entorno. Existen anomalías grandes y pequeñas en las características físicas.
- 2- La periferia encefálica es la medida del tamaño del cráneo, teniendo en cuenta el índice de volumen del líquido encefálico y ceforraquídeo

(Perpiñán Guerras, 2019)

## **Atención Temprana**

De acuerdo con la definición que da el GAT (2000) en el Libro Blanco, la AT, es:

“El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (p.12, Capítulo 1).

Esta disciplina se propone atender a aquellos menores que presentan déficits en el desarrollo, o cierto riesgo de padecerlos, a causa de circunstancias de base biológica o social, que hayan podido transformar su desarrollo madurativo, por lo que, la AT supone una fuente de apoyo, que potencia y optimiza la maduración, el desarrollo y neuroprotección del menor (Valle Trapero, 2014). Asimismo, trata de dar estrategias para el desarrollo adecuado de habilidades sociales, emocionales, comunicativas y de resolución de problemas (AVAPACE AEIPI, 2020). El servicio que brinda la AT es multidisciplinar, es decir que existe un trabajo cooperativo entre diferentes disciplinas como pueden ser: la Pediatría, Neurología, Psicología Evolutiva, Psiquiatría, Pedagogía, Fisioterapia, Lingüística, etc..., que tratan de cubrir necesidades ya sean temporales o permanentes, lo antes posible (Trujillo García, 2011).

### ***La Intervención En Atención Temprana***

Se divide en tres niveles de prevención:

- Primaria: tiene como objetivo la anticipación y evitación de alteraciones o desordenes durante el desarrollo pueril.
- Secundaria: consiste en la detección temprana de indicios de riesgo o de trastornos latentes, mediante la observación de señales de alerta y un conocimiento sobre las razones de la bifurcación del desarrollo. Si la detección es precoz, el proceso de diagnóstico e intervención será más eficaz y, por lo tanto, mayor probabilidad de conseguir resultados óptimos. Esta fase, es responsable de activar el trabajo cooperativo de distintas disciplinas, con el fin de alcanzar una inclusión lo más eficiente

posible del menor en su entorno.

- Terciaria: este nivel es responsable reducir las consecuencias derivadas de un trastorno del desarrollo ya adquirido, por lo tanto, hace referencia a todas aquellas actividades orientadas a optimizar las circunstancias de la evolución de la alteración y atenuar sus efectos adaptando los entornos a las necesidades del menor.

(Buceta Cancela, 2008).

Al solicitar los servicios de la AT, el primer paso se basa en una evaluación cognitiva, lingüística y motora, las mismas áreas que se tratarán de estimular durante el procedimiento. Esta evaluación se realiza con la finalidad de establecer unas metas individualizadas (Candel Gil, 2005). A continuación, la intervención, se organiza a partir de ese análisis previo, sistemático y secuencial. Los servicios se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) (Buceta Cancela, 2008) o en los diversos entornos del menor (Cañadas Pérez, 2012). La intervención se puede dividir en dos líneas:

- Con el niño: valoración e intervención persistente, llevada a cabo por diferentes expertos, que abarca las diferentes necesidades de desarrollo en un ambiente de cercanía y confianza.
- Con el entorno: principalmente se trabajará en el entorno familiar y educativo del menor, adaptándolos a las necesidades del menor y ofreciéndoles herramientas para ser capaces de dar respuestas educativas, manteniendo una consonancia con la parte afectiva. Esta función la debe abordar un único experto que asesore y que dirija el trabajo llevado a cabo por todo un equipo, creando una relación estable en la que poder abordar asuntos de diversa naturaleza.

(Perpiñán Guerras, 2019).

Cada vez más, encontramos programas de intervención más ajustados a las necesidades de todas las personas involucradas en el sistema que rodea al menor y no únicamente a la de este último (Alcamí Pertejo et al., 2015).

***Objetivos De Intervención:***

- Diseñar de forma cooperativa con la familia, del contexto físico, social y afectivo en el que el menor se desenvolverá.
  - Escoger de forma adecuada los propósitos de la intervención
  - Controlar las propiedades de los contextos que rodean al menor, fomentando la estimulación y reduciendo la hipoestimulación y sobreestimulación.
  - Reducir los factores de riesgo
  - Establecer unos horarios y ritmo regular fomentando la autonomía
  - Incentivar la participación del menor en la familia, así como la sensación de seguridad en el patrón educativo
- Asistir a la familia a perseverar el afecto en las relaciones con el menor y conseguir un equilibrio mutuo.
  - Fomentar la capacidad de observación e interpretación de conductas y de analizar el grado de atención y respuesta del menor.
  - Aumentar la comunicación entre ambas partes
- Facilitar información, soporte y asesoramiento adaptado a las necesidades de cada familia
  - Sostener a la familia durante el duelo
  - Conceder información objetiva y en función de sus necesidades.
  - Facilitar el desahogo emocional
  - Construir estrategias de afrontamiento frente al estrés
  - Disminuir la preocupación por la discapacidad de su hij@.
- Incentivar el progreso en los diferentes dominios para fomentar la autonomía del menor.



- Favorecer el entendimiento de las dificultades.
  - Amoldar las expectativas
  - Conocer nuevas habilidades
  - Empoderar a los padres.
- Fomentar la disposición de apoyos sociales que incentiven el desarrollo, en diferentes contextos.
- Coordinación en objetivos
  - Sostener al cuidador primario

(Perpiñán Guerras, 2019).

## **Familia**

Tener un hijo con algún problema de desarrollo en las culturas de Occidente, supone a pesar de los cambios de mentalidad en progreso, una estigmatización que obstaculiza la integración de estas personas en la sociedad. A su vez, existe una mirada patológica que fomenta la idea de que cualquier conflicto que se dé en el ámbito familiar deriva de la presencia del elemento de la discapacidad, ignorando la existencia de numerosos factores más que puedan influir. No obstante, esta mirada patológica, se ha ido sustituyendo por una más global, que trata de fomentar la disposición de todos los apoyos sociales de diferentes sistemas que rodean a la familia, con el objetivo de lidiar con las adversidades de la forma más colaborativa posible. (Alcamí Pertejo et al., 2015).

Es por tanto transcendental, trabajar con la familia, ya que el déficit que presenta el menor puede acarrear diferentes emociones que desestabilicen y comprometan la relación y, por lo tanto, su afectividad (Perpiñán Guerras, 2019). Sin embargo, es cierto que la asimilación de la discapacidad de un hijo conlleva un proceso, el cual, en ocasiones, se ha relacionado con una pérdida y un duelo basado en la aceptación de que el ideal que mantenían de hijo perfecto no será posible (Palacios et al., 2007). Ante la noticia, los padres se enfrentan con varias fases hasta llegar a la aceptación:

- Shock: primera noticia sobre la discapacidad del menor. Se caracteriza por un bloqueo general, que dificulta el entendimiento de la información recibida. Es transcendental, por lo tanto, asistir de forma adecuada en esta fase de

comunicación. Esta fase puede perdurar entre unos minutos y días y es complicado impedirlo, sin embargo, puede ser más leve en función de si la familia sospechaba con antelación.

- Negación: tras el conocimiento de la noticia, en muchos casos los padres responden tratando de pasar por alto o hacer caso omiso de esta, continuando con su rutina normal. O, por otro lado, puede aparecer un rechazo y una puesta en duda de la veracidad de lo dicho por los profesionales, suponiendo estos han podido cometer un fallo. Esta fase puede resultar beneficioso para la salud psíquica de los padres, en cambio puede resultar pernicioso si se continúa con esta negación, puesto que puede acarrear la falta de una actitud activa en aquellas medidas que pueden ser beneficiosas para el niño.
- Reacción: tras las fases de shock y negación, caracterizadas por una gran intensidad emocional, aparecen reacciones que pueden ser constructivas y orientadas a la preparación del sistema familiar para la llegada del menor en sus vidas. las reacciones más habituales se ha constatado que son: Ansiedad, Desapego, Sentimientos de fracaso, enfado, rabia y agresividad (en algunas ocasiones hacia personas supuestamente culpables, como los sanitarios, como expresión del dolor que están viviendo), culpa (la frustración y violencia dirigida hacia uno mismo, debido a la búsqueda de algún error que hayan podido cometer en la atención a su hijo, causante de sus dificultades, o por otro lado, por ser ellos normotípicos y su hijo no; o también puede derivar de ser conscientes del rechazo que padecen hacia la discapacidad de su hijo), depresión. (tristeza derivada de tener un hijo con graves déficits en el desarrollo).
- Adaptación y Orientación: fase de serenidad emocional, que incentiva una puesta en acción en el apoyo a su hijo.

(Palacios et al., 2007)

Estas fases son conocidas por los profesionales, por lo que su actuación es transcendental para instaurar una óptima relación y adaptación entre padres e hijos (Perpiñán Guerras, 2019).

En el proceso de desarrollo del niño, supone un papel fundamental la familia, la cual, desde una perspectiva sociológica, se define como un sistema de organización social con un proyecto de vida común, cuyos miembros están unidos por un lazo de pertenencia. De tal forma que, sus relaciones se caracterizan por el compromiso, la

interdependencia, la confianza y el intercambio de afecto y comunicación (Perpiñán Guerras, 2019).

A lo largo de la historia de la AT, se ha ido descubriendo el gran impacto que generaba la inclusión de este sistema en el proceso de desarrollo (Trujillo García, 2011), puesto que maximizaba los logros, debido al gran conocimiento sobre sus hijos y su capacidad para incentivar la estimulación en el propio entorno natural del menor y de una forma rutinaria (Perpiñán Guerras, 2019). Al evidenciarse esto último, la AT empezó a apostar por la creación de entornos más estables y óptimos, en los que el niño pudiera interactuar, ofreciendo a las figuras parentales herramientas para ganar eficiencia, independencia y autogestión, en la atención y crecimiento de sus bebés (Trujillo García, 2011). Siguiendo su recorrido, la AT amplía su intervención a todos los sistemas que rodean al menor, proporcionándoles un asesoramiento, con el objetivo de encaminarlos en la misma dirección y, de esta manera, lograr el mayor desarrollo posible del menor (Perpiñán Guerras, 2019).

Es importante destacar que, el tipo de vinculación que se establezca entre las figuras de referencia y el bebé recién nacido hasta los dos primeros años determina en gran medida el desarrollo del cerebro, en el plano cognitivo, lingüístico, socioemocional y comportamental. (Taberner y Gómez, 2020). Es también muy relevante la respuesta en momentos de estrés por parte de las figuras parentales y el entorno social como elemento predictor de un desarrollo y crecimiento sano del menor. Estas estrategias de afrontamiento comprenden la forma de pensamiento, actuación y de relacionarse con los demás, de esta forma, el estilo de afrontamiento que posean las figuras parentales puede aumentar o disminuir el grado de adaptación a la discapacidad; sin olvidar que factores como los rasgos del niño y las fuentes de recursos disponibles han demostrado ser determinantes en la adaptación (Alcamí Pertejo et al., 2015).

Según (Alcamí Pertejo et al., 2015):

- En el caso de que las experiencias de cuidado sean deficientes o conflictivas, algunos componentes bioquímicos que suele segregar el sistema nervioso pueden resultar malogrados, perjudicando así la respuesta al estrés adecuada, y de otras emociones determinadas por el correcto metabolismo de ciertos neuropéptidos. En la misma línea, se ha comprobado que, experiencias tempranas de estrés intenso, puede dejar secuelas en el cerebro, afectando al comportamiento y aprendizaje negativo y deteriorando la salud mental. Todo esto, es debido a que, en situaciones de estrés, el cerebro segrega una

hormona llamada cortisol. Si un adulto, no trata de regular las emociones del bebé que se enfrenta a estas situaciones, de forma asertiva y eficaz, el aumento de cortisol de forma continuada es posible que perjudique al hipocampo y a la capacidad de respuesta del sistema inmunitario.

- Las primeras relaciones afectivas con las figuras de referencia determinarán a su vez, el desarrollo psicosocial del niño y el tipo y calidad de representaciones cognitivas (de sí mismo, del mundo y de los otros) responsables de organizar el psiquismo del niño y la óptima evolución de la personalidad.
- Por otro lado, afirma que el óptimo desarrollo del córtex orbitofrontal, mediante estos cuidados, supondrá una mayor capacidad para acumular datos, y controlar impulsos y emociones. Así mismo, el grado de afecto en este vínculo, generará mayor o menor cantidad de opiáceos, los cuales incentivan el progreso del desarrollo del córtex orbitofrontal. En definitiva, el grado en que los adultos cuidadores, son capaces de responder a las necesidades del bebé, la maduración del sistema nervioso será incentivada, o, por el contrario, desalentada.

### **Modelo Centrado en la Familia**

Carl Rogers (1902) creó el modelo centrado en el cliente, con el cual pretende darle a este mismo, una mayor relevancia y empoderamiento, en lugar de al profesional. Más tarde, en los años 60, aparece el modelo centrado en la familia, en el que aparece una aproximación ecológica del desarrollo del ser humano y sus estructuras sociales (Díaz, 2019). A continuación, la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987) pone de relieve la importancia de los acontecimientos y el dinamismo en entornos en los que se mueve el niño, así como, los vínculos con los miembros que lo forman, por lo que, los objetivos que persigue el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) y la familia, con el menor, deben estar orientados en la misma línea (Pérez- Ruiz, 2015).

Si nos centramos en el modelo centrado en la familia, este se forma a partir de un conglomerado de “principios, creencias, valores y prácticas que otorga a las familias un papel esencial en la planificación, provisión y evaluación de los recursos y servicios disponibles para sus hijos con discapacidad y que, por tanto, respeta sus prioridades y decisiones” (Pérez-Ruiz, 2015, pág. 14). Asimismo, se sustenta sobre: el respeto máximo a los valores, los conocimientos y fortalezas que han ido adquiriendo a través

de la experiencia y al estilo de educación que han decidido adoptar para sus hijos (Díaz, 2019).

En esta relación de cooperación, igualdad y compromiso, el profesional y la familia, se comunican de forma clara, abierta y positiva, se apoyan mutuamente, toman decisiones conjuntamente y se reparten responsabilidades, todo ello, en un clima de confianza (Pérez-Ruiz, 2015). En definitiva, su trabajo es meramente colaborativo, puesto que no trata de eliminar el rol de familia competente (Díaz, 2019), centrándose en los puntos fuertes de la familia y trabajando desde estos y con estos, de la misma forma que cubre aquellos aspectos que son necesarios fortalecer, dando estrategias para fomentar el desarrollo y armonía familiar, mediante el aprendizaje por parte de la familia, de modelos y técnicas de acción ante situaciones que impliquen al menor (Pérez-Ruiz, 2015). Por lo que, en definitiva, cuanto más estimulante y positivo sea el entorno del menor, mayor posibilidad de desarrollo tendrá y menor determinación tendrá la herencia (Redruello y Vilorio, 2004).

### ***Proceso De Intervención En El Modelo Centrado En La Familia***

En cuanto a los objetivos de intervención son principalmente:

- Incentivar la actuación en comunidad con necesidades y valores similares, beneficiándose todas las partes.
- Distribuir las tareas e incentivar la cooperación profesional-familia.
- Activar los medios y relaciones de soporte ante las necesidades de la familia.
- Tolerancia absoluta hacia las creencias tanto espiritual y educativa que presente la familia.
- Mirada y reforzamiento de las habilidades y competencias de la familia, en vez de en las debilidades. Intervención de empowerment (término de Rapaport (1981)) que asume que todas las personas pueden ser proactivas, el rol del profesional como incentivador de competencias
- Incentivar la proactividad.

(Alcamí Pertejo et al., 2015).

McWilliam (2010), por su parte, propuso un tipo de intervención basado en rutinas, que viene definido por cinco factores:

- La ecología familiar: los apoyos naturales de la familia, quien es significativo

para el niño y el rol que conlleva en su vida diaria.

- La evaluación basada en rutinas: de la que se obtiene un análisis del funcionamiento familiar y del menor. De la misma forma, se determina cuáles serán los objetivos de la intervención, todo ello para planificar un plan individual de apoyo familiar (PIAF) (Bagur Pons y Verger Gelabert, 2020).
- Un profesional de referencia: únicamente un solo profesional que preste apoyo al menor y su familia durante el proceso de intervención, a la vez que él trabaja de forma cooperativa con un equipo interdisciplinar (Bagur Pons y Verger Gelabert, 2020). Todo ello debe realizarse en base al modelo de partnership que consiste en la obtención de los objetivos propuestos teniendo comobase una buena relación entre profesional y familia (Pérez-Ruiz, 2015).
- Visitas en el hogar: con el objetivo de adecuar las rutinas diarias de la familia en un entorno de colaboración.
- Colaboración y asesoramiento en el colegio: incluyendo de esta manera, a los profesionales que se encuentran en el entorno natural del menor.

(Bagur Pons y Verger Gelabert, 2020)

Es importante destacar el hecho de que, sin la implicación de las familias, los aprendizajes consistentes son escasos, puesto que estos deben ser continuos en la rutina del menor, y generalizados en todos sus contextos (Perpiñán Guerras, 2019). Según el modelo de intervención en entornos naturales, esos aprendizajes serán más eficaces si se llevan a cabo en los contextos cotidianos del niño, si se incentivan actividades ligadas al nivel de desarrollo del niño y si se hace uso de refuerzos naturales y sociales. El propio vínculo afectivo con sus figuras de referencia, y la intervención a la familia en conjunto como una sola unidad también es propio de este modelo más actual (Díaz, 2019).

En base a lo anterior, la intervención en el modelo centrado en la familia se divide en 5 etapas:

**Tabla 1***Etapas del Proceso de Intervención*

<b>ETAPAS</b>	<b>¿Qué se hace?</b>			
<b>1</b>	Contacto con instituciones educativas y familias + Firma de carta de consentimiento			
<b>2</b>	Se lleva a cabo, la Evaluación Inicial en las áreas:			
	Familia	Personal	Escolar	
	Haciendo uso de estas Herramientas			
	Ecomapa  Escala de calidad de vida Familiar  EBR	ASQ	EBR  Satire	
<b>3</b>	Se priorizan aspectos de trabajo Se realiza un PIAF			
<b>4</b>	Se ejecuta el PIAF + Se mimiento del PIAF			
<b>5</b>	Cierre de la Intervención			
	Herramientas de medida:			
	Escala de Calidad de Vida Familiar	Satire	HOVRS	ASQ

*Nota:* esta tabla muestra las etapas por las que el menor y su familia deben pasar en la intervención en AT, así como los medios de evaluación.

Para acceder a los servicios de la AT, es necesario identificar la necesidad de adquirirlos, de forma que es imprescindible conceder un informe estándar de derivación de un médico de salud pública de la Comunidad de Madrid o de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, que lo acredite, aunque los padres o tutores legales también pueden presentar otros documentos que consideren útiles para evaluar al menor. Tras cumplimentar la solicitud, junto con todos los documentos que figuran en el formulario, el Centro Regional de Evaluación y Coordinación Infantil (CRECOVI)

invitará a la familia a ser evaluada. Una vez ahí, les atenderán uno o más expertos de un equipo interdisciplinario de evaluación infantil (que incluye médicos, psicólogos y trabajadores sociales) de acuerdo con las necesidades del niño (Taberner y Gómez, 2020).

Se llevará a cabo una evaluación, la cual abarcará el análisis de las áreas familiar, escolar y personal, es decir, se llevará a cabo una exploración exhaustiva de la estructura evolutiva, lo que conlleva competencias lingüísticas/comunicativas, socioemocionales, curso del pensamiento, método de aprendizaje, capacidad de adaptación y respuesta ante el juego; así como una evaluación del ambiente, estructura familiar y el tipo de vínculo que existe entre el menor y los diferentes sistemas que le rodean. Es de gran utilidad otro método de evaluación, caracterizado por un análisis en el propio entorno natural del menor, siendo así posible, observar conductas espontáneas y respuestas a estímulos más significativos para el menor. A su vez, los instrumentos que más se utilizan son: el Ecomapa, la Escala de calidad de vida Familiar y el EBR para la evaluación familiar; el ASQ para la evaluación personal y, por último, el EBR y el Satire para la evaluación escolar (Verduga Mayorga, 2018).

En la evaluación de estas áreas, se concede una mayor importancia a la evaluación del tipo de: interacciones que establece el menor con su entorno, los comportamientos adaptados y/o dirigidos a la resolución de conflictos. En definitiva, el foco de la evaluación se sitúa en la forma en la que el menor realiza las conductas y no tanto en qué conductas realiza (Candel Gil, 2005).

En base a la información brindada por los diversos especialistas de CRECOVI, el panel evaluador decreta la necesidad de los servicios de AT y crea el dictamen de necesidad de atención temprana incluyendo el diagnóstico, tipo de tratamiento prescrito, y tiempo necesario de tratamiento. A continuación, el padre o tutor legal es notificado de la decisión administrativa, lo cual permite a la familia solicitar los servicios públicos de la AT, cuando precisen, haciendo una selección de dos centros preferentes, de los cuales existen:

- Centros Base de Valoración y Orientación a personas con discapacidad
- Los Centros de Atención Temprana

Los centros de AT (CAT) y los Centros de Asesoramiento y Centros Base de Valoración y Orientación a personas con discapacidad, brindan una variedad de terapias, a excepción de la Psicoterapia Infantil, que solo se ofrece en los CAT.



La Comunidad de Madrid posee 41 CAT, repartidos por su demarcación. Existen dos tipos de plazas en los centros de AT:

- De tratamiento
- De apoyo y seguimiento

(Taberner y Gómez, 2020)

Las plazas de cada centro de AT están gestionadas y operadas por la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. Cuando exista una plaza libre, los responsables avisarán a la familia (Taberner y Gómez, 2020).

Tras esta valoración de necesidades y áreas importantes de trabajo, se priorizan objetivos, y se crea un Programa Individualizado de Apoyo Familiar (PIAF) (Cañadas Pérez, 2012) en el que se establece el camino para alcanzar los objetivos establecidos con la familia, es decir, especificando qué, con quién, cómo (métodos, técnicas y actividades), dónde, y cuándo se llevará a cabo cada actividad. En la siguiente etapa, se ejecutará el PIAF junto con un tutor asignado y se monitorizará el alcance de los objetivos, los procedimientos y plazos, haciendo las debidas modificaciones en el PIAF si fueran necesarias (Dalmau et al., 2017) y para finalizar, se hará una valoración de la intervención con las siguientes herramientas: Satire, ASQ, HOVRS y la Escala de Calidad de vida Familiar; y se cerrará la intervención (Verduga Mayorga, 2018).

En cuanto al rol que debe adoptar el profesional, este debe caracterizarse por ser positivo, reflexivo y empático; hacer uso de la escucha activa para comprender los deseos y perspectivas de la familia y ofrecer su ayuda con anterioridad a su demanda. Debe, a su vez, respetar en todo momento su decisión final (Alcamí Pertejo et al., 2015). Además, su papel supone un modelo de acción, y un referente en el que confiar y apoyarse en momentos de dificultad (Pérez-Ruiz, 2015). Por último, debe llevar a cabo los siguientes pasos:

- Reconocer las necesidades del sistema familiar: a través de una escucha activa y una postura empática, convirtiendo las inquietudes en objetivos de trabajo.
- Reconocer las fortalezas de la familia
- Identificar los sistemas de ayuda formales e informales.
- Centrar la intervención en la concesión de autoridad y capacitación de las figuras parentales.

(Pérez-Ruiz, 2015)

De esta manera, “La atención temprana provee una fuente diferente de apoyo social a la familia, reduciendo el impacto del estrés y estimulando la interacción padres e hijo y, consecuentemente el desarrollo del niño” (Díaz, 2019, pág. 2).

En cuanto a la intervención en el entorno natural del menor, es decir la intervención en lugares donde se lleven a cabo las rutinas y actividades en torno a un contexto social. Existe, por lo tanto, diferentes formas de intervenir en el entorno natural del menor:

- Haciendo uso de las rutinas para adquirir nuevos aprendizajes.
- Mediante tareas que ejecuta el menor por decisión propia, interés o preferencia.
- El modo de colaboración de los profesionales permitiendo que el menor interactúe de forma directa con sus pares, sin intromisiones de un adulto.

### **Historia de la Atención Temprana**

En los años 60/70 empieza a ponerse en práctica en Europa, la AT, con base al conocimiento sobre el funcionamiento del sistema familiar y la elasticidad cerebral. Esta etapa coincide con la exposición de la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1975), quien recalca la gran influencia de la familia sobre el desarrollo de su hijo (Díaz, 2019).

Según (Perpiñán Guerras, 2019):

- La AT comenzó su práctica desde un modelo tradicional, también conocido como estimulación precoz, que suponía una intervención directa, es decir, el menor recibía el servicio de forma individual. Además, dominaba el rol del profesional como experto, el cual conoce la mejor decisión a tomar y trabaja de forma individual sin ir de la mano de otras disciplinas, y no se tenía en cuenta el punto de vista de la familia en la toma de decisiones, ni sus fortalezas y conocimientos. Sus intervenciones se basaban en la estimulación sensoriomotora y hacía uso de parámetros comportamentales para capacitar al menor en destrezas determinadas, potenciando al máximo su potencial madurativo.
- Más adelante, el menor recibía la sesión de forma individual y los padres reforzaban ese aprendizaje a través del seguimiento de instrucciones y ejercicios que proporcionaba el experto, para desarrollar las mayores destrezas posibles del niño. El papel del profesional, por lo tanto, tenía

gran poder sobre las familias. No obstante, aunque se incluyera un poco más a la familia en la intervención, era la figura materna la que más implicación prestaba durante el proceso y no todo el sistema familiar. Esta forma de ejercer la Atención Temprana fue criticada y apareció un modelo con ideas más modernizadas.

- Más adelante, aparece el modelo centrado en la familia, fundamentada en una visión biopsicosocial y en el que el papel del profesional se modifica por uno más colaborativo que experto, por lo que, la autoridad pasa a ser compartida. La intervención se lleva a cabo con los padres y es de asistencia regular. Su función se basa principalmente en fortalecer las habilidades que presenta la familia (implicada en su conjunto) y apoyar en las áreas necesarias para un mayor desarrollo en el niño. De los modelos tradicionales se llegó a la conclusión de que la ejercitación en destrezas determinadas no era suficiente para que se maximizaran los beneficios de la intervención y las enseñanzas fueran realmente útiles. Así mismo, se vio esclarecido que, sin la participación de la familia y su motivación por conseguir un mayor desarrollo en su hij@, los éxitos eran insuficientes, debido a la ausencia de persistencia en la asimilación de habilidades en diferentes contextos. Incluso se observó que la vinculación afectiva entre padres y el menor también suponía un propulsor para el desarrollo, por esto mismo, el modelo actual pone mucho énfasis en el trabajo con la familia e incentiva la vinculación paternofilial.
- La interacción, entre las figuras parentales y el menor, desde una mirada ecológica tienen influencia recíproca, es decir, la respuesta del menor también provoca modificaciones en las figuras parentales. Si estas interacciones son óptimas, ambas partes se adaptarán y modificarán constantemente, lo cual incentivará el desarrollo del niño. El menor es a su vez, activo en su proceso de aprendizaje.

En estos tres tipos de intervención se incentiva la dependencia hacia el profesional, así como una visión del profesional como único experto, sin tener en cuenta el conocimiento que tienen los padres. Estos modelos generaban sentimiento de incompetencia en los padres (Plena Inclusión, 2022).

En cuanto a las intervenciones centradas en la familia, basadas en un trabajo sistemático

del menor, ya sea en: el microsistema, es importante incentivar una mejor comunicación y ambiente en la familia y ayudar a los padres a gestionar las situaciones conflictivas y emocionales; mesosistema, mejorar la comunicación entre la familia y los servicios sociales y no dejar situaciones de incertidumbre; Exosistema, incentivar apoyos sociales con los que pueda contar la familia; Macrosistema, trabajar la integración de personas con discapacidad en la sociedad y mejorar las políticas que los protejan (Díaz, 2019).

Algunos beneficios que se perciben del Modelo Centrado en la Familia, son:

- Existe un cambio de foco de atención del menor con problema de desarrollo a la familia como sistema y atiende a sus demandas. De igual forma, identifica las fuentes de apoyo con las que cuenta la familia.
- El menor pasa a ser parte activa en el tratamiento.
- Se basa en la escucha activa y en el respeto hacia los valores de la familia. Se observa, a su vez, un cambio en el rol del profesional siendo este flexible, accesible y receptivo. El servicio atiende a sus necesidades y preocupaciones, ya sean aquellos relacionados con los problemas de su hijo o suyos propios.
- Trabaja desde las fortalezas que posee la familia, la empodera y la capacita. Incrementa la confianza que tienen los cuidadores, en sus capacidades y gestión en la educación de sus hijos. Además, los anima a expresar sus preferencias para que los profesionales se ajusten a sus necesidades, y no como sucedía en el modelo tradicional, en el que la familia debía adaptarse al profesional y a las elecciones de este.
- Trata de disminuir los efectos de la discapacidad y utiliza medios compensatorios para alcanzar la mayor adaptación posible del menor.

(Perpiñán Guerras, 2019).

Y algunos beneficios de la intervención llevada a cabo en el entorno natural son:

- Aumentan las oportunidades de aprendizaje.
- Mayores oportunidades de generalizar aprendizajes
- Mayor adquisición de habilidades por parte de los padres
- Aumento de competencias en los cuidadores.

- Mayor adaptación del niño a sus cuidadores
- Calidad de vida familiar
- Mayor inclusión en sus entornos y contextos sociales.
- Se trata de una intervención conciliadora con la vida familiar

(Plena Inclusión, 2022)

En definitiva, el paradigma tradicional explica la discapacidad como un déficit que conlleva dificultades funcionales en las actividades rutinarias y por lo tanto, su objetivo de intervención es arreglarlas, mientras que el modelo centrado en la familia se ciñe a incrementar la capacitación de los diferentes sistemas que rodean al menor, respetando en todo momento las decisiones de los padres. A su vez, abandona la visión patológica y apuesta por una focalización en las fortalezas (Espe-Sherwindt, 2008).

### **Atención Temprana en España**

En los años 70, aparece en España, la Estimulación Precoz y sus servicios se llevan a cabo en los Centros de Estimulación Precoz (CEP) que se caracterizan por una intervención rehabilitadora y centrada en el menor. Sus servicios en este periodo son cubiertos económicamente por la Seguridad Social (Pérez-Ruiz, 2015).

A finales del siglo XX, se cambia el término Estimulación precoz, por Atención Temprana y se crean los Grupos de Atención Temprana (GAT), que, junto con el soporte del Real Patronato sobre Discapacidad del Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) (Pérez-Ruiz, 2015) se crea el Libro Blanco de la AT (2000). Asimismo, aparecen los centros CDIAT (Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana), formados generalmente por “psicólogos, pedagogos, técnicos en Atención Temprana, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas y trabajadores sociales” (Pérez-Ruiz, 2015, pág.18). Además, funcionan de forma gratuita, independiente e interdisciplinariamente, y sus intervenciones se basan en la muestra de disponibilidad y proximidad en todo momento (Pérez-Ruiz, 2015).

Algunas de las leyes que orientan actualmente la intervención en AT en España son según Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2013):

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

- La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, para mejorar la Calidad Educativa (LOMCE),
- La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, para promover la autonomía y atención de las personas dependientes.
- El artículo 13 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su inclusión social.

(P.138)

Más concretamente, en la comunidad de Madrid, las leyes que organizan la AT son según Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2013):

- Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, para regular la coordinación de AT en la Comunidad de Madrid y establecer procedimientos para la determinación de la necesidad de recibir los servicios que brinda esta disciplina
- El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para reconocer el Texto Refundido de la Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su inclusión social.
- La Ley 11/2003, de 27 de marzo, para regular la prevención, rehabilitación y reinserción de personas con alguna discapacidad mediante los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, para la ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 2/1996, de 24 de junio, para la creación del organismo autónomo Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Ley 5/1996, de 8 de julio, para la regulación del Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.
- La Ley 6/1995, de 28 de marzo, para regular las Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

(P.139)

### **Situación Actual de la Atención Temprana**

El modelo de AT centrado en la familia supone un cambio de paradigma en la práctica profesional de la AT y trae consigo una larga tradición en países como USA, Canadá, Reino Unido, Australia, etc., además de haberse demostrado a través de numerosos trabajos de investigación, los grandes beneficios que aporta no solo para el desarrollo de los menores, sino también para el funcionamiento y el bienestar de familia implicada (Dalmau, et al; 2017). Concretamente, (Dunst et al., 2002) mostraron a través de 47 investigaciones que el modelo centrado en la familia conlleva una mejora en el comportamiento y práctica de las familias. Otras investigaciones revelan un incremento del nivel de desarrollo del menor tras un trabajo llevado a cabo en entornos naturales y apoyos sociales informales. En la misma línea, (Kasari, et al; 2010), muestran en sus investigaciones que la calidad de la colaboración parental supone mayores beneficios en el progreso que las propias sesiones individuales dirigidas por profesionales. En otra instancia, un cuerpo de investigación, a través de un meta-análisis de 18 ensayos, ha asociado este el modelo de intervención centrado en la familia con beneficios positivos para el menor y su la familia, indicando una mayor sensación de auto-eficacia de los padres, un cambio en la percepción de la conducta del menor y en la disposición parental. Otro estudio que prueba estos beneficios fue un meta-análisis de 47 ensayos, llevados a cabo en siete países distintos, en los que plasmaban una mayor complacencia familiar, creencias más sólidas sobre autoeficacia (como en el estudio anteriormente mencionado) y una mayor sensación de control y competencia, así como una amplia provisión de sustentos (Dunst et al., 2002).

Por último, en el estudio llevado a cabo por (Verduga Mayorga, 2018) se demostró que la dinámica de cada uno de los miembros de una familia y la retroalimentación que se otorgan entre ellos en su rutina determina el funcionamiento del hogar. Además, demuestra que el desarrollo del menor progresa paralelamente al desenvolvimiento de los padres, acrecentando de este modo, el bienestar y satisfacción de los miembros de la familia. Por último, afirma que el uso del Modelo Centrado en Entornos Naturales y Basado en Rutinas acrecentó la calidad del rol parental y rutinas del día a día, los cuales son grandes condicionantes en la interacción intrafamiliar y se logró reducir las preocupaciones relacionadas con sus hijos.

En cuanto a las ganancias familiares, numerosos estudios revelan un incremento del bienestar psicológico, satisfacción y un cumplimiento de sus expectativas (Dalmau, et al; 2017) y, por lo tanto, al conseguir mayores logros, su demanda ha ido acrecentado (Cañadas Pérez, 2012) y se prefiere este modelo de intervención a otros (Espe-

Sherwindt, 2008).

No obstante, si nos centramos en la parte administrativa de esta disciplina, los servicios de AT en Madrid se encuentran desbordados y las familias condenan la escasez de recursos para la AT de niños de 0 a 6 años que posee alguna discapacidad o retraso en el desarrollo. Según el INE, la Comunidad de Madrid cuenta con aproximadamente 30.000 niños de 0 a 6 años que pueden tener alguna necesidad especial (ya sea autismo, retraso en el desarrollo o trastornos del comportamiento o del lenguaje), sin embargo, solo existen 3.417 emplazamientos en centros públicos de AT. Pocos emplazamientos y escaso tiempo, para un servicio, que como su propio nombre revela, es impostergable (SER, 2022).

A su vez, existen escasas plazas en los centros de AT, y la espera para acceder a ellos es larga, cuando este servicio, como su nombre bien indica, es de atención impostergable, por la plasticidad cerebral que en los primeros años de vida se tiene. Además, familias que solicitan los servicios y no los adquiere, deben costearse servicios privados. Con el objetivo de que las quejas de familias en situaciones parecidas sean recogidas, se ha creado la Plataforma de Atención Temprana de Madrid (SER, 2022).

Por otro lado, la visión actual de la AT tiene el objetivo de atender al menor junto con todos sus sistemas, sin embargo, actualmente, se sigue prestando 70% de la atención al menor, 12 % al entorno y 14 % a la familia, lo cual nos indica que, en la práctica, este ideal de AT, no se cumple (ISEP, 2020).

En la misma línea de evaluación de la calidad de los servicios que brinda la AT, un estudio llevado a cabo por Van Hove en el año 2009, sobre el sentimiento de las familias cuando acudían a los CDIATs sacó a la luz lo siguiente:

- Sensación de estar en un lugar que no comprenden.
- Uso de un lenguaje lleno de tecnicismos que les resulta incomprensibles.
- Sensación de que la respuesta que se ofrece no tiene en cuenta las necesidades y características de cada familia y el modo en que les gustaría llevar la crianza de un hijo.

(Plena Inclusión, 2022)

### **Discusión y Conclusiones**

Tras un análisis exhausto sobre la AT, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones: El ser humano desde que nace está rodeado de personas, por lo tanto, desde ese momento, ya participa en eventos organizados por sus familiares. Su desarrollo, por



tanto, depende en gran parte del entorno en el que se encuentra el menor, puesto que la herencia no es lo único que determina, es decir, un ambiente familiar estimulante y sano incentivará en mayor medida el desarrollo, que un entorno negativo y conflictivo.

El sistema familiar supone, por lo tanto, un gran elemento de influencia en la intervención, por lo que la AT, debe ser una fuente de apoyo, que valide emociones, proponga estrategias de comunicación y de afrontamiento, correcciones de hábitos y ayude en el aprendizaje de habilidades... todo ello respetando las expectativas que tiene la familia y sus recursos.

Como hemos podido comprobar en numerosos estudios, la presencia del sistema familiar en la intervención genera grandes beneficios en el menor y en sus progenitores. Algunos de ellos son: una mayor sensación de autoeficacia en los progenitores, una mayor estimulación del menor en diferentes ambientes y en sus entornos naturales y una mayor capacidad de adaptación filio-parental.

También se ha expuesto el largo camino, en el que todavía se encuentra progresando la AT, comenzando por la Estimulación Precoz, con una focalización en el déficit de la persona y un tipo de intervención focalizada únicamente en la figura del menor, hasta llegar al modelo centrado en la familia, el cual abandona la visión patológica y se centra en las fortalezas (Perpiñán Guerras, 2019).

Por otro lado, la accesibilidad a los servicios que brinda esta disciplina cuenta con grandes obstáculos, como el desequilibrio entre la demanda y la oferta, las grandes listas de espera y la atención tardía, lo cual no casan con los objetivos de la AT, el cual debe brindarse lo antes posible, aprovechando la elasticidad cerebral que se posee en edades tempranas. Todo esto, resulta en una falta de oportunidades del desarrollo a menores con necesidades (Vega, 2021).

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, la AT es considerada una disciplina muy amplia, lo que implica cierta dificultad para abarcar la multitud de aspectos que la rodean. Con el límite de folios del trabajo, no ha sido posible indagar en áreas de gran interés como los distintos trastornos que aborda la AT, o las áreas que se valoran para analizar la necesidad de AT...

A su vez, es necesario tener en cuenta que la AT, sigue en proceso de evolución por lo y, por otro lado, existe una parte de la población que no consigue adquirir los servicios a tiempo, debido a las largas listas de espera, por lo que las investigaciones sobre la efectividad de la intervención pueden no casar con los presupuestos teóricos.

A miradas a futuro, los temas de investigación relacionados varían ampliamente, debido a la comprensión actual en el área. En cambio, en algunas áreas todavía se necesitan estudios epidemiológicos que permitan obtener información sobre la causa raíz, los factores de riesgo y cómo el entorno psicosocial influye en el problema. Por otro lado, es necesario investigar para desarrollar nuevas formas de diagnóstico con el objetivo de detectar problemas lo antes posible y así, llevar a cabo una intervención temprana (GAT, 2000). Sería útil a su vez, ahondar en las cualidades del entorno del menor que incentivan el desarrollo, realizar estudios orientados a contrastar las necesidades de apoyo de forma empírica con el objetivo de concienciar a los políticos de la importancia de orientar los recursos hacia estos servicios e indagar en las peculiaridades de los diferentes trastornos del desarrollo y el impacto que suponen en la familia. (Vega, 2021). Además, sería interesante aplicar proyectos de sensibilización sobre la necesidad de inversión en esta disciplina e informar en mayor medida a la población acerca de la existencia de estos servicios.

Hasta ahora se han hecho muchas investigaciones teóricas, sin embargo, más que proponer investigaciones sobre nuevos métodos de intervención, sería importante analizar formas más eficaces de organización, coordinación, aumento de calidad de los servicios, así como invertir en el incremento de plazas de los centros de AT (GAT, 2000).

## Referencias

- Alcamí Pertejo, M., Béjar Trancón, A., González Serrano, F., León Allué, L., Mollejo Aparicio, E., y Prego Dorca, R. (2015). *Psiquiatría Perinatal y del niño de 0 -3 años*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). [psiquiatria-perinatal-y-del-nino-de-0-a-3-anos20200311-8176-2ylpcp-with-cover-page-v2.pdf](https://www.aen.es/psiquiatria-perinatal-y-del-nino-de-0-a-3-anos20200311-8176-2ylpcp-with-cover-page-v2.pdf) (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
- AVAPACE AEIPI. (7 de mayo de 2020) *El acompañamiento del profesional a las familias*. Youtube. <https://aeipiorg.wordpress.com/2020/07/10/el-acompanamiento-del-profesional-a-las-familias-avapace/>.
- Bagur Pons, S., y Verger Gelabert, S. (octubre-diciembre de 2020). Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia. *Siglo Cero*, 51(4), pp. 69-92. [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/144336/Evidencias\\_y\\_retos\\_de\\_la\\_Atencion\\_Tempra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/144336/Evidencias_y_retos_de_la_Atencion_Tempra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Buceta Cancela, M. (2008). *Manual teórico-práctico de atención temprana* (2ª ed.). Universidad de Santiago de Compostela.
- Canal Plena Inclusión (31 marzo de 2022) *Píldora de Atención temprana sobre apoyos en Contexto Natural* [Archivo de Vídeo] YouTube. [938\) Píldora de Atención temprana sobre apoyos en Contexto Natural | Plena inclusión - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=938Píldora)
- Canal SER (2022). (15 de enero de 2018) *Los niños con necesidades especiales esperan un año de media para las terapias de la Comunidad de Madrid*. [Podcast]. [https://cadenaser.com/emisora/2018/01/15/radio\\_madrid/1516004634\\_392](https://cadenaser.com/emisora/2018/01/15/radio_madrid/1516004634_392)

[432.html](#).

Canal ISEP (26 nov 2020) *¿Qué papel juega la familia en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)?* [Archivo de Video] YouTube (954) [¿Qué papel juega la familia en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana \(CDIAT\)? - YouTube](#)

Candel Gil, I. (2005). Elaboración de un programa de atención temprana. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3 (3), pp. 151-192. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121928009>.

Cañadas Pérez, M., (2012). La familia, Principal Protagonista de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. *Edetania*, 41 (1) pp.129-141. <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/740>

Dalmau, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, y., . . . Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en la intervención temprana. *Anales de Psicología*, 33 (3), pp. 641-651. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.263611>

Díaz, C. (2019). *Guía básica sobre Atención Temprana y Transformación*. Madrid. Plena inclusión España. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/guia-basica-sobre-atencion-temprana-y-transformacion/>

Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., y Hamby, D. W. (2002). Family-Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 51(3), pp. 221–229. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00221.x>

Espe-Sherwindt, M. (2008). Práctica Centrada en la Familia: colaboración, competencia y evidencia. *Support for Learning*, 23(3), pp. 136-143.

[https://webs.um.es/fags/docs\\_miaat/2008espe\\_sherwindt.pdf](https://webs.um.es/fags/docs_miaat/2008espe_sherwindt.pdf)

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. (4ª Ed.) Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>

Figueiras, A., Neves de Souza, I., Ríos, V., y Benguigui, Y. (2011). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. (2ª ed.) Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. [www.sopape.com.br/data/livro/pdf/livro\\_amira.pdf](http://www.sopape.com.br/data/livro/pdf/livro_amira.pdf)

Luque Parra, D., (2003). Trastornos del desarrollo, discapacidad y necesidades educativas especiales: Elementos Psicoeducativos. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*, 4 (3), pp.1-15. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/4403>

Palacios, J., Marchesi, A., y Coll, C. (2014) *Desarrollo Psicológico y Educación*. (1st ed.) (pp. 1-672) Madrid: Alianza.

Pérez-Ruiz, M. C. (2015) *La Atención Temprana: ámbito de desarrollo de las familias con hijos con discapacidad* [Tesis de Maestría, Universidad de Navarra] <https://hdl.handle.net/10171/39654>

Perpiñán Guerras, S. (2019). *Atención Temprana y Familia; Cómo Intervenir creando Entornos Competentes* (1st ed.) (pp. 1-64) Madrid: Narcea ediciones.

Redruello, A. R. y Vilorio, A. C., (2004). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 1 (9), pp.217-

246. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1142249>

Robles-Bello, M. A., y Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del psicólogo*, 34(2), pp. 132-143. [Redalyc.ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ESPAÑA](#)

Taberner, C., y Gómez, Á. (2020). *Atención Temprana* [Archivo PDF] <http://www.praderwilliar.com.ar/archivos/libro/DOCS/pdf/ANEX-VIII.pdf>

Trujillo García. A. M., (2011), La Estimulación Temprana y su Importancia, *Temas para la Educación*, 1 (17), pp. 3-10. <https://www.feandalucia.ccoo.es/indconte.aspx?d=6294&s=0&ind=280>

Valle Trapero, M., Sierra García, P., Palacios Agúndez, I., García Omazábal, R., y Moro Serrano, M. (2014). Atención temprana al recién nacido de riesgo. *Actualización*, 12(3), 119-23. [atencion temprana al recién nacido de riesgo.pdf \(ucjc.edu\)](#)

Vega, L. P. (15 de junio de 2021). Listas de espera en la “Atención Temprana”: un sinsentido. *Huffpost*. <https://www.huffingtonpost.es/entry/listas-de-espera-en-la-atencion-temprana-un-sinsentido-menores-es-60c746cbe4b0daf882b9ccb2>

Verduga Mayorga, M. G. (2018). *Incidencia de una intervención centrada en Entornos Naturales y Basada en Rutinas en la calidad de vida de familias con niños/as entre 4 a 7 años con discapacidad, dificultades de desarrollo y/o en situación de riesgo* [Tesis de Maestría, Universidad Casa Grande, Facultad de Ecología Humana]. <http://dspace.casagrande.edu.ec:8080/bitstream/ucasagrande/1738/1/Tesis1912VERi.pdf>

Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S., y Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers

with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9), pp. 1045-1056. [Randomized Controlled Caregiver Mediated Joint Engagement Intervention for Toddlers with Autism | SpringerLink](#)