

Parte III: Las actividades en la Atención Temprana

*"Sus hijos no son sus hijos,
Son los hijos e hijas del deseo formulado
por la vida para sí misma.
Llegan a través de Ustedes pero no vienen de
Ustedes.
Y aunque están con ustedes, no les pertenecen".*

Khail Gibran "El profeta"

En el contexto de la Calidad Total la orientación básica de todas las actividades están dirigidas a la satisfacción de las necesidades del cliente. Siendo que Calidad Total significa calidad para todos, hemos de entender que hace referencia a todos los implicados en la prestación de servicios: los que los prestan y los que los reciben. Así tenemos:

Los **clientes internos** son todos aquellos profesionales que formando parte de un servicio (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana) requieren de la utilización, ayuda o colaboración de los recursos materiales o personales de su servicio para poder desempeñar de modo eficiente su labor. Los padres en cuanto agentes activos en el desarrollo de sus hijos también, en cierto sentido, pueden considerarse clientes internos.

Los **clientes externos** son los destinatarios de los servicios prestados por un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Hemos de distinguir entre los clientes finales que son los niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo y sus familias, y los clientes externos en general entre los que incluiríamos aquellas personas, organizaciones o instituciones relacionadas con la población infantil y ante las cuales el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana presta algún tipo de servicio ya sea de información, formación, etcétera.

1.- Los clientes internos

En la definición de Atención Temprana se dice que las “ actividades son planificadas por un equipo multiprofesional con carácter global y orientación interdisciplinar o transdisciplinar”. De este párrafo la primera conclusión a extraer es que el trabajo en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana se deben realizar por un equipo. Y precisamente hablar de las características de los equipos es el tema a desarrollar en este apartado.

El trabajo en equipo no es fácil, máxime cuando esta compuesto por profesionales de distinta formación técnica. Tanto es así que llevado al extremo un equipo puede llegar a asemejarse a la situación bíblica de la Torre de Babel. De hecho, si dentro de una misma disciplina (sea la Psicología, o la Rehabilitación, por citar algunas disciplinas implicadas en la Atención Temprana) hay distintas corrientes ideológicas, incluso algunas que se definen como antagónicas e irreconciliables. Tanto es así, que se puede llegar a que un determinado profesional, con un posicionamiento dado, llegue a interpretar que las intervenciones que realiza otro profesional, desde otro posicionamiento opuesto, son inservibles, una pérdida de tiempo, incluso se puede llegar a considerar que pueden resultar perjudiciales o contraindicadas.

Estas dificultades de una sola disciplina se puede ver agravadas al reunir distintos profesionales, con distintas formaciones, distintas perspectivas parciales del niño, por lo que se hace necesaria una reflexión sobre las condiciones en las que trabaja cada equipo. Dos ideas se señalan como vías para canalizar esta necesidad de facilitar a los equipos. Por una parte ya hemos mencionado anteriormente la propuesta de la instauración de un sistema de Calidad Total, dentro del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Y, por otra, insistir en la idea del Asesoramiento externo del servicio (ya sea por un modelo de supervisión, o por un sistema de consultores externos). Ambas vías se consideran como elementos muy valiosos e insustituibles en el funcionamiento de un servicio. Incluso se les puede considerar como condición necesaria pero no suficiente, para que el equipo alcance un grado óptimo de satisfacción personal y profesional, básico en todo servicio que pretenda alcanzar cotas elevadas de eficiencia y mejora continua.

En primer lugar se describen las características que distinguen a los equipos multiprofesionales en función del tipo de relaciones que se establecen y del tratamiento de la información que se realiza entre los profesionales de las distintas disciplinas que los componen. El concepto “equipo multiprofesional” hace referencia al hecho de estar compuesto por distintas profesiones. De acuerdo con el documento Helios II de la Buena Práctica en Rehabilitación Funcional distingue tres tipos de interacción posible entre los equipos estudiados de Atención Temprana:

- A) El equipo *multidisciplinario* se caracteriza por el “intercambio de información”. Los miembros del equipo profesional toman las decisiones sobre su área técnica con total independencia. Realizan partes del programa de intervención con independencia unos de otros. Todos son responsables parcialmente del caso, desempeñando su función de forma separada a los demás miembros. Incluso los informes son específicos de cada profesional. El intercambio de la información, en el grado en que se dé, pretende presentar los objetivos de cada disciplina y no coordinarse con las demás. Así la

interacción es mínima y no se requiere del consenso del equipo.

- B) El equipo *interdisciplinario* se caracteriza porque “comparte y coordina la información”. Al igual que en el tipo anterior, esta compuesto por profesionales expertos en sus respectivas áreas. Y aunque cada profesional desarrolla las tareas que le son específicas también se relaciona para coordinar los esfuerzos. Existe un procedimiento formalizado para que la información se comparta entre los componentes del equipo. Cada intervención pretende complementar los objetivos de las otras disciplinas. Se toman las decisiones en grupo para establecer objetivos comunes y un programa de intervención compartido. De esta forma se genera la posibilidad de influirse mutuamente. Suele existir un coordinador que debe facilitar el intercambio de la información.
- C) El equipo *transdisciplinario* se caracteriza porque “comparte y coordina tanto la información como los roles”. Los distintos profesionales adquieren conocimientos de las otras disciplinas y lo incorporan a su propia práctica. La valoración suele realizarla un profesional mientras el resto observa o recibe la información. Los datos obtenidos se discuten en equipo, a partir de aquí se planifican los objetivos y las actuaciones; y se realizan informes integrados. La familia forma parte del equipo (recordemos la condición funcional como clientes internos) como miembro en la toma de decisiones. Un profesional (llamado “clave” o “tutor”) y la familia ejecutan el programa individual, contando con el asesoramiento del resto del equipo.

Evidentemente, la dinámica del equipo transdisciplinar parece la que más se ajusta a los objetivos de la Atención Temprana. Así que se recomienda como una buena práctica para la intervención ante una serie de colectivos infantiles (como es en el área de las discapacidades). También es verdad que otras demandas más concretas y puntuales podrán intervenir de una forma más individual e independiente del resto del equipo.

Para reconocer a la amplia gama de profesionales implicados en la Atención Temprana se propone utilizar el término de Técnico en Desarrollo Infantil por tres razones:

1. Con el objetivo de colaborar a la Homogeneización Terminológica que requiere la Atención Temprana. Para su identificación propia y la diferenciación con respecto de otros servicios o modos de intervenir parciales o sesgados.
2. Por un motivo eminentemente práctico, ya que la experiencia nos dice que existe un recelo social, más o menos extendido, ante el hecho de acudir a consultas de psicólogos, etc. Cuando no es inevitablemente necesario. Es decir, ante situaciones de Retraso Mental o Trastorno mental grave (Prevención 3^a) si que se justifica y acepta la asistencia a servicios especializados. Pero cuando hablamos de Prevención 1^a o 2^a, hay familias que reconocen encontrarse incómodas inicialmente. En muchos casos, tanto los padres como los niños mayores, han

reconocido que se encuentran más cómodos utilizando el término de Técnico en Desarrollo Infantil o el de Asesor Infantil, y así lo han constatado y agradecido.

3. Por la necesidad de organizar de alguna forma la formación de postgrado, ante la variedad de ofertas emergentes y existentes. Como mínimo homogeneizar la titulación y al tiempo contrastar los programas y establecer unos mínimos.

Con respecto al trabajo en equipo y los distintos tipos de interacción que se pueden establecer dentro del grupo, está el concepto de inteligencia colectiva que ha desarrollado F. Cembrano en su libro "Los grupos inteligentes", que está en preparación. En su brillante ponencia en la IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, celebrada en Madrid presento de forma muy didáctica distintos niveles de interacción. Nos advierte que la inteligencia del grupo no se explica por el organigrama del mismo sino que viene determinada por el tipo de situaciones interactivas que se establecen.

Un primer nivel, lo establecen los grupos que denomina "tontos". Y lo son, en función de las relaciones que establecen sus componentes, independientemente que pueda estar formado por gente muy útil. Dentro de este tipo de grupos se puede dar una fase "caótica", en donde no se pueden extraer ningún tipo de soluciones ni propuestas. Otra fase sería el "laisse-faire", el dejar hacer sin enfrentarse; sus componentes no interaccionan por miedo por a posibles repercusiones negativas o porque han aprendido que no sirve para nada. Y otra fase sería la de "coaliciones" en la que los componentes tiran en direcciones contrarias. Se invierte mucha energía en anular al contrario. Cualquier propuesta se ve con recelo por la otra parte y se termina con una sensación de desesperanza.

En un segundo nivel sitúa los grupos que denomina "inteligentes". Tal y como su nombre indica tienen una clara capacidad adaptativa. Existen los grupos "aditivos", que reúnen las fuerzas de sus componentes y sin interferencias; gracias a tener un organigrama claro y aceptado por todos. Y los grupos "multiplicativos" que reúnen las fuerzas de todos los componentes y las multiplican. Lo pasan mejor y aprenden más. Producen efecto sinérgicos, ya que el resultado es mayor que la suma de las partes.

Señala un tercer tipo de grupos, que denomina "sabios" compuesto por personas que se creen su trabajo y, entonces, su grupo funciona bien. Son grupos sin conocimientos técnicos sobre la dinámica de grupos y que no se obsesionan con la tecnología de grupos. Estos grupos funcionan con "sentido", que es algo que impregna la acción colectiva. Insiste en el hecho de que la acumulación de saber en los especialistas puede hacer que se desaproveche el "saber acumulado" que tiene el individuo humano, y por ende la familia.

Todos aquellos que han trabajado en distintos grupos podrán fácilmente situarse en momentos interactivos que se identifican con alguno de los grupos mencionados anteriormente.

En una realidad cambiante, el grupo tiene que saber enfrentarse con lo nuevo. Sin embargo los grupos burocratizados, rutinizados, para no enfrentarse

con la incertidumbre la niegan.

El desarrollo del "sentido colectivo", con capacidad adaptativa, viene facilitado por la horizontalidad, sin embargo la acumulación de poder lo impide.

Sobre los grupos, en concreto de los equipos de Atención Temprana, el Dr. F. Peterander, presentó una ponencia también en la IX Reunión Interdisciplinar de Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Resultado de un estudio realizado en Alemania, en concreto en la zona de Baviera.

En primer lugar describe una serie de influencias que pueden afectar positiva o negativamente al grupo. Dentro de las influencias positivas señala:

- a) la existencia de un clima positivo entre los compañeros;
- b) un liderazgo positivo;
- c) la autoformación frecuente y la supervisión;
- d) la influencia efectiva de los miembros en la toma de decisiones;
- e) el hecho de que el equipo aporte soluciones en los programas;
- f) que se consideren satisfactorias las reuniones de equipo;
- g) que el horario sea flexible; y
- h) que los componentes del equipo tengan una larga experiencia.

En cuanto a las influencias negativas que pueden afectar a la dinámica de un equipo de Atención Temprana, señala:

- a) el clima negativo entre los compañeros;
- b) el liderazgo negativo;
- c) la ausencia de colaboración;
- d) el poco margen de los miembros en la toma de decisiones;
- e) cuando las condiciones de trabajo no están claramente definidas y son estresantes;
- f) cuando se da un cambio continuo de los componentes del equipo;
- g) cuando los miembros están estresados e insatisfechos; y
- h) cuando raramente se establecen metas o fines.

Al efecto de conocer la realidad de los equipos de Atención Temprana se realizó una encuesta sobre ciento veinte equipos de la región de Baviera. Entre los resultados obtenidos cabe señalar que el clima positivo entre compañeros correlaciona positivamente cuando los miembros participan en las decisiones del equipo. Y que el clima negativo entre compañeros viene condicionado por la falta de tiempo, la no participación en los programas, cuando no se analizan los casos.

Dos ideas se repiten al hablar de la funcionalidad de los equipos:

1. La necesidad de la supervisión individual y del grupo como tal; y
2. El contenido de las reuniones y la efectividad de la participación de los miembros.

Finalmente otra serie de propuestas van referidas a los factores que posibilitan el liderazgo positivo. Cuando el líder:

- a) valora el trabajo de los demás profesionales;
- b) cuenta con el equipo en la toma de decisiones;
- c) esta disponible y ayuda en las situaciones difíciles;

- d) coordina y organiza bien las tareas de la Atención Temprana;
- e) toma decisiones en base a criterios claros;
- f) constituye un ejemplo para los demás;
- g) sabe motivar a los demás miembros; y
- h) aporta nuevas ideas al trabajo.

Los profesionales de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana se encuentran dentro del colectivo más amplio de profesionales dedicados a la "ayuda humana". Ya el documento de Helios II dedica un apartado a la prevención del síndrome de malestar o Burnout. Que define como un "síndrome de agotamiento físico y mental, que da lugar a una autoimagen negativa, una actitud negativa hacia el trabajo y una pérdida de interés y preocupación por el paciente. Es una reacción relacionada con el estrés. Los síntomas se manifiestan tanto en los individuos como en las instituciones".

El origen del término de Burnout se sitúa en 1.981 y se debe a los estudios realizados por Freudenberger. Se considera como un problema característico de los trabajos de "servicios humanos". Que son aquellas profesiones que mantienen una relación continua de atención al cliente, como son: trabajadores sociales, psicólogos, médicos, enfermeras, profesores, etcétera. En los que una de las características principales del síndrome viene dada por el desgaste emocional que genera la interacción. Otra característica es que es un síndrome contagioso: "los trabajadores que padecen este síndrome pueden afectar a los demás en su letargo, cinismo y desesperación. Lo que puede devenir en un desánimo generalizado que afecte a toda la organización". Las autoras Maslach y Jackson lo definen como un "síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal". El agotamiento emocional, como se ha dicho antes, viene provocado por las continuas interacciones que mantiene el profesional con el cliente y con otros profesionales; y se manifiesta con sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional. La despersonalización se manifiesta por el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia el cliente (a veces, en forma de sensación de cansancio y molestia). La reducida realización personal provoca la pérdida de confianza en las capacidades personales y el desarrollo de un autoconcepto negativo.

Ante el riesgo de que los profesionales de los Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana desarrollen este síndrome, el grupo Helios propone que se establezca un sistema de detección del Burnout dentro de las plantillas y que se estructure un mecanismo de prevención y de intervención en caso de aparecer. Estos mecanismos de prevención y de intervención deben de formar parte del programa del centro.

Otro aspecto destacable de la Atención Temprana en el Estado Español es la proliferación de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana de ámbito autonómico. Estas asociaciones reúnen a profesionales de todo tipo de disciplinas implicadas en la Atención Temprana. En la actualidad existen asociaciones en las comunidades de Andalucía, Aragón, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia y Valenciana. Se esta realizando un esfuerzo por crear la federación nacional de asociaciones, que se llamará Grupo de Atención Temprana. Estará compuesto por una asociación de cada comunidad autónoma, e inicialmente potenciará la creación de asociaciones en aquellas autonomías que aún no disponen de éstas. Los objetivos generales propuestos a priori son:

1. La organización de una plataforma sinérgica y estable de representación de los profesionales de la Atención Temprana de las diferentes comunidades autónomas del Estado Español.
2. La promoción de la Atención Temprana a nivel del Estado Español y el desarrollo de proyectos comunes tendentes a mejorar la calidad asistencial y fomentar el desarrollo científico de la Atención Temprana.
3. Articular una representación estable de la Atención Temprana española en los diversos foros internacionales.

2.- Los clientes externos

En Atención Temprana los clientes externos son por una parte los padres y por otra el conjunto de profesionales, políticos, etcétera relacionados con la población infantil de cero a seis años. Los niños son los clientes finales, aunque la intervención pueda adoptar distintas modalidades en función del diagnóstico. En el modelo básico la intervención ha de darse en el niño, su familia y el entorno. Aunque se dan situaciones en que la intervención se centra fundamentalmente en la familia y ésta repercute en el niño, en otras situaciones el volumen de las intervenciones será mayor en el niño en función de las necesidades que presenta.

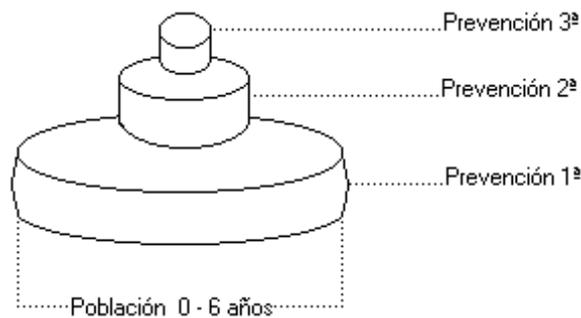
Los padres ante la Atención Temprana han de poder situarse en todo momento y conocer sus derechos y obligaciones. Ya desde el momento del conocimiento del embarazo existen programas dirigidos a la embarazada para controlar y prevenir situaciones de riesgo que pueden afectar al feto y políticas educativas para optimizar el periodo de gestación.

Un primer nivel empieza una vez ha nacido el bebé. Los padres han de saber que se le van a hacer toda una serie de pruebas que forman parte de la Prevención Primaria y que se aplican a todos los niños. Y que pretenden confirmar la normalidad del niño o bien detectar lo antes posible signos de alerta. Estas pruebas, forman parte de la historia clínica del bebé, como por ejemplo el APGAR, el screening de detección de las metabolopatías, la somatotropia, etc. Una vez dado de alta del Hospital el niño entra en el programa del Niño Sano que pretende hacer un seguimiento de su desarrollo y ofrecer las informaciones pertinentes a los padres.

El niño accederá a un segundo nivel o Prevención Secundaria, cuando han aparecido signos o síntomas de riesgo. Es decir, una serie de características que pueden alterar el desarrollo del niño en alguna de sus áreas. Las características más corrientes son: la prematuridad, el bajo peso, dificultades perinatales, etcétera. En este caso los padres han de saber que sus hijos van a entrar en programas de seguimiento para ir valorando su desarrollo e intervenir lo más precozmente posible.

Al tercer nivel o Prevención Terciaria accederán aquellos niños y sus familias cuando se han detectado síntomas que afectan al desarrollo y que requieren una intervención o Programa Individual de Atención Temprana. Los síntomas más corrientes: cromosopatías (Síndrome de Down, X frágil, etcétera), parálisis cerebrales infantiles, lesiones en el Sistema Nervioso Central, trastornos sensoriales (sordera, ceguera), etcétera.

Así tenemos, que todos los niños deben estar controlados en programas de Prevención Primaria. Que algunos niños, por sus posibilidades de riesgo, van a entrar en programas de seguimiento. Y que unos pocos niños, ya por sus características van a entrar en Programas Individuales de Atención Temprana. Tal y como se pretende esquematizar en el siguiente gráfico:



Los padres en este tercer nivel pueden presentar una serie de necesidades, de información, de asesoramiento, de apoyo,... para lo cual disponen de servicios públicos y también de asociaciones de padres de niños con discapacidad.

En este sentido la labor que desempeña la Federación Española de Asociaciones de padres de personas con discapacidad psíquica (FEAPS) es digna de mención y elogio. A parte de todas las funciones propias, ha estado elaborando los Manuales de Buena Práctica. De los cuales los dedicados a la Atención Temprana y a la Familia son imprescindibles a la hora de plantearse, actualmente, una Atención Temprana de calidad. Son manuales evidentemente técnicos y presentan una visión actualizada de la intervención. Plantean dos objetivos fundamentales: por una parte la mejora de la Calidad en los procesos de gestión de sus servicios; y por otra la mejora en la Calidad de Vida de las personas con retraso mental y sus familias. De hecho el primer objetivo viene a establecer como condición necesaria para poder alcanzar el segundo. Y estos objetivos que son deseables y extensibles a todos los niños con Trastornos en el Desarrollo y sus familias.

En el Manual de Buena Práctica dedicado a la Atención Temprana se incluye un capítulo sobre los Derechos y Obligaciones de los clientes. Los derechos que desarrolla con mayor detalle son:

- a) Dignidad;
- b) Privacidad;
- c) Confidencialidad;
- d) Autonomía;
- e) Información;
- f) Evaluación de las necesidades;
- g) Plan individual de atención;
- h) Calidad de servicio;
- i) Participación; y
- j) Conocimiento y defensa de los derechos.

En cuanto a las obligaciones señala:

- a) Cumplimiento de la normativa de régimen interior;
- b) Cumplimiento de las normas de convivencia;
- c) Respeto a las personas;
- d) Respeto a las instalaciones; y
- e) Respeto a las fechas establecidas para la intervención.

En los Manuales de Buena Práctica aparecen un extenso número de buenas prácticas que vienen recogidas y que están organizadas en los distintos

momentos de la intervención y que una vez publicadas van a constituir, como se decía más arriba, una guía imprescindible para orientar la actividad diaria en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

De forma más sencilla se transcriben los ejemplos de Buena Práctica que recoge el documento de Helios II sobre la familia:

- S Tiene que haber transferencia de información a la familia.
- S Las familias tienen que estar implicadas activamente en los temas educativos y de rehabilitación.
- S Las familias deben recibir apoyo y consejo sobre el manejo del niño en las actividades de vida diaria en el domicilio.
- S La organización de las familias en grupos de autoayuda estimula el apoyo mutuo y el intercambio de información.
- S Se debe ofrecer a la familia de un niño discapacitado cualquier ayuda que precise para realizar una vida lo más normal posible.

El documento incluye una serie de recomendaciones sobre la intervención con las familias:

- S La familia debe estar perfectamente informada sobre la naturaleza de la deficiencia y la discapacidad.
- S El apoyo a la familia tiene que adaptarse a las características culturales e individuales y a los diferentes estadios de la historia natural de la patología.
- S El apoyo a familias debe ser continuo y sensible y no sólo ocurre cuando se da una situación de emergencia. Este apoyo tienen que proporcionarlo profesionales especializados.
- S Las medidas de apoyo familiar pueden ser: Medidas que proporcionen soporte moral y medidas que disminuyan el estrés.
- S Las familias tienen que tener la oportunidad de expresar sus sentimientos.
- S Es necesario que haya transferencia de conocimientos desde y hacia las familias.
- S Los hermanos tienen que estar informados sobre la discapacidad para conocerla y ser conscientes de la situación.

De entre los ejemplos de Buena Práctica y las Recomendaciones vamos a desarrollar el tema de los grupos de autoayuda, por considerar crucial la participación de la mayoría de las familias en ellos. Siguiendo el artículo de Enrique Gracia diremos que los Grupos de autoayuda existen porque ofrecen "algo" beneficioso a sus componentes, razón por la cual estos grupos continúan y,

además, se extienden a otros colectivos con alguna característica en común o "estigma social". El hecho de permanecer en un grupo no solo viene determinado por la obtención de algún beneficio sino también por el hecho de recibir algún tipo de satisfacción al participar en él.

Los grupos de autoayuda ofrecen el apoyo y el refuerzo a las personas que lo necesitan y que difícilmente podrían encontrar fuera de estos grupos. Y de hecho demuestran ser eficaces en sus cometidos. El éxito de los grupos de autoayuda proviene de la combinación de varias propiedades: el demostrar que las personas no necesitan ser pasivas y que tienen capacidad de reacción y de crecimiento; el permitir la dependencia pero a la vez exigir la autonomía y la independencia, es decir, se proporciona apoyo pero se exige trabajo; el trabajar sobre la base de la igualdad, en la horizontalidad; la rehabilitación de los sentimientos de competencia en sí mismos; y el posibilitar que los miembros movilicen y utilicen sus recursos personales.

Se ha desarrollado la teoría de que "la ayuda es la mejor terapia". De hecho, se considera que aquellas personas que ayudan a los demás son las que, al mismo tiempo, obtienen ayuda para sí mismos. Se atribuye a un proceso de persuasión doble: ya que al persuadir al que se pretende ayudar sobre la solución de un determinado problema, él que ayuda se persuade a sí mismo. Así, la persona que ayuda es menos dependiente, puede observar su problema desde la distancia de ayudar a un tercero y, además, obtiene la recompensa de la utilidad social de sus actividad. Y para poder ayudar deberá formarse y conocer las características y alternativas de solución del problema. En definitiva, ser competente y demostrar dominio sobre la condición problemática.

Las asociaciones de padres de niños con algún tipo de minusvalía son un ejemplo de la eficacia de los Grupos de Autoayuda. De modélico se podría calificar el Programa de Apoyo Familiar, que ha elaborado la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Retraso Mental (FEAPS). El Programa de Apoyo Familiar pretende favorecer la creación de nuevas redes de relaciones que puedan potenciar o generar grupos de autoayuda, al tiempo que faciliten la participación más activa en el movimiento asociativo.

Algunas de las actividades que contempla son: Grupos de formación de padres/madres y hermanos; Equipos de Ayuda Mutua; Programa Padre a Padre; Cursos de formación; y Encuentros. En todo caso, recomendar a las familias cuyos hijos estén en Prevención Terciaria que se pongan en contacto con las asociaciones de padres de su comunidad autónoma.

En la línea de mencionar buenas prácticas de intervención en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana mencionar la experiencia que se realizó en un servicio de realizar el pase de una encuesta de Satisfacción a los padres. La encuesta incluía una hoja explicativa, en donde se exponían los objetivos y se señalaba el carácter anónimo, y un cuestionario. El cuestionario incluía pregunta sobre la estructura y los procesos del servicio. Su diseño sencillo pretendía que el equipo pudiera obtener los resultados con un mínimo de dedicación. Se planteó realizarlo bianualmente. Un cambio en la dirección del centro provocó que se abortara la experiencia y que sólo se realizaran dos encuestas. Pero se incluye la experiencia por considerar que la opinión de los padres (clientes externos) es fundamental para la organización de todo servicio que plantee la mejora continua.

Señalar otro ejemplo de buena práctica con padres. A la hora de plantear la integración de un niño deficiente en una escuela infantil surgen muchas dudas y requisitos a cumplir. En primer lugar hay que presentar el caso a la Escuela Infantil y realizar lo que se denomina una Adecuación Curricular Individual. En ese proceso de intercambio de información la participación de los padres es necesario. Si el proceso se realiza adecuadamente y la integración sigue los pasos consensuados entre el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, la Escuela Infantil y la Familia. Las dudas iniciales se transforman en un sentimiento colectivo de satisfacción. Después de estas experiencias las familias han venido a atribuir este proceso de cambio a lo que se he definido como "*sensación de equipo*". En esta sensación de equipo, tanto los profesionales como los padres conocen cuales son sus funciones específicas, y también existe la confianza que permite la participación desde la horizontalidad y la convicción de que el fruto de ese trabajo en equipo es la mejor oferta que se le puede dar al niño. De aquí que el conseguir esa "*sensación de equipo*", deba de convertirse en uno de los objetivos necesarios de todo Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

Para finalizar el capítulo dedicado a padres se transcribe un artículo propio sobre el movimiento asociativo en relación con las perspectivas de futuro de la Atención Temprana:

A partir de la realidad actual de la Atención Temprana, que se describe como rica, variopinta y desigual a lo largo y ancho del Estado Español; surge la iniciativa de consensuar las distintas realidades. Para llegar a un modelo marco que posibilite una Atención Temprana de calidad y que esté disponible por igual a cualquier niño/familia que lo requieran dentro de nuestro Estado.

Este modelo marco ha de contemplar por una parte el proceso propio de la Atención Temprana; desde la detección precoz en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales, hasta la intervención en los servicios de Atención Temprana (Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana). Pasando por la coordinación entre los distintos departamentos implicados: Sanidad, Servicios Sociales y Educación; y contando con la colaboración imprescindible de la Familia y del movimiento asociativo. Así mismo, se han de respetar y, en su momento, adecuar las diversas iniciativas que se implican en el sector: tanto las iniciativas del sector público como las iniciativas de los profesionales y del movimiento asociativo de padres. Siguiendo las directrices que nos marcan los principios de Gratuidad y Sectorización; y respetando el derecho a la libre elección, de servicios mantenidos con fondos públicos, de los usuarios.

Una vez establecidos los mecanismos lógicos y racionales de control de calidad, la estructura que surja de este modelo marco de Atención Temprana, debe permitir adaptarse a las distintas características que se dan y que pueden hacer referencia: a las diversas realidades niño-familia; a las distintas orientaciones teórico-prácticas de los profesionales; a las distintas situaciones socioeconómicas, geográficas, culturales, etcétera. Estructura que se ha de enmarcar dentro de las propuestas de optimización que se han hecho para el sector y que coinciden básicamente con los objetivos propuestos en el proyecto Helios II de la Comunidad Europea. Estas propuestas son:

- S Gratuidad del servicio.
- S Rapidez en la detección y fácil accesibilidad.

- S La banda de edad comprendida entre cero y seis años.
- S Dirigido a familias con niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos.
- S Garantizar el seguimiento del niño en etapas posteriores de su vida.
- S Coordinación interinstitucional.
- S La integración de los niños discapacitados en las guarderías, escuelas y, finalmente, en la sociedad.

Las asociaciones de padres forman el cuerpo vivo que siente en primera persona las necesidades que su situación les acarrea y, por ello, establecidos como Grupos de Ayuda Mutua, tienen el objetivo de desarrollar la Atención Temprana. Cuentan con la ventaja añadida de conocer la realidad de su ámbito de actuación (Barrio, Ayuntamiento, Comarca,...) y desde esta posición están en condiciones de potenciar y exigir la existencia de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Las Asociaciones han de convertirse en el eje vertebrador de los Planes Integrales de Atención a las Personas con Discapacidad, concretizados en cada autonomía y en cada ciudad.

En un futuro, que no ha de demorarse más, cada Asociación deberá estar en relación al menos con un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. En una relación que se ha de establecer de mutua independencia y, a la vez, de colaboración exquisita.

Las asociaciones han de entender que los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, siguiendo los principios de normalización y de sectorización, atenderán casos que presenten o puedan presentar trastornos en el desarrollo motriz, en el desarrollo cognitivo, en el desarrollo sensorial, en el desarrollo del lenguaje, generalizados del desarrollo, de la conducta, emocionales y en el desarrollo de la expresión somática. Por lo que deberán compartir los recursos de la Atención Temprana.

El desarrollo infantil

El desarrollo infantil se entiende como un proceso dinámico. El niño parte con una dotación genética y serán las características concretas de su entorno las que irán modulando su desarrollo. Esta dotación genética podrá verse afectada por factores de origen prenatal, perinatal y postnatal.

Desde este punto de vista el desarrollo consiste en una actualización de potencialidades. Siendo la interacción del niño con su entorno, la que determinará la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso y la estructuración de la personalidad.

En un primer momento, el entorno físico (alimentación, higiene, medidas profilácticas, etcétera) tiene una indiscutible importancia. Pero es el entorno afectivo, el establecimiento del vínculo y el tipo de apego establecido con los padres (o sustitutos) el que determinará que se de un desarrollo sano en el funcionamiento social, emocional y cognitivo; ó que este desarrollo se vea alterado. Y señalar la importancia del lenguaje como elemento estructurador del funcionamiento mental del niño en desarrollo.

En este apartado hemos querido incluir una escala del seguimiento psicomotor elaborada con dos objetivos. Primero el de proporcionar un instrumento para la evaluación del desarrollo psicomotor, de fácil aplicación, al personal de enfermería responsable del programa de Seguimiento del Niño Sano. Y segundo, que contribuyera a la coordinación entre los CDIAT y los Centros de Salud. Al tiempo que constituye un inventario de conductas, secuencializado por edades.

Se ha concebido como un instrumento para ser aplicado a toda la población infantil, dentro del seguimiento del niño sano, por lo que tiene el diseño de un screening. Ya que estamos hablando de un instrumento de Prevención Primaria o Inespecífica.

Esta escala se desarrollo partiendo de la legislación existente en la Comunidad Autónoma Valenciana y se empezó a utilizar en algunos de los Centros de Salud del Área de Salud número catorce, desde su presentación a principios de la década de los noventa. En la actualidad se aplica en Centros de Salud de la mencionada Área Sanitaria aunque por circunstancias de organización no cumple el segundo objetivo en su totalidad.

A lo largo de diez años se han ido revisando alguno de los ítem que aparecían en la escala en su presentación inicial. Estas revisiones han obedecido a las sugerencias de pediatras y enfermeras que en su aplicación práctica proponían sugerencias tanto sobre la redacción de las actividades como de la sustitución de actividades por otras de igual valor evolutivo y de más fácil reconocimiento por las madres de los niños.

La experiencia en la aplicación de la escala obliga a realizar tres consideraciones previas a su aplicación:

- C La primera consiste en reflexionar sobre la situación en la que se va a aplicar. En establecer un clima, con los padres, de apoyo y ayuda;

y evitar que esta situación sea vivida, por los padres, como una fiscalización del desarrollo de su hijo y por extensión de su capacidad como padres. Evitar la posibilidad de que los padres se sientan juzgados o de que se esta evaluando a su hijo, en el sentido de encontrar déficits.

- C La segunda consiste en hacer hincapié en que estamos hablando de un screening más que de una batería completa de evaluación del desarrollo. Y, por lo tanto, hablamos de una prueba que nos dará una estimación parcial del niño en relación con el modelo de un hipotético niño promedio hijo de la estadística.
- C La tercera considera la fiabilidad de la prueba que va a depender de la experiencia de la persona que haga las preguntas, pero también del grado de sinceridad de los padres. Se ha observado en un porcentaje de entrevistas la propensión a contestar a todos los ítems de forma afirmativa. Lo que origina la aparición de falsos positivos, es decir, se contesta afirmativamente ante conductas que no se dan.

A pesar de estos inconvenientes inherentes a un screening, basado en la observación de los propios familiares. La escala se sigue utilizando en los distintos exámenes de salud. Incluso se estaba elaborando un proyecto para que se extendiera su aplicación a toda la Comunidad Valenciana.

Aunque la escala se elaboro en el contexto de la Comunidad Valenciana se presenta como instrumento utilizable en cualquier comunidad autónoma.

Escala de Seguimiento del Desarrollo Psicomotor

Indice:

Manual:

- 1.- Introducción.
- 2.- Fundamentación.
- 3.- Instrucciones

Material:

- 1.- Hojas de preguntas.
- 2.- Hoja de recogida de datos.

1.- Introducción

Con la aparición del Manual de Atención al Niño y la implantación de la Cartilla de Salud Infantil, se abre un nuevo horizonte en el tema de la Prevención. Y ha sido el estudio de estas dos herramientas fundamentales y su posterior comparación con las necesidades de atención infantil, que se detectan desde un Centro de Estimulación Precoz (denominación utilizada en la década de los ochenta), lo que ha originado la aparición de esta Escala del Desarrollo Psicomotor.

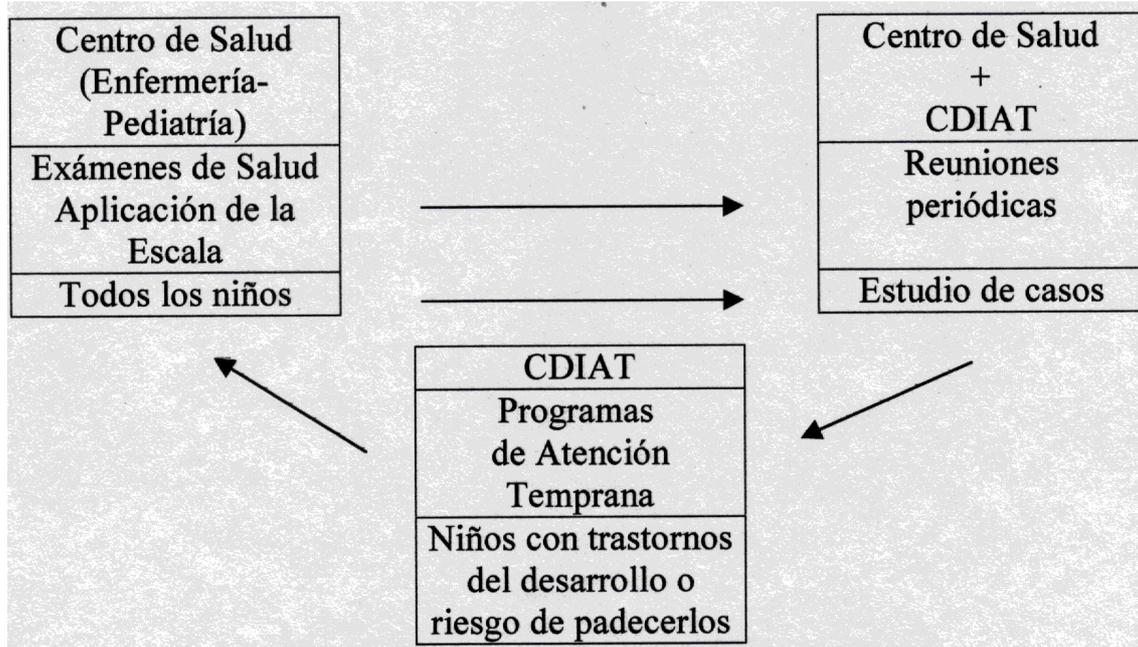
Esta escala se elabora con el propósito de convertirse en un elemento complementario de la Cartilla de Salud Infantil. Intentando cubrir parte de los objetivos específicos que desarrollan el Programa de Promoción de la Salud de la Madre y el Niño. En concreto, aquellos objetivos que hacen referencia al desarrollo del niño, y que son:

- a.- Conocer el nivel de salud de la población infantil de la Comunidad Autónoma, y mantener un sistema de registro del programa de salud de los niños/as, nacidos desde la puesta en marcha del programa, que permita su monitorización continuada.
- b.- Integrar con la supervisión del desarrollo, las acciones preventivas que se dirigen al niño/a.
- c.- Detectar precozmente y tratar las enfermedades propias de la infancia, prevalentes en una zona determinada.
- d.- Detectar y corregir factores de riesgo e intervenir sobre grupos homogéneos.
- e.- Desarrollar la capacidad de autocuidado de los niños/as, enfermos crónicos y/o minusválidos, y de sus familias, y reducir en ellos la aparición de secuelas.
- f.- Favorecer la integración psicosocial del niño/a, durante y después de la hospitalización.
- g.- Socializar el proceso habitual de atención sanitaria, con intervención de los usuarios, y de los profesionales que lo ejecutan y lo gestionan.
- h.- Adecuar el funcionamiento de los equipos de Atención Primaria integrando el papel de los profesionales sanitarios en torno a los objetivos comunes del programa.
- i.- Asegurar la coordinación con otros servicios comunitarios en aquellas acciones encaminadas a mejorar la salud del niño, redimensionando así los cuidados de salud.

Esta escala, con sus características y sus limitaciones. Pretende asumir, en parte, estos objetivos. Para ello, tiene que ser aplicada coincidiendo con los exámenes de salud programados. En un primer momento los exámenes se protocolizaron para los meses primero, tercero, quinto, séptimo, noveno, doceavo, quinceavo y dieciochoavo. Y los dos, cuatro y seis años. Ahora los

primeros exámenes de salud se realizan en primer, segundo, cuarto y sexto mes; y el resto de edades coincide. Y en función de los resultados, tomar las medidas adecuadas en cada caso. En coordinación con los servicios comunitarios. En el caso de detectarse alteraciones en el desarrollo psicomotor (en la actualidad se utiliza el término trastornos del desarrollo) la coordinación implicaría al Centro de Estimulación Precoz (que ahora se denomina Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana).

En síntesis, el modelo de actuación se esquematiza en la siguiente gráfica:



2.- Fundamentación

En la introducción se dice que esta escala surge como resultado de la comparación entre el programa de Atención a Niño y las necesidades detectadas desde un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Y la primera de estas necesidades es, a saber, la de detectar al niño lo antes posible para intervenir inmediatamente. Así, pues, se necesita un vehículo de comunicación adecuado entre: los servicios de detección (Centros de Salud) y los servicios de intervención (Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana); en casos de trastorno en el desarrollo.

Una vez detectado el sujeto susceptible de recibir un Programa Individualizado de Atención Temprana, deberá poder seguirlo. Entendiendo la Atención Temprana como un tratamiento global. Iniciado en los primeros días o meses de vida e instaurado con el fin de mejorar o prevenir los posibles déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos, tanto por causas orgánicas, biológicas o ambientales. Según García Etchegoyen (1.976) existe un amplio grupo de niños, que estaría formado por:

- C Niños con anomalías genéticas, cromosómicas o metabólicas.
- C Niños cuyas madres tuvieron alteraciones serias en la gestación.
- C Niños con signos de sufrimiento en el parto.
- C Niños con alteraciones neonatales.
- C Niños prematuros y/o bajo peso al nacer.
- C Deficientes sensoriales.
- C Bebés morfológicamente dismaduros.
- C Niños con evidente retraso psicomotor sin una clara etiología.
- C Niños procedentes de familias con niveles socio-culturales muy bajos.

La base de los programas de atención temprana se encuentra en las siguientes normas generales:

- a) La intervención debe empezar cuanto antes;
- b) La intervención temprana debe ser llevada a cabo, fundamentalmente, por la familia;
- c) La intervención se basa en el desarrollo evolutivo del niño normal, que nos viene dado por la Neurología y la Psicología Evolutiva;
- d) La evaluación debe preceder a la intervención, ya que es imprescindible conocer las adquisiciones y lagunas del niño para trazar un programa global;
- e) Es necesario un equipo multidisciplinar, que enfoque el programa del niño desde diversas perspectivas; y
- f) El programa de atención temprana debe ser flexible, adaptable a las diferencias individuales que hay a nivel de las familias y en los propios niños.

La escala definida como vehículo de comunicación entre servicios, pretende ser un instrumento de valoración sencillo en su aplicación e interpretación y fiable en cuanto a sus resultados. Que facilite su aplicación a la totalidad de la población infantil. Y que, al mismo tiempo, ofrezca un feedback informativo inmediato a los profesionales encargados de su aplicación. De forma que le confiera validez.

Los criterios básicos utilizados para su elaboración han sido:

- a) La búsqueda de un material lo más sencillo posible, pensando en su ámbito de aplicación y lo engorroso de las situaciones de examen en condiciones precarias;
- b) La selección de las conductas que reunieran dos condiciones: ser significativas y ser fácilmente observables por la madre en el ambiente natural; y
- c) La estructuración final debía reunir la parquedad y la interpretabilidad, en el mayor grado posible.

Lo que no es ni pretende ser es un instrumento sutil de diagnóstico, ya que en el mercado existen numerosas pruebas más complejas, a las que si deben acceder aquellos casos seleccionados por riesgo de trastorno en el desarrollo. La aplicación de pruebas complejas a toda la población infantil sería cuestionable en términos de utilidad y de rentabilidad.

Tampoco pretende ser un método completo, a partir del cual se puedan elaborar programas de atención temprana. Ya que métodos de desarrollo psicomotor ya existen en el mercado. Y además la implementación de estos métodos requieren de la participación de un equipo multiprofesional, para su correcta aplicación.

Para la elaboración de la escala se ha seguido un método comparativo, a partir de las escalas e inventarios que se relacionan al pie de la gráfica. En especial la "Escala Observacional del Desarrollo" y la "Taula de Desenvolupament Psicomotor", por ser instrumentos recientes (en el momento de elaboración de la escala en 1.989) y de baremación con población autóctona.

Para el estudio de la evolución psicomotora se subdivide en cuatro apartados con fines didácticos y operativos, ya que no es posible dividir la globalidad del niño. Estos apartados vienen a reunir una serie de conductas relacionadas entre sí y que, van apareciendo o desapareciendo, como resultado del proceso madurativo implícito en la evolución de cada niño en la interacción con su entorno. Estos cuatro apartados, que también suelen denominarse áreas, son:

La conducta motora, que incluye las denominadas conductas motrices de base, como el equilibrio, la coordinación de movimientos, la habilidad para sentarse, desplazarse, andar, saltar, etcétera.

La conducta adaptativa que incluye un amplio abanico de comportamientos que van desde la manifestación de las habilidades de psicomotricidad fina hasta las manifestaciones del desarrollo cognitivo (intelectual), en los procesos de adaptación del sujeto a su medio ambiente.

La comunicación que incluye los comportamientos que hacen referencia al lenguaje en su vertientes comprensiva y expresiva.

El comportamiento personal-social que incluye las manifestaciones del desarrollo de la personalidad de cada niño, en su ámbito afectivo, pasando por la expresión de las capacidades de autocuidado (alimentación, vestido, limpieza, control de esfínteres,...) y la expresión del tipo de relaciones que va estableciendo el niño con las personas que le rodean.

A continuación se presenta la tabla comparativa en la que aparecen las distintas denominaciones dadas por lo distintos autores. Siendo que cada autor incluye en cada apartado unas conductas u otras, no existe una correlación exacta entre el contenido de las áreas.

Gráfica.

1	2	3	4	5	6	7
Motriz	Motricidad somática	Postural	Psicomotricidad gruesa	Motriz	Control postural y motricidad	Postural
Adaptativa	Senso-motriz Reacción-motriz Percepto-motriz Conceptualizac. Normatividad	Manipulación	Psicomotricidad fina	Adaptativa	Coordinación oculo-manual y cda. De adaptación a los objetos	Adaptativa
Lenguaje	Comunicación	Llenguatge	Comunicación	Lenguaje	Lenguaje	Comunicación
Personal-Social	Cdta. Afectiva Comunicación	Sociabilitat	Social y Autonomía personal	Personal-Social	Sociabilidad	Personal-Social

El nombre de las escalas y sus respectivos autores son los siguientes:

- C Prueba selectiva del desarrollo de Denver.
- C Escala observacional del Desarrollo de Francisco Secadas.
- C Taula de desenvolupament psicomotor de la Generalitat de Catalunya.
- C Puntos clave del desarrollo de Marci J. Hanson.
- C Campos de la conducta de Arnold Gessell y C. Amatruda.
- C Escala para medir el desarrollo de la Primera Infancia de Brunet-Lezine.
- C Escala de seguimiento del desarrollo psicomotor.

3.- Instrucciones

La escala consta de un Listado de comportamientos observables, agrupados por meses; y de una Hoja de datos y de recogida de información..

Se considera condición necesaria para su correcta aplicación, la facilitación de un adecuado clima de confianza, entre el entrevistador y la madre (o informador), previa a la recogida de datos. Y en este aspecto, como en toda relación humana, son la personalidad del entrevistador y sus habilidades en el terreno de la comunicación, los que determinarán, en gran parte, la calidad del resultado.

Se recomienda dar unas breves explicaciones sobre las intenciones de la prueba. Siempre argumentando que es el niño el beneficiario. Y, sobre todo, solicitar una total sinceridad del informante; siendo preferible "un no sabe", "un no contesta" que una contestación afirmativa falsa.

La forma de rellenar la Hoja de Seguimiento Psicomotor es sencilla:

En los puntos 1, 2 y 3 se recogen datos de identificación. Considerando que los datos de las edades corresponden a la fecha del primer seguimiento realizado. En el espacio destinado a la Edad de la madre, hay espacio suficiente para indicar la existencia de alguna característica especial, como: madre soltera, separada, viuda, etcétera. Que pueda ser relevante en caso de tener que elaborar cualquier tipo de intervención.

En el punto 4 se pretende obtener una información parcial sobre el "microambiente" del niño, a partir de la propia autoubicación que hace el informante. Dato que puede ser relevante a la hora de la toma de decisión de una posible intervención, en cuanto a los recursos materiales de los que dispone la familia. A modo indicativo se puede utilizar la siguiente escala de ingresos familiares, aunque existen otra serie de indicadores de status social. Pero en aras de conseguir la máxima sencillez posible utilizaremos la siguiente baremación:

- C BAJA: ingresos familiares inferiores al sueldo base.
- C MEDIA-BAJA: ingresos entre uno y tres sueldos base.
- C MEDIA-MEDIA: ingresos entre tres y seis sueldos base.
- C MEDIA-ALTA: ingresos entre seis y nueve sueldos base.
- C ALTA: ingresos superiores a nueve sueldos base

En el punto 5 también se pretende obtener información sobre el "microambiente" del niño, a partir de la propia consideración del informante. La Familia Base incluye una serie de situaciones de cuya síntesis el informante deberá calificar como "BUENA", "REGULAR" o "MALA".

Siempre se ha de señalar que estas situaciones hacen referencia al momento actual y, por lo tanto, son modificables. Y que no es sino una estimación personal y sincera de los acontecimientos y de los hechos presentes.

A modo de indicación, el informante deberá hacer una síntesis de su realidad familiar en los siguientes ejes:

Situación individual de los padres: (Satisfacción personal, enfermedad grave, situación profesional...).

Relación entre los padres: (Buena comunicación, relaciones tirantes y crispadas,...).

Relación padres-hijos: (Relación de colaboración, dificultades educativas, niños difíciles,...).

La Familia entorno hace referencia a toda una serie de relaciones y situaciones con respecto al medio ambiente próximo de la familia, como: la calidad de relación con otros familiares (padres, hermanos, tíos,...), la situación laboral (paro, contrato eventual,...), acontecimientos especiales (muerte, accidentes,...), etcétera.

En el punto 6 se anotará la fecha correspondiente a cada entrevista de recogida de información. A medida que se realizan las preguntas correspondientes a la edad del niño, se deben rellenar o marcar el círculo correspondiente al número de cada pregunta. Hay preguntas referentes a conductas muy específicas y otras en que el informante considera que no la ha observado, pero que considera que si es capaz de realizarla por realizar otras conductas que requieren las mismas habilidades, destrezas o conocimientos. Entonces se puede anotar como realizada.

En el punto 7 se deben reseñar aquellos hechos que puedan resultar significativos, como por ejemplo: ser un niño con características de población de riesgo biológico o social, haber sufrido algún acontecimiento capaz de generar estrés, anomalías en la presencia física del niño, etcétera.

En el punto 8 se debe anotar toda derivación que se considere oportuna, a partir de los datos de la exploración. Esta derivación puede ser bien a los servicios especializados sanitarios o bien al Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana. Los criterios para seleccionar aquellos casos para estudio conjunto con los técnicos del CDIAT, no han de ser rígidos y son de difícil estandarización, si consideramos la gran variabilidad de los casos susceptibles de atención. Aun así, se establecen unos criterios mínimos a modo de referencia, aunque será la práctica con la escala y la coordinación, las que vayan permitiendo establecer los indicadores más significativos. Estos indicadores mínimos son:

- C Llevar un retraso en más de dos áreas, presentando conductas propias del período de edad correspondiente a exámenes anteriores.
- C Llevar un retraso en un área, presentando conductas correspondientes a períodos de edad de dos o más exámenes anteriores.
- C Presentar algún signo de alerta repetido en dos exámenes, o presentar dos o más signos de alerta en un mismo examen.

HOJAS DE PREGUNTAS

1 MES

- 1- ... Comprobar que al colocarlo boca abajo levanta algo la cabeza.
- 2- ... Estando acostado de lado, gira hasta ponerse boca arriba.
- 3- ... Sentado sobre las rodillas de la madre, mueve las piernas.
- 4- ... Sigue, un poco, la cara de la madre con la mirada.
- 5- ... Se nota que responde a los ruidos de casa.
- 6- ... Se lleva la mano a la boca y a veces se la chupa.
- 7- ... Se tranquiliza al hablarle de forma cariñosa.
- 8- ... Emite pequeños sonidos.
- 9- ... Se fija y responde con una leve sonrisa a otra persona.
- 10- ... Cierra los ojos al dar una palmada cerca de su cara.
- a- ... Tuvo dificultades graves durante el parto.
- b- ... Ha tenido algún problema este primer mes.
- c- ... Presenta algún rasgo de posible minusvalía.

2 MESES

- 11- ... Comprobar que, despierto, colocado boca abajo levanta la cabeza.
- 12- ... Sujetándolo sentado, mantiene la cabeza derecha un momento.
- 13- ... Dejándolo de lado, se gira hasta quedar boca arriba.
- 14- ... Sigue con la vista a una persona que se mueve delante de él.
- 15- ... Se chupa la mano.
- 16- ... En brazos de la madre, le palpa la cara y tira del pelo.
- 17- ... Estando solo emite varias vocalizaciones (aaa, eee,...).
- 18- ... Responde con sonidos ("aajj...") cuando le habla la madre.
- 19- ... Atiende, fijando la cara cuando se le habla.
- 20- ... Se alegra a la vista del pecho o del biberón.
- a- ... Tuvo problemas graves durante el parto.
- b- ... Ha tenido algún problema estos dos meses.
- c- ... Presenta algún rasgo de posible minusvalía.

4 MESES

- 21- ... Tumbado boca arriba se tapa la cara con la sabana, ropa que coge,...
- 22- ... Comprobar que en la maniobra de tracción levanta algo la cabeza y los hombros.
- 23- ... Sostenido de pie, aguanta parte de su peso.
- 24- ... Boca arriba, inicia movimiento para coger el juguete que le ofrecemos.
- 25- ... Se lleva a la boca todo lo que coge.
- 26- ... Mueve el sonajero que tiene en la mano y lo mira.
- 27- ... Vocaliza cuando se le habla.
- 28- ... Deja de mamar para mirar al que habla en la habitación.

- 29- ... Responde con risas, gorgoritos o balbucea.
- 30- ... Alborota para llamar la atención.
- a- ... Esta normalmente irritado y llora desconsoladamente, incluso en brazos.
- b- ... Mantiene el dedo pulgar encerrado dentro de la mano.
- c- ... Moviliza solo un lado del cuerpo o solo un brazo.

6 MESES

- 31- ... Boca abajo levanta el tronco apoyándose en las manos o con apoyo se mantiene sentado.
- 32- ... Boca arriba, se quita la sabana que le tapa la cara.
- 33- ... Se coge los pies con las manos.
- 34- ... Se pasa un objeto de una mano a la otra.
- 35- ... Busca un objeto que se le acaba de caer.
- 36- ... Golpea o frota en la mesa el objeto que lleva en la mano.
- 37- ... Empieza a distinguir entre conocidos y desconocidos.
- 38- ... Ríe, grita y empieza a vocalizar.
- 39- ... Tiende la mano a un objeto que se le ofrece.
- 40- ... Reacciona con risas cuando se le hacen cosquillas.
- a- ... Pasa la mayor parte del día durmiendo, o despierto esta muy pasivo.
- b- ... Acostado, al separarle las piernas no forman un ángulo de 90 °.
- c- ... Mueve más una parte del cuerpo que la otra.

9 MESES

- 41- ... Sentado sin apoyo, se quita la tela que le cubre la cabeza.
- 42- ... Se desplaza gateando.
- 43- ... En la cuna (o parque) se pone de pie cogiéndose a los barrotes.
- 44- ... Coge una bolita (cosa pequeñita) con el pulgar y uno o dos dedos.
- 45- ... Aprende a dar palmadas.
- 46- ... Acerca una cosa que esta encima de una tela, servilleta,...
- 47- ... Entiende la prohibición, y se detiene al oír "No".
- 48- ... Dice alguna palabra de dos sílabas.
- 49- ... Empieza a dar besitos o acerca la cara.
- 50- ... Hace gestos de "adiós", "aplausos",...
- a- ... Repite muchas veces movimientos extraños de las manos, los brazos,...
- b- ... Pasa la mayor parte del día durmiendo, o despierto esta muy pasivo.
- c- ... No es capaz de desplazarse solo por el suelo.

12 MESES

- 51- ... Sentado en el suelo, puede girar sobre sus nalgas.
- 52- ... Anda llevándole de la mano.

- 53- ... De pie y apoyado, se agacha para coger un juguete.
- 54- ... Logra pinchar algo con un tenedor o lo intenta.
- 55- ... Mete y saca objetos de un recipiente.
- 56- ... Hace garabatos débiles después de hacerle una demostración.
- 57- ... Da algo cuando se le pide con palabras o gestos.
- 58- ... Dice dos o tres palabras, utilizándolas adecuadamente.
- 59- ... Coge la cuchara y la dirige a la boca.
- 60- ... Repite actos que han causado risa.
- a- ... Repite muchas veces movimientos extraños de las manos, los brazos,...
- b- ... Pasa la mayor parte del día durmiendo, o despierto esta muy pasivo.
- c- ... No es capaz de desplazarse solo por el suelo.

15 MESES

- 61- ... Se sienta solo en una silla.
- 62- ... Sube una escalera a cuatro patas.
- 63- ... Anda solo.
- 64- ... Coloca un objeto encima de otro (torre de dos piezas).
- 65- ... Mete objetos en ranuras y agujeros.
- 66- ... Lanza una pelota cuando se le pide.
- 67- ... Distingue diferentes ruidos: un coche, un portazo,...
- 68- ... Pide verbalmente el alimento, agua ("aba"), ...
- 69- ... Comprende y cumple ordenes sencillas. Ej: dame la cuchara,...
- 70- ... Colabora cuando se le viste.
- a- ... Repite muchas veces movimientos extraños de las manos, los brazos,...
- b- ... Pasa la mayor parte del día durmiendo, o despierto esta muy pasivo.
- c- ... No es capaz de desplazarse solo por el suelo.

18 MESES

- 71- ... Puede bajarse de un taburete o de una silla baja.
- 72- ... Se agacha para jugar.
- 73- ... Empuja la pelota con el pie.
- 74- ... Pasa torpemente las páginas de un libro, un cuento,...
- 75- ... Manipula el picaporte para abrir la puerta
- 76- ... Con ayuda señala partes de un muñeco: los ojos, la boca,...
- 77- ... Imita gestos y movimientos en ausencia del modelo.
- 78- ... Dice tres palabras, además de papa y mama.
- 79- ... Es capaz de llevar abrazado un muñeco y de acariciarlo, mimarlo,...
- 80- ... Utiliza la cuchara, vertiendo un poco, a veces.
- a- ... Pasa constantemente de una actividad a otra y no se esta quieto.
- b- ... Repite muchas veces movimientos extraños de las manos, los brazos,...
- c- ... Suele estar como ensimismado, despreocupado de lo que pasa a su alrededor.

2 AÑOS

- 81- ... Salta sobre la planta de los pies.
- 82- ... Sube en un triciclo.
- 83- ... Sube escaleras con ayuda.
- 84- ... Se sirve de algo (palo, silla,...) para alcanzar un juguete o cosa que desea.
- 85- ... Construye un puente de tres piezas (tacos de madera) imitando.
- 86- ... Hace trazos horizontales y verticales con el lápiz.
- 87- ... Ejecuta ordenes sencillas: "tócate la nariz", "pon la ropa en la silla",...
- 88- ... Utiliza frases de tres palabras.
- 89- ... Intenta lavarse y secarse las manos. Empieza a frotarse con el cepillo de dientes.
- 90- ... Ayuda a guardar sus juguetes.
- a- ... Pasa constantemente de una actividad a otra.
- b- ... Repite palabras, pero sin referirse a nada en concreto
- c- ... No juega o no inventa acciones sencillas con sus juguetes.

4 AÑOS

- 91- ... Pedalea con habilidad el triciclo o la bicicleta.
- 92- ... Da saltos quedando de puntillas o salta a la pata coja.
- 93- ... Sube y baja las escaleras sin tener que mirarse los pies.
- 94- ... Puede meter bolitas por el cuello de una botella.
- 95- ... Utiliza las tijeras.
- 96- ... Conoce los colores: azul, rojo y amarillo.
- 97- ... Cumple ordenes complejas, ej: "trae la silla, coge la pelota y ponla encima".
- 98- ... Empleando frases explica algún suceso.
- 99- ... Tiende a sustituir las pataletas por la protesta verbal.
- 100- ... Controla el pipi y la caca, de día.
- a- ... Repite palabras, pero sin referirse a nada en concreto.
- b- ... No juega o no inventa acciones sencillas con sus juguetes.
- c- ... No se relaciona con otros niños, no acepta las reglas de juego,...

6 AÑOS

- 101- ... Al montar en bicicleta, intenta ponerse de pie sobre los pedales.
- 102- ... Le encantan los juegos de persecución: pistoleros, pillarse,...
- 103- ... Lucha en broma con su padre u otra persona. Le cuesta detenerse.
- 104- ... Utiliza bastante bien el lápiz, el cuchillo y las tijeras.
- 105- ... Maneja con facilidad el mando a distancia.
- 106- ... Acierta el número de dedos que se le presentan con dos manos.
- 107- ... Hace numerosas preguntas y espera impaciente las respuestas.
- 108- ... Aprende canciones o sigue el canto colectivo.
- 109- ... Considera bueno lo que los padres permiten, y malo lo que prohíben.

- 110- ... Se puede vestir y desvestir solo.
- a- ... Pasa de una cosa a otra constantemente.
- b- ... No se relaciona con otros niños, no acepta las reglas de juego,...
- c- ... No acude al colegio con regularidad.

HOJA DE PREGUNTAS

EXAMEN PSICOMOTOR REPETIDO

BIS

3 MESES

- 11- ... Acostado boca abajo, se apoya en los codos.
- 12- ... Comprobar que acostado mantiene la cabeza en la línea media y las extremidades en simetría.
- 13- ... Permanece sentado con apoyo y mantiene la cabeza derecha.
- 14- ... Se fija en objetos de colores y brillantes.
- 15- ... Se lleva juguetes o cosas a la boca.
- 16- ... Sostiene y juega con el sonajero.
- 17- ... Vuelve la cabeza hacia quien le habla.
- 18- ... Emite alguna vocalización: " aa..., ee...".
- 19- ... Deja de llorar cuando alguien se le acerca.
- 20- ... Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho.
- a- ... Esta normalmente irritado y llora desconsoladamente, incluso en brazos.
- b- ... Mantiene el dedo pulgar encerrado dentro de la mano.
- c- ... Moviliza solo un lado del cuerpo o solo un brazo.

5 MESES

- 21- ... Intenta darse la vuelta o se revuelve con algo de ayuda.
- 22- ... Coge los pies con las manos o lo intenta.
- 23- ... Sostenido de pie, soporta parte de su peso.
- 24- ... Se pasa un objeto de una mano a otra.
- 25- ... Se fija en cosas pequeñas (un pendiente,...).
- 26- ... Busca un juguete que acaba de perder.
- 27- ... Vuelve la cabeza al instante cuando se le llama.
- 28- ... Pronuncia el sonido "e" y lo repite si la mama insiste.
- 29- ... Sonríe a quien le trata con cariño.
- 30- ... Sonríe y vocaliza ante el espejo.
- a- ... Pasa la mayor parte del día durmiendo, o despierto esta muy pasivo.
- b- ... Acostado, al separarle las piernas no forman un ángulo superior a 90°.
- c- ... Mueve más una parte del cuerpo que la otra.

7 MESES

- 31- ... Puede darse la vuelta boca arriba, y viceversa.
- 32- ... Se mantiene sentado sin ayuda.
- 33- ... Cogido por las axilas, da unos pasos.
- 34- ... Coge un objeto en cada mano.
- 35- ... Sacude algo si hace ruido.

- 36- ... Se quita la sábana que le tapa la cara.
- 37- ... Atiende a su nombre y al oír "nene".
- 38- ... Dice e imita vocales y sílabas.
- 39- ... Se resiste a que le quiten algo que tiene cogido.
- 40- ... Come galletas, un trozo de pan,... él solo.
- a- ... Al empujarle, estando sentado, no pone el brazo para parar la caída.
- b- ... Pasa la mayor parte del día durmiendo, o despierto esta muy pasivo.
- c- ... Persiste el reflejo de Moro.

HOJA DE SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Nº Historial

Nº Seg. Soc.

1. Nombre _____ F. Nac.: _____ Lugar: _____
2. Dirección _____ Población: _____ Teléf.: _____
3. Nº Hnos.: _____ Edades: _____ Edad Padre: _____ Edad Madre: _____
4. Autoubicación socioeconómica: Alta **9**/Medi-alta **9**/Media **9**/Media baja **9**/Baja **9**
5. Definición situación familiar: Familia base B **9** R **9** M **9** Familia entorno B **9** R **9** M **9**

6. Gráfica:

Fecha Seguimiento											
	1 Mes	2 Meses	4 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	15 Meses	18 Meses	2 Años	4 Años	6 Años
Postural	1-F	11-F	21-F	31-F	41-F	51-F	61-F	71-F	81-F	91-F	101-F
	2-F	12-F	22-F	32-F	42-F	52-F	62-F	72-F	82-F	92-F	102-F
	3-F	13-F	23-F	33-F	43-F	53-F	63-F	73-F	83-F	93-F	103-F
Adaptativa	4-F	14-F	24-F	34-F	44-F	54-F	64-F	74-F	84-F	94-F	104-F
	5-F	15-F	25-F	35-F	45-F	55-F	65-F	75-F	85-F	95-F	105-F
	6-F	16-F	26-F	36-F	46-F	56-F	66-F	76-F	86-F	96-F	106-F
Comunicación	7-F	17-F	27-F	37-F	47-F	57-F	67-F	77-F	87-F	97-F	107-F
	8-F	18-F	28-F	38-F	48-F	58-F	68-F	78-F	88-F	98-F	108-F
Personal Social	9-F	19-F	29-F	39-F	49-F	59-F	69-F	79-F	89-F	99-F	109-F
	10-F	20-F	30-F	40-F	50-F	60-F	70-F	80-F	90-F	100-F	110-F
Signos de alerta	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F	a-F
	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F	b-F
	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F	c-F

7. Observaciones _____

8. Indicaciones: _____

Glosario

- C Atención Temprana: es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlo. Estas intervenciones son planificadas por un equipo multidisciplinar con carácter global y orientación interdisciplinar o transdisciplinar.
- C Carácter global: consiste en considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura, etcétera.
- C Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana: es aquel servicio que dispone de los recursos personales y materiales, propios o en coordinación con los existentes en la zona de cobertura, suficientes para realizar una intervención global y personalizada a los niños, sus familias y su entorno, que presentan o tienen riesgo de presentar trastornos en su desarrollo.
- C Coordinadora de Atención Temprana: es aquel grupo o comisión compuesto por representantes de los tres departamentos: Sanidad, Servicios Sociales y Educación; y padres y profesionales implicados en la Atención Temprana. Además de los representantes políticos implicados en cada nivel. Debe existir una Coordinadora a nivel nacional, una para cada una de las autonomías, y una Coordinadora en cada uno de los sectores definidos de cobertura de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
- C Deficiencia: es toda pérdida o anomalía en la estructura psicológica, fisiológica o anatómica.
- C Desarrollo psicomotor: es el proceso evolutivo de relación que cabe esperar entre el niño y su entorno de manera que se facilite la maduración de sus posibilidades sensoriales, motrices y de autonomía personal, así como la organización subjetiva y mental.
- C Discapacidad: es toda restricción o falta motivada (derivada de una deficiencia) de la capacidad para desarrollar una actividad de un modo normal o dentro de los límites que se consideran normales en el ser humano.
- C Eficacia: acción o acciones por las que se consigue un objetivo determinado.
- C Eficiencia: aquella acción o acciones que permiten alcanzar un objetivo de la mejor forma posible.

- C Equipo Interdisciplinar: es aquel en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.
- C Equipo Multidisciplinar: es aquel en el que se intercambia la información pero las decisiones de cada área se toman básicamente de forma independiente por los distintos miembros del equipo.
- C Equipo Multiprofesional: es aquel compuesto por profesionales de distintas disciplinas.
- C Equipo Transdisciplinar: es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o contacto directo con la familia.
- C Minusvalía: es la desventaja social que experimenta el individuo como resultado de una deficiencia o discapacidad y que limita o impide el cumplimiento de las expectativas que se esperan de él, en función de características como la edad, sexo, etcétera.
- C Población diana: aquel sector de población que es objetivo de una intervención. En el caso de la intervención en Atención Temprana es la población infantil comprendida desde el nacimiento hasta los seis años.
- C Programa de Atención Temprana: es el programa global que define un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Incluye los objetivos, estrategias, medios, sistemas de evaluación, etcétera.
- C Programa Individual de Atención Temprana: es el programa que se elabora para cada niño en concreto. Incluye el diagnóstico, la intervención terapéutica y el seguimiento.
- C Programa Específico de Atención Temprana: es aquel programa que se elabora para un sector concreto de la población con una característica en común. En el ámbito de la Atención Temprana están los programas de seguimiento para niños de riesgo biológico o social. Además de aquellos programas que se diseñen a nivel de Prevención 1ª y 2ª.
- C Riesgo biológico: es aquella situación que en los periodos pre-peri/o postnatales o durante el desarrollo temprano puede alterar el desarrollo madurativo. Hay diversas situaciones reconocidas: prematuridad, bajo peso, anoxia, etcétera.
- C Riesgo psico-social: se da en aquellos niños cuyas condiciones sociales son poco favorecedoras (como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padre y familia, abusos, etcétera) y pueden alterar su proceso madurativo.

- C Sinergia: es la asociación o cooperación de movimientos, actos u órganos para el cumplimiento de una función. Se utiliza para describir el fenómeno por el cual el resultado final de la actividad del grupo es mayor que la suma de las actividades individuales de sus componentes.
- C Técnico de Desarrollo Infantil: es aquel profesional que dispone de la formación y la experiencia suficiente para desempeñar su trabajo en la población infantil con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos.
- C Trastorno del desarrollo: es toda desviación del curso del desarrollo, debido a un proceso activo en el que pueden interactuar diferentes factores.

Bibliografía

Alonso, J.M. (1997). *Atención Temprana*. En VV.AA. *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años (pp. 87-107)*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Association on Mental Retardation (1997). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

Amiel-Tison, C. y Grenier, A. (1984). *Valoración neurológica del recién nacido y del lactante*. Barcelona: Masson.

Amiel-Tison, C. y Grenier, A. (1987). *Vigilancia neurológica durante el primer año de vida*. Barcelona: Masson.

Andolfi, M (1993). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.

Andreu, T. (1996). *Nuevos cauces de investigación en el ámbito de la Atención Temprana*. Revista de Educación Especial (22, 55-66).

Asociación Española para la calidad. (1997). *Guía de autoevaluación según el modelo europeo para Pyme*. Madrid: AEC.

Basil, C. y Puig de la Vellacasa, R. (1988). *Comunicación Aumentativa*. Madrid: INSERSO.

Belda, J. C. (1984). *"Una asociación de padres para avanzar"*. Barcelona: Cuadernos de Pedagogía.

Belda, J. C. (1988). *L' estimulació precoç. Un curs per a educadors*. Alcoy: CEP.

Belda; J. C. (1989). *Escala de seguimiento del desarrollo psicomotor*. Alcoy.

Belda, J. C. (1996). *"L'escolarització de Lirios"*. Barcelona: Infància.

Belda, J. C. (1997). *"La integración"*. Alcoy: Ciudad.

Belda, J. C. (1999). *"El movimiento asociativo y las perspectivas de futuro de la Atención Temprana"*. Madrid: Voces.

Blaker, B.L. y Otros (1980). *Colección ¿Cómo enseñar a mi hijo?*. Madrid: Pablo del Río Editor.

Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A. y Hilliard, J. *Guía Portage de Educación Preescolar*. Madrid: MEPSA.

Brunet, O. y Lézine, I. (1977). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la 1ª Infancia*. Madrid: MEPSA.

- Cabrera, M.C. y Sánchez Palacios, C. (1984). *La estimulación Precoz: Un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- Candel, I. y otros (1987). *Estimulación Precoz en niños con Síndrome de Down*. Murcia: Cajamurcia. Assido.
- Candel, I. (1993). *Programa de Atención Temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: CEPE.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.
- Casado, D. (1977). *Cambio de las instituciones de Bienestar Social en España*. Madrid: Marova.
- Conselleria de Sanitat i Consum. (1987). *Programa de supervisión de la Salud Infantil*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Conselleria de Sanitat i Consum. (1988). *Manual de atención al Niño*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Dare, Ch. (1982). *Su hijo de 6 años*. Barcelona: Paidós.
- Daws, D. (1982). *Su hijo de 1 año*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, N. R. (1981). *Investigación en retraso mental. Volumen I*. SIIS. San Sebastian.
- Ellis, N. R. (1982). *Investigación en retraso mental. Volumen II*. SIIS. San Sebastian.
- Equipo EICS (1983). *Guía de estimulación precoz para niños ciegos*. Madrid: INSERSO.
- Fábregues, I. y otros (1988). *Taula de Desenvolupament psicomotor*. Generalitat de Catalunya.
- Fernández Fernández, S. (1997). *Guía de Integración Laboral para Personas con Discapacidad*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández, R. y otros (1997). *Organizaciones que gestionan servicios de apoyos a personas. Una aproximación sectorial*. Valencia: ADAPT.
- Fraser, W.I. (1990). *Temas clave en investigación del retraso mental*. SIIS. Madrid.
- Frith, H. (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza.
- Fundación Catalana para el Síndrome de Down. (1989). *Inventario del Desarrollo de Battelle*. Barcelona.
- García Sánchez, F.A. y otros (1998). *Ficha Individual de Seguimiento para la Atención Temprana*. Murcia: FEAPS - Región de Murcia.

- Genysi (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Genysi.
- Gesell, A. y Amatruda, C. (1979). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Giné, C. (1992). *Repensar l'atenció primerenca*. Barcelona: ACAP (11-12, 19-41).
- Giner, S. (1977). *Sociología*. Barcelona: Península.
- González Mas, R. (1983). *Estimulación Sensoriomotriz Precoz*. San Sebastián: SIIS.
- González, S. y González, A. (1982). *Prevención de la subnormalidad mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gracia Fuster, E. (1996). *Los grupos de autoayuda. Informació Psicològica*. Valencia: COP PV.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Trabajo de Coordinación de Centros y Servicios de Atención Temprana y el Grupo Amat. (1990). *Guía de Centros de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid.
- Guralnick, M.J. y Bennett, F.C. (1989). *Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situaciones de riesgo*. Madrid: INSERSO.
- Hanson, M.J. (1983). *Programa de intervención Temprana para niños mongólicos. Guía para padres*. Madrid: SIIS.
- Helios II, Grupo Temático 1 (1996). *Early intervención*. Munich: F. Peterander.
- Helios II, Grupo Temático 7 (1996). *La buena práctica en Rehabilitación funcional*.
- Illingworth, R. S. (1983). *El desarrollo infantil en sus primeras etapas*. Barcelona: Ed. Médica y Técnica.
- Johnson-Martin, N.M. y otros (1994). *Curriculo Carolina*. Madrid: TEA.
- Kent, L.R., Basil, C. y del Rio, M.J. (1985). *Programa para la Adquisición de las Primeras Etapas del Lenguaje*. Madrid: Siglo XXI.
- Kew, S. (1978). *Los demás hermanos de la familia. Minusvalía y crisis familiar*. Madrid: INSERSO.
- Le Métayer, M. (1995). *Reeducación cerebromotriz del niño pequeño*. Barcelona: Masson-ASPAC.
- Lobato, D. J. (1992). *Hermanos y Hermanas de niños con necesidades especiales*. INSERSO. Madrid.

- MacCarthy, D. (1977). *Escala de aptitudes y psicomotricidad para niños*. Madrid: TEA.
- Millá Romero, M.G.E. (1997). *La atención temprana en la Comunidad Valenciana. Retos y perspectivas ante el tercer milenio*. Valencia: Informació Psicològica. Núm. 65.
- Millá Romero, M.G.E. (1999). *Propuesta para la calidad de los servicios de Atención Temprana. Estado actual*. Murcia: Revista Atemp nº 2.
- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Departamento de Minusválidos Psíquicos (1978). *Estimulación Precoz*. Madrid.
- Monografías sanitarias de atención primaria de salud (1988). *Manual de atención al niño*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- Morgan, H.H. y Cogger, J.W. (1977). *Manual del entrevistador*. Madrid: TEA.
- Morgon, A. y otros (1991). *Educación precoz del niño sordo*. Barcelona: Masson.
- Naciones Unidas (1988). *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías.
- Nickel, H. (1978). *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*. Barcelona: Herder.
- Osborne, E. L. (1991). *Su hijo de 4 años*. Barcelona: Paidós.
- Osborne, E. L. (1982). *Su hijo de 5 años*. Barcelona: Paidós.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
- Picq, L. y Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona: Científico-Médica.
- Riviere, A. y Martos, J. (1997). *El tratamiento del autismo. Nuevas prespectivas*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Romero, C. (1989). *Programa sobre Prevención de Minusvalías Psíquicas (Subnormalidad)*. Pamplona: Departamento de Presidencia.
- Rosenbluth, D. (1982). *Su bebé*. Barcelona: Paidós.
- Rosenbluth, D. (1982). *Su hijo de 2 años*. Barcelona: Paidós.
- Rosenbluth, D. (1972). *Su hijo de 3 años*. Barcelona: Paidós.
- Salisbury, Ch. L. e Intagliata, J. (1988). *Cuidados sustitutivos, Servicios de apoyo para las personas con discapacidades y sus familias*. INSERSO. Madrid.

- Sebastian, J. (1996). *Proyecto para la creación de un Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Precoz*. Zaragoza: Fundación Rey Ardid.
- Secadas, F. (1988). *Escala Observacional del Desarrollo*. Madrid: TEA.
- Selikowitz, M. (1992). *Síndrome de Down*. Madrid: INSERSO.
- Servicio de Minusválidos Psíquicos. Sección de Programas y Asistencia Técnica. *Servicio de Atención Precoz*. Madrid.
- SIIS. Centro de Documentación y Estudios (1999). *Legislación relativa a la política para la discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Toledo, M. (1988). *Juntemos el sol. Estrategias para la defensa de la persona con discapacidad*. Madrid: Polibea.
- Vargas, T. y Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental*. Madrid: Pirámide.
- Vidal, M. y Díaz, J. (1990). *Atención Temprana*. Madrid: CEPE.
- Vidal, M. y Díaz, J. (1990). *Atención Temprana. Guía práctica para la estimulación del niño de 0 a 3 años*. Madrid: CEPE.
- Vila, A. (1990). *¿Quién es diferente?* Madrid: Narcea.
- VV.AA. (1994). *Guía Regional de Atención Temprana. Prevención de deficiencia en la población infantil de 0 a 6 años*. Murcia: dirección General de Bienestar Social. Comunidad Autónoma.
- VV.AA. Documentos. (1997). *Simposio iberoamericano de experiencias de estimulación temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- VV.AA. Documentos (1997). *Curso sobre prevención de deficiencias*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías.
- VV.AA. (1997). *Memoria del Real Patronato (1976-1996)*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías.
- VV.AA. (1997). *Gestión de servicios de apoyo a personas*. Valencia: ADAPT.
- VV.AA. (1998). *Early Intervention in Europe*. Dinamarca: Victoria Soriano. Project Manager.
- Wallon, H. (1977). *La evolución psicológica del niño*. Barcelona: Critica.
- Watzlawick, P. y otros (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawitck, P. y otros (1989). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Wechler, D. (1986). *Escala de inteligencia de Wechler para preescolar y primaria*. Madrid: TEA.

Willis, A. y Ricciuti, H. (1990). *Orientaciones para la escuela infantil de cero a dos años*. Madrid: Morata.