

Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño

Arantxa Diez Martínez

EN RESUMEN | Desde las nuevas concepciones de Atención Temprana, el objetivo global de los programas de intervención es potenciar al máximo la autonomía e independencia, tanto del niño como de la familia. El papel que desempeñan los profesionales en la consecución de estos objetivos es decisivo, fundamentalmente la intervención del primer terapeuta de estimulación, aquel que comienza su intervención a los pocos meses, e incluso días, del nacimiento de un niño con síndrome de Down. Él será quien, además de poner en marcha los programas de atención directa con el niño, garantizará que la familia vaya asumiendo la nueva situación, adquiera estrategias de intervención, valide sus competencias parentales y se desarrolle los vínculos afectivos necesarios. Todo se consigue a lo largo de un proceso más o menos estable, aunque necesariamente individualizado en cada sistema familiar.

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA: AGENTES Y OBJETIVOS

Cuando nace un niño con síndrome de Down o en el momento en el que los padres conocen la discapacidad que va a padecer su hijo, describen que se “rompen por dentro”, aparece una serie de emociones que les bloquean y se despiertan sentimientos de incapacidad para la crianza de ese hijo; pero a la vez se desarrolla el firme compromiso de “hacer todo lo que esté en sus manos para sacar adelante al niño”. Comienza el peregrinaje de visitas a profesionales y familiares de personas con discapacidad intelectual y todos coinciden en

aconsejar a los padres que debe comenzar cuanto antes la estimulación del niño.

Es así como suelen llegar a los Centros de Atención Temprana que, entre sus fines para el buen funcionamiento del proceso y el éxito de la intervención, actualmente contemplan la estimulación del niño como integrante de un sistema familiar. Por lo que la atención a la familia, y no sólo al niño, se convierte en objetivo prioritario.

El modelo de entornos competentes aplicado a los centros de Atención Temprana, constituye un modelo ecológico de intervención basado en la necesidad de conseguir que los padres potencien la percepción de autocompetencia. “El profesional de la Atención Temprana se convierte en un promotor de cambios en el contexto, a través de una interacción eficaz con los padres, y la intervención que realiza con el niño adopta un matiz de evaluación continua que permite un adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales” Perpiñán, 2003).

Desde este modelo teórico, los profesionales de Atención Temprana han de plantear objetivos tanto respecto al niño como respecto a la familia, que vayan encaminados a potenciar al máximo la autonomía e independencia de ambos. En el niño se interviene para conseguir el máximo desarrollo posible de las capacidades que le permitirán adquirir altas cotas de autonomía como persona. Se entiende que la familia es autónoma cuando adquiere la máxima independencia en la crianza y en el desarrollo del rol paterno de una persona con discapacidad intelectual.

A. DIEZ:

Es Licenciada en Psicología y directora de la Etapa Infantil en la Fundación Síndrome de Down de Madrid. Correo-e: f sdm.infantil@downmadrid.org

Por consiguiente, los profesionales deben tener muy en cuenta que ellos mismos desempeñan un papel fundamental en la interacción con el sistema familiar y que su posición no es neutra, sino que está condicionada por la estructura del equipo al que pertenecen, por su propia formación y experiencia y por su estilo profesional. También van a influir características más personales como son sus propias emociones sobre sí mismos y su capacidad profesional, su sistema de atribuciones respecto a la discapacidad, la atención temprana, y las expectativas que depositen en el niño y la familia.

EL NIÑO

Con carácter general, los principales objetivos que se plantean respecto al niño, a lo largo de todo el proceso de intervención en Atención Temprana, son (Libro Blanco de Atención Temprana, 2005):

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficit secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo

Y todo ello se trabaja mediante una intervención global, planificada, que atienda al desarrollo de todas las áreas: motora, perceptivo-cognitiva, de comunicación y lenguaje, social y afectivo-emocional.

LA FAMILIA

Pero tan importante como el niño, es el contexto en el que se desenvuelve, y este, en los primeros momentos de la vida, lo constituye la familia. La familia en general, y los padres en particular, son un elemento clave en el proceso para la consecución de los objetivos mencionados, desarrollando múltiples papeles que han de ser tenidos en cuenta desde el inicio, y a lo largo de toda la intervención. He aquí los más destacados:

- La familia es objeto directo de la intervención: tienen unas necesidades concretas de apoyo, información, formación y asesoramiento que han de ser atendidas
- La familia ha de ser agente implicado en el proceso de intervención: para la generalización de los aprendizajes del niño es importante que se trasladen a contextos naturales, y este papel sólo pueden desempeñarlo los propios familiares
- Los padres son los tutores legales del menor: por lo tanto tienen el derecho y la obligación de asumir la responsabilidad de las decisiones que se adopten respecto a todos las actuaciones que se lleven a cabo respecto a su hijo
- Por último, son los protagonistas del futuro: los profesionales irán variando, pero la familia es la única figura que permanecerá estable a lo largo de toda la vida del niño. Y desde el nacimiento, los padres, ejerciendo la responsabilidad legal mencionada, van “dibujando” lo que será su futuro, teniendo en cuenta variables relacionadas con sus redes de apoyo social, con sus sistemas de creencias y valores...

EL PROFESIONAL

Teniendo en cuenta esta perspectiva, los objetivos específicos que el estimulador se debe plantear en su relación con las familias para la consecución de la autonomía total en cuanto al cuidado y educación de su hijo con discapacidad, son:

1. El establecimiento de los vínculos de apego

2. El garantizar la autocompetencia en el cuidado y atención a las necesidades del niño
3. La adquisición de estrategias de intervención y trato que han de estar en equilibrio con estrategias paternas.

Tras una acogida inicial, en la que se escucha a la familia en el momento de crisis, se intenta resolver las primeras dudas, esbozar lo que será el futuro de la persona con discapacidad, transmitir confianza en ellos mismos como padres y en la calidad de los servicios especializados... comienza la intervención terapéutica, consistente en un número de sesiones semanales (variable según la organización de cada centro, pero en todo caso no menos de una sesión semanal ni más de tres), con un estimulador, y en las que han de estar presentes, al menos uno de los padres.

LA INTERACCIÓN

El estimulador se convierte, pues, en una importante persona de referencia para la familia, ya que ofrece un modelo de actuación a partir del cual se inicia el aprendizaje de pautas de intervención en el manejo del niño. Sin duda, la relación que se produce durante el proceso de intervención tiene un fuerte componente emocional donde están implicadas las características del niño, de la familia y del profesional, y hay que contemplar estos sentimientos a la hora de diseñar el proceso de intervención, para que éste transcurra de forma adecuada.

Los problemas más frecuentes que se pueden observar en el proceso de intervención respecto a la diferenciación de roles entre familia y profesional son los siguientes:

- El terapeuta constituye una figura tan importante que se deposita en su persona la asunción de decisiones y responsabilidades respecto al niño, encontrándose la familia incapaz de decidir por sí misma
- Por el contrario, en ocasiones no se gana la suficiente confianza; el terapeuta y la situación de tratamiento se convierten, para la familia, en “los enemigos del niño”, ya que verbalizan que el menor desarrolla en el domicilio y el contexto natural una serie de adquisiciones que en las sesiones de intervención con el profesional no pone en marcha. Ya sea porque quieren demostrar que “han hecho los deberes”, o porque ayudan al niño más de lo necesario para que haga lo que se le pide, la realidad es que viven al estimulador como un “examinador”
- El profesional se siente amenazado por los sentimientos o reacciones de las familias, lo que inevitablemente conduce a que el proceso no funcione
- Por último, un planteamiento incorrecto de la tarea por parte del terapeuta, provoca que los padres se limiten a realizar una reproducción literal en el domicilio de la situación de tratamiento, sin llegar a comprender por completo los objetivos puestos en marcha.

Todo profesional de Atención Temprana ha de ser consciente de la posibilidad de que se den los problemas descritos, para poder manejarlos y que no interfieran en la intervención terapéutica con las familias.

Existe una responsabilidad subsidiaria por parte del equipo de Atención Temprana al que pertenece el profesional. Este equipo está formado por psicólogos, trabajadores sociales, maestros, fisioterapeutas, logopedas, psicopedagogos..., y que tiene diseñada una estructura y normativa que permite que se supervisen de forma conjunta la evolución de todos los casos mediante actuaciones de formación, coordinación y diseño de líneas teóricas y de intervención.

FASES EN LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

Durante las sesiones de estimulación, mientras el terapeuta está trabajando directamente con el niño en presencia de sus padres, se va produciendo una intervención también con la familia, a partir de conversaciones, más o menos espontáneas, relativas al niño, a la crianza, a la discapacidad, al futuro, a los sentimientos.

Se establece, por tanto, una relación triangular profesional-familia-niño, en la que el centro es



María con Irene y con su mamá

el sistema familiar, desde donde se apoyan y respetan sus decisiones, y se proporcionan apoyos para reforzar su funcionamiento, con los siguientes objetivos generales (S. Perpiñán, 2003):

- Establecer una relación de confianza mutua padre-profesional
- Reforzar la percepción de autocompetencia, validando las estrategias individuales que los padres ponen en marcha con el niño
- Aprender a observar las potencialidades del bebé dando significado a sus conductas y a las del adulto
- Aprender técnicas concretas de interacción-comunicación
- Aumentar la capacidad de reacción de los padres ante mínimas señales comunicativas del niño
- Recoger información sobre las características y necesidades concretas de la familia

Esta relación triangular evoluciona por una serie de fases o momentos que conducen a la autonomía parental fundamentada en la seguridad y la autocompetencia. No se pueden establecer tiempos para el desarrollo de cada una de las fases. Están directamente relacionadas con las atribuciones y características tanto de las familias como de los profesionales respecto a la evolución del proceso y a las propias capacidades; así como con el desarrollo evolutivo del niño: si durante este proceso el niño va evolucionando según las expectativas será más fácil que las familias adquieran confianza, primero en el profesional y posteriormente en ellas mismas.

Es fundamental que, desde las primeras intervenciones con el niño con discapacidad intelectual, los profesionales transmitan a las familias unas atribuciones ajustadas que consigan:

- incidir en las capacidades y no en el déficit
- equilibrar la certeza de la existencia de la discapacidad con la ausencia de pronóstico
- señalar la realidad de la continua evolución del desarrollo del niño y la importancia de la facilitación de los aprendizajes ajustados a los momentos evolutivos.



Patricia trabaja con Cristina y con su mamá

FASE DE INICIO

Cuando se inicia el proceso de intervención, el profesional se encuentra con una familia con un alto nivel de exigencia emocional ante la situación de discapacidad de su hijo recién nacido: se encuentran saliendo del estado de shock, tienen miedo, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza...; además tienen que comenzar a asistir a un centro con los consiguientes desplazamientos, ajustes de horarios... A todo ello, se une que han de aceptar que un desconocido evalúe y proponga modificaciones en la actitud que vienen manteniendo con su hijo.

Pero a la vez tienen una confianza ciega en el tratamiento de estimulación que tanto se les ha recomendado, y al que otorgan unos resultados “casi mágicos”.

Podríamos simbolizar la situación de la triada profesional-familia-niño en este primer momento, mediante la figura de un triángulo escaleno (figura 1), en el que existen grandes e irregulares distancias entre los tres vértices ocupados por cada componente de la triada.



La familia desconoce todo lo relacionado con la discapacidad, la atención temprana, la evolución de su hijo... Existe una larga distancia que le separa del profesional al que acaba de conocer, basada fundamentalmente en la desconfianza.

Por otra parte, respecto al niño, también existe una distancia larga sobre la que se deben hacer ajustes: todo recién nacido es, en primer término, las expectativas que sus padres tenían depositadas sobre él: durante el periodo de embarazo (y en ocasiones, incluso antes) han fantaseado con planes para su futuro a corto y largo plazo, han “decidido” a quien debe parecerse, que virtudes ha de heredar de cada uno de los progenitores.... Cuando el bebé con síndrome de Down nace, desaparecen todas las atribuciones que se le habían adjudicado al niño y aparecen otras basadas en prejuicios y etiquetas sociales (“los niños con síndrome de Down son muy cariñosos, pero son niños para toda la vida”; “son muy felices, porque no se enteran de la maldad”, “la niños se reirán de ellos y no sabrán defenderse”, “serán incapaces de”...). Y todo ello, junto con los sentimientos de ansiedad y tristeza, imposibilita el acercamiento afectivo necesario como punto de partida para el desarrollo de cualquier ser humano.

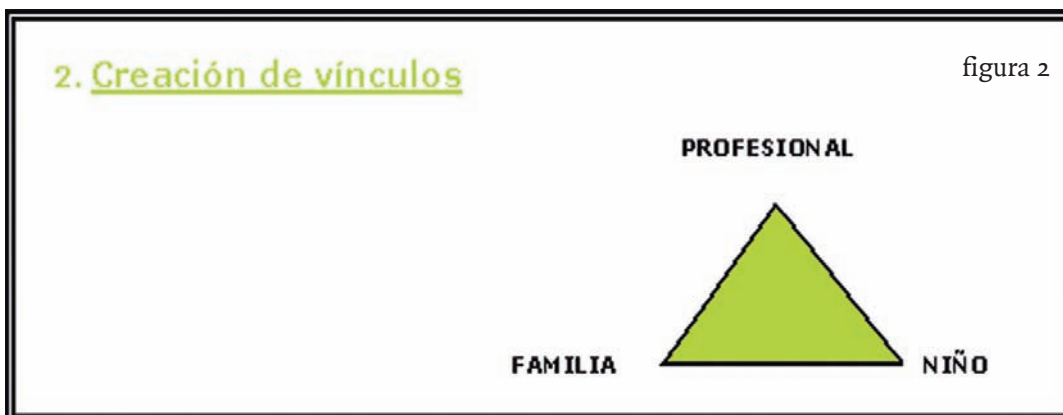
El profesional en este momento es el encargado de dibujar las líneas que unen a unos con otros. Y habrá de utilizar su relación con el niño a partir de la empatía, de la capacidad de escucha ante las demandas del menor, así como las técnicas de facilitación del desarrollo evolutivo, como herramientas fundamentales de acercamiento. Los primeros objetivos respecto al desarrollo evolutivo del niño estarán basados fundamentalmente en las reacciones reflejas que poco a poco habrán de transformarse en respuestas ante estímulos sensoriales. El profesional ha de conocer bien los reflejos primarios, para provocar respuestas inmediatas en el bebé. Así la familia observará cómo el estimulador es capaz de provocar una reacción en el niño; eso le produce tranquilidad respecto al bebé, puesto que es capaz de responder, y respecto al terapeuta que les transmite seguridad y la certeza de que sabe lo que hace.

Los objetivos a trabajar durante esta fase de inicio, son:

- Establecer una relación de confianza entre el profesional y la familia
- Empatizar con el recién nacido
- Despejar en la familia las dudas que tengan
- Favorecer el que la familia vaya situándose en el “aquí y el ahora”
- Diseñar un sistema de creencias y atribuciones familiares respecto a la intervención, la discapacidad y respecto a su hijo, basado en los principios, creencias y valores propios de la familia y no en los prejuicios sociales
- Analizar cuales son las emociones que están interfiriendo en el acercamiento afectivo al niño, e intentar poner en marcha estrategias para el manejo de dichas emociones
- Favorecer el contacto físico entre el niño y sus progenitores

FASE DE CREACIÓN DE VÍNCULOS

Según se vayan alcanzando los objetivos de la fase de inicio, se habrán acortado las distancias emocionales entre la familia y el profesional (figura 2).



Las sesiones de intervención comienzan a formar parte de las rutinas familiares. El terapeuta ha establecido claramente cuál será la dinámica de las sesiones, qué se pretende con la intervención, por qué se diseñan unos objetivos y no otros, ha ofrecido pautas para la vida diaria, ha facilitado pequeños cambios evolutivos en el niño... Todo ello despierta en la familia cierta confianza sobre el saber hacer del profesional, y la certeza de que con asesoramiento, ellos mismos serán capaces de poner en marcha las estrategias de intervención que ayudarán al desarrollo de su hijo.

También se acorta la distancia entre familia y el niño porque éste desmonta muchos de los miedos que tenía la familia, ya que sus primeros comportamientos son los de cualquier bebé. A los pocos días de vida, el bebé distingue el olor y la voz de quién le cuida y prefiere estos estímulos a otros; en seguida, comienza a fijar la mirada en los ojos del adulto. En torno a los tres meses, aparece la sonrisa social, que si bien al principio es simplemente una mueca, el niño pronto comprueba que cuando la produce provoca reacciones positivas en quienes le rodean. De la misma manera, cuando se siente mal realiza movimientos y llora, descubriendo que estas conductas provocan reacciones en los otros.

A su vez, para la familia, la capacidad de comprender y responder a las expresiones del niño, observando el feedback que éste les devuelve, constituye una enorme fuente de satisfacción y orgullo de competencia. Se establecen los vínculos emocionales primarios necesarios para el desarrollo del apego más estable que proporciona seguridad a todo ser humano.

En esta etapa se van asentando los primeros vínculos afectivos y de confianza, lo que supone un momento clave en el desarrollo afectivo del niño y uno de los primeros momentos de tranquilidad familiar. Pero la estabilidad de esta etapa es frágil. Una enfermedad del niño, y más si va acompañada de hospitalización, puede desencadenar en él comportamientos que la familia interpreta como retrocesos; el cometaario desafortunado de un vecino inoportuno o la lectura en Internet de una terapia pseudomágica, hacen temblar los cimientos que empezaban a sostener a la familia, y empieza a aparecer la idea de que no es suficiente todo lo que están haciendo respecto a su hijo.

A esto hay que añadir que los objetivos de desarrollo evolutivo que trabaja el estimulador coinciden con los hitos del desarrollo normal (reptación, volteo, sedestación...) descritos en las consultas pediátricas, y se empiezan a evidenciar las diferencias respecto a la población normalizada, lo que supone en las familias otro rebrote de inestabilidad emocional.

Por tanto, en la fase de creación de vínculos se trabaja para conseguir:

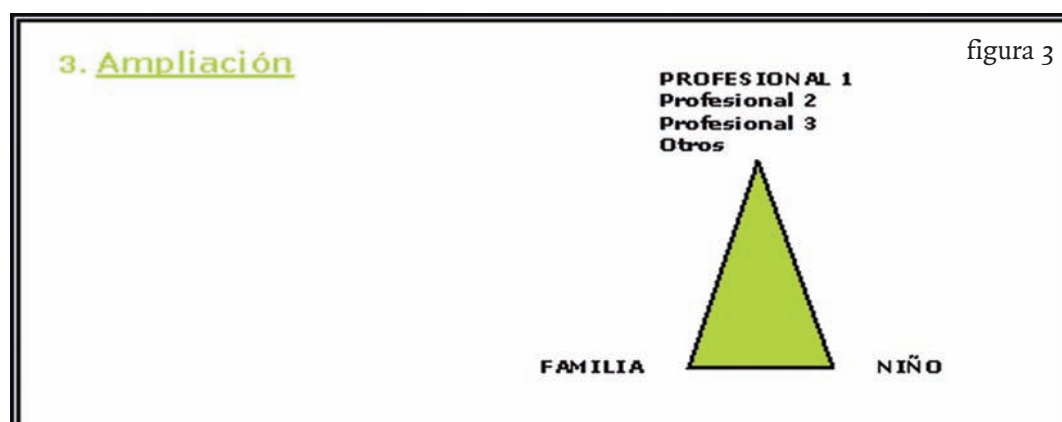
- Consolidar la relación de confianza entre el profesional, la familia y el niño
- Fortalecer el nuevo sistema de creencias y atribuciones familiares respecto a la intervención, la discapacidad y respecto a su hijo
- Diseñar estrategias personales que permitan al profesional y la familia asumir los tiempos que han de emplearse en la intervención con el niño
- Dotar a la familia de herramientas y estrategias de manejo emocional que permitan reconducir las ideas fatalistas y/o retrocesos que puedan aparecer

FASE DE AMPLIACIÓN

A esta fase se llega cuando la intervención está sistematizada y la confianza ganada. El apego, según lo definió Bowlby (1997) está establecido: se observan en el niño conductas voluntarias de acercamiento hacia sus progenitores y hacia el terapeuta (en menor medida), y todos a su vez responden facilitando en el niño seguridad y satisfacción, disfrutan de la relación, se sienten seguros y capaces. Se está recuperando la homeostasis familiar y la vida cotidiana: los padres comienzan a retomar actividades que habían dejado de lado, las conversaciones que plantean al estimulador ya no giran sólo en torno a la discapacidad y al niño; se percibe mayor relajación en las sesiones; acuden con ganas, ya no constituye un esfuerzo, sino una de las rutinas agradables de la semana, pero ya no es la única ni la prioritaria.

Nuestro triángulo equilátero empieza a convertirse en un triángulo isósceles (figura 3). Y es que el profesional puede plantearse alargar las distancias y que empiecen a desaparecer las estrategias de unión entre familia y profesional que hasta el momento había establecido. Esta separación será necesaria como consolidación del sentimiento de autocompetencia y punto de partida para la autonomía parental. En los próximos meses van a sucederse una serie de momentos importantes para la toma de decisiones (introducción de alimentos, visitas médicas, escolarización, enseñanza de hábitos y normas...), y es importante que la familia sea capaz de adoptarlas, contando con el consejo profesional, pero de forma autónoma, basándose en los sistemas de creencias y valores que sostienen la familia.

Para establecer el proceso de distanciamiento, es positivo que comiencen a intervenir nuevos profesionales (figura 3): tanto de atención directa al niño, como de atención a la familia.



El niño ha de seguir su programa de intervención individualizado, sistemático y global, que se completa, según sus necesidades, con la actuación específica de profesionales como logopedas, fisioterapeutas...

En la familia pueden aparecer otras circunstancias para las cuales necesitarán la incorporación de nuevos profesionales. En su calidad de objeto directo de la intervención, a través de programas de información y apoyo tales como: grupos de padres, programas “padre a padre”... Y como agente implicado en el proceso de intervención, la familia ha de poder acceder a servicios de formación y asesoramiento: escuelas de familias, entrevistas informativas sobre pautas de intervención...

Por lo tanto, en el momento de distanciamiento profesional y de ampliación, los objetivos fundamentales serán:

- Dotar a la familia de herramientas y estrategias de comunicación e intervención
- Reforzar el programa de intervención integral del niño
- Supervisar en la toma de decisiones que la familia haga respecto a la evolución del niño
- Ampliar la red de apoyo profesional

FASE DE SEPARACIÓN

En este momento tiene gran relevancia el desarrollo cognitivo del niño. Se encuentra en lo que Piaget (2002) describió como periodo sensorimotor, en el cual el niño usa sus sentidos en pleno desarrollo y las habilidades motrices para conocer aquello que le rodea; interactúa con los objetos, ya que observa los resultados que sus acciones producen en ellos.

En este momento evolutivo se entiende por objeto también a sus familiares, pues como se ha descrito, responden a todas las indicaciones que realiza el niño. En este momento del desarro-

llo, si el objeto no está directamente estimulando los sentidos del niño, para él, literalmente, el objeto "no existe". Por eso siente angustia cuando se van sus padres, porque cuando lo hacen "dejan de existir"; cuando el niño deja de ver a su madre y cree que se ha ido, llora.

Dando un paso más en el desarrollo evolutivo, el niño comienza a tener noción de la permanencia de los objetos, y acaba comprendiendo que su madre volverá; y aunque ella no esté presente, el niño sabe que la madre permanece en el espacio. Esta comprensión hay que facilitársela, por lo que es necesario que las familias no estén permanentemente presentes en las sesiones de intervención.

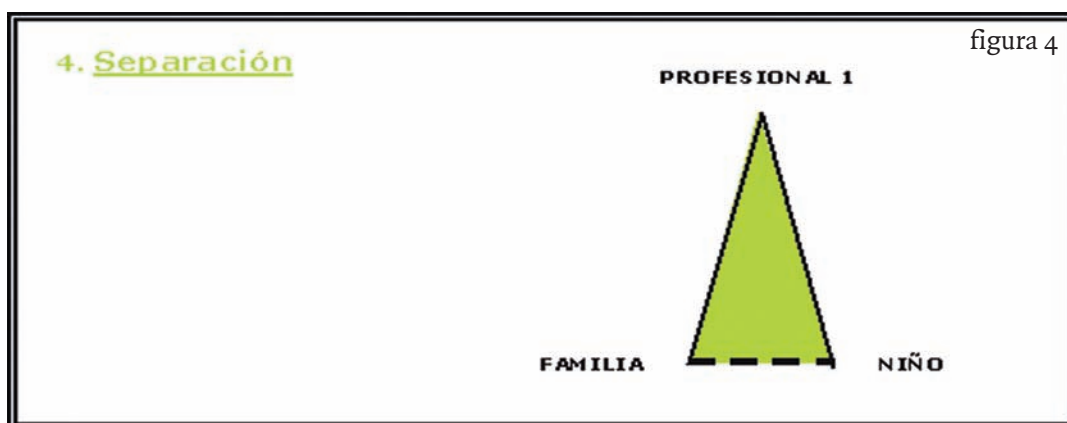
Esta separación temporal también revierte positivamente en las familias, que en los momentos de espera, aprovechan el contacto informal con otras madres para intercambiar inquietudes y experiencias sin más compromiso que el que quieran ir estableciendo entre ellas. Pero para que puedan realizar estos contactos con absoluta tranquilidad, es especialmente importante que el profesional informe detalladamente a las familias de lo que ha sucedido durante cada una de las sesiones de intervención. Hay que tener en cuenta que hasta este momento la familia observaba cada pequeño avance de su hijo, y ahora sabrá sólo aquello que le cuenten los profesionales.

Esta fase (figura 4), tiene su base y su objetivo en el mantenimiento de la seguridad en la relación establecida, sin que exista la necesidad, ni del niño ni de la familia, de mantener una presencia física constante.

Cuando además el reencuentro se caracteriza por la búsqueda de contacto y facilidad para reconfortarse, se habrá logrado el vínculo de apego seguro que se comenzó a trabajar cuando existían grandes distancias entre los vértices del triángulo, y las familias, desesperadas, afirmaban a ciencia cierta ser incapaces de llegar a este momento de complicidad con su hijo.

En la fase de separación habrá que conseguir:

- Desarrollar en el niño la capacidad de simbolización y representación mental
- Ampliar la red de apoyo informal, que en numerosas ocasiones, servirá de base para relaciones sociales futuras
- Consolidar la comunicación bidireccional profesional-familia
- Incidir en lo positivo del desarrollo, de los aprendizajes y de la ejecución de las tareas



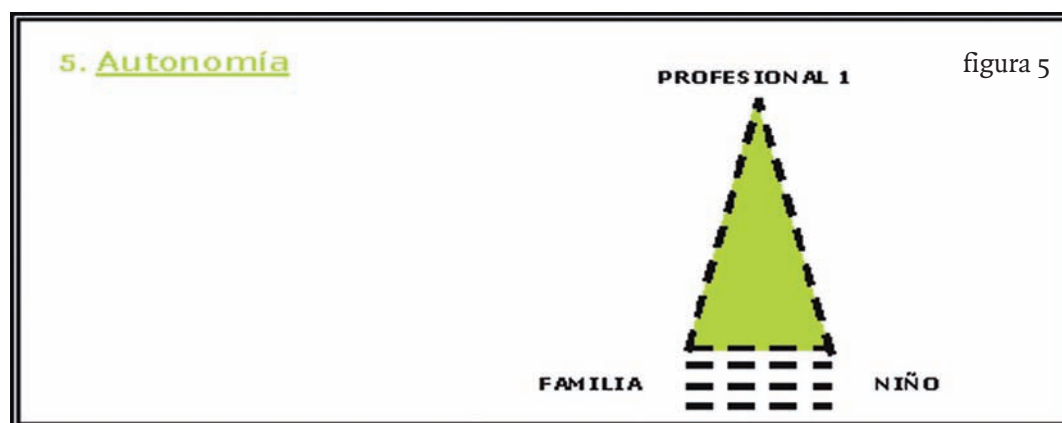
FASE DE AUTONOMÍA

Cuando se alcanza la fase de autonomía es porque están establecidas todas las relaciones de apego entre el niño y las personas significativas para él. Están definidos y diferenciados los roles que han de desempeñar tanto los familiares como los profesionales. Está garantizada la autocompetencia parental y la disponibilidad profesional.

El niño recibe los apoyos que facilitan que continúe evolucionando en su programa de intervención global, y desarrolla progresivamente habilidades y capacidades necesarias para adaptarse a las situaciones sociales.

Entre la familia y el niño se amplía progresivamente el número y la calidad de las interacciones, en las que el profesional no interviene en absoluto (figura 5).

El profesional por su parte, debe mantener su disponibilidad ante la familia y asimismo introducir la tranquilidad de que los servicios profesionales son de calidad y que a partir de este momento habrán de superar nuevas fases en las que otros van a intervenir y les van a ofrecer los apoyos necesarios. Las familias cuentan con herramientas de manejo emocional suficientes para afrontar nuevas crisis y solicitar ayuda profesional cuando lo consideren oportuno.



Por tanto, para afianzar y mantener la autonomía parental, en cada nuevo contacto entre el profesional y la familia, es importante:

- Fomentar y garantizar las actitudes de disponibilidad por parte del profesional
- Mantener una distancia emocional ajustada profesional-familia/niño
- Transmitir tranquilidad en cuanto a la calidad de los servicios

El proceso de intervención descrito, que finaliza en la fase de autonomía, facilitará a las familias la capacidad para afrontar con fortaleza la siguiente etapa vital, que tiene sus propias particularidades: la etapa escolar.

REFERENCIAS

- Asociación Síndrome de Down de Madrid: "El Síndrome de Down hoy: perspectivas para el futuro". Nueva Imprenta. 1991
- Bowlby, J.: "El vínculo afectivo". Barcelona; Paidós Ibérica, S.A. 1997
- Candel, I. (dir.). "Programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo". Ed. CEPE. 1999
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT): "Libro Blanco de la Atención Temprana". Real Patronato de la Discapacidad. Madrid 2000; 2005
- Flórez, J. y Ruiz, E. "Síndrome de Down". En: Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones". Colección Feaps. Madrid 2006
- García Sanchez, F. y Mendieta García, P.: "Guía de orientación y sensibilización sobre desarrollo infantil y atención temprana para pediatría". Feaps. Región de Murcia 2003
- Millá, M.G. y Mulas, F.: "Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención". Promolibro. Valencia 2005
- Perpiñan, S. "La Intervención con familias en los programas de AT". En: Candel, I. (dir). "Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo". Feisid 2003.
- Piaget, J.: "Psicología del niño". Madrid. Morata. 2002