

Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar

Intervention in Early Childhood Care: Family-centred Approach

Amparo Martínez Moreno ¹ y Nuria Calet ²

¹ Consulta de psicología privada. Melilla, España

² Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, España

Disponible online 31 de agosto de 2015

Existe un gran consenso sobre la importancia de prestar una adecuada atención durante los primeros años a la población infantil, con problemas en el desarrollo o con riesgo de padecer algún trastorno. En este contexto tienen lugar los programas de Atención Temprana, cuya disciplina supone un modelo de intervención relativamente reciente. En los últimos años se ha situado el entorno familiar en el foco de atención, adquiriendo éste un papel clave en los programas de atención durante los primeros años de vida. No obstante, se observan prácticas profesionales diversas y aún quedan algunas interrogantes en relación a su función. El propósito de este trabajo es analizar la evolución que ha tenido la Atención Temprana su papel en la actualidad, los programas de intervención, así como el papel de la familia dentro del marco de la Atención Temprana. Se revisan los estudios más relevantes en el área y se proponen nuevas líneas de actuación.

Palabras Clave: Atención Temprana; Infancia; Modelo de Intervención; Acción Familiar.

Widespread consensus exists on the importance of early care during childhood, especially for children with developmental disorders or those who are at risk of developing such a disorder. Early intervention programs have been developed, which involve a relatively recent intervention model. The home environment has recently become the focus of attention and has acquired a key role in care programs during the first years of life. However, a variety of professional practices have arisen in this regard and questions remain in relation to their function. This article analysed the development of early care intervention, its role, and intervention programs, and examined the role of the family in early care for children. The most relevant studies are reviewed and new lines of action are proposed.

Key Words: Early Childhood Care; Childhood; Intervention Model; Family Action.

Hoy en día, gracias a la multitud de investigaciones y avances experimentados en el ámbito de las ciencias del comportamiento, neurobiológicas y sociales, existe cierto consenso y sensibilización sobre la importancia de prestar una atención temprana a la población infantil, ya sean niños con desarrollo típico, con problemas en el desarrollo o con riesgo de padecerlos. De esta forma, diferentes estudios señalan la infancia como una etapa de crecimiento y maduración del SN donde las experiencias tempranas van a ser cruciales para el desarrollo posterior, teniendo así dicha etapa importantes repercusiones durante el resto de la vida del ser humano. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señala que el desarrollo a lo largo de la infancia será un determinante de la salud, el bienestar y el aprendizaje durante toda la vida.

Como disciplina la Atención Temprana (AT) es un modelo de intervención relativamente reciente, existiendo una concienciación por parte de todos los sectores implicados en su implementación sobre la necesidad de trabajar con unos criterios bien definidos para prestar una atención óptima al infante. El objetivo de este trabajo es realizar un recorrido histórico sobre la evolución que ha experimentado el campo de la AT en los últimos años. Asimismo se analizará el cambio de papel que ha sufrido la familia en éste ámbito y las principales líneas de actuación que posibilitan prestar una AT de calidad. Existen otros trabajos que han analizado el papel de la AT, si bien son menos actuales y no se centran en el análisis sobre el papel de la familia (e.g., Giné, Gràcia, Vilaseca y García-Díe, 2006; Giné, Vilaseca, Gràcia y García-Dié, 2004; Gutiez Cuevas y Ruiz Veerman, 2012; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013). Por último, se proponen nuevas líneas de actuación.

Perspectiva histórica de la Atención Temprana y panorama actual

En la actualidad el estudio de la AT es considerado un tema fundamental a nivel europeo. Los documentos internacionales publicados en las últimas décadas muestran una evolución en las ideas y teorías al respecto. Así por ejemplo, el Informe Warnok encargado en 1974 por el Secretario de Educación del Reino Unido a una comisión de expertos, el cual fue publicado en 1978, tuvo una gran repercusión en toda Europa respecto a los cambios que introdujo en el campo de la intervención infantil y de la educación especial.

En 1991, la Asociación Europea de Intervención Temprana publicó el manifiesto Eurlayid, el cual, junto con otras publicaciones relevantes, ofrecen una amplia perspectiva de la evolución de este tema a nivel teórico, práctico y político. En la misma línea, dentro del Programa de Acción Comunitario Helios II (1993-1996) se pusieron de manifiesto importantes reflexiones tanto de las perspectivas educativas como de las rehabilitadoras. En 1998, la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, publicó un documento en el que se reflejaban las últimas tendencias en varios países europeos. Y

Por su parte, las aportaciones desde diferentes disciplinas como la Psicología, Neurología, Pediatría, Fisioterapia, Pedagogía y Logopedia han contribuido a la evolución del concepto y a su aplicación práctica. Principalmente destacan dos grandes cambios; por un lado en la conceptualización de AT y, por otro, a nivel de la intervención.

En cuanto al desarrollo de un nuevo concepto de AT, ahora la AT unifica las aportaciones desde el campo de la salud, la educación y las ciencias sociales —particularmente la psicología—. En el pasado todas estas disciplinas tenían relaciones distintas y no siempre han actuado de manera interrelacionada.

Con respecto a la intervención, en un primer momento se centraba prioritariamente en el niño, mientras que en la actualidad existe un enfoque más amplio que se centra no sólo en el niño, sino también en la familia y en la comunidad (Blanchard, Gurka, y Blackman, 2006; Peterander, 2003).

Por otra parte, a partir de los años 70, la especialización disciplinar así como diferentes investigaciones, ponen de manifiesto que la primera infancia es un periodo con necesidades y características específicas que son diferentes a cualquier otro momento y que existen posibilidades de intervenir para tratar de modificarlo (Gutiez, 1995). En esta línea, los avances en el campo del desarrollo cerebral subrayan la importancia de las experiencias tempranas en el establecimiento y desarrollo de las conexiones neuronales. Según Park y Peterson (2003), diversas investigaciones parecen probar que las experiencias ricas y positivas durante la primera infancia pueden tener efectos beneficiosos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas, en la formación de relaciones saludables con los demás y en la adquisición de distintas capacidades que le serán de gran utilidad para la vida posterior. Así pues, la evolución que experimentan los niños desde el nacimiento hasta los primeros años de vida, no se puede comparar con ningún otro estadio del ciclo vital (Shonkoff y Phillips, 2000).

En lo que respecta a nuestro país, la AT aún sigue consolidándose como disciplina científica. Sus orígenes hemos de buscarlos en los primeros programas sobre estimulación precoz allá por los años 70. Grande (2011) afirma que en los años 70-80, cuando la corriente de la Estimulación Precoz llega a España basada en actuaciones asistenciales, este movimiento evoluciona hacia el concepto de AT, pasando de actuaciones asistenciales a otras actuaciones de carácter preventivo, coordinado, global e interdisciplinar.

Así, las dos principales vías de penetración de la AT en España fueron por un lado, el sistema sanitario y su red de hospitales, y por otro, el sistema de servicios sociales—siendo el INSERSO el representante más importante de este servicio en nuestro país—.

Por otra parte, el Real Patronato es una de las principales instituciones de ámbito estatal que vela por la prevención y la atención de las deficiencias—creado por decreto 1023 /

1976, de 9 de abril, como Real Patronato de Educación Especial—y cuya actuación propulsó el nacimiento de las primeras medidas encaminadas a la prevención y la atención de las deficiencias.

En los años 90 la responsabilidad de la AT estaba compartida entre diferentes instituciones—servicios sanitarios, educativos y sociales—, sin una clara distribución de competencias entre ellas y con una gran disparidad de situaciones entre las diferentes comunidades autónomas. Es por ello que se publica el Libro Blanco de AT, elaborado por el Grupo de Atención Temprana (GAT) y editado en el año 2000 por el Real Patronato de Prevención y Atención a Persona con Minusvalía, en un intento de aunar criterios y convertirse en un referente normativo para todos los sectores implicados en este campo—administraciones públicas, profesionales, asociaciones y familias—; conceptualizando la AT como:

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 de los niños con trastorno en su desarrollo o con riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT, 2000, p.13).

No obstante en la actualidad, pese al citado intento de unificar criterios en el campo de la AT, en el territorio español continúan existiendo grandes diferencias, debidas en parte a las políticas de descentralización y a la historia cultural propia de cada Comunidad Autónoma (GAT, 2001).

Marco de trabajo de la Atención Temprana

Áreas de intervención. En primer lugar, es necesario señalar que las áreas desde las que se lleva a cabo actualmente la AT son tres: salud, educación y servicios sociales. El área de la salud, principalmente gira en torno a la atención pediátrica, y se centra en factores evolutivos del niño, acciones preventivas y de asistencia sanitaria. Por otro lado, el área de educación se centra en el apoyo a la integración en el contexto ordinario de educación y se actúa de manera individualizada, desarrollándose toda acción como apoyo en el entorno del aula. Por último, en el área de servicios sociales, los centros de AT actúan en régimen ambulatorio desarrollando programas de facilitación del desarrollo motor, de la comunicación y de la relación interpersonal, haciendo partícipes a los miembros de la unidad familiar. Se plantea la atención individualizada mediante programas de atención al niño, prestando especial atención al grado en que los padres y otros miembros de la familia conocen, interpretan, integran y aplican las pautas y orientaciones que se derivan del programa (Ramírez, 2005).

La buena coordinación entre los tres sectores mencionados, junto con la familia y el propio niño es crucial si se pretende ofrecer una atención de calidad. Esto es así cuando se trata de niños con desarrollo típico, siendo más importante aun cuando

son niños con desarrollo patológico. En relación a esto, señalar que un reciente trabajo publicado por Floyd y Dago (2014) advierte sobre la importancia del establecimiento de una buena comunicación entre los profesionales sanitarios, educadores, familia, niño y otros profesionales, cuando éste padece una enfermedad minoritaria; necesitando de una mayor coordinación en su atención, de una forma compleja y multidisciplinar; dadas las complicaciones que surgen en estas familias a todos los niveles—esto es, sanitario, social, educativo, familiar y personal—. Estas autoras señalan como posible vía para ofrecer una atención integral el “hogar médico”, definiendo esto como el ofrecimiento de una atención médica completa al niño que se centra en la familia, es sensible a su cultura, accesible, permanente y coordinada. Dicho hogar promueve la coordinación entre el ámbito sanitario, los centros educativos, las fundaciones, las diferentes organizaciones en la comunidad, la familia y con el propio niño. No contemplaría las meras derivaciones a las otras especialidades o servicios, sino que incorporaría la mejora de la comunicación entre los servicios sanitarios de atención primaria y los otros servicios, desarrollando un vínculo entre los profesionales sanitarios y la familia, mejorando el conocimiento y las habilidades de todos incluidos (McAllister, Presler y Cooley, 2007). De esta forma, si el niño recibe una atención coordinada puede mejorar su salud física y mental, la satisfacción de su familia y la suya propia, mejorando, en definitiva, su calidad de vida.

No obstante, a pesar de todos los datos que avalan los beneficios de prestar esa atención coordinada, en la práctica no es sencillo lograrla, puesto que casi la mitad de los niños con necesidades especiales no reciben una adecuada atención integrada (Murphy, 2011). Para alcanzar este objetivo sería conveniente que todos los profesionales que se encuentran en contacto con el niño se esforzaran por desarrollar la buena relación y comunicación entre ellos, así como con la familia del niño afectado, trabajando como un equipo bien avenido.

Niveles de intervención. Por otra parte, cuando hacemos alusión al término AT hemos de conceptualizarlo en un sentido amplio, tomando como punto de referencia los tres niveles de intervención posibles, entre los que se encuentran: el “nivel primario” que realiza actuaciones de prevención y sensibilización dirigidas a la población en general, con el objetivo de evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil; el “nivel secundario” cuyas actuaciones están dirigidas a la población de riesgo, con el objetivo de realizar precozmente una detección y diagnóstico; y, por último, el “nivel terciario” con actuaciones encaminadas a eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones que se han detectado en la población infantil.

En este sentido, cada uno de los sectores anteriormente mencionados lleva a cabo una serie de acciones en el contexto de la AT, los cuales se sintetizan a continuación (véase la Tabla 1).

Tabla 1

Niveles y sectores de actuación en Atención Temprana.

N	Salud	Educación	Servicios sociales
1º	Identifican y señalan circunstancias relevantes en la promoción de la salud y prevención de patologías infantiles. Destacan los programas de planificación familiar, atención a la mujer embarazada, vacunaciones, control del niño sano, entre otros.	Los centros educativos participan en campañas de información/formación de la población en aspectos relativos al desarrollo infantil y la detección de patologías.	Las intervenciones se dirigen a prevenir las situaciones de riesgo social. Se dedican a la atención a la familia en programas como: ayuda a madres adolescentes, inmigrantes, entre otros.
2º	Detectan embarazos de alto riesgo y prestan atención a niños con elevado riesgo de presentar alteraciones en el desarrollo. Destacan los servicios de Obstetricia, Neonatología y los de Pediatría.	Los maestros/as de las escuelas infantiles son unos agentes de detección relevantes, identificando problemas que pueden pasar inadvertidos a los padres.	Detectan factores de riesgo social para el desarrollo infantil, observando las situaciones familiares: bajos ingresos, madres adolescentes, drogodependencias, marginación social y familiar, entre otros.
3º	Intervenciones específicas dirigidas a niños con trastornos en su desarrollo; pudiendo comenzar dicha atención en los propios servicios de Neonatología para después ser atendidos por los diferentes especialistas del campo de la salud.	Los alumnos de educación infantil con problemas de desarrollo, además de acudir a los CDIAT*, están integrados en sus propios centros escolares donde se les ofrece una atención individualizada, según las necesidades educativas especiales que presentan.	Intervenciones a través de programas de atención individualizada para aquellos niños/as y familias que lo precisen, pudiendo ser ofrecidos desde los Centros Base u organizaciones sin ánimo de lucro concertados con la Administración Pública.

Nota. N = niveles de intervención; *Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) son centros que ofrecen los recursos personales –con profesionales cualificados y especializados en diferentes áreas– y materiales necesarios para realizar una intervención general y específica, atendiendo a la población infantil de 0-6 años, a sus familias y a su entorno.

Modelos de intervención. Actualmente las corrientes de trabajo en AT se fundamentan en una serie de modelos teóricos que ponen de manifiesto la importancia del entorno y la interacción del niño con éste. Fundamentalmente destacan tres: modelo biopsicosocial, modelo ecológico-sistémico y el modelo transaccional.

El modelo de intervención biopsicosocial de funcionamiento y discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, ICF, 2001) toma en consideración todos aquellos aspectos en su vertiente preventiva y asistencial tendentes a potenciar las capacidades y desarrollo del menor. Este modelo posibilita de la forma más completa la integración del mismo en su medio familiar, escolar y social, así como el desarrollo de su autonomía personal.

Por otro lado, desde el modelo ecológico-sistémico, se señala que todas las intervenciones llevadas a cabo han de considerar no sólo al niño, sino también a la familia y al entorno en el que éste se desenvuelve; por tanto, habrán de tenerse en cuenta las características personales del infante, el ambiente y la posibilidad de interacciones recíprocas. Se trata de normalizar la situación del niño y conseguir su total integración. El hogar y la escuela son los entornos naturales en los que se mueve el niño y es en ellos donde debe realizarse la intervención en AT (e.g., Burger, 2014).

Por su parte, el modelo transaccional señala que, el desarrollo del niño es el producto de las continuas interacciones dinámicas del infante con la experiencia proporcionada por su familia y por el contexto social. Según Sameroff y Fiese (2000) lo novedoso de este modelo es que pone el mismo énfasis en los efectos del niño y del medio ambiente, de tal forma que las experiencias que son proporcionadas por el medio no se contemplan como independientes del niño. Así pues, la AT debe incidir tanto en el niño como en su entorno para favorecer los elementos que benefician la relación entre ellos.

Encontrar un marco de trabajo equilibrado para atender las necesidades del niño y las de su familia no ha resultado una tarea sencilla, como ha sido puesto de manifiesto en diferen-

tes estudios (Casado, 2006; De Linares y Rodríguez, 2004; Espe-Scherwindt, 2008; Millá y Mulas, 2005; Perpiñán, 2009; Watts, McLeod y McAllister, 2009). No obstante, señalar que actualmente, la mayor parte de los programas de intervención se centran en los entornos naturales del niño, habiendo surgido un modelo ecológico de actuación denominado modelo de entornos competentes, en el cual se potencia la percepción de autocompetencia de los padres y los educadores del niño con dificultades. Tomando como marco de referencia la Teoría de los Constructos Personales de Kelly, la metodología a seguir sería crear un sistema común de constructos referentes a la discapacidad, el papel de las personas implicadas y la intervención, entre otros, que potencie que los cuidadores se perciban autocompetentes para el cuidado del niño, fomentando así la corresponsabilidad.

Intervención desde el ámbito familiar

Importancia de la familia. Como se ha mencionado anteriormente, las investigaciones realizadas en los últimos años han puesto de manifiesto el papel clave de la familia en la AT (Burger, 2014; Giné, Gracia, Vilaseca y García-Díe, 2006; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Trenado, Pons-Salvador, y Cerezo, 2009; Vandenbroeck y Lazzari, 2014; Vilorio y Guinea, 2012). De hecho, no sería posible prestar una atención adecuada al menor por parte de los tres sectores mencionados con anterioridad sin la adecuada colaboración de la familia en todo este proceso; resultando crucial la implicación familiar para favorecer la interacción afectiva y emocional, así como para la eficacia de los tratamientos. De esta forma, la actuación de la AT ha ampliado su marco incluyendo el trabajo con las familias como un componente básico de referencia de actuación (GAT, 2005).

Son varios los modelos que entienden el desarrollo humano como una actividad social en la que los niños participan desde que nacen de forma activa, y es ahí donde desarrollan sus capacidades (p. e., Bronfenbrenner, 1987; Bruner, 1977). El cambio de orientación desde un modelo biológico -centrado en el trata-

miento del niño que sufría alguna deficiencia- hasta un modelo ecológico en el que la familia tiene un papel clave, al conceptualizar al niño como el resultado de un complejo proceso de interacciones entre el organismo y el ambiente (Iversen, Shimmied, Ciacera y Parbhakar, 2003), es algo que fundamenta la implicación familiar en la intervención.

Los comienzos del trabajo centrado en la familia están relacionados con cambios en la concepción de los problemas del desarrollo y en la forma de apoyar al niño y a su entorno familiar, se pasa de atender a los padres a trabajar con los padres (Brown, Galambos, Poston y Turnbull, 2007). Así pues, la relación que deben mantener los profesionales de las unidades de AT con las familias debe centrarse en la cooperación y la colaboración. Así pues, el nuevo modelo que se viene aplicando en AT implica a la familia en todo el proceso de evaluación, prevención e intervención (Medina i Mirapeix et al., 2007).

En el logro de esta participación es necesario ayudar a las familias a modificar, adquirir o mejorar algunas pautas de interacción que tienen lugar en su contexto diario de juego y alimentación para que el trabajo pueda considerarse completo. Todo ello sin olvidar que se deben atender sus preocupaciones, expectativas, así como las ayudas de la que disponen y los recursos. Esto es así porque asegurando unos patrones de interacción adecuados en el seno familiar, se facilitará un desarrollo óptimo para el niño, tanto si se trata de niños de población general como si se trata de niños de poblaciones de riesgo o con discapacidades establecidas (Guralnick, 2005). En relación a esto, señalaremos un reciente estudio llevado a cabo por Pérez et al. (2012), cuyo propósito era analizar la relación existente entre el estrés experimentado por los progenitores y el desarrollo cognitivo, comunicativo y motor de los niños. Los resultados de dicho estudio pusieron de manifiesto la existencia de una relación entre estrés parental y desarrollo del niño, encontrando que las madres, principalmente, como consecuencia de desempeñar ese rol materno puntuaban más alto en las diferentes dimensiones de estrés, pudiendo verse afectado el desarrollo motor del niño por esta variable. Dichos hallazgos están en consonancia con los obtenidos por Gerstein et al. (2009), quienes mostraron que el estrés parental suele ser mayor en las madres que en los padres. Por otra parte, los resultados de este estudio coinciden, en cierta forma, con los obtenidos por Guralnick (2001, 2005) al afirmar que si se aseguran unos patrones de interacción adecuados dentro de la familia, se facilitará un desarrollo óptimo para el niño. En consecuencia, dichos resultados evidencian la idoneidad de implementar programas de prevención y promoción del desarrollo infantil, desde el ámbito de la prevención primaria en AT, para proporcionar a las familias información y factores de protección que les ayuden a disminuir sus niveles de estrés parental y mejorar la calidad del desarrollo de sus hijos. A continuación se mencionan las principales actuaciones enmarcadas en el papel de las familias en la AT.

El trabajo con las familias. En términos generales, la finalidad del trabajo con las familias es capacitarlas para que

puedan funcionar de manera efectiva en sus contextos sociales (Leal, 1999). Todos los profesionales deben diseñar, por tanto, programas para la intervención familiar. No obstante, desde los servicios de AT pueden observarse prácticas profesionales muy diversas y una escasa incorporación activa de la familia en el proceso de intervención (Giné et al., 2006; Grande, 2011; Vandembroeck y Lazzari, 2014). Según Turnbull (2003) el trato con las familias puede ir desde un modelo psicoterapéutico en el que se plantea psicoterapia a los padres; un modelo de formación a los padres en el que se asume que éstos deben dominar un conjunto de habilidades para trabajar en casa bajo la orientación y control del profesional; hasta un modelo de colaboración con los padres, modelo ideal en el que se trabaja en cooperación.

Resulta conveniente mencionar aquí el enfoque de servicio de AT centrado en la familia, el cual ha comenzado a instaurarse en nuestro país, contando ya con una extensa evidencia empírica fuera de España (García-Sánchez, 2014). La correcta implementación de este enfoque, además de requerir el establecimiento de una relación de confianza entre el profesional y la familia, apunta hacia la necesidad de planificar de manera cuidadosa las prácticas específicas que han de implicar a las familias como colaboradoras activas en las actuaciones a desarrollar (Espe-Sherdwindt, 2008); consiguiendo así co-responsabilizar a los cuidadores en las decisiones adoptadas y convertirlos en verdaderos agentes de cambio dentro los entornos naturales del niño (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2014). No se trataría de convertirlos en coterapeutas o terapeutas (como ocurre en otros modelos), sino desarrollar sus competencias para que sepan aprovechar las oportunidades de aprendizaje existentes en el entorno natural del niño. Pues es en el entorno natural donde el aprendizaje será más productivo, dada la existencia de una serie de factores—como la motivación del menor, su intención de interactuar con los elementos que lo motivan realmente y su decisión—que dirigirán su aprendizaje (García-Sánchez, 2014).

Por otro lado, los objetivos específicos que el profesional se debería plantear en relación con las familias, a fin de conseguir su total autonomía en lo que respecta al cuidado y educación del menor serían: el establecimiento de unos adecuados vínculos de apego entre el niño/a y sus cuidadores, el garantizar que los cuidadores se perciban autocompetentes en el cuidado y atención que prestan a las necesidades del niño, y la adquisición de unas estrategias parentales adecuadas:

Vínculos de apego. Muchos autores han valorado la importancia que supone para el ser humano, desde su nacimiento, disfrutar de un entorno rico en afectividad, cuidados, protección y apoyo (Greenberg, 1999; Thompson, 1999). Según la literatura científica, los/as niños/as que carecen de la oportunidad de establecer una interacción que les permita fomentar vínculos afectivos seguros, pueden mostrar retrasos y alteraciones en el desarrollo, como consecuencia de no disponer de, al menos, una figura de apego como base de seguridad. El carácter particular de este vínculo forjado entre el bebé y la figura de

apego, crea un marco de interacción que mantiene al bebé en un entorno afectivo seguro, estable y predecible, constituyendo la plataforma para un desarrollo socioemocional sano (Cantero, 2003). Según Shelley (2009), Bowlby constató reiteradamente las múltiples implicaciones que dicho vínculo afectivo tiene para la salud en el desarrollo humano, así como para sus posibles alteraciones psicopatológicas. De esta forma, si el infante ha tenido experiencias positivas con su figura de apego, en las que se sintió respondido con empatía y constancia, ha de desarrollar un sistema de representaciones internas que anticipan interacciones gratificantes, constituyendo éstas las bases de la socialización, resiliencia y desarrollo emocional. Por el contrario, la sensación de vulnerabilidad, indefensión e inseguridad, puede dar lugar a la formación de síntomas y estructuras patológicas (Marrone, 2008).

Ha sido constatado que cuando las interacciones son contingentemente adecuadas se establece un apego seguro; surgiendo el apego inseguro en el caso contrario. La calidad del apego se establece principalmente dependiendo de cuán bien está la regulación emocional diádica (Sroufe, 2000). Si la figura de apego ignora, rechaza o castiga los intentos de aproximación, está mostrando patrones inadecuados de crianza. Si esta interacción defectuosa se repite conduce a una organización defensiva, por parte de la cría, que se describe como conducta de apego inseguro (Lyons-Ruth, 2003).

En el caso de los bebés con desarrollo no típico, el tipo de relación interactiva con su figura de apego, en ocasiones, puede estar revestida de ciertas peculiaridades, pudiendo provocar condiciones de crianza atípicas, y derivando así, en marcos interactivos no siempre óptimos. La conducta atípica de estos bebés impacta irremediamente en el entorno de crianza, provocando un tipo de respuesta inadecuada y no siempre satisfactoria. La falta de entendimiento, de experiencia, de ansiedad y confusión en la figura de apego, puede generar patrones interactivos inadecuados, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de la vinculación emocional entre el bebé y el adulto. De hecho, existe constancia de que, en la mayoría de las ocasiones, las figuras de crianza no establecen un patrón de apego normalizado por múltiples causas; la realidad informa que, en su mayoría, no actúan como lo harían con el hijo o la hija que no presenta patología, no juegan a los mismos juegos, ni sonríen, ni los acarician, ni los observan ni los estimulan como lo harían con los otros (Capps, Sigman y Mundy, 1994). En este sentido, la necesidad de un mismo código comunicativo entre el bebé y el adulto va a posibilitar el desarrollo de los marcos interactivos; por lo que procurar el establecimiento de un código comunicativo compartido va a ser una prioridad.

Finalmente apuntar que, los programas de intervención profesional deberían contemplar el trabajo con los dos agentes sociales desde un enfoque contextual bidireccional y en torno a tres aspectos: receptivo (o trabajo con el adulto en la interpretación de señales y logros, y trabajar con el bebé la anticipación adecuada), expresivo (estrategias de estimulación en el adulto y

respuestas contingentes en el bebé) y actitudinal (actitud positiva frente a la negativa) (Alonso y Román, 2003).

Autocompetencia del cuidador. La percepción de auto-competencia hace referencia a la percepción que los implicados en el proceso (padres, profesionales y niño/a con desarrollo no normativo o atípico) tienen de sí mismos respecto a la capacidad de atender y responder adecuadamente a las necesidades especiales del infante. La literatura especializada señala que, cuando los cuidadores habituales se consideran capaces de atender al niño con problemas, disminuyen sus defensas y se posicionan con respecto a él y su educación en un lugar que les permite mayor eficacia y satisfacción.

El modelo de entornos competentes propone potenciar la percepción de autocompetencia de los cuidadores habituales a través de una interacción fluida entre los sistemas implicados, esto es, familia, escuela y equipo de AT.

Estrategias de crianza positivas. Cuando los padres se relacionan con los hijos y realizan las funciones que les son propias, ponen en práctica unas estrategias llamadas estilos educativos o prácticas de crianza, por medio de las cuales podrán educar, influir y/u orientar a los hijos para su integración personal y social. Dichas prácticas varían de unos padres a otros, así como los efectos que van a producir en los hijos. Asimismo, esas prácticas educativas parentales constituyen tendencias globales de comportamiento -es decir, son las prácticas utilizadas más frecuentemente-, puesto que los padres no utilizan siempre las mismas estrategias con todos sus hijos ni en todas las situaciones, sino que dentro de un *continuum* más o menos amplio de tácticas, seleccionan con flexibilidad las pautas educativas (Ceballos y Rodrigo 1998).

Ahora bien, el estudio de las prácticas de crianza ha sido ampliamente estudiado en psicología y, aunque es un constructo multidimensional, suele incluir dos dimensiones básicas: una relacionada con el tono emocional de las relaciones y la otra con las conductas puestas en juego para controlar y encauzar la conducta de los hijos. En la primera dimensión se sitúa el nivel de comunicación y en la segunda el tipo de disciplina, encontrándose ambas dimensiones relacionadas. Relacionando distintos estilos de crianza y niveles de comunicación dentro de la familia, los padres que usan más comprensión y apoyo en la crianza tendrán más altos niveles de comunicación, y las familias con niveles más bajos de comunicación tenderán a usar la coerción y el castigo físico más a menudo (Musitu y Soledad-Lila 1993).

Los trabajos de Diana Baumrind (1967, 1968, 1991) constituyen un hito en el estudio de los modelos de paternidad; encontrando tres estilos educativos parentales generales: autoritario, permisivo, autoritativo o democrático. Esta autora señala que unas prácticas de crianza eficaces implican dar apoyo, expresar empatía, una adecuada resolución de conflictos, una buena comunicación padres-hijos, implicación o afectividad positiva, control de la conducta estableciendo límites claros y una apropiada disciplina. Siendo estas características propias del

estilo educativo llamado autoritativo o democrático (Baumrid, 1991). Los padres democráticos son aquellos que promueven la negociación y responden de manera receptiva y con interés a las demandas de sus hijos. Al mismo tiempo que establecen normas, les explican las razones de las mismas, respetan su independencia y toman decisiones de manera consensuada. Las normas que imponen se adecuan a las necesidades de los hijos, con unos límites muy claros que mantienen de forma coherente, exigiendo su cumplimiento (Ceballos y Rodrigo, 1998).

Asimismo, diversas investigaciones han revelado que una paternidad responsable y receptiva elicitó emociones positivas en los niños; y que por el contrario, la falta de apoyo a los hijos o vivenciar una paternidad problemática se relaciona con niños con actitudes negativas, irritables o agresivas. Más concretamente, se ha señalado que la disciplina ejercida con parámetros rígidos o de forma irracional e inconsistente, así como la falta de preocupación y de participación de los padres incide decisivamente en el desarrollo de los problemas de conducta infantiles. En esta línea diferentes autores (Buehler y Gerard, 2002; Cummings, Goeke-Morey y Papp, 2003; Bierman y Erath, 2006), al trabajar con niños de educación infantil y con sus progenitores, encontraron que aquellas familias donde existía un clima familiar marcado por altos índices de conflicto entre los padres, al tiempo que se utilizaban niveles elevados de castigo para controlar la conducta de los hijos, se relacionaban de forma significativa con problemas de conducta y agresividad tanto en el hogar como en la escuela.

Por tanto, es incuestionable que el éxito en las prácticas educativas que utilizan los padres favorece la conducta emocional, la seguridad, la estabilidad y la competencia social de los niños.

Finalmente, señalar que existe una cantidad importante de programas de apoyo parental cuya finalidad es reforzar las habilidades parentales y promover el desarrollo de nuevas competencias. A pesar de que dichos programas difieren en sus propuestas de intervención, tienen un objetivo común: mejorar la calidad de vida de padres e hijos; así como una estrategia común: producir un efecto positivo en los niños y niñas por medio de cambios de actitudes, conocimientos y/o conductas parentales. Con ellos se pretende dotar a los padres de los conocimientos y habilidades necesarios para asumir de manera efectiva las responsabilidades de la educación de los hijos, así como proporcionarles experiencias y oportunidades que promuevan su aprendizaje y desarrollo.

Programas dirigidos a las familias. Los programas dirigidos a las familias son actuaciones que persiguen atender integralmente las necesidades del niño y su familia. En general, dentro del ámbito de la AT, destacan los programas grupales, los programas de acogida y los de seguimiento individual (Brown et al., 2007).

Dentro de los programas grupales podemos enmarcar los grupos terapéuticos, los grupos de formación—donde se incluye la escuela de padres y los talleres de padres—, la participación

en actividades de ocio, los programas de respiro familiar. Por otro lado, los programas de acogida son usados fundamentalmente en los primeros momentos del proceso, se centran en la primera noticia, y encontramos, por ejemplo, el programa padre a padre en donde padres de niños que padecen una misma patología comparten información e intercambian experiencias. Por último, los programas de seguimiento individual están dirigidos a las familias que reciben un programa de AT; estos programas requieren de la participación de los padres o cuidadores en las sesiones de estimulación, la realización de seguimientos familiares y establecer contactos puntuales (Perpiñán, 2003).

Conclusiones

El objetivo de este trabajo era analizar la evolución que ha tenido la AT como disciplina, su papel en la actualidad, los programas de intervención así como examinar la transformación que ha sufrido el papel de la familia. En este sentido este trabajo aporta aspectos novedosos en comparación con otros estudios. Para ello se han revisado los principales informes y estudios tanto nacionales como internacionales en relación al tema.

Los últimos avances en el ámbito de la neuropsicología han puesto de relieve la importancia que tiene una pronta actuación para el desarrollo óptimo del niño con trastorno o con riesgo de padecerlo. Este trabajo ha puesto de manifiesto además el papel clave que ha adquirido la familia en este contexto. Se ha mostrado que la familia ha asumido una nueva situación en los programas de intervención de AT. Ahora la familia debe aprender estrategias de intervención y desarrolla los vínculos afectivos necesarios para la evolución del niño. Todo ello requiere de un largo proceso que es en todo momento individualizado y personalizado en cada sistema familiar.

A pesar de la importancia del ámbito familiar en la AT aún existen discrepancias en cuanto a su actuación, por tanto se requiere mayor consenso entre los profesionales en este sentido.

Nuevas líneas de trabajo e investigación

Puesto que son ampliamente conocidos los beneficios que conlleva prestar una adecuada atención al niño en sus primeros años de vida, sería interesante que los servicios de AT se centraran en promover un mayor número de actuaciones dirigidas a niños y familias de niños con desarrollo típico. En este sentido, es relevante llevar a la práctica una intervención primaria, por ejemplo, a través de la creación de una escuela de padres, donde se desarrollen actividades dirigidas principalmente a promover una AT de calidad. Serían, pues, programas de prevención primaria para toda la población con una repercusión directa para la sociedad.

Otra sugerencia, que ya se apuntaba en el texto, es el establecimiento de una mejor coordinación y comunicación entre todos los sectores y profesionales implicados en prestar una atención integral al menor, lo cual repercutiría en su calidad de vida personal y en la de su familia. Quizá la figura de un coor-

dinador cuyas funciones se centren en mejorar la comunicación pudiera facilitar este cometido.

Además, la investigación en esta área continúa siendo una necesidad para aumentar los conocimientos sobre diferentes aspectos; pues a pesar de que en los últimos años se ha producido un auge en los estudios sobre AT, habiéndose constatado grandes avances, es necesario seguir indagando sobre: a) los agentes etiológicos y circunstancias psicosociales de los problemas que afectan a los niños/as; b) las repercusiones que las discapacidades o trastornos en el desarrollo tienen sobre la dinámica familiar; c) nuevos métodos de diagnóstico que permitan una detección más precoz de los problemas que posibilite una atención más temprana; d) el desarrollo de nuevos programas de intervención más eficaces, esto es, conocer qué formas de intervención conducen a la obtención de mejores resultados o qué aspectos concretos de cada forma de intervención hace que se produzcan resultados más satisfactorios.

Asimismo, continúa siendo un reto establecer una mayor homogeneidad en la forma de intervención en las unidades de AT, especialmente en lo que al trabajo con las familias se refiere.

Referencias

- Alonso, J y Román, J.M. (2003). Educación familiar y autoconcepto del niño pequeño. Madrid: Pirámide.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <http://dx.doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. En P. E. Cowan & E. M Hetherington (Eds.). *Advances in family research*, Vol. 2 (pp. 111-163). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bierman, K. L., y Erath, S. A. (2006). Promoting social competence in early childhood: Classroom curricula and social skills coaching programs. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), Blackwell. *Handbook of Early Childhood Development* (pp. 595-615). Malden, MA: Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470757703.ch29>
- Blanchard, L. T., Gurka, M. J. y Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117, 1202-1212. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-2606>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, I., Galambos, D., Poston, D. J. y Turnbull, A. P. (2007). Person centered and family centered support. En I. Brown y M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp. 351-361). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bruner, S. J. (1977). Early social interaction and language acquisition. En H. R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interactions* (pp. 271-288). London: Academic Press.
- Buehler, C., y Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescent's maladjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 78-92. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00078.x>
- Burger, K. (En prensa). Effective early childhood care and education: Successful approaches and didactic strategies for fostering child development. *European Early Childhood Education Research Journal*. <http://dx.doi.org/10.180/1350293X.2014.882076>
- Cantero, M.J. (2003). Intervención temprana en el desarrollo afectivo. En A. Gómez, P. Viguer y M.J. Cantero (coord.), *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 175-203). Madrid: Psicología Pirámide.
- Capps, L., Sigman, M., y Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6 (2), 249-261. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004569>
- Casado, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20, 135-142. <http://dx.doi.org/10.1157/13086037>
- Ceballos, E. y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid: Alianza.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., y Papp, L. M. (2003). Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home. *Child Development*, 74 (6). <http://dx.doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00646.x>
- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). Bases de la Intervención Familiar en la Atención Temprana. En J. Pérez-López y A. G. Brito (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-351). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud; Instituto Navarro de Bienestar Social: Sección de Valoración. (2004). *La Atención Temprana en Navarra. Documento Marco*. Pamplona. Recuperado el 9 de enero de 2015 de: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DBD0FDB-DEDB-4B46-A657-FEA9135FC8C5/142540/Documentomarco-deAtencionTempranal.pdf>
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centered practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23, 136-143. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Atención temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos Clave y Recomendaciones*. Informe resumen. Recuperado el 9 de enero de 2015 de: <https://>

- www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_es.pdf
22. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (G.A.T.). (2011). *La realidad actual de la atención temprana en España*. Edita Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid: Editorial POLIBEA S.L.
 23. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (G.A.T.). (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
 24. Floyd, M. y Dago, R. (2014). La importancia de buena comunicación entre el médico y el niño, la familia, y otros profesionales. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 7, 148-163.
 25. García-Sánchez, F. A. (2014). Atención temprana: enfoque centrado en la familia. En AELFA (Ed.), *XXIX Congreso AELFA. Logopedia: evolución, transformación y futuro* (286-302). Madrid: AELFA.
 26. García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N. y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Revista Siglo Cero*, 45, 6-27.
 27. GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.
 28. Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blancher, J. y Baker, B. L. (2009). Resilience and course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 53, 981 – 997. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01220.x>
 29. Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. y García-Díe, M. T. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 297-313. <http://dx.doi.org/10.1174/021037006778147935>
 30. Giné, C., Vilaseca, R., Gràcia, M y García-Díe, M. T. (2004). Early intervention in Spain: Some Directions for Future Development. *Infants & Young Children*, 17, 247-257. <http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200407000-00006>
 31. Greenberg MT. (1999). *Attachment and psychopathology in childhood*. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 469–496). New York: Guilford.
 32. Grupo de Atención Temprana, GAT (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Tercera edición. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
 33. Guralnick, M. J. (2001). A developmental system model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14, 1-18. <http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200114020-00004>
 34. Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00270.x>
 35. Gutiez Cuevas, P. (1995). La Educación Infantil: modelos de atención a la infancia. *Revista Complutense de Educación*, 6, 101-113.
 36. Gutiez Cuevas, P. y Ruiz Veerman, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. *Psicología Educativa*, 18, 107-122. <http://dx.doi.org/10.5093/ed2012a12>
 37. Grande, P. (2011). Coordinación interinstitucional en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid (área 10). *Revista Educación Inclusiva*, 4, 47-66.
 38. Iversen, M. D, Shimmed, J. P., Ciacara, S. L. y Prabhakar, M. (2003). Creating a family-centered approach to early intervention services: perceptions of parents and professionals. *Pediatric Physical Therapy*, 15, 23-31. <http://dx.doi.org/10.1097/01.PEP.0000051694.10495.79>
 39. Junji (2010). *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia: Habilidades Parentales*. Chile: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
 40. Leal, L. (1999). *A family-centered approach to people with mental retardation*. Washington: American Association on Mental Retardation.
 41. Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the Parent- Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911. <http://dx.doi.org/10.1177/00030651030510031501>
 42. Marrone, M (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En Yarnoz, S. (Comps.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y Clínica* (pp.15-36). Madrid: Psimática.
 43. Mateos, R. y López, C. (2011). Crianza de bebés con desarrollos no normativos: tipos de relación, análisis de las conductas infantiles y adultas, intervención y asesoramiento. *Revista Educación Inclusiva*, 4, 113-121.
 44. McAllister, J. W., Presler, E. y Cooley, C. (2007). Practice-Based Care Coordination: A Medical Home Essential. *Pediatrics*, 120, 723-733. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-1684>
 45. Medina i Mirapeix, F., De Oliveira Sousa, S. L., Lillo-Navarro, M. C., Montilla-Herrador, J., Escolar-Reina, P. y Gómez-Arnaldos, F. (2007). Percepción de los padres de la atención de fisioterapia recibida en centros de atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, 10, 21-28.
 46. Milla, M.G. y Mulas, F. (2005). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia: Promolibro.
 47. Murphy, N. A., Carbone, P. S., y the Council on Children with Disabilities (2011). Parent-Provider-Community Partnerships: Optimizing Outcomes for Children with Disabilities. *Pediatrics*, 128, 795-802. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-1467>
 48. Musito, G. y Soledad-Lila, M. (1993). Estilos de sociali-

- zación e intensidad de la comunicación en las relaciones padres-hijos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 15 (2), 5-19.
49. Organización Mundial de la Salud (2015). *Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud*. Recuperado el 22 de diciembre de 2014, del sitio Web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/es/.
 50. Park, N. y Peterson, C. (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. In *Prevention and Treatment*, 6, 35c. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.6.1.635c>
 51. Peñafiel, F., Hernández, A., y Chacón, A. (2003). Atención temprana. *Enseñanza*, 21, 245-274.
 52. Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 28, 140-152.
 53. Pérez, J., Pérez, M., Montealegre M. P. y Perea L. P. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 123-132.
 54. Perpiñán, S. (2003). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de A.T.: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, 6, 11-17.
 55. Peterander, F. (2003) Supporting The Early Intervention Team. En S. L. Odom, M. J. Hanson, J. A. Blackman y S. Kaul (Eds.), *Early Intervention Practices around the World* (pp. 302-313). Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.
 56. Pichardo, M. C., Justicia, F. y Cabezas, M. F. (2009). Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*, 6, 37-48.
 57. Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos* 31, 167-177. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-07052005000200011>
 58. Robles-Bello, M. T. y Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención infantil temprana en España. *Papeles del psicólogo*, 34, 132-143.
 59. Sameroff, A. J. y Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. En J. P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511529320.009>
 60. Shelley, G. M., (2009). The real and the researchable: A brief review of the contribution of John Bowlby (1907-1990). *Perspectives in Psychiatric Care*, 37, 60-64. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2001.tb00619.x>
 61. Shonkoff, J. y Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academics Press.
 62. Sroufe, A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21 (1-2), 67-74.
 63. Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 265- 286). New York: Guilford.
 64. Trenado, R., Pons-Salvador, G. y Cerezo, M. A. (2009). Proteger a la infancia: apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del psicólogo*, 31, 24-32.
 65. Turnbull, A. P. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. En M. A. Verdugo y B. J. Jordan de Urríes (Coord.), *Investigación, innovación y cambio* (pp. 61-82). Salamanca: Amarú Ediciones.
 66. Vandebroek, M. y Lazzari, A. (2014) Accessibility of early childhood education and care: a state of affairs. *European Early Childhood Education Research Journal*, 22, 327-335. <http://dx.doi.org/10.1080/1350293X.2014.912895>
 67. Vilorio, C. y Guinea, C. (2012). La atención a la familia en la atención temprana: retos actuales. *Psicología educativa*, 18, 123-133. <http://dx.doi.org/10.5093/ed2012a13>.
 68. Watts, N., McLeod, S. y McAllister, L. (2009). Models of practice used in speech-language pathologists' work with families. En N.Watts Pappas & S. McLeod (Eds), *Working with families in speech-language pathology* (pp. 1-38). San Diego, CA: Plural Publishing.

Fecha de recepción: 16 de enero, 2015

Fecha de recepción de la versión modificada: 14 de mayo, 2015

Fecha de aceptación: 19 de mayo, 2015