

10

CONFLUENCIA DE SABERES
Revista de Educación y Psicología

Año V - Septiembre 2024 ISSN: 2683-989X



EQUIPO EDITORIAL

- **Directora**
María José Laurente, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Editoras Asociadas**
Fabiola Etchemaite, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Silvina Márquez, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Editorxs de Secciones**
Lautaro Steimbregger, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Beatriz Margarita Celada, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Laura Cecilia Martin, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
María Laura Orlandini, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Danilo Jorge Sans, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
Florencia Scilipoti, Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Secretarixs de Diseño y Corrección de Estilo**
Lautaro Steimbregger, IPEHCS, CONICET-Universidad Nacional del Comahue, Argentina
- **Editora Técnica**
Florencia Scilipoti, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

ENSAYOS

- MARÍA JESÚS LUQUE-ROJAS, EDUARDO ELÓSEGUI BANDERA,
DOLORES CASQUERO ARJONA Y DIEGO JESÚS LUQUE PARRA
Atención Temprana: consideraciones psicopedagógicas
para la intervención en el neurodesarrollo
*Early Care: psychopedagogical considerations for
Intervention in the Neurodevelopment*

Atención Temprana: consideraciones psicopedagógicas para la intervención en el neurodesarrollo¹

Early Care: psychopedagogical considerations for Intervention in the Neurodevelopment

MARÍA JESÚS LUQUE-ROJAS*, EDUARDO ELÓSEGUI BANDERA**,
DOLORES CASQUERO ARJONA*** Y DIEGO JESÚS LUQUE PARRA****

Recibido
21|05|24

Aceptado
02|09|24

Ensayos

RESUMEN

La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 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 riesgo de padecerlos. Por ello, se plantean las intervenciones y la aplicación de programas y de tratamientos de intervención de fisioterapia, cognitivo, de lenguaje, familiar y de todo tipo de recursos y servicios a fin de fomentar el alcance de los objetivos de desarrollo individual, de participación escolar, social y comunitaria del caso. En el presente trabajo se busca favorecer la reflexión educativa en los profesionales y familias de estos niños en ese periodo, además de la intervención psicopedagógica en la

¹ Este trabajo está avalado por la Universidad de Málaga, subvenciones a Grupos de Investigación: GIE22-027: Cerebro, Mente y Educación, Laboratorio Neuroeducativo. Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio, la recopilación y el análisis de datos, la decisión de publicar o la preparación del manuscrito.

* María Jesús Luque-Rojas. Doctora en Psicología (Universidad Complutense de Madrid). Profesora Contratada Doctora de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Málaga. Es coordinadora de Grupos de Investigación y Docencia en área de Neurociencia y Educación. ORCID: 0000-0003-1627-3233. Correo electrónico: luquerojas@uma.es

** Eduardo Elósegui Bandera. Doctor en Psicología (Universidad de Málaga). Profesor Titular de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Málaga. Es Director del Máster de Atención Temprana "Dr. Linares Pezzi" de la Universidad de Málaga. ORCID: 0000-0001-8938-8379. Correo electrónico: elosegui@uma.es

*** Dolores Casquero Arjona. Doctora en Psicopedagogía (Universidad de Málaga). Profesora Contratada Doctora de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Málaga. Coordinadora del Máster de Atención Temprana "Dr. Linares Pezzi" de la Universidad de Málaga. ORCID: 0000-0002-2137-4605. Correo electrónico: lcasquero@uma.es

**** Diego Jesús Luque Parra. Doctor en Psicología (Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, Madrid). Profesor Asociado de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Málaga. Actualmente es Profesor C. Honorario del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Málaga. ORCID: 0000-0002-7815-9287. Correo electrónico: dluque@uma.es

Atención Temprana, expresando argumentos sobre los aspectos de evaluación y diagnóstico, sistemas de clasificación, así como elementos generales de la intervención, continuando con consideraciones neuropsicológicas de esa intervención y su planificación. Se finaliza con algunas sugerencias para la acción psicopedagógica que buscan la reflexión – acción educadora en los niños con trastornos del neurodesarrollo o riesgo de padecerlos, entre los 0 y los 6 años.

Palabras clave: Atención Temprana, Discapacidad, Intervención psicopedagógica, Necesidades educativas específicas.

ABSTRACT

Early Care is the set of interventions, aimed at the child population from 0 to 6 years old, the family and the environment, which aim to respond as soon as possible to the temporary or permanent needs presented by children with disorders in their development or who are at risk of suffering from them. For this reason, interventions and the application of intervention programs and treatments of physiotherapy, cognitive, language, family and all types of resources and services are proposed in order to promote the achievement of the objectives of individual development, school participation, social and community of the case. This work seeks to promote educational reflection in professionals and families of children with specific needs in that period, in addition to addressing psychopedagogical intervention in Early Care, expressing arguments for a reflection on the aspects of evaluation and diagnosis, classification, as well as general elements of the intervention, continuing with some neuropsychological considerations of that intervention and its planning. It ends with some suggestions for psychopedagogical action that seek reflection – educational action in children with neurodevelopmental disorders or risk of suffering from them, between 0 and 6 years old.

Key words: Early Care, Disability, Psychopedagogical intervention, Specific educational needs.

Introducción

La Educación es un aspecto básico de cualquier sociedad, que se define por la integración de procesos organizados hacia objetivos de desarrollo personal, social y moral, que tienen lugar a lo largo de toda la vida. Se inicia en la familia como ambiente natural y se continúa en la escuela y en los contextos sociales y culturales, que sirven de marcos referenciales tanto en valores y actitudes, como en los contenidos y objetivos de los desarrollos. La Educación supone un foco de análisis y de intervención para el crecimiento humano, siendo los sistemas educativos, potentes vehículos de desarrollo, compensación y ajuste de personas y sociedades. Tanto en un sentido individual como comunitario, la educación genera progreso personal, social y moral de la persona, siendo tanto una condición necesaria para obtener niveles de autonomía y desarrollo personal, como para la comprensión y participación en la sociedad y cultura.

En este desarrollo educativo, y desde un enfoque cognitivo-evolutivo, ser persona es un proceso intransferible, constructivo y complejo, que integra toda una gama de habilidades, aptitudes y competencias particulares, en dominios concretos del conocimiento y la experiencia, que, sin duda, se inician desde que el niño comienza su contacto con la sociedad y cultura. Este desarrollo se constituye en un proceso evolutivo de construcción personal, sujeto a mediación externa, porque no puede llevarse a cabo sin la colaboración y ayuda de agentes educativos que transmiten las normas, criterios y valores culturalmente aceptados, a los cuales debe adaptarse el proceso individual (Trianes, Luque y Fernández, 2017). Esto es más evidente aún en los niños y niñas que necesitan apoyos en sus procesos de aprender y a los que debe comenzarse cuanto antes, compensando así contextos, limitaciones individuales e incidiendo en objetivos de desarrollo personal y social, en un marco de valores que guían la conducta e identidad psicosocial como perteneciente a grupos humanos de familia, centros de atención (tanto educativos como de atención temprana) y comunidad en un ambiente de normalización y ajuste a la persona.

El Libro Blanco de la Atención Temprana editado en el año 2000 por el Real Patronato de Atención a la Discapacidad define la Atención Temprana como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 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 riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del infante, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Real Patronato de

Atención a la Discapacidad, 2000), (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005).

En los niños con discapacidad y trastornos del desarrollo, la investigación demuestra que puede haber una alteración neuronal, circunscrita a una región o área generalizada en el cerebro, lo que nos lleva a la reflexión sobre la evaluación y tipos de intervención hacia objetivos de desarrollo educativo que, desde la base de la neuroplasticidad cerebral, permita reducir las consecuencias de dicha alteración, así como de su crecimiento personal y social. En este sentido, la neurociencia, y sus relaciones en Psicología, Pedagogía, Logopedia, Fisioterapia o Medicina, proporciona una nueva comprensión de las discapacidades intelectual y del desarrollo, porque se introduce en la raíz de su existencia (Flórez, *et al.*, 2017). Pero ello debe conducirse desde parámetros educativos que respondan a las preguntas pertinentes en los desarrollos evolutivos, académicos, personales y sociales de todos los niños y niñas (más aún en los que tienen necesidades específicas): ¿Creemos en ellos? ¿Alimentamos expectativas tan realistas como esperanzadoras? ¿Creemos en sus necesidades, potencialidades y posibilidades? ¿Sabremos hacer un análisis y proyectos individualizados adecuados? Preguntas todas que podrán contestarse si se inician con las premisas fundamentales de la crianza: la integración del amor, la educación y los cuidados a todo infante desde su nacimiento.

Con el desarrollo de la Atención Temprana las actuaciones y la aplicación de programas de intervención de fisioterapia, cognitivo, de lenguaje, familiar y de todo tipo de recursos y servicios oportunos, han demostrado el alcance de los objetivos de desarrollo individual, de participación escolar, social y comunitaria (Candel, 2005). Es en ese marco de desarrollo de actuaciones, en el que debe favorecerse la reflexión educativa con argumentos que sirvan de ayuda al alumnado con necesidades específicas y tratando de aportar la respuesta a los verbos fundamentales de cualquier acción educadora: *querer, conocer, creer y ayudar* a todos los pequeños. En efecto, sólo puede ayudarse a los niños si se les acepta como son, creyendo en ellos y en su perspectiva de futuro. Para ello será necesario conocerlos en sus capacidades, habilidades, afectividad, intereses y motivación y apreciando que las diferencias en el aprendizaje o en el desarrollo evolutivo, deben considerarse una variación y no una desviación. Esto nos permite romper el círculo negativo del *diagnóstico – como estigma*, situándonos en un modelo de intervención centrado en la persona y su evolución. Ello supone querer al niño lo que, en el desarrollo evolutivo y de aprendizajes, significa saber ponerse en su lugar, para guiarlo hacia metas de desarrollo. Quizá esto recuerde al adulto que fue niño alguna vez, adquiriendo

así el conocimiento y aprendizaje de sus errores y errores ajenos, en el ámbito de su quehacer familiar o profesional.

En un marco de desarrollo cognitivo-evolutivo, en un ámbito de Educación Inclusiva, y en aplicación de una filosofía educativa de Atención a la Diversidad, tiene cabida cualquier programa, actividad o actuaciones docentes, psicológicas o pedagógicas, que persigan objetivos de desarrollo en lo cognitivo y de aprendizajes, en la creatividad y la imaginación, en la comunicación afectiva, en la mejora del diálogo, en manifestaciones de la personalidad con descarga de tensión o emociones adecuadamente expresadas. Objetivos todos ellos que resultan de unos fines educativos propios de los ámbitos de desarrollo emocional, social y moral (Trianes y Luque, 2013).

En el presente trabajo se trata de abordar la intervención psicopedagógica en la Atención Temprana, expresando argumentos para una reflexión sobre los aspectos de evaluación y diagnóstico, sistemas de clasificación, así como algunas consideraciones neuropsicológicas sobre las actuaciones educativas y su planificación. Se finaliza con algunas sugerencias para la acción psicopedagógica que buscan la reflexión – acción educadora en los niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo o riesgo de padecerlos, entre los 0 y los 6 años.

1. Evaluación y diagnóstico: Uso de criterios y sistemas de clasificación

1.1. Evaluación y diagnóstico psicoeducativo y pedagógico

Recordemos que el término evaluación, de gran amplitud conceptual, se refiere a la actividad científica y profesional de recoger, valorar e integrar la información sobre un sujeto (alumnado) utilizando, en la medida de lo posible, diferentes fuentes de información y de acuerdo con un plan previamente establecido, con el objetivo de responder a las demandas de un cliente o un consultante (Fernández-Ballesteros, 2003; Juárez, 2014; Luque y Luque-Rojas, 2018). Evaluar es, pues, conocer a una persona y situación, actividad de la que podrá resultar una entidad diagnóstica cuando proceda. En cualquier caso, la actividad debe enmarcarse en el interés de justicia social y de esperanzas en el desarrollo de la persona evaluada y no como el individuo que no puede, al que hay que tratar distintivamente, con el apartamiento curricular que implícitamente, conllevan los estigmas negativos del diagnóstico (Pérez-López, *et al.*, 2012; Díaz-Herrero y Martínez-Fuentes, 2009; Candel, 2004).

Cualquier acercamiento nosológico a los trastornos implica, desde sus inicios de estudio, pretensiones de igualdad de oportunidades para las personas con alguna dificultad, lo que

quiere conseguirse basándose en la observación, en criterios diagnósticos objetivos, en la evaluación y en el juicio clínico. Ciertamente, estas bases sustentan al modelo médico para formular las categorías diagnósticas en la discapacidad, modelo que corre el riesgo de convertirse en compartimentos estancos, que transmiten una idea de homogeneidad en las personas en ellos ubicadas y que pasan “a pertenecer” a esas categorías. Argumento con el que se anula o inhabilita la sustantividad de la persona y se concede un mayor carácter a lo exclusivamente adjetivo de la entidad diagnóstica. De esta forma se olvidaría que la discapacidad no es sinónimo de tener (ojos azules, enfermedad, simpatía, etc.), sino un estado de particular funcionamiento personal - social, caracterizado por limitaciones, tanto de tipo individual como de los contextos. Ello implica que, en su evaluación y valoración, se haga referencia tanto a funciones individuales y de participación, como a las englobadas por discapacidad (deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación) (Figura 1).

Figura 1. Limitaciones en la discapacidad

- Limitaciones en la capacidad de funcionamiento (estructuras y funciones corporales).
- Limitaciones en habilidades para ese funcionamiento (limitaciones en la actividad).
- Limitaciones en las oportunidades por ese funcionamiento (restricciones a la participación).

Fuente: Adaptado de OMS, 2001; 2019.

1.2. Sistemas de clasificación

¿Por qué son convenientes los sistemas de clasificación? De acuerdo con Verdugo (2003), Wedell (2008) y Navas, Verdugo y Gómez (2008), así como a la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (2011), el empleo de categorías diagnósticas puede ser deseable, entre otras razones (Figura 2), en tanto que permite un mayor conocimiento de las características individuales y contextuales de la persona, además de permitir la identificación de aspectos para las intervenciones, su idoneidad y planificación. En efecto, las categorías diagnósticas, lejos de apreciarse por algunos como “etiquetas” que estigmatizan, suponen entidades que ayudan a conocer las variables de una conveniente intervención, así como un mayor conocimiento de la discapacidad, sobre todo en aquellos casos de fenotipos complejos o de dificultad en su reconocimiento. Así mismo, la categorización contribuye a un mejor conocimiento de la entidad diagnóstica, tanto a los profesionales como a los padres, colaborando en la búsqueda más eficaz de recursos, grupos de apoyo o ayudas en general. Finalmente, es reconocida la oportunidad de las categorías diagnósticas como vehículo de

comunicación entre profesionales de la salud, la educación o lo social, así como un factor de avance en el desarrollo teórico y de investigación.

Figura 2. Razones de conveniencia para el empleo de categorías diagnósticas.

- Incidir en el mayor conocimiento de las características individuales y contextuales de la persona.
- Identificar variables de cara a la intervención.
- Planificar la intervención, además de la determinación de la idoneidad de los servicios.
- Favorecer un mayor conocimiento de la discapacidad, sobre todo en los casos en los que no es fácilmente reconocible por los rasgos físicos.
- Comprensión del ritmo de progreso de la discapacidad, con el objeto de formular expectativas y metas realistas y apropiadas.
- Un mejor conocimiento de la entidad diagnóstica podría ayudar a los padres a buscar más eficazmente recursos, grupos de apoyo, ayudas de todo tipo o contactos con organizaciones.
- Contribuir a un diagnóstico precoz que, a su vez, permita estimular el desarrollo cognitivo y un mejor proceso de adaptación de los padres, así como la respuesta de éstos al desarrollo de su hijo o hija.
- Facilitar la comunicación entre profesionales de la salud, la educación o lo social.
- Favorecer el desarrollo teórico y de investigación.

Fuente: Adaptado de Verdugo *et al.* (2010), Wedell (2008), Wehmeyer *et al.* (2008).

Sin duda, también presenta algunos inconvenientes sobre los que conviene reflexionar. Los aspectos negativos podrían reducirse a dos, que de por sí implican la magnitud de su complejidad y de su permanente reflexión, tanto en los profesionales, como en las familias y personas con discapacidad:

- La estigmatización, que implica un señalamiento de la persona por la asociación de cualquier categoría diagnóstica, lo que conlleva una especial incidencia en la autoestima de la persona con discapacidad.
- Considerar las categorías diagnósticas como entidades reales (puntos de llegada) que explican todo, sin explicar nada, cuando debiera valorarse como criterios diagnósticos (puntos de partida), toda vez que esa evaluación resulta en un mejor conocimiento de la individualidad de la persona.

A estos aspectos podría unirse la extensión del uso de entidades de clasificación, desdibujando los límites de los trastornos definidos (por acuerdo entre profesionales) y favoreciendo su confusión con enfermedades auténticas. De acuerdo con Bernstein (2011) y Marina (2014), sería necesario recordar que todos los procedimientos y escalas diseñados para el diagnóstico de esos trastornos, no detectan enfermedades, sino la presencia de los criterios

que las definen, según la nosografía de referencia (Marina, 2014). Añadir nuevos trastornos sólo contribuye a desvanecer los límites entre normalidad y su antónimo.

La acción y efecto del diagnóstico no es, no debería ser, el problema, sino el uso o mal uso, que se hace del término. Así, con el término de diagnóstico deberíamos referirnos a lo expresado en el cuadro que sigue (Figura 3).

Figura 3. Consideraciones sobre el uso del término diagnóstico

- Conocer a la persona en estudio, sin que ello suponga un apartamiento de su vida. El que se haga un análisis científico a niveles biomédico o psicológico, no significa una distancia de su realidad.
- Profundizar en su existencia e historia personal, por lo que el diagnóstico pasa a ser un adjetivo más en el conocimiento de la persona.
- Los diagnósticos previos, siendo respetables, se aceptan siempre desde la respuesta dada a las cuestiones de la persona. Esto es, no se acepta sin más el diagnóstico aportado por otros profesionales, sin previa consulta de la persona que se evalúa.
- No se realiza sobre la mera aplicación de cuestionarios predeterminados, con menor grado de observación en el caso y después con su correspondiente sanción en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, más conocido como DSM o Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
- Generar una actitud y valoración de carácter transitorio. No tiene sentido una intervención profesional y familiar que sea inmutable. El carácter permanente de una cualidad, dificultad o trastorno se adquiere por su análisis y seguimiento. No se debe considerar más acertado un diagnóstico por el hecho de que cuanto antes se haga más beneficios aporta.

Fuente: (adaptado de Bernstein, 2011 y Marina, 2014).

Consideremos en cambio la evaluación y el diagnóstico que proceda, desde una perspectiva que respeta a la persona, en su carácter subjetivo de un ser único y al que debe seguirse conociendo. Persona a la que se ayuda a construir en su desarrollo vital a través de intervenciones individualizadas.

Se impone, de acuerdo con los apartados anteriores, una reflexión sobre el concepto y la aplicación de los términos de evaluación y diagnóstico, juzgándolos como elementos de entendimiento de las personas, de sus características personales y de sus necesidades específicas. Desde esta perspectiva, y de su reflexión - aplicación en la Atención Temprana, ese diagnóstico o evaluación de necesidades expresa tan sólo, la base o punto de partida de las actuaciones con las personas, sus familias y contextos más cercanos, en su mejor conocimiento y en la adecuación a sus circunstancias. No debe considerarse una etiqueta que fija y condiciona, sino que permite y conduce, situando a la persona en su contexto, procurando accesibilidad e

igualdad de oportunidades. En consecuencia, no se trataría de desechar la evaluación y diagnóstico, siempre necesarios, sino de revisar nuestras actitudes y considerar que están al servicio de las personas. De no ser así no tendría atribución y, por lo tanto, sin valor alguno para el desarrollo personal, social y educativo.

2. Argumentos psicopedagógicos para la intervención en la Atención Temprana

En todos los niños y niñas, pero en particular los que presentan necesidades específicas, el aprendizaje es el fundamento de su desarrollo. Por ello, se debe favorecer el aprender a aprender y la autonomía personal y social, en la medida que pueda alcanzar sus mayores posibilidades de funcionamiento, además de su participación en sus contextos sociales (familia, escuela y comunidad), dentro de una adecuada calidad de vida. Así en este marco de actuación, pueden concretarse algunos aspectos para la reflexión-acción en los profesionales de la Atención temprana (AT) y familias:

- a) El aprendizaje es para toda la vida, persiguiendo objetivos de desarrollo personal, calidad de vida y participación en la sociedad.
- b) La Atención Temprana debe considerarse a fines de mejorar las potencialidades de los pequeños y pequeñas, pero dentro de programas y acciones coherentes con un desarrollo evolutivo ordenado y ajustado a la persona y a las familias.
- c) El desarrollo de las capacidades en AT, no supone un diseño de procesos para alcanzar objetivos determinados académicos o curriculares, ni siquiera de superación de adquisiciones madurativas. Se pretende generar mecanismos habilitadores en procesos madurativos, con sus tiempos y grados. No es verdad que a más programas especializados y más tiempos de dedicación, se tendrá más progreso en el infante. Lo peor, quizá sea que, con esa perspectiva de atención, la familia caiga en situaciones de desestructuración, problemas personales en padres y hermanos del niño o niña y, en suma, un coste además de económico, humano, muy elevado (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017).
- d) Con carácter general, la mejora del potencial madurativo de los casos que asisten debe ir de la mano de una estructura familiar ajustada, que procure una proporcionada relación padre – madre – hijo – hermanos/hermanas. Cuando en una familia el equilibrio familiar y sus mecanismos de regulación se altera por la presencia de un hijo o hija con discapacidad, se imponen procesos de adaptación y aceptación. Lo verdaderamente importante y con un carácter prioritario es la incidencia directa sobre la vida y el rumbo de la familia, generándose la

necesidad de afrontamiento de la situación, después vendrán los programas, actividades y objetivos de trabajo, de forma que se respete el marco natural y familiar.

e) Los padres y madres deben asumir que son responsables de la educación y del progreso personal de sus hijos y que esa responsabilidad no les debe impedir disfrutar de ellos, mostrar y recibir cariño, expresar sentimientos de unión e incluso de divertirse y pasarlo bien. Si la paternidad, la maternidad, proporciona alegría y amor hacia los hijos, entonces, ¿Por qué considerar el tiempo con el niño/niña con discapacidad como algo perdido si no se está haciendo algo “provechoso” con él? ¿es que debe ser terapeuta o experto especialista en los programas de intervención con su hijo antes que padre-madre afectuoso que disfruta con y de él o ella? ¿Es que el niño/niña con discapacidad no tiene derecho a esa relación? ¿No pensará (o sentirá) que el amor o relación con sus progenitores está condicionada por una acertada ejecución en las actividades que estén haciendo?

Figura 4. Características básicas del modelo centrado en la familia

- La familia es concebida como unidad de apoyo, sin focalizarse en una intervención única en el niño con discapacidad y su madre o figura de apego.
- Respeto por la elección de la familia que se hace protagonista y manifiesta sus necesidades y preferencias en los diversos aspectos que tienen que ver con la intervención con su hijo o hija.
- Se hace hincapié en el papel activo de la familia en la selección de los objetivos a trabajar y en su abordaje y evaluación. El papel de los profesionales es el de guía y orientación.
- Énfasis en los puntos fuertes familiares y contextuales, teniendo menor consideración las orientaciones de carácter patológico y adquieren relevancia las actuaciones orientadas a la promoción de las competencias y posibilidades del entorno familiar.
- Desarrollo de relaciones de colaboración entre familias y profesionales recogiendo la experiencia y la investigación acumulada y desde la base de unas interacciones de apoyo mutuo familias y profesionales orientadas a identificar las necesidades de los niños y de sus familias, con características de un sentido de competencia, compromiso, igualdad, comunicación positiva, respeto y confianza.

Fuente: tomado y adaptado de Turnbull (2003); Brown, Galambos, Poston y Turnbull (2007); Espe-Sherwindt (2008); y Dalmau *et al.* (2017).

Así, desde el cambio en el ámbito de la Atención Temprana hacia una intervención integradora y global entre profesionales, familia e investigadores, el trabajo en la Atención Temprana debe hacerse desde un modelo centrado en la familia (Figura 4) comprobándose su impacto positivo en la estructura y funcionamiento de la familia y, sobre todo, en la relación padre-madre-hijo-hija con discapacidad. Como aprecian Dunst, Trivette y Hamby (2007), Kasari, Gulsrud, Wong, Kwon y Locke (2010) o Carpenter (2007) y Espe-Sherwindt (2008), desde este

modelo se gana en mejores resultados de desarrollo de los infantes en sus entornos naturales, con un progreso de las intervenciones realizadas desde los apoyos informales, pudiendo decirse que es la calidad, implicación, compromiso y afecto de las familias, y no el número de sesiones con profesionales, lo que se vincula al conjunto de progresos conseguidos en el caso. En suma, los resultados de diversos estudios indican que las prácticas centradas en la familia aportan un mayor bienestar psicológico y satisfacción de las familias con los servicios recibidos (Dalmau *et al.*, 2017; Dunst, Hamby y Brookfield, 2007; García-Sánchez *et al.*, 2014).

En un marco de Atención Temprana debería evitarse la concepción de “normalidad” según la cual lo que no se ajusta a lo habitual, frecuente o normativo, es susceptible de dificultad y, en consecuencia, de apartamiento y de futuro incierto. En este sentido y desde una visión educadora, se corre el riesgo de convertir la información en algo instantáneo, lo que hace creer en soluciones inmediatas, de forma que cualquier aspecto o situación que presente alguna dificultad o salida de lo frecuente-normativo, debe tener una solución inmediata. Así, parafraseando a Janín (2021), no se da tiempo al niño-niña, ni a los padres-madres, ni a la escuela para elaborar situaciones, sin considerar que cualquier situación tiene su historia, importando sólo el aquí y ahora, como si no existiese más que el presente. De esta forma, el futuro está sujeto a ese presente, que estaría mediatizado en lo negativo de resultados, estático y sin pensar que cualquier situación presente, recibe influencias y transformaciones hacia posibilidades de desarrollo que cambian el futuro.

Llevar estos argumentos a la Atención Temprana, y por tanto de proceso evolutivo, nos ubica en la valoración de la infancia como etapa o tiempo de crecimiento y de posibilidades de desarrollo. Consecuentemente, sería justo pensar que los profesionales de la educación se plantearan objetivos de ese desarrollo, cuestionándose sobre si la escolarización supone un marco de referencia equitativo (no igualitario, ni homogéneo o normal) y si los niños y niñas deben cumplir de forma homogénea con los logros o metas que se esperan (normativos) desde sus primeros años de vida. Si se piensa que ha de cumplir con los hitos o metas en los primeros años (ya que “todos lo hacen”), aquéllos que no cumplan esas metas en ese momento pueden ser estimados como alumnado con dificultades, de forma que lo transitorio en la adquisición y desarrollo de capacidades, se convierte en una visión de permanencia y, por tanto, de marca que acompaña al caso, determinando su futuro, ya con un matiz negativo en su enseñanza – aprendizaje. Este argumento en la Atención Temprana debe estimarse en su acepción contraria, esto es, cualquier avance, por pequeño que pueda parecer, será significativo en el aprendizaje,

ya que afectará de forma positiva al crecimiento y al desarrollo del niño o niña que más lo necesita.

El aprendizaje es siempre motor del desarrollo (bien que se observa en los casos con alguna dificultad), por lo que los anteriores argumentos deben ponernos en el camino de una acción educadora, tanto en los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), como más tarde en la Escuela, que crea en las posibilidades de desarrollo, de cambio y progreso en todo niño o niña, valorando la competencia, como conjunto de habilidades que desarrollan una capacidad, pero no de una preparación para competir. Esto implica unos profesionales que ejerzan acciones creyendo en las posibilidades del niño a través de procesos de enseñanza y aprendizaje personalizados.

3. Consideraciones neuropsicológicas para la intervención y planificación de actuaciones

Buena parte del argumento sobre las intervenciones de la Atención Temprana gira sobre sus efectos en la maduración cerebral, como consecuencia de las actuaciones e intervenciones, del aprendizaje y de la experiencia. Veamos a continuación, algunos argumentos concretos.

a) Desde un punto de vista neuropsicológico el hecho de que sea necesaria la actividad neuronal para completar el desarrollo implica que la maduración cerebral es modificable a través de su propia estimulación y de la experiencia. Esta experiencia y el aprendizaje provocan modificaciones cerebrales, tanto neuroquímicas como neuro morfológicas, que refuerzan los contactos sinápticos ya existentes y la formación de nuevos contactos entre células. (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017).

b) Una vez se conforman las estructuras del neurodesarrollo, la plasticidad se hace evidente. Las diversas influencias y estímulos provocan nuevos brotes dendríticos y axónicos, con nuevas ramificaciones. Se reestructura, modifica y establece la red de contactos sinápticos hasta conseguir una estructura final de circuitos.

c) El desarrollo genéticamente preestablecido configura las fases de producción o estallido sináptico: Un periodo de particular sensibilidad en la recepción de la información sensorial que va a condicionar y dirigir el aprendizaje. Será finalmente el individuo con las influencias externas quien decidirá cuál será el entramado de redes sinápticas que se forman, y que, a su vez, condicionará su experiencia (Yusuf, 2002).

d) Se trataría de mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje para que pudiera observarse la participación de mecanismos epigenéticos en la plasticidad sináptica, el aprendizaje y la memoria. Aspectos que se han observado en estudios con personas que presentan Síndrome de Down (Dekker *et al.*, 2014; Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017). Ciertamente es enormemente complejo el estudio de la epigenética (metilación de ADN, modificaciones postraslacionales de histonas, ensamblaje de núcleo nucleosomal) para su intervención en diversos síndromes de discapacidad intelectual, pero sí que pueden darnos ideas sobre las consecuencias de un potencial terapéutico (dianas de posibles productos), así como de la acción potenciadora neurocognitiva de programas de intervención y posteriores programas estratégicos de aprendizaje.

e) No asumimos una concepción diferenciada de la inteligencia (un rasgo estable diferenciado del esfuerzo), por el contrario, la inteligencia es modificable por el esfuerzo y el aprendizaje, de forma que se podrá tratar de mejorarla mediante la implicación activa del niño-niña en tareas de aprendizaje que supongan desafío, dedicando el esfuerzo y la persistencia precisos para su resolución. Obviamente, a menores edades el interés y la motivación tendrán una base del adulto. Se persigue que, a lo largo de su evolución (sobre todo posteriormente en lo académico), estos casos no perciban el fracaso como una amenaza sino como un estímulo para buscar estrategias más eficaces y adquirir nuevos conocimientos (Trianes, Luque y Fernández, 2017).

f) El diagnóstico de discapacidad intelectual o de trastornos del desarrollo no determina el desarrollo educativo del alumnado, sino que establece y detalla la atención educativa adecuada, los apoyos y recursos oportunos, todo, para la compensación de sus limitaciones, el desarrollo de sus capacidades, en suma, la normalización de su vida (Luque y Luque-Rojas, 2020).

g) Una acción educativa firme, constante e inteligente, activa el cerebro del niño con discapacidad intelectual, pese a las dificultades que pudiera tener y le hace utilizar sus recursos de neuro plasticidad (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017).

En general, en el niño o niña con discapacidad o trastornos del desarrollo, debe tenerse en cuenta, a modo de estructura y planificación de las intervenciones:

- Integración valorativa de sus capacidades y limitaciones, de forma que aporte una información plena y útil para el desarrollo personal y la satisfacción de sus necesidades educativas.
- La evaluación se dirige a objetivos de intervención, por lo que se tratará de hacer una descripción de la persona con discapacidad y su contexto, procurando funcionalidad y

significación en su persona y situación. Se persigue un enfoque de intervención práctica, con diseño de programas y recursos, sin que ello sea contradictorio con un diagnóstico en su sentido clásico.

En suma, se evalúan áreas de desarrollo, que luego han de integrarse en un conjunto estructurado de actuaciones, de forma que esa conjunción sea superior a la simple suma de los resultados de las áreas. Esto es, los procesos de evaluación se convierten en entidades dinámicas con objetivos de actuación, cuyos resultados se entrelazan con los habidos en las otras áreas, conformando una estructura organizada de intervención para el desarrollo evolutivo del caso y las necesidades y objetivos que presentan sus familias.

3.1. Objetivos de las intervenciones

La planificación de actuaciones debe orientarse hacia objetivos sobre la integración dinámica de capacidades y habilidades cognitivas, lingüísticas, de desarrollo psicomotor, afectivo emocional, habilidades de juego y respuesta al medio. De acuerdo con Candel (2005, 2016), Ibáñez y Mudarra (2014) y Perpiñán (2019), los objetivos educativos, como en cualquier otro niño, deben girar en torno a:

- Favorecimiento del ajuste familiar (nuclear y extensa) permitiendo la integración.
- Valorar en los progenitores su carácter de educadores, pero en su papel de padre y madre que disfrutan como tales y en la relación amorosa hacia los hijos.
- Fomento de adecuados patrones comunicativos, de modo que el niño/niña pueda reaccionar a los estímulos del medio (generando interés y motivación), a la vez que los padres y madres disfruten ejerciendo sus papeles parentales.
- Mantenimiento de un ambiente rico, estimulante y estructurado que se dirija a objetivos de desarrollo integral.
- Intervención en los procesos de desarrollo madurativo del caso, para favorecer su autonomía e independencia.

Como se recoge en Candel (2016) los progenitores no deberían sentirse acojados por la insistencia en la aplicación de ejercicios agotadores de todo tipo con su hijo o hija. Deberían saber que el objetivo de la Atención Temprana es exponer el cerebro a los estímulos adecuados, de forma que la activación de los circuitos neuronales mejore en la formación y fortalecimiento de conexiones neuronales adecuadas (Martínez-Segura, 2011) y, también que tanto un exceso

de estímulos como el desorden en su aplicación, provocan confusión en los sistemas (Flórez y Ruiz, 2004; Flórez *et al.*, 2017).

Considerando en el crecimiento del psiquismo humano la estructura biopsíquica (calendario madurativo y progreso de procesos psíquicos) y el ámbito social (que interviene en las posibilidades de ese desarrollo) dentro de contextos sociales, culturales e históricos, se establecen las áreas evolutivas y medidas de trabajo en AT (sensorial y psicomotora, cognitiva, afectivo-social y lenguaje). El establecimiento de estas áreas obedece a un propósito de estudio y de trabajo, con objetivos de análisis selectivo, pero considerando a la vez que el desarrollo evolutivo se presenta con un carácter global e integrado de todas ellas, de mutuas influencias y con una clara interdependencia. Esta interdependencia ha de generar un desenvolvimiento de las actividades profesionales en las que el saber y sus relaciones se abordan desde la idea de la totalidad o realidad del infante y sus contextos, esto es, una visión holística de la intervención en sus mutuas relaciones recíprocas que deviene en la transdisciplinariedad. En lo transdisciplinario la realidad no está prefigurada por el currículum ni por el programa, sino que se constituye en el esfuerzo colectivo del cruce de diversas ideas que afloran en el diálogo de saberes (Pérez, Moya y Curcu, 2013).

4. Sugerencias para la intervención psicopedagógica

De manera general y con objetivos de reflexión psicológica y pedagógica que sirvan para una acción educadora sobre el desarrollo evolutivo en los niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo o con riesgos de padecerlos, se sugieren a continuación algunos aspectos.

- a) La implementación de programas de intervención educativos activos, estructurados y bien organizados, consigue la recuperación de funciones, la iniciación y desarrollo de procesos cognitivos, de la psicomotricidad o del lenguaje.
- b) El desarrollo y sus programas, dirigidos y vivenciados por padres y madres desde un modelo parental, en el que se maximice la participación en actividades interactivas y se favorezca la autonomía en el desarrollo del niño o niña. De igual forma, en ese modelo deberá figurar la sensibilidad para la búsqueda de una respuesta activa en sus hijos que sirva de influencia crítica en el bienestar emocional de los niños (Mahoney y Perales, 2012).
- c) Los programas de Atención Temprana atenderán a la realidad actual y de futuro. Esto es, intervención en los puntos débiles y fuertes propios del caso. Programas que deberán considerar las etapas de Educación Infantil (antes y durante la Atención Temprana), así como su previsión

y preparación para una Educación Primaria en condiciones óptimas. El diseño de esos programas tendrá en cuenta la madurez en la autonomía personal, el cuidado de sí mismo, el lenguaje, aspectos de socialización, asimilación cultural y cognición (Kumin, 2014; Martínez-Cué *et al.*, 2005).

d) Atención y asesoramiento a las familias desde sus realidades y características propias, esto es, partir de la familia real y no de una familia hipotética o globalmente considerada.

e) La plasticidad neuronal funciona, pero es contraproducente tratar de superar límites, porque podría generar un desequilibrio en el desarrollo de la persona en su conjunto y de la unidad de la familia. Como ya se ha citado, el exceso de estímulos o el desorden en su aplicación provocan confusión en los sistemas (Flórez *et al.*, 2017).

f) La familia debe asumir su papel de atender a las necesidades reales de su hijo o hija, comprender los objetivos en el desarrollo y dedicarse con ilusión y esperanza a la tarea educativa que la actividad diaria les ofrece.

g) Desde el enfoque centrado en la familia, y de acuerdo con McWilliam (2016), los profesionales deben llevar a cabo 4 tareas: 1) Interactuar con las familias de manera amistosa, respetuosa, apoyándoles y respetando sus decisiones; 2) Proporcionar a las familias oportunidades para tomar decisiones significativas acerca de la atención temprana que reciben; 3) Deben satisfacer las necesidades de las familias más allá del desarrollo y aprendizaje del niño, y 4) Aprovechar las oportunidades de aprendizaje que las familias proporcionan a sus hijos (McWilliam, 2016; Dunst, Raab, Trivette y Swanson, 2010).

5. Consideraciones finales

Es obvio que el desarrollo se da en todos los infantes, con independencia de sus características o limitaciones, siendo el sistema educativo, quien relaciona aprendizaje con etapas evolutivas, sus niveles de graduación y adecuación, en definitiva, de la enseñanza y aprendizaje. Quizá por ello, los casos que reciben Atención Temprana y, posteriormente, el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo deberá ser atendido con una mayor dimensión compensatoria en su desarrollo, tratándose su equilibrio y potenciación evolutiva considerando sus contextos. Por ello adquiere particular relevancia la cuestión del alumnado con discapacidad o trastornos del desarrollo o riesgos de padecerlos, en la Etapa de Educación Infantil, convirtiéndose en el espacio y tiempo apropiados para una igualdad de condiciones, tanto personal, como educativa y social. En esta Etapa (de 0 a 6 años) toda intervención educativa (por consiguiente, la de

cualquier tipo de profesionales) debe estar guiada por los principios de normalización e integración y con actitudes de aceptación, comprensión y apoyo. Con esa guía, y a nivel operativo, debería considerarse un cuadro de evaluación objetivo, personal y contextual, un asesoramiento con propuestas positivas a la familia y al profesorado, una intervención esperanzadora y unas expectativas de creencia en el desarrollo y diversidad humana. De esta forma se desechan las valoraciones de predicción de dificultades, puesto que son tanto arriesgadas como innecesarias, cuando no injustas en edades tan tempranas, además de coartar e hipotecar cualquier proceso de enseñanza, precisamente en el alumnado que más lo necesita. Por el contrario, deberá adoptarse un marco de promoción, en el que se disponga, tras la detección y valoración, la planificación y desarrollo de programas, recursos y objetivos, dirigidos hacia el fin de desarrollo individual, en el que cualquier avance es significativo por elemental que pudiera parecer.

La educación escolar debería asumir de la Atención Temprana que no tiene sentido una acción docente y educadora si no está planificada y ejecutada para todo el alumnado, lo que implica centrarse en cada uno de los alumnos. Así, no debe aceptarse, en la Escuela, el reduccionismo de una atención a la diversidad sólo a los niños y a las niñas con necesidades específicas, sino entender e integrar las acciones de un Diseño Universal de Aprendizaje (Elliot, 2009; Sala, Sánchez, Díez y Giné, 2014), como conjunto integrado de pensamiento-acción de un profesorado que, conociendo a su alumnado (qué y cómo aprende) desarrolla planteamientos de enseñanza para todos. En una conclusión, si consideramos con Vygotsky que el aprendizaje es como una torre, hay que ir construyéndolo paso a paso, no podrá hacerse sin conocer a su protagonista y, ciertamente, será después de ello cuando el adulto, media con el diseño y ayuda en ese proceso de construcción.

3. Consideraciones neuropsicológicas para la intervención y planificación de actuaciones

Buena parte del argumentario sobre las intervenciones de la Atención Temprana gira sobre sus efectos en la maduración cerebral, como consecuencia de las actuaciones e intervenciones, del aprendizaje y de la experiencia. Veamos a continuación, algunos argumentos concretos.

a) Desde un punto de vista neuropsicológico el hecho de que sea necesaria la actividad neuronal para completar el desarrollo implica que la maduración cerebral es modificable a través de su propia estimulación y de la experiencia. Esta experiencia y el aprendizaje provocan modificaciones cerebrales, tanto neuroquímicas como neuro morfológicas, que refuerzan los

contactos sinápticos ya existentes y la formación de nuevos contactos entre células. (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017).

b) Una vez se conforman las estructuras del neurodesarrollo, la plasticidad se hace evidente. Las diversas influencias y estímulos provocan nuevos brotes dendríticos y axónicos, con nuevas ramificaciones. Se reestructura, modifica y establece la red de contactos sinápticos hasta conseguir una estructura final de circuitos.

c) El desarrollo genéticamente preestablecido configura las fases de producción o estallido sináptico: Un periodo de particular sensibilidad en la recepción de la información sensorial que va a condicionar y dirigir el aprendizaje. Será finalmente el individuo con las influencias externas quien decidirá cuál será el entramado de redes sinápticas que se forman, y que, a su vez, condicionará su experiencia (Yusuf, 2002).

d) Se trataría de mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje para que pudiera observarse la participación de mecanismos epigenéticos en la plasticidad sináptica, el aprendizaje y la memoria. Aspectos que se han observado en estudios con personas que presentan Síndrome de Down (Dekker *et al.*, 2014; Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017). Ciertamente es enormemente complejo el estudio de la epigenética (metilación de ADN, modificaciones postraslacionales de histonas, ensamblaje de núcleo nucleosomal) para su intervención en diversos síndromes de discapacidad intelectual, pero sí que pueden darnos ideas sobre las consecuencias de un potencial terapéutico (dianas de posibles productos), así como de la acción potenciadora neurocognitiva de programas de intervención y posteriores programas estratégicos de aprendizaje.

e) No asumimos una concepción diferenciada de la inteligencia (un rasgo estable diferenciado del esfuerzo), por el contrario, la inteligencia es modificable por el esfuerzo y el aprendizaje, de forma que se podrá tratar de mejorarla mediante la implicación activa del niño-niña en tareas de aprendizaje que supongan desafío, dedicando el esfuerzo y la persistencia precisos para su resolución. Obviamente, a menores edades el interés y la motivación tendrán una base del adulto. Se persigue que, a lo largo de su evolución (sobre todo posteriormente en lo académico), estos casos no perciban el fracaso como una amenaza sino como un estímulo para buscar estrategias más eficaces y adquirir nuevos conocimientos (Trianes, Luque y Fernández, 2017).

f) El diagnóstico de discapacidad intelectual o de trastornos del desarrollo no determina el desarrollo educativo del alumnado, sino que establece y detalla la atención educativa adecuada,

los apoyos y recursos oportunos, todo, para la compensación de sus limitaciones, el desarrollo de sus capacidades, en suma, la normalización de su vida (Luque y Luque-Rojas, 2020).

g) Una acción educativa firme, constante e inteligente, activa el cerebro del niño con discapacidad intelectual, pese a las dificultades que pudiera tener y le hace utilizar sus recursos de neuro plasticidad (Flórez, Garvía y Fernández-Olaria, 2017).

En general, en el niño o niña con discapacidad o trastornos del desarrollo, debe tenerse en cuenta, a modo de estructura y planificación de las intervenciones:

- Integración valorativa de sus capacidades y limitaciones, de forma que aporte una información plena y útil para el desarrollo personal y la satisfacción de sus necesidades educativas.
- La evaluación se dirige a objetivos de intervención, por lo que se tratará de hacer una descripción de la persona con discapacidad y su contexto, procurando funcionalidad y significación en su persona y situación. Se persigue un enfoque de intervención práctica, con diseño de programas y recursos, sin que ello sea contradictorio con un diagnóstico en su sentido clásico.

En suma, se evalúan áreas de desarrollo, que luego han de integrarse en un conjunto estructurado de actuaciones, de forma que esa conjunción sea superior a la simple suma de los resultados de las áreas. Esto es, los procesos de evaluación se convierten en entidades dinámicas con objetivos de actuación, cuyos resultados se entrelazan con los habidos en las otras áreas, conformando una estructura organizada de intervención para el desarrollo evolutivo del caso y las necesidades y objetivos que presentan sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Alianza Editorial.
- Bernstein, C. A. (2011). Meta-Structure in DSM-5 process. *Psychiatric News*, 46(5), 7-29.
<http://psychiatryonline.org/newsarticle.aspx?articleid=108259>
- Brown, I., Galambos, D., Poston, D.J., y Turnbull, A.P. (2007). Person centered and family centered support. In I. Brown y M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp. 351-361). Paul H. Brookes.
- Candel, I. (2004). Prevención desde el ámbito educativo: Patologías no evidentes. En J. Pérez-López y A.G. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 119-132). Pirámide.
- Candel, I. (2005). Elaboración de un programa de atención temprana. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(7), 151-192.
- Candel, I. (2016). *El método Padovan... ¿es recomendable?: opinión de los expertos en Atención Temprana de Down España*. Down España.
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family centered early childhood intervention. *Child: Health, Care and Development*, 33(6), 664-669.
- Dalmau Montalà, M., Balcells-Balcells, A., Giné, G., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., Farré, V. y Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en la intervención temprana. *Anales de psicología*, 2017, 33(3), 641-651.
- Díaz-Herrero, Á. y Martínez-Fuentes, M. T. (2009). Prevención y promoción del desarrollo infantil: una experiencia en las Escuelas Infantiles. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(2), 57-72.
- Dunst, C.J., Hamby, D.W., y Brookfield, J. (2007). Modeling the effects of early childhood intervention variables on parent and family well-being. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 2, 268-288.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., y Hamby, D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13, 370-378.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. y Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. En R. A. McWilliam (Ed.), *Working with families of children with special needs* (pp. 60-81). Guilford Press.
- Dekker, A. D., De Deyn, P. P., y Rots, M. G. (2014). Epigenetics: the neglected key to minimize learning and memory deficits in Down syndrome. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 45, 72-84.

- Elliot, J. (2009). *La investigación-acción en educación*. Morata.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centered practice: Collaboration, competency, and evidence. *Support for Learning*, 23, 136–143. doi:10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Pirámide.
- Flórez, J, Garvía, B. y Fernández-Olaria, R. (2017). *Síndrome de Down: Neurobiología, Neuropsicología, Salud Mental. Bases para la intervención en el aprendizaje, la conducta y el bienestar mental*. CEPE. Fundación Iberoamericana Down21.
- Flórez, J., y Ruiz, E. (2004). Síndrome Down: aspectos biomédicos, psicológicos y educativos. Fundación iberoamericana Down 21.
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo cero*, 45(3), 6-27.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad*.
- Grupo de Atención Temprana (2005). Federación estatal de asociaciones de profesionales de atención temprana. *Libro blanco de la atención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad*.
- Ibáñez, P., Mudarra, M. J. (2014). *Atención Temprana. Diagnóstico e Intervención Psicopedagógica*. UNED.
- Janín (2021). Infancia y contexto – Intervenciones subjetivantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 41 (139), 141 – 150.
- Juárez, M.P. (2014). De paciente a consultante: Designaciones para la autogestión en la atención primaria y la salud comunitaria. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6 (1): 12-26.
- Kasari, C., Gulsrud, A., Wong, C., Kwon, S., y Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 40, 1045-1056.
- Kumin, L. (2014). *Síndrome de Down: Habilidades tempranas de comunicación. Una guía para padres y profesionales*. Fundación Iberoamericana Down 21.
- <http://www.down21materialdidactico.org/libroHabilidadesTempranasComunicacion/index.html>
- Luque, D. J. y Luque-Rojas, M. J. (2018). *Evaluación y diagnóstico de necesidades educativas específicas*. ICD Editores.

- Luque, D. J., Luque-Rojas, M. J. (2020). Mi hermano tiene discapacidad. Yo también estoy aquí. *Polyphōnia: Revista de Educación Inclusiva/Polyphōnia: Inclusive Education Journal*, 4(2), 199.
- Mahoney, G., y Perales, F. (2012). El papel de los padres de niños con síndrome de Down y otras discapacidades en la atención temprana. *Revista Síndrome de Down*; 29 (113). 46-64.
- Marina, P. A. (2014). ¿Qué enfermedades tratan los psiquiatras? Norte de Salud Mental. *Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, XII(50), 35-41.
- Martínez-Cué, C., Rueda, N., García, E., Davisson, M. T. Schmidt, C., Flórez, J. (2005). Behavioral, cognitive and biochemical responses to different environmental conditions in male Ts65Dn mice, a modelo of Down síndrome. *Behav Brain Res*; 163, 174-185.
- Martínez Miguélez, M. (2012). Conceptualización de la transdisciplinariedad », Polis [En línea], <http://journals.openedition.org/polis/4623>
- Navas, P., Verdugo, MA, Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial* , 17 (2), 143-152.
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en atención temprana: transformación a un enfoque centrado en la familia. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 133-153.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF). OMS, OPS, IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y problemas relacionados de la salud* (CIE-10). OMS.
- Pérez-López, J., Brito de la Nuez, A. G., Martínez-Fuentes, M. T., Díaz-Herrero, Sánchez-Caravaca, J., Fernández-Rego, F. J., & Casbas-Gómez, M. I. (2012). Las escalas Bayley BSID-I frente a BSID-II como instrumento de evaluación en Atención Temprana. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(2), 484–489. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.132481>
- Pérez, E.; Moya, N. A.; Curcu, A. (2013) Transdisciplinariedad y educación. *Educere*, 17(56), pp. 15-26.
- Perpiñán, S. (2019). *Atención temprana y familia: cómo intervenir creando entornos competentes* (Vol. 184). Narcea Ediciones.
- Sala, I., Sánchez, S., Díez, E. & Giné, C. (2014). Análisis de los distintos enfoques del paradigma del diseño universal aplicado a la educación. *Revista Latinoamericana de educación Inclusiva*, 8 (1), 143-152.

- Trianes, M. V. y Luque, D. J. (2013). *Manual de Psicología de la Educación para psicólogos*. Facultad de Psicología Universidad de Málaga.
- Trianes, M. V., Luque, D. J., Fernández, F. J. (2017). *Psicología de la Educación para el Grado en Psicología*. Facultad de Psicología Universidad de Málaga.
- Turnbull, A.P. (2003). La calidad de vida de las familias como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. In M.A. Verdugo & F.B. Jordán de Urríes (Coords.), *Investigación, innovación y cambio: V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 61-82). Amarú.
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero*, 34(1), 5-19
- Verdugo, M. Á., Navas, P., Arias, B., & Gómez, L. E. (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. *Publicaciones del INICO*, 65.
- Wedell, K. (2008). INCLUSIÓN: Confusión sobre la inclusión: ¿parches o cambio de sistema? *Revista Británica de Educación Especial*, 35(3), 127-135.
- Wehmeyer, M. L.; Buntinx, W. H. E.; Lachapelle, Y.; Luckasson, R. A.; Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2008). The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Yusuf, H.K.M., Islam, K. (2002). Brain development. En V.S. Ramachandran (Ed). *Encyclopedia of the Human Brain*, (vol. I, pp. 493-507). Academic Press.

confluenciadesaberesface@gmail.com