

## ÍNDICE

<i>Prefacio</i> .....	XIX
<i>Prólogo</i> .....	XXI

### PARTE I FUNDAMENTOS

CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN, BASES CONCEPTUALES Y PRESENTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Claudia Tatiana Escorcía Mora</i> .....	3
CAPÍTULO 2. NEUROCIENCIAS Y ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Francisco Alberto García Sánchez</i> .....	33
CAPÍTULO 3. LA CIENCIA DE IMPLEMENTAR. ENFOQUE DE LOS SISTEMAS DE DESARROLLO Y PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA FAMILIA. <i>Michael Guralnick</i> .....	51
CAPÍTULO 4. DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA: TRABAJAR CON FAMILIAS EN EL «MUNDO REAL» DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Marilyn Espe-Sherwindt</i> .....	73
CAPÍTULO 5. DOCE PASOS CRÍTICOS PARA EL ENCUENTRO PROFESIONAL-FAMILIA. <i>Robin McWilliam y Pau García Grau</i> .....	93
CAPÍTULO 6. «SÉ QUE PUEDO CONTAR CON...». LA IMPORTANCIA DE LAS REDES SOCIALES DE APOYO EN ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Ana María Serrano</i> .....	107
CAPÍTULO 7. GRUPOS DE AYUDA MUTUA: UNA EXPERIENCIA DE APOYO SOCIAL PARA LAS FAMILIAS. <i>Elisa Moltó Soler</i> .....	131
CAPÍTULO 8. CALIDAD DE VIDA FAMILIAR EN EL DÍA A DÍA. <i>Laura Escribano y Javier Tamarit</i> .....	147
CAPÍTULO 9. EL MUNDO DE LAS EMOCIONES EN ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Pedro Enrique Díaz Martínez</i> .....	163

PARTE II  
PRÁCTICAS

CAPÍTULO 10. TRABAJO EN EQUIPO EN ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Manuel Pacheco Molero, Margarita Cañadas Pérez y Gabriel Martínez Rico</i> .....	197
CAPÍTULO 11. COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS: DIÁLOGO ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA. <i>Lidia Rodríguez García y Natalia Bravo del Cerro</i> .....	217
CAPÍTULO 12. ENSEÑANZA SENSIBLE: INTERVENCIÓN EN EL DESARROLLO IMPLEMENTADA POR LOS PADRES. <i>Gerald Mahoney y Frida Perales</i> .....	247
CAPÍTULO 13. UNO DE LOS ESTRIBILLOS COTIDIANOS: LA HORA DE LA COMIDA. RETOS Y FORMAS DE SUPERARLOS. <i>Ena Caterina Heimdahl</i> .....	275
CAPÍTULO 14. FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA BASADA EN LA PARTICIPACIÓN. <i>Mónica Alonso Martín</i> .....	301
CAPÍTULO 15. ATENCIÓN TEMPRANA Y EDUCACIÓN INCLUSIVA. <i>Anna Balcells, Joana Mas, Natasha Baqués y Climent Giné</i> .....	319
CAPÍTULO 16. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN ATENCIÓN TEMPRANA PARA EL BIENESTAR DE LAS FAMILIAS. <i>María José Mudarra Sánchez y Cristina Sánchez Romero</i> .....	339
CAPÍTULO 17. MINDFULNESS: UN RECURSO PARA FAMILIAS Y PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. <i>Iván Franco Castellano</i> .....	371
CAPÍTULO 18. APOYO EN LA ELECCIÓN DE LOS USOS BILINGÜES FAMILIARES EN ENTORNOS LINGÜÍSTICA Y CULTURALMENTE DIVERSOS. <i>Silvia Nieva Ramos</i> .....	391
CAPÍTULO 19. LOS SERVICIOS EN COORDINACIÓN: NECESIDAD, NIVELES Y REALIDAD. <i>Noelia Orcajada Sánchez</i> .....	411
CAPÍTULO 20. ORIENTACIONES Y CONSIDERACIONES FUTURAS EN LA CONTINUA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA. <i>Carl Dunst</i> .....	433

# CAPÍTULO 1

## EVOLUCIÓN, BASES CONCEPTUALES Y PRESENTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

CLAUDIA T. ESCORCIA MORA  
Universidad Católica de Valencia

### INTRODUCCIÓN

Se considera que las prácticas centradas en la familia (PCF) son las más efectivas a la hora de apoyar a las familias a mejorar los procesos de aprendizaje y promover el desarrollo de los niños (Division for Early Childhood, 2014).

Volviendo la vista atrás, encontramos referencias ya en el año 1952, sobre la participación de los padres y las prácticas basadas en la familia (Fiedler, 1952). Sin embargo, no fue hasta las décadas de los sesenta y setenta, en que la participación de estos se empezó a convertir en algo más generalizado para educadores especiales y profesionales de Atención Temprana (AT). Conan (1971) afirmaba que, para lograr un aprendizaje efectivo, no solo basta con la instrucción que el niño recibe de los profesionales o la escuela, sino que debe existir un entorno que le apoye y aquí la misión de la familia es fundamental.

Se considera que el origen de las prácticas centradas en la familia viene dado desde el mundo de la educación, cuando en los 70's, se crean una serie de programas destinados a la educación de las minorías raciales, culturales y económicamente desfavorecidas. Uno de estos programas es el *Follow Through* descrito por Gordon (1972) que buscaba mejorar la capacidad de aprendizaje del niño, la educación y participación de los padres a través de un plan, en el que tanto el hogar, como la escuela son partes integrales de una sola unidad. Tenía como objetivo proporcionar educación, experiencias sociales y culturales para los niños y sus familias, creando un entorno más propicio de aprendizaje. Para llevar a cabo este objetivo, se creó una nueva figura profesional: el educador de padres, quien, a través de visitas al aula y visitas domiciliarias semanales, colaboraba con los «padres» en la realización de tareas educativas para el niño; excursiones para padres e hijos, etc. Era un programa ejemplar por varias razones:

- El modelo de diseño consideraba el entorno total del niño como una sola unidad que determina positiva o negativamente su desarrollo.
- Aumentaba la participación de los padres y la efectividad en la educación del niño.
- Mediante la estrecha colaboración tanto en el hogar y la escuela, se adapta a las necesidades individuales.
- Además, su diseño afectaba de manera positiva a las relaciones, a las actitudes que tienen los padres, los niños y el personal entre sí y con las instituciones educativas, la comunidad y la sociedad (Gordon, 1972).

Si vemos el contenido de este programa y pensamos en las prácticas que actualmente estamos empezando a desarrollar en España, realmente no vemos apenas diferencias significativas. El objetivo final, la metodología e incluso las razones que motivan su aplicación, son similares. Ahora la pregunta es ¿qué ha pasado en estos años, para que 40 años después, estemos viendo como novedad la incorporación de PCF?

A lo largo de este capítulo, desarrollaremos las ideas que nos ayuden a dar respuesta a este interrogante. Para ello, es necesario que realicemos un recorrido por todos los hitos históricos y conceptuales que han provocado el movimiento centrado en la familia y de paso, entender el proceso de transformación que está viviendo España en este momento.

Cabe destacar que hablar de la historia de la atención temprana en España es una labor arriesgada, debido, en gran parte, a que es una historia que aún se está escribiendo. Sus protagonistas están en activo y están contribuyendo desde diferentes frentes a dar cuerpo a una disciplina que aún está posicionándose. Además, también nos encontramos con el problema de que la mayor parte de las acciones realizadas por grupos de profesionales, asociaciones e incluso universidades no han sido registradas en la literatura científica, por lo que no hay constancia de ellas. Esto, unido a que muchas de las acciones se han desarrollado en ámbitos regionales, con poca transferencia a otras comunidades, hace que hablar de historia de la AT, sea muy complicado.

Aún con todos estos inconvenientes, intentaremos dar una visión de los hechos más trascendentales y conocidos que nos ayuden a entender nuestra historia y permitan contextualizar los elementos clave del paradigma centrado en la familia.

Este capítulo pretende ser un correlato de los puntos fundamentales de las PCF, muchos de los cuales serán ampliados por los demás autores a lo largo de los capítulos que componen esta obra.

## UNA MIRADA AL PASADO

Antes del siglo XVII los niños eran representados como pequeños adultos, débiles y menos inteligentes. En el caso de los griegos de la Antigüedad, mostraban preocupación por los niños incluso desde el momento de sospecha de embarazo. Platón recomendaba a las mujeres embarazadas para que no tuvieran problemas en el momento del parto, practicar ejercicio. Así mismo, Aristóteles las animaba a alimentarse bien para prevenir complicaciones futuras.

En muchas sociedades, los niños han sido tratados como dioses pequeños, mientras que en otras han tenido que enfrentar las tareas del hogar y del campo desde edades muy tempranas. Estas formas de entender la infancia, han condicionado también la forma de entender el funcionamiento de un niño que presenta discapacidad o compromiso en su desarrollo. En estas sociedades, el papel de las familias y de los servicios de atención a la infancia también han tenido diferentes formas de enfocar los «tratamientos» que apoyan su desarrollo. Es así, como desde las diversas culturas se han propiciado leyes que buscan mejorar los servicios prestados.

En la década de los 70, en EE UU, por ejemplo, el Congreso americano promulga la Ley P.L 91-230, que consolida la creación de algunos programas para la educación de niños con discapacidad. Esta ley proveía partidas presupuestarias a los estados, para la educación de niños con limitaciones en la escuela preescolar, elemental y secundaria. Los fondos eran sobre todo utilizados para la identificación y evaluación de niños menores de 3 años (Mc Lean, Sandall & Smith, 2016). En los años sucesivos, esta legislación, sufrió reformas tanto en los procedimientos, como en los ámbitos de actuación. De igual manera, en España, en la década de los 70 se inician acciones encaminadas a la formación de profesionales relacionados con las etapas tempranas de desarrollo (Milla, 2005).

En la tabla 1 se presentan de manera esquemática los principales hitos que marcaron la historia de esta disciplina. De esta forma, podemos ver un claro paralelismo en la manera en la que han sido abordada la intervención en AT.

**Tabla 1. Hitos históricos en la evolución de la Atención Temprana. Comparativa de elaboración propia a partir de McLean *et al.* (2016)**

Año	EEUU	España
1856	Abre el primer jardín de infancia.	1856. Constitución española de («non nata» porque nunca llegó a ser promulgada, proponía una educación primaria gratuita.
1900-1930.	1922. Se funda el consejo para niños excepcionales. 1930. Se funda la Asociación Nacional de Educadores de Guarderías.	1907. María Montessori, promulga la educación es un proceso natural que el niño realiza a través de experiencias sobre el medio. 1922. Maestros mal retribuidos, formación enciclopédica, preparación inadecuada y falta de reconocimiento de su labor.
1930-1950.	Skeels y Dye demuestran cambios en el desarrollo cognitivo en niños como consecuencia del cambio de ambiente.	1931-1936, En la República se presentan los primeros beneficios para las mujeres y los niños. Sin incluir niños de 0 a 2 años. Las guarderías dependían de la Dirección General de Sanidad, adscrito al Ministerio de Gobernación. 1941. Ley de Sanidad Infantil y Maternal (BOE 28-VII-1941 que regula la formación de personal especializado a través de la Escuela Nacional de Puericultura. 1945. Ley de Enseñanza Primaria (BOE 18-VTI-1945), tampoco se otorgaba mucha importancia a la educación de 2 a 6 años, se crean las <i>Escuelas Maternales</i> y de párvulos. El profesorado será exclusivamente femenino. No psicopedagogía ni desarrollo psicomotor.
Década de los 50	1953. James Watson y Francis Crick descubren el ADN. 1955. Jonas Salk inventa la vacuna contra la poliomielitis.	1950-1955. Integración de España en la UNESCO. Mayor apertura ideológica; el aumento de Innovación educativa y el activismo pedagógico. 1957. Se funda la <i>Escola de Jardineres</i> del C.I.C.F. (Centre d'Informació Catòlica Femenina), el primer centro en España para la formación exclusiva de educadores para la primera infancia a nivel de vida.

Año	EEUU	España
<b>Década de los 60</b>	<p><b>1965.</b> Head Start inicia un programa de verano de 8 semanas para niños jóvenes creciendo en pobreza.</p> <p><b>1968-</b>Se establece el programa de educación temprana para niños con minusvalías (HCEEP), para desarrollar programas prescolares experimentales para niños con minusvalías.</p>	<p><b>1959-1960.</b> Aparece el concepto de «normalización» referido a las personas deficientes mentales, hablando de «que deben tener una vida lo más parecida posible a la normal».</p>
<b>Década de los 70</b>	<p><b>1971-</b>Demanda judicial de la Asociación de Pensilvania para niños con retrasos vs Mancomunidad de Pensilvania, establece el derecho a una educación para todos los niños de edad escolar con retraso mental.</p> <p><b>1972-</b>Head Start establece que el 10% de las plazas en Head Start debe ser para niños con discapacidad.</p> <p><b>1973-</b>La División para Atención Temprana se establece como una división del Consejo para niños excepcionales y sirve como organización para los profesionales de educación en Atención temprana</p> <p><b>1975-</b>Ley presidencial manda servicios para niños de todas las edades escolarizados con discapacidades y los admite para niños con discapacidades desde el nacimiento.</p>	<p><b>1973-</b> Primeros Centros de Educación Especial en edad escolar (a partir de los 6 años).</p> <p><b>1974-</b> Primera unidad de Estimulación precoz de España. Hospital Santa Cristina Madrid. Niños bajo peso y retraso madurativo.</p> <p><b>1975-</b> Carmen Gayarre da el primer curso de estimulación precoz para niños de 0 a 5 años. Escuela de Fisioterapia de Madrid.</p> <p><b>1976-</b> Se crea el Real Patronato de Educación Especial, luego llamado Educación y Atención a Deficientes.</p> <p><b>1978-</b> Plan Nacional de Educación Especial.</p>
<b>Década de los 80</b>	<p><b>1986.</b> Ley presidencial que ordena servicios para niños preescolares con minusvalías y provee incentivos para servir a niños desde el nacimiento</p> <p><b>1988.</b> Todos los estados optan por participar en las acciones en infantes, lactantes y en preescolares.</p>	<p><b>1981-</b> IMSERSO 9 centros de Estimulación precoz en España.</p> <p><b>1982-</b> Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI). Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial. Inicio en edad preescolar.</p> <p><b>1985-</b> Leyes para el inicio de la acción terapéutico a cualquier edad.</p>
<b>Década de los 90</b>	<p><b>1990.</b> Iniciativas legislativas en AT llamada EHA e IDEA.</p> <p><b>1995.</b> El EHA en un 10 % para niños desde el nacimiento a 3 años.</p>	<p><b>1993-1996.</b> Estudio sobre Atención Temprana dentro del programa Helios II de la Unión Europea sobre los principios de buenas prácticas. Establece componentes esenciales y características comunes de los servicios europeos, la disponibilidad, proximidad, asequibilidad, gratuidad y responder a las necesidades de las familias.</p> <p><b>1998.</b> Modelo integral de actuación en AT. García-Sánchez, F.A., Castellanos, P. &amp; Mendieta, P.</p>

Año	EEUU	España
<b>Década 2000</b>	<p><b>2002.</b> Reforma de los servicios de Educación para crear líneas de investigación propias el Instituto de Ciencias de la Educación (IES).</p> <p><b>2004.</b> En el Centro Nacional para Investigación en Educación Especial (NCSER). Se inicia la investigación en educación especial.</p> <p><b>2006.</b> La NCSER fondos para investigar en intervención temprana. El congreso presenta normativa y regulaciones finales para niños en edad escolar.</p>	<p><b>2000-</b> Libro Blanco de la Atención Temprana.</p> <p><b>2003</b> La Agencia Europea para el Desarrollo en Educación en Necesidades Especiales (EADS-NE) describen tres modelos que coexisten en la actualidad, según el modo de organización de los equipos.</p> <p><b>2005.</b> GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. <i>Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana.</i> Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones en la que participaron 19 países europeos (EADSNE, 2005).</p>
<b>Década 2010</b>	<p><b>2011.</b> Normativa final para niños: infantes y lactantes.</p> <p><b>2014.</b> DEC Prácticas recomendadas.</p>	<p><b>2010.</b> EADSNE realiza estudio de seguimiento de prácticas de AT donde se evidencian los avances en la implementación de prácticas centradas en la familia, como una parte importante de la eficacia de intervención en la primera infancia.</p> <p><b>2010.</b> El centro de Educación Infantil y Atención Temprana l 'Alquería UCV inicia la implementación de prácticas centradas en la familia.</p> <p><b>2010-2018.</b> A lo largo de todo el país se realizan reuniones, cursos, congresos, encuentros que sirven para apoyar, compartir experiencias y dar a conocer las practicas.</p>

Como se puede observar, la historia de la AT ha estado siempre muy vinculada a los cambios acontecidos principalmente en la educación y en los servicios sociales. También a muchos de los descubrimientos médicos que ayudan a entender los procesos de discapacidad. No es hasta la década de los 70 cuando empieza a vislumbrarse un cuerpo de conocimiento propio.

En esta evolución histórica es necesario hacer un especial reconocimiento a la labor realizada por el Grupo de Atención Temprana Español «GAT», que desde su fundación empezó a velar por una atención temprana para todos y de calidad. Uno de los resultados del trabajo realizado por el GAT, se plasma en la elaboración del libro blanco de la atención temprana, que marcó las directrices de actuación a profesionales y servicios de AT en todo el país. A este trabajo se



unieron con posterioridad, otros documentos que ayudaron a la organización y la sensibilización en materia de AT.

Este proceso evolutivo sufrido, ha marcado la manera de entender y conceptualizar la disciplina y por consiguiente la manera de intervenir. Se ha pasado concepto más rehabilitador a uno mucho más social centrado no sólo en el niño, sino en la familia y en su entorno (Escorcía, 2016). En su conjunto se aprecia que existe un cambio de paradigma desde un modelo más tradicional que hacía énfasis en los déficits y en el niño, hacia un modelo basado en las fortalezas y recursos con los que cuenta el niño y todo su entorno, donde el desarrollo evolutivo de éste y la repercusión de la interacción social son igualmente importantes (EADS-NE, 2005; Jung, 2012).

#### EVOLUCIÓN DE UN CONCEPTO

La evolución de la legislación y las acciones puestas en marcha en nuestro país, trajo consigo también una evolución en el concepto de la AT, que supone el paso de medidas asistenciales de carácter clínico-rehabilitador, a la adopción de medidas preventivas y acciones que contemplan los aspectos psicosociales y educativos del desarrollo del niño (García-Sánchez, Castellanos & Mendieta, 1998; Gútez, 2005).

Uno de los primeros términos empleados para denominar las acciones asistenciales, fue el de *estimulación precoz*. Su finalidad básica se entendía como el intento de lograr adiestramientos y maduraciones rentables. Esta rentabilidad dependía de los potenciales de plasticidad cerebral del sujeto (González, 1970). Al estar focalizada en el niño, contempla un conjunto de técnicas o acciones a desarrollar, factible de aplicar en niños que tengan afectación en forma de retardos del desarrollo en cualquiera de sus esferas (Zuleta, 1997).

Más adelante se emplearon términos como el de *estimulación temprana*, para referirse a todas aquellas acciones que «se aplican desde el nacimiento, especialmente en los tres primeros años de la vida y que provee los estímulos necesarios para el desarrollo de nuevas conexiones sinápticas (Zulueta, 1997, p. 11). Se plantea como un recurso que potenciaba al niño de manera exclusiva.

Un año más tarde, es cuando Candel (1998, p. 10) introduce el término *atención temprana* conceptualizándolo como un conjunto de actuaciones dirigido al niño, la familia y a la comunidad, diferenciándolo así de la estimulación precoz/temprana.

En la actualidad la evolución del concepto nos lleva a una definición más holística, que incluye no solo al niño y su familia, sino que busca recursos y apoyos que ayuden a mejorar la calidad de vida. Es así cómo podemos encontrar una de las definiciones de AT dada por Dunst, Raab, Trivette y Swanson (2010, p. 62):

La intervención en la primera infancia se define como las experiencias y oportunidades brindadas a los bebés y niños pequeños con discapacidad por parte de sus padres y otros cuidadores primarios (incluidos los proveedores de servicios) que tienen como objetivo promover la adquisición y el uso de la competencia conductual por parte de los niños para moldear e influir en sus interacciones pro-sociales con las personas y los objetos.

Y la última definición que encontramos y la que actualmente tiene mayor consenso es la aportada por Dunst y Espe-Sherwindt (2017), quienes describen la AT como:

Los diferentes tipos de apoyo a la crianza de los hijos que brindan los profesionales de la primera infancia y otros miembros de redes sociales, que proporcionan a los padres el tiempo, la energía, los conocimientos y las destrezas necesarias para involucrar a sus hijos en las oportunidades cotidianas de aprendizaje infantil que promueven y mejoran la confianza y la competencia tanto del niño como de los padres (p. 831).

## FUNDAMENTOS QUE SUSTENTAN LAS PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA FAMILIA

A lo largo de los años los modelos explicativos del desarrollo humano han realizado una importante contribución al desarrollo de la Atención Temprana a nivel mundial, ofreciendo una base teórica desde la cual entender los procesos que se desarrollan dentro de su marco de actuación (Escorcía, 2014).

Desde las neurociencias, se ofrece una base neurobiológica que explica la importancia de los primeros años en el establecimiento del aprendizaje, así como el papel fundamental que las experiencias tempranas y las interacciones que el niño tiene con su entorno determinan en gran medida dichos aprendizajes. En el capítulo 2 de este libro se tratará en profundidad este tema, por lo que nos centraremos en otros de los fundamentos y modelos que favorecen el desarrollo del niño y que son la base conceptual de las PCF.

El desarrollo del niño, se ha intentado explicar desde los contextos de influencia que los ambientes socioculturales, familiares y paternos ejercen sobre el niño y desde la importancia que tienen las interacciones tempranas en su evolución.

Desde el modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979) se enfatiza el papel decisivo que ejerce el medio ambiente ecológico en el desarrollo infantil (Serrano, 2010). Los niños están involucrados en un proceso de desarrollo constante y dinámico, que los hace atravesar progresivamente varios contextos, reestructurando los entornos en los que operan (Serrano, 2007).

Para Bronfenbrenner, los entornos donde los niños tienen sus experiencias son entendidos como subsistemas dentro de los sistemas, que nos permiten localizar en el espacio y el tiempo los diferentes escenarios de la vida del niño (García-Sánchez, 2001; Pereira & Serrano, 2010). En su modelo, se considera la existencia de diferentes componentes divididos en microsistema, mesosistema, exosistema y el macrosistema. Cada uno de estos sistemas aporta una serie de estímulos directos e indirectos que afectan en mayor o menor medida a la evolución del niño. Además, cada uno de estos subsistemas resulta igual de importante y debe considerar la capacidad de los niños para hacer frente a las variaciones de estos entornos (Bronfenbrenner, 1979).

El microsistema que normalmente comprende el conjunto de actividades, roles y relaciones interpersonales que experimenta el niño en el contexto en el que opera, incluye la relación entre el niño y los padres, hijos y hermanos e hijos y otros miembros de la familia. En el contexto educativo incluye la relación entre el niño, los educadores y sus compañeros.

Vemos cómo las intervenciones que se realizan en el microsistema del niño, permiten realizar acciones, que tienen y tendrán repercusiones importantes en su desarrollo. La calidad de un microsistema depende de su capacidad para mantener y estimular el desarrollo en un contexto emocionalmente saludable (Pereira, 2003).

Por otro lado, este enfoque nos habla también del mesosistema, que comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas), en los que la persona en desarrollo participa. Para un niño su mesosistema son las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de amigos del barrio; mientras que, para un adulto, hace referencia a las relaciones entre la familia, el trabajo y la vida social.

Incluye también el exosistema, que hace referencia a los propios entornos (uno o más), en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente;

pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está incluida. Para el niño podrían ser exosistemas el lugar de trabajo de los padres, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc. Estos exosistemas incluyen recursos para las familias en general y los niños en particular (salud, educación, seguridad social).

En toda cultura, el micro, meso y exosistemas contienen aspectos culturales, ideológicos, creencias y valores similares que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez los diferencia de otros entornos influidos por marcos culturales o ideológicos distintos.

El conjunto de factores sociales más amplios que influyen en los sistemas de cada uno, se llama macrosistema. Este incluye aspectos y conceptos legislativos y políticos que los diferentes agentes de socialización tienen sobre los niños y su proceso educativo. Por tanto, el macrosistema asume el patrón más amplio de la ideología, la demografía y las instituciones de una cultura o subcultura de la sociedad a la que pertenecen el niño y su familia (Bronfenbrenner, 1998; García Sánchez, 2001).

La teoría ecológica de Bronfenbrenner cobra una especial relevancia cuando hablamos de PCF. Si analizamos la presencia de estos sistemas dentro de los principios que rigen la intervención desde estas prácticas, observamos que afectan todos y a cada una de las acciones enfocadas a ayudar al niño y su familia. Por tanto, es deber de los profesionales de AT trabajar en cada uno de estos, reforzando las interacciones positivas entre ellos y apoyando en la búsqueda de recursos.

Otro de los modelos que conceptualizó el proceso de desarrollo desde una perspectiva bioecológica es el modelo transaccional de Sameroff y Chandler (1975). En este modelo los autores proponen una visión innovadora del desarrollo, al atribuir la misma importancia a los efectos del niño sobre el medio, como del medio sobre el niño. En este sentido, la evolución de éste, se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente. Se resalta la importancia de las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño y los elementos de su entorno, empezando por los padres y los iguales, entendiéndose las mismas como un factor fundamental para el desarrollo.

Posteriormente, este autor propone un modelo unificado de desarrollo, en el cual los diferentes procesos biológicos interactúan entre sí con los procesos psicológicos, formando el sistema biopsicosocial del individuo. Este sistema se integra

con otros sistemas reguladores como son los contextos familiares, educativos, de la comunidad y geopolíticos que se influyen mutuamente (Sameroff, 2010).

Este modelo abre una ventana a la comprensión de la visión integradora, compleja, interactiva y multidimensional que se esconde detrás de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que rodean al individuo.

En la misma línea, la organización mundial de la salud (2004) operacionaliza este paradigma a través de la CIF —Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud— ofreciendo una perspectiva de la funcionalidad y la discapacidad como un continuo (de aspectos positivos y negativos respectivamente) que resulta de la interacción de las diferentes dimensiones de la persona (estructuras y funciones corporales, actividades y participación) con su medio ambiente (factores ambientales) (ANIP, 2016).

El paradigma CIF permite describir los efectos del contexto en la funcionalidad del individuo. No clasifica a los niños según su diagnóstico o etiología. Permite realizar un perfil funcional y de participación en los diferentes dominios y en sus experiencias cotidianas.

Tanto los modelos ecológicos y biopsicosociales, y las interdependencias existentes entre los factores biológicos y ambientales, nos ofrecen una justificación sobre la necesidad de intervenir de manera temprana, ante posibles situaciones de riesgo de discapacidad y/o alteraciones del desarrollo por razones de orden social o ambiental (ANIP, 2016).

Al tener en cuenta esta visión ecológica del niño y la familia, le damos importancia a todos los contextos ambientales que influyen en el desarrollo del niño o el funcionamiento familiar.

Las PCF también se apoyan en la teoría sistémica del desarrollo, que considera a la familia como un sistema abierto, es decir, un conjunto de miembros en interacción dinámica entre ellos mismos y con el entorno, donde el estado de cada uno viene determinado por el estado de cada uno de los demás miembros.

El concepto de familia ha ido evolucionando a la par que evolucionan las sociedades, no obstante, contempla de modo amplio todas aquellas relaciones y compromisos que las personas adquieren en una unidad de convivencia. Es la red social primaria presente en todas las etapas vitales de las personas. Por eso, representa el nexo de unión entre el individuo y la sociedad. Algunos autores clásicos de la sociología

veían a la familia como una sociedad en miniatura (Durkheim, 1966). Así, desde un punto de vista sociocultural, la familia representa el contexto doméstico cotidiano, en el que se desarrollan distintas actividades, creencias y también aprendizajes. En el núcleo familiar los individuos adquieren, explícita o implícitamente, ciertos hábitos, conductas, creencias y valores culturales y su desarrollo pasa por las interacciones que en su seno se presenten. Con lo cual, la familia es considerada como el gran agente socializador.

Desde esta teoría sistémica, Guralnick (2011) nos presenta un modelo conceptual integral, que incorpora los conocimientos científicos sobre el desarrollo típico, en niños con riesgo y/o discapacidad, la centralidad de la familia y los conocimientos sobre la ciencia de la intervención (consultar el capítulo de este autor en esta misma obra).

Desde esta perspectiva, se comprende la articulación que se produce entre los procesos y las experiencias ambientales fundamentales para el desarrollo del niño y cómo operan y se influyen entre ellos mismos. Así las interrelaciones se presentan en tres niveles: 1) procesos y recursos del desarrollo del niño, 2) patrones de interacción de la familia y 3) recursos de la familia (Guralnick, 2011; ANIP, 2016).

Con todo esto, el profesional de AT debe ayudar a establecer y/o restaurar los patrones de interacción de la familia y ayudarles a alcanzar sus niveles más óptimos. Cuando las actividades de participación activa de los padres y la familia son sistémicas e integradas en un programa de AT, se considera que se logran mejores resultados (OHS, 2018). Estas actividades de participación de los padres y las familias se basan en unas relaciones positivas, continuas, flexibles, enfocadas a un objetivo común, que contribuyen al desarrollo global del niño y lo prepara para un futuro mejor.

También desde el psicoanálisis, se han propuesto ideas que se han tenido en cuenta a la hora de conceptualizar las PCF. Es un hecho innegable que la relación que se establece entre un niño y su madre, desde incluso antes del nacimiento, es fundamental para el desarrollo afectivo y emocional del bebé. Cuando éste siente que sus necesidades son cubiertas por el adulto y que sus interacciones con su cuidador principal suelen ser satisfactorias, el resultado es un estado de seguridad y confianza que le permitirá, más adelante, explorar el mundo. Las experiencias afectivas que el niño tiene con sus cuidadores en los

primeros años de vida influyen sustancialmente en el desarrollo cognitivo, social y emocional (Armus, Duhalde, Oliver y Woscoboinik, 2012; Shonkoff, 2010).

No cabe duda alguna de que aquí también el papel del profesional de AT es apoyar las interacciones positivas entre padres e hijos, asegurando de esta forma la evolución del niño. Se considera que las relaciones que se establecen entre ellos y el bienestar familiar son poderosos predictores del desarrollo de los niños, su aprendizaje, experiencias sociales, salud y bienestar a largo plazo (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

### IMPORTANCIA DE LAS PCF

Hablar de PCF es hablar de un conjunto de valores, habilidades, comportamientos y conocimientos que reconocen el papel central de las familias en la vida de los niños. Una PCF no es por sí sola un modelo de intervención, es una forma de pensar y actuar. Es un paradigma que reconoce que todo niño, independientemente de sus necesidades, tiene derecho a participar plenamente en su vida familiar y comunitaria y tener así las mismas opciones, oportunidades y experiencias como otros niños, por lo que es necesario brindar todos los apoyos adicionales que pueda requerir para permitirles participar de manera significativa en sus entornos familiares y comunitarios.

La PCF se basa en las fortalezas de la familia y les ayuda a desarrollar sus propias redes de recursos, tanto informales como formales. Tiene una sólida base en el trabajo colaborativo en donde la familia y los profesionales, forman un equipo integrado en torno al niño. Este equipo comunica y comparte información, conocimientos y habilidades a través de un responsable de caso, que es el encargado de trabajar junto con la familia y servir de nexo de unión con otros profesionales y recursos. Por medio del coaching y el trabajo colaborativo en equipo, buscan el empoderamiento y la capacitación de las personas que pasarán más tiempo con el niño; de esta manera se asegura un mayor impacto en su aprendizaje y su desarrollo.

Por todo, tanto los conocimientos, como las habilidades, experiencia y práctica de los profesionales de AT son importantes para ayudar a las familias a apoyar el desarrollo de los niños, mejorar su calidad de vida y aumentar el bienestar familiar. Este profesional habrá de estar dotado, entre otras competencias, de un amplio conocimiento para comprender los procesos de dinámica personal y familiar y un talento

personal que facilite motivar a la familia y potencie su crecimiento (Escorcía, García Sánchez, Sánchez López y Hernández, 2016). Así mismo, el profesional de Atención Temprana deberá conocer estrategias de transmisión de información que le ayuden en sus propósitos (Knoche, Kuhn & Eum, 2013).

## PRINCIPIOS DE LAS PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA FAMILIA

Desde el grupo de trabajo en Principles and Practices in Natural Environments, del RRCP Early Childhood Service Delivery Priority Team se han descrito 7 principios que reconocen a las prácticas efectivas en atención temprana y que se recomienda tener en cuenta. Los principios identificados en este documento se cruzaron con las declaraciones de la literatura y recursos de las principales organizaciones profesionales que brindan apoyo en AT, entre las que se incluyen:

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)
- American Academy of Pediatrics (AAP)
- Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children (DEC)
- National Association for the Education of Young Children (NAEYC)
- National Association of School Psychologists (NASP)
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)
- American Occupational Therapy Association (AOTA)
- American Physical Therapy Association (APTA)

El documento resultante presenta estos 7 principios:

1. *Los niños aprenden mejor interactuando con sus cuidadores principales en sus rutinas y entornos naturales:* Esto implica que las actividades y oportunidades de aprendizaje ofrecidas a los niños deben ser funcionales y estar basadas en el interés y disfrute del niño y la familia. La base del aprendizaje está en las relaciones. Los aprendizajes deben ofrecer oportunidades para practicar y aprender en base a las habilidades previas. El aprendizaje ocurre por la participación en una variedad de actividades divertidas.
2. *Todas las familias, con el apoyo y los recursos necesarios, pueden potenciar el aprendizaje y desarrollo de sus hijos:* Todas significa todas (nivel de ingresos,



raza y cultura, niveles educativos y estrés) Los cuidadores habituales del niño tienen mayor influencia en el aprendizaje y el desarrollo, no los profesionales. Todas las familias tienen fortalezas y competencias que se pueden utilizar para ayudar a sus hijos. Todas las familias son ingeniosas, pero no todas las familias tienen el mismo acceso a los recursos. Los cuidadores necesitan APOYOS (informales y formales) para aprovechar los puntos fuertes, reducir los factores de estrés y sentirse capaces de participar con sus hijos en las interacciones y actividades que les gustan a ambos.

3. *El rol de los profesionales es apoyar y trabajar junto con los miembros de la familia y cuidadores del niño:* Los profesionales apoyan a los cuidadores principales para mejorar su confianza y competencia, en su función inherente de ser las personas que enseñan y fomentan el desarrollo del niño. Las familias están al mismo nivel en la relación con los profesionales. La confianza mutua, el respeto, la honestidad y la comunicación abierta caracterizan la relación familia-profesional.
4. *El proceso de Atención Temprana, desde los contactos iniciales hasta la transición, debe ser dinámico e individualizado para reflejar las preferencias de todos los miembros de la familia, así como sus estilos y creencias culturales de aprendizaje:* Las familias son partícipes en todos los aspectos de los servicios. Las familias tienen la última palabra al tomar las decisiones de la cantidad, tipo de asistencia y el apoyo que reciben. Las necesidades, intereses, habilidades del niño y su familia son cambiantes; el PIAF (Plan Individualizado de Apoyo a la Familia) debe ser fluido y revisado en consecuencia. Cada adulto alrededor del niño tiene su estilo de aprendizaje preferido; las interacciones deben ser sensibles y responder a cada individuo. La cultura, creencias espirituales, valores y tradiciones de cada familia serán diferentes a las del profesional (aunque sean culturalmente similares). Los profesionales deben comprender a respetar y no juzgar. Las decisiones de las familias son más importantes que la comodidad y creencias del profesional (excluyendo casos abusos, negligencia).
5. *Los objetivos de intervención deben ser funcionales y basados en las necesidades y prioridades de los niños y sus familias:* Los objetivos funcionales mejoran la participación en actividades significativas. Los objetivos funcionales se basan en motivaciones naturales para aprender y hacer; se adaptan a lo que es importante para las familias; se consigue fortalecer y mejorar las oportunidades de aprendizaje naturales. La familia entiende que merece la

pena utilizar y poner en prácticas estrategias porque observan resultados prácticos para la vida del niño y la familia. El equipo transdisciplinar con los objetivos funcionales centran la intervención en lo que es significativo para la familia en su día a día.

6. *Las prioridades e intereses de las familias se abordan mejor por un profesional de referencia que representa y recibe el apoyo del equipo y de la comunidad:* El equipo puede incluir a amigos, familiares y personas de apoyo comunitario, así como los profesionales especializados. Usar buenas prácticas de trabajo en equipo. Equipo transdisciplinar: un profesional actúa de manera continuada para conocer bien las necesidades, intereses, fortalezas, demandas y los cambios que se producen en la vida de una familia. El profesional de referencia hace uso de otros servicios o profesionales según se requiera, asegurando resultados. Las actividades y los consejos son compatibles con la vida familiar y no abruman o confunden a los miembros de la familia.
7. *La intervención debe basarse en prácticas validadas y la evidencia científica:* Las prácticas deben estar basadas en principios contrastados y validados. Las prácticas deben estar basadas en los datos recopilados y la evaluación continua. A medida que la investigación y las prácticas evolucionan, las leyes y regulaciones estatales deben ser adaptadas.

#### ALGUNAS CLAVES DE LAS PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA FAMILIA

Ya hemos comentado anteriormente que las familias son la principal fuente de influencia en el aprendizaje y desarrollo de los niños (Bruder, 2010; DEECD, 2011). Por tanto, una de las principales misiones de la AT, es apoyar a los padres/cuidadores y educadores para que puedan brindar a los niños experiencias y oportunidades que promuevan el uso y el desarrollo de sus habilidades (Moore, 2012). Cuando una familia se siente respetada y apoyada por los profesionales y siente que puede llegar a ser competente en las habilidades necesarias para interactuar con el niño, puede promover mejor los desarrollos sociales, cognitivos y de comportamiento de un niño (Gavidia-Payne *et al.*, 2015).

En el meta-análisis sobre estas prácticas, llevada a cabo por Dunst, Trivette, & Hamby (2007), se identificaron tres componentes clave en la **relación del profesional con las familias** de cara al desarrollo de capacidades:

- Las *prácticas relacionales* que incluyen comportamientos asociados con la buena práctica clínica (compasión, empatía y escucha activa, etc.) y con las funciones del profesional en la adquisición de competencias, fortalezas y capacidades por parte de los miembros de la familia.
- Las *prácticas participativas* donde se contemplan prácticas encaminadas a la fomentar la participación de los miembros de la familia en la toma de decisiones; el uso de sus habilidades propias y el desarrollo de nuevas habilidades para obtener los recursos deseados; y la colaboración con el profesional como base para habilitar competencias y capacidades de la familia.
- La *calidad técnica* tiene que ver con la ayuda que brinda la información, el conocimiento y la experiencia necesarios para brindar apoyos y servicios de alta calidad, y aplicarla en beneficio de los niños y las familias. La capacidad de los profesionales de AT para apoyar a las familias depende no solo de sus conocimientos técnicos y habilidades para trabajar con niños con discapacidades y/o retrasos en el desarrollo, sino también de sus cualidades y habilidades personales para establecer relaciones de trabajo positivas con los padres y apoyar la elección y participación de la familia (Moore, 2012).

Es fundamental que los profesionales consideren la experiencia de la familia como válida, significativa y valiosa, puesto que ellos se convierten en los consultores expertos que apoyan las elecciones y valores de las familias (Bailey y Powell, 2005; Fordham, Gibson y Bowes, 2012).

Otro de los aspectos clave en las PCF es el trabajo en equipo transdisciplinar y con un responsable/coordinador de caso.

La práctica del **equipo transdisciplinario** hace referencia a que la familia y los profesionales trabajan juntos como un equipo colaborativo que comparte información, conocimientos y habilidades a través de los límites disciplinarios, con un responsable que coordina y realiza la mayor parte de la intervención, si no toda. Las familias mismas son miembros valiosos del equipo y participan en todos los aspectos del proceso. Todas las decisiones en las áreas de evaluación y planificación de programas, implementación y evaluación se toman por consenso del equipo (King, *et al.*, 2009).

Investigaciones como la Drennan, Wagner y Rosenbaum (2005) indican que lo que prefieren los padres es una única persona efectiva y confiable, que sea el punto de contacto entre ellos y el servicio de AT para ayudarlos a obtener lo que necesitan.

El **responsable de caso** se enfoca en trabajar con adultos significativos en la vida del niño, impartiendo información, conocimientos y habilidades mediante el asesoramiento y la consulta colaborativa, en lugar de solo la terapia directa con el niño. Se enfoca en los entornos naturales de aprendizaje del niño, utilizando sus rutinas y actividades diarias para promover su desarrollo y su participación, en lugar de trabajar con el niño únicamente en un entorno clínico.

Se ha comentado en líneas anteriores, que una de las misiones de los profesionales, es construir capacidades en las familias, por lo que otro de los aspectos clave en las PCF lo encontramos en **la práctica de construir capacidades** o *Capacity-Building Practice* como se conoce en inglés. Esta práctica abarca el desarrollo de la capacidad del niño, la familia, los profesionales y la comunidad a través del entrenamiento y el trabajo colaborativo en equipo y la creación de capacidad utilizando los principios del aprendizaje de adultos. Para ello, utiliza las habilidades que cada uno tiene y desarrolla nuevas habilidades (Dunst & Trivette, 2009; CCCH, 2011).

De cara a las familias, reconoce lo que están haciendo bien y busca con ellas la mejor manera de satisfacer las necesidades de sus hijos y otros miembros de la familia. Resulta evidente que el uso de estas prácticas tiene un impacto positivo en el aprendizaje y el desarrollo de un niño (Bruder, 2010) y demuestran ser efectivas a la hora de aumentar la autoeficacia de los padres y cuidadores, las creencias de sus habilidades parentales, su sentido de confianza y competencia (Dunst & Trivette, 2009; Bruder, 2010; CCCH, 2011).

El **coaching**, por ejemplo, es una forma efectiva de desarrollar las capacidades de los padres/cuidadores y educadores. Se ha definido como: una estrategia de aprendizaje para adultos, en la que el coach promueve la capacidad del interesado para reflexionar sobre sus acciones como un medio para determinar la efectividad de una acción o práctica y desarrollar un plan para el refinamiento y el uso de la acción en situaciones inmediatas y futuras (Shelden & Rush, 2010).

A partir de un estudio observacional, Friedman, Woods y Salisbury (2012) definen el coaching a través de 12 estrategias que ellos han analizado en logopedas participantes de un trabajo sobre intervención basada en rutinas. Estas estrategias incluyen centrarse en el niño, compartir información y conversación práctica de los cuidadores y feedback, demostración, enseñanza directa, intervención temprana, prácticas guiadas con retroalimentación, plan de apoyo familiar individualizado, interacción conjunta, observación y solución-reflexión sobre los problemas (Mc William, 2016, p.78). Estas estrategias pueden verse en el trabajo con algunas

familias. No significa que deban utilizarse todas. Su uso va a depender de la situación, la experiencia y las necesidades que enfrenten. Lo que sí está claro es que a través del coaching los profesionales deben descubrir los valores, creencias y objetivos que persigue la familia en lo que se conoce como las tres patas del coaching. Si el profesional es capaz de descubrir estas cuestiones podrán juntos emplear las diferentes estrategias para evolucionar.

Uno de los aspectos que también resulta fundamental es la manera en la que los adultos interactúan con niños pequeños. A través del *Responsive Teaching* o **enseñanza sensible**, los profesionales de AT enfatizan los comportamientos de atención y de imitación en el niño. El lector podrá profundizar sobre este tema en el capítulo que Mahoney y Perales presentan en este mismo libro.

Para entender el funcionamiento familiar, los profesionales deben conocer las actividades y prácticas que típicamente ocurren en los entornos naturales. Por tanto, es necesario realizar **visitas a estos entornos naturales** (*Home visits*). Allí se podrá observar y analizar los comportamientos del niño y su familia. Se podrá apoyar a los padres para proporcionar un entorno de cuidado y seguridad para sus hijos, fomentar relaciones seguras padre-hijo, usando el hogar como un entorno de aprendizaje, proporcionando educación y servicios de apoyo familiar.

Unas **visitas a domicilio** efectivas requieren de una individualización de los servicios y del establecimiento de relaciones positivas y de colaboración entre las familias y los profesionales. Estas relaciones deben reforzar la importancia de los padres y las familias y el entendimiento de que los padres son los verdaderos expertos en el tema de sus propios hijos (Avellar, & Supplee, 2013; NCPFCE, 2014). Evidentemente, los profesionales que estén bien capacitados en cuanto a las competencias basadas en la relación estarán mejor preparados para atraer el compromiso de las familias y para apoyar el desarrollo temprano de los niños y el aprendizaje en casa.

Pero en la intervención en el entorno natural no solo se realizan visitas a los domicilios, también los profesionales de AT acuden a otros entornos como los educativos o comunitarios, en donde desarrollan igualmente una labor de apoyo a educadores y otras personas relacionadas con el niño.

Para terminar este apartado, y al hilo de lo anterior, uno de los aspectos clave que se utilizan en las PCF es la **intervención basada en rutinas**. Mc William (2016) las define como los momentos del día identificados por las familias. Son

actividades cotidianas que acontecen en casa y en contextos grupales, como las escuelas infantiles y la comunidad. Puede que no tengan lugar todos los días, pero siempre tienen un cariz recurrente y constituyen un patrón de vida familiar y escolar. No son actividades impuestas a la familia. Por ejemplo, los profesionales no pueden decir: «vamos a enseñar algunas rutinas a esta familia». Igualmente, tampoco se puede afirmar que una familia no tiene rutinas. Por definición, eso es imposible: todas las familias se levantan, se alimentan, se cambian de ropa, van a lugares concretos. Los profesionales deben saber valorar esto y aprender a no juzgarlas. La intervención basada en rutinas se centra en la participación, independencia y aprovechamiento de las relaciones sociales en las rutinas domésticas, entendiendo siempre la realidad familiar (McWilliam, 2003, 2012 a,b).

## EL PRESENTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA

A lo largo de este capítulo hemos tratado los hitos históricos de manera comparativa, las bases conceptuales, los principios y las claves de las PCF. Ahora es necesario realizar un análisis acerca de lo que sucede en nuestro país en relación con la implementación de estas prácticas.

Como lo hemos podido observar en la tabla 1, las PCF empiezan a implementarse en España en el año 2010, cuando desde el centro de Educación infantil y AT L'Alquería de la Universidad Católica de Valencia se incorpora el trabajo en entorno natural y centrado en la familia. Aunque inicialmente algunos autores ya hablaban de la importancia de la incorporación de las familias en la intervención (Mendieta & García Sánchez, 1998) y desde el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) se incorporaba el papel de las familias, no quedaba del todo claro la forma en la que ésta participación activa se presentaba. Además, el modelo de intervención predominante hasta el momento era el de modelo ambulatorio-experto, en el que el profesional llevaba todo el peso de la intervención, que en su mayoría se realizaba en los propios centros de AT (Escorcía, García Sánchez, Sánchez López, Orcajada y Hernández, 2018).

Por estas razones, la actuación del equipo de l'Alquería al incorporar de manera reglada estas prácticas, significó un hito importante en la intervención y generó un punto de partida hacia una concepción de la familia como miembro de hecho en los equipos de intervención en AT. Desde entonces este centro se ha convertido en un referente tanto a nivel nacional como internacional en la

implementación de las PCF, apoyando tanto a entidades como a profesionales inmersos en el proceso de aprendizaje e incorporación de PCF.

Al no existir una ley estatal de AT que marque unas directrices similares para todo el país, cada autonomía ha legislado en función de sus realidades. Esta situación ha dificultado aún más, si cabe, la incorporación de un modelo de trabajo homogéneo y ha complicado la generalización de las PCF.

Esta situación provoca que sean las asociaciones y entidades particulares las que inicien la incorporación de principios centrados en la familia. Somos conscientes que son muchas las entidades y profesionales que se están formando y están realizando cambios basados en el paradigma centrado en la familia. Pretender nombrarlos a todos resulta una labor muy complicada, primero porque se desconoce un censo real que nos indique el modelo de práctica adoptada y, segundo, porque los propios centros y profesionales no realizan una difusión de datos o un registro sistemático de estos cambios que pueda ser consultado para este fin.

Uno de los ejemplos de los que tenemos constancia es el movimiento de Procesos de Transformación que en 2013 realizó la entidad Plena Inclusión. **Plena Inclusión** es un movimiento asociativo que se compone de un gran número de organizaciones distribuidas por todo el país y que trabaja para promover y defender los derechos de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Plena Inclusión presenta una estrategia de acción encaminada a promover apoyos para individuos y familias con el objetivo de contribuir a su derecho de autodeterminación y a la mejora de su calidad de vida. A partir de la organización de Jornadas de reflexión e intercambio apoyan a los profesionales en el proceso de transformación de sus prácticas, en concreto, en el área de Atención Temprana se han iniciado procesos hacia prácticas centradas en la familia.

De manera simultánea a estas iniciativas de la sociedad civil organizada, surgen también proyectos desde las universidades a través de diferentes grupos de investigación como, entre otros, el Campus Capacitas, de la Universidad Católica de Valencia; el Proyecto de Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia y el Grup de Recerca en Discapacitat i Qualitat de Vida de la Universitat Ramon Llull o el Proyecto Trasciende, dirigido por Plena Inclusión Castilla-La Mancha y la Universidad de Castilla-La Mancha. En estos últimos años, además, diferentes entidades empiezan a organizar encuentros, congresos, cursos de formación en las PCF. Además, se inician líneas de investigación específica,