

# ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

---

Trabajo Fin de Grado

Diana Oliván Lázaro

24/06/2013

## INDICE

INTRODUCCIÓN	P.4
- Descripción y definición de atención temprana	P.4
- Analizar la importancia de la familia	P.5
- Aportaciones del libro blanco	P.9
- Objetivos	P.12
MÉTODO	P.13
- Participantes	P.13
- Medida	P.14
- Procedimientos	P. 14
RESULTADOS	P.16
DISCUSIÓN	P. 20
BIBLIOGRAFÍA	P. 22

## Resumen

El objetivo central del presente trabajo ha sido analizar de forma descriptiva los protocolos de actuación con familias en los centros de atención temprana en España y conocer su adecuación a las recomendaciones realizadas por el Libro Blanco de la Atención Temprana.

La investigación se realizó con una muestra de 165 centros. Un 9.09% cumplimentó la encuesta.

En general, podemos afirmar que existen unos protocolos de actuación con las familias en los centros de atención temprana y que nuestro referente, el Libro Blanco de la Atención Temprana, tiene una gran importancia a la hora de trabajar con ellas.

## Abstract

The central objective of this study was to analyze descriptively the protocols with families in early attention centers in Spain and learn their compliance with the recommendations made by the White Book or Early Attention.

The research was conducted with a sample of 165 centers. A 9.09% filled out the survey.

In general, we can say that there are some protocols with families in early attention centers and that our benchmark, the White Book or Early Attention, is very important when working with them.

La familia es el entorno más cercano en los primeros años de vida de un niño y un pilar muy importante, sobre todo, si consideramos las dificultades en el desarrollo de la primera etapa de la vida, que presentan los niños que acuden a los centros de atención temprana. Por ello, es necesario que los familiares dispongan tanto de conocimientos e información especializada como de apoyo y ayuda para poder hacer frente a estas dificultades y también, cómo no, para que su día a día con su hijo/a con problemas sea más llevadero y sepan poner remedio a los contratiempos que surjan.

Para ello, es necesario establecer cuatro apartados que nos permitan identificar y profundizar en el problema. Estos apartados son:

- Describir y definir la atención temprana.
- Analizar la importancia de la familia en la intervención en atención temprana.
- Aportaciones del libro blanco y su relevancia a la hora de establecer criterios de análisis para evaluar la actuación de los centros con las familias.
- Concreción de los objetivos del presente estudio.

#### 1. Descripción y definición de atención temprana.

Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos. Estos centros, de carácter interdisciplinar, surgieron alrededor de los años 70 y han experimentado una constante evolución a lo largo de su trayectoria histórica, adecuándose a las crecientes demandas de atención por parte de la población infantil y de sus familias.

Las funciones de un CDIAT incluyen las labores de sensibilización, prevención y detección. El centro de Atención Temprana colaborará con las instituciones, asociaciones y con otros profesionales de la zona en la elaboración de programas que tengan como objetivo la sensibilización de la población en general en aspectos de prevención relacionados con el desarrollo infantil.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante.

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

El principal objetivo de la Atención Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos globales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (*Libro blanco, 2000*).

## 2. Importancia de la familia en la intervención en atención temprana

El medio familiar constituye sin duda una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los propios padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria con su hijo, en su contexto natural, pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños. Una mayor atención e información a los padres sería un elemento que sin duda facilitaría la detección temprana de los trastornos en el desarrollo, así como una mayor disponibilidad de tiempo por parte del pediatra que recibe la consulta de los padres, para poder valorar el desarrollo del niño y dar respuesta adecuada a sus posibles inquietudes.

La intervención con familias está, por tanto, debidamente justificada, como lo demuestra la definición de atención temprana recogida en el Libro Blanco (2000) y las actuales corrientes de trabajo en esta disciplina, que están fundamentadas en una serie de modelos teóricos, que, incluyendo elementos básicos de modelos tradicionales, los superan poniendo de manifiesto la importancia del contexto y de la interacción:

- Concepción ecológica: Destaca la necesidad de intervenir en el entorno natural del niño haciendo posible el principio de normalización, y buscando en todo momento la integración del individuo. El hogar y la Escuela Infantil son los entornos naturales donde el niño interactúa y se desarrolla, por tanto es en estos ámbitos donde debe realizarse la atención temprana (Mendieta y García Sánchez, 1998). El ambiente es una

disposición seriada de estructuras concéntricas en la que cada una está contenida en la siguiente, los ambientes, las personas y los acontecimientos no operan aisladamente, unos influyen en los otros. (Bronfenbrenner, 1979).

- Modelo transaccional: Según este modelo, la forma en la que los niños interactúan con su ambiente lleva a modificarlo y a provocar respuestas en él. A su vez, este ambiente modificado repercute de nuevo en el niño afectando a su desarrollo (Sameroff y Chandler 1.975). La continua y progresiva interacción dinámica entre el niño y el ambiente hace que sea posible el desarrollo. Por tanto la AT debe incidir en ambos elementos, el niño y el entorno, evaluando esta influencia bidireccional y favoreciendo la incorporación de elementos que enriquezcan dicha relación.

- Teoría general de sistemas: Entendemos al niño como un sistema amplio en el que están implicados varios subsistemas: la familia, la escuela infantil, el equipo de AT temprana, y cada uno de ellos con una serie de características y necesidades diversas, pero que se influyen mutuamente. El análisis riguroso del funcionamiento de cada uno de los sistemas y de las interacciones entre los mismos, hace posible una adecuada intervención (Cunningham 1.985).

La familia es la unidad básica de socialización del ser humano y la encargada de velar por el desarrollo del recién nacido hasta alcanzar la madurez. No existe una fórmula definida sobre cómo actuar con las familias; debemos buscar, en cada caso, cuáles son las estrategias más idóneas que den respuesta a las características y necesidades diferenciales de cada caso. Parece importante hacer una serie de afirmaciones, constructos o atribuciones de las que se debe partir. Subyacen a aspectos de carácter técnico pero definen las actitudes del profesional:

*La familia es la principal responsable y conocedora del niño.* Por tanto tiene el derecho y el deber de implicarse y participar activamente en la AT.

*Cada familia es diferente.* Las familias son muy variadas. Los profesionales deben flexibilizar sus posiciones y buscar aquellas estrategias que mejor respondan a las características y necesidades de cada familia.

*Las familias de los discapacitados no son necesariamente disfuncionales* (Navarro, 1998). Se debe huir de estereotipos establecidos que lleven a posiciones rígidas de intervención.

*Las familias atraviesan diferentes momentos en su adaptación.* La intervención debe introducir los cambios que sean necesarios como consecuencia de un proceso de evaluación continua.

*Los padres no son ni deben ser profesionales.* La familia debe comprender cuál es su papel y no confundirlo con el del profesional. El rol de los padres es imprescindible para un desarrollo sano y la estimulación debe estar inserta en una situación natural.

*La verdad de los padres es la percepción que ellos tienen de la realidad.* En ocasiones los padres utilizan argumentos poco creíbles que no hacen más que mostrar una serie de atribuciones, necesidades, emociones o expectativas sobre las que hay que actuar.

*La relación familia-profesional de AT es un proceso de comunicación en el que intervienen multitud de variables en ambos sentidos.* Dicho proceso debe ser susceptible de análisis.

Para intervenir con las familias hemos de partir de un postulado básico: “cada familia es diferente” en base a una serie de variables que iremos exponiendo a continuación. Por lo tanto, el programa de AT debe ajustarse a dichas diferencias. El sistema familiar está determinado por múltiples variables que debemos tener en cuenta a la hora de intervenir:

- Estructura. Está compuesta por el número de miembros que la componen, las relaciones que establecen entre ellos, sus redes de influencia, los roles que desempeñan, las personas de la familia extensa que no conviven en el domicilio familiar pero que influyen de diversas maneras.
- Historia. La existencia de antecedentes familiares con discapacidad, la trayectoria en la relación de pareja, la historia de la relación con la familia extensa, etc., son experiencias que determinan el posicionamiento que una familia asume en el presente. El pasado define y explica una buena parte del presente y, por tanto, es necesario conocerlo y manejarlo.
- Estilo educativo. Se incluyen en este apartado variables como el clima afectivo o tipo de vínculo de apego en donde están implícitas las expectativas de la relación interpersonal y la incondicionalidad; la expresividad emocional de cada miembro de la familia (Rodrigo, 1998); el escenario de actividades cotidianas, y las prácticas de regulación de conducta que establecen los padres o la forma concreta de reforzar y castigar acciones adecuadas o inadecuadas de los hijos.
- Emociones. Son estados complejos del organismo caracterizados por una excitación que predispone a una respuesta organizada despertando, dirigiendo o manteniendo una actividad (Bisquerra, 2000). Si queremos que la intervención

en AT sea eficaz debemos incorporar en el proceso la expresión y el manejo de las emociones.

- Sistema de atribuciones. Es el conjunto de ideas, constructos, creencias o modelos mentales que construye el individuo a partir de su experiencia, que le sirven para interpretar los acontecimientos y poder preverlos. Se tienen constructos respecto a la discapacidad, a la atención temprana, a los servicios de la comunidad, a su papel como padres y madres, a la educación, etc. Todos ellos constituyen un marco desde el que perciben y dan significado a la realidad y estructuran sus acciones.
- Necesidades. Las familias comparten con otras las necesidades propias de una familia normal de carácter económico, educativo, afectivo y social, pero en estos casos presentan unas necesidades añadidas y concretas, por el hecho de tener un miembro con una discapacidad, que se engloban en cuatro apartados:

*Necesidades de apoyo emocional.* Necesitan expresar sus emociones, ser escuchados, compartir sus experiencias con familias similares, descubrir su capacidad de atender al hijo que presenta trastornos y al resto de los miembros de la familia; necesitan que se interpreten constructivamente sus acciones en la búsqueda de un diagnóstico o una intervención, y que se acepte el momento concreto por el que están atravesando y las emociones que se deriven de él.

*Necesidades de orientación.* Requieren información sobre la discapacidad concreta que presenta su hijo/a, sobre métodos o técnicas concretas de estimulación.

*Necesidades de apoyos y servicios especializados y más tiempo disponible para poder hacer uso de los mismos.* Con frecuencia, los padres de los niños con alguna discapacidad se ven obligados a ausentarse del trabajo para acudir a tratamientos o a consultas de especialistas o a otros recursos de la comunidad, teniendo esto una repercusión en su situación laboral. El acceso a los recursos normalizados les obliga a aceptar situaciones de excepcionalidad, como en el caso de la escolarización donde deben establecer relaciones eficaces con los profesionales que atienden a su hijo/a con matices especiales y un mayor grado de implicación.

*Necesidades de implicación activa en el proceso de atención temprana.* Necesitan emprender acciones que favorezcan el desarrollo de su hijo para sentirse eficaces y compartir con los profesionales la responsabilidad, de modo que desaparezca el sentimiento de aislamiento.



- Expectativas. Se derivan de la interacción de todos los factores expuestos anteriormente.

Consisten en las ideas que las familias tienen sobre lo que pueden esperar de su hijo/a, de la AT, de los profesionales que intervienen, de los recursos existentes, e incluso respecto de sí mismos.

En la intervención con las familias, el profesional debe evaluar cuidadosamente las expectativas que los implicados en el proceso (familiares, profesionales...) ponen en juego. La dificultad está en situarse en un nivel de expectativa óptimo que dinamice la interacción en condiciones saludables para toda la familia.

### 3. Aportaciones del Libro Blanco de la Atención Temprana

Transcurridas tres décadas desde que se pusieron en funcionamiento los primeros centros de Atención Temprana (antes denominados de Estimulación Precoz), es necesario contar con un referente normativo que aborde la problemática específica del sector y que establezca su adecuada planificación en todo el territorio estatal. Se constituye entonces el Grupo de Atención Temprana (G.A.T.), con el fin de elaborar de manera consensuada el Libro Blanco de la Atención Temprana. Este documento ha de ser una referencia para las administraciones públicas, los profesionales, las asociaciones y las familias, que permita superar la descoordinación institucional y que resuelva las deficiencias organizativas y de recursos. El Libro Blanco de la Atención Temprana ha de ser un documento para la reflexión y para el avance. Este es el punto de partida para lograr líneas de actuación que cubran las necesidades en esta materia de todos los niños del territorio español sin exclusión alguna.

Para la realización y posterior análisis del cuestionario se ha utilizado la información que aparece en el Libro Blanco de la Atención Temprana (Libro Blanco, 2000) referente al diagnóstico, la intervención y el seguimiento. Dicha información se redacta a continuación:

#### 3.1. Comunicación de la información diagnóstica

La información diagnóstica a los padres ante una situación de riesgo, o ante la presencia probable de un trastorno en el desarrollo de su hijo, constituye un tema muy importante de la Atención Temprana. Informar a los padres de la posibilidad de que su hijo presente un trastorno o discapacidad, genera en ellos una significativa conmoción

emocional, con ansiedad y angustia, miedos, sentimientos de rechazo y negación; iniciándose un proceso de duelo que será distinto en cada familia y para cada miembro de la misma.

Una buena información facilita que la familia pueda llegar a tener una mejor comprensión y asimilación de la realidad de su hijo y pueda adecuar su entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño. Es recomendable que el padre y la madre reciban la información diagnóstica de forma simultánea y conjunta, tras haber visto, y si fuese posible, haber tenido en brazos a su hijo.

Es importante ofrecer la información teniendo en cuenta la evolución más probable, el pronóstico a largo plazo y las posibilidades terapéuticas del niño, pero también considerando el hecho de que cada familia es distinta. Habrá que considerar las diversas variables: situaciones personales de los cónyuges y demás miembros de la familia, aspectos de la propia institución familiar, su red de relaciones, situación económica, número de hijos, origen y proyección cultural, etc. La información diagnóstica tendrá que acomodarse a esta realidad, considerando no solo la realidad del niño sino también la de su familia y entorno social.

En cuanto a la información en sí, se recomienda un enfoque directo, evitando los términos técnicos incomprensibles, ofreciendo, si se considera necesario utilizarlos, su traducción en un léxico apropiado a cada familia. Conviene realizar una exposición global de la problemática en lugar de plantear un catálogo exhaustivo de problemas presentes y futuros. El proceso diagnóstico tenderá a ser descriptivo y funcional, y al informar de una determinada lesión o alteración, se establecerá el significado funcional de la misma y el pronóstico implícito.

Las familias destacan la importancia que tiene la forma en que se les comunica el diagnóstico, siendo necesario cuidar todo el proceso informativo y las formas de llevarlo a cabo, incluyendo la atención de los profesionales, los espacios y momentos seleccionados. El profesional o la institución deberán disponer de un lugar reservado que posibilite que este encuentro tenga la necesaria privacidad y que los padres puedan sentirse físicamente cómodos, compartir sus sentimientos y brindarse mutuo apoyo emocional.

Conviene considerar la situación de información diagnóstica más como un proceso que como un acto puntual. El diagnóstico, conlleva para los padres incertidumbres hacia el futuro, desorientación ante el presente o sentimientos de culpa por sus actuaciones en el pasado. Será necesario ofrecer disponibilidad para nuevas entrevistas, en las que los padres puedan solicitar aclaración a todas las dudas y exponer los miedos o preocupaciones que sientan.

### 3.2. Durante la intervención

La intervención se planificará y programará, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos así como la evaluación y los modos de consecución de los mismos.

Otro objetivo fundamental es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social.

Una de las principales tareas que se ha de plantear un Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana, es conocer las necesidades de la familia (padres, hermanos y familia extensa) y plantearse qué tipo de intervención o intervenciones pueden ser las más eficaces para dar una respuesta coherente. La intervención con las familias debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando restablecer el feed-back en la relación padres-niño.

Es importante que los profesionales puedan atender no sólo los aspectos referentes al niño, sino también aquellas otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa. La finalidad de todo ello es la de ayudarles a entender sus sentimientos y reconocer sus competencias en cuanto a la educación de sus hijos.

Se deberá informar a los padres debidamente de cualquier cambio que esté relacionado en la intervención, así como por ejemplo, lo concerniente a objetivos, metodología o los diferentes contactos establecidos con otros profesionales de la sanidad o la educación.

Del mismo modo, se deberá facilitar información de todos los recursos administrativos, tanto a nivel asistencial, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar. Se les ofrecerá la posibilidad de ponerse en contacto con las diferentes asociaciones de padres de niños con dificultades que existan en la comunidad, así como contactos con otros profesionales o dispositivos asistenciales. Para todo ello,

se debe utilizar un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.

La atención a la familia se podrá realizar de forma individual o en grupo, en función de la realidad y necesidades del momento:

La atención individualizada tendrá como objeto prioritario el poder abrir un espacio en el que tanto los profesionales como los mismos padres pueden dialogar e intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales o escolares. Esta atención puede ser el medio propicio, para la familia, de transmisión de sentimientos, dificultades respecto al trastorno del hijo, o esperanzas e ilusiones en relación a los avances alcanzados.

El trabajo en grupo puede organizarse como un espacio abierto en el que se favorece y posibilita el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y, a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.

### 3.3. Evaluación y seguimiento

Entendemos por evaluación el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados.

La evaluación debe incidir sobre todos los aspectos de la intervención y en ella pueden considerarse dos tiempos:

Evaluación continuada que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes.

Evaluación final que determina si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación.

## 4. Objetivos

Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo de los protocolos de actuación en los centros de atención temprana atendiendo a los criterios propuestos en el Libro Blanco de la Atención Temprana. Es decir, ver el rol que juegan las familias en los centros de atención temprana. Queremos saber si las familias forman parte del proceso, si son relevantes y se tienen en cuenta.

## MÉTODO

### Participantes

Nuestra muestra estuvo compuesta por 208 centros de atención temprana repartidos por las diferentes comunidades autónomas de España. De los cuales 16 centros eran de Aragón, 18 de Castilla la Mancha, 11 de Asturias, 19 de Murcia, 19 de Madrid, 27 de Valencia, 4 de Castilla y León, 1 de Navarra, 9 de La Rioja, 79 de Cataluña y 5 de Galicia. De todos estos debemos desechar el 21.05% de la muestra por errores en el envío ya que los correos eran devueltos. Suponemos que el correo era erróneo o ya no existía. Por lo tanto, se puede decir, que la muestra ha estado formada por 164 centros y no por los que creíamos en un principio. De todos estos centros a los que se les envió la encuesta sólo 15 (9.09%) han contestado. Además 3 centros se disculparon por falta de tiempo para rellenar la encuesta. Los centros quedan repartidos de la siguiente manera (véase tabla 1).

*Tabla 1. Distribución de la muestra en las diferentes comunidades autónomas de España*

	Nº de centros encontrados	Nº de centros desechados	Nº de centros que forman la muestra	Nº de centros que contestan al cuestionario
Aragón	16	2	14	1
Castilla- la Mancha	18	6	12	3
Asturias	11	2	9	1
Murcia	19	19	0	0
Madrid	19	4	15	1
Valencia	27	4	23	3
Castilla - león	4	0	4	0
Navarra	1	0	1	1
La Rioja	9	1	8	1
Cataluña	79	6	73	4
Galicia	5	0	5	0
Total	208	44	164	15

## Medida

Para registrar los protocolos de actuación que hay en los centros de atención temprana hemos utilizado una encuesta estructurada formada por 26 preguntas divididas en tres bloques:

El primer bloque estaba formado por preguntas referentes al diagnóstico, en el segundo nos referimos al momento de la intervención y en el tercero al seguimiento y evaluación (después de la intervención). Así, el cuestionario queda dividido de la siguiente manera. (Véase Tabla 2):

*Tabla 2: Distribución de los ítems en los diferentes bloques*

Diagnóstico	Ítems 1,2,3,4,5,6,7
Intervención	Ítems 8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19
Seguimiento	Ítems 20,21,22,23,24,25,26

Las respuestas había que indicarlás señalando con una cruz el recuadro de la izquierda de las opciones y además rellenar una breve explicación en alguna de ellas. El cuestionario utilizado se encuentra al completo en el Anexo I del informe. (Véase Anexo I).

## Procedimiento:

En un primer momento se realizó una búsqueda de los diferentes centros de atención temprana pertenecientes a España. La información accesible referida a los diferentes centros era compleja y no siempre facilitaban cómo contactar con ellos. Además, en algunos casos las referencias de contacto estaban equivocadas o simplemente ya no existían. Por ello, en un segundo momento, se decidió trabajar sólo con aquellos centros que disponían de información de contacto válida. A todos ellos se envió el cuestionario en dos ocasiones (para aquellos que no contestaron la primera vez). La lista completa de los centros se encuentra en el anexo II. (Véase anexo II).

Posteriormente se llevó a cabo la realización de la encuesta. Como se dijo anteriormente se partió de la información que facilita el Libro Blanco de la Atención Temprana sobre diagnóstico, intervención y seguimiento. A partir de ahí se elaboró la encuesta con preguntas abiertas ya que el fin era realizar un trabajo descriptivo. No se

conocía la realidad de trabajo de los centros por lo que no pudo realizarse un cuestionario con preguntas explícitas.

Al inicio del cuestionario había una presentación sobre quienes somos, el motivo del cuestionario e instrucciones del mismo. También se pidió rellenar información específica del centro: nombre, provincia y fecha. Esta información solo fue utilizada para contabilizar más fácilmente los resultados. En ningún momento del estudio se relacionarán los datos de los centros con las respuestas. Por último, se informó de la posibilidad de recibir una copia del informe si para así poder difundir nuestro estudio.

Una vez elaborada la lista y el instrumento de medida se empezó a enviar el cuestionario a los diferentes centros vía correo electrónico. El asunto fue el título del estudio: análisis de los protocolos de actuación. Y además se redactaron unas líneas informativas disponibles en el anexo III de este informe (véase anexo III).

Adjuntado se encontraba el cuestionario, disponible para ser contestado. (Véase Anexo I).

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se llevará a cabo una descripción por separado de los bloques en los que se ha dividido el cuestionario.

En cuanto al diagnóstico, el 93.33% contestó que lleva a cabo una entrevista de devolución siendo los puntos más destacados por los centros: la impresión diagnóstica (71.43%), la propuesta de intervención (85.71%), los resultados de la valoración/evaluación (50%) y déficits y potenciales así como aspectos positivos y negativos (35.71%). Para conocer todas las respuestas de los centros véase anexo IV, donde se encuentran las tablas de respuestas.

El 66.67% habló de informar tanto oralmente como por escrito del diagnóstico. Oral para que se pueda ir solucionando dudas que surjan, explicar de manera más sencilla los puntos que aparecen por escrito, matizar la información, argumentar los resultados, etc. Escrito como complemento, para que quede constancia, por si se tiene que presentar en la escuela o a otros profesionales. Un 20% planteó el informe oral como manera de informar del diagnóstico ya que valoran el establecer una relación cercana y empática con la familia, lo que permite realizar una acogida familiar más adaptada a las necesidades de cada familia. Mientras que sólo el 13.33 % habló de déficits y síntomas, nunca de una etiqueta diagnóstica. En ese caso derivan a la entidad cualificada para ello. Intentan que el diagnóstico llegue por medio de los médicos.

Sobre el espacio donde se lleva a cabo la entrevista el 100% coincidió en que debe ser un lugar reservado que preserve la privacidad. Así se puede crear un clima de confianza y seguridad, se tiene intimidad para manifestar reacciones emocionales con libertad y se dispone de un tiempo sin distracciones, para abrirse y expresar sus dudas y preocupaciones sin estar pendientes de otras cosas.

También el 100% contestó que la información diagnóstica es recibida de forma simultánea y conjunta (padre y madre a la vez). La familia es tratada como un sistema, no como individuos aislados. Resulta imprescindible trabajar con el sistema familiar para poder establecer una buena alianza terapéutica. Dado que, sea lo que sea lo que se va a comunicar a los padres, les afecta a los dos por igual y deben de enfrentarse a ello juntos. Sólo se informa de manera paralela cuando lo demandan los padres, cuando uno de los progenitores lo solicita por circunstancias especiales (separaciones conflictivas, familias monoparentales, trabajo, etc).

A la hora de ofrecer la información, el 66.67% tienen en cuenta la evolución más probable; el 86.67% tienen en cuenta las posibilidades terapéuticas del niño; el



93.33% considera el hecho de que cada familia es distinta; el 86.67% utiliza un enfoque directo, evitando los términos técnicos incomprensibles; el 60% realizan una exposición global de la problemática; el 0% se plantean un catálogo exhaustivo de problemas presentes y futuros; el 53.33% establecen el significado funcional de la alteración y el pronóstico implícito. Además, 3 centros (el 20%) añadieron otras ideas:

Se debe tener en cuenta el punto en el que está la familia para recibir un tipo de información u otro, dosificando la información si es necesario para que sea favorecedora y no obstaculizante.

Se le garantizan los apoyos y recursos necesarios de los que disponemos.

La devolución se hace en función de cada familia. En algunos casos puedes ir más rápido, en otros debemos ser más cautelosos para evitar una retirada defensiva.

En el 80% de los centros se lleva a cabo el tratamiento del proceso de duelo que consiste en acompañar a las familias siguiendo las fases por las que van pasando y mediante entrevistas individuales, tratando: Aceptación del diagnóstico, abordaje de las dificultades emocionales que ello conlleva, posibles alteraciones del sistema familiar. Pueden ser atendidos por un psicólogo del centro para recibir orientación y afrontar las preocupaciones derivadas del proceso de su hijo o, en otros casos, se deriva a un psicólogo clínico o a su médico familiar.

Sin embargo, todos los centros (100%) contestaron que acompañan en el proceso de aceptación del problema a través de entrevistas durante todo el tratamiento. Pasan por estar a su lado, mostrando capacidades y avances, pero sin juzgar sus sentimientos, estando a su lado de forma plena. Se centran fundamentalmente en informar, resolver dudas, proporcionar pautas e involucrarles en el proceso del niño, mostrándoles la evolución del mismo y sus potencialidades, más allá del déficit.

Durante la intervención, los 15 centros (100%) coincidieron en que: proporcionan información y orientación de la problemática del hijo/a; ayudan a que la familia actúe como agente potenciador del desarrollo del niño, facilitando su integración social; dan pautas concretas para problemas específicos que se les plantean en el día a día, en la convivencia con un niño con dificultades; asesoran y orientan de todos los recursos administrativos, tanto a nivel asistencial, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar. (Para profundizar más, véase anexo IV donde se encuentran las respuestas de los centros).

La mayoría, 93.33%, hablaron de las charlas y talleres que llevan a cabo para mejorar las condiciones de su desarrollo. Sin embargo, parece que un porcentaje menor, el 86.66%, confesaron que informan de la temporalización de los objetivos así como la

evaluación y los modos de consecución de los mismos. Justificándose el resto por la dificultad que conlleva temporalizar el ritmo al que el niño va a ir adquiriendo diferentes destrezas, o alcanzando los diferentes objetivos marcados. El mismo porcentaje (86.66%) afirmaron conocer las necesidades de las familias a través de la entrevista inicial y en muchos casos con ayuda del trabajador/a social.

En cuanto a la atención familiar, se dieron disparidad de opiniones. El 46.66% manifestó que es individual ya que se considera más ajustada en el tipo de atención a la familia. Mientras que el 53.33% contestó ambas opciones, individual y grupal, justificando que prioritariamente es individual pero si se considera necesario y se dan las condiciones se atiende a grupos homogéneos. (Véase anexo IV).

Un 80% dijo que sí que atienden otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa; se orienta a la familia a un recurso más específico y adecuado a sus necesidades actuales.

El 93.33% informa oralmente a los padres de cualquier cambio que esté relacionado en la intervención y utiliza un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.

Parece que las dinámicas grupales para favorecer y posibilitar el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y, a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación, no está tan desarrollado entre los centros de atención temprana. Sólo un 60% respondió de manera afirmativa.

Por último, en cuanto al seguimiento, el 93.33% contestó que se verifican la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados.

El 100% comentó que realiza una evaluación final para determinar si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación. También facilitan a la familia la información personal, clara y precisa de la situación del niño y sus necesidades. La información es personalizada, adaptada a la situación personal y sociocultural de la familia.

El 93.33% contestó que se facilita a la familia un informe escrito que sintetice la evolución del niño y la situación actual así como las necesidades que se consideren precisas. (Para conocer más sobre el contenido del informe véase anexo IV, donde se encuentran las tablas de respuestas de los centros). Mientras que el 100% dijo que

facilita a la familia un informe escrito de alta con los datos más significativos y aclaratorios sobre el estado clínico y funcional del niño y la atención que requiere. (Véase anexo IV).

Uno de los resultados más significativos, es que sólo el 26.66% habló de la existencia de programas de seguimiento a las familias. Parece ser un hecho que no se contempla desde atención temprana, porque al darse de baja del programa se acaba el tratamiento tanto para el niño como para la familia.

## DISCUSIÓN

El principal problema que se ha encontrado a la hora de hacer este trabajo ha sido la falta de participación por parte de los centros, por lo que no se pueden sacar unas conclusiones generales sobre la forma de actuación de los centros de atención temprana pero sí hacer una descripción del papel que desempeñan estos centros con respecto a las familias. Ya que ha habido concordancia y correspondencia en las respuestas tanto por los centros como por las referencias del Libro Blanco de la Atención Temprana. Por lo tanto, los datos indican que existen unos protocolos de actuación con las familias en los centros de atención temprana y que nuestro referente, el Libro Blanco de la Atención Temprana, tiene una gran importancia a la hora de trabajar con ellas. Aunque para una mayor confirmación sería necesaria una mayor representación de la muestra.

Con este trabajo se abre una oportunidad para seguir profundizando sobre la actuación con las familias y crear nuevas líneas de investigación relacionadas. Para así poder sacar conclusiones y aclarar puntos sobre este tema tan general, llamado Atención Temprana, y a la vez tan amplio por todo lo que engloba.

Como plantea el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), ante la sospecha de un trastorno en el desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles. El diagnóstico de las dificultades que presenta un niño será el resultado de considerar, de forma integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y los secundarios. Se ha encontrado una nota aclaratoria y diversas respuestas que podrían plantear otro punto a tratar en futuras investigaciones. Parece ser que los Centros de Atención temprana no emiten diagnósticos causales (ya que en muchos casos no se pueden concretar) sino más bien diagnósticos funcionales que se van estableciendo como resultado de las evaluaciones interdisciplinares del niño. Este hecho lleva a pensar que la falta de concreción en este apartado haya hecho que se interprete mal alguna pregunta referente al diagnóstico y que por este motivo se obtengan respuestas negativas ante este punto.

Una limitación que presenta el estudio es la escasez muestral. Un factor responsable puede ser que se trata de una encuesta con una dificultad elevada. Primero, porque se requiere de un periodo amplio de tiempo para su contestación y parece que en atención temprana este hecho está muy demandado. Segundo, se trata de una encuesta estructurada con preguntas abiertas en la que cada pregunta necesita de recursos atencionales y de la búsqueda de información que igual no está disponible en ese

momento en la memoria. Un cuestionario estructurado con preguntas más exhaustivas y respuestas explícitas hubiera mermado la dificultad, este hecho puede quedar pendiente para futuras investigaciones.

Otra limitación presente está en la formulación de las cuestiones. En alguna pregunta, se encuentra explícita la respuesta por lo que esto ha podido condicionar a responder afirmativo y disminuir la libertad de pensamiento de la justificación. Algo a tener en cuenta en la realización de próximas encuestas.

Para finalizar este trabajo sólo queda agradecer una vez más a los 15 centros participantes su colaboración, ya que sin ellos no hubiera sido posible la realización del mismo. Y a Dr. D. José Martín-Albo Lucas, por dirigir y por la ayuda que ha mostrado para su realización.

## REFERENCIAS

- Bisquerra, R. (2000). Educación emocional y bienestar. Barcelona: CISS PRAXIS Educación.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press.
- Cunningham, C. y Davis, H. (1985). Trabajar con padres, marcos de colaboración Madrid: Siglo XXI.
- FEAPS (2001). *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de buena práctica*. Madrid: FEAPS.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad
- Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1998). Modelo integral de intervención en Atención
- Navarro Góngora, J. (1998). Familias con personas discapacitadas. Salamanca: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León
- Palacios, J. y Rodrigo, M.J. (1998). Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza.
- Perpiñán, S. (2002). La intervención con familias en los programas de at. En I. Candel, *Atención temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo* (pp. 57-80). Madrid: F.E.I.S.D.
- Temprana: organización y coordinación de servicio. Siglo Cero, 29.
- Sameroff, A.J. y Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F.D. Horowitz, E.M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek y G. Siegel (eds.), *Review of Child Development Research*, (vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.

## ANEXOS

### ANEXO I: CUESTIONARIO

#### **ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN**

Desde la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Zaragoza se está llevando a cabo un análisis de los protocolos de actuación que se llevan a cabo con las familias en los centros de Atención Temprana. Por este motivo, solicitamos su colaboración que consiste en completar una serie de preguntas. El cuestionario está formado por 26 preguntas divididas en tres bloques: Referentes al diagnóstico, durante la intervención y después de la intervención (seguimiento). Usted tendrá que indicar la respuesta señalando con una cruz el recuadro que hay a la izquierda de las opciones y además se le pedirá una breve explicación en alguna de ellas. El tiempo estimado para su realización es de unos minutos. Es necesario que usted sea completamente sincero/a y honesto/a en sus respuestas.

Al finalizar el estudio y una vez obtenidos los resultados se le facilitará una copia del informe a esta misma dirección si usted así lo desea.

Para cualquier duda o sugerencia, no dude en contactar con los responsables del estudio: Profesor-tutor de la investigación: José Martín-Albo Lucas ([jmartina@unizar.es](mailto:jmartina@unizar.es)) (teléfono: 978618120) y Diana Oliván Lázaro ([577073@celes.unizar.es](mailto:577073@celes.unizar.es)) ([dianoli@hotmail.com](mailto:dianoli@hotmail.com)).

¡Muchas gracias por su colaboración!

Reciba un cordial saludo.

Diana Oliván

Nombre del centro de AT:

Fecha:

Provincia:

Quiero copia del informe: SI / NO

### **DIAGNÓSTICO**

<b>1.</b>	<b>¿Se lleva a cabo una entrevista de devolución?</b>
	SI. En caso afirmativo indique tres puntos que se traten:
	NO. En caso negativo indique el motivo por el que no se realiza la entrevista:
<b>2.</b>	<b>¿De qué manera se informa del diagnóstico? Indicar por qué:</b>
	Informe oral, porque:
	Informe escrito, porque:
	Otros, porque:
	No se informa del diagnóstico, porque:
<b>3.</b>	<b>Espacio (lugar) donde se lleva a cabo la entrevista e indicar el motivo:</b>
	Lugar reservado. Motivo:
	Lugar Público. Motivo:
	Otros. Motivo:
<b>4.</b>	<b>La información diagnóstica es recibida:</b>
	De forma simultánea y conjunta (padre y madre a la vez). Indique el motivo de su respuesta:
	De forma paralela (por separado). Indique el motivo de su respuesta:
	No se informa del diagnóstico. Indique el motivo de su respuesta:
<b>5.</b>	<b>A la hora de ofrecer la información. Indique la/s opción/es (más de una si es necesario):</b>
	Se tiene en cuenta la evolución más probable.
	Se tiene en cuenta las posibilidades terapéuticas del niño.
	Se considera el hecho de que cada familia es distinta.
	Se utiliza un enfoque directo, evitando los términos técnicos incomprensibles.
	Se realiza una exposición global de la problemática.
	Se plantea un catálogo exhaustivo de problemas presentes y futuros.
	Se establece el significado funcional de la alteración y el pronóstico implícito.
	Otras:
<b>6.</b>	<b>Se lleva a cabo el tratamiento del proceso de duelo.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>7.</b>	<b>Se les acompaña en el proceso de aceptación del problema.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:



## **INTERVENCIÓN**

<b>8.</b>	<b>Se proporciona información y orientación de la problemática del hijo/a.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>9.</b>	<b>Se ayuda a que la familia actúe como agente potenciador del desarrollo del niño, facilitando su integración social.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>10.</b>	<b>Se dan pautas concretas para problemas específicos que se les plantean en el día a día, en la convivencia con un niño con dificultades.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>11.</b>	<b>Se les asesora y orienta de todos los recursos administrativos, tanto a nivel asistencial, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>12.</b>	<b>Se llevan a cabo actividades dirigidas a mejorar las condiciones de su desarrollo (charlas/talleres).</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>13.</b>	<b>Se informa de la temporalización de los objetivos así como la evaluación y los modos de consecución de los mismos.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente:
	- En qué momento de la intervención (tiempo), Mediante informe oral/escrito:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>14.</b>	<b>Se conocen las necesidades de la familia.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente cómo se consigue la información:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>15.</b>	<b>La atención a la familia se realiza de forma:</b>
	Individual. Indique el motivo de su respuesta:
	Grupal. Indique el motivo de su respuesta:
<b>16.</b>	<b>Se atiende otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>17.</b>	<b>Se informa a los padres debidamente de cualquier cambio que esté relacionado en la intervención.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera (informe oral/ escrito):
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
<b>18.</b>	<b>Se utiliza un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.</b>
	SI. Indique el motivo de su respuesta:
	NO. Indique el motivo de su respuesta:

19.	<b>Se plantean dinámicas grupales para favorecer y posibilitar el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y, a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:

### **SEGUIMIENTO**

20.	<b>Se verifica la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
21.	<b>Se realiza una evaluación final que determinará si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
22.	<b>Se facilita a la familia la información personal, clara y precisa de la situación del niño y sus necesidades.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera (informe oral/ escrito):
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
23.	<b>Se facilita a la familia un informe escrito que sintetice la evolución del niño y la situación actual así como las necesidades que se consideren precisas.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
24.	<b>Se facilita a la familia un informe escrito de alta con los datos más significativos y aclaratorios sobre el estado clínico y funcional del niño y la atención que requiere.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:
25.	<b>La información es personalizada: adaptada a la situación personal y sociocultural de la familia.</b>
	SI. Justifique su respuesta:
	NO. Justifique su respuesta:
26.	<b>Existen programas de seguimiento a las familias.</b>
	SI. En caso afirmativo explicar brevemente:
	- En qué consisten, Quienes lo forman, Durante cuánto tiempo:
	NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:

## ANEXO II: LISTA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

<b>ARAGÓN</b>
Atención Temprana Huesca UTE. CDIAT "Guadalupe Usón Osete"
Atención Temprana Huesca UTE. CDIAT "Rio Vero"
Atención Temprana Huesca UTE. CDIAT "Paciencia Gracia"
Atención Temprana Huesca UTE. CDIAT "Carlos López Otín"
Centro base Huesca (IASS)
Fundación Atención Temprana (FAT). CDIAT Bajo Aragón
Centro base Teruel (IASS)
CDIAT Fundación Down Zaragoza para la Discapacidad Psíquica
CDIAT Fundación DFA
Fundación Atención Temprana: CDIAT Actur
Fundación Atención Temprana: CDIAT Portillo – Delicias
Fundación Atención Temprana: CDIAT Jiloca-Moncayo
Fundación Atención Temprana: CDIAT Bajo Aragón – Caspe
Fundación Atención Temprana: CDIAT Ejea - Cinco Villas
Centro base Zaragoza (IASS I)
Centro base Zaragoza (IASS II)
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>
CDIAT ASPRONA ADAPEI
CDIAT ASPRONA Infanta Elena
CDIAT ASPRONA Infanta Elena
CDIAT ASPRONA Virgen de Los Remedios
CDIAT ASPRONA Virgen del Rosario
CDIAT AFAD
CDIAT ASMINAL
CDIAT AUTRADE
CDIAT Fuente Agria
CDIAT María Auxiliadora ASPANA
CDIAT Reina Sofía AFAS
CDIAT APACE Talavera
CDIAT AMAFI
CDIAT APACE
CDIAT ASDOWNT0
CDIAT ASODEMA
CDIAT Madre de la Esperanza
CDIAT Santísimo Cristo de La Salud ASPRODIQ
<b>ASTURIAS</b>
Unidad de Atención Infantil Temprana. Tapia de Casariego
Unidad de Atención Infantil Temprana. Cangas del Narcea
Unidad de Atención Infantil Temprana. Avilés
Unidad de Atención Infantil Temprana. Oviedo
Unidad de Atención Infantil Temprana de ASPACE. Oviedo
Unidad de Atención Infantil Temprana de Vinjo
Unidad de Atención Infantil Temprana. Gijón
Unidad de Atención Infantil Temprana de ASPACE. Gijón
Unidad de Atención Infantil Temprana. Parres
Unidad de Atención Infantil Temprana. Mieres
Unidad de Atención Infantil Temprana- Sama de Langreo
<b>MURCIA</b>

Centro Municipal de Atención Temprana de Águilas
Centro de Atención Temprana "Avanza"
Centro de Atención Temprana "ASSIDO"
Centro de Rehabilitación Médico-Funcional "Virgen de la Caridad"
Fundación APANDA (Padres de niños con deficiencias auditivas)
Centro Municipal de Atención Temprana de Cieza
Centro Municipal de Atención Temprana de Fortuna
Centro de Atención Temprana "ASPAJUNIDE"
Centro de Atención Temprana "AIDEMAR"
Centro de Atención Temprana "ASPANPAL"
Centro de Atención Temprana "ASSIDO"
Centro de Atención Temprana "ASTRAPACE"
Centro de Atención Temprana Mancomunidad Río Mula
Centro de Atención Temprana Valle de Ricote. Villanueva del Segura
Centro Municipal de Atención Temprana de Mazarrón
Centro Municipal de Atención Temprana de Totana
Centro Municipal de Atención Temprana de Yecla
Centro Munidipal de Atención Temprana de Lorca
Servicio Atención Personas con Trastornos del Desarrollo " ASTRADE". Molina de Segura
<b>MADRID</b>
Centro de Atención Temprana APADIS
Centro Infantil de Terapia y Ocio CITO
Centro de Atención Temprana y Tratamiento APANSA
Centro de Atención Temprana y Tratamientos ADEMPA
Centro de Atención Temprana APANID
Centro de Atención Temprana y Tratamientos ASPANDI
Centro de Atención Temprana FAD
Centro de Atención Temprana APSA
Centro de Atención Temprana Valdemoro AMIVAL
Centro de Atención Temprana APHISA
Centro de Atención Y Rehabilitación ASPADIR
Centro de Atención Temprana ASTOR
Centro de Atención Temprana SPIMIP
Centro de Atención Temprana ACEOPS
Centro de Atención Temprana ADEMO
Centro de Rehabilitación con Atención Temprana AFANDICE
Centro Infantil de Terapia María Isabel Zulueta F.S. DOWN
Centro de Atención Temprana CADETE
Centro de Atención Temprana ARIS
<b>VALENCIA</b>
ABASTOS: Centro de Desarrollo infantil y Atención Temprana
Centre Universitari de Diagnostic i Atenció Primerenca (CUDAP)
ASINDOWN. Fundación Síndrome de Down
CDIAT APSA
Centro Avanzamos
CDIAT de l'Horta Nord
CDIAP de la Mancomunitat de Municipis de la Safor
CDIAT de ASINDOWN
CDIAT (Ajuntament)
CDIAT "Luis Suñer" (Prosub)
ATTEM

Centre d'Atenció Precoç "Enrique Riquelme"
CDIAT de "l'Horta Nord"
Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primerenca (CUDAP)
CDIAT AVSPW
Centro de Educación Infantil y Atención Temprana UCV "La Alquería"
Unidad de Atención Temprana Ayuntamiento Mislata
CDIAT d'ASPRODIS
CDIAT Ntra. Sra.Montserrat
CDIAT de APSA
CDIAT de APSA
CDIAT d'ASPAÑIAS
CDIAT d'APADIS
Servici Municipal d'Estimulació Preco
Centre Municipal d'Atenció Temprana
Centre de S. Down Estimulació Precoç
Servici d'Atenció Temprana Aspropace
<b>CASTILLA LÉON</b>
Centro de atención temprana Díaz Caneja
ASPRODIQ
Centro de atención temprana Ansares
Centro Genius
<b>NAVARRA</b>
Centro de Atención Temprana
<b>LA RIOJA</b>
Asociación de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral "ASPACE-RIOJA"
A.R.P.A. Autismo Rioja (Asociación riojana para el autismo)
ARSIDO (Asociación para el Síndrome de Down)
Logopedia y Audiología M <sup>a</sup> Isabel Olleta
Gabinete de logofoniatría CB (Clínica del lenguaje)
Aurora Carmen Marrodán Adán
María Ana Martínez Salazar
Domingo Álvarez y Alba López UTE
Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia
<b>CATALUÑA</b>
CDIAP - L'Espiga
CDIAP Apinas
CDIAP del Bages
CDIAP del Prat
DELTA - CDIAP
CDIAP Cornellà
CDIAP de Sant Boi
CDIAP EQUIP 40
CDIAP Sant Joan de Deu
CDIAP DE Martorell
CDIAP Sant Andreu de la Barca
CDIAP del Berguedà
CDIAP del Garraf
CDIAP del Maresme
CDIAP EL Masnou
CDIAP Tris Tras
CDIAP Tris Tras (OSONA NORD)
CDIAP Tris Tras (OSONA SUD)

DAPSI - CDIAP
DAPSI - CDIAP
DAPSI - CDIAP
DAPSI - CDIAP
CDIAP Magroc
CAD-4 Terrassa
CDIAP del Chpt de Sabadell
CDIAP Granollers
CDIAP de Caldes
CDIAP Baix Montseny
CDIAP SPAI 3
CDIAP Mollet
CDIAP Baula de L'Hospitalet
CDIAP ASPANIDE
CDIAP Imsp de Badalona
CDIAP AGALMA
CDIAP ASPANIAS
CDIAP Fund. E. Torras de Bea
CDIAP ASPACE
SAP Sant Joan
CDIAP Osas-Rella
CDIAP Rella-Niu
EIPI I Ciutat Vella
EIPI VIII Nou Barris
CDIAP F. CATAL Síndrome Down
CDIAP EDAI- (Sant Adrià)
CDIAP EDAI (Sant Martí)
CDIAP EDAI (Les Corts)
CDIAP - PACEM
CDIAP Fundació Oreig
CDIAP la Cerdanya
CAD Girona
CDIAP Ramón Noguera
CDIAP Ramón Noguera
CDIAP Joan Sellas
CDIAP ASPRONIS
CDIAP Pla de L'Estany
CDIAP Fundació Map
CDIAP Alt Urgell
CDIAP Alta Ribagorça
CDIAP SEL
CDIAP Les Garrigues
CDIAP de la Noguera
CDIAP Pallars Jussà
CDIAP Pallars Sobirà
CDIAP PLA D' URGELL PROGRAMA 0-4
CAD Lleida
ORUM CDIAP Segria
CDIAP Solsonès
CDIAP de L' Urgell
CDIAP Vall D'Aran
CDIAP ONA Alt Camp i Conca

CDIAP SCP Baix Camp-Priorat
CDIAP Baix Camp Sud
CDIAP Verge de la Cinta
CDIAP Baix Penedès (L'Espiga)
CDIAP Montsià Amposta
CDIAP Montsià la Sènia
CDIAP Jonc
ONA CDIAP Tarragonès
CDIAP Sta Tecla
<b>GALICIA</b>
Asociación Galega de Atención Temprá
Servicio Atención Temprana Down Galicia
Aula de Atención Temprana Federación de Asociaciones de Personas Sordas de Galicia
Servicio Atención Temprana San Rafael
Unidad de Atención Temprana Facultade de Psicoloxía

### ANEXO III: TEXTO ENVIADO EN EL EMAIL

“¡Buenos días!

Soy Diana Oliván, alumna de 4º de Psicología de la Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel). Estoy llevando a cabo mi Trabajo Fin de Grado y agradecería enormemente su colaboración rellenando una breve ficha sobre los protocolos de actuación que se llevan a cabo con las familias en los centros de Atención Temprana. Sólo tiene que descargar y completar el archivo adjunto y una vez finalizado reenviarlo completo a esta misma dirección: [577073@celes.unizar.es](mailto:577073@celes.unizar.es)  
Gracias por su colaboración.”



## ANEXO IV: TABLAS DE RESPUESTAS

<b>1. ¿Se lleva a cabo una entrevista de devolución?</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo indique tres puntos que se traten:</b>	14	93.33
Impresión diagnóstica	10	71.43
Propuesta de intervención	12	85.71
Resultados de la valoración/evaluación	7	50
Déficits y potenciales del niño así como aspectos positivos y negativos	5	35.71
Trasmitir e informar a la familia sobre los hitos de desarrollo	2	14.28
Trasmitir las orientaciones pertinentes	1	7.14
Presentación del terapeuta con el que van a iniciar tratamiento	1	7.14
Inquietudes de la familia	1	7.14
Información de los recursos del centro y otros recursos sanitarios, sociales, educativos	1	7.14
Información	1	7.14
Recomendaciones	1	7.14
<b>NO. En caso negativo indique el motivo por el que no se realiza la entrevista:</b>	1	6.67
Nosotros no hacemos diagnósticos. Sí que aclaramos e informamos una vez que el niño viene diagnosticado lo que supone esa etiqueta si no se lo han explicado antes.		

<b>2. ¿De qué manera se informa del diagnóstico? Indicar por qué:</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Informe oral, porque:</b>	3	20
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para establecer una relación cercana y empática con la familia.</li> <li>- Permite realizar una acogida familiar más adaptada a las necesidades de cada familia.</li> </ul>		
<b>Otros: Informe oral e informe escrito, porque:</b>	10	66.67
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe oral: Para poder hablar y comentar todo. Para ir viendo en qué momento está la familia e ir la acompañando y respondiendo a sus necesidades. Favorece matizar toda la información que se proporciona, resolver dudas de la familia en el momento, y manejar las reacciones emocionales que puedan surgir de la información sobre el diagnóstico funcional. Se explica en lenguaje más sencillo de lo que se refleja en el informe por escrito. Poder argumentar los resultados de la evaluación y las hipótesis extraídas, así como la relación entre evaluación y diagnóstico. Hablemos de una sospecha diagnóstica, le explicamos de que se trata y los padres pueden expresar su conformidad o no, preguntar, intercambiar información... Permite a los padres poder realizar todas las preguntas necesarias respecto al diagnóstico, pronóstico, tratamiento...</li> <li>- Informe escrito: Se da a la familia una vez iniciado el tratamiento, con el Informe Asistencial, dónde se recoge el motivo de consulta, la información aportada por la familia, la valoración, la impresión diagnóstica y la propuesta de intervención. Se da por escrito porque es una información para la familia y esta puede hacerla llegar a otros profesionales del entorno del niño que se considere necesario. Para que les quede constancia. Para que lo puedan presentar donde lo necesiten, escuela, médico especialista, etc. Como complemento al informe oral, nunca puede sustituirle. Informe</li> </ul>		

escrito es obligatorio, lógico y tienen derecho. Para que quede constancia de la situación actual del niño/a, la propuesta de tratamientos y los objetivos que se persiguen a si como necesidades del niño y la familia. Hacemos una devolución escrita para el derivante, que se da a los padres.		
<b>Informe escrito, porque:</b>	0	0
<b>No se informa del diagnóstico, porque:</b>	2	13.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nosotros hablamos de déficits y síntomas, nunca ponemos la etiqueta, para eso derivamos a la entidad cualificada para ello.</li> <li>- Intentamos que el diagnóstico llegue por medio de los médicos. Nosotros hacemos un diagnóstico más funcional que se dialoga con los padres y que sólo aparece escrito cuando se nos solicita algún informe.</li> </ul>		

<b>3. Espacio (lugar) donde se lleva a cabo la entrevista e indicar el motivo:</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Lugar reservado. Motivo:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacio reservado e íntimo, para poder crear un clima de confianza y seguridad. Lugar que preserva la privacidad. Para tener tiempo sin distracciones. Respeto a la intimidad de los padres y su hijo/a. Poder manifestar reacciones emocionales con libertad y confianza. Lugar familiar pero íntimo, que conocen de la primera entrevista y respeta su espacio. Las familias pueden abrirse y expresar sus dudas y preocupaciones sin estar pendientes de otras cosas.</li> <li>- Despacho del valorador/a, Despacho del psicólogo/a, Despachos de la Unidad, Despacho de la coordinadora, Zona de evaluación (despacho totalmente equipado de unos 20m.), Despacho de dirección, Despacho de entrevistas del centro.</li> </ul>		
<b>Lugar Público. Motivo:</b>	0	0
<b>Otros. Motivo:</b>	0	0

<b>4. La información diagnóstica es recibida:</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>De forma simultánea y conjunta (padre y madre a la vez). Indique el motivo de su respuesta:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En función de cómo ellos reciban esta información, influirá en la evolución favorable o no de las dificultades de sus hijos. El hecho de que sea de forma conjunta, nos sirve para obtener una implicación de forma activa durante todo el proceso de tratamiento de los dos progenitores. Para que ambos tengan la misma información. Si están los dos vemos los puntos de vista que tienen sobre el diagnóstico si están de acuerdo si se van a ayudar mutuamente, etc. No creemos que tenga sentido, en principio, dar la información por separado, dado que, sea lo que sea lo que hemos de comunicar a los padres, les afecta a los dos por igual y deben de enfrentarse a ello juntos. La familia es tratada como un sistema, no como individuos aislados. Para poder establecer una buena alianza terapéutica con los dos padres. Para que haya un apoyo emocional entre ambos y reforzar su unidad, se aclaran dudas y no se culpabilizan uno a otro. Se ahorra tiempo. Si son familias monoparentales se les dice que pueden venir acompañadas de una familiar o amigo, para que no se sientan tan desolados. Por nuestra parte, a pesar de la separación preferimos poder realizar alguna entrevista conjunta, pero depende de ellos.</li> <li>- Depende de que acudan los dos progenitores o uno de ellos. Paralela solo cuando uno</li> </ul>		

de los progenitores lo solicita por circunstancias especiales. Evidentemente hay que tener en cuenta las situaciones particulares de cada pareja en cada momento. Solo si la familia no reside en un mismo hogar por motivos de separación, trabajo u otros motivos que conlleven no convivencia se hace por separado.		
<b>De forma paralela (por separado). Indique el motivo de su respuesta:</b>	0	0
<b>No se informa del diagnóstico. Indique el motivo de su respuesta:</b>	0	0

<b>5. A la hora de ofrecer la información. Indique la/s opción/es (más de una si es necesario):</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Se tiene en cuenta la evolución más probable.</b>	10	66.67
<b>Se tiene en cuenta las posibilidades terapéuticas del niño.</b>	13	86.67
<b>Se considera el hecho de que cada familia es distinta.</b>	14	93.33
<b>Se utiliza un enfoque directo, evitando los términos técnicos incomprensibles.</b>	13	86.67
<b>Se realiza una exposición global de la problemática.</b>	9	60
<b>Se plantea un catálogo exhaustivo de problemas presentes y futuros.</b>	0	0
<b>Se establece el significado funcional de la alteración y el pronóstico implícito.</b>	8	53.33
<b>Otras:</b>	3	20
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se debe tener en cuenta el punto en el que está la familia para recibir un tipo de información u otro. En ocasiones hay que dosificar la información para que sea favorecedora y no obstaculizante.</li> <li>- Se le garantizan los apoyos y recursos necesarios de los que disponemos.</li> <li>- La devolución se hace en función de cada familia. En algunos casos puedes ir más rápido, en otros debemos ser más cautelosos para evitar una retirada defensiva.</li> </ul>		

<b>6. Se lleva a cabo el tratamiento del proceso de duelo.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	12	80
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta verbaliza y legitima, con cautela, los sentimientos que pueden aparecer. En función de cada familia se movilizan más o menos recursos.</li> <li>- Se plantea a las familias la posibilidad de recibir apoyo psicológico con el fin de tratar de ayudar de la mejor forma posible al desarrollo de sus hijos/as y comprender lo que le ocurre al niño/a. Se ofrece a la familia espacios de diálogo con los profesionales, “acompañamiento” en el duelo, pero para todo lo que tenga que ver con “estrategias de afrontamiento”, se orienta a la familia a su médico de familia o directamente a la psicología clínica, ya que la unidad no cuenta con medios para cubrir todos los “espacios” de la intervención con el niño/a y/o sus familias.</li> <li>- Todas las familias tienen un profesional de referencia en el centro (tutor), al que pueden recurrir siempre que lo necesitan. Además, pueden ser atendidos por un psicólogo del centro para recibir orientación y afrontar las preocupaciones derivadas del proceso de su hijo.</li> <li>- Asesorados por FEAPS seguimos las necesidades de las familias, respetamos el proceso de duelo y se hace un seguimiento de las fases por las que van pasando.</li> <li>- Si es necesario realizamos una intervención familiar más cercana, intentando acompañarles por las diferentes etapas hasta la aceptación de la situación de sus hijos.</li> <li>- Acompañamiento terapéutico a la familia, si es necesario. Se ofrece el programa</li> </ul>		

<p>“padre a padre”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptación del diagnóstico, abordaje de las dificultades emocionales que ello conlleva, posibles alteraciones del sistema familiar.</li> <li>- Sabiendo las etapas por las que los padres suelen pasar al tener el diagnóstico de una discapacidad en su hijo, la psicoterapeuta hace un seguimiento de las fases por las que van pasando los padres y se trabaja el proceso de duelo, puede ser a nivel individual, de pareja o con otros padres, cuando estén preparados para ello.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	3	20
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de tiempo para llevar un tratamiento formal con los padres. Se realiza informalmente.</li> <li>- Enseguida se inicia el trabajo con el niño y ese aspecto queda relegado, aunque sufre cambios según avanza el tratamiento.</li> <li>- Solo se incide en este tema si la familia expresamente pide ayuda por no superarlo. Normalmente se continúa con el tratamiento con naturalidad y sin dar mayor importancia.</li> </ul>		

<b>7. Se les acompaña en el proceso de aceptación del problema.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se organizan grupos de soporte emocional, o cada familia tiene su espacio con la terapeuta para hablar, compartir y sentirse acompañado.</li> <li>- Pasa por estar a su lado, mostrando capacidades y avances, pero sin juzgar sus sentimientos, estando a su lado de forma plena.</li> <li>- Se centra fundamentalmente en informar, resolver dudas, proporcionar pautas e involucrarles en el proceso del niño, mostrándoles la evolución del mismo y sus potencialidades, más allá del déficit. Dar puntos fuertes de su hijo para ir aceptando la situación.</li> <li>- Se aclaran dudas, se ayuda a realizar trámites discapacidad, dependencia..., se informa y se desculpabiliza de la situación vivida a los progenitores.</li> <li>- Devolviendo a la familia información que va confirmando el posible diagnóstico, información recogida del centro escolar, de otros profesionales que vayan hacia la misma dirección...</li> <li>- Recoger necesidades de la familia ofreciendo otras alternativas o posibilitar cambios de actitud; hacerle observar aspectos positivos del niño y formas activas de ayudarlo.</li> <li>- Se estructuran metas realistas y evolutivas dando a conocer que muchas veces la evolución es predecible pero en otros casos no y hay que ver el resultado del tratamiento.</li> <li>- A través de grupo de encuentro de padres en situación similar. No hacemos terapia individual, si bien nuestra intervención es terapéutica.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué</b>	0	0

<b>8. Se proporciona información y orientación de la problemática del hijo/a.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante entrevistas: evolución de sus hijos, capacidades de este, dificultades que puede presentar en cualquier momento.</li> <li>- Se les entrega por escrito el programa individualizado de intervención que se hace con el niño. Se estructuran los objetivos de desarrollo, y la intervención y metodología terapéutica llevada a cabo.</li> <li>- Se le explican las posibilidades que tienen de escolarización, tratamiento, ayudas económicas, etc. Se les ayuda en las rutinas de casa, ofreciéndoles estrategias educativas. Se dan pautas, información y recursos disponibles en la localidad todo desde una expectativa en positivo pero real.</li> <li>- Se dan pautas orales y/o escritas para trabajar en el domicilio, las familias están presentes en la intervención y con ellos se explica “in situ” cada conducta a desarrollar, cada técnica, cada porqué de lo que hacemos. Se ofrecen lecturas a la familia para mejorar la comprensión de las dificultades. En ocasiones se graba en vídeo y se repasa con la familia, etc.</li> <li>- El tutor asignado a la familia (uno de los profesionales que se encargan del tratamiento), informa a la familia de todos los aspectos relevantes. Además, el centro cuenta con profesionales específicos (trabajador social, médico rehabilitador, etc.) que proporcionan orientación e información.</li> <li>- Cuando no ofrecemos esta información suele ser cuando no contamos con un diagnóstico claro y/o creemos que va a servir para que la familia se desmoralice o no sigan receptivos a las indicaciones de tratamiento que se le está ofreciendo.</li> <li>- Observar aspectos positivos del niño y formas activas de ayudarle: Intervención directa y observación por parte de los padres de la sesión de tratamiento.</li> <li>- Se les hace participar en las escuelas de padres que se considera que necesitan. De manera semestral se les da información por escrito y en tanto no distorsionen el tratamiento pueden estar presentes durante el mismo.</li> <li>- Se les asesora en el día a día. Según van apareciendo las dificultades o las satisfacciones, se intercambia información con las familias de forma continua.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b>9. Se ayuda a que la familia actúe como agente potenciador del desarrollo del niño, facilitando su integración social.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es imprescindible la implicación de forma activa de la familia en el tratamiento. Es prioritario que las familias se sientan capaces.</li> <li>- Se comparten estrategias que pueden llevar a cabo en casa o en otros entornos. A la familia se les enseñan todos los ejercicios o actividades que puedan potenciar el desarrollo del niño, enseñándoselas durante la sesión, dándolas por escrito, y también verbalmente.</li> <li>- La familia es el motor. No son terapeutas pero el trabajo del vínculo es esencial. También se favorece la integración en entornos educativos: guarderías, espacios municipales...</li> <li>- Las familias entran en sesión para modelar el juego con sus hijos y para que potencien la consecución de los hitos evolutivos. Posteriormente y dependiendo de las</li> </ul>		

necesidades de cada familia se les plantea la posibilidad de realizar intervención en contextos familiares. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participan al principio en el tratamiento como parte de él para que luego continúen ellos en casa. Se les hace partícipe de las actividades de la Asociación.</li> <li>- Se les pide colaboración, aunque esto varía desde entrar sólo en las sesiones como observadores, a participar en alguna de ellas, pedirles confección de material individualizado, refuerzo en casa del trabajo iniciado en sesiones...</li> <li>- Recoger información de las actividades del niño en casa y otros contextos para elaborar formas de complementar la intervención global.</li> <li>- Las familias tienen unas visitas de control y seguimiento periódicas donde se van dando feedbacks de los procesos evolutivos, con ello se dan pautas para poder seguir con la evolución en otros contextos (casa, familia, entorno,...).</li> <li>- La trabajadora Social informa a los padres sobre la escolarización de sus hijos como primer paso de socialización del niño.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b><i>10. Se dan pautas concretas para problemas específicos que se les plantean en el día a día, en la convivencia con un niño con dificultades.</i></b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En las entrevistas con los padres es dónde se trabajan estos problemas más específicos de cada niño, y si es necesario se puede facilitar a los padres pautas concretas y más específicas para su hijo, de forma oral o escrita.</li> <li>- Pautas en las áreas con necesidades y según modalidad de intervención (fisioterapia, logopedia, pautas de manejo de conductas...).</li> <li>- La regla es escuchar a los padres y juntos buscar herramientas para resolver los conflictos. Cada familia tiene un estilo y no podemos imponer el nuestro. Ellos deben estar preparados y ser conscientes de las repercusiones que su estilo relacional tiene en el niño/a. Huimos de las recetas, no son útiles; pero también disponemos de materiales escritos para poder hacer recomendaciones respecto al estilo de comunicación, por ejemplo. De todas lo más útil es compartir la sesión de tratamiento en la etapa inicial.</li> <li>- El equipo tiene elaborados varios documentos con pautas para los problemas más frecuentes, que se entregan a las familias que los necesitan. Asimismo, se elaboran pautas individuales para problemas más específicos.</li> <li>- A través de sesiones individuales con la familia, registros de conducta, grupos de ayuda mutua, escuelas de padres e intervención en contextos familiares.</li> <li>- Programas de modificación de conducta, claves básicas sobre el refuerzo y el castigo, etc.</li> <li>- Se dan pautas para aspectos como el control de esfínteres, masaje, rabietas... luego por escrito se les da pautas en tiempos vacacionales, pero verbales, en la gran mayoría se hace diariamente, después de sesión.</li> <li>- Normalmente sobre hábitos, relación con el resto de miembros de la familia.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b><i>11. Se les asesora y orienta de todos los recursos administrativos, tanto a nivel asistencial, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar.</i></b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>

<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El trabajador social es el que informa y ayuda a las familias a preparar las ayudas. Va valorando las necesidades de cada niño realiza un diagnostico social.</li> <li>- Es el terapeuta quien habitualmente informa a los padres de los recursos.</li> <li>- A través de entrevistas y documentación.</li> <li>- Se cuelgan las bases en el tablón de anuncios y se pone un cartel con el resumen de la convocatoria. En las escolarizaciones, se informa a la familia del proceso a seguir y de los derechos y deberes que tienen, se les informa también de los trámites para solicitar la situación de dependencia y la discapacidad, aportando informes de la Unidad.</li> <li>- Se dan indicaciones sobre el certificado de minusvalía y ley de dependencia con derivación a servicios sociales municipales y también se les indica que pueden dirigirse a la oficina de información de nuestra Asociación, titular del Centro (Asociación Comarcal Prodiscalcapitados, PROSUB).</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b>12. Se llevan a cabo actividades dirigidas a mejorar las condiciones de su desarrollo (charlas/talleres).</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:</b>	14	93.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos o tres charlas de distintos temas de desarrollo infantil. Gratuitas y en el centro.</li> <li>- Lo habitual es compartir a nivel individual, pero tenemos algunos grupos de padres que son útiles. Creemos que es un aspecto a potenciar.</li> <li>- Se realizan talleres y alguna charla para los padres con patologías similares: ej.: taller de masaje infantil, estimulación del lenguaje.</li> <li>- Se han realizado en alguna ocasión talleres para padres, sin embargo, no es una actividad que se realice de forma continuada ni entra dentro de la programación habitual del centro. El motivo fundamental es la falta de recursos para otras actividades no contempladas en el programa de Atención Temprana.</li> <li>- Viene un profesional cualificado en el tema y da el taller o algún miembro del equipo, prepara algún tema concreto que sea de interés para unos cuantos.</li> <li>- Charlas de sensibilización y prevención. Talleres por grupos homogéneos de padres con la misma problemática.</li> <li>- Ocasionalmente se ofrecen charlas sobre temas de interés, salud, autonomía... y periódicamente se cambia un panel informativo ubicado en la sala de espera donde de forma especialmente visual tratamos temas de interés (juguetes adecuados, juegos de psicomotricidad según edades, “no al taca-tac”,...).</li> <li>- Se realizan unas concretas sobre funcionamiento de centro, qué es la atención temprana, procedimientos de escolarización, y otras a partir de las sugerencias de los padres, se invita a una persona de referencia en ese tema.</li> <li>- Se hacen talleres pero suelen ser de tipo general a nivel comunitario. Si se aceptara, se iniciarán en breve talleres para padres de niños con trastornos de la misma tipología. Cuesta dicha aceptación al ser un entorno.</li> <li>- Mensualmente se hacen dos escuelas de padres una en horario de mañana y otra en horario de tarde.</li> <li>- Grupo de encuentro de padres (6-8 familias).</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0
<b>En blanco</b>	1	6.67

<b>13. Se informa de la temporalización de los objetivos así como la evaluación y los modos de consecución de los mismos.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente:</b>	13	86.67
- <b>En qué momento de la intervención (tiempo):</b>	13	86.67
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se informa al principio de cada curso escolar y al final de la intervención. En las sucesivas revisiones del programa.</li> <li>- Una vez se conoce al niño y el terapeuta tiene claros los objetivos los comparte con los padres. Hacia los seis meses se da un informe con objetivos, pruebas aplicadas, evolución...</li> <li>- Dentro de las obligaciones está la de elaborar un PLAN PERSONALIZADO DE DESARROLLO, que se entrega a las familias tras la entrevista de devolución y que, según los casos, recoge la temporalización de las revisiones. En dichas revisiones se modifica (o no) el PLAN y se entrega el nuevo a la familia.</li> <li>- Suele darse cada 6 meses coincidiendo con las visitas de neuropsiquiatría.</li> <li>- Trimestralmente se revisan los objetivos de su programa de intervención global.</li> <li>- Se suele marcar un calendario de valoraciones y se indica en algunos casos que estén claros, como van a ir sumándose tratamientos y terapias para ir cubriendo objetivos concretos. Desde el inicio se va revisando según se avanza.</li> <li>- Semestralmente. Al finalizar las sesiones muy brevemente.</li> <li>- Información continua. Cada 4-5 meses de forma oral reunión con la terapeuta responsable del niño. Escrito al inicial, uno al año obligado. A petición de padres para presentar a revisiones...</li> </ul>		
- <b>Mediante informe oral</b>	3	23.08
- <b>Mediante informe escrito</b>	2	15.38
- <b>Ambos: informe oral/escrito</b>	8	61.54
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	2	13.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En estas edades es muy difícil poder temporalizar los objetivos, serán en particular para cada niño y en función también de su propio ritmo de desarrollo.</li> <li>- Se habla de los objetivos iniciales del tratamiento, y en las reuniones de seguimiento se van renovando, sin embargo, es muy difícil temporalizar el ritmo al que el niño va a ir adquiriendo diferentes destrezas, o alcanzando los diferentes objetivos marcados.</li> </ul>		

<b>14. Se conocen las necesidades de la familia.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente cómo se consigue la información:</b>	13	86.67
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En las primeras entrevistas ya se hace una primera impresión de las características y necesidades de la familia. Posteriormente esto lo trabajará el terapeuta y en los casos necesarios puede también intervenir la figura del trabajador social, o si fuera necesario hacer una derivación a terapia familiar.</li> <li>- A través del informe social que se completa desde la valoración inicial hasta la salida del programa.</li> <li>- Entrevistas estructuradas y contacto diario con las familias.</li> <li>- Estamos empezando a usar estrategias como el ecomapa y la entrevista basada en rutinas. De momento en entrevistas individuales no estructuradas.</li> </ul>		



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estas necesidades, salvo población de riesgo social, se conocen en el transcurso de la intervención. Aquellas familias que ya son casos que llevan los S. Sociales de la zona (se registra en la entrevista de Acogida), se repasa la información dada por la familia directamente con los S. Sociales de la zona. En caso de otras necesidades detectadas durante la estancia del niño/a en el Servicio, se acude a la propia familia y se les ofrece ayuda o se informa al pediatra (ej.: el niño no acude a las revisiones previstas con el especialista) u otro profesional que pueda intervenir en el caso.</li> <li>- Se realiza la acogida de la familia antes de comenzar el tratamiento, por parte de la responsable del centro y de la trabajadora social. Ahí se trata de detectar y recoger las necesidades de diferente índole que presentan las familias. A lo largo del tratamiento, todas las personas involucradas en el mismo va recogiendo y detectando (a veces la familia no las manifiesta o no son conscientes de las mismas) las necesidades que puedan ir surgiendo.</li> <li>- Se está en contacto continuo con ellos ya que son parte de la intervención.</li> <li>- En la entrevista inicial ya se recoge mucha información de como ven ellos la situación de su hijo/a y el recorrido que ya han realizado, sobre si coincide el matrimonio... pero la gran mayoría de familias terminan confiándote todo tipo de temas que les está afectando.</li> <li>- Directamente hablando o a través de las trabajadoras sociales o profesionales educativos o de sanidad.</li> <li>- A partir de entrevista se pregunta por los hábitos diarios, la organización familiar, el apoyo social y familiar con el que cuentan,...</li> <li>- De manera semanal el equipo que lleva a los niños se reúnen en coordinación interna, cada profesional que trabaja con el niño expone cómo está el niño en su área y las necesidades que ha observado. A través de las coordinaciones con la escuela.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	2	13.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No preguntamos mucho sobre esto. Solo si ellos de forma espontánea dicen algo.</li> <li>- No de forma protocolaria. Se hace intervención con las familias, apoyo emocional.</li> </ul>		

<b>15. La atención a la familia se realiza de forma:</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Individual. Indique el motivo de su respuesta:</b>	7	46.67
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya que se considera más ajustada en el tipo de atención a la familia. No se trabaja con grupos de familias al no ser suficientes los recursos.</li> <li>- Se realiza a petición de las familias o cuando van surgiendo problemas concretos.</li> <li>- La atención siempre se trata de que sea lo más individualizada posible, ya que, aunque hay perfiles familiares que se repiten, los casos, son únicos.</li> <li>- Es individual porque dependen del problema específico de cada niño. Para las grupales hay otros espacios como charlas, talleres...</li> <li>- Personalización de cada caso y atención más directa, confidencialidad.</li> </ul>		
<b>Individual y Grupal. Indique el motivo de su respuesta:</b>	8	53.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individual: siempre se inicia de forma individual. A través de los programas centrados en la familia. Si es un tema muy específico que atañe sólo a su hijo, o dependiendo del tipo de familia. Permite un clima de mayor confianza, y una atención exclusiva. Porque cada familia es única. Respeto a su intimidad y a su ritmo. Porque los momentos evolutivos de las crisis son muy diferentes.</li> <li>- Grupal: a medida que transcurre el tratamiento, si se considera necesario también la</li> </ul>		

<p>familia puede entrar a formar parte de Grupos de padres dónde se trabajan unos temas más específicos, sin tener que dejar su referente a nivel individual. Se realizan grupos de padres de forma complementaria al tratamiento, para aquellos casos que se valore necesario. Depende del caso cada año organizamos talleres o grupos de soporte emocional pero no participan todas las familias. Con escuelas de padres y grupos de ayuda mutua. Siempre que se ve un grupo homogéneo es preferible hacerlo así. Que se animen entre ellas o tengan con quien compartir una misma situación. Cuando coinciden niños de características similares con padres en un proceso paralelo (Grupo de niños con Síndrome de Down de familias magrebina, Grupo de niños con pluridiscapacidad...)</p>		
<b>Grupal. Indique el motivo de su respuesta:</b>	0	0

<b>16. Se atiende otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:</b>	12	80
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se orienta a la familia a un recurso más específico y adecuado a sus necesidades actuales.</li> <li>- De la misma manera que otros problemas, explican los problemas y se les atiende.</li> <li>- La trabajadora social intenta entrevistar a todos los padres y en ocasiones si lo manifiestan se les intenta ayudar.</li> <li>- Se derivan al espacio de padres (con un terapeuta familiar) en el caso que la situación sea demasiado compleja para el terapeuta del niño.</li> <li>- Son más fáciles de detectar cuando los casos permanecen largo tiempo en el servicio y las relaciones con las familias son más estrechas. Las ayudas suelen ser siempre a demanda de la familia y ligadas a las posibilidades de las y los profesionales de atenderlas. Se intentan evitar si no tienen relación directa con la intervención que se lleva a cabo en la Unidad.</li> <li>- El sistema no varía de lo establecido en nuestro protocolo de actuación, es decir igual que a los familiares, si bien es verdad que cada vez hay más casos que dificultan más nuestra tarea como padres separados, inmigrantes, acogidos...</li> <li>- En la intervención familiar en ocasiones surgen estos temas y se les escucha y si es posible se le devuelven mensajes positivos para que amplíen su punto de vista y también ocasionalmente se marcan pautas para el trato de otros hijos.</li> <li>- A partir de entrevista se exploran los cambios familiares acontecidos, la relación de pareja tras el diagnóstico y el apoyo que se brindan mutuamente, la dinámica comunicativa familiar.</li> <li>- Se realizan talleres de hermanos.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	3	20
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales del equipo atienden las necesidades familiares relacionadas con la patología del niño. Para otras necesidades detectadas se deriva a otros profesionales externos al centro.</li> <li>- No tenemos ni tiempo ni recursos. Falta de formación.</li> </ul>		

<b>17. Se informa a los padres debidamente de cualquier cambio que esté relacionado en la intervención.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera (informe oral/ escrito):</b>	14	93.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se informa de forma oral.</li> <li>- Si fuera necesario también se podría realizar de forma escrita.</li> <li>- Hay cambios que no requieren información escrita, que tienen que ver con el funcionamiento general de la unidad (una avería, una enfermedad de un profesional, una cancelación de una cita, etc.). Los cambios que si se dan por escrito son aquellos que tienen que ver con la modificación de los objetivos a trabajar que figuran en el mencionado Plan Personalizado de Desarrollo.</li> <li>- Siempre se pide cooperación, aprobación y/o consentimiento cuando se produce cualquier cambio significativo en la intervención, pero no siempre se refleja por escrito.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0
<b>En blanco</b>	1	6.67

<b>18. Se utiliza un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera (informe oral/ escrito):</b>	14	93.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es importante por parte de los profesionales adecuar el lenguaje usado con las familias, para que sea comprensible para estas y puedan entender. Para establecer y mantener la comunicación con la familia.</li> <li>- Si son de extranjeros intentamos traducción. Se pide ayuda de familiares o mediadores.</li> <li>- Si hay algún término que no es posible evitar su uso y resulta difícil de entender, se procura explicar mejor y con ejemplos más claros. En este caso hay que decir que aunque se intenta, no siempre se consigue.</li> <li>- Obviamente la finalidad de la información es informar, cosa que no se podría lograr de no utilizar un código que la persona pueda comprender. Se tiene además muy claro que hay que respetar los valores, creencias y otros aspectos culturales de todas las familias y que ellos toman las decisiones relacionadas con sus hijos.</li> <li>- Es preciso explicar las cosas para que lleguen a las familias, nos adaptamos a cada uno de sus miembros.</li> <li>- Siempre intentamos ajustarnos para que la información importante llegue a ser entendida.</li> <li>- De obligado cumplimiento pues la familia no puede marcharse sin las explicaciones ajustadas que le permitan elaborar la información y colaborar, una mala información o no estar ajustada va en contra de los principios éticos y de intervención.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0
<b>En blanco</b>	1	6.67

<b>19. Se plantean dinámicas grupales para favorecer y posibilitar el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y, a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	9	60
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos de ayuda mutua. Gestionados por una psicóloga y una trabajadora social. Y charlas.</li> <li>- Encuentros quincenales en los que los padres comparten su proceso, donde se aclaran dudas... (pocos grupos...)</li> <li>- Cuando tenemos grupos homogéneos en cuanto a necesidades se hacen GAM para compartir experiencias. Sobre todo con familias con nenes TEA, con problemas de conducta, de alimentación.</li> <li>- Hemos unido familias con un mismo diagnóstico o circunstancias parecidas si hemos creído conveniente que se animen entre ellas o tengan con quien compartir una misma situación.</li> <li>- Se pone en contacto mediante el programa “padre a padre”, donde un padre experto ayuda o escucha a un padre nuevo.</li> <li>- Si aunque cuesta por el entorno reducido y muy conocido de la mayoría de familias. En breve se intentará movilizar.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	5	33.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los recursos profesionales no lo permiten en este momento.</li> <li>- Hasta este momento, por cuestiones relacionadas con el horario por profesional, las necesidades del servicio y el tipo de contrato que se tiene con la Administración, no ha sido posible plantear esto y mucho menos con continuidad, ya que una sesión aislada de este tipo consideramos que puede no ser útil para las familias.</li> <li>- No se contempla dentro del programa de atención temprana, aunque es algo que se valora como positivo.</li> <li>- Alguna se hace, pero no habitualmente por falta de tiempo y participación según experiencia.</li> <li>- Se han hecho muchos intentos pero no acuden.</li> </ul>		
<b>En blanco</b>	1	6.67

<b>20. Se verifica la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:</b>	14	93.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De forma anual se revisan los objetivos planteados en el Programa de Tratamiento Individual, y si es necesario también se puede hacer un cambio de enfoque terapéutico y revisión de los objetivos en un momento determinado.</li> <li>- En las sucesivas revisiones del programa de intervención (cada 4/6 meses, según casos).</li> <li>- Se comprueban los objetivos conseguidos por cada niño.</li> <li>- Se van haciendo reuniones periódicas con la familia para compartir los avances y necesidades del niño y la familia.</li> <li>- La evaluación es continua, el terapeuta dispone de espacio para consultar con el equipo directivo la evolución de sus casos, las reuniones de equipo se utilizan para revisar casos y a temporadas contamos con un supervisor (Ahora está recortado!!!)</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa (no siempre como se debiera y no siempre con el suficiente tiempo y pausa) el PLAN PERSONALIZADO DE DESARROLLO en el tiempo y forma descrito tras la entrevista de devolución de la información. En esa revisión se mira qué objetivos ya se han superado, cuáles son los nuevos y cuáles deben permanecer en el PLAN porque no se han alcanzado aún.</li> <li>- La evolución del niño está en constante evaluación por parte del equipo interdisciplinar, además el programa individual del niño se revisa formalmente cada seis meses.</li> <li>- Trimestralmente según su programa de intervención. Trimestralmente en coordinación interna de profesionales (revisión de expedientes).</li> <li>- Se establecen desde el principio unos objetivos con un criterio de evaluación que es medido después del periodo establecido de trabajo, ello permite ver si se ha conseguido o se debe insistir o renovar ese objetivo o ver si el enfoque debe sufrir modificaciones.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0
<b>En blanco</b>	1	6.67

<b>21. Se realiza una evaluación final que determinará si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al finalizar el proceso de tratamiento en el Centro se valora la evolución del niño, por parte del terapeuta del niño, el neuropediatra que ha realizado los controles y si fuera necesario con el equipo multidisciplinar.</li> <li>- Por logro de objetivos del programa. Por paso al sistema educativo (en coordinación con los agentes correspondientes).</li> <li>- Evaluación final escrita de cada niño dejando constancia de los objetivos que ha conseguido y los que no.</li> <li>- Se vuelven a administrar pruebas al niño, entrevistas con la familia, otros agentes educativos, etc.</li> <li>- En función de las pruebas pasadas, de la evolución clínica, de la impresión de la escuela y el equipo psicopedagógico, etc.</li> <li>- Ésta evaluación final, pone punto final a los tratamientos en el contexto de las Unidades de Atención Infantil Temprana por tres motivos fundamentales: 1- haberse logrado los objetivos programados y haber logrado una “normalización” en el desarrollo, lo que daría como resultado el alta en el Servicio. 2- Por haber llegado el momento de la escolarización y con ella la derivación del caso a los servicios educativos, con la necesaria coordinación con el EOEP de referencia de cada UAIT, a fin de garantizar la continuidad en la intervención con los niños y la disponibilidad de la información de interés entre todos los ámbitos de actuación. 3. Por considerar necesaria la derivación a otro servicio o a una Unidad específica, para poder aportar información lo más reciente posible que asegure un mejor abordaje terapéutico en el nuevo contexto de intervención.</li> <li>- Antes de que el niño concluya su inclusión en el programa por cumplir los 6 años, el equipo determina qué objetivos quedan por cumplir y realiza todas las acciones necesarias (Educación, sanidad, social, etc.) y las derivaciones que puedan garantizar</li> </ul>		

<p>que el niño siga siendo atendidos por los recursos existentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe de alta que se entrega y explica a los padres por escrito con recomendaciones (si el alta es por edad y no por cumplir objetivos).</li> <li>- Los niños salen con un informe de alta, bien por mejoría, por superar la edad de permanencia en el centro o porque cuenta con recursos en el centro escolar u otros. Siempre se indican unas recomendaciones terapéuticas, donde se indica el trabajo a realizar por el servicio que se deriva o por las familias si en caso de consolidar los objetivos ya alcanzados.</li> <li>- Suele ser una buena manera de ver que los casos pueden ser dados de baja del servicio aunque en algunos de ellos como el servicio debe dejar de atender a los 6 años, se realiza esa evaluación final para hacer el informe de epicrisis y derivar.</li> <li>- La evaluación de la evolución del niño se hace de manera mensual, cada terapeuta evalúa el programa del niño, ve que objetivos ha cumplido y los que no se han cumplido se desglosan en objetivos más facilitadores.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b>22. Se facilita a la familia la información personal, clara y precisa de la situación del niño y sus necesidades.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente de que manera (informe oral/ escrito):</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al finalizar el tratamiento en el centro se entrega a la familia un informe por escrito dónde se refleja desde el momento de la llegada al centro, la primera impresión diagnóstica, la evolución durante el tratamiento y el diagnóstico de salida del centro, también consta si es necesario o no realizar una derivación a otro centro. Este informe se acompaña de una entrevista con la asistencia de padre y madre.</li> <li>- En sucesivas entrevistas tras las revisiones del programa de intervención y cuando las necesidades lo indican.</li> <li>- Preferimos los informes orales. Se hacen mediante entrevista conjuntas padre y madre. También se elaboran informes escritos a demanda y por supuesto en el momento de la baja de servicio.</li> <li>- Se realiza una entrevista con la familia de finalización de tratamiento, donde se tratan estos aspectos. Se emite además informe escrito en el caso de que la familia concluya su estancia en el centro.</li> <li>- Cualquier información sobre el niño se da a la familia porque ellos son parte del proceso de intervención.</li> <li>- En el momento adecuado siempre hay un diálogo claro sobre la situación de sus hijos, normalmente oral pero que también se plasma en los informes que se solicitan por escrito.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b>23. Se facilita a la familia un informe escrito que sintetice la evolución del niño y la situación actual así como las necesidades que se consideren precisas.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	14	93.33
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se refleja desde el momento de la llegada al centro, la primera impresión diagnóstica, la evolución durante el tratamiento y el diagnóstico de salida del centro, también consta si es necesario o no realizar una derivación a otro centro. Este informe se acompaña de una entrevista con la asistencia de padre y madre.</li> <li>- En un resumen de la valoración inicial, la sospecha diagnóstica, los objetivos trabajados, la evolución y las necesidades de apoyos que aún quedan.</li> <li>- Especial y fundamentalmente en el momento del ALTA en la Unidad.</li> <li>- Se realiza un informe de evolución del centro de atención temprana donde se especifican los antecedentes relevantes, el tratamiento recibido, los objetivos marcados, y el estado actual del niño. Por último un apartado de recomendaciones.</li> <li>- En la evaluación inicial y en los informes de seguimiento y el informe final de tratamiento.</li> <li>- Es llamado informe de baja del servicio o epicrisis.</li> <li>- Datos filiación, Anamnesis, Descripción del estado del niño al iniciar la atención e hipótesis diagnóstica, Tipo de intervención y objetivos a conseguir, Evolución del proceso, Profesional, Fecha, Firma</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	1	6.67
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los informes escritos se redactan para motivos en principio establecidos (certificado de minusvalía, dependencia, escolarización, alta, algunos colegios, algunos médicos...) A los médicos de la zona ya les pasamos un evolutivo siempre que los ven en consulta.</li> </ul>		

<b>24. Se facilita a la familia un informe escrito de alta con los datos más significativos y aclaratorios sobre el estado clínico y funcional del niño y la atención que requiere.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe por escrito dónde se refleja desde el momento de la llegada al centro, la primera impresión diagnóstica, la evolución durante el tratamiento y el diagnóstico de salida del centro, también consta si es necesario o no realizar una derivación a otro centro. Este informe se acompaña de una entrevista con la asistencia de padre y madre.</li> <li>- Información de la evolución del desarrollo del niño.</li> <li>- Se les entrega un informe de evaluación inicial.</li> <li>- Datos relevantes de la anamnesis, Datos relevantes de las sesiones de exploración/pruebas realizadas, Descripción de las dificultades o trastornos identificados e hipótesis diagnóstica realizada, Evolución del proceso, Situación en el momento de la baja del servicio, Recomendaciones, Derivaciones recomendadas, Profesional, Fecha, Firma.</li> <li>- Se facilita un informe lo más pormenorizado posible y, si es posible, con la impresión diagnóstica y las necesidades, así como una aproximación al pronóstico a corto plazo.</li> <li>- Se realiza un informe de evolución del centro de atención temprana donde se especifican los antecedentes relevantes, el tratamiento recibido, los objetivos marcados, y el estado actual del niño. Por último un apartado de recomendaciones.</li> <li>- Informe de alta que se entrega y explica a los padres por escrito con recomendaciones (si el alta es por edad y no por cumplir objetivos).</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niños salen con un informe de alta, bien por mejoría, por superar la edad de permanencia en el centro o porque cuenta con recursos en el centro escolar u otros. Siempre se indican unas recomendaciones terapéuticas, donde se indica el trabajo a realizar por el servicio que se deriva o por las familias si en caso de consolidar los objetivos ya alcanzados.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b>25. La información es personalizada: adaptada a la situación personal y sociocultural de la familia.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente en qué consiste:</b>	15	100
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se intenta adaptar la información para que sea comprensible para la familia, y siempre va acompañada de entrevista con los padres para poder clarificar dudas que puedan surgir.</li> <li>- Tenemos una plantilla para hacer los informes pero adaptamos el idioma y el lenguaje para que sea comprensible a quien lo lea.</li> <li>- Para facilitar la comprensión.</li> <li>- Hasta este momento, hemos considerado el informe de alta como un documento técnico, con lo que contiene información especialmente destinada a aquellos profesionales que inician la intervención con el niño/a tras el alta en la Unidad. Contiene por tanto, información exhaustiva, pero técnica del caso, el motivo de la entrada en el servicio y la evolución y necesidades. Lo que sí se hace de forma sistemática es la lectura conjunta del informe con la familia y la explicación de todo lo que el informe contiene.</li> <li>- Se pretende que la información proporcionada ayude a la familia a proporcionar las condiciones óptimas para favorecer el desarrollo de su hijo.</li> <li>- Consideramos que es lo mejor para la comprensión y aceptación de la problemática, aunque no siempre se consiga.</li> <li>- Siempre, a no ser que la familia pida un informe dirigido a algún equipo en colaboración como escuela, salud,... donde la expresión se puede modular más al contexto profesional.</li> <li>- Tenemos un alto índice de población inmigrante que necesita y/o con un nivel sociocultural bajo que necesitan que se les explique los problemas de sus hijos con más claridad y en esos casos así se hace.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	0	0

<b>26. Existen programas de seguimiento a las familias.</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>SI. En caso afirmativo explicar brevemente:</b>	4	26.67
<b>-En qué consisten, Quienes lo forman, Durante cuánto tiempo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante todo el proceso del tratamiento del niño, el mismo terapeuta hace el seguimiento de la familia. Si se considera necesario se puede derivar a la familia a un servicio más especializado en función de las necesidades.</li> <li>- Se realizan seguimientos encargados a una de las profesionales. Cuando se dan de alta de tratamiento vienen al centro una vez al mes para seguir el proceso de intervención en otros contextos. Este seguimiento dura entre 6 meses y 1 año.</li> <li>- Se ve al niño cada varios meses según se pauten. Un profesional de cada área. Hasta que</li> </ul>		



<p>se ve que los objetivos se han logrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la entidad titular se ofrecen otros servicios para niños que ya cumplan con el requisito de contar con el certificado de minusvalía. Estas familias sí que cuentan con un seguimiento que consiste en acompañarles. Lo forman profesionales de diferentes programas. Durante todo el tiempo que permanezcan en la Asociación.</li> </ul>		
<b>NO. En caso negativo explicar brevemente por qué:</b>	10	66.67
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un objetivo a establecer.</li> <li>- Programas formales de seguimiento no. Es más informal.</li> <li>- Cuando el niño es baja del servicio ya no vemos más a las familias porque estamos subvencionados para atender niños de 0 a 6 años.</li> <li>- No se trata de un programa específico, el tratamiento de la familia forma parte del tratamiento del niño.</li> <li>- En el momento del alta dejan de estar vinculados al Servicio y no hay seguimiento.</li> <li>- Una vez que el niño concluye su inclusión en el programa, ya no es objeto de seguimiento. No obstante en ocasiones se realizan acciones de coordinación con otras instituciones que lo requieren (educación, servicios sociales, SALUD, etc.)</li> <li>- Todo está más centrado en el niño y su problemática, siendo la actuación sobre la familia algo secundario y como consecuencia del tratamiento del menor.</li> <li>- Una vez se da de baja, se puede atender a estas familias para dar orientaciones, informarles, etc., pero no se realiza programa de seguimiento familiar</li> <li>- Mientras el niño sea atendido en el CDIAP, las familias reciben su seguimiento individualizado, la ley nos obliga derivar los casos a los 6 años pues el decreto que regula nuestra función de atención temprana así lo especifica. Tras ello, si el infante necesita más tratamiento o seguimiento, se deriva a otros servicios educativos o de salud, serán ellos quienes se encarguen del seguimiento familiar a posteriori.</li> <li>- Programas como tal, no. Existe el dentro del programa de trabajo social y dentro del programa de psicoterapia un apartado de seguimiento familiar, como subprogramas dentro del general. Se lleva a cabo de manera personalizada. Su duración está acotada a la duración de la atención del niño.</li> </ul>		
<b>En blanco</b>	1	6.67