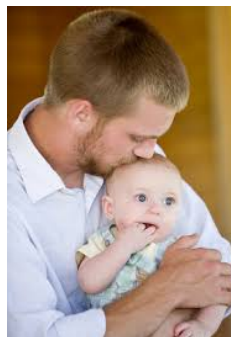




“La atención temprana que queremos”



Aspace Guipuzcoa

Modelo atención temprana



Modelo comprensivo integrador, se basa en la utilización y desarrollo del conocimiento y de prácticas basadas en la **evidencia** y en la **ética**, sobre enfoques **centrados en la familia**, con intervención en el **contexto natural**, y orientados al logro de **bienestar familiar** así como bienestar y **desarrollo personal**, contribuyendo a la generación de **contextos protectores e inclusivos**.

Práctica centrada en la familia



“La práctica centrada en la familia no es una única estrategia o un solo método para interactuar con las familias. Es una filosofía general por la que los profesionales pueden ayudar a las familias a **desarrollar sus puntos fuertes** y a incrementar su **sentimiento de competencia**”. (*L.Leal, 1999*)

Práctica centrada en la familia

“El objetivo general de la práctica centrada en la familia es **dar autoridad y capacitar** a las familias para que puedan funcionar de manera eficaz en su entorno”. (L.Leal, 1999)





La evidencia más actual dice:

- El estrés parental no es solo debido a la discapacidad en si .Contribuyen a ello el comportamiento desadaptativo, los impactos en el apego, la relación con el conyuge, la depresión y el sentido de competencia (Ketelaar et al,2008)
- El trabajo en colaboración con los padres para identificar objetivos logra resultados eficaces y eficientes (Ketelaar et al,2001;Oien et al,2010;Drrah et al.2011)
- La evidencia ha demostrado que no hay relación entre el numero de sesiones individuales con la mejora (Mc William&Casey,2004)

La evidencia más actual dice:



- El reconocimiento del papel central que desempeñan los factores ambientales ha cambiado de lugar el problema, por lo tanto el enfoque de la intervención debe centrarse en el individuo y en el entorno en el que vive ese individuo. (Schneidert M&col.,2003)
- Tradicionalmente hemos puesto gran parte de nuestro esfuerzo clínico en el tratamiento de las deficiencias y asumíamos que las mejoras en la estructura y la función corporal “normalizan ” al niño y darian cambios funcionales.
Desafortunadamente esto no es así (Wright et al.,2007)probablemente debido a que cualquier aspecto de la función esta influenciado por una gran cantidad de factores contextuales. (Chiarello et al.,2011)



La evidencia más actual dice:

Varios estudios del hospital Infantil Edmond and Lily Safra han demostrado que las intervenciones que conocemos no provocan cambios en la actividad diaria (Brezner et al. In press).

Varios ejemplos:

- No existe relación entre la debilidad muscular y la falta de control postural en bipedestación (Eek et al,2008)
- Los programas de entrenamiento de fuerza si aumentan la fuerza de manera significativa pero no mejora la actividad habitual, y una vez acabado el programa la fuerza disminuye (Ross et al,2007)
- Una mejora en un componente de la CIF no provoca una mejora en otro componente de la CIF, por ejemplo una mejora en la actividad *(GMFM) no mejora la participación (PEDI). Por lo tanto si queremos conseguir mejoras en todos los componentes debemos intervenir en todos los **dominios** ya que el desempeño se ve influenciado por el entorno y los factores personales.
(Holsbeeke et al.2009;Morris,2009;Bjornson et al,2013)

*La GMFM es una medida observacional diseñada para cuantificar cambios en la función motora gruesa a lo largo del tiempo en niños con PCI.

EARLY CHILDHOOD DEVELOPEMENT AND DISABILITY(WHO&UNICEF)EN 2012

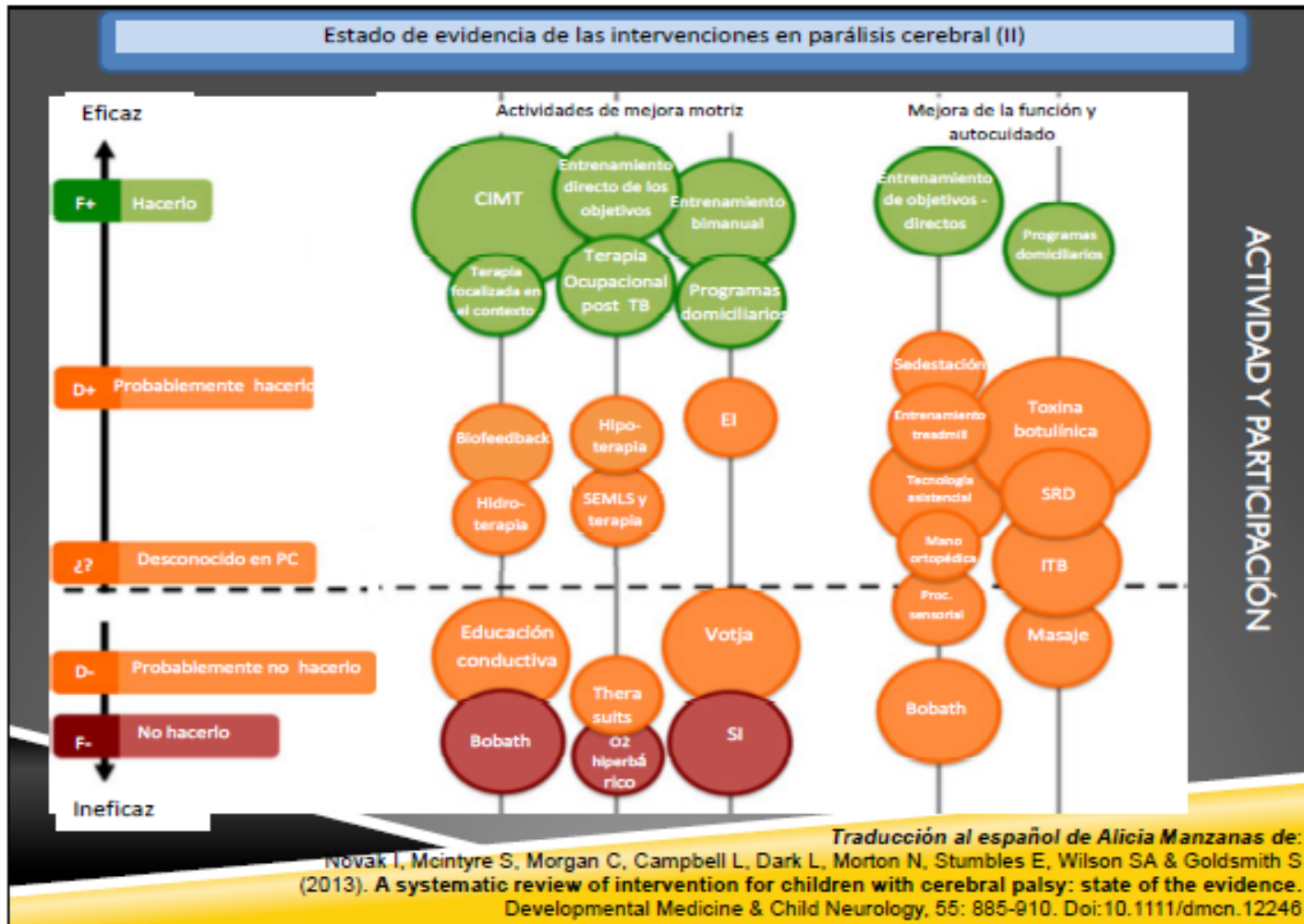
Varios estudios han demostrado que hay diferencias en la interacción entre padres e hijos cuando hay discapacidad

Estimular los ambientes del hogar y las relaciones son vitales para fomentar el crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo de los niños.

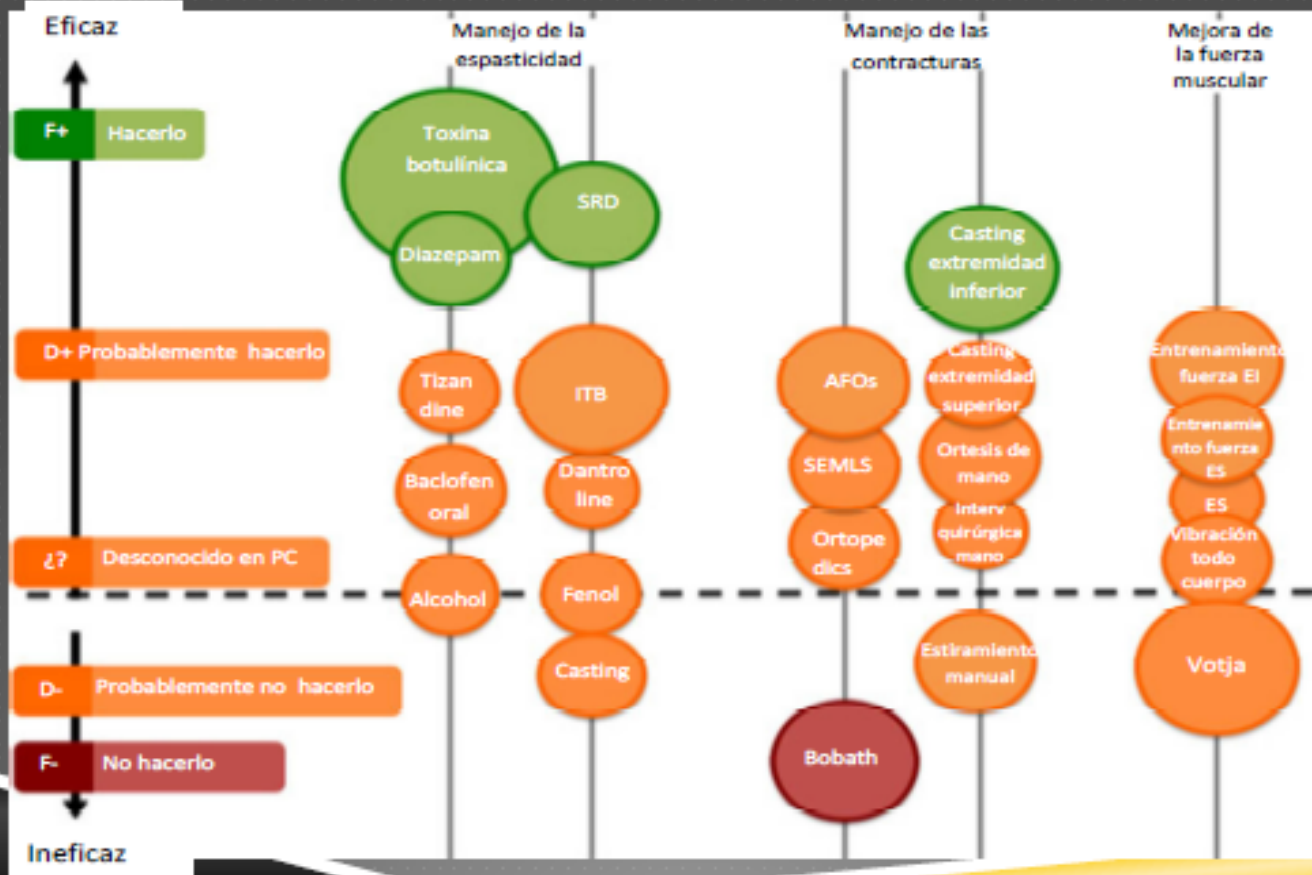
La prestación de servicios debe basarse en la participación activa de los padres/familiares y en las modificaciones del hogar y la escuela, incluyendo actividades cotidianas y formación familiar.



EVIDENCIAS CIENTÍFICAS



Estado de evidencia de las intervenciones en parálisis cerebral (I)



ESTRUCTURA Y FUNCIÓN CORPORAL

Traducción al español de Alicia Manzanar de:
 Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, Stumbles E, Wilson SA & Goldsmith S
 (2013). A systematic review of intervention for children with cerebral palsy: state of the evidence.
 Developmental Medicine & Child Neurology, 55: 885-910. Doi:10.1111/dmcn.12246

Lo que se sabe hoy del desarrollo



- El desarrollo humano es el resultado de la interacción entre el niño y su contexto emocional, afectivo, social, físico, cultural...
- La familia es el primer entorno de desarrollo humano y lo que pasa en la familia tiene un impacto central en el desarrollo del niño



COMO APRENDEN LOS NIÑOS



El aprendizaje del niño depende:

- De las características del niño.
- De las características de los cuidadores.
- De las características de las actividades.



INFLUENCIAS EN EL APRENDIZAJE Y DESARROLLO DEL NIÑO

- Incorporación de los intereses del niño en las oportunidades de aprendizaje
- Partir de aquello que ya sabe . De sus fortalezas



- Mostrar sensibilidad a la iniciativa del niño
- Facilitar conductas de participación (engagement)
- Responder a la conducta del niño
- Mostrar afectos positivos
- Establecer toma de turnos y atención conjunta
- Uso de manera intencional de este estilo de relación

Caract. De de la actividades

Caract. Del Niño

Caract. Cuidador

- Proporcionar actividades situacionalmente interesantes
- Proporcionar oportunidades diarias de aprendizaje



Oportunidades de aprendizaje

- Actividades planificadas
- Actividades no planificadas
- Actividades intencionales
- Actividades incidentales





PCF

- Promover la capacitación familiar para que puedan responsabilizarse y controlar la toma de decisiones que necesiten en cada momento.
- **“ Una mayor sensación de capacitación y control mejora el bienestar de una familia y hace que sus miembros se impliquen más activamente en la vida del familiar con discapacidad (Heller,)”**
- Debemos dar autoridad y capacitar a la familia para que pueda funcionar de manera eficaz en su entorno.
- Se centra en desarrollar fortalezas en lugar de corregir debilidades.
- Se centra en los recursos de la familia para lograr sus propios objetivos
- Conseguir un mayor control personal y un mayor poder en la toma de decisiones.

Hacia el cambio de papeles



Compartir los mismos modelos de desarrollo, escuchando y aprendiendo de la familia a la par que la dotamos, desde el campo profesional, de las capacidades necesarias para relacionarse significativamente y realizar una crianza especializada



EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE AT EN ESPAÑA

Estimulación precoz	Intervención temprana	Atención temprana
Década 70-80	Década 80-90	Década 90-00
Niño	Niño-familia	Niño-familia-entorno
Minusvalías	Minusvalía (0-6)	Población general
Prevención 3ª	Prevención 2ª y 3ª	Prevención 1ª, 2ª y 3ª

PARADIGMA TRADICIONAL

Modelos de:

- Tratamiento
- Experto
- Basado en los déficits
- Centrado en los servicios
- Centrado en los profesionales

NUEVO PARADIGMA

Modelo de:

- Promoción
- Capacitación
- Basado en las fortalezas
- Basado en recursos
- Centrado en la familia

Evolución del concepto de AT en España, Belda (2000)

HACE AÑOS QUE LOS SERVICIOS DE AT ESTÁN CAMBIANDO DE PARADIGMA...

PARADIGMA TRADICIONAL	NUEVO PARADIGMA
Modelos de tratamiento: poner remedio a problema y no a consecuencias	Modelos de promoción: promoción y optimización de competencias y funcionamiento positivo
Modelo de experto: <i>Depender</i> del profesional para resolver los problemas	Modelo de capacitación: <i>crear</i> oportunidades para capacitar padres
Modelo basado en los déficits: centrados en la corrección de debilidades de las personas y de sus problemas	Modelo basado en las fortalezas: <i>reconocer</i> potenciales y ayudarles a usar esas competencias para fortalecer su funcionamiento
Modelo centrado en los servicios: prácticas en servicios profesionales	Modelo basado en los recursos: prácticas en la comunidad con enorme variedad de oportunidades
Modelo centrado en los profesionales: los profesionales ejercen de expertos que determinan las funciones de las personas en función de su propia perspectiva	Modelos centrado en la familia: ve a los profesionales como agentes y apoyo para la familia. Los expertos en sus hijos son los padres.

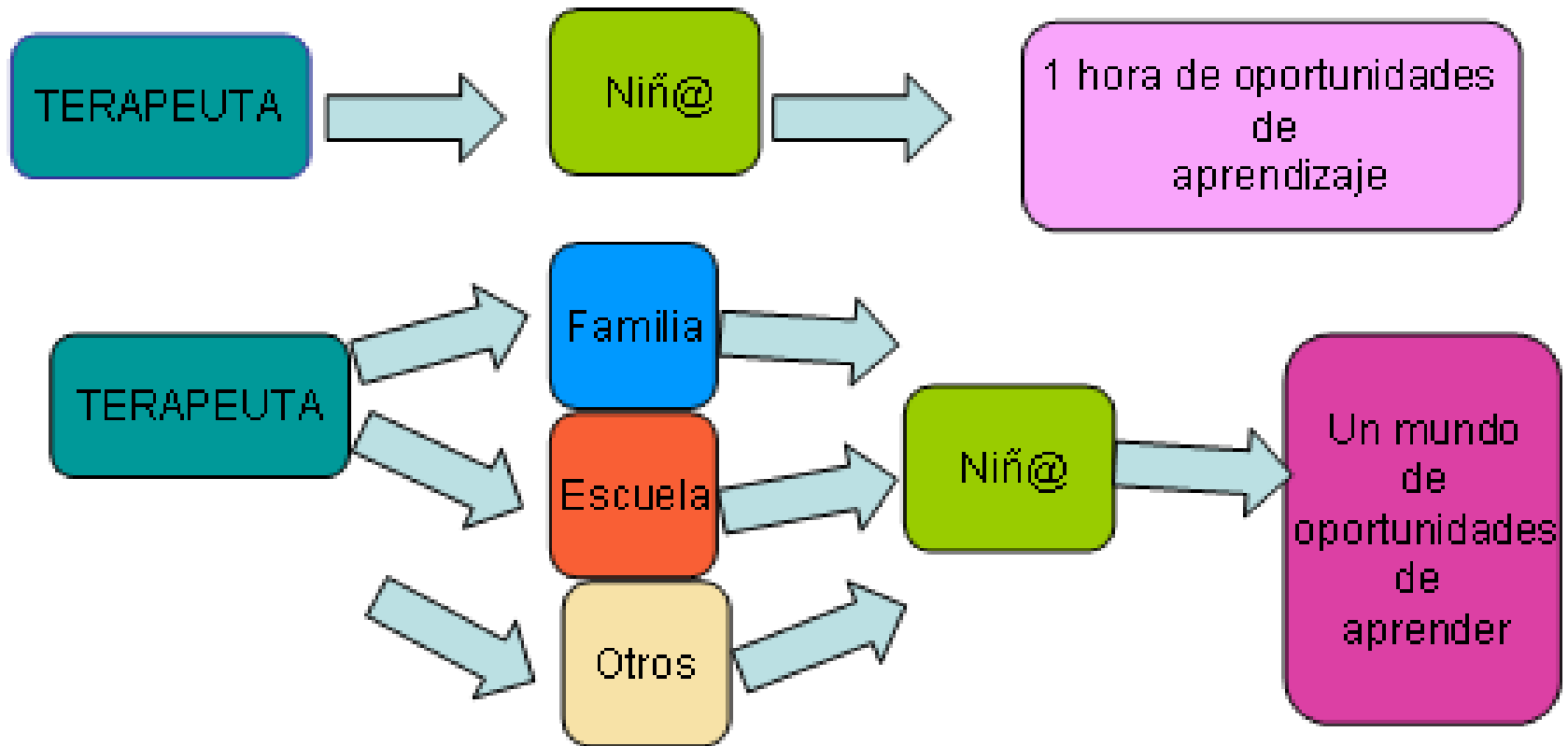
Definición de las características de abordajes divergentes en la conceptualización e implementación de la AT (Dunts, 2004)

MODELOS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Los programas de AT implementados reflejan una gran variedad de abordajes y modelos conceptuales (Guralnick, 2005)

MODELO EXPERTO	MODELO FAMILIA-PROFESIONAL	MODELO ENFOCADO A LA FAMILIA	MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA
Profesionales=experto	Profesional=experto	Profesional=experto y apoyo	Familia=experta en sus hijos Profesional=apoyo
Familias delegan decisiones en profesional	Familias delegan decisiones en profesional	Familias deciden con ayuda y apoyo del experto	Familias deciden con apoyo, según sus necesidades y características
Profesional evalúa y planifica objetivo e intervención del niño	Profesional evalúa y planifica objetivos e intervención del niño y la familia	Profesional ayuda a las familias a elegir entre varias opciones identificadas y presentadas por ellos	Capacitación familiar basándose en puntos fuertes y recursos familiares y del entorno
Las familias no entran a las sesiones	Las familias observan sesiones y pueden implementar pautas	Las familias participan en la sesión y siguen pautas	Intervención en entornos naturales individualizada, flexible y sensible a cada familia

1 HORA DE INTERVENCIÓN





“La intervención temprana no debería únicamente implicar a los padres como socios colaboradores mientras estén recibiendo los servicios, sino que debería prepararles para convertirse en socios efectivos con los servicios específicos que necesitarán cuando su hijo vaya creciendo”

(Blue-Banning, M.; Summers, J. A.; Frankland, H. C.; Nelson, L. L. y Beegle, G.(2004).

"Dimensions of Family and Professional Partnerships: Constructive Guidelines for Collaboration. Exceptional Children" , 70, 2, 167-184





PROYECTO DE TRANSFORMACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION TEMPRANA. La atención temprana que queremos

- Proyecto en el que participan:
 - 4596 familias.
 - 376 profesionales.
- 38 centros de 10 Comunidades Autónomas: Madrid, Castilla la Mancha, Andalucía, Extremadura, País Vasco, Galicia, Región de Murcia, Islas Baleares, Islas Canarias y Cataluña.
- Antigüedad media de los centros: 18 años.

«Las batallas más difíciles son las que tienen que ver con la manera en que los demás perciben a Owen. Yo sólo quiero que le traten y le hablen como a cualquier niño, pero también quiero que reciba atención especial y que las personas sean más pacientes y se impliquen más con él»

Testimonio de Claire Halford, madre de Owen. (Su diagnóstico es de Parálisis Cerebral, Trastorno de la Lengua, dificultad visual cortical y retraso global del desarrollo)

