

INTRODUCCIÓN DEL MODELO CENTRADO EN FAMILIA EN ESPAÑA DESDE UNA PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA FAMILIAR

*(Introduction family-centered model in Spain from a
perspective from the life family quality)*

Del Toro Alonso, Víctor

(Universidad de Complutense de Madrid)

Sánchez Moreno, Elena

(Universidad de Complutense de Madrid)

ISSN: 1889-4208

e-ISSN: 1989-4643

Fecha recepción: 31/10/2019

Fecha aceptación: 30/11/2020

Resumen:

El Modelo Centrado en Familia supone un cambio profundo en la forma de entender y desarrollar la atención temprana. La familia se considera el primer motor del desarrollo del niño. Por ello, debe contemplarse como eje fundamental de la intervención.

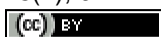
En esta investigación, pretendemos ver cómo se ha introducido este modelo en España y qué impacto está teniendo en la calidad de vida de las familias de niños con necesidades educativas especiales.

Para ello, después de una criba con 404 Centros de Atención Temprana de todo el país, se ha contado con familias de 20 centros (N= 110) en las que hemos comparado la calidad de vida familiar de un grupo que ha trabajado según el Modelo Centrado en Familia y el otro, con un formato tradicional de intervención.

Los resultados nos muestran datos relevantes observando diferencias significativas entre los dos grupos en relación con la calidad de vida familiar.

Como citar este artículo:

Del Toro Alonso, V., y, Sánchez Moreno, E., (2020). Introducción del modelo centrado en familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 9-21.



Palabras Clave: *Atención Temprana, Calidad de Vida Familiar, Familia y Modelo Centrado en Familia.*

Abstract:

The family-centered model makes a deep change in the way of understanding and developing the early childhood intervention. The family is considered the first motor of the developing of the child. For this reason, it should be considered the main objective of the intervention.

In this investigation, we try to introduce the model and how it works in Spain and how it is impacting the quality of life for those families with kids with special educational needs.

For this, after reviewing for 404 early childhood intervention center around the country, we have chosen families from 20 centers (N= 110) in which we have compared the qualities in family life in one group that has work in the center family model and another group with traditional intervention format.

The results shows us important data seeing significant differences between the two groups regarding family life quality.

Key Words: *Early Childhood intervention, Quality of family life, Family, Family Focused Model*

1. Presentación y justificación del problema.

El desarrollo de la atención temprana nos lleva a buscar nuevas vías de trabajo, poniendo el foco no solo en la intervención directa con el alumno, sino también en considerar a la familia dentro del proceso de mejora del desarrollo de su hijo (Dunst, Espe-Sherwindt & Hamby, 2019; Vilaseca, Galván Bovaira, González del Yerro, Baqués, Oliveira, Simó-Pinatella et al, 2018; Dalmau, Balcells-Balcells, Giné, Cañadas, Casas, Salat et al, 2017; Cristóbal, Giné, Mas y Pegenaute, 2015; Brun, Gútiérrez, Arrabal, Arizcun- Pineda y Valle, 2010; Guralnick, 2005).

A lo largo de este trabajo, vamos a exponer un modelo que incorpora un cambio conceptual a la hora de realizar atención temprana. La familia es un elemento indispensable en la atención a la primera infancia, que cada día debe presentar un mayor protagonismo dentro de los programas de atención temprana.

Entendemos, que en estos programas se deben tener en cuenta al alumno con diversidad funcional o riesgo de presentarla, entre los 0 y 6 años, metiendo en la ecuación, su entorno y la familia como elementos prioritarios de intervención. De igual forma, la atención temprana actual debe contemplarse como el primer escalón en la atención a la diversidad y en el modelo de inclusión, ya que posibilita prevenir, detectar, evaluar e intervenir en un momento de la vida en el que se puede revertir las dificultades, aprovechando que en la infancia existe una mayor plasticidad del cerebro (Mulas y Millá, 2004) y teniendo en cuenta la importancia de la estimulación sensorial del entorno. Una buena intervención permitirá obtener mejores resultados, evitando en algunos casos, la conformación de una discapacidad y en otros, el déficit llevará consigo un menor retraso.

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 (G.A.T., 2005, p. 12).

Desde un modelo puramente ecológico (Bronfenbrenner, 1987) y transaccional (Sameroff, 1975), el trabajo con la familia debe ser uno de los pilares en cualquier sistema que trabaje con la primera infancia. El Modelo Centrado en Familia se incorpora a nuestra sociedad como una posibilidad de que la familia pueda aprovechar su condición para mejorar el desarrollo de su hijo y por supuesto, aumentar su calidad de vida.

Existen diferentes tipos de modelos de atención a la familia. Algunos, la contemplan como un elemento pasivo del proceso, en cambio otros modelos permiten su participación más activa.

De acuerdo con Cunningham y Davis (1985) podemos destacar tres modelos que implican distintas formas de trabajar entre la familia y el profesional:

- a) El modelo del experto es un enfoque en el que la única figura que interviene con el niño es el profesional, desde cada una de sus especialidades. La familia en este caso queda relegada a un segundo plano en el campo de la intervención.
- b) El modelo del trasplante continúa dando una importancia al profesional que es el que dirige y ejecuta la intervención. En este modelo, se reconoce que el profesional debe trabajar con la familia, aunque no se le incluye dentro de la intervención.
- c) El modelo del usuario respeta el papel de la familia en la intervención siendo esta un elemento importante del proceso. Las familias participan activamente y de forma complementaria con los profesionales.

Existe una relación entre estos tres modelos propuestos por Cunningham y Davis (1985) y el propuesto por Turnbull, Turbiville y Turnbull (2000), centrándose este último, en el grado de importancia que se le otorga al profesional o a la familia en el proceso de intervención. Estos últimos autores, destacan los siguientes modelos:

- El modelo de psicoterapia y ayuda psicológica que se relaciona con el modelo de experto, anteriormente expuesto. En este caso, el profesional es el que dirige únicamente la intervención, centrada en muchos casos en las madres como génesis de la dificultad que presentan sus hijos.
- El modelo de entrenamiento a padres corresponde con el modelo de trasplante en la anterior clasificación realizada. Se cuenta con los padres

para que aporten información sobre el niño y se entiende que son capaces de involucrarse en la intervención con sus hijos, siempre bajo la tutela y dirección del profesional.

- El modelo centrado en familia se relaciona con el modelo de usuario. El peso de la intervención es compartido a partes iguales entre el profesional y la familia. Todo ello supone tener en cuenta el contexto familiar, entenderlo y generar una serie de competencias relacionadas con habilidades sociales, comunicativas, de trabajo en equipo, compromiso y cooperación, además de las relacionadas con la intervención familiar. Por otro lado, la familia debe tener una actitud activa y una mayor implicación.

Entendiendo estos modelos, es el enfoque centrado en familia el que permite participar a la familia como miembro fundamental del proceso, reconociendo sus potencialidades de cara al desarrollo de su hijo y así aprovechar un entorno cercano al niño como impulsor del aprendizaje.

Podemos destacar tres características a las que denomina elementos clave de la práctica centrada en la familia (Dalmau et al, 2017; Espe-Sherwindt, 2008; Turnbull, 2003): 1) priorizar las fortalezas y no los déficits, 2) dar importancia a la elección de las familias y los recursos de los que dispone y (3) promover una relación directa entre familias y profesionales. De esta forma, la práctica centrada en la familia consiste en la creación de una asociación de trabajo conjunto con las familias, en las que: (a) se les trata con dignidad y respeto, (b) se tienen muy en cuenta sus valores y opciones y (c) se les proporcionan apoyos que fortalecen y mejoran su funcionamiento (Dunst, Trivette y Hamby, 2007).

El trabajo en este modelo se sostiene en la intervención de la familia como sistema, partiendo de sus necesidades, preocupaciones, deseos y expectativas, trabajando en sus entornos naturales de convivencia y desarrollo, y no sólo en la intervención individualizada con el niño en una sala. En este trabajo es importante que la familia se sienta motivada y preparada para realizarlo. El primero de los pasos responde a la atención de las necesidades de la familia en su entorno natural, pasando a ser estas un objetivo prioritario de intervención (Dunst, Espe-Sherwindt & Hamby, 2019; Dalmau et al, 2017; Giné, Gràcia, Vilaseca y Balcells, 2009). Una vez atendidas estas necesidades, se irán planteando poco a poco otros objetivos que coincidirá con los que se plantea el terapeuta (Dalmau et al, 2017; García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2014).

La eficacia del modelo centrado en familia depende de las siguientes características (Dunst y Trivette, 2009):

- Es proactivo y positivo, transmite un verdadero sentido de comprensión a las familias.
- Respeta los valores culturales, creencias y prioridades propias y únicas de cada familia.
- Se ofrece como respuesta a una necesidad identificada.

- Refuerza la autoestima de quienes reciben la ayuda, haciendo que la obtención de recursos y apoyos tenga un éxito inmediato.
- Fomenta, en la medida de lo posible, el uso de apoyos y recursos informales.
- Promueve la adquisición de conductas que disminuyan las necesidades de apoyos y evita así crear lazos de dependencia con los profesionales.
- Implica a las familias a obtener los apoyos y recursos para reforzar sus creencias de autoeficacia.

La propuesta de modelo centrado en familia más sistematizada y organizada, parte de McWilliam (2010) que resume la intervención temprana en ambientes naturales, siguiendo esta visión ecológica del desarrollo de Bronfenbrenner, en un modelo de cinco componentes, siendo estos: (1) la comprensión de la ecología de la familia, (2) la planificación de la intervención funcional, (3) los servicios individualizados por parte del profesional de referencia, (4) las visitas a domicilio y (5) la colaboración entre los distintos profesionales que rodean al niño.

Según McWilliam (2010), este modelo de intervención en Atención Temprana pretende corregir determinadas dificultades que encontramos en esta disciplina, como:

- La excesiva superespecialización de los profesionales que provoca una gran parcelación de los servicios, cuando lo positivo es el trabajo más general integrando todo el desarrollo.
- La creencia errónea de que “más es mejor”. Existe la evidencia que más sesiones y más profesionales trabajando con el niño no nos llevan a un mejor resultado.
- La búsqueda de una máxima profesionalidad que hace que se den prioridad a los objetivos de los profesionales, dejando de lado los objetivos de las familias.
- La intervención, en cualquiera de los contextos, se centra en el niño, dejando de lado las necesidades de las familias.

Como observamos el papel de la familia en la atención temprana es fundamental y debe ser contemplado por el conjunto de profesionales que trabajan desde el hospital, la escuela o el centro de atención temprana. De esta forma, conseguir desarrollar un modelo que incluya a la familia como parte importante del proceso, es uno de los retos más importantes en la actualidad.

Todas las propuestas que contemplen el concepto del modelo centrado en familia pueden proporcionar una respuesta muy adecuada tanto a los alumnos como a la familia.

Son muchos los autores que exponen los beneficios del modelo centrado en familia:

- Law, Hanna, King, Hurley, King, Kertoy & Rosenbaum (2003) indican que aplicar este modelo en la atención de niños con diversidad funcional

aumenta la satisfacción con las familias, facilita el progreso del niño y disminuye el estrés de los padres. Este último aspecto será la piedra angular de este trabajo.

- Summers, Marquis, Mannam, Turnbull, Fleming & Poston (2007) afirman que uno de los aspectos a resaltar por parte de las familias, y que les proporciona una mayor calidad de vida, es la relación con los profesionales. Este punto debe ser un pilar fundamental del programa centrado en familia.
- Espe-Sherwindt (2008) reconoce que, aunque el cambio a este modelo de intervención centrado en familia no es fácil y requiere de un tiempo de preparación e implantación, la experiencia demuestra que: (a) la práctica centrada en la familia genera numerosos beneficios tanto para el niño como para su familia, y (b) el grado de satisfacción de las familias es mayor cuando participan en este modelo, comparándolo con otros modelos de intervención.
- Trivette y Dunst (2010) evidencian que “estos programas, centrados en la familia, aumentan el sentido de confianza y competencia de los padres respecto del papel que juegan en el desarrollo de sus hijos” (Trivette y Dunst, 2010, p. 5).
- Mahoney y Perales (2012) en relación a las actividades contextualizadas que se llevan a cabo en las rutinas diarias de la familia, aseguran que estas pueden ayudar a desarrollar la responsabilidad de los padres en el desarrollo de su hijo.

La finalidad de este trabajo es profundizar sobre cómo se está introduciendo el modelo centrado en familia en España, poniendo el foco en cómo repercute en la calidad de vida de las familias.

Como se ha expuesto anteriormente, este modelo supone una propuesta actual que supone un cambio de concepción en el trabajo en el ámbito de la atención temprana. Todo ello nos invita a conocerlo, identificar sus puntos débiles y mejorarlo.

2. Método.

2.1 Objetivos

El objetivo que pretendemos conseguir con esta investigación es analizar en qué medida la calidad de vida de las familias puede variar en función del tipo de intervención realizada.

Partiendo del objetivo propuesto anteriormente, la hipótesis planteada es: existe una mayor calidad de vida familiar en el grupo de familias que trabajan en base al Modelo Centrado en Familia.

2.2 Muestra:

Para realizar este trabajo se ha contado con la colaboración de 110 familias de 20 Centros de Atención Temprana de distintas comunidades autónomas de España. El

objetivo fundamental ha sido determinar si existen diferencias significativas entre dos grupos formados por familias que están trabajando dentro del modelo centrado en familia y, por otro lado, otras familias que no están dentro de este modelo.

De esta forma, el universo de este trabajo lo conforman todas aquellas familias de niños que reciben atención temprana dentro de España. La población del estudio lo forman aquellas familias que, recibiendo atención temprana en los distintos Centros de Atención Temprana de distintas comunidades autónomas de España, están dentro del modelo centrado en familia. La muestra del estudio se ha formado con las 110 familias que participan en este estudio, dividida en dos grupos: grupo de familias que reciben Atención Temprana dentro del modelo centrado en familia y el grupo de familias que reciben atención temprana fuera de este modelo.

Situamos este trabajo dentro de una investigación de carácter descriptivo y relacional, ya que pretende, en primer lugar, describir los fenómenos presentes y que busca, en segundo lugar, establecer relaciones entre las distintas variables que se han producido con anterioridad (Latorre, Rincón y Arnal, 1996). La metodología utilizada es ex-post-facto ya que no modifica la situación de lo que se va a analizar (Latorre, Rincón y Arnal, 1996).

Para la descripción de la muestra utilizada es necesario explicar que han participado en el trabajo 20 Centros de Atención Temprana de todo el país. Todos ellos, están implantando el modelo o llevan funcionando un tiempo con él. Concretamente, la mayoría de los centros están funcionando con el modelo desde hace 3 años, otros menos de 2 años y sólo dos trabajan con el Modelo Centrado en Familia desde hace más de 5 años.

Teniendo en cuenta estos 20 centros, han participado 110 familias de las cuales 55 trabajan en sus Centros de Atención Temprana con el Modelo Centrado en Familia y las otras 55 trabajan con una metodología donde no se incluye este modelo de intervención familiar.

2.3 Instrumentos:

El instrumento utilizado en esta investigación ha sido la escala de calidad de vida familiar (CdVF-E) que pretende medir el nivel de calidad de vida percibido por los familiares de niños y adolescentes con diversidad funcional entre 0 y 18 años.

En la CdVF-E se recogen contestaciones tipo likert de 1 a 5, siendo 1 calificado como nunca y 5 como siempre. Los 66 items se pueden agrupar en 7 dimensiones (Giné, Vilaseca, Gràcia, Mora, Orcasitas, Simón et al, 2013): bienestar emocional, interacción familiar, salud, bienestar económico, organización y habilidades parentales, acomodación de la familia e inclusión y participación social.

2.4 Procedimiento de recogida y análisis de datos:

El procedimiento realizado, parte de una búsqueda de todos los Centros de Atención Temprana de España, recopilando los datos necesarios para poder contactar de

forma directa con algún trabajador del centro. Recopilamos 404 centros a los que preguntamos si utilizaban el modelo centrado en familia dentro de su práctica. En esta segunda fase, contestaron 72 centros de diferentes comunidades autónomas. A estos centros, se les envió un segundo mail preguntándoles si su práctica contemplaba los tres criterios en los que se fundamenta el Modelo Centrado en Familia. Estos tres criterios han sido utilizados en este trabajo como filtro para detectar qué centros realmente están dentro del modelo.

Los criterios contemplados son:

- Las familias participan de forma directa y activa en la sala de tratamiento.
- El terapeuta proporciona a los padres herramientas y estrategias para participar en el trabajo de intervención con sus hijos.
- El terapeuta parte de sus intereses y rutinas diarias teniendo en cuenta los contextos naturales para planificar su intervención.

Al correo anteriormente citado contestaron 30 centros y finalmente participaron 20. Posteriormente, contactamos a través de teléfono o e-mail con sus directores o coordinadores, enviándoles el cuestionario desde el programa Adobe Acrobat DC, que permite contestar desde el ordenador y en formato papel por correo ordinario. En todo el proceso, no encontramos ninguna dificultad recibiendo las contestaciones de todas las familias que quisieron participar en este trabajo.

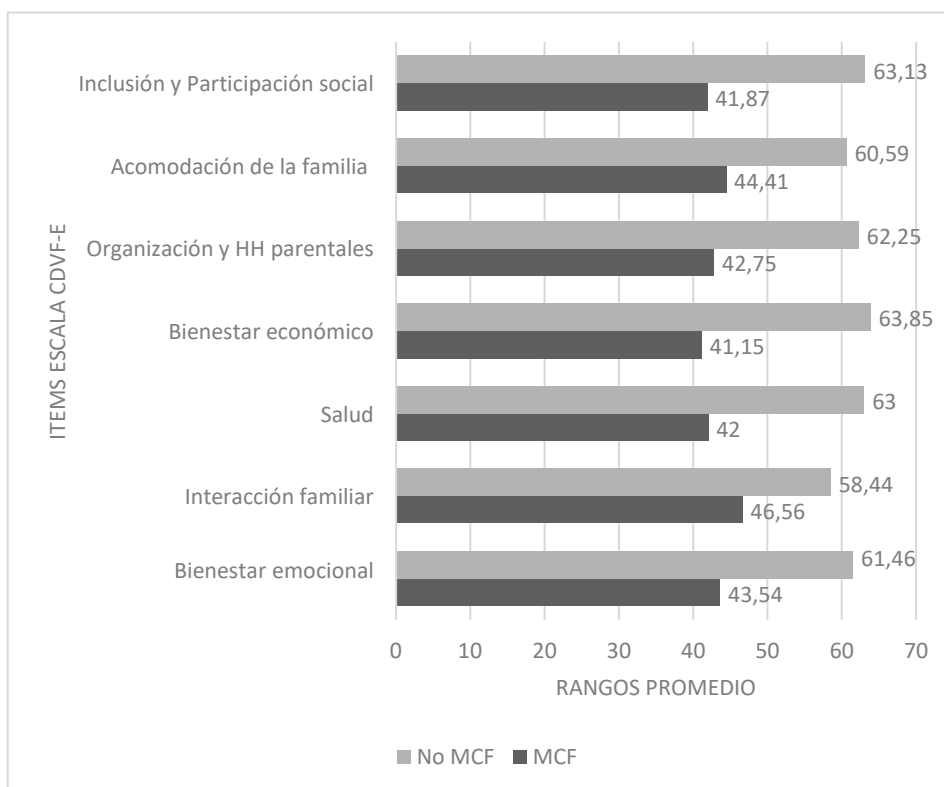
Una vez recogidos los datos, utilizamos el programa SPSS (Statistical Program for Social Science, 21,0) para observar si existían diferencias significativas entre el grupo de familias cuyo hijo había recibido una intervención basada en el Modelo Centrado en Familia y las familias en las que su hijo no la ha recibido. Para ello, hemos utilizado la prueba U de Mann-Whitney para considerar las posibles diferencias entre grupos en función de la calidad de vida familiar.

Antes de someter a juicio la hipótesis planteada, se realizó una comparativa sobre el Alfa de Cronbach de la Escala de CdVF original y la que ha mostrado este estudio, existiendo datos muy similares en ambas (.96 y .95 respectivamente).

3. Resultados.

Una vez llegado a este punto, se intentó comprobar la hipótesis planteada a través de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para las dos muestras no relacionadas, observándose diferencias significativas para todas las escalas, mostrando una excepción en la referente a interacción familiar. Los resultados obtenidos son: bienestar emocional ($z = -3.04$; $p = .002$), interacción familiar ($z = -2.01$; $p = .044$), salud ($z = 3.56$; $p = .000$), bienestar económico ($z = -3.84$; $p = .000$), organización y habilidades parentales ($z = -3.30$; $p = .001$), acomodación de la familia ($z = -2.76$; $p = .006$); inclusión y participación social ($z = -3,60$; $p = .000$). De esta forma, observamos que, contrariamente a lo que proponemos en la hipótesis, el grupo de familias que no desarrollan el Modelo Centrado en Familia presentan una mayor

calidad de vida familiar en todos los ámbitos analizados que aquellas familias que están trabajando con este modelo, salvo en los items que responden a la interacción familiar donde esta relación no es significativa. Se observa, en este punto, que esta interacción no es mucho mayor que la del grupo de familias que están desarrollando el Modelo Centrado en Familia



Gráfica 1. Diferencias entre grupos en Calidad de Vida Familiar.

Con respecto al resto de criterios evaluados, se observa relaciones muy significativas entre los dos grupos en bienestar emocional, salud, bienestar económico, organización y habilidades parentales, acomodación de la familia y en inclusión y participación social.

TABLA 1.

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney en los dos grupos de familias.

ESCALA	GRUPOS	RANGO PROMEDIO	Z	SIGNIFICACIÓN
Escala CdVF-E (Giné et al,2013)	MCF	40,62	-4.01	.001
	Otro grupo	64,38		
Bienestar emocional	MCF	43,54	-3.04	.002
	Otro grupo	61,46		
Interacción familiar	MCF	46,56	-2.01	.004
	Otro grupo	58,44		

Salud	MCF	42	-3.56	.000
	Otro grupo	63		
Bienestar económico	MCF	41,15	-3.84	.000
	Otro grupo	63,85		
Organización y habilidades parentales	MCF	42,75	-3.30	.001
	Otro grupo	62,25		
Acomodación de la Familia	MCF	44,41	-2.76	.006
	Otro grupo	60,59		
Inclusión y Participación social	MCF	41,87	-3.60	.000
	Otro grupo	63,3		

Teniendo en cuenta estos datos, podemos rechazar la hipótesis que consistía en afirmar que existen diferencias significativas en la calidad de vida familiar en el grupo “centrado en familia” y el grupo “no centrado en familia” por existir una mayor calidad de vida familiar en el grupo de familias que trabajan siguiendo el Modelo Centrado en Familia. Esto supone concluir que son las familias que no trabajan dentro del Modelo Centrado en Familia las que presentan una mayor calidad de vida en todas las subescalas analizadas con respecto a las familias que sí están dentro de este modelo.

4. Discusión.

Para entender estos resultados inesperados, necesitamos analizar las causas de porqué es posible esta inversión. De esta forma, planteamos que es necesario realizar nuevas investigaciones al respecto que profundicen en las causas. Igualmente, en nuestra reflexión tenemos en cuenta que el Modelo Centrado en Familia supone un cambio y una forma de trabajo muy novedosa. Este cambio, todavía no está incorporado totalmente en nuestra sociedad (Vilaseca et al, 2018), atendiendo a los resultados. Los aspectos relacionados con la responsabilidad de los familiares pueden estar haciendo mella en la aplicación del modelo por parte de las familias. Mientras que las que no están dentro del modelo delegan esta responsabilidad en el experto- terapeuta y pueden sentirse más tranquilas y confiadas en el proceso de intervención, las familias que están desarrollando el Modelo Centrado en Familia pueden sentir el peso de esta responsabilidad que influye en la calidad de vida familiar.

Este trabajo resaltaría que sí existe una relación entre la aplicación de este modelo y el aumento del estrés parental como hemos observado en otro estudio piloto (Dempsey, Keen, Pennell, O’Reilly & Neylands, 2009). Entendemos que el modelo es un recién llegado a nuestro entorno, por lo que es necesario ir identificando aquellos aspectos que se están llevando a cabo de forma deficitaria. Teniendo en cuenta los estudios previos, que proponen que un trabajo centrado en la familia ayudaría a mejorar aspectos relacionados con la calidad de vida de la

familia y mejora del desarrollo del niño (Dunst, Espe-Sherwindt & Hamby, 2019; Mahoney y Perales, 2012; Trivette y Dunst, 2010; Giné et al, 2009; Espe-Sherwindt, 2008; Summers et al, 2007; Law et al, 2003), entendemos que se precisa de un tiempo de asentamiento que ayude a las familias a intervenir de forma natural en el proceso sin desarrollar patrones de calidad familiar negativos. Culturalmente, las familias han sido meras observadoras del trabajo que se realizaba con sus hijos con diversidad funcional. Es fundamental romper esta idea de trabajo pasiva, para que la familia forme parte activa del proceso. Solo desde esta perspectiva, la familia se sentirá capaz de desarrollar el modelo.

De igual forma, en este proceso, es necesario que los profesionales acompañemos a la familia para facilitar la comprensión del modelo. Su participación como padres, y no como profesionales, es necesaria para que entiendan que una intervención desde esta perspectiva va a mejorar el desarrollo de su hijo. Para llevarlo a cabo con éxito, es necesario una mayor coordinación, formación y acompañamiento con los profesionales del Centro de Atención Temprana (Vilaseca et al, 2018).

5. Referencias Bibliográficas

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Brun, T., Gútiérrez, P., Arrabal, M.C., Arizcun- Pineda, J. y Valle, M. (2010). Atención temprana centrada en la familia. Situaciones de necesidades especiales (por trastornos del niño y/o de la familia). *Políticas Sociales en Europa*, 28, 91-100.
- Cristóbal, C., Giné, C., Mas, J. M., y Pegenaute, F. (2015). *La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Cunningham, C. & Davis, H. (1985). *Working with parents: Frameworks for collaboration*. Milton Keynes: Open University Press.
- Dalmau, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., Farré, V. y Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en familia en la intervención temprana. *Anales de psicología*, 33,3, 641-651.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Res Deb Disabil*, 30(3), 558-66.
- Dunst, C. J., Espe-Sherwindt, M., & Hamby, D. W. (2019). Does Capacity-Building Professional Development Engender Practitioners' Use of Capacity-Building Family-Centered Practices? *European Journal of Educational Research*, 8(2), 515-526. doi: 10.12973/eu-jer.8.2.513
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). *Using research evidence to inform and evaluate early childhood intervention practices*. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29, 40-52.

- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Hamby, D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 13(4):370-8.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Family-centred practice*, 23(3), 136-143.
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N. y Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Rev Neurol*, 38 (Supl 1), S58-S68
- G.A.T. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65(23,2), 95-113.
- Giné, C., Vilaseca, R., Gràcia, M., Mora, J., Orcasitas, J. R., Simón, C., Simó Pinatella, D. (2013). Spanish Family Quality of Life Scales: Under and over 18 year old. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 38(2), 141-148.
- Guralnick, M.J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. En M.J. Guralnick, *The developmental Systems Approach to Early Intervention* (pp.3-28). Baltimore: Paul H. Brookes Pub. Co., Inc.
- Latorre, A., Rincón, D. y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Gràfiques 92.
- Law, M., Hanna, S., King, G., Hurley, P., King, S., Kertoy, M. & Rosenbaum, P. (2003). Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. *Child Care Health Dev.* 29 (5), 357-66.
- Mahoney, G. y Perales, F. (2012). El papel de los padres de niños con síndrome de Down y otras discapacidades en atención temprana. *Revista síndrome de Down*, 29, 46-64.
- McWilliam, R. (2010). *Early Intervention in Natural Environments: A Five-Component Model*. Early Steps. Children's Medical Services, 1-16.
- Mulas, F. y Millá, M. G. (2004). La Atención Temprana: qué es y para qué sirve. *Summa Neurológica*, 1(3), 31-35.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Hum Dev*, 18, 65-79.
- Summers, J. Marquis, J., Mannam, H., Turnbull, A., Fleming, K. & Poston, D. (2007). Relationship of perceived adequacy of services, family-professional partnerships, and family quality of life in early childhood programmes. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54, 319-338.
- Trivette, C. M. y Dunst, C.J. (2010). *Programas comunitarios de apoyo parental*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia, 1-8.
- Turnbull, A. P. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero* 34(3), 59-73.

Turnbull, A.P., Turbiville, V. & Turnbull, H.R. (2000). The family-centered program rating scale: An instrument for program evaluation and change. *Journal of Early Intervention*, 19(1), 24-42.

Vilaseca, R.M., Galván Bovaira, M.J., González del Yerro, A., Baqués, N., Oliveira, C., Simó-Pinatella, D. & Giné, C. (2018). Training needs of professionals and the Family-Centered approach in Spain. *Journal of Early Intervention*, 41, 2, 87-104.

Sobre los autores:

Del Toro Alonso, Víctor

Profesor Asociado. Departamento de Estudios Educativos. Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid
Equipo de Atención Temprana de Villanueva de la Cañada. Cuerpo de Maestros en Pedagogía Terapéutica. Comunidad de Madrid.

Sánchez Moreno, Elena

Máster en Educación Especial y Atención Temprana. Universidad Complutense de Madrid.