



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

**Ruiz Fernández, M<sup>a</sup> I**

miruiz@unex.es

**Vicente Castro, F.**

fvicentec@gmail.com

**Fajardo Caldera, I.**

**Bermejo García M<sup>a</sup> L.**

**García Aparicio, V**

v.garcia.aparicio@gmail.com

**Pérez Ruiz M<sup>a</sup>; Toledo, M.**

maitentoledo@gmail.com

Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología, Facultad de Educación

*Fecha de recepción: 20 de enero de 2011*

*Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011*

### RESUMEN

Los padres juegan un papel importante en relación con sus hijos, y más si éstos tienen algún tipo de discapacidad, su colaboración, constituyen el primer punto de referencia y de apoyo del niño. Por ello, excluirles del proceso de rehabilitación o considerarles meros mediadores activos supone, en primer lugar, no poder contar con información útil y, en segundo lugar, reducir posiblemente la efectividad de los resultados.

**PALABRAS CLAVES:** FAMILIA, INTERVENCIÓN, DISCAPACIDAD

### ABSTRACT:

Parents play an important role in relation to their children, especially if they have a disability, their collaboration, the first point of reference and support the child. Therefore excluded from the process of rehabilitation or active mediators regarded as mere means, first, not having information useful and, secondly, possibly decrease the effectiveness of the results.

**KEYWORDS:** FAMILY INTERVENTION AND DISABILITY



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

### INTRODUCCIÓN

Las familias necesitan apoyo e información a partir del momento en el que surge el problema; esto debe constituir un modo de información, actuación e intervención de forma permanente. De acuerdo con esta idea, la intervención con la familia no se limitaría a momentos concretos o situaciones de crisis. Es importante tener en cuenta sus ideas, sus expectativas y necesidades, al mismo tiempo es necesario respetar su autonomía y destacar el papel crucial que desempeñan como padres. Este planteamiento, la situación así planteada, no es una tarea fácil, ya que a menudo los padres son considerados competidores no profesionales. Esto también podría aplicarse a la actitud de los padres respecto a los profesionales.

La participación de los padres es vital, así como la cooperación con otros miembros de la familia, incluyendo hermanos, abuelos, etc. No siempre se ha considerado a los padres como participantes activos en el proceso educativo o rehabilitador de sus hijos. Han tenido un papel más bien pasivo, como observadores de un proceso centrado en su hijo, escuchando a los profesionales y sin entrar a formar parte activa ni en debate alguno.

Esta situación que a menudo era implícita y distanciaba a las familias, se correspondía con conceptos teóricos basados en la competencia profesional, de cuya capacidad siempre entendíamos dependían todos los resultados. El papel de la familia, entonces, se limitaba a continuar y ayudar en el trabajo realizado por los profesionales.

Durante los últimos años se han sucedido una serie de cambios muy positivos a nuestro entender, y que son el fruto de unas nuevas formas de pensamiento y comunicación, por lo que se da más importancia a los procesos relacionales, en los procesos donde todas las partes implicadas en el desarrollo y evolución del niño, desempeñan un importante papel y sobre todo, el de los padres.

En la teoría sistémica, se considera la familia como sistema básico para el desarrollo y deficiente de la implicación de las familias en todo el proceso que afecta al niño. Si tenemos esto en cuenta, vemos la prioridad de la intervención temprana como medio para crear una base desde el punto de vista emocional, relacional y cognitivo, permitiendo que el niño crezca y se realice como «persona» y «ser social» en todos sus aspectos.

De esta forma, podemos ver, cómo el papel de las familias se va haciendo cada vez más importante, las relaciones familiares se tienen más en cuenta y se consideran muy valiosas. Por otra parte, tampoco se debe restar importancia a la influencia que tienen las asociaciones de padres: éstos, al demandar participación y respeto por los derechos de los padres, han influido considerablemente en este proceso de cambio que nos referimos.

Las PLURIDEFICIENCIAS se caracterizan por una serie de múltiples alteraciones graves en diversas áreas del desarrollo. Su manifestación incide muy especialmente en ámbitos como la comunicación y la interacción social que restringen, con variada intensidad, sus posibilidades de autonomía y adaptación a los contextos.

Aunque los signos de este trastorno se manifiestan a temprana edad, es posible la dificultad de un precoz diagnóstico. Las causas de ese retraso son diversas y, a veces, justificables; en ocasiones por la precaución necesaria al no estar suficientemente claros los signos de alarma, ya que la heterogeneidad del síndrome es significativa y varía en intensidad; en otros casos debido a su comorbilidad, que dificulta un diagnóstico diferencial; y a veces, también, por las limitaciones que presentan los propios instrumentos de diagnóstico en cuanto a validez y fiabilidad en su adaptación a los casos concretos.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones reseñadas y de la posible existencia de un diagnóstico dudoso, ha de posibilitarse y favorecerse el acceso del niño y de la familia a un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana para iniciar programas de intervención que contribuyan a favorecer el



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

desarrollo. La respuesta del niño a esos programas puede ayudar, no solo a su positiva evolución, sino a la clarificación del propio diagnóstico. Lo importante es actuar con prontitud, coherencia y sistematicidad.

Consideramos la intervención familiar como la actuación profesional encaminada a apoyar a la Unidad Familiar y activar sus potencialidades y recursos. En este sentido nos encontramos con unas peculiaridades específicas a la hora de intervenir con estas familias, que se aprecian sobre todo desde una asociación de personas con discapacidad.

La familia debe ser considerada como el principal recurso, el ámbito en el cuál las personas con PLURIDEFICIENCIAS deberán de ensayar lo aprendido y aprender, donde se les cuida, quién recibe la carga y ha de aprender a vivir con ella, quién con su calidad y cuidados aseguran la calidad de la persona que necesita apoyos.

La intervención con estas familias debe tener en cuenta los distintos momentos evolutivos, quedando clara la necesidad de intervención ya desde los primeros momentos en los que se detecta el nacimiento de un bebé de alto riesgo neurológico como queda recogido en el Libro Blanco (2002).

Por otro lado, desde un punto de vista científico, no hay un enfoque, ni un factor, ni un campo disciplinar que por sí solo nos proporcione las suficientes explicaciones científicas para explicar el significado, funcionamiento y valor de la familia. Por ello son varios los modelos que van a fundamentar nuestra intervención.

El enfoque ecológico nos permite analizar el ecosistema familiar como un sistema en interacción con su ambiente y la influencia que los diferentes entornos tienen sobre la familia: vecinos, comunidad, cultura.

Desde el modelo transaccional se explica como a través de las interacciones que se establecen entre los hijos y los padres, se puede contribuir activamente a moldear los entornos que favorecen el desarrollo.

El modelo evolutivo-educativo nos ayuda a entender la relevancia que para la educación de los hijos tienen las creencias y los pensamientos implícitos de los padres.

El modelo sistémico nos ayuda a comprender cómo la familia es un sistema total y cada integrante es parte de un todo más amplio. Nos explica la complejidad del mundo familiar y el entramado de las relaciones personales que en ella se establecen.

## INTERVENCIÓN FAMILIAR

Nuestra intervención va dirigida a núcleos familiares en cuyo seno existen personas con PLURIDEFICIENCIAS, de esta manera, éstas y sus familias constituyen el objeto de la intervención, por ello hablaremos de familia como unidad global, que no únicamente se circunscribe a la familia de origen, sino al mapa de relaciones en el que funciona la misma, esto implica que nuestra intervención ha de ser además de familiar, social.

Desde la teoría general de sistemas, vamos a considerar a la familia con un todo, un sistema que como tal, tiende a mantenerse en equilibrio, pero son múltiples los agentes que pueden causar un desequilibrio originando como consecuencia una crisis familiar.



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

### ALGUNOS EJEMPLOS DE AGENTES QUE PUEDEN ORIGINAR UNA CRISIS FAMILIAR

- Nacimiento de un hijo.
- Nacimiento de un hijo con PLURIDEFICIENCIAS.
- Problemas relacionales entre los miembros.
- Fallecimiento de algún miembro.
- Enfermedad física grave o crónica de alguno de los miembros.
- Enfermedad mental o problemas psicológicos de alguno de los miembros.
- Dificultades económicas y/o laborales
- Separación de cónyuges o pareja

En la tabla anterior se enumeran algunos agentes que pueden ser el suceso precipitante que dé lugar a una crisis, todos estos tienen algo en común, van a provocar cambios.

Watzlavick, define la crisis como: "Un estado temporal de trastorno y desorganización, donde los recursos personales no son válidos para la resolución"

En el momento que se produce una crisis, la familia puede contar o no con recursos propios que le permitan recuperar su estabilidad. Nuestra intervención irá encaminada a conocer cuáles son las causas de la crisis, cómo es la vivencia de esta experiencia en cada miembro de la familia y a ofrecer las herramientas y recursos necesarios para afrontar la experiencia de crisis.

Estas experiencias de crisis se dan en todas las familias, pero las familias objeto de nuestra intervención están marcadas por una experiencia común, esta es, el nacimiento de un hijo afectado de PLURIDEFICIENCIAS.

## LA INTERVENCIÓN EN LOS DIFERENTES MOMENTOS EVOLUTIVOS

Desde el nacimiento de un hijo con PLURIDEFICIENCIAS hasta su edad adulta, la familia pasa por diferentes momentos evolutivos, cada uno de estos, tiene sus propias particularidades.

Las crisis y la manera de abordarlas en cada uno de estos momentos son también diferentes, dependiendo de factores como:

**Grado de afectación:** Este factor complica el afrontamiento de la problemática, a medida que avanzamos evolutivamente, las necesidades van siendo mayores.

**Recursos psicológicos para el afrontamiento:** Los recursos personales, la madurez y equilibrio psicológico marcarán en gran medida la capacidad y forma de afrontamiento.

**Condiciones socio-económicas y culturales que rodean a la familia.**

A la hora de intervenir en el sistema familiar, es necesario conocer la historia familiar, no sólo desde el nacimiento del hijo con PLURIDEFICIENCIAS, sino también la anterior. Otros aspectos que deberemos conocer:

**La Estructura:** Número de miembros, familia nuclear, figuras que forman parte del círculo familiar como pueden ser los abuelos.

**Características de la comunicación:** Sistemas de comunicación que se establecen entre los miembros.



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

**Disfunciones:** Patologías existentes en la dinámica de funcionamiento familiar. La existencia de disfunciones familiares añaden mayor grado de complejidad a nuestra intervención.

**Modelos Educativos:** Línea y pautas educativas aplicadas en el seno familiar para la regulación de conductas. Refuerzos, castigos y otras estrategias de intervención.

**Estilos de afrontamiento:** Modo pasivo o activo, cognitivo o conductual en que cada miembro se enfrenta al problema.

**Necesidades familiares:** Económicas, sociales, culturales, formativas, informativas, afectivas y emocionales.

### **MOMENTO EVOLUTIVO I.- (0-3A)**

#### **Crisis.-**

En un primer momento la experiencia de crisis viene marcada por un impacto emocional provocado por la noticia del nacimiento del hijo con discapacidad, que origina sobre todo sentimientos opuestos y confusos de impotencia y dolor.

En un segundo momento concurren dos procesos paralelos, la Intrusión y la Negación, por un lado la familia comienza a darse cuenta de lo ocurrido, pero por otro lado aparece un estado defensivo de negación “esto no me puede estar pasando, mi hijo es totalmente normal”.

Superada la fase de Negación e Intrusión, en un tercer momento, se produce lo que denominamos la Invasión, aquí, los contenidos pasan a la conciencia, la familia ya es capaz de hablar de la experiencia de crisis y transmitir lo sucedido, entre las manifestaciones y estados más frecuentes que pueden darse en esta etapa tenemos:

- Manifestaciones de llanto
- Alteraciones del sueño.
- Trastornos del estado de ánimo
- Pérdida de apetito y otros trastornos alimentarios.
- Alteraciones conductuales.
- Alteraciones Psicosomáticas.

Superada esta tercera fase, en un cuarto momento se produce una etapa más próxima a la resolución de la crisis, la Reestructuración, a través de este proceso, la familia establece unos objetivos y un plan de acción que si funciona adecuadamente la llevará a la fase final de Consumación, siendo capaz de armonizar e integrar esa experiencia de crisis en sus esquemas de vida.

#### **Metodología de Intervención**

La intervención en este momento evolutivo I es fundamental, ya que, de como se resuelva la crisis en este momento, va a depender en gran medida la capacidad para afrontar los conflictos venideros.

Teniendo en cuenta el esquema anterior, dirigiremos nuestros esfuerzos y recursos a ayudar a la familia a la superación de estas etapas.

Conseguir equilibrio emocional es especialmente importante en estos momentos, ya que, uno de los factores básicos del desarrollo motor del ser humano es la afectividad. El adecuado establecimiento de un vínculo de apego será sin duda la mejor garantía para un mejor desarrollo.

Las circunstancias de crisis en las que se encuentra sumida la familia, genera en los padres sentimientos de angustia y ansiedad, actitudes de no aceptación, incompetencia e impotencia que pueden incidir negativamente en el desarrollo del niño.



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

El objetivo más relevante a conseguir con nuestra intervención en esta etapa, es “que los padres acepten la realidad de su hijo”, que lo tendremos conseguido cuando le transmita a su hijo “te amo por ser como eres” y no “te amo a pesar de ser como eres”.

Un modelo adecuado de intervención, debe facilitar a la familia:

### Información

En este sentido, debemos ofrecer a las familias la información concerniente al diagnóstico, recursos, medios, ayudas técnicas, tratamientos, procedimientos, etc.

Es importante la forma en que se 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.

Es recomendable que el padre y la madre reciba la información diagnóstica de forma simultánea y conjunta, tras haber visto, y si fuese posible haber tenido en brazos a su hijo en espacio con la necesaria privacidad en el que los padres puedan sentirse físicamente cómodos, compartir sus sentimientos y brindarse apoyo emocional. De esta manera ayudaremos en gran medida a superar las primeras etapas de la crisis. En algunos casos sería conveniente la existencia de un profesional estable que cumpla la función de acompañamiento en el proceso diagnóstico, aunque su papel se limite a estar presente mientras otro profesional habla con la familia.

### Formación

La finalidad se centra en proporcionar a las Familias aquellos instrumentos y estrategias adecuadas para conseguir aprendizajes que favorezcan una adaptación apropiada al ciclo evolutivo.

Una formación adecuada podrá ayudar a las familias a comprender mejor la problemática de su hijo y a liberarse de sentimientos de impotencia al adquirir habilidades y pautas de conducta que permitirán una mejor calidad de interacción y ayuda con su hijo. Pasando de una actitud de preocupación inmovilizadora a una actitud de ocupación más activa y participativa.

Como hemos anticipado, una buena formación no sólo conlleva acciones desangustiantes hacia la familia, también influye positivamente en la evolución y, como consecuencia, un mejor pronóstico del tratamiento; ya que ésta ayuda a fortalecer los lazos afectivos entre sus miembros y sobre todo hacia el niño que padece el trastorno.

La formación se inicia en la misma etapa de información diagnóstica pues, como ya comentamos, ese crudo momento de impacto emocional se mezcla con la consecuencia inmediata de buscar explicación a lo acontecido y querer saber sobre el sufrimiento que implica el trastorno en su hijo, posible evolución y pronóstico. Todas las explicaciones hacia esas posibles preguntas, todavía en el marco confuso de la crisis que ha originado la noticia; junto con la información adicional sobre el propio trastorno, instituciones, asociaciones o recursos donde la familia puede recurrir, forman el primer paso de la formación.

Una vez obtenida esta información básica, el segundo paso de la formación consistiría en la ayuda cualificada y específica de profesionales, que se dedican a trabajar con niños que padecen este trastorno y a la atención de sus familiares. En estas asociaciones o centros donde trabajan y colaboran estos profesionales, las familias son asesoradas más ampliamente sobre la problemática de sus hijos mediante entrevistas personales con los propios profesionales del centro, charlas formativas sobre la problemática específica... a la vez que reciben apoyo emocional y pautas sobre la forma de interactuar con el niño, pero del tratamiento nos ocuparemos a continuación.

Consideramos, por otra parte, muy importante, que los profesionales de los Centros, no sólo incorporen la formación permanente como una dimensión ineludible en vistas a la calidad de su trabajo, sino que se constituyan ellos mismos, o bien en coordinación con las Universidades, como células de formación de futuros profesionales.



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Para concluir, insistir en la importancia de una buena formación que debe ser permanente y consecuente con el progreso científico y tecnológico que tanto pueden facilitar la vida física y emocional familiar y del niño que sufre discapacidad, o cualquier otro trastorno del desarrollo.

### **Apoyo psicológico**

Se debe realizar de forma individual o en grupo de padres, dependiendo del momento y de las necesidades. En ambos casos, el objetivo será abrir espacios de diálogo y de intercambio de información entre los profesionales y las propias familias.

Uno de los objetivos fundamentales será poder revalorizar el saber de los padres y devolverles su protagonismo. Ayudarles a reconocer y comprender, no sólo las dificultades de su hijo, sino también poder promocionar el descubrimiento de sus capacidades, acompañándoles en las diferentes etapas evolutivas, durante estos primeros años tan importantes. Intentar conseguir o reestablecer un tipo de vínculo entre ellos y su hijo, a través del cual se pueda graduar y modular un diálogo estimulante que responda a las necesidades tanto internas como externas de niño (ser estimado, comprendido, contenido, y educado ).

### **Atención a las necesidades familiares y del hijo con discapacidad.**

No podemos separar la atención a los padres o hermanos de la atención al hijo con PLURIDIFICIENCIAS, ya que, todos forman parte del mismo sistema familiar. Ni tampoco trabajar independientemente con factores interactuantes, tales como, recursos económicos, relaciones familiares, entorno social, etc.

De esta manera, proponemos una intervención basada en las necesidades y demandas de la familia y del niño. Esto requiere de cambios importantes en la organización, en la estructura y en la forma de funcionamiento de la Atención Temprana, cambiando la conceptualización tradicional por nuevas concepciones más globales, que den respuestas más adecuadas a la situación actual. Destacar en esta línea la concepción de un nuevo modelo de intervención, centrado en los recursos, y no sólo en el servicio (libro Blanco de la Atención Temprana, 2002).

Como consecuencia de ello, es necesaria la coordinación entre los diversos servicios implicados así como la coordinación entre los diferentes miembros del equipo. Muchas de las necesidades de las familias requieren de la concurrencia de otras instituciones principalmente de Salud, Servicios Sociales y Educación; por lo cual, es necesario desarrollar mecanismos formales e informales de relación con otros equipos, profesionales e instituciones, que posibiliten programas conjuntos de intervención tanto del sistema social como del contexto.

Esto, a su vez, exige profesionales con formación no sólo en el desarrollo normal y patológico del niño pequeño, o en técnicas de aprendizaje y estimulación, sino también es necesaria una adecuada formación en habilidades sociales, intervención familiar y trabajo en equipo, así como actitudes y habilidades personales de cooperación y tolerancia.

## **MOMENTO EVOLUTIVO II**

### **(A partir de los 6 años)**

A su vez, este momento se subdivide en otros:

Etapa Escolar (6-12 años)

Adolescencia (13-18 años)

Adulto (a partir de 18 años)



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

El modelo de intervención para esta etapa, debe continuar respondiendo a las necesidades de:

Información  
Formación  
Apoyo Psicológico  
Necesidades del niño, adulto y familia.

El paso por una adecuada Atención Temprana, permitirá que la familia llegue a esta etapa con el máximo grado de aceptación posible sobre la discapacidad de su hijo.

A medida que avanzamos en los momentos evolutivos, las necesidades del hijo discapacitado van cambiando, especialmente en el caso de la PLURIDEFICIENCIAS y en relación con el grado de afectación.

De esta manera, en la intervención familiar prestaremos mayor atención a cubrir los aspectos de Apoyo psicológico y Necesidades del niño y familia.

### Necesidades del niño y la familia

En el niño comienzan a aparecer nuevas necesidades a cubrir, tales como:

#### EN LA ETAPA ESCOLAR (6-12 años)

Problemas de lenguaje (necesidad de un sistema comunicación alternativo)  
Alteraciones motóricas  
No control de esfínteres.  
Necesidad de continuar con sus tratamientos rehabilitadores  
Otras adaptaciones

#### EN LA ADOLESCENCIA (13 – 18 años)

Fin etapa Escolar, paso a Centros de Educación Especial o continuar en integración.  
Necesidades de continuar sus tratamientos rehabilitadores.  
Necesidad de nuevas adaptaciones para favorecer su autonomía.

#### EN LA EDAD ADULTA (a partir de los 18 años)

Necesidad de atención en un centro específico.  
Necesidad de residencia  
Nuevas necesidades en cuanto adaptaciones  
Necesidad de continuar con sus tratamientos rehabilitadores.  
Necesidades biológicas y personales que implica el tránsito a la vida adulta.

La intervención debe intentar dar respuesta a estas y otras necesidades que puedan surgir, por otro lado, no sólo el niño presenta nuevas necesidades, en estos momentos evolutivos, la familia va incrementando la carga, el propio crecimiento del niño, sus limitaciones y la edad de los padres, dificulta cada vez más su manejo.

Va surgiendo cada vez más en la familia la necesidad de “aliviarse de la atención de su hijo”, de respirar, es por lo que la intervención con la familia debe contar con los llamados “Programas de Respiro Familiar”, que ofrecen a la familia esa oportunidad de alivio.

### El apoyo psicológico

Todas estas nuevas necesidades que van surgiendo en el hijo con PLURIDEFICIENCIAS, vienen a plantear en la familia nuevos interrogantes, que darán lugar a numerosas situaciones de estrés:





## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

- ¿Si lo llevamos a la guardería, lo atenderán bien?
- ¿Cómo se relacionará si todavía no habla?
- ¿Debemos llevarlo al colegio? ¿Para qué?
- ¿Qué pasará con su sexualidad?
- ¿Podrá trabajar?
- ¿Qué pasará si quiere independizarse?

La intervención en este sentido, debemos dirigirla a entrenar a los padres en técnicas de afrontamiento eficaces, que le permitan enfrentarse adecuadamente a los conflictos del día a día y tener herramientas para afrontar situaciones del tipo: “Puede ser que mi hijo no llegue a hablar” o “Puede ser que mi hijo no llegue a andar”.

Una manera muy adecuada de trabajar el afrontamiento es desde las dinámicas con grupos de padres, dirigidas por un terapeuta.

### **El Afrontamiento como técnica de apoyo psicológico**

Consideramos el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés. Las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones principales en las situaciones estresantes: por un lado, la resolución de problemas y, por otro, el control emocional.

La función de resolución de problemas, implica el manejo de los agentes que suponen una amenaza y descompensan la relación entre familia y entorno.

La función de regulación emocional, incluyen los esfuerzos por modificar el malestar y manejar estados emocionales evocados por situaciones estresantes.

En la psicología de la rehabilitación no existe un desarrollo teórico ni una investigación sistemática del afrontamiento. Más bien se ha producido un traspaso de ideas, conceptos e instrumentos de evaluación del afrontamiento al estudio de las personas con discapacidad.

En términos generales, se suelen considerar más eficaces unas formas de afrontamiento que otras: el centrado en el problema versus emoción, el activo frente al pasivo y el de aproximación frente a la evitación o la huida (Lazarus y Folkman, 1986; Aldwin, 1994; Moos, 1995).

Desde nuestra experiencia con grupos terapéuticos de padres en una Asociación de personas y técnicos, no podemos afirmar que esto sea así, ya que el afrontamiento que resulta ser más eficaz para una persona, no lo es para otra, por lo que no podemos generalizar esta cuestión.

Si bien, si podemos trabajar en buscar el estilo y estrategias de afrontamiento más adecuado para cada persona.

### **BIBLIOGRAFIA**

- A.A.V.V. (2002). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Edita: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.
- Alemán Bracho, M. C. (2008). La intervención social dirigida a la infancia con discapacidad. *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*, 8, 69-115.
- Arranz Freijo, E. (2002). Familia, desarrollo psicológico humano y cultural. *Temas de psicología (VIII): homenaje al Profesor Enrique Freijo Balsebre*, 45-60.
- Bobath Y K. Bobath. ( 1987 ). *Desarrollo motor en distintos tipos de Plurideficiencias*. Buenos Aires : Editorial médica Panamericana S.A.
- Bobath-Kóng ( 1986 ). *Trastornos cerebromotores en el niño*. Buenos Aires : Editorial médica Panamericana.
- Bronfenbrenner, U. ( 1987 ). *La ecología del desarrollo humano* . Barcelona : Paidós.



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

- Fernández López, J. A., Fernández Fidalgo, M., Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84, (2), 169-184.
- Flórez Bledo, J. (2005). La atención temprana en el síndrome de Down: bases neurobiológicas. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 87, 132-142.
- Fuertes J. Y Palmero, P. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid : Siglo XXI.
- García Baró, M. (2008). Avaluació de la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual en els Centres Ocupacionals i Centres Especials de Treball. Tesis doctoral dirigida por Climent Giné. Universitat Ramon Llull. Gracia, E. Y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona. Paidós. Herrera, L., Mesa, M.C., Ortiz, M.M., Rojas, G., Seijo, D. y Alemany, I. (2010). Una aproximación al desarrollo evolutivo infantil: nivel de conocimiento y demanda de información sobre el mismo. *Revista de Educación*, 352, 219-244.
- Gutiérrez Madrigal, R. (2006). Enseñar a integrar. *Integración: Revista sobre ceguera y deficiencia visual*, 47, 32-36.
- Hess, C.R., Teti, D.M. y Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(4), 423-437.
- Hesse, G. (1986). *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Buenos Aires: Panamericana.
- Lancioni, G. E.; Singh, N.N.; O'Reilly, M. F.; Oliva, D. y Groeneweg, J. (2006). Capacitar a una niña con plurideficiencia para que controle sus estímulos favoritos mediante vocalización y micrófono dual con microinterruptor. *Entre dos mundos: revista de traducción sobre discapacidad visual*, 30, 5-9.
- Lazarus, R.S. Y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López Frutos, J. M.; Huertas Martínez, J. y Rodríguez Moneo, M. (2005) *Investigación y práctica en motivación y emoción*. Madrid: A. Machado Libros.
- López Ramos; M<sup>a</sup> Isabel Ruiz Fernández; Florencio Vicente Castro; Inmaculada Sánchez Casado: "la puesta en Juego de Habilidades Sociales en la búsqueda activa de empleo para los recién titulados en Educación Social". en "Espaço(s) de construção de Identidade profissional" Ed Universidade Portucalense Infante D. Herique. Dpto de Publicaciones.
- Mingo Basail, M. L. y Escudero Manzanedo, A. (2008). Calidad de vida de los menores con discapacidad. Análisis de la situación en España desde la inclusión de los menores: Atención Temprana; Atención Educativa; Protección de la familia, Seguridad Social y Servicios sociales; Conciliación de la vida laboral y familiar. *Los menores con discapacidad en España*, 35(4), 201-330.
- Nancie. R. (1987). *Atención en el hogar del niño con Plurideficiencias*. Méjico : ediciones científicas. La prensa médica mexicana, S.A.
- Pelechano, V. (1999). "Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: datos y sugerencias para un modelo". Madrid: Pirámide.
- Quirós Pérez, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48 (4), 1-8.
- Ríos, M. (2003). El juego y el alumnado con discapacidad intelectual y/o plurideficiencia. *Tándem: Didáctica de la educación física*, 11, 40-49.
- Rodríguez Aguilera, A., Verdugo Alonso, M. A. y Sánchez Gómez, M. C. (2008). Calidad de vida familiar y apoyos para los progenitores de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 39, (227), 19-34.
- Rodrigo, M. J. y Palacios. J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid : Alianza Editorial.



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

- Ruiz Fernández, María Isabel; Fajardo Caldera, I. Díaz Diaz, Antonio Ventura; Vicente Castro, Florencio; Julve Moreno, Juan Antonio (2002) *“Psicología de la Educación y Formación del Profesorado: Nuevos Retos, nuevas respuestas”*. Badajoz: Psicoex.
- Ruiz Fernández, María Isabel; Fajardo Caldera, María Isabel; Díaz Diaz, Antonio Ventura; Vicente Castro, Florencio; Julve Moreno, Juan Antonio. (2002) *“Necesidades Educativas especiales. Familia y Educación: Nuevos Retos, nuevas respuestas”*. Badajoz: Psicoex.
- Ruiz Fernández, I.; López Ramos, V.; Florencio Vicente Castro (2001) “La puesta en juego de Habilidades Sociales en la búsqueda activa de empleo para los recién titulados en Educación Social” *Revista de Educação Social*.
- Ruiz Fernández, María Isabel; Fajardo Caldera, María Isabel; Díaz Diaz, Antonio Ventura; Vicente Castro, Florencio; Julve Moreno, Juan Antonio (2002). *“Psicología de la Infancia y de la Adolescencia: Nuevos Retos, nuevas respuestas”*. Badajoz: Psicoex.
- Ruiz Fernández, M. I.; Daniel Paredes Gómez; Florencio Vicente Castro; Alejandra García-Salmones González e Inmaculada Sánchez Casado (2001). “El juego como actividad rehabilitadora y Ajuste Psicosocial del Niño Deficiente Mental ” *Revista de Educação Social*. Universidad Portucalense.
- Ruiz Fernández, M. I.; Florencio Vicente Castro; María Isabel Fajardo Caldera; M<sup>a</sup> Luisa Bermejo García (2003). “Intervención con menores y familia en situación de riesgo social ” *Revista de Educação Social*. Universidad Portucalense.
- Ruiz Fernández, M. I.; Vicente Castro, F.; Benitez Merino, J. M.; López Ramos, V. (2002). *“Niños Sordociegos y comportamiento estereotipado: Una propuesta de trabajo psicoeducativo”* En Fajardo Caldera, María Isabel; Ruiz Fernández, María Isabel; Díaz Diaz, Antonio Ventura; Vicente Castro, Florencio; Julve Moreno, Juan Antonio.: “Necesidades Educativas especiales. Familia y Educación: Nuevos Retos, nuevas respuestas”. Badajoz: Psicoex.
- Ruiz Fernández, M. I.; Vicente Castro, F.; Paredes, D. (2001) *“El juego como actividad rehabilitadora y ajuste psicosocial del niño Deficiente Mental”*. en “Espaço(s) de construção de Identidade profissional ” Ed Universidade Portucalense Infante D. Herique. Dpto de Publicaciones.
- Soro-Camats, E. y Carmen Basil, C. (2006). Desarrollo de la comunicación y el lenguaje en niños con discapacidad motora y plurideficiencia. *Lenguaje y comunicación en trastornos del desarrollo / coord. por María José del Río Pérez, Vicenç Torrens i García, 79-104.*
- Soro-Camats, E. (2002). *Interacció en infants amb plurideficiència. Intervenció i avaluació*. Tesis doctoral dirigida por Carme Basil Almirall. Universitat de Barcelona.
- Torres Delgado, J. M. y Rangel Guerrero, A. (2009-2010). La familia funcional como promotora del desarrollo humano e integral de la persona desde la perspectiva femenina. *Nova scientia*, 3, 151-166.
- Vicente Castro, F y Fajardo Caldera, M. I. (1997). *Contexto Social del desarrollo: Introducción a la Psicología del desarrollo en la edad Infantil*. Badajoz: Psicoex
- Vicente Castro, F y Ruiz Fernández, M. I. (1997). *Información, participación y organización de APAS*. Vitoria: Psicoex.
- Vicente Castro, F. y Fajardo Caldera, M. I. (1998). *Interacción Familia Centro Escolar*. Vitoria: UFEP.
- Vicente Castro, F.; Ruiz Fernández, M. I.; Sánchez Casado, I. y García-Salmones González, A. (2001). “Los programas de atención a Universitarios con discapacidad” *Revista de Educação Social*. Universidad Portucalense.
- Vicente Castro, F. y Ruiz Fernández M. I. (1997). *“Universidad y diversidad”*. Editor D. Francisco Alcántud Marin. Valencia.
- Vicente Castro, F.; Fajardo Caldera, M. I.; Rabazo Méndez, M. J. y Gómez Acuña, M. (1998): “Estudio de un sujeto adolescente afectado por el síndrome de Usher: Intervención Psicoeducativa”. *“Intervención Psicológica en la adolescencia”*.
- Vicente Castro, F. y Fernández, I. (2000). “Propuesta de Intervención Mediante Talleres con perso-



## DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN FAMILIAR

- nas afectadas de Autismo”. En LIBRO “*La perspectiva de la educación en el Siglo* (Actas del IX Congreso INFAD 2000 Infancia y Adolescencia ” (Coordinadoras). Vol. I Ed Servicio de Publicaciones. Univ de Cádiz.2000.
- Vicente Castro F.; Ruiz Fernández, M. I. y Sánchez Casado I., (2001). “Los problemas de atención a Universitarios con Discapacidad.”. En “*Espaço(s) de construção de Identidade profisional*” Ed Universidade Portucalense Infante D.Herique. Dpto de Publicaciones.
- Vicente Castro, F. y Fajardon Caldera, M. I. (2001) “El entorno familiar de la persona discapcitada”. En “*Atención Educativa a personas con Discapacidad*” de Francismo miras Martínez y David Padilla Góngora Eds. Ed Universidad de Almeria.
- Vicente Castro, F. (2001) “Acceso al trabajo de personas con discapacidad”. En “*Atención Educativa a personas con Discapacidad*” de Francismo Miras Martínez y David Padilla Góngora Eds. Ed Universidad de Almeria.
- Villa I. (1992). *Desarrollo y Estimulación del niño*. Pamplona: Eusan.