



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

ATENCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN FAMILIAR

Ruiz-Fernández, I., Fajardo, I.

Bermejo, L., Calzado, Z., Pérez-Ruiz, M., García, V. Gordillo, M.

Universidad de Extremadura, Dpto. de Psicología
miruiz@unex.es

Fecha de recepción: 5 de febrero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMEN

La familia es el primer entorno donde nos desarrollamos y evolucionamos a nivel físico, educativo, social y emocional. Las experiencias en la primera infancia y los vínculos de apego que se establecen estarán determinados por el entorno familiar. Éste deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social.

Cuando nace un niño/a con discapacidad se produce un shock en el sistema familiar. El hecho se percibe como algo inesperado y extraño que cambia las expectativas sobre el hijo deseado. La pérdida de estas expectativas y el desencanto ante la evidencia de la discapacidad (o su posibilidad), en un primer momento va a ser demoledor; es como si el futuro de la familia se hubiera detenido ante una amenaza.

Con la presente investigación nos planteamos conocer el grado de información que las familias de niños con acondroplasia tienen en el momento del nacimiento de su hijo y de qué forma acceden a la misma, así como valorar las dificultades de la entrada a los Servicios de Atención Temprana y su implicación en los mismos. Finalmente se valorará la necesidad de crear o no una guía que les ayude en este proceso. Las hipótesis de partida que nos planteamos es que la mayoría de las familias que tienen un hijo con acondroplasia presentan un desconocimiento sobre esta discapacidad y su tratamiento. Que la información que se les proporciona en el momento del nacimiento, es insuficiente y poco tranquilizadora. Que el acceso a la Atención Temprana es difícil y con dificultades en la aceptación. Finalmente, nos planteamos la necesidad de una guía de Atención Temprana en Acondroplasia, que ayude en todo este proceso. La metodología aplicada está basada en un análisis a través de cuestionarios tipo Likert que se enviaron, a través de e-mail, a 17 familias de niños con acondroplasia que tenían entre 0 y 6 años. Las conclusiones, basándonos en los resultados de los cuestionarios, son que el grado de conocimiento de los padres sobre la discapacidad, en el momento del nacimiento, es muy escaso, que la información que se encuentra es mayoritariamente de tipo médico, que los profesionales médicos no aportan suficiente información a las familias, que el acceso a la Atención Temprana es difícil y que, principalmente, las madres se implican de una

**THE PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS OF AGING: A RESEARCH PROJECT WITH ITALIAN ELDERS,...**

forma activa en la intervención, aunque no existe una buena aceptación de la acondroplasia en estos primeros años y creen necesaria la creación de una guía de Atención Temprana.

PALABRAS CLAVE: Atención temprana, Familia, Niñez temprana, Acondroplasia.

SUMMARY:

The family is the first environment where we develop and evolve on the physical, educational, social and emotional development. The early childhood experiences and attachment relation establishing will be determined by the family. This should provide sufficient opportunities to develop those skills and personal and social skills that allow its members to grow with confidence and autonomy, being able to relate and act successfully in the social sphere.

When a child is born with disabilities is a shock to the family system. The fact is perceived as something unexpected and strange changing expectations about the desired child. The loss of these expectations and the disenchantment with the evidence of disability (or possibility), at first going to be devastating, it's as if the future of the family had stopped at a threat.

With this research we plan to determine the degree of information that families of children with achondroplasia have at the time of the birth of their child and how access to it, and to evaluate the difficulty of entry to the Early Intervention Services and their involvement in them. Finally, assess the need to create or not a guide to help them in this process. The hypothesis that we set is that most families have a child with achondroplasia have a lack of knowledge about this disability and its treatment. That the information provided to them at the time of birth, is insufficient and reassuring. That access to early childhood intervention is difficult and hard on acceptance. Finally, we considered the need for a guide to early childhood intervention in achondroplasia, to assist in this process. The methodology is based on an analysis by Likert questionnaires type that were sent through e-mail to 17 families of children with achondroplasia who were between 0 and 6 years. The findings, based on the results of questionnaires are that the degree of parental knowledge about disability, at the time of birth is very low, that the information found is mostly medical, medical professionals not provide sufficient information to families, access to early childhood intervention is difficult and mainly mothers engage in an active way in the intervention, although there is good acceptance of achondroplasia in these early years and they believe necessary the creation of an Early Warning guide.

KEY WORDS: Early intervention, Families, Early Childhood, Achondroplasia.

INTRODUCCIÓN

Los primeros momentos son de especial dificultad para la pareja que tiene un hijo con una discapacidad. Cuando el médico les da la noticia, cuando se enteran de que su hijo es diferente, éstas son etapas cruciales. El médico tiene un papel importante que cumplir en esta situación. Él debe ayudar a los padres a aceptarla sin miedo, sin angustia, a asumir la "diferencia" de su hijo.

Queremos destacar la importancia que tiene una intervención temprana, preventiva o de tratamiento, para sacar el máximo partido al desarrollo de los niños/as.

La plasticidad neuronal característica de las primeras etapas de la vida hace que este sea un período muy importante a la hora de conseguir un mejor desarrollo globalizado en todas las áreas. En el caso de los niños/as con acondroplasia resulta igualmente decisiva esta intervención para el tratamiento y prevención de las deformidades ortopédicas (origen de trastornos motores, fisiológicos y del lenguaje) y las dificultades a nivel social que acarrea esta discapacidad.

La acondroplasia es la más común de las condrodisplasias humanas. Su nombre fue acuñado hace unos cien años para distinguir individuos con baja estatura desproporcionada de individuos con baja estatura proporcionada. Los aspectos clínicos, genéticos, radiológicos e histológicos sobre



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

acondroplasia fueron establecidos en las décadas de los 60 y 70 (Maroteaux y Lamy, 1964; Zellweger y Taylor 1965; Langer y col. 1967 y 1968; Silverman, 1968; Rimoin y col., 1970; Scott, 1976).

La frecuencia de esta patología en España es de 1 caso por cada 20.000 habitantes. Es una mutación espontánea, que tiene lugar por azar. Alrededor del noventa por ciento de los niños con acondroplasia no tienen historia de ella en sus familias. La posibilidad de tener un hijo acondroplásico es del 50% si uno de los padres presenta la enfermedad y del 75% si ambos son acondroplásicos.

Los niños con acondroplasia presentan unas características físicas y psicológicas que conllevan la necesidad de recibir tratamiento en Atención Temprana, con especial hincapié en áreas y/o aspectos concretos. La percepción de sí mismos, las alteraciones óseas, la obstrucción de las vías respiratorias altas, las manos características en tridente, la posible hidrocefalia o compresión de la médula espinal, entre otras, son aspectos a tener en cuenta en el desarrollo del niño acondroplásico. La intervención precoz y específica, tanto a nivel individual como familiar, contribuye a mejorar estos aspectos, prevenir secuelas graves y a favorecer el desarrollo de los niños que presentan esta discapacidad.

Intervenir en Atención Temprana no es solamente estimular al niño/a; es, sobre todo, favorecer la creación de contextos adecuados donde él/ella pueda interactuar en condiciones óptimas. Así la familia se convierte en objetivo prioritario de la AT. El contexto físico, la interacción afectiva y las emociones de todas las personas que conviven con el niño/a son elementos básicos sobre los que debemos actuar (Perpiñán S., 1993).

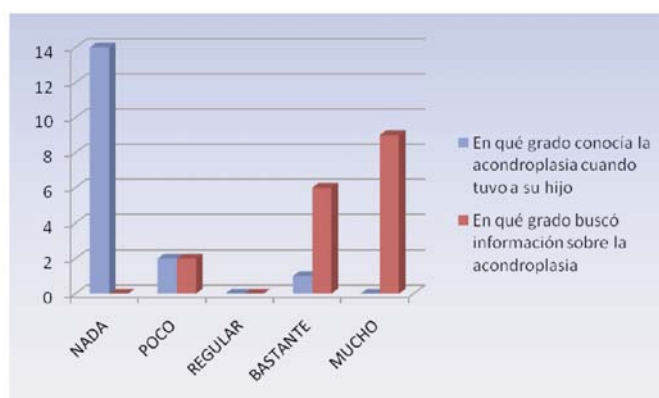
MÉTODO (PARTICIPANTES, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO)

Para la realización de este estudio se han pasado 17 cuestionarios a familias basados en la Escala Likert, adaptados a las necesidades que nos planteábamos en las hipótesis de trabajo. Además se añadieron varias preguntas abiertas para observar las demandas de los padres hacia la sociedad o los profesionales, entre otros. Se enviaron a través de e-mail en España y Latinoamérica, debido a las dificultades que nos ocasionaba la baja incidencia de la acondroplasia (1/20.000).

La muestra, teniendo en cuenta la baja incidencia de esta discapacidad, es suficientemente significativa para este trabajo.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los cuestionarios se resumen en los siguientes:



El grado de conocimiento sobre la acondroplasia que tenían los padres antes del nacimiento de su hijo era nulo en el 82% de los casos, poco en un 12% y sólo en un 6% era bastante. Sin embargo, tras el nacimiento buscaron bastante (35%) o mucha (53%) información.



THE PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS OF AGING: A RESEARCH PROJECT WITH ITALIAN ELDERS,...



El medio más utilizado en la búsqueda de información de las familias es internet (48%). En segundo lugar se valora la información recibida por los profesionales (27%), seguida por la que proporcionan libros (9%) y asociaciones de padres específicas sobre acondroplasia (9%) y finalmente las revistas (6%).



La información encontrada por las familias, en un 41% ha sido muy útil o bastante útil (29%). Sin embargo, un tanto por ciento significativo responde que ha sido regular (18%) y un 12% manifiesta que fue poco útil.



En cuanto al tipo de información encontrada, la más encontrada es la médica, en un 50%, seguida de la educativa (18%), la social (15%) y finalmente la de intervención (9%) o sin clasificar (9%).



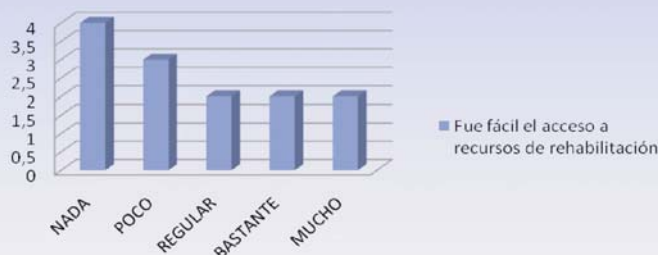
PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

Grado de respuesta de los médicos a las necesidades de información y atención

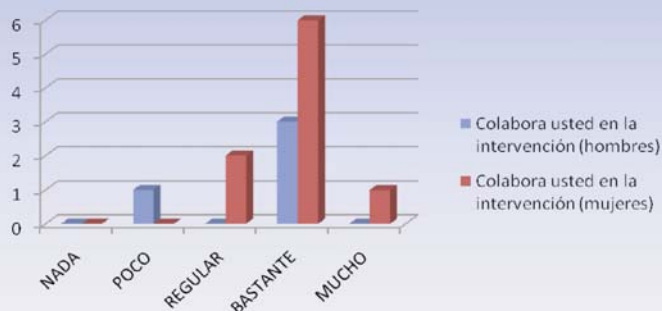


El grado de respuesta de los profesionales médicos a las necesidades de información y atención de las familias de niños con acondroplasia, en su mayoría, ha sido regular (41%), un tanto por ciento importante manifiesta que ha sido poco (29%), el 24% afirma que bastante y un 6% dice que fue nulo.

Fue fácil el acceso a recursos de rehabilitación



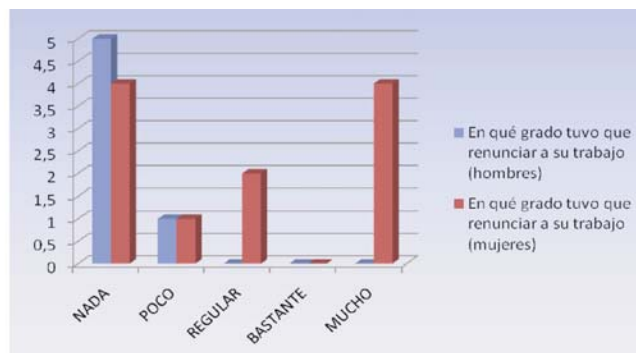
El acceso a los recursos de rehabilitación o Atención Temprana, en general no ha sido muy sencillo. En el 31% de los encuestados no tuvo ninguna facilidad para el acceso, el 23% poca, un 15% regular, otro 15% bastante y el 15% restante mucha.



En lo referente a la pregunta de la colaboración en la intervención de su hijo, tanto padres como madres responden que es bastante, las madres en un 75% y los padres en un 67%. Sólo un 25% de los padres responden que es poca y un 22% de las mujeres contesta que es regular, frente a un 11% de las mismas que afirma que es mucha.



THE PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS OF AGING: A RESEARCH PROJECT WITH ITALIAN ELDERS,...



El grado de renuncia al trabajo es claramente más significativo en mujeres que en hombres. Los hombres, de forma mayoritaria, no han renunciado al trabajo nada (83%) o han renunciado poco (17%). Sin embargo, las mujeres que han tenido un hijo con acondroplasia renunciaron mucho a su actividad laboral en un 36%, otro 36%, por el contrario, no renunció en ningún caso a su trabajo, finalmente un 18% de las madres encuestadas manifestó que la renuncia fue regular y un 9% que fue poca.



Centrándonos en el grado de adaptación de la casa a las necesidades del niño con acondroplasia, las familias responden en un 53% de los casos que ésta es poca, en un 24% que es regular, en un 18% que no existe tal adaptación y en el 6% restante que es bastante.



La necesidad de atención psicológica de la familia se refleja en esta pregunta. Un porcentaje considerable piensa que es muy necesaria (41%), seguido de otro que cree que es bastante importante (24%). Sólo un 18% opina que esta necesidad es regular, con otro 18% que afirma que es poca.



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL



La creación de una guía de Atención Temprana en Acondroplasia se considera necesaria por un porcentaje elevado de las familias. Un 65% cree que es muy necesaria y un 29% que es bastante necesaria. Sólo un 6% alega que esta necesidad es regular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio a familias de niños que padecen acondroplasia podríamos concluir, en primer lugar, que el grado de conocimiento sobre la acondroplasia que poseían los padres antes del nacimiento de su hijo era nulo, como manifiestan gran parte de los encuestados. Esto demuestra que la acondroplasia es una discapacidad desconocida y, sobre todo, para las familias, ya que, en la mayoría de los casos, esta discapacidad sucede por una mutación espontánea y puede darse, en un 90% de los casos, en parejas en las que no hay antecedentes.

Sin embargo, todos buscaron bastante o mucha información tras el nacimiento del niño. Se puede afirmar, por tanto, que las familias presentan un gran interés por recabar datos sobre la acondroplasia y su tratamiento. Esta necesidad de información de los padres es un proceso lógico que les ayuda a superar el shock que les produce el diagnóstico.

La información encontrada por las familias, en general ha sido útil, por lo tanto se deduce que, para los padres, cualquier tipo de información es valiosa. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un tanto por ciento significativo responde que le ha sido de poca ayuda, quizá porque, como se refleja en el estudio, la mayoría de la información que encuentran es de tipo médico y para las familias es fundamental también recibir otros datos, tanto de tipo educativo como social y de intervención.

Por otra parte, estos datos darían a entender que la acondroplasia no es una patología excesivamente conocida por los profesionales de sanidad y por tanto la información que manejan y la que le proporcionan a las familias es escasa. Además podríamos pensar también que no hay una buena atención inicial durante los primeros momentos del diagnóstico por parte de los médicos que atienden a los padres.

El acceso a los recursos de rehabilitación o Atención Temprana, en general no ha sido muy sencillo. Se puede concluir, entonces, que no hay información inicial después del diagnóstico sobre los recursos de Atención Temprana a los que pueden acudir, ni tampoco hay facilidad de acceso a los mismos para las familias afectadas.

En lo que se refiere a la implicación activa de los padres en el proceso, podemos llegar a afirmar, después de esta investigación, que las madres son las más involucradas, aunque también los padres (en menor medida) colaboran en el tratamiento.

En general, son las madres las que renuncian a su trabajo para el cuidado del hijo con discapacidad, son las que se implican en el proceso de intervención y las que participan en el mismo. Los



THE PSYCHOSOCIAL DIMENSIONS OF AGING: A RESEARCH PROJECT WITH ITALIAN ELDERS,...

padres se muestran, en su mayoría, más al margen. Asimismo, debemos considerar también, como dato significativo, que las familias encuestadas demandan una atención psicológica en todo el proceso de acompañamiento.

La creación de una guía de Atención Temprana en acondroplasia puede ser un paso importante. Las familias encuestadas consideran que es así. Creen que es un documento necesario para ellas. Podemos afirmar, entonces, que su elaboración y difusión llevará a un mejor tratamiento y atención a niños con acondroplasia y será un apoyo fundamental para estas familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAVV (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.
- AAVV (2001). Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de buena práctica. Madrid: FEAPS.
- Ain, M. C., & Browne, J. A. (2004). Spinal arthrodesis with instrumentation for thoracolumbar kyphosis in pediatric achondroplasia. *Spine*, 29(18), 2075-2080.
- Baena, R. (2009). Cuadernos de bioética, ISSN 1132-1989. 20 (70), 557-567
- Brust, J. S., Ford, C. V., & Rimoin, D. L. (1976). Psychiatric aspects of dwarfism. *American Journal of Psychiatry*, 133(2), 160-164.
- Collins, W. O., & Choi, S. S. (2007). Otolaryngologic manifestations of achondroplasia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 133(3), 237-244.
- Cunningham, C. y Davis, H. (1985). Trabajar con padres, marcos de colaboración Madrid: Siglo XXI.
- Forehand, R. (1993). Twenty years of research on parenting: does it have practical implications for clinicians working with parents and children?. *The Clinical Psychologist*, 46 (4), 169-176.
- Frey, G., & Palmer, D. (1998). Achondroplasia (Dwarfism). 29-35.
- García Sánchez, F.A. (2002a). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un Modelo Integral de Intervención. *Bordón*, 54 (1), 39-52.
- Gollust, S. E., Thompson, R. E., Gooding, H. C., & Biesecker, B. B. (2003). Living with achondroplasia: attitudes toward population screening and correlation with quality of life. *Prenat Diagn*, 23(12), 1003-1008.
- Hernandez, M. I., & Gonzalez, M. A. (2000). Perfil psicologico en niños con baja estatura por acondroplasia / Psychological profile of achondroplastic children. *Revista de Psiquiatria Infanto Juvenil*, 87-94.
- Horton, W. A., Hall, J. G., & Hecht, J. T. (2007). Achondroplasia. *Lancet*, 370(9582), 162-172.
- Morris, J. V., & MacGillivray, R. C. (1953). The mental capacity in achondroplasia. *Journal of Mental Science*, 547-556.
- Navarro Góngora, J. (1998). Familias con personas discapacitadas. Salamanca: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Navarro Góngora, J. (1999) ¿Qué podemos hacer? Preguntas y respuestas para familias con un hijo con discapacidad. Salamanca: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Odom, S.L. y Kaiser, A.P. (1997). Prevention and early intervention during early
- Palacios, J. y Rodrigo, M.J. (1998). Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza.
- Perpinán, S. (2003b). La intervención con familias en los programas de Atención Temprana. En I. Candel (Coord.). Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo (pp. 57-79). Madrid: FEISD.
- Perpiñán, S. (2003a). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de Atención Temprana: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, 6 (1), 11-17.



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

- Schkrohowsky, J. G., Hoernschemeyer, D. G., Carson, B. S., & Ain, M. C. (2007). Early presentation of spinal stenosis in achondroplasia. *J Pediatr Orthop*, 27(2), 119-122.
- Solís-Camará, P y Díaz Romero, M. (1999). ¿Quién educa a los padres?. Formación de líderes en paternidad. Un enfoque para la prevención e investigación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (3), 513-526.
- Varios Autores (2003). *Criterios de Calidad Estimular. Para niños de 0 a 3 años*. Murcia: Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. Consejería de Trabajo, Consumo y Política Social. Edición electrónica: www.carm.es/ctra/atenciontemprana/