

## Análisis

### Trabajo social y atención temprana

#### *Social work and early care*

M. Ochogavía Mayol<sup>1</sup>

---

#### Resumen

En el presente artículo se presentan una serie de reflexiones y aportaciones de la autora sobre la importancia de la vinculación del profesional del trabajo social con la familia de los niños de 0 a 6 años que se atienden en la ONCE, para conseguir un contexto que facilite la intervención y la consecución de objetivos. Entiende su trabajo enmarcado dentro de una actuación interdisciplinar. Asimismo, comparte los indicadores de riesgo socio-familiar relacional que considera deben tenerse presentes a la hora de valorar la situación. La intervención significa, ante todo, el establecimiento de una relación de ayuda, de información y de asistencia. En las primeras entrevistas las prioridades son la escucha activa y la invitación a la participación. Deben evitarse técnicas que invadan la intimidad. El objetivo fundamental es construir un sistema de coordinación eficaz entre la familia y el equipo de Atención Temprana. El artículo concluye con una síntesis de los objetivos expuestos en el Plan de Acción del Cermi estatal en 2005, y de las recomendaciones técnicas para el desarrollo de la atención temprana del Real Patronato sobre Discapacidad (2005).

#### Palabras clave

Atención temprana. Trabajo social. Vinculación profesional. Factores de riesgo socio-familiar.

---

<sup>1</sup> **Magdalena Ochogavía Mayol**. Delegación Territorial de la ONCE en las islas Baleares. Manacor, 8. 07006 Palma (España). Universitat de les Illes Balears. Carretera de Valldemossa, km 7,5, 07122 Palma (España). Correo electrónico: [maom@cgrabajosocial.es](mailto:maom@cgrabajosocial.es), [maom@once.es](mailto:maom@once.es).

## Abstract

The present article contains the author's thoughts on the importance of the bonds between the professional social worker and families having children 0 to 6 years of age who benefit from ONCE support. These bonds are instrumental to the creation of an environment that facilitates care and furthers the achievement of objectives. Viewing her work as part of an interdisciplinary effort, the author also discusses the indicators of social-family relationship risk that she deems should be borne in mind when evaluating a child's background. Above all, intervention entails the establishment of a relationship based on assistance and information. In the initial interviews, the priorities are active listening and the invitation to participate. Techniques that invade a person's privacy should be avoided. The primary objective is to generate effective coordination between the family and the early care team. The article concludes by synthesising the objectives set out in the nation-wide Ceremi action plan for 2005 and the technical recommendations made by the Royal Disability Trust (2005) for early care.

## Key words

Early care. Social work. Professional bonding. Social-family risk factors.

---

Cuántas veces he reflexionado sobre las múltiples lagunas que sigo teniendo cada vez que ante mí está una familia en la que acaba de nacer un bebé o en la que hay un niño al que se le ha diagnosticado recientemente una discapacidad visual grave, ceguera o multidiscapacidad.

Veo unos padres, unos abuelos... desolados, incrédulos, aturdidos... que han dado el gran paso, con mucho esfuerzo (supone haber oído el diagnóstico, aunque no creído en su mayoría), de contactar con la entidad a la que han sido derivados, o que ellos, por iniciativa propia, consideran puede tener respuestas para sus necesidades y las del niño, aunque, en el fondo, lo que desean es que les descarten que son objeto de atención, y que todo ha sido un mal sueño. Sí, el punto de partida de la relación de ayuda que establecemos los trabajadores sociales con estas familias habitualmente está enmarcado en un contexto informativo, para, *a posteriori*, pasar a un contexto de asesoramiento y asistencial (que ya no solo nos incumbe a nosotros individualmente, sino al conjunto de profesionales que son susceptibles de intervenir desde el propio equipo, o bien desde la red de servicios generales o especializados).

Tenemos unos clientes que esperan de nosotros la comprensión en la valoración y no el juicio, que se les reconozca su situación, que se les valore en sus dificultades y en sus potencialidades, la orientación y el apoyo (tanto práctico como emocional), como refiere Gibbons, pues este representa un intento de mejorar la calidad de la experiencia tanto social como material, pues la tensión y la angustia socavan el autocontrol y perturban las relaciones familiares y sociales (Howe, 1997). Buscan la proximidad, estar en contacto con la ONCE les supone, en la gran mayoría de los casos, poder sentir el efecto de una base segura.

En las primeras entrevistas, mi atención se centra en una escucha activa, en poder transmitirles mi proximidad y mi disponibilidad, en acompañarles y, sobre todo, en darles permiso para sentir lo que sienten, y explicarlo sin cuestionar ninguna de sus expresiones verbales o no verbales. Descuido intencionadamente someterles a un interrogatorio sobre la situación, dejo que fluya su discurso, ellos nos cuentan lo que para ellos es más significativo, nos preguntan sobre lo que realmente les preocupa y angustia. Puedo tardar más o menos en recoger toda la información y los indicadores que sé que precisaré para el diagnóstico socio-familiar, pero debo ir a su ritmo, respetar su disponibilidad, acoplarme a sus posibilidades, comprender su enojo, rechazo, ambivalencia... Tiendo a lanzar mensajes desde el principio sobre las potencialidades del bebé, a no focalizar a este solo en su falta de visión. Frases como «qué guapo es», «qué chula y coqueta vas», «cómo te pone de guapa tu mamá»... son de gran ayuda.

Invitar a participar en el discurso, comprobar las distintas percepciones sobre la situación que tienen ambos progenitores, es otra de mis prioridades. La madre, habitualmente, es quien tiene mayor habilidad para la comunicación con el profesional, pero ello no debe ser impedimento para conocer lo que sienten el resto de los miembros de la familia, las creencias, las dinámicas que en la situación de crisis se están estableciendo, las propuestas de cambio que cada uno plantea... ya que la dimensión del impacto puede ser vivida por cada miembro del grupo familiar de diferente forma, y también en función del estado de salud del niño, de la claridad del diagnóstico, del pronóstico, de los cuidados y las atenciones que va a precisar, de la accesibilidad a los servicios, de los apoyos con que cuentan, de su situación económica, del reparto de roles intrafamiliares, de la comunicación existente...

Ser prudente a la hora de realizar propuestas únicas o radicales: los cambios llegan poco a poco. Debemos, a través de los sucesivos intercambios relacionales, ir valoran-

do los reajustes posibles en su dinámica familiar que no supongan una amenaza para la homeostasis (Perpiñán, 2009).

Construir un sistema (equipo AT-familia) en el que fluya la visión conjunta de la realidad y, por tanto, de las expectativas de sus miembros, requiere, asimismo, que los trabajadores sociales estemos en continua coordinación con el resto de los profesionales internos o externos que intervienen con la familia, evitando los mensajes contradictorios, proponiendo priorizaciones en los objetivos planteados por los profesionales, adaptando el lenguaje a las posibilidades reales de la familia para su comprensión, siguiendo, en cada caso, un modelo de usuario, tal y como plantean en la intervención con padres Cunningham y Davis reconociéndoles su competencia, participando activamente en la toma de decisiones... no trabajamos para la familia, sino con la familia.

Aun cuando es una rica fuente de hipótesis e información, *a priori* evito la utilización de técnicas que puedan suponer una amenaza para la familia y que entiendan como una invasión de su intimidad. Me refiero, por ejemplo, a la visita a domicilio. Socialmente se ha definido al trabajador social como aquel que interviene desde un contexto de control —que también es así si existe un menor en riesgo—, y que acude al domicilio para «vigilar» que el niño esté bien atendido. Procuero que esta visita la plantee la familia, para que esta entienda que puede contribuir a realizar aportaciones que fomenten su bienestar, sobre todo por razones socioeconómicas, ya que, si se trata de poder ofrecer orientaciones más relacionadas con la estimulación o de índole pedagógico, dicha visita debe realizarse siempre con el profesional del equipo —o externo al mismo— competente para ello.

En mi intervención tengo presente, en base a las competencias propias del trabajo social, los factores de riesgo sociofamiliar relacional que puedan existir, con el fin de plantearlos al equipo y, entre todos, determinar el proceso y el momento para su abordaje con la familia. En una comunicación que presenté en las VI Jornadas Internacionales sobre «Tratamiento educativo de la diversidad» (UNED, Palma de Mallorca, abril de 2009) relataba los siguientes factores, siendo aún hoy donde tengo puesto mi interés, con el fin de poder disponer de un instrumento que me facilite el trabajo:

#### A. Dinámica y organización familiar.

1. Padre o madre solo, sin relaciones familiares.

2. Unidad de convivencia con conflictos relacionales.

- Problemas de comunicación o que esta sea disfuncional.
- Discusiones frecuentes con agresividad.
- Pasividad o tangencialidad de algún miembro.
- Falta de respeto.
- Negligencias.
- Dificultades o inexistencia de diálogo.
- Conductas autoritarias que no favorecen la flexibilidad ni la tolerancia.
- Conflicto de roles.
- Parentalización de los hermanos.
- Falta de espacios de respiro para los padres (ocio) y tiempo propio para el espacio de pareja.
- Convivencia de tres generaciones en el hogar.

3. Conflicto relacional con la familia extensa.

- Discrepancias respecto a la atención al niño.
- No adaptación a la nueva situación (respuestas no ajustadas en el proceso de adaptación/proceso de duelo).
- Delegación total de roles parentales.
- No relación ni apoyo.
- Enfermedad y necesidad de darle apoyo.

4. Unidad convivencial incompleta.

- Institucionalización.
- Privación de libertad.
- Hospitalización.
- Ausencia.

5. Unidad convivencial en situación de separación temporal con repercusión en la atención y cuidados al niño.

- Enfermedad.
- Trabajos.
- Viajes frecuentes.

6. Maltrato físico.

- Prenatal.
- Golpes, quemaduras, palizas...

7. Abandono/riesgo físico.

- Alimentación: adecuada para su edad (incorporación de nuevos alimentos y texturas de los mismos). Desorganización de horarios.
- Vestido: ropa limpia y acorde con las condiciones climáticas.
- Dormir/sueño: horario acorde con las necesidades del niño, horas de sueño y descanso adecuadas.
- Hábitos de higiene. Aspecto general.
- Controles de salud y pediatría.
- Estado de limpieza del hogar, acumulación de suciedad, desorden/hacinamiento/falta de equipamientos básicos.
- Seguridad (para evitar accidentes).

8. Maltratos emocionales.

- Rechazo afectivo, aislamiento, incomunicación.
- Amenazas.
- Amenazas contra la seguridad.

9. Abandono emocional.

- Falta de respuestas a necesidades afectivas.
- Incomunicación activa en la relación.

10. Abusos sexuales.

- Incesto.
- Violación.
- Vejación sexual.
- Exhibicionismo.
- Abuso de autoridad para conseguir placer.

#### 11. Corrupción de menores.

- Exposición cotidiana a hábitos de alcoholismo, drogas, prostitución...
- Delincuencia.
- Proxenetismo.
- Chantaje.

#### 12. Antecedentes familiares (relatos/historia).

- Relatos familiares anteriores (riesgo de repetición de pautas): maltratos físicos, abandono, maltrato emocional, abusos sexuales, corrupción de menores, familias desestructuradas y multiproblemáticas.

#### 13. Competencias y respuestas parentales.

- Dificultades para la vinculación con el niño.
- Focalización de la atención en el déficit y no poder contemplar a la persona en su conjunto.
- Construcción de vínculos afectivos: presencia estable de una o de diversas personas cuidadoras. Análisis de posibles rivalidades y triangulación del niño.
- Laxitud de disciplina/pobres estilos disciplinarios, falta de límites.
- No tomar medidas para evitar accidentes.
- Utilización del menor en el conflicto.
- Descontrol parental de emociones.
- Dificultad para propiciar el aprendizaje de normas (rituales).
- Incoherencia en los estilos educativos.
- No potenciar la estimulación física e intelectual adecuadas.
- Inexistencia de espacios y de tiempo para el juego (juego simbólico y de reglas).
- Distribución de roles dentro de la familia. Flexibilidad de las tareas entre los diferentes subsistemas. Roles de género. Sobrecarga en algún componente de la unidad familiar.
- Hijos de padres con discapacidad.
- Hijos de padres con bajas competencias.
- Hijos de padres muy jóvenes o madres adolescentes.
- Hijos de padres que padecen algún tipo de adicción.
- Expectativas desajustadas a las potencialidades de los hijos.

- Analfabetismo total o funcional.

B. Situación económica.

- Ingresos ordinarios insuficientes.
- Gastos extraordinarios.
- No capacidad para la correcta administración económica.

C. Situación laboral de los padres/tutores.

- Abandono del mercado laboral (jubilación, incapacidad laboral...).
- Trabajo inferior a su categoría laboral o formativa.
- Acoso laboral.
- Dificultad para conciliar vida laboral y familiar.
- Excluidos desde hace tiempo del mercado laboral.
- Ocupación sumergida, ilegal.
- Desempleo.

D. Otros factores sociales.

- Desconocimiento de los servicios y prestaciones públicas.
- Dificultades para el acceso a los mismos. Información poco clara, facilitadora, itinerarios complejos...
- Variables relacionadas con etnia, religión, cultura, enfermedades con estigma que generan rechazo pasivo o activo...
- Mitos y creencias.
- Falta de red de apoyo.
- Falta de relaciones con el grupo de iguales.
- Familias desarraigadas o inmigrantes.
- Aislamiento social.

E. Contexto de atención al niño fuera del hogar.

- Falta de profesionales preparados para dar respuesta a las necesidades del niño.
- Falta o precariedad de ayudas técnicas y/o equipamientos.
- Escasa o insuficiente coordinación entre servicios y profesionales, y posibles contradicciones.



- Duplicidad.
- Respuestas desajustadas de los niños-compañeros, profesionales u otros padres.
- Poca flexibilidad y conciliación entre la vida laboral, familiar y la disponibilidad de los servicios.
- No trabajo en red, ni tener en cuenta a los SMAF (**sistemas más amplios que las familias**: personas y/o profesionales muy significativos del entorno, cuyas opiniones tienen mucho peso en la toma de decisiones (por ejemplo, la maestra del colegio, la enfermera del centro de salud, la jefa del padre que está muy informada de todo...). Entonces debemos tener muy en cuenta todas estas personas, porque tienen un peso importante para las familias que atendemos y pueden triangulizar a la mamá o al papá si nuestras orientaciones difieren de las suyas. Por ello, hay que contar con ellos.

Nuestra intervención profesional debe dar respuesta a los objetivos que la ONCE establece, pero, a su vez, tener muy presente en la atención a familias lo que marcan, por ejemplo, el Cerami y Real Patronato sobre Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, no descuidando en absoluto la intervención que debemos realizar a nivel comunitario.

El Plan de Acción del Cerami Estatal en materia de Atención Temprana para Personas con Discapacidad, dentro de sus propuestas de actuación, señala, referidas exclusivamente a familias:

- Mejorar la forma en que se comunica el diagnóstico prenatal, neonatal o postnatal, y asegurar una completa y adecuada orientación inicial.
- Conseguir que se dé a los padres la información adecuada y en las condiciones pertinentes, y siempre de forma accesible, estando atentos a su estado emocional.
- Garantizar la participación activa de las familias en la definición y ejecución de programas de atención temprana, a partir de su reconocimiento como núcleo fundamental para el desarrollo del niño.
- Fomentar el equilibrio personal y social de las familias; en definitiva, prevenir la segregación y el aislamiento de las mismas.

- Mejorar la preparación de las familias sobre el modo de afrontar las situaciones de la vida cotidiana, para ayudar al desarrollo del niño que precisa programas de atención temprana.
- Fomentar la creación de recursos de apoyo, formación y participación de las familias en los centros de desarrollo infantil y atención temprana.

En las recomendaciones técnicas para el desarrollo de la atención temprana (2005) del Real Patronato sobre Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, hace referencia a que la Federación de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT) plantea que el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) constituya el núcleo de distribución de diferentes acciones básicas, entre las cuales hace referencia a:

- Acciones con relación a la familia.
  - Creación de marcos de participación familiar, a la hora de tomar decisiones, y elección del Consejo Asesor de la familia.
  - Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.
  - Información, orientación y apoyo relacionados con el desarrollo personal del niño y con sus necesidades cotidianas.
  - Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.
  - Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.
  - Información sobre asociaciones de padres, usuarios y otros relacionados.
- En relación con el entorno.
  - Análisis de los contextos e itinerarios previsibles del desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.

- Informe de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos —soportes facilitadores en el entorno de cada niño y de la familia que lo precise—.
- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto al desarrollo infantil y a la comprensión del niño con trastornos en su desarrollo.
- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.
- Apoyo a la extensión de las redes de apoyo y autoayuda.
- Apoyo, asesoramiento y participación en la formación de voluntariado y profesionales de servicios sociales, sanitarios y educativos en todo lo que se refiere al desarrollo infantil y a los trastornos en el desarrollo.
- Participación en la formación y dirección de grupos de autoayuda.
- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal /autonómico...
- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

## Bibliografía consultada

ANDOLFI, M. (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós.

BELART, A., y FERRER, M. (1998). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. Colección Serendipity, 29. Bilbao: Desclé de Brouwer.

BOWLBY, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.

CAMPION, J. (1987). *El niño en su contexto: la teoría de los sistemas familiares en la psicología de la educación*. Madrid: Paidós-MEC.

---

OCHOGAVÍA, M. (2010). Trabajo social y atención temprana. *Integración: Revista sobre discapacidad visual*, 58, 169-182.

CERMI (2005). *Plan de acción del Cermi Estatal en materia de Atención Temprana a Personas con Discapacidad* [formato PDF]. Madrid: Cermi.

CERMI (2008). *CIAP/UNED: los menores con discapacidad en España* [formato PDF]. Madrid: Cermi-Cinca.

*Diagnòstics socials. Treball social en l'àmbit de la salut* (2007). Palma de Mallorca: Govern Balear, Servei de Salut.

ESCUADERO, M., LUCERGA, R. M., y SANZ, M. J. (1982). Una experiencia de atención precoz con niños ciegos de cero a seis años. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, 9.

FREIXA, M. (2000). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú.

GARCÍA-TREVIJANO, C., LEONHARDT, M., OYARZÁBAL, B., VECILLA, I. (2008). *Construir juntos espacios de esperanza: orientaciones para el profesional de atención temprana a niños con ceguera o deficiencia visual* [formato DOC]. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

GÚTIEZ, P. (2005). Atención temprana. En: P. GÚTIEZ (coord.), *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones*, p. 3-61. Madrid: Complutense.

HORNO, P. (2004). *Eduquem l'afecte: reflexions per a famílies, professorat, pediatres...* Col·lecció Família i Educació, 1. Barcelona: Graó.

HOWE, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Paidós.

KEW, S. (1978). *Los demás hermanos de la familia: minusvalía y crisis familiar*. Temas de Rehabilitación. Madrid: Serem.

ITURARTE, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI.

LAFUENTE, M. A. (coord.) (2000). *Atención temprana a niños con ceguera o deficiencia visual* [formato DOC]. Colección Guías. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

---

OCHOGAVÍA, M. (2010). Trabajo social y atención temprana. *Integración: Revista sobre discapacidad visual*, 58, 169-182.

LEONHARDT, M. (1988). *Treballant amb pares. Una aproximació teòrica per entendre els pares del nen cec. Quaderns per a l'educació del deficient sensorial 6*. Premià de Mar: Fundació Caixa de Pensions.

LÉVY, J. (1993). *El bebé con discapacidades: del acogimiento a la integración*. Barcelona: Paidós.

*Libro blanco de atención temprana* (2000). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a personas con minusvalías.

LUCERGA, R., y SANZ, M. J. (2003). *Puentes invisibles: el desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual [formato DOC]*. Colección *Manuales*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

MARTÍN, M., MIRANDA, M. F., y VEGAS, A. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Bilbao: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

O'HANLON, W. H., y WEINER-DAVIS, M. (2002). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

OKUN, B. (2001). *Ayudar de forma efectiva*. Barcelona: Paidós.

PELÁEZ, A. (dir.), MARTÍNEZ, B., y LEONHARDT, M. (2009). *Maternidad y discapacidad [formato PDF]*. Colección Barclays Igualdad y Diversidad, 1. Madrid: Cermi-Cinca.

PERPIÑÁN, S. (2009). *Atención temprana y familia: cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.

PÉREZ DE AYALA, E. (1999). *Trabajando con familias: teoría y práctica*. Zaragoza: Certeza.

QUINTERO, A. M. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

*Recomendaciones técnicas para el desarrollo de atención temprana [formato PDF]* (2005). Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

RICHMOND, M. E. (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI.

---

OCHOAVÍA, M. (2010). Trabajo social y atención temprana. *Integración: Revista sobre discapacidad visual*, 58, 169-182.

RUBIN, B., y BLOCH, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclé de Brouwer.

VARGAS, T., y POLAINO-LORENTE, A. (2001). *La familia del deficiente mental: un estudio sobre el apego afectivo*. Madrid: Pirámide.

VILA, A. (1991). *Els fills diferents: testimoni d'una mare*. Barcelona: Barcanova.

WILLIAM, J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona.

---

OCHOGAVÍA, M. (2010). Trabajo social y atención temprana. *Integración: Revista sobre discapacidad visual*, 58, 169-182.