



XV Documento: Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría. SEFIP

El posicionamiento del fisioterapeuta pediátrico ante las dificultades que presentan algunas familias

Autora: **Ascensión Martín Diez. Fisioterapeuta y psicomotricista del CDIAP de Mollet del Valles. Barcelona**

Introducción

A un fisioterapeuta se le denomina también como pediátrico cuando su especialización está encaminada a tratar de resolver o aminorar, en lo posible, las diferentes alteraciones que afectan al desarrollo psicomotor (sean del origen que sean) que se dan en la primera infancia.

En esta exposición intentaré analizar y explicar, desde mi propia experiencia, el posicionamiento, la actitud del profesional ante determinadas situaciones que se dan en la terapia.

El hecho de trabajar en un “CDIAP” (centro de desarrollo infantil y atención precoz) cuyo modelo de intervención es interdisciplinar y donde la intervención del fisioterapeuta es atender y entender las dificultades a nivel global con las que se encuentra el paciente y su entorno, es lo que ha hecho que reflexione sobre los aspectos más emocionales que afectan a la relación terapéutica con el niño y su familia.

Pasar del concepto de **estimulación precoz** al de **atención precoz** ha ido acompañado de una profunda y progresiva transformación en la organización de algunos (no todos) los equipos asistenciales, en los que se ha pasado de atender solamente **niños con patología física** con profesionales de la fisioterapia, la logopedia, la rehabilitación y la reeducación, encargados de la vertiente rehabilitadora a **equipos multiprofesionales** donde se han ido incorporando otras disciplinas como la psicología, la asistente social, el neuropediatra, el psicomotricista, etc.

En Cataluña y otras comunidades, los equipos de atención precoz estamos luchando por conseguir un modelo de intervención interdisciplinar, que no es multidisciplinar (que hablaría más de los profesionales que intervienen en el proceso terapéutico y no tanto del modelo de intervención aplicado por dichos profesionales).

EL MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

El equipo interdisciplinar es el formado por profesionales de diferentes disciplinas, en el cual se da un espacio formal para compartir la información, en el cual los diferentes profesionales adquieren conocimientos de otras disciplinas y los incorporan en su práctica. Un solo profesional, sea de la disciplina que sea, con el asesoramiento permanente del equipo, **si así se siente capacitado para ello, asume la responsabilidad de la atención del niño y el contacto directo con la familia**

Se dice que un equipo es interdisciplinar cuando los miembros de ese equipo están en sintonía, mediante un lenguaje en común, una misma manera de entender y atender al niño. Teniendo en cuenta la importancia que tiene la familia como responsables y promotores del desarrollo y evolución de sus hijos.

Se dice que un equipo trabaja de forma interdisciplinar cuando se cumplen una serie de premisas: Que cada miembro del equipo reconozca el valor del saber de cada uno de los profesionales que forman parte del equipo, con el fin de poder detectar y llegar a reconocer, desde todas las dimensiones posibles, las dificultades, los problemas y las necesidades que manifiestan tanto los niños como sus familias, independientemente de la disciplina con la cual nos identifiquemos. Esto se evidencia en la implicación y participación activa de todos los profesionales en las discusiones de casos clínicos y en el tipo de formación que se ha de ir adquiriendo

Cada profesional del equipo sea de la disciplina que sea, ha de estar dispuesto a reconocer y aceptar que su saber específico, no permite abordar, de forma exclusiva, la complejidad de

la problemática que presenta el caso al cual se enfrenta, y que necesita de un análisis, reflexión, discusión y la crítica constructiva de sus compañeros de equipo.

Otra premisa sería el compromiso en respetar los acuerdos que se toman por parte del equipo, lo que significa sentir como propias las decisiones tomadas y afrontar con responsabilidad personal la decisión de conseguir los objetivos que se hayan fijado, utilizando la metodología y el enfoque acordado

Considero imprescindible el respeto mutuo entre los miembros del equipo, lo que implica la elaboración de conflictos cada vez que estos surjan.

Para que este tipo de abordaje funcione es imprescindible:

El liderazgo de uno de los miembros del equipo, que con el reconocimiento general, sea capaz de mantener una coherencia, movilizar y canalizar las energías del equipo con el fin de conseguir generar iniciativas, proporcionar un clima de respeto, de tolerancia, de entusiasmo, de compromiso y de responsabilidad en los proyectos de trabajo.

Una supervisión externa (profesional cualificado con un saber reconocido por todos los miembros del equipo), la cual permitirá a cada uno de los profesionales que supervisan pensar, desde una perspectiva diferente y desde una cierta distancia emocional, respecto a su posicionamiento y su implicación tanto personal como profesional en el caso supervisado

No obstante, también he de reconocer la gran dificultad para poder llevar a la práctica este modelo de intervención de la interdisciplinariedad, que nadie cuestiona como concepto pero que encuentra todo tipo de obstáculos cuando se intenta implementar para establecer criterios de trabajo para cada caso, y, muchas veces, a pesar de los esfuerzos acabamos segmentando a los niños en tantos trozos como profesionales intervenimos, cada uno ve su parte y tendemos a perder de vista la globalidad del niño y sus circunstancias.

A partir de determinar el marco teórico (equipo interdisciplinar) y el modelo de intervención (abordaje global mediante una mirada integral del niño y su familia), intentaré describir el posicionamiento, la actitud del fisioterapeuta que trabaja en un equipo de estas características ante la familia y ante la terapia.

El fisioterapeuta y la terapia

El terapeuta que trabaja en el campo de la pediatría debe ser consciente de la importancia que tiene una visión global del caso a la hora de planificar la terapia, ha de tener en cuenta no solo sus capacidades neuromotrices y terapéuticas, sino también su entorno y situación familiar, lo que hace necesario que el planteamiento terapéutico sea también específico y ajustado a cada niño y su familia

Las propuestas terapéuticas se han de planificar teniendo en cuenta: edad cronológica y edad cognitiva, grado de autonomía motriz y funcional, los intereses lúdicos del niño, los recursos técnicos y materiales necesarios que permitan al niño realizar la actividad terapéutica o lúdica propuesta y los objetivos terapéuticos globales y específicos en función de la patología que presenta cada niño:

- A nivel físico (hipotonía, espasticidad, rigidez, distonía, atrofia, etc.).
- A nivel sensorial (ceguera, baja visión, problemas auditivos, sensoriooperceptivos, etc.)
- A nivel emocional (inhibición, pasividad, hiperactividad),
- A nivel psíquico (retraso cognitivo, psicosis, autismo, etc.)

Las sesiones de tratamiento han de estar planteadas de manera que:

- Por un lado, **le sirvan al niño para obtener un aprendizaje de nuevas conductas motrices y habilidades funcionales** que le permitan dominar el entorno que le rodea,

- Por otro lado, **le sirvan a la familia para entender el significado de la patología** que presenta su hijo y le puedan ayudar **funcionalmente (que no haciendo ellos los ejercicios propios de una sesión de fisioterapia)** desde la comprensión, el respeto a su evolución, la adaptación y la aceptación de las dificultades que presenta su hijo.

La planificación del tratamiento requiere, en todos los casos, de un tiempo previo para:

1. Escuchar el motivo de preocupación y/o malestar subjetivo que expresan los padres en la entrevista de acogida en relación a las dificultades que presenta su hijo.
2. Intentar entender el tipo de interacción que establece el niño con las personas y el entorno que le rodea
3. Establecer una relación de confianza tanto con el niño como con la familia
4. Observar tanto las capacidades y dificultades que presenta el niño como su actitud frente a ellas.
5. Buscar los recursos y las estrategias terapéuticas más adecuadas a cada caso que le ayuden a evolucionar y a conseguir la máxima funcionalidad y autonomía.

Para conseguir este aprendizaje **las estrategias terapéuticas** con las que contamos son:

1. Las diversas técnicas terapéuticas basadas en conceptos teóricos altamente especializados (Bobath, Vojta, Metayer, osteopatía, estimulación basal, estimulación sensoripropioceptiva, terapia craneosacral, Actividad acuática, hipoterapia, comunicación aumentativa, lenguaje de signos.... etc) con las que cada uno se haya formado e identificado,
2. Conocer los diferentes recursos materiales y técnicos que faciliten dicho aprendizaje
3. Pero también necesitaremos la participación lo más activa posible del niño en la medida de sus posibilidades, en todas las actividades terapéuticas propuestas.

Como todos sabemos el aprendizaje motor parte del interés y la motivación que tiene el niño para dominar el entorno y su cuerpo, por este motivo a la hora de planificar el tratamiento siempre se debe tener en cuenta una serie de condiciones que favorezcan dicho aprendizaje:

- Entorno material y físico adecuados
- Si no se practica no se aprende
- Si no se repite no se integra
- Sin Interés y motivación para practicar y dar sentido a lo que se practica no se aprende (implicación del cortex cerebral: Las áreas responsables del control voluntario, también lo son del control de los ajustes posturales)
- En terapia: si el niño es capaz de auto iniciar el movimiento poniendo intencionalidad y repitiendo la acción hasta integrarla se produce el aprendizaje motriz
- Siempre se ha de encontrar un equilibrio entre el deseo del niño y el objetivo a conseguir.

EL TERAPEUTA Y LA FAMILIA

Uno de los aspectos más difíciles y a la vez más importantes de nuestro trabajo tiene que ver con la relación que establecemos con las familias. En esta parte intentare analizar y describir algunas de las situaciones con las cuales nos encontramos los fisioterapeutas que trabajamos con niños de corta edad a lo largo del proceso terapéutico y el posicionamiento del fisioterapeuta ante ellas.

Debido al tipo de intervención que hacemos y a la corta edad de los niños que atendemos, los padres suelen estar presentes en las sesiones durante toda la primera fase del tratamiento (cada niño, cada familia y las diferentes circunstancias determinará hasta cuando). Sin duda para mí, e intuyo que para muchos de nosotros los fisioterapeutas, una de las mayores dificultades con las que nos encontramos a diario es entender y saber manejarnos con los distintos procesos emocionales por los que atraviesan las familias que atendemos.

La presencia o sospecha en el momento de nacer o durante los primeros meses de vida de un posible trastorno en el hijo, supondrá para los padres un **esfuerzo de adaptación a la situación nueva**, ya que lo que tenía que ser sentimiento de alegría pasa a ser sustituido por otro de dolor por la pérdida del niño sano que los padres esperaban, **esta pérdida activará un estado permanente de angustia** que pondrá en peligro su estabilidad emocional interna; **para defenderse de este peligro interno**, los padres, inconscientemente, reaccionaran poniendo en marcha una serie de **mecanismos de defensa**.

Los mecanismos de defensa son un conjunto de estrategias psicológicas automáticas e inconscientes que protegen al individuo frente a los estados de ansiedad y amenazas de origen interno o externo (negación, disociación, proyección, intelectualización, racionalización, identificación, desplazamiento, agresividad, etc.)

Estos mecanismos de defensa pueden ser **normales**, cuando permiten el crecimiento personal y la superación de los conflictos, o **patológicas** cuando dificultan las relaciones y entorpecen la resolución de los conflictos

El hecho de que los profesionales que atendemos a estas familias podamos entender que función y que finalidad tienen estos mecanismos de defensa, así como la identificación de los mismos a medida que se van presentando, permitirá al terapeuta, con asesoramiento del equipo, situarse de la forma más adecuada que permita ayudarlos en la elaboración de este duro proceso.

- Cuando los padres conocen la noticia de discapacidad han de hacer un proceso de duelo por la pérdida del hijo esperado
- La elaboración del duelo es un trabajo que implica tiempo, un proceso de cambio y requiere un esfuerzo de aceptación por parte de los padres
- Comprender mejor el proceso de los sentimientos y las emociones que viven los padres de niños con discapacidad y ayudarles en esta etapa tan temprana y decisiva en el establecimiento de las relaciones afectivas, es el que nos impulsa a trabajar atendiendo a todas sus necesidades, ya que como todos sabemos la relación e interacción que establece el niño con su familia es lo que va a determinar, entre otras cosas, el desarrollo de su personalidad y estructura psíquica futura.

El terapeuta que atiende a estas familias, en los primeros momentos, **puede observar que con frecuencia se repiten una serie de situaciones:**

1. **Aparición de sentimientos de culpa**, el cual les invade durante mucho tiempo, impidiéndoles ver con claridad cuál es su verdadera responsabilidad en la elaboración del conflicto.
2. Se **cuestionan su propia capacidad como padres** de un niño que va a tener una evolución diferente y ello les provoca gran cantidad de sentimientos de inseguridad y angustia ante lo desconocido.
3. **Ante la presencia de dificultades hay padres que se asustan de tal manera que son incapaces de reconocerlas, algunos incluso las niegan**, son los profesionales quienes los alertan de ellas. Con frecuencia, este miedo también les impide comentarlo con la pareja, con la familia, con los amigos de siempre, tienden a cerrarse en sí mismos, aislarse, deprimirse.

Ante **la confirmación** del problema cada padre va a reaccionar de forma subjetivamente diferente.

1º Algunos padres **cuestionan el trato y la profesionalidad** de los especialistas, descargando toda su agresividad contra el profesional que le comunica la noticia, autoconvenciéndose de que éste no es el especialista adecuado porque, o no sabe lo suficiente, o no está al día de nuevas técnicas.

También, aparecen manifestaciones de una cierta **agresividad** contra el profesional que los trata, no es, en general, una agresividad contra la persona concreta sino que es la proyección de la agresividad que los padres sienten contra la discapacidad. Por otra parte, esta agresividad o rabia bien canalizada puede ayudarles, en un momento determinado, a luchar contra su situación, permitiéndoles buscar caminos alternativos de salida de la situación que están viviendo

2º- Otros en cambio tienden a **justificar el problema** "quizá es inmaduro, es muy pequeño aún".

3º-Otros hacen una **negación** evitando así, asumir el hecho doloroso que supone la aceptación de la discapacidad de su hijo, con frecuencia van buscando nuevos especialistas que les devuelvan la ilusión por el hijo soñado y deseado, este peregrinaje parece aminorar los efectos devastadores del diagnóstico.

4º -El constante enfrentamiento a la **posibilidad de muerte** de niños que nacen con gran fragilidad (grandes prematuros, síndromes, plurideficiencias), supone para algunos padres una gran dificultad a la hora de vincularse emocionalmente con sus hijos.

5º-Algunos padres de niños considerados de alto riesgo, a parte de sus dificultades iniciales, pueden presentar con el tiempo **alteraciones asociadas**, reviviendo de nuevo la crisis inicial de forma muy dolorosa.

6º- Continuas referencias **al futuro**, en muchos casos, pensar en el futuro es una manera de no afrontar el presente. “cuando caminará”, “podrá sacarse el carné de conducir”, que será de ellos cuando no estemos”, etc.

7º- Muchos se sienten **frustrados** como padres incapaces de traer al mundo un hijo sano, esta frustración y rabia les invade y desborda, **generando estados de gran tristeza** y desanimo que normalmente acaba en **depresión**. Podríamos considerar que la depresión serviría para pasar de una situación esperada y anticipada como muy feliz a una situación dolorosa completamente distinta, hace de puente entre una situación y la otra sumamente distinta pero que, a su vez, posibilita el poder afrontar la nueva situación de forma más real.

8º- **Problemas de relación y comunicación con la pareja:** es necesario caer en la cuenta que cada miembro de la pareja no vive los procesos acontecidos de la misma manera. Cada uno puede expresar sus sentimientos respecto a la disminución del niño de forma completamente distinta y también manifestarlos en épocas diferentes. . En ocasiones la discapacidad de un hijo constituye una prueba muy dura para la pareja y no siempre se supera. Por ello, conviene estar atentos, preguntar con discreción por su estado anímico y no descartar la posibilidad de ofrecerles la posibilidad de una ayuda externa, de una persona que conozca a fondo los problemas por los que pueden atravesar las parejas en situaciones límite y de crisis: el psicólogo o el psiquiatra especializado

9º- En cuanto a **los hermanos** de los niños con discapacidad conviene estar alerta, ser sensibles ante las distintas manifestaciones que pueden mostrar con el fin de poderles ayudar indirectamente a través de nuestras charlas con los padres si no están bien, la situación familiar se puede complicar mucho.

- Es muy importante que reciban información del déficit lo mas veraz posible, pero adecuada a su edad.
- Los hermanos son parte activa de la dinámica familiar y con frecuencia se sienten relegados e incluso abandonados por el alto grado de atención que requiere un bebé con problemas.
- Por otro lado y debido al estrés también se les suele sobrecargar con exceso de responsabilidad, esperan de ellos que comprendan su pena, sus inquietudes, sus angustias e, inconscientemente, esperan de ellos respuestas de una gran madurez. Este hecho para el niño puede ser terrible ya que ni son conscientes de la magnitud del problema ni es su responsabilidad.
- La tristeza, la culpa, los celos, o la desilusión también pueden afectar de forma profunda al hermano.
- La problemática de los hermanos también recae sobre la familia y, por tanto, es un problema adicional que a muchos padres les cuesta reconocer porque enfrentarse con él también produce temor y mucho dolor.

9º-La reaparición de sentimientos dolorosos, las ansiedades, los miedos, la tristeza...que parecían superadas se vuelven a reavivar ante determinadas **situaciones de cambio** (la entrada a la guardería, a la escuela, cambios de terapeuta,

10º- Mantener el **compromiso de asistencia al tratamiento para algunos padres** resulta imposible, algunos desaparecen sin dar explicaciones, otros se excusan de mil maneras, otros reconocen abiertamente que no pueden venir por enfermedad, malestar, cansancio, desanimo, otros depositan en el profesional toda su impotencia y rabia ya que su ayuda es insuficiente y escasa, **el esfuerzo** que ponen en venir al tratamiento **no se ve recompensado** ni en el niño que no mejora, ni en ellos que rechazan nuestra ayuda. Este tipo de abandonos se suelen dar en los padres de niños muy graves.

11º- Otros padres **ocultan** información, intervenciones de otros profesionales, tratamientos paralelos, bien porque se sienten cuestionados continuamente o porque no han establecido una relación de confianza con el terapeuta.

La posición del terapeuta ante LA FAMILIA

Los padres se presentan ante el profesional con una herida narcisista representada por el problema o trastornos del hijo en el que se ven reflejados.

La demanda que nos hacen los padres tiene que ver con la reparación de dicha herida, para ello piden mucha estimulación, gimnasia, piscina, hípica, actividades de todo tipo, etc.. la mayoría de padres suelen depositar en esta intervención muchas expectativas.

Si nos preguntáramos a cerca de lo qué realmente esperan los padres de nosotros, la respuesta podría ser la de que esperan, inconscientemente, la sustitución del hijo maltrecho por el hijo soñado

Cuando los padres se encuentran por primera vez con el terapeuta, el cual no solo se va a interesar por el desarrollo patológico y los problemas que presente su hijo, sino que además va a escuchar y mostrar interés **por entender, lo que realmente les preocupa a ellos, dándoles a entender** la importancia que tienen ellos en todo el proceso de recuperación de su hijo, es lo que va a permitir un cierto movimiento en relación a asumir **una actitud responsable** y activa, por un lado respecto a lo que les pasa a ellos y a su hijo y por otro respecto a lo que esperaban de nosotros.

a.) Si de entrada nos apropiamos del poder que se nos otorga o supone, nos creemos que lo podemos todo, que todo lo sabemos, que todo depende de nosotros, que tenemos todas las respuestas a sus dudas...acabaremos sucumbiendo a la trampa de la **“no realidad”**, impidiendo que los padres asuman su propia responsabilidad en la elaboración de su propio proceso.

b.) En cambio si somos conscientes de que no todo lo sabemos, de que no todo depende de nosotros, si no que, hay otras muchas cosas que también influyen en el proceso de recuperación y a demás contamos con su saber a cerca de lo que les puede estar pasando a ellos y a su hijo en relación a dicho proceso, esta actitud permitirá la aparición del posicionamiento subjetivo de cada uno frente al problema, es a partir de la diferenciación y el desmarcarse de los ideales de hijo iniciales, lo que les permitirá llegar a aceptar que lo que querían ser o tener ya nunca serán o tendrán.

La intervención del profesional debe tender a **facilitar, a promover que los miembros de la familia puedan pensar y decir**, no adelantarnos con nuestras propias certezas, debemos aprender a tolerar “los espacios y los tiempos” de cada familia, a **soportar nuestra propia incertidumbre ante las demandas y también a aceptar nuestros propios límites**, en muchos casos lo que interpretamos como resistencia de las familias a cambiar o a aceptar nuestras propuestas, tiene mas que ver con nuestra resistencia a aceptar que nuestras certezas no son las de ellos

También nos suele pasar que cuando no entendemos lo que pasa, nos cuesta admitirlo y esperar, y tendemos a hacer interpretaciones que tienen más que ver con encontrar una respuesta allí donde sólo tenemos una pregunta, el efecto de esta respuesta por parte nuestra, generalmente no suele servir para aclarar, más bien taponar, llevando en algunos casos a que la familia descalifique nuestra intervención por resultarle extraña (no es eso lo que pasa) y en otros casos, a que la familia se someta y acepta nuestra supuesta verdad como la suya. Tanto una como otra anula su capacidad para pensar, para cuestionarse, para disentir, para decidir, para abrir procesos en lugar de cerrarlos.

La dificultad para aceptar nuestros límites y los de los demás nos provoca sentimientos de impotencia y profundo malestar, que si no se elaboran personalmente, bien través de la supervisión clínica, o del trabajo en equipo te pueden llevar a hacer intervenciones:

- Que provoquen malestar y resistencias en la familia porque no entienden lo que se espera de ellos.
- De una gran prepotencia desde el ejercicio de un rol asimétrico profesional, del que “sabe” enfrentado al que “no sabe”.
- Que anulen e ignoren su capacidad y competencias haciéndoles sentirse culpables por no hacerlo bien,

- Que provoquen el abandono del tratamiento por parte de la familia

La gran dificultad para nosotros, los fisioterapeutas pediátricos, que somos los profesionales del equipo que trabajamos con los procesos de duelo mas dolorosos (asumir una discapacidad permanente), es que en nuestra formación técnica no se nos forma en estos procesos vividos por los padres, cada uno de nosotros vamos aprendiendo de la experiencia y nos damos cuenta de la importancia que tiene entenderlos, para podernos colocar de la mejor manera posible con el fin de sino, no causar mas malestar del que ya existe,

La estrecha relación que establecemos con los padres les permite depositar en nosotros mucha confianza, nos cuentan todo lo que les preocupa, normalmente no quieren ir al psicólogo, (generalmente no funciona intentar separar el gran dolor que sienten, de los síntomas reales que presentan sus hijos) es por este motivo que debemos saber como ayudarlos en este duro proceso que comparten con nosotros y saber como reconducirlos a que entiendan que, los procesos por los cuales están pasando requieren de una intervención mas especializada, tienen que entender que no nos los quitamos de encima cuando les insinuamos que seria bueno poder hablar de todas estas cosas que les pasan con otro profesional, simplemente hemos de hacerles entender que nos hacemos cargo de las dificultades y que pensamos en quien es el profesional mas adecuado para ayudarlos.

No se trata de forzar una demanda cuando todavía no lo es, ni tampoco la derivación, no irán porque nosotros lo queramos, el hecho de que los padres acepten y entiendan que respetamos su tiempo para decidir y esperamos a que sean ellos los que pidan, entiendan y acepten la ayuda es suficientemente importante como para que el tratamiento psicológico se pueda dar y se obtengan los resultados esperados.

Para finalizar quisiera decir que cada profesional ha de poder decidir cual es su propio límite en la intervención, que modelo de intervención quiere o puede seguir, que está dispuesto a asumir y hasta donde está dispuesto a llegar. Nadie mas que él puede decidir su posicionamiento. No es mejor profesional el que es capaz de sumir más, sino el que tiene claro hasta donde puede y debe llegar.

Bibliografía consultada.

- BRAZELTON, T.B.- CRAMER B. La relación más temprana Barcelona, Ed. Paidós 1993
- TIZON, J. Apuntes para una psicología basada en la relación Barcelona, Ed. Biblària, 4ª ed. 1995
- Macias ML. Enfoque de sistemas dinámicos aplicado al desarrollo motriz y adquisición de la habilidad. Revista Associació Catalana d'Atenció Precoç.
- D. Meltzer i M Harris. El paper educatiu de la familia, Barcelona. Espaxs 1989
- Raquel Soifer ¿Para qué la familia?. Buenos Aires 1979
- Remei Tarragó. Prematuritat i vincle. Intervencions psicoterapèutiques en una unitat de cures intensives neoenatals (ucin). Aloma (Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i L'Esport). Universitat Ramon LLull. Pàgines 61 a 66.
- Bowlby J. Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida. Madrid. Ed. Morata. 1986
- Leonhardt M. Treballant amb pares. Una aproximació teòrica per entendre els pares del nen cec. Quaderns per a l'educació del deficient sensorial nº 6. Barcelona. Fundació Caixa de Pensions. 1988
- Leonhardt M. Crisis Cíclicas de adaptación e inadaptación en padres de niños ciegos. I Jornades Internacionals d'Atenció Precoç. Barcelona. 1991
- Leonhardt M. Trad. al castellano F. Sánchez Bosch. Primeros Sentimientos y Emociones que experimentan los padres de niños ciegos. Barcelona. 1997.