

Treball Final de Màster

El Trastorn de l'Espectre Alcohòlic Fetal.

Una revisió de la literatura sobre el
desenvolupament de les habilitats socials.

Maria Rubio Páez

11/06/2018

Tutor: Dra. Anna Balcells

Continguts

1. Introducció	9
2. El Trastorn de l'Espectre Alcohòlic Fetal i les habilitats socials.....	11
3. Disseny metodològic	19
3.1. Procediment	19
3.2. Criteris d'inclusió i exclusió	19
4. Resultats	21
4.1. Sobre els programes.....	21
4.2. Sobre els resultats de les intervencions	23
5. Discussió	31
6. Conclusions	33
7. Referències	35
8. Annex 1: Programes d'intervenció.....	40

Índex de taules

Taula 1. <i>Àrees afectades pel consum prenatal d'alcohol</i>	12
Taula 2. <i>Resultats de les intervencions</i>	26

Índex de figures

<i>Figura 1.</i> Impacte de la visió aliena.....	17
<i>Figura 2.</i> Procés de selecció dels articles inclosos a la revisió de la literatura.....	20

Resum

El Trastorn de l'Espectre Alcohòlic Fetal (TEAF), cada vegada més present a la societat, és conseqüència de l'exposició prenatal a alcohol. Els infants que han estat sota la influència d'aquesta substància presenten diferents tipus d'afectació, que repercuteixen en el seu desenvolupament. Una de les àrees afectades és la social, la qual juga un paper clau a l'hora de garantir l'evolució de l'infant a escala personal i intel·lectual. Per tal de minimitzar la repercussió d'aquesta afectació, s'ha realitzat una revisió de la literatura per identificar aquelles intervencions que treballen i estimulen les habilitats socials. Els resultats dels 10 articles seleccionats han permès, per una banda, identificar 7 programes que optimitzen diferents àmbits de les habilitats socials a través de metodologies diverses. I per una altra, fruit de l'aplicació dels programes, evidenciar millores en les habilitats socials d'aquests infants, al mateix temps que es genera un impacte en la visió i actuació de pares, cuidadors i, puntualment, docents. Gràcies a aquesta revisió de la literatura, es fa palès la necessitat de valorar les diferents àrees del desenvolupament per garantir el desenvolupament i l'aprenentatge significatiu dels infants. També, s'evidencia la necessitat d'implicar als docents, juntament amb els infants i les famílies, a l'hora de realitzar intervencions amb aquesta tipologia d'alumnat per facilitar la generalització d'aprenentatges.

Paraules clau: Trastorn de l'espectre alcohòlic fetal, TEAF, intervenció, desenvolupament, habilitats socials.

Abstract

The Fetal Alcoholic Spectrum Disorder (FASD), increasingly present in society, is a consequence of prenatal alcohol exposure. Children who have been under the influence of this substance have different types of affectations, which have an impact on their development. One of the affected areas is the social one, which plays a key role in guaranteeing child's development on a personal and intellectual level. In order to minimize the impact of this affectation, a review of the literature has been carried out to identify those interventions that work and stimulate social skills. The results of the 10 selected articles have allowed, on the one hand, to identify 7 programs that optimize different areas of social skills through different methodologies. And on the other, after applying the programs, to demonstrate improvements in the children's social skills and also an impact on the vision and action of parents, careers and, prompt, teachers. This literature review makes clear the need to assess the different areas of development in order to guarantee the progress and meaningful learning of children. It also shows the need to involve teachers, together with children and families, when it comes to making interventions with this type of student, in order to facilitate the generalization of learning.

Key words: Fetal alcohol spectrum disorder, FADS, intervention, development, social skills.

1. Introducció

L'educació, la bona qualitat d'aquesta i la igualtat d'oportunitats per accedir-hi són drets fonamentals de tots els infants (Booth & Ainscow, 2015; Llei 12/2009, del 10 de juliol, d'educació). Des d'aquest marc de referència, a tots els infants se'ls ha de donar l'oportunitat de desenvolupar-se amb els seus companys dins de les aules ordinàries (Stainback, 2001a) a través de l'educació i l'escola inclusiva.

Són molts els esforços que el sistema educatiu, en general, i les escoles, en concret, estan duent a terme per atendre les necessitats de tot l'alumnat. Tot i això, en alguns casos encara són necessàries un seguit de renovacions pedagògiques que permetin abandonar del model educatiu tradicional. Aquestes han d'impulsar models més holístics, que respectin i atenguin les singularitats presents en el desenvolupament de cada persona. A la vegada, també han d'incloure a tots els infants i agents de la comunitat educativa en activitats i responsabilitats tant a dins de l'escola com fora d'ella (Stainback, 2001b).

És des d'aquesta intenció de participació activa de tots els infants a les aules ordinàries que sorgeix la necessitat de què els docents es formin en relació a les diferents necessitats educatives que poden presentar els alumnes. Així, coneixeran els punts forts, els punts febles i les necessitats pròpies de cada individualitat, amb l'objectiu d'adequar-ne els suports i obtenir resultats millorats.

Aquesta necessitat de formació tot just esmentada, es dona amb un trastorn cada vegada més visible: el Trastorn de l'Espectre Alcohòlic Fetal (TEAF). Titulars com "Milers de catalans adoptats a l'Est pateixen alcoholisme fetal" (La Vanguardia, 2016), "La síndrome d'alcoholisme fetal posa en xec les adopcions a Rússia i Ucraïna" (El País, 2017) o "La Generalitat avalua quants nens adoptats a països de l'Est pateixen alcoholisme fetal" (el Periódico, 2017) posen de manifest l'augment d'infants afectats amb la síndrome d'alcoholisme fetal, inclosa dins d'aquest trastorn.

Lange et al. (2017) en un estudi sobre aquest trastorn entre infants i joves, estimen que la prevalença mundial és de 7,7 per cada 1000 habitants. Donant-ne suport, Fernández-Mayoralas i Fernández-Jaén (2011) s'aproximen a aquesta xifra amb una prevalença mundial de 9-10 infants afectats per cada 1000 infants nascuts vius. Nash, Sheard, Rovet i Koren (2008), a escala reduïda i centrant-se en els Estats Units, també coincideixen amb aquestes xifres.

Encara que les estimacions varien segons els autors i les regions, el cert és que la prevalença dels infants que tenen aquest trastorn augmenta. En conseqüència, sorgeix la necessitat i l'obligació de proporcionar els suports adequats que els capacitin per accedir a informacions i

situacions quotidianes –treball, oci, etc.–, per tal que puguin desenvolupar-se com a persones (Font, 1997). Donada aquesta realitat, en el present document s’ha realitzat una revisió de la literatura sobre intervencions centrades en el treball i desenvolupament de les habilitats socials en infants amb TEAF.

Per poder abordar l’objectiu de manera coherent i respectant la informació de què es disposa en relació al TEAF, es presenta en primer lloc, el marc teòric. En ell s’explica en què consisteix aquest trastorn i quines són les àrees o àmbits del desenvolupament afectats. Seguidament, es tracten les habilitats socials i la seva importància en el desenvolupament de les persones.

A partir del buidatge informatiu, que servirà com a punt de referència, s’abordarà l’objectiu principal d’aquest treball: realitzar una revisió de la literatura descriptiva sobre intervencions que permetin desenvolupar les habilitats socials dels infants amb TEAF. Pel que fa al mètode utilitzat per realitzar la present revisió, s’ha realitzat la cerca bibliogràfica en quatre bases de dades i, posteriorment, s’han seleccionat els articles d’acord amb els criteris d’inclusió i exclusió corresponents.

Un cop desenvolupat tot el procés de cerca, anàlisi i síntesi d’informació, s’ha obtingut un seguit d’intervencions en relació al desenvolupament de les habilitats socials en infants amb TEAF. Aquests resultats han permès construir la discussió final i les conclusions. A aquestes últimes, es recupera l’objectiu plantejat a l’inici per comprovar-ne l’assoliment i es valora de tot el procés de revisió, explicitant les limitacions i la prospectiva.

2. El Trastorn de l'Espectre Alcohòlic Fetal i les habilitats socials

Actualment, el consum d'alcohol durant l'embaràs és la causa més comuna, prevenible i no-hereditària de deficiència intel·lectual i de defectes congènits (Denny, Coles & Blitz, 2017; Martín Fernández-Mayoralas & Fernández-Jaén, 2011). Ja des de l'any 1968, gràcies a la detecció d'un grup d'infants que presentaven alteracions severes a causa del consum d'alcohol per part de la mare durant l'embaràs, es va evidenciar que l'exposició prenatal a alcohol tenia efectes negatius en el fetus (Eberhart & Parnell, 2016).

Posteriorment, atès que els dèficits que presentaven els individus no eren dicotòmics, sinó que formaven part d'un espectre, es va modificar i ampliar la definició de la Síndrome d'Alcoholisme Fetal per la del Trastorn de l'Espectre Alcohòlic Fetal. Aquest és el ventall que inclou tots els trastorns resultants de l'exposició prenatal a alcohol (Nash et al., 2008). Els efectes, en funció de cada individu i dels seus antecedents, poden incloure: retard del creixement, dismorfologia facial, disfuncions del sistema nerviós central o problemes de neurocomportament (Denny et al. 2017; Peadon, Rhys-Jones, Bower & Elliot, 2009; Sokol, Delaney-Black & Nordstrom, 2003).

Com es pot deduir, la presència del TEAF mundialment i l'impacte que genera en el desenvolupament dels infants es poden reduir. Per aconseguir-ho, cal actuar de manera preventiva i seguir la pauta proposada per l'American Academy of Pediatrics, la qual especifica que:

cap quantitat de consum d'alcohol durant l'embaràs es pot considerar segura; no hi ha trimestres segurs per beure alcohol; totes les formes de consum d'alcohol suposen un risc similar; i el consum excessiu d'alcohol planteja un risc dosis-depenent pel fetus (Denny et al., 2017, p. 2)

Quan aquesta recomanació s'infringeix i l'infant presenta les anomalies esmentades anteriorment s'inicia el procés de diagnòstic, que resulta ser complex i multidisciplinari, per confirmar la presència de TEAF i conèixer-ne el perfil específic. En aquest moment, en què les estratègies de prevenció primària no han sigut efectives, el diagnòstic precoç es converteix en una peça clau que permetrà la intervenció primerenca i l'oportunitat de reduir els efectes adversos del trastorn (Peadon et al., 2009).

Segons diversos autors (Denny et al., 2017; Hoyme et al., 2016), el procés a seguir per oferir una resposta efectiva s'inicia documentant l'exposició prenatal a alcohol a través de diferents fonts i mesures fiables. D'ella depèn el diagnòstic dins de l'espectre, atès que el fenotip físic i neuroconductual no sempre és el mateix.

Posteriorment, a través de les guies ofertes per l'Institute of Medicine (IOM), el 4-Digit Diagnostic Code o les Canadian Guidelines es concreta el diagnòstic. Per fer-ho, s'avalua la dismorfologia facial, el retard del creixement, la disfunció del sistema nerviós central i les alteracions neuroconductuals, considerant l'exposició prenatal a alcohol o no i la seva confirmació, enregistrades anteriorment (Glass, Ware & Mattson, 2014; Hoyme et al., 2016; Sokol et al., 2003). Els resultats d'aquest procés d'avaluació permetran especificar la categoria diagnòstica final. Ara bé, en aquells casos en què el diagnòstic no estigui clar, és important realitzar un diagnòstic diferencial per descartar altres trastorns. Peadon et al. (2009) i Denny et al. (2017) en els seus respectius articles divideixen el TEAF en les següents categories:

- Síndrome d'Alcoholisme Fetal o Fetal Alcoholic Syndrome (FAS) amb confirmació d'exposició prenatal a alcohol o sense
- Síndrome d'Alcoholisme Fetal Parcial o Partial Fetal Alcoholic Syndrome (PFAS)
- Trastorns del neurodesenvolupament relacionats amb l'alcohol o Alcohol-related neurodevelopmental disorders (ARND), la qual requereix confirmació d'exposició alcohòlica per part de la mare i problemes de neurodesenvolupament inexplicables d'altra manera
- Trastorns congènits relacionats amb l'alcohol o Alcohol-related birth defects (ARBD), els quals requereixen confirmació d'exposició alcohòlica per part de la mare i defectes de naixement específics atribuïbles a l'alcohol

Confirmat el diagnòstic, l'atenció se centra a determinar el perfil d'aprenentatge específic de l'infant per proporcionar-li els suports adients (Kalberg & Buckley, 2007). Per fer-ho, s'ha de considerar la repercussió del TEAF en diferents dominis. Globalment, es donen afectacions en la capacitat intel·lectual global, la cognició, el comportament i l'autoregulació i les habilitats adaptatives (Hoyme et al., 2016; Kalberg & Buckley, 2007). Aquestes àrees afectades es concreten a la següent taula (Coriale et al., 2013; Glass et al., 2014; Nash et al., 2008):

Taula 1

Àrees afectades pel consum prenatal d'alcohol

Intel·ligència i processament cognitiu

Els infants amb TEAF presenten dificultats d'aprenentatge i un retard en la velocitat de processament cognitiu, la qual es fa més visible a mesura que l'infant creix. En relació a la intel·ligència o capacitat intel·lectual general és un dels àmbits d'afectació més important i estable. Concretament, en relació al CI, les puntuacions s'estenen des de rangs dins de la normalitat fins a rangs baixos.

Funcions executives

Els infants amb TEAF sovint tenen afectat aquest àmbit de processament. Aquest dèficit té una gran repercussió en múltiples aspectes com la planificació i resolució de problemes, la flexibilitat cognitiva, la formació de conceptes, el processament de les funcions executives i emocionals, la inhibició de la resposta a estímuls i la memòria de treball (manteniment i manipulació de la informació). L'afectació d'aquests processos cognitius pot tenir conseqüències en l'àmbit més de social i comportamental dels infants amb TEAF.

Aprenentatge i memòria

Els infants amb TEAF presenten dificultats en relació a la memòria verbal i espacial. Pel que fa a la memòria verbal, el nucli problemàtic es troba en l'adquisició i la codificació de la informació (omissions, intrusions, perseverances, mala discriminació per al reconeixement). També es donen dèficits en la recuperació de la informació, tot i que un cop s'ha après quelcom, la informació es pot recuperar. Pel que fa a l'emmagatzematge, es pot veure afectat indirectament si les estratègies necessàries per retenir informació estan afectades.

Quant a la memòria espacial les conclusions extretes no són clares. Hi ha estudis que han identificat dèficits en la memòria espacial i no en la d'objectes. En canvi, d'altres no troben diferències significatives.

Atenció

Els infants amb TEAF presenten dèficit d'atenció, la qual cosa implica que el TDAH és una de les comorbiditats més freqüents. Les repercussions d'aquest dèficit en aquesta àrea varia en funció dels autors. En alguns casos s'especifica que el dèficit d'atenció afecta la codificació i canvi de focus d'atenció i no a l'atenció sostinguda. En canvi, altres, sí que identifiquen dificultats en l'atenció sostinguda. També es poden donar dèficits en la vigilància, el temps de reacció, el processament d'informació i el control executiu emocional.

Llenguatge (habilitats lingüístiques)

Els infants amb TEAF presenten dificultats tant en el llenguatge receptiu com en l'expressiu. A més, cal tenir en compte possibles endarreriments en l'adquisició del llenguatge. Tot i això, el més afectat és el llenguatge receptiu, atès que hi ha problemes de comprensió i interpretació de la informació.

Tots aquests dèficits repercuteixen directament en les habilitats comunicatives de l'infant. Quan interaccionen amb l'entorn tenen dificultats a l'hora de combinar demandes lingüístiques amb altres de caràcter social. Conseqüentment, es dona la possibilitat que apareguin problemes

socials, problemes emocionals, problemes de rendiment escolar, etc. Cal considerar que els problemes de llenguatge poden actuar com a indicador d'un trastorn central del processament auditiu.

Àmbit social

Els infants amb TEAF des que són petits mostren dificultats en les relacions socials. A mesura que creixen, s'identifiquen problemes en les relacions interpersonals, a causa de: la impulsivitat, l'agressivitat, una mala comprensió del llenguatge (ironies, humor, etc.), la manca de capacitat per identificar emocions (teoria de la ment), la mala inferència de pautes socials i la no comprensió i consideració de perspectives alienes.

Pel que fa a l'autoregulació i l'estabilitat emocional, tenen grans dificultats. La impulsivitat i els canvis d'estat d'ànim, van acompanyats de la manca de culpabilitat, de la no realització de judicis morals i d'una mala capacitat d'aprendre d'experiències anteriors. En relació a l'externalització de comportaments i la internalització d'emocions, tenen repercussions molt negatives pel benestar de l'infant, les quals es mantenen al llarg de la vida si no es treballen.

Fites i rendiment escolar

Els infants amb TEAF presenten dificultats a nivell verbal (lectura i escriptura) i matemàtic i, també, en l'àmbit de relacions socials. A causa d'un rendiment escolar baix i de males relacions amb el mateix entorn, pot ser que abandonin els estudis.

Motricitat

Els infants amb TEAF poden presentar afectacions tant en la motricitat fina com en la gruixuda. En el cas de la motricitat fina, la velocitat i la coordinació poden estar afectades. En relació a la motricitat gruixuda, tenen dificultats en la regulació de la força, a l'hora de realitzar trajectòries amb un punt- objecte amb els braços, en l'equilibri i la marxa.

Psicopatologies o discapacitats secundàries

Els infants amb TEAF tenen més risc de patir psicopatologies o discapacitats secundàries. L'entorn juga un paper clau en el desenvolupament i tractament – preventiu o dirigit-d'aquestes, les quals poden ser trastorns de salut mental (suïcidi, psicopaties, trastorns de la personalitat, etc.), consum de drogues, problemes legals i problemes educatius/laborals/socials.

Nota. Taula feta per l'autora a partir de Coriale et al., 2013; Glass et al., 2014; Nash et al., 2008.

Les conseqüències esmentades s'han de tenir en compte de manera global, integral i emmarcades en la realitat de cada individu a l'hora de dissenyar intervencions educatives. Això es deu al fet que no tots els infants presenten les mateixes característiques ni responen de la mateixa manera a suports i intervencions específiques.

De totes aquestes àrees, la present revisió de la literatura se centra en la social, específicament en les habilitats socials. No obstant això, és important no obviar la relació amb totes les altres, atès que l'àrea social condiona i està condicionada per elles. En aquest sentit, l'àmbit social es converteix en una peça clau per al desenvolupament intel·lectual i personal dels infants i per a la prevenció de psicopatologies secundàries. D'altra banda, una de les àrees que més contribueix a la manifestació de conductes problemàtiques o desadaptatives i d'habilitats socials poc riques correspon a les funcions executives (Mattson, Crocker & Nguyen, 2011). Aquestes són essencials a l'hora de fer front a qualsevol situació social, ja que permeten resoldre problemes, planificar o inhibir respostes, canviar d'activitat o corregir errors (Kodituwakku, 2009; Chasnoff, Wells, Telford, Schmidt & Messer, 2010).

Per poder abordar les habilitats socials s'ha de tenir en compte, inicialment, l'entorn i el paper d'aquest en el desenvolupament de l'individu. És en el microsistema familiar on s'inicien els intercanvis socials que afecten directament el desenvolupament de la persona. Els nadons utilitzen conductes simples per interactuar i establir relacions primàries amb membres de l'entorn, mentre els adults adapten la seva resposta per sincronitzar-se amb ells (Vila, 1990).

En aquest entorn s'estableix el vincle d'aferrament, el qual proporciona seguretat i protecció emocional. És més, "el tipus d'aferrament i el model intern que construeix el nen en interacció amb les seves figures d'aferrament influeixen en la competència social del nen amb els seus companys" (Ortiz, Fuentes & López, 1990, p. 175). Així, l'infant defineix la seva personalitat -seguretat, empatia, autoeficàcia, etc.- i el seu rol a l'hora d'interactuar amb els seus iguals en diferents situacions i entorns.

Un altre entorn de gran importància és l'escola, on els infants passen moltes hores. Aquesta, complint amb la seva funció socialitzadora (Coll, 1990), actua com a facilitadora d'experiències, d'oportunitats i de contactes amb els iguals. En aquest punt, els companys i la relació amb ells, són de gran importància, ja que cobreixen diverses funcions. Concretament, es converteixen en una font de diversió i companyia, en una oportunitat per reflexionar i aprendre sobre un mateix i els altres, per treballar habilitats socials i per progressar a nivell cognitiu (Moreno, 1990).

La relació amb els membres de l'entorn també rep suport des de diverses teories de l'aprenentatge. Des de la visió constructivista i vygotskiana s'entén l'aprenentatge com a un procés social i compartit (Cubero & Luque, 1990), on les relacions i habilitats socials són cabdals. En aquest procés, des de la perspectiva ecològica, s'entén que hi ha relació quan "una

persona en un entorn para atenció a les activitats d'una altra, o participa en elles" (Bronfenbrenner, 1987, p.7). Malauradament, aquesta activitat aparentment senzilla pot suposar un gran repte per als infants amb TEAF a causa de les dificultats socials, d'atenció i de llenguatge, entre altres, que presenten.

La importància que se li atorga al fet de saber relacionar-se amb una altra persona es deu al fet que és la base per a l'establiment d'una diada i, consegüentment, d'estructures interpersonals cada vegada més complexes que susciten el desenvolupament (Bronfenbrenner, 1987). És a partir d'aquí que l'individu construeix el seu coneixement i accedeix als signes de caràcter social que guien l'activitat de les persones (Cubero & Luque, 1990) que li permetran anar ampliant i enriquint el seu saber i les relacions interpersonals.

Per aquesta raó, la co-construcció del coneixement i el treball cooperatiu -tutoria entre iguals, aprenentatge cooperatiu i col·laboració entre iguals- guanyen un gran protagonisme en el procés d'aprenentatge. Aquestes estructures, a més a més, aporten beneficis en l'àmbit acadèmic, motivacional i actitudinal, sempre que es garanteixi una interacció real, eliminant aquelles variables que puguin dificultar-la (Colomina & Onrubia, 1990).

En aquestes agrupacions entre iguals sorgeixen petites estructures socials amb unes característiques concretes i regides per un sistema de valors i normes propi (Moreno, 1990). Dins de cada grup, "els nens que mostren característiques que faciliten la marxa del grup i que fan sentir bé als seus membres seran acceptats, mentre que els que la dificulten seran refusats" (Moreno, 1990). És a dir, cada infant adopta una posició en funció de l'impacte i la preferència social.

L'estatus sociomètric i la visió que els altres membres construeixen generen un impacte molt significatiu en la persona. En el cas dels infants que ocupen una posició negativa, com poden ser els infants amb TEAF, entren en la següent dinàmica que dificulta el desenvolupament social i, per extensió, intel·lectual (Moreno, 1990):

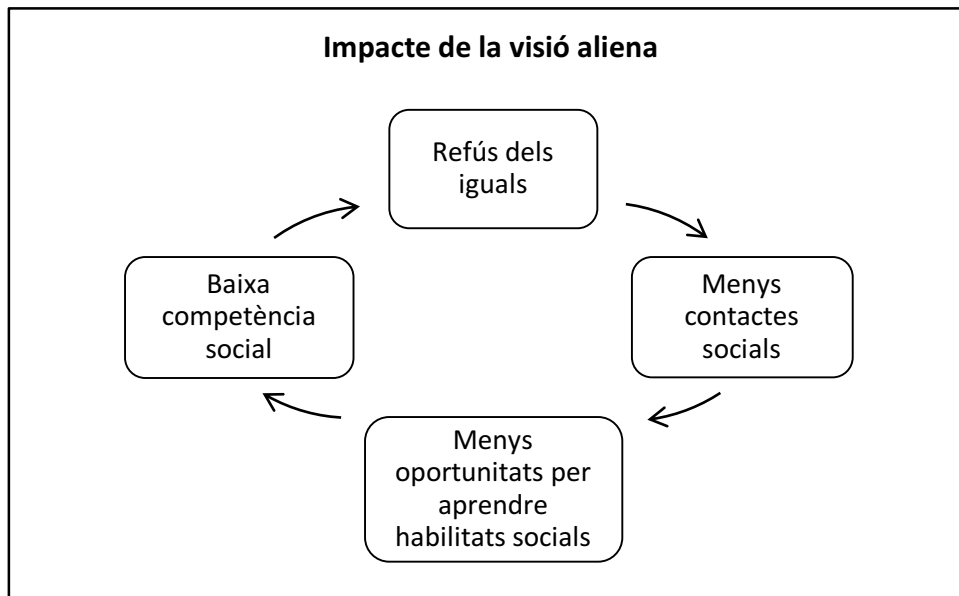


Figura 2. Impacte de la visió aliena. Font: Realitzada per l'autora a partir de Moreno, 1990.

Com s'evidencia, el desenvolupament de les habilitats socials o "de les capacitats o eines de què disposa i mobilitza una persona quan s'enfronta a una situació d'interacció social" (García-Vera, Sanz & Gil, 1998, p.64) és imprescindible per poder créixer com a persona a nivell social i intel·lectual. Des del model interactiu, les habilitats socials es defineixen tenint present la influència recíproca que es dona entre els factors personals i ambientals. Talment, en funció de les habilitats socials, es definirà el nivell de competència, entesa des del mateix model com:

El resultat final d'una cadena de processos cognitius i de conducta que s'iniciaria amb una percepció correcta d'estímuls interpersonals rellevants, seguiria amb el processament flexible d'aquests estímuls per produir i avaluar possibles opcions de resposta, de les quals se seleccionaria la millor, i finalitzaria amb l'expressió de l'alternativa de l'acció escollida (León & Medina, 1998, p. 20).

En conseqüència, dels factors ambientals i personals que conformen les habilitats i competència social i de la interacció entre ells dependrà que una resposta sigui socialment competent (León & Medina, 1998). Aquesta ho serà quan sigui agradable i favorable per l'individu i la gent que l'envolta i, en canvi, serà inadequada quan suposi efectes desagradables (García-Vera et al., 1998).

Totes les respostes que mostra una persona davant d'una situació concreta, condicionades per les habilitats i competències socials, persegueixen un objectiu. Malauradament, si no es disposa de les habilitats necessàries per poder escollir la resposta més efectiva, l'objectiu no s'assoleix i es torna a repercutir negativament en la concepció de la resta d'individus (García-Vera et al.,

1998). Normalment, quan la conducta o resposta emesa obté un resultat negatiu es redueix o desapareix. Tot i això, si la persona no disposa dels recursos per resoldre la situació d'una altra manera, analitza la situació i creu que la seva resposta ha sigut adient o bé es proporciona simultàniament un reforç positiu, la conducta inadequada es pot mantenir (García-Vera et al., 1998).

En el cas dels infants amb TEAF, com s'ha comentat anteriorment, tenen dificultats a l'hora d'establir i mantenir relacions interpersonals i, també, a l'hora de realitzar valoracions i aprendre de situacions prèvies. Com a conseqüència, poden aparèixer comportaments desadaptatius i problemes en l'autoconcepte que perjudiquin el seu desenvolupament. Per poder transformar l'experiència social d'aquests infants de negativa a positiva, i que així puguin conviure i a aprendre a través de la interacció, les seves habilitats socials es poden exercitar (García-Vera et al., 1998).

La possibilitat de treballar entorn les habilitats socials per aconseguir una millora en la competència social de l'alumnat amb TEAF, i l'existència de diferents programes per fer-ho possible, justifica, l'objectiu del present treball. Aquest consisteix en la realització d'una revisió de la literatura sobre intervencions centrades en el treball de les habilitats socials en infants amb Trastorn de l'Espectre d'Alcoholisme Fetal.

3. Disseny metodològic

3.1. Procediment

La revisió de la literatura que es presenta en el següent escrit es va realitzar a les bases de dades *Eric*, *PsychInfo*, *PubMed* i *Web of Science*, sense aplicar cap filtre de selecció a excepció de l'idioma, ja que la cerca es va realitzar en anglès. Per poder identificar les publicacions relacionades amb el centre d'interès es van emprar, de manera combinada, les següents paraules clau: <<*fetal alcohol spectrum disorder, fetal alcohol syndrome, partial fetal alcohol syndrome, alcohol-related neurodevelopmental disorders i alcohol-related birth defects*>> i <<*social skills, social abilities, social interaction i self-regulation, behavior*>> i <<*intervention, training, therapy*>>.

Inicialment i fruit de les diferents combinacions introduïdes en els quatre cercadors es va obtenir un total de 1657 articles, els quals van reduir-se a 1314 després d'extreure els duplicats. Seguidament, es va realitzar la selecció dels articles llegint el títol i el resum, fent que el total d'articles útils passés a ser de 894 i 99 respectivament. Finalment, es va procedir a l'aplicació dels criteris d'inclusió i exclusió a partir dels quals es van escollir 10 articles per incloure a la revisió. Aquest procés es pot veure detalladament a la Figura 2.

3.2. Criteris d'inclusió i exclusió

Per tal que els articles fossin inclosos en la revisió, havien de complir amb els següents criteris: a) publicació entre els anys 2000 i 2018, b) publicació en llengua anglesa, c) mostra superior a un participant (cas únic), d) edat dels participants entre 3 i 12 anys, e) publicacions d'estudis d'intervenció, f) no ser intervenció farmacològica exclusivament, i g) intervenció en persones.

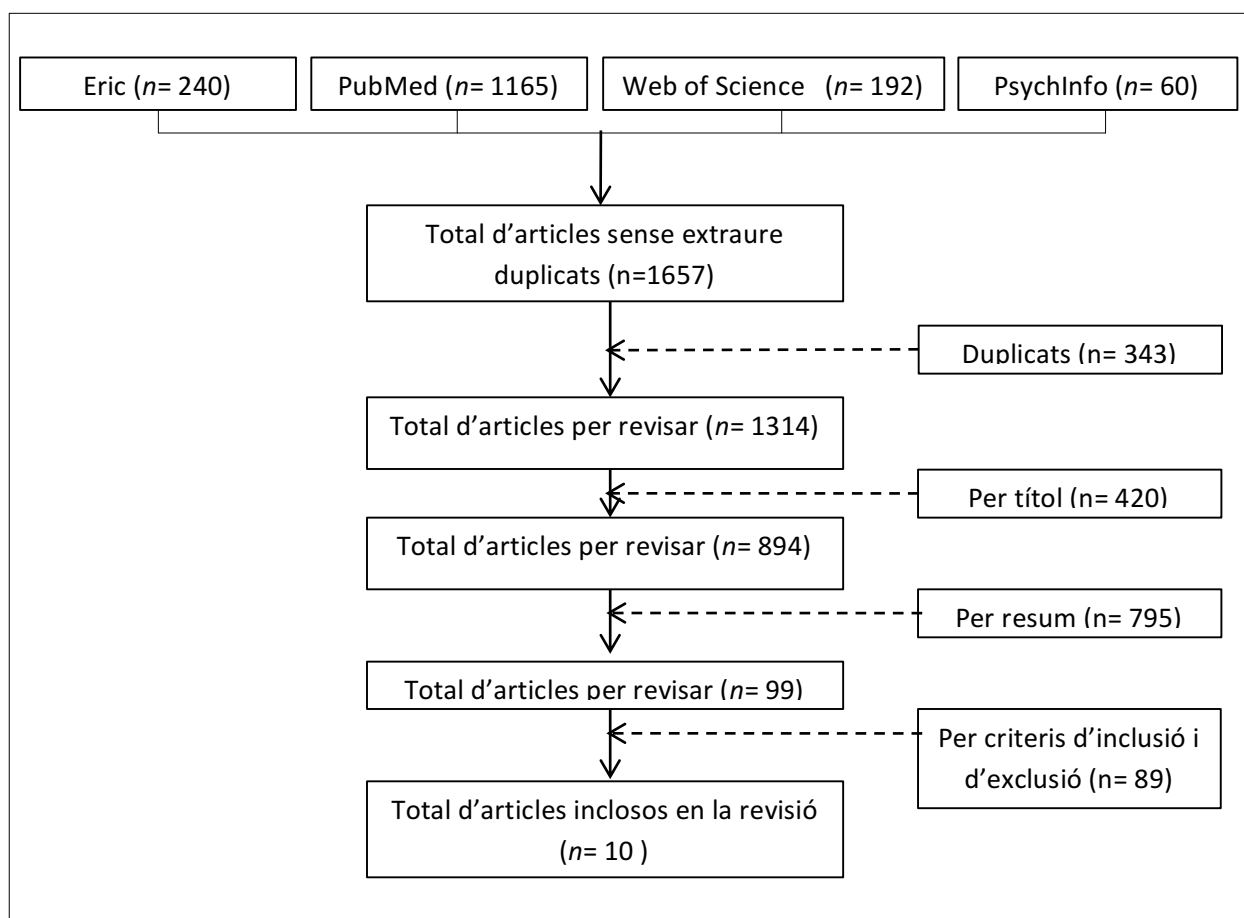


Figura 3. Procés de selecció dels articles inclosos a la revisió de la literatura. Font: figura realitzada per l'autora.

4. Resultats

Per poder contextualitzar els resultats de les 10 intervencions incloses i analitzades en la present revisió de la literatura, s'ha confeccionat una taula (disponible a l'Annex 1) sobre els programes emprats en aquestes. L'ordre que segueix l'explicació dels programes no és alfabètic, sinó que concorda amb l'ordre en què es presentaran els resultats de les intervencions. Seguidament, s'aborden els resultats de les intervencions.

4.1. Sobre els programes

Tot seguit es descriuen les adaptacions, els objectius i la metodologia dels 7 programes d'intervenció que desenvolupen les habilitats socials, comportamentals i adaptatives dels infants amb TEAF.

El programes que han guiat les intervencions seleccionades s'han aplicat, majoritàriament, tal com van ser dissenyats. Per contra, en el programa *Children's Friendship Training* (Laugeson et al., 2007) s'han realitzat un seguit de modificacions amb l'objectiu d'adaptar-lo a les característiques dels infants amb TEAF (Laugeson et al., 2007). D'altra banda, els programes *Families on Track Integrated Preventive Intervention Program* (Domitrovich, Cortes i Greenberg, 2007; Kelly, Longbottom, Potts i Williamson, 2004) i *Neurocognitive Habilitation* (Dykeman, 2003) són propostes d'intervenció que sorgeixen de la combinació de dos programes.

Pel que fa als objectius, en general els programes tenen com a centre d'actuació l'autoregulació, la reducció dels comportaments i conductes desadaptatives i la millora de les relacions amb l'entorn. D'ells es diferencia el programa *Math Interactive Learning Experience* (Kable, Coles i Taddeo, 2007), dissenyat per treballar les habilitats prematemàtiques i matemàtiques, però que també té efectes positius en l'àmbit personal i del comportament.

En relació a l'estructura de les intervencions s'identifiquen diferents metodologies. El programa *GoFAR Program* (Coles, Kable, Taddeo i Strickland, 2015) es dirigeix als infants mitjançant un joc d'ordinador i, paral·lelament, als pares o cuidadors a través de sessions de formació. Per garantir el treball en una mateixa direcció i per veure com aplicar allò que han après per separat, al final de la intervenció es duen a terme sessions conjuntes perquè infants i pares/cuidadors treballin amb supervisió.

El programa *Math Interactive Learning Experience* (Kable et al., 2007), com s'ha comentat anteriorment, se centra en la preparació dels infants per realitzar aprenentatges a l'àrea de

matemàtiques. Per assolir l'objectiu, la intervenció no se centra exclusivament en els infants. Pares i cuidadors reben informació sobre els efectes del consum prenatal d'alcohol perquè tinguin presents les possibles afectacions dels infants, realitzen consultes amb gestió de casos i aprenen estratègies per guiar l'aprenentatge en altres entorns com la llar.

El programa *The Alert Program for Self Regulation* (Nash, 2012), organitzat per fases, treballa l'autoregulació mitjançant l'analogia amb el motor d'un cotxe. En primer lloc, els infants han d'identificar i relacionar emocions i sentiments amb un motor i les seves velocitats. Després han d'experimentar amb els canvis d'un estat o velocitat a un altre. I, finalment, han d'escollir les estratègies específiques per posar-les en pràctica en contextos i situacions quotidianes.

El programa *Children's Friendship Training* (Laugeson et al., 2007) se centra en l'establiment de relacions interpersonals positives. En concret, s'utilitzen estratègies validades com la simulació de situacions o el modelatge perquè els infants aprenguin vivencialment a resoldre conflictes o a incorporar-se a un grup, entre altres situacions. Alhora, els pares i cuidadors reben formació i s'encarreguen d'acompanyar a l'infant en diferents situacions d'interacció social per ajudar-lo i facilitar-li l'aplicació de les estratègies treballades.

El programa *Parents under Pressure* (Barlow et al., 2013) està orientat a famílies vulnerables i vetlla per la millora en la relació pare-infant. Tenint en compte el context natural de cada família i les habilitats dels pares, s'estableixen objectius de treball que s'assoleixen a través de grups de discussió, d'anàlisi de gravacions o de tasques per fer a casa. També s'incorporen estratègies meditatives i de resolució de situacions problemàtiques, destinades als pares o cuidadors, per evitar que recorrin al consum de substàncies tòxiques.

El programa *Families on Track Integrated Preventive Intervention Program* (Bertrand, 2009) és fruit de la combinació de dos programes anomenats *Promoting Alternative Thinking Strategies* (Domitrovich et al., 2007; Kelly et al., 2004) i *Families Moving Forward* (Bertrand, 2009). Així, per millorar la competència social dels infants, s'uneix una intervenció a escala escolar i curricular amb una altra a escala familiar. El primer promou el desenvolupament de la competència social adequada a partir del treball d'àrees com l'autocontrol i la resolució de problemes amb activitats concretes, que s'uneixen a altres activitats del dia a dia escolar. Per assegurar que l'aplicació és correcta els docents reben pautes i estratègies per poder fer extensible el currículum PATHS al currículum oficial. En relació al segon, se centra en les famílies i les actituds, coneixements i estratègies de què aquestes disposen per fer front a comportaments i conductes disruptives en infants amb TEAF. Els pares o cuidadors adquireixen coneixements sobre el TEAF i estratègies de suport conductual positiu per reforçar els comportaments desitjats i reduir-ne els desadaptatius.

Finalment, el programa *Neurocognitive Habilitation* també combina dos programes. Un d'ells es *The Alert Program for Self Regulation* (Nash, 2012), explicat anteriorment, i l'altre s'anomena *Traumatic Brain Injury Therapy* (Dykeman, 2003). D'aquesta manera es combinen estratègies per millorar l'autoregulació amb d'altres d'habilitació de l'entorn escolar per fer front a conductes disruptives, usades sovint amb infants que han patit un traumatisme cranial.

4.2. Sobre els resultats de les intervencions

Per poder assolir l'objectiu d'aquesta revisió els articles s'han analitzat centrant l'atenció en: a) les característiques de la mostra d'infants, principalment l'edat i el diagnòstic, b) el programa d'intervenció, c) el disseny de la intervenció i d) els resultats dels infants, mitjançant diferents instruments i informadors -infants, pares o cuidadors i mestres-. Els resultats disponibles a la Taula 2 estan ordenats alfabèticament, tret aquells articles que apliquen el mateix programa. En aquests casos s'han agrupat per facilitar-ne la comparativa.

Els participants de les intervencions són nens i nenes d'edats compreses entre els 3 i 12 anys. Els diagnòstics majoritaris dels participants són: síndrome d'alcoholisme fetal (referenciat a la taula en anglès com *FAS*), síndrome d'alcoholisme fetal parcial (referenciat a la taula en anglès com *P-FAS*) o trastorns del neurodesenvolupament relacionats amb l'alcohol (referenciat a la taula en anglès com *ARND*).

En relació al disseny de la intervenció, en la majoria de casos la mostra és randomitzada; amb un grup d'intervenció i un grup de control. D'aquests s'obtenen resultats pre i postintervenció per poder-ne fer la comparativa. Pel que fa a la durada de la intervenció, s'estén des de les 6 fins a les 30 setmanes. I, a la major part dels casos, aquest període se succeeix d'una valoració postintervenció al cap de 3 o 6 mesos, amb l'objectiu de comprovar l'evolució i manteniment dels resultats obtinguts en finalitzar la intervenció.

Tenint en compte aquestes variables, els resultats de les intervencions seleccionades inclouen els progressos dels infants a partir de la consulta de diferents fonts d'informació. En primer lloc, amb el programa *Math Interactive Learning Experience* (Coles, Kable i Taddeo, 2009) s'observen guanys significatius tant a l'àrea acadèmic-matemàtica com a la social i comportamental. Aquests resultats són confirmats per pares, cuidadors i mestres, els quals identifiquen millores en els trastorns de comportament.

En segon lloc, amb l'aplicació del programa d'intervenció *GoFAR Program* (Coles, Kable, Taddeo & Strickland, 2018) s'evidencia un increment en l'atenció sostinguda, la inhibició de respostes impulsives i el funcionament adaptatiu, en els infants amb TEAF.

En tercer lloc, el programa d'intervenció *Children's Friendship Training* ha estat aplicat en 4 situacions diferents, on s'ha centrat el focus d'atenció en diferents variables. En el cas de O'Connor et al., (2006), apliquen el programa centrant-se únicament en les habilitats socials. Aquests observen millores, mantingudes en el temps, en el coneixement de les habilitats socials. Pel que fa a les observacions realitzades per pares, cuidadors i mestres, s'identifiquen progressos en les habilitats socials i una reducció dels comportaments problemàtics.

En l'aplicació d'aquest mateix programa per part de Frankel, Paley, Marquardt i O'Connor (2006) es torna a valorar l'efectivitat del programa, però en combinació amb els diferents tipus de tractaments farmacològics que reben els infants. Aquest estudi permet detectar beneficis significatius en els infants del grup d'intervenció amb medicació neurolèptica. Tenint en compte les valoracions de pares i cuidadors, s'evidencia que les pautes farmacològiques amb major èxit serien les basades exclusivament en neurolèptics (neurolèptics > neurolèptics + estimulants > estimulants > absència de medicació). Pel que fa a les aportacions dels mestres, es confirma l'increment de l'autocontrol en cas de rebre neurolèptics i un empitjorament dels comportaments problemàtics en aquells que reben estimulants.

Pel que fa a Keil, Paley, Frankel i O'Connor (2010), se centra en els patrons de processament d'informació social per tal de disminuir les atribucions hostils que realitzen els infants amb TEAF. Fruit de l'aplicació del programa, s'obté una disminució d'aquestes atribucions quan els infants han d'incorporar-se a un grup que ja està format, però no produeix canvis envers situacions de provocació entre iguals.

Per últim, O'Connor et al., (2012) apliquen aquest mateix programa a un centre de salut mental, per tal de comparar-lo amb una intervenció estàndard (*Standar of Care*). Els infants del grup d'intervenció mostren millores en el coneixement de les habilitats socials i l'autoconcepte, tot i que els resultats reportats per pares i cuidadors no mostren un progrés significatiu en les habilitats socials i l'autocontrol. En canvi, destaquen resultats positius en l'assertivitat i la responsabilitat d'aquest grup.

En quart lloc, el programa *Alert Program for Self-Regulation* (Nash et al., 2015) mostra guanys significatius en algunes subescales d'inhibició, reconeixement afectiu i control estratègic de les emocions. Aquest guany també és referit per pares i cuidadors, juntament amb el progrés en la regulació del comportament i funcionament executiu general. No obstant això, no es donen diferències significatives pre i postintervenció pel que fa als canvis de comportament.

En cinquè lloc, l'estudi pilot amb el programa *Families on Track Integrated Prevention Intervention Program* (Petrenko, Pandolfino & Robinson, 2017) no reporta avenços significatius ni en la regulació emocional ni en l'autoestima. Tot i això es detecten lleus progressions no significatives en comportaments disruptius, habilitats presocials i problemes de conducta.

En sisè lloc, el programa *Parents Under Pressures Program* (Reid et al., 2017) reporta millores en el funcionament psicosocial dels infants, coincidint amb les valoracions dels pares i cuidadors. També es dóna una disminució en el nombre d'errors a l'hora de dur a terme tasques d'inhibició, la qual cosa implica un augment en el temps necessari per dur-les a terme. Els pares i cuidadors també refereixen un increment en la qualitat de la relació interpersonal amb els infants.

Per últim, amb el programa *Neurocognitive Habilitation Therapy* (Wells, Chasnoff, Schmidt, Telford & Schwartz, 2012) s'obtenen millores en les funcions executives i el funcionament emocional. A més, pares i cuidadors també identifiquen canvis comportamentals en situacions quotidianes.

Taula 2

Resultats de les intervencions

Ref.	Mostra (infants)			Programa	Disseny	Resultats		
	N(gèn.)	Edat	Diagnòstic			Infants (GI)	Pares/cuidadors	Mestres
Coles, Kable, Taddeo (2009)	n= 54 (57.1%h, 42,9%d)	3-10 a	- FAS (N=n.e.) - P-FAS (N=n.e.) - Nivells significatius de dismorfologia relacionada amb l'OH (N=n.e.)	<i>The Math Interactive Learning Experience</i> (MILE)	Randomització: GI vs. GC Mesures pre i postl Seguiment postl al 6 mesos Durada: 6 setm.	Milliores significatives i persistents en el GI matemàtica. - 2 o > millores en mesures matemàtiques: 25% - 1 millora en mesures matemàtiques: 39.3% Canvis en les escales de problemes somàtics, atencional, agressivitat i ansietat/depressió. Millora en el comportament i en el funcionament acadèmic i pre-acadèmic.	Reducció significativa dels TC.	Reducció significativa dels TC.
Coles, Kable, Taddeo i Strickland (2018)	n=30 (10%h, 90%d)	5-10 a	- ExpOH amb trets físics relacionats amb l'OH - FAS (n.e.) - P-FAS (n.e)	<i>GoFAR program</i>	Randomització 3 grups Mesures pre i postl Durada: 10 sessions	Millora significativa en l'atenció sostinguda, inhibició de respostes impulsives i del funcionament adaptatiu a casa i envers la por.	n.e.	n.e.
Frankel, Paley, Marquardt, O'Connor (2006)	n= 77 (52%h, 48%d)	6-12 a	- FAS (n=7) - P-FAS (n=37) - ARND (n=33) Sense medicació (n=43) Amb neuroleptics (n=6) Amb estimulants (n=21) Amb les dues (n=7)	<i>Children's Friendship Training</i> (CFT)	Randomització: GI vs. GC Línia base pre i per mesures postl. Seguiment postl (temos n.e.) Durada: 12 setm.	Infants amb medicació neuroleptica mostren una millora significativa postl. Infants amb medicació estimulante no mostren millores significatives.	Reporten millores del GI amb medicació neuroleptica en: l'autocontrol, l'assertivitat i els comportaments problemàtics. Millors resultats en l'autoregulació quan hi ha la presència de medicació neuroleptica vs. neuroleptics i estimulants. La combinació és millor que només prendre estimulants que ahora és	Infants amb medicació neuroleptica milloren en l'autocontrol i l'assertivitat. Infants amb medicació estimulante empitjoren en els comportaments problemàtics. Milliores dels resultats amb

							millor que no prendre medicació.	neurolèptics i pitjor quan es combina amb estimulants.
Keil, Paley, Frankel, O'Connor (2010)	n= 100 (51% h, 49%d)	6-12 a	- FAS (n=11) - P-FAS (n=43) - ARND (n=46)	<i>Children's Friendship Training (CFT)</i>	Randomització GI vs. GC Línia base per comparar amb les dades postl Seguiment postl als 3 mesos Durada: 12 setm	No es donen canvis significatius en l'àrea de provocació. En canvi, hi ha millores en la proporció d'atribucions hostils a l'hora d'incorporar-se a un grup d'infants que ja estan jugant. Al cap de 3 mesos es mantenen les millores	n.e.	n.e.
O'Connor, Frankel, Paley, Schonfeld, Carpenter, Laugeson i Marquardt (2006)	n= 100 (51%h, 49%d)	6-12 a	- FAS (n=12) - P-FAS (n=44) - ARND (n=44)	<i>Children's Friendship Training (CFT)</i>	Randomització GI vs. GC Línia base per comparar amb les dades postl Seguiment postl als 3 mesos Durada: 12 setm	Millora significativa en el coneixement de les HS. Al cap de 3 mesos: el coneixement envers les HS es manté.	Identifiquen una millora en HS i una reducció de comportaments problemàtics. Al cap de 3 mesos: millores sostingudes en les HS i manteniment dels guanys envers els comportaments problemàtics.	Lleu canvi en HS amb efectes a llarg termini.
O'Connor, Laugeson, Mogil, Lowe, Welch-Torres, Keil, Paley (2012)	n= 85 (77.6%h, 22,4%d)	6-12 a	- Amb ExpOH prenatal (n= 32): P-FAS (31.3%) o ARND (68.8%) - Sense ExpOH prenatal (n= 53)	<i>Children's Friendship Training (CFT)</i>	Randomització: GI vs. GC Mesures prel i postl Durada: 12 setm	Millora significativa en el coneixement de les HS adequades i en l'autoconcepte, concretament en l'ajust del comportament, l'estatus intel·lectual/escolar i en la llibertat i ansietat.	No destaquen una millora significativa en HS. Els índexs individuals mostren resultats significatius en l'assertivitat i la responsabilitat. Sense millores en l'autocontrol i la cooperació.	n.e.
Nash, Stevens, Greenbaum, Weiner, Koner i Rovet (2015)	n= 25 (52%h, 48%d)	8-12 a	- FASD amb CI≥70 (n=n.e.)	<i>The Alert Program for Self-Regulation</i>	Randomització: GI vs. GC Línia base per comparar amb els resultats postl Seguiment postl als 6 mesos Durada: 14 setm.	Guanys significatius en determinades subescales d'inhibició (puntuacions dins de la normalitat). També mostren una millora significativa en el reconeixement afectiu i en el control estratègic de les emocions.	Millora en la regulació del comportament, el FxExec general, el control emocional i la inhibició. Millora en l'externalització de problemes de comportament.	n.e.

						<p>Sense diferències significatives en altres subescales d'inhibició (inhibició-inhibició i inhibició-canvi). Tampoc en les <i>personalized emotions</i>.</p> <p>Pel que fa a falses creences i pensaments personals es manté igual que el GC</p>	<p>Els canvis de comportament no varien.</p> <p>Millores significatives, dins del rang clínic, en la regulació comportamental, FExec generals, control emocional i la inhibició. I per últim, en l'externalització de problemes de conducta.</p> <p>Al cap de 6 mesos postl: millores es mantenen i milloren en l'escala d'inhibició.</p>
Petrenko, Pandolfino i Robinson (2017)	n= 30 (76,6%h, 23,4%d)	4-8 a	- FAS i P-FAS (n=12) - ARND (n=18)	<i>Families on Track Integrated Prevention Program</i> Combinació de (PATHS+ FMF)	Estudi pilot a petita escala amb randomització: GI vs. GC Línia base inicial i postl. Durada: 30 setm	n.e.	<p>Millores no significatives en la regulació emocional, l'autoestima (per sota del punt típic clínic) i en els símptomes ansiosos.</p> <p>Lleus millores no significatives en els comportaments disruptius, en l'afecte negatiu, la disfunció global, les HS i els problemes de conducta.</p>
Reid, Dawe, Harnett, Shelton, Hutton, O'Callaghan (2017)	n=3 (0%h, 100%d)	9-12 a	- FASD (n=3)	<i>Parents under Pressure Program</i> (PuP)	Aproximació per obtenir d'informació qualitativa i estudi de cas experimental amb 3 línies base per obtenir informació quantitativa. Seguiment postl als 3 mesos	Millora en el funcionament psicosocial. També mostren una disminució en el nombre d'errors a l'hora de fer tasques d'inhibició i un augment en el temps de realització d'aquestes.	<p>Millores en l'aflicció psicosocial infantil, en el comportament i el funcionament interpersonal. Millores en la qualitat de la relació amb els infants.</p>

Durada: 27 setm.									
Wells, Chasnoff, Schmidt, Telford, Schwartz (2012)	n= 78 (67.9%h, 32,1d%)	6-11 a	- FAS (n=21) - ARND (n=57)	<i>Neurocognitive Habilitation Therapy</i> Combinació de: (Alert Program + TBI)	Randomització: GI vs. GC Línia base per comparar amb les dades postl Seguiment postl als 2-3 mesos Durada: 12 setm	Millora significativa en les FxExec i en el funcionament emocional. Les àrees afectades per la intervenció són: la identificació i resolució de problemes, la confiança en altres, el suport a altres i els límits.	Observen comportamentals situacions quotidianes.	canvis en	n.e.
<i>Notes.</i> a: anys; h: homes; d: dones; n.e.: no especificat; OH: Alcohol; ExpOH: exposició a alcohol; setm.: setmanes; GI: grup intervenció; GC: grup control; prel: pre-intervenció; postl: post-intervenció; TC: trastorns del comportament; HS: habilitats socials; FxExec: funcions executives; FAS (en anglès): <i>fetal alcohol syndrome</i> ; P-FAS (en anglès): <i>Partial-fetal alcohol syndrome</i> ; ARND (en anglès): <i>Alcohol-related Neurodevelopmental disorders</i>									

5. Discussió

A través d'aquesta revisió de la literatura s'han identificat un seguit d'intervencions destinades al treball i desenvolupament de les habilitats socials en infants amb TEAF. Cadascuna d'elles contribueix al progrés d'aquestes habilitats sense deixar de banda altres àrees del desenvolupament que també poden estar afectades (Nash et al., 2008; Coriale et al., 2013; Glass et al., 2014) i sobre les quals també intervenen.

Gràcies a la relació entre programes i resultats s'evidencia, per una banda, que un únic programa d'intervenció no desenvolupa totes les subàrees de l'àmbit social simultàniament, però sí que en pot optimitzar més d'una alhora a través del treball amb diferents metodologies. Per l'altra, cal tenir en compte que diversos programes poden exercitar la mateixa subàrea. A tall d'exemple, l'autoregulació millora significativament amb el programa *The Alert Program for Self Regulation* (Nash et al., 2015), la impulsivitat progressa tant amb el programa *GoFar Program* (Coles et al., 2018) com amb *The Alert Program for Self Regulation* (Nash et al., 2015), i el coneixement de les habilitats i comportaments adequats incrementen tant amb el programa *GoFAR Program* (Coles et al., 2018) com amb el programa *Children's Friendship Training* (O'Connor et al., 2012).

Considerant altres programes, es fa palès que les habilitats socials no només milloren a partir de programes centrats exclusivament en la seva optimització. En el cas del programa *Math Interactive Learning Experience* (Coles et al., 2009) s'evidencien millores en l'atenció i l'agressivitat, tot i que originalment el programa s'orientava a l'estimulació de la capacitat d'aprenentatge matemàtic. Contràriament, hi ha intervencions pensades inicialment per millorar les habilitats socials que també reverteixen guanys en altres dominis del desenvolupament. Un exemple és el programa *Neurocognitive Habilitation Therapy* (Wells et al., 2012) que a partir del treball de l'autoregulació millora tant el funcionament executiu com l'emocional.

En aquest sentit es reafirma la necessitat que les intervencions, igual que els models d'ensenyament-aprenentatge, siguin holístics i considerin l'infant des de tots els àmbits del desenvolupament. Això es deu al fet que les àrees que el conformen no són compartiments estancs que evolucionen independentment. Tot i això, en determinats moments i d'acord amb els objectius establerts i les recomanacions dels experts, seran d'interès aquells programes centrats en un àmbit concret i, en d'altres, serà més efectiu escollir aquells que permetin millorar més d'un àmbit a la vegada.

A banda dels programes, és necessari tenir present quines altres variables poden afectar-ne l'eficàcia. Primerament, l'adaptació del *Children's Friendship Training* (Laugeson et al., 2007) mostra diferents graus d'efectivitat en el progrés dels infants quan es combina amb diferents tipus de fàrmacs, permetent la identificació d'aquell amb els resultats més favorables. En segon lloc, en relació a les psicopatologies i discapacitats secundàries, el mateix programa prova que els infants amb TEAF que acudeixen a centres de salut mental també es beneficien d'intervencions destinades als infants amb un desenvolupament típic. Així, realitzant petites adaptacions del programa d'intervenció original, els infants amb TEAF poden acudir a sessions terapèutiques juntament amb infants que no presentin aquest trastorn. És a dir, s'integren en grups de treball terapèutic amb una població més diversa, on tenen l'oportunitat de conèixer i conviure amb altres realitats i sense sentir-se sols, doncs compartiran determinats problemes amb altres companys.

En tercer lloc, els beneficis de la formació per als adults en relació al trastorn i a diferents estratègies d'actuació s'evidencien clarament amb les valoracions fetes pels pares i cuidadors involucrats. A través de les sessions de formació, han pogut entendre que els comportaments que manifestaven els seus fills no estaven plens d'odi o rancor, sinó que eren la conseqüència d'un desenvolupament cognitiu atípic. A més a més, la incorporació de noves estratègies de suport i d'intervenció els hi ha permès fer extensibles les millores dels infants a altres entorns, gràcies al restabliment del vincle afectiu, el qual capacita a l'infant per establir relacions amb l'entorn de manera segura i confiada. Davant d'aquests efectes, la col·laboració activa de les famílies o responsables dels infants es converteix en una peça clau amb efectes tant en els infants com en elles mateixes. Específicament, pares i mares expressen sentir-se més segurs, amb més suport emocional i guia pràctica (Reid et al., 2017).

A partir d'aquí cal analitzar i reconsiderar el paper del professorat. Fins ara, la major part de les propostes tenien cura de la participació familiar, a excepció de les intervencions *Math Interactive Learning Experience* (Coles et al., 2009) i *Families on Track Integrated Prevention Intervention Program* (Petrenko et al., 2017) desenvolupades des de l'àmbit educatiu. Per fer extensible i accessible la formació en relació al TEAF als agents educatius, que comparteixen el dia a dia amb l'infant i amb els quals també s'estableixen vincles afectius molt significatius i condicionants del procés de desenvolupament, cal involucrar-los activament. Així, els suports que proporcionaran estaran contextualitzats en les necessitats específiques, educatives o no, d'aquest alumant i seran més efectius.

6. Conclusions

En el present treball, complint amb l'objectiu inicial, s'ha recollit i mostrat l'impacte d'un seguit d'intervencions destinades a l'estimulació de l'àmbit social i, en concret, de les habilitats socials dels infants amb TEAF per beneficiar tant el procés de desenvolupament personal com el d'ensenyament-aprenentatge.

Tant els programes com les intervencions analitzades han permès remarcar la importància de concebre als infants de manera integral i global, considerant la repercussió que tenen les intervencions en una àrea concreta del desenvolupament sobre totes les altres. Alhora, ha facilitat la recopilació de tot un seguit d'actuacions de les quals pares i professors poden extraure idees i estratègies per posar en pràctica en els entorns naturals on es desenvolupa l'infant, a fi de potenciar les habilitats socials. Evidentment, a casa i a l'escola no es poden aplicar totes les intervencions tal com es fa en entorns clínics, però sí que es poden fer propostes inspirades en elles per tal de beneficiar el desenvolupament dels infants amb TEAF i a molts dels seus companys.

Cal dir, com a limitació, que la quantitat d'intervencions recollides s'ha vist limitada per diversos factors. Per una banda, les paraules clau emprades a l'hora de cercar els articles en les diferents bases de dades incloïen únicament l'àrea d'habilitats socials. Per tant, caldria modificar aquests mots per identificar altres intervencions que enriqueixin les habilitats socials dels infants amb TEAF, però tenint com a punt de partida altres àrees del desenvolupament com les funcions executives o el llenguatge. I, per una altra, la major part de les intervencions es plantegen des del vessant clínic, i no educatiu. Això fa que moltes de les intervencions quedin allunyades de la realitat de les aules i la generalització de les habilitats apreses a altres contextos no terapèutics sigui més complicada.

Per aconseguir que la incorporació d'aquests infants tant en grups de treball com en situacions de la vida quotidiana sigui exitosa, els diferents agents que formen part dels entorns naturals dels infants -pares-cuidadors, professionals, etc.- hauran de conèixer quines dificultats es donen en les diferents àrees del desenvolupament, quina és la raó de ser dels comportaments que manifesten i quines necessitats de suport presenten tant els infants com ells mateixos - suport emocional, estratègies d'autoregulació, etc.-.

El fet que els diferents agents que formen part dels entorns naturals de què forma part l'infant disposin d'aquests coneixements, es convertirà en un punt a favor. Bàsicament, tindran l'oportunitat d'entendre moltes de les situacions que han viscut amb l'infant, donaran el sentit adequat a moltes conductes, contextualitzant-les en el marc clínic de referència del trastorn, es

podrà dissenyar una intervenció ajustada i eficaç i disposaran de les estratègies i recursos bàsics per donar resposta a les necessitats que puguin sorgir durant el dia a dia.

A les intervencions seleccionades, els pares i cuidadors eren els agents més implicats. Per això, amb l'objectiu d'optimitzar encara més els resultats de les intervencions, les properes investigacions haurien d'incrementar la formació i participació del professorat. És important no limitar la intervenció d'aquest col·lectiu a fer valoracions abans i després de la intervenció, sinó que també han d'aprendre i actuar activament. D'aquesta manera l'actuació dels diferents agents (infants, pares, docents, etc.) es durà a terme seguint una mateixa direcció i amb unes idees i objectius inicials compartits.

En definitiva, el ventall de programes i intervencions recopilats representen una petita part de la resposta que s'està donant actualment a les necessitats socials d'aquests infants i les seves famílies. De cara al futur, cal que les intervencions de caràcter clínic es relacionin amb les de caràcter educatiu. Així, recuperant la definició de relació presentada anteriorment (Bronfenbrenner, 1987), cal que els professionals dels diferents entorns observin i participin en allò que proposen des d'altres àmbits per treballar en la mateixa direcció i garantir una bona coordinació i cooperació entre experts i agents significatius en el desenvolupament de l'infant.

7. Referències

Bach, A. (09 setembre 2017). La Generalitat avalua quants nens adoptats en països de l'Est pateixen alcoholisme fetal: Els nounats afectats tenen risc de patir síndrome d'abstinència, mort sobtada i problemes de comportament. *El Periódico*. [Recuperat de: <https://www.elperiodico.cat/ca/societat/20170909/generalitat-avalua-quants-nens-adoptats-paisos-de-lest-pateixen-alcoholisme-fetal-6274876>]

Barlow, J., Sembi, S., Gardner, F., Macdonald, G., Petrou, S., Parsons, H., ... i Dawe, S. (2013). An evaluation of the parents under pressure programme: a study protocol for an RCT into its clinical and cost effectiveness. *Trials*, 14(1), 210.

Bertrand, J., i Interventions for Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders Research Consortium. (2009). Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): overview of findings for five innovative research projects. *Research in developmental disabilities*, 30(5), 986-1006.

Booth, T., i Ainscow, M. (2015). *Guía para la Educación Inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares*. Madrid: Fuhem.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Catalunya. Llei 12/2009, del 10 de juliol, d'educació. *Diari oficial de la Generalitat de Catalunya*, 16 de juliol 2009, núm. 5422, pp. 56589-56682.

Chasnoff, I. J., Wells, A. M., Telford, E., Schmidt, C., i Messer, G. (2010). Neurodevelopmental functioning in children with FAS, pFAS, and ARND. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(3), 192-201.

Coles, C. D., Kable, J. A., i Taddeo, E. (2009). Math performance and behavior problems in children affected by prenatal alcohol exposure: intervention and follow-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(1), 7-15.

Coles, C. D., Kable, J. A., Taddeo, E., i Strickland, D. C. (2015). A metacognitive strategy for reducing disruptive behavior in children with fetal alcohol spectrum disorders: GoFAR Pilot. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 39(11), 2224-2233.

Coles, C. D., Kable, J. A., Taddeo, E., & Strickland, D. (2018). GoFAR: improving attention, behavior and adaptive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders: Brief report. *Developmental neurorehabilitation*, 1-5.

Coll, C. (1990). Constructivismo y educación: la concepción constructivista de la enseñanza y del aprendizaje. A C. Coll, J. Palacios i A. Marchesi (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación: 2. Psicología de la educación escolar* (pp. 157-185). Madrid: Alianza Editorial.

Colomina, R. i Onrubia, J. (1990). Interacción educativa y aprendizaje escolar: la interacción entre alumnos. A C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación: 2. Psicología de la educación escolar* (pp. 415-456). Madrid: Alianza Editorial.

Coriale, G., Fiorentino, D., Di Lauro, F., Marchitelli, R., Scalese, B., Fiore, M., ... i Ceccanti, M. (2013). Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): neurobehavioral profile, indications for diagnosis and treatment. *Rivista di psichiatria*, 48(5), 359-369.

Cubero, R., i Luque, A. (1990). Desarrollo, educación y educación escolar: la teoría sociocultural del desarrollo y del aprendizaje. A C. Coll, J. Palacios i A. Marchesi (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación: 2. Psicología de la educación escolar* (pp. 137-153). Madrid: Alianza Editorial.

Denny, L., Coles, S., i Blitz, R. (2017). Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *American family physician*, 96(8).

Domitrovich, C. E., Cortes, R. C., i Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *The Journal of primary prevention*, 28(2), 67-91. DOI: 10.1007/s10935-007-0081-0

Dykeman, B. F. (2003). School-based interventions for treating social adjustment difficulties in children with traumatic brain injury. *Journal of Instructional Psychology*, 30(3), 225.

Eberhart, J. K., i Parnell, S. E. (2016). The Genetics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(6), 1154-1165.

Font, J. (1997). El nou model de definició, classificació i sistemes de suport del retard mental. *Suports: revista catalana d'educació especial i atenció a la diversitat*, 1(1), 24-35.

Frankel, F., Paley, B., Marquardt, R., i O'Connor, M. (2006). Stimulants, neuroleptics, and children's friendship training for children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 16(6), 777-789.

García-Vera, M.^ª P., Sanz, J. i Gil, F. (1998). Entrenamientos en habilidades sociales. A F. Gil y J. M.^ª León (Ed.), *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 63-89). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Glass, L., Ware, A. L., i Mattson, S. N. (2014). Neurobehavioral, neurologic, and neuroimaging characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 125, pp. 435-462). Elsevier.

Hoyme, H. E., Kalberg, W. O., Elliott, A. J., Blankenship, J., Buckley, D., Marais, A. S., ... i Jewett, T. (2016). Updated clinical guidelines for diagnosing fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*, 138(2), e20154256.

Kable, J. A., Coles, C. D., i Taddeo, E. (2007). Socio-cognitive habilitation using the math interactive learning experience program for alcohol-affected children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(8), 1425-1434.

Kalberg, W. O., i Buckley, D. (2007). FASD: What types of intervention and rehabilitation are useful?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31(2), 278-285.

Keil, V., Paley, B., Frankel, F., i O'Connor, M. J. (2010). Impact of a social skills intervention on the hostile attributions of children with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(2), 231-241.

Kelly, B., Longbottom, J., Potts, F., i Williamson, J. (2004). Applying emotional intelligence: Exploring the promoting alternative thinking strategies curriculum. *Educational Psychology in Practice*, 20(3), 221-240.

Kodituwakku, P. W. (2009). Neurocognitive profile in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Developmental disabilities research reviews*, 15(3), 218-224.

Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., i Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(10), 948-956.

Laugeson, E. A., Paley, B., Schonfeld, A. M., Carpenter, E. M., Frankel, F., i O'Connor, M. J. (2007). Adaptation of the children's friendship training program for children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(3), 57-69.

León, J. M.^ª i Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. A F. Gil y J. M.^ª León (Ed.), *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 13-22). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Macpherson, A. (29 setembre 2016). Milers de catalans adoptats a l'Est pateixen alcoholisme fetal: Els serveis de salut mental es comencen a saturar per un trastorn poc conegut. *La Vanguardia*. [Recuperat de:

<http://www.lavanguardia.com/encatala/20160929/41648771544/milers-de-catalans-adoptats-a-lest-pateixen-alcoholisme-fetal.html>]

Fernández-Mayoralas, D. M., i Fernández-Jaén, A. (2011). Fetopatía alcohólica: puesta al día. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), S53-S57.

Mattson, S. N., Crocker, N., i Nguyen, T. T. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: neuropsychological and behavioral features. *Neuropsychology review*, 21(2), 81-101.

Moreno, M.^a C. (1990). Desarrollo y conducta social de los 6 años a la adolescencia. A J. Palacios, A. Marchesi i C. Coll (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación: 1. Psicología evolutiva* (pp.405-425). Madrid: Alianza Editorial.

Mouzo, J. (26 febrero 2017). El síndrome del alcoholismo fetal pone en jaque las adopciones en Rusia y Ucrania: La Generalitat cuantifica la prevalencia de la enfermedad en niños procedentes de países del Este. *El País*. [Recuperat de: https://elpais.com/ccaa/2017/02/25/catalunya/1488048913_765061.html]

Nash, K. J. (2012). *Improving Executive Functioning in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders Using the Alert Program for Self Regulation*[®] (Doctoral dissertation, University of Toronto (Canada)).

Nash, K., Sheard, E., Rovet, J., i Koren, G. (2008). Understanding fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): toward identification of a behavioral phenotype. *The Scientific World Journal*, 8, 873-882.

Nash, K., Stevens, S., Greenbaum, R., Weiner, J., Koren, G., i Rovet, J. (2015). Improving executive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 21(2), 191-209.

O'Connor, M. J., Frankel, F., Paley, B., Schonfeld, A. M., Carpenter, E., Laugeson, E. A., i Marquardt, R. (2006). A controlled social skills training for children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 639.

O'Connor, M. J., Laugeson, E. A., Mogil, C., Lowe, E., Welch-Torres, K., Keil, V., i Paley, B. (2012). Translation of an Evidence-Based Social Skills Intervention for Children with Prenatal Alcohol Exposure in a Community Mental Health Setting. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(1), 141-152.

Ortiz, M.^a J., Fuente, M.^a J. i López, F. (1990). Desarrollo socioafectivo en la primera infancia. A J. Palacios, A. Marchesi i C. Coll (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación: 1. Psicología evolutiva* (pp. 151-175). Madrid: Alianza Editorial.

Peadon, E., Rhys-Jones, B., Bower, C., i Elliott, E. J. (2009). Systematic review of interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders. *BMC pediatrics*, 9(1), 35.

Petrenko, C. L., Pandolfino, M. E., i Robinson, L. K. (2017). Findings from the Families on Track intervention pilot trial for children with fetal alcohol spectrum disorders and their families. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.

Reid, N., Dawe, S., Harnett, P., Shelton, D., Hutton, L., i O'Callaghan, F. (2017). Feasibility study of a family-focused intervention to improve outcomes for children with FASD. *Research in developmental disabilities*, 67, 34-46.

Stainback, S. B. (2001a). L'educació inclusiva: definició, context i motius. *Suports: revista catalana d'educació especial i atenció a la diversitat*, 5(1), 18-25.

Stainback, S. B. (2001b). Components crítics en el desenvolupament de l'educació inclusiva. *Suports: revista catalana d'educació especial i atenció a la diversitat*, 5(1), 26-31.

Sokol, R. J., Delaney-Black, V., i Nordstrom, B. (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *Jama*, 290(22), 2996-2999.

Vila, I. (1990). Los inicios de la comunicación, la representación y el lenguaje. A J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación: 1. Psicología evolutiva* (pp. 133-147). Madrid: Alianza Editorial.

Wells, A. M., Chasnoff, I. J., Schmidt, C. A., Telford, E., i Schwartz, L. D. (2012). Neurocognitive habilitation therapy for children with fetal alcohol spectrum disorders: An adaptation of the Alert Program[®]. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 24-34.

8. Annex 1: Programes d'intervenció

Referència	Objectius	Estructura
Programa: <i>Math Interactive Learning Experience</i>		
Kable, Coles & Taddeo (2007)	Proporcionar estratègies d'aprenentatge per compensar dèficits en la capacitat d'aprenentatge, la memòria de treball i habilitats viso-espacials escasses, que es manifesten com dèficits en les habilitats matemàtiques i prematemàtiques	<p>Consta de 3 components:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Educació destinada a cuidadors per millorar el coneixement sobre els efectes teratogènics de l'exposició prenatal a alcohol. b) Establiment de <i>Readiness to learn</i> a través de dos tallers de formació per als cuidadors (2 sessions de 2 hores, en setmanes consecutives) i la gestió de casos i consultes psiquiàtriques si es requereix. c) Desenvolupament de la intervenció matemàtica (6 setmanes). Per una banda, els cuidadors reben formació sobre com donar suport al procés d'aprenentatge mentre són a casa. Per l'altra, es desenvolupa el programa d'intervenció (MILE), basat en un enfocament d'aprenentatge actiu, un ritme de treball més lent usant experiències interactives, objectes i eines tangibles, experiències repetitives i programes adaptats com el <i>Handwriting without Tears</i> per millorar les habilitats grafomotrius.
Programa: <i>GoFAR Program</i>		
Coles, Kable, Taddeo & Strickland (2015)	Dissenyat per millorar l'autoregulació i habilitats adaptatives	<p>Metodologia FAR (<i>Focus on plan, Act i Reflect</i>). Consta de 3 components:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Un joc d'ordinador destinat als infants per ensenyar-los l'estratègia metacognitiva de control FAR (5 sessions). b) Sessions de teràpia per pares, on se'ls ensenya a facilitar les habilitats de regulació del comportament dels infants (5 sessions). c) Sessions de <i>Behavior Analog Therapy</i> (BAT), on pares i fills posen en pràctica l'estratègia FAR per treballar sobre les habilitats adaptatives identificades com a problemàtiques a casa (5 sessions).

Es desenvolupen simultàniament a) i b) al llarg d'un període de 5 setmanes. A continuació, es desenvolupa c) durant un període de 5 setmanes.

Programa: *Children's Friendship Training* (Adaptació)

Laugeson, Paley, Schonfeld, Carpenter, Frankel & O'Connor (2007)	Desenvolupar relacions més exitoses, centrant-se en els comportaments crítics d'infants i pares, els quals diferencien els infants acceptats d'aquells rebutjats.	L'ensenyament de les diferents estratègies per establir amistats, per entrar a grups que ja estan formats o per evitar conflictes es treballen a partir d'estratègies d'intervencions validades com el treball en petit grup, modelatge, <i>coaching</i> , assajos de comportament i <i>feedback</i> tant a les sessions de teràpia com a casa, o realització de tasques assistides per pares. Es desenvolupen 12 sessions de 90 minuts durant un període de 12 setmanes. Els pares, paral·lelament reben sessions de formació sobre les habilitats socials més important que estan treballant els seus fills i desenvolupen un paper clar: assistir a l'infant a l'hora de relacionar-se amb altres persones i aplicar noves estratègies.
--	---	---

Programa: *The Alert Program for Self Regulation*

Nash (2012)	Millora de l'autoregulació a través d'integració sensorial i el processament cognitiu mitjançant l'analogia amb el motor d'un cotxe.	Consta de 3 estadis: a) A l'estadi 1 els infants aprenen a identificar i nomenar els nivells del motor, a través de paraules concretes, i participar en l'autoregulació del comportament, prenent consciència de les velocitats del seu motor (4 sessions – 1 h per sessió). b) A l'estadi 2 els infants aprenen a canvi de velocitat a través d'estratègies d'autoregulació (4 sessions- 1 h per sessió). c) A l'estadi 3 els infants seleccionen estratègies específiques i les posen en pràctica en altres situacions fora de la teràpia. També, revisen allò que ha après (4 sessions – 1 h per sessió). Per poder avançar d'un estadi cal dominar l'anterior i, perquè els infants siguin conscients del punt en què es troben disposen d'un comptakilòmetres.
-------------	--	---

Programa: *The Families on Track Integrated Preventive Intervention Program* (PATHS + FMF)

Kelly, Longbottom,	Promoting Alternative	Prevenir reduir	o Aquest programa curricular (pre-escolar) es fonamenta en el model de desenvolupament ABCD (<i>Affective-Behavior-Cognition-Dynamic</i>). Es desenvolupa al llarg de 30 sessions (1 sessió per setmana) i està organitzat
--------------------	-----------------------	-----------------	--

Potts & Williamson (2004)	Thinking Strategies (PATHS)	problemes emocionals o de comportament i millorar la competència socioemocional dels infants	per volums que treballen: la preparació i l'autocontrol, els sentiments i les relacions, la resolució de problemes i lliçons complementàries. Per posar en pràctica cada bloc temàtic els docents disposen d'imatges, dibuixos, textos i fitxes i informació per als pares. Durant les sessions, a través d'una metodologia variada (verbal, visual i cinestèsica) i amb activitats com role-playing, modelatges i contes, es treballa l'autocontrol, la comprensió emocional, la construcció de l'autoregulació, les relacions i les habilitats per a resoldre problemes interpersonals. Els docents que apliquen aquest currículum han de fer extensibles i generalitzar el currículum d'intervenció i les activitats desenvolupades amb el currículum vigent. També, reben pautes sobre com acompanyar el procés d'aprenentatge dels infants en situacions naturals. Paral·lelament, els pares també reben informació sobre aquesta proposta curricular.
Domitrovich, Cortes & Greenberg (2007)			
Bertrand (2009)	Families Moving Forward (FMF)	Modificar actituds i respostes dels pares o cuidadors davant dels problemes de comportament dels infants	Aquesta proposta d'intervenció vol modificar la concepció de pares i cuidadors dels comportaments dels infants amb TEAF al mateix temps que els ensenya a adoptar un enfocament de suport positiu, utilitzant estratègies conductuals basades en antecedents. El programa, individualitzat per a cada família, consisteix en una intervenció de baixa intensitat amb consultes de suport del comportament sostingudes. Té una durada d'entre 9 i 11 mesos, amb sessions de 90 minuts cada dues setmanes.
Programa: <i>Parents under Pressure Program</i>			
Barlow, Sembi, Gardner, Macdonald, Petrou, Parsons, Harnett & Dawe (2013)	Intervenir de manera intensiva en la relació pares/mare-fills, identificant l'estat d'aquesta i proporcionant eines als pares perquè puguin identificar les seves fortaleses i dificultats i estableixin relacions saludables. També, incorpora el treball de l'autoregulació.		Aquest programa es desenvolupa al llarg de 20 setmanes i s'estructura en 12 mòduls. Cada sessió, desenvolupada en un entorn ecològic com és la llar dels participants, té una durada d'entre 1 o 2 hores. A través de l'avaluació integral i la formulació d'un cas individual s'estableix l'objectiu. Per tal d'assolir-lo s'utilitzen recursos com la combinació de gravacions amb <i>feedback</i> , discussions compartides, un llibre de tasques pels pares, tècniques d'atenció plena (<i>mindfulness</i>) i l'autoregulació d'emocions.

Programa: Neurocognitive Habilitation (TBI + The Alert Programme for Self Regulation (*))

Dykeman (2003)	<i>Traumatic Brain Injury (TBI) Therapy</i>	Reduir comportaments socials i inapropiats i augmentar els apropiats	Les modificacions que es poden dur a terme dins de l'aula per tal de fer front als comportaments desadaptatius són variades: utilització de diferents tipus de reforçadors (materials o socials), modelització i indicació de comportaments apropiats, establiment de pactes amb els infants, permetre temps fora de l'entorn de treball (<i>time-outs</i>), ignorar la conducta desadaptativa fins que l'infant pugui autoregular-se, introducció d'estratègies cognitives, modificacions en les metodologies i activitats proposades i assessorament grupal per facilitar la tutoria entre iguals (<i>peer-modeling</i> ,) i el <i>feedback</i> entre companys.
----------------	---	--	--
