

ATENCIÓN TEMPRANA

Early Attention

Attention Précoce

Fernando PEÑAFIEL MARTÍNEZ, Antonio HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
y Antonio CHACÓN MEDINA
Universidad de Granada. Departamento de Didáctica y Organización Escolar

BIBLID [0212 - 5374 (2003) 21; 245-274]

Ref. Bibl. FERNANDO PEÑAFIEL MARTÍNEZ, ANTONIO HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
y ANTONIO CHACÓN MEDINA. Atención Temprana. *Enseñanza*, 21, 2003, 245-274.

RESUMEN: A lo largo de este artículo se intenta realizar una reflexión en torno a la atención que deben recibir tanto las personas que presentan trastornos o disfunciones, como aquellas que deben recibir el conjunto de la población infantil, comprendida entre los 0 y los 5 años, para garantizar un desarrollo adecuado en la adquisición de funciones esenciales, control postural, autonomía de desplazamiento, comunicación y lenguaje, interacción social, y en definitiva el proceso de maduración del sistema nervioso y la organización mental y emocional. Hacemos especial hincapié en el desarrollo infantil y las interacciones entre los diferentes factores que intervienen en él así como en los indicadores y criterios de calidad para realizar una atención eficaz. Tenemos que comprometernos a ofrecer una prácticas profesionales que garanticen la eficiencia y calidad de todas nuestras intervenciones, considerando que la calidad es un derecho de todos los ciudadanos y que cobra especial importancia en aquellas situaciones en donde se produce una ruptura de expectativas en el proceso de desarrollo biológico, psicológico o social.

Señalamos las diferentes vertientes de la Atención Temprana centrándonos en su doble carácter asistencial y preventivo por cuanto se atenúan, por un lado, las posibles disfunciones y por otra, se proporcionan a los sujetos los estímulos necesarios

para facilitarles una evolución normalizada, contemplando los objetivos básicos que deben pretender dichas actuaciones, principalmente la disposición y optimización de los recursos y la anticipación en los procesos de intervención social y educativa.

Palabras claves: Atención Temprana, prevención, diagnóstico y mecanismos e indicadores de calidad en la intervención.

ABSTRACT: In this article, we try to make a reflection about the attention that people who have any kind of disorders, as well as infantile population, between 0 and 5 years old, must receive, to assure a correct development in the acquisition of the essential functions, postural control, moving autonomy, communication and language, social interaction and finally the nervous system process of maturing and mental and emotional organization.

We especially insist on infantile development, and the interactions among the different factors which take part in it, we also insist, on the indicators and quality criteria to make an efficient attention. We have to commit ourselves to offer professional practices which assure the efficiency and quality of all our actions, considering that quality is a right for all citizens and it is especially important in those situations, where there is a break of prospects about the biological, psychological and social process of development.

We point out the different aspects of Early Attention, focusing on its double character, assistance and preventive, as on the one hand possible disorders are diminished and on the other, the subjects are given the necessary stimulus to facilitate them a normal evolution, considering the basics aims that those actions must claim, mainly the disposition and optimization of the resources and the anticipation in the social and educative intervention process.

Key words: Early Attention, prevention, diagnostic, techniques and quality indicators in the intervention.

RÉSUMÉ: Tout au long de cet article on essaie de réaliser une réflexion sur l'attention que doivent recevoir aussi bien les personnes qui ont des dérangements ou disfonctions comme sur celle que doit recevoir l'ensemble de la population infantile, comprise entre 0 et 5 ans, pour garantir un développement adéquate dans l'acquisition des fonctions essentielles, le contrôle de la tenue, l'autonomie de déplacement, la communication et le langage, l'interaction sociale, et, en définitive, le processus de maturation du système nerveux, et l'organisation mentale et émotionnelle. On souligne spécialement dans le développement infantile et les interactions entre les différents facteurs qui y interviennent ainsi que dans les indicateurs et les critères de qualité pour réaliser une attention efficace. Nous devons nous compromettre à offrir des pratiques professionnelles qui ont garanti l'efficacité et la qualité de toutes nos interventions, en considérant que la qualité est un droit de tous les citoyens et qui a une spéciale importance dans les situations où l'on produit une rupture d'expectatives dans le processus du développement biologique, psychologique ou social.

On marque les différents versants de l'Attention Précoce en précisant dans son double caractère assistenciel et préventive dans la mesure où, d'un côté, les disfonctions

possibles s'atténuent et d'un autre côté, on fournit aux sujets les stimulations nécessaires pour leur rendre plus facile une évolution normalisée, en envisageant les objectifs de base que doivent poursuivre les dites pratiques, principalement la disposition et l'optimisation des ressources et l'anticipation dans les processus d'intervention sociale et éducative.

Mots clés: Attention Précoce, prévention, le diagnostique et les mécanismes et indicateurs de qualité dans l'intervention.

1. INTRODUCCIÓN

El crecimiento, desarrollo y maduración son tres conceptos afines dentro de la ontogenia, pero que presentan diferencias importantes según los marcos teóricos en que se desenvuelven. Aquí nos interesa para el término crecimiento el ámbito biológico, refiriéndose a aquellos aspectos cuantitativos relacionados con el aumento de la masa corporal en las diferentes etapas del ciclo vital de un niño. Este aumento está determinado por la herencia y el código genético por un lado, y por las influencias del ambiente, de otro. Es un proceso regular, que sigue un ritmo prácticamente continuo hasta llegar al estado adulto. En el hombre, los cambios que constituyen el desarrollo se organizan secuencialmente en períodos, fases o estadios descritos por la psicología evolutiva. La maduración es definida como la aparición de cambios morfológicos y de conductas específicas determinadas biológicamente y sin la ayuda de ningún aprendizaje. La maduración así entendida es componente necesario pero no suficiente para el desarrollo. Ha de asociarse a lo adquirido a través del aprendizaje, del ejercicio. Esta interacción de la maduración y el aprendizaje da lugar al desarrollo.

El libro blanco de la atención temprana tiene muy en cuenta el nacimiento y evolución del niño, así dice que el desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicosocial. El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales:

- *La base genética*, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no nos es posible modificarla.
- *Los factores ambientales* van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Son factores ambientales de orden biológico el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al sistema nervioso, condiciones necesarias para una adecuada maduración. Son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...). Estas condiciones, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje.

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al sistema nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

2. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA

El Libro Blanco de la Atención Temprana, editado por el Real Patronato de Prevención y Atención a las Personas con Minusvalías, en su prólogo afirma que el desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social, y que los primeros años de vida constituyen una etapa especialmente crítica ya que en ella se van a configurar y determinar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada integración con el mundo circundante. Esta etapa se caracteriza por la rápida y progresiva adquisición de funciones y por lo tanto por el desarrollo de una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

Así pues, la Atención Temprana en general y más concretamente la dirigida hacia alumnos que puedan presentar necesidades educativas especiales se aborda, en la actualidad, prioritariamente desde diferentes ámbitos profesionales, es decir, desde la educación, la salud y desde los servicios sociales. Se trata de garantizar el principio de igualdad de oportunidades de un sector de la población especialmente indefenso. Desde dichos ámbitos se intentan generar claves y estrategias de acción que favorezcan y potencien al máximo el desarrollo del sujeto de la forma más equilibrada posible, detectando y compensando las alteraciones, trastornos o patologías que puedan presentar los sujetos e interviniendo en aquellas situaciones que así lo permitan. Corresponderá a las administraciones autonómicas la planificación de partidas presupuestarias, dotaciones económicas específicas, el diseño y programación de programas que sean eficaces, racionalizar, dotar y gestionar los recursos, identificar las posibles carencias..., en definitiva garantizar, por un lado la

atención y respuesta más adecuada a los niños que lo necesiten y por otro ofrecer un alto grado de calidad y eficiencia en dicha respuesta. Ello supone e implica un compromiso político y un vínculo social que ampare y respalde las acciones que se emprendan en pro de un cometido eficaz.

En Madrid, en 1990 se elaboró el borrador del documento «Módulo de criterios de calidad de centros de Atención Temprana» que culminó con el nacimiento de un grupo de trabajo constituido por distintas Consejerías: Integración Social, Educación, Salud, Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental –Comisión de Atención Temprana– y el Hospital Clínico San Carlos con el fin de clarificar y desarrollar una serie de principios que los autores de este libro recogen y hacen suyos. Éstos se pueden concretar en:

1. Definir qué se entiende por Atención Temprana.
2. Unificar los términos empleados por los profesionales de las distintas redes: educativas, social y de salud.
3. Armonizar las competencias propias de cada institución y establecer espacios de coordinación a través de los sistemas de información pertinentes y comunes, entre los profesionales y los organismos implicados en la Atención Temprana.
4. Definir la población susceptible de recibir Atención Temprana.
5. Establecer el sistema de detección, diagnóstico, derivación e información.
6. Especificar el modelo de intervención en Atención Temprana.
7. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a las necesidades específicas.
8. Desarrollar dispositivos de normalización social, educativa...

En cuanto a la definición, de una forma consensuada y desde un modelo global, podemos concretar el concepto de Atención Temprana como el:

- «Conjunto de actuaciones planificadas que con carácter interdisciplinar dan respuesta a las necesidades transitorias o permanentes originadas por alteraciones en el desarrollo o por deficiencias durante los primeros años de vida, teniendo en cuenta a la familia y el contexto social donde el sujeto está ubicado.
- Pretende la potenciación máxima de las posibilidades psico-físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas de desarrollo, pero sin forzar el curso normal y lógico de la maduración del sistema nervioso central».

Si queremos profundizar algo más, podemos hacer referencia al Libro Blanco en donde se define la Atención Temprana «como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenten los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar

la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar». O por qué no, a la definición dada por Gallego Ortega aludiendo a trabajos de Luciano en la que delimita este concepto como aquella técnica terapéutica de carácter preventivo o asistencial durante la primera etapa de la infancia que tiene por objeto proporcionar las experiencias necesarias para procurar el máximo desarrollo potencial de los sujetos mediante la aplicación de programas sistemáticos y secuenciados.

En palabras de Gallego (1993: 496) la Atención Temprana a la que nos estamos refiriendo queda delimitada por una doble vertiente:

- El carácter asistencial cuya finalidad se centraría en atenuar en lo posible los déficit físicos e intelectuales que una determinada anomalía haya podido originar. Formarían parte de este grupo de niños los afectados por cromosomopatías, fenopatías, lesiones neurológicas...
- El carácter preventivo, cuyo propósito sería proporcionar a los sujetos los estímulos necesarios para facilitarles una evolución normalizada. Nos estamos refiriendo a niños con alteraciones sensoriales, origen con deprivación sociocultural...
- Desde estos planteamientos, Carmona López (2000) subraya que los retos que debemos perseguir a la hora de llevar a cabo un programa de Atención Temprana deben centrarse en:
 - Maximizar el potencial de desarrollo del niño, intentando lograr su independencia en las distintas áreas.
 - Prevenir el desarrollo de problemas secundarios.
 - Despertar en el niño el deseo de explorar y conocer su mundo.
 - Animarle a que tome la iniciativa de la conducta y que sea cada vez más independiente.
 - Que el niño sienta deseos de logro y sienta satisfacción por el mismo.
 - Apoyar e informar a los padres y familia, ayudándoles y manteniendo al niño en el contexto familiar
 - Que exista una relación costo/beneficio.
 - Emplear estrategias de intervención de una forma ecológicamente relevante, evitando fórmulas demasiado artificiales.

Para Párraga y Rodríguez (1984) la atención que se debe prestar a través de la Atención Temprana se dirigirá hacia cuatro direcciones:

1. Debe ser siempre una acción dirigida a la globalidad del sujeto entendida como una organización multidisciplinar, y no entenderla como una recuperación puntual y aislada de una función alterada al ser el desarrollo general el que se encuentra comprometido.
2. Ser una acción progresiva, pensando en el niño como un ser en desarrollo y en constante evolución.

3. Considerar el entorno familiar en el que el sujeto está inmerso. Dado que las experiencias necesarias para el desarrollo infantil provienen de ese entorno, modificar o mejorar el mismo será una tarea de vital importancia.
4. Iniciarse lo más precozmente posible, es decir, desde el momento de su detección. De ahí la necesidad de una adecuada atención del embarazo, del momento del parto y de los primeros años de vida infantil.

En definitiva, suscribimos con todo ello que la Atención Temprana intenta transmitir la necesidad de llevar a cabo procesos preventivos y pensar en la necesidad de prever, planificar, instrumentar y desplegar estrategias de intervención en tiempo y forma. Si bien no ha existido, o mejor aún no se ha desarrollado, una cultura de colaboración y coordinación entre los diferentes servicios, sí es cierto que en muchas ocasiones y de forma sistemática se han desarrollado acciones asistenciales y de atención eficaz ante las necesidades surgidas en los primeros años de la infancia por parte de instituciones tanto públicas como privadas.

3. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Detectadas las necesidades, asignadas las competencias de los distintos profesionales, especificando el modelo de intervención y determinando los distintos mecanismos de compensación y normalización se hace necesario organizar la respuesta en base, principalmente a posibilitar la adopción de medidas encaminadas a conseguir procesos de calidad en la intervención y el máximo desarrollo de los sujetos objetos de atención. Para ello definiremos los principios explícitos en donde asentar nuestras propuestas de actuación. Así pues, y desde nuestra consideración, estimamos que la concreción de dichos principios deberían puntualizarse en dos grandes bloques: principios básicos de acceso, y principios significativos para la intervención.

3.1. *Principios básicos de acceso*

En todo programa de actuación temprana deben desarrollarse una serie de principios básicos que deben estar presentes y orientar cualquier actividad o iniciativa, tanto en el área de los servicios generales como en los servicios especializados, tendentes, principalmente a la prevención, tratamiento y rehabilitación integral de aquella población a la que se dirigen dichos programas.

Haciendo una selección y un compendio de las distintas publicaciones en el mercado nos atreveríamos a señalar los siguientes:

- Prevención, orientada hacia la causa de los problemas, con el fin de paliar o eliminar su influencia. Pero la prevención no SÓLO debe ir dirigida hacia la rehabilitación de dificultades o problemas. Debemos entenderlo como un proceso de estimulación global para EVITAR que surjan dichas alteraciones. Por ello, nosotros partimos de la idea de que la Atención

Temprana debe dirigirse a toda la población enclavada en ese intervalo de 0 a 6 años e ir adaptando los procesos en base a las necesidades y a las propias demandas.

- Globalización. Nuestra atención ha de partir de programas globales. Los casos puntuales y esporádicos requerirán de procesos paralelos o simultáneos. La integración de políticas ajustadas, profesionales eficaces y estructuras adecuadas mejorarán y garantizarán un mejor y mayor pronóstico.
- Sectorización. Hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios: sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia.
- Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades.
- Responsabilidad compartida, mediante una planificación, coordinación y colaboración integrada, diseño y programación de actividades coordinadas, racionalización, dotación y gestión de los recursos que permitan una eficaz prestación. Ha de promover la participación el diálogo y la integración. Toda coordinación supone, explícitamente, la continuidad en y de los servicios
- Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional. Para ello se requiere de una especialización adecuada, profundizando en los distintos campos en donde se va a actuar. Tener un conocimiento de la realidad, legislativa, institucional, características sociales y culturales, hábitat y entorno geográfico. Y una formación y una experiencia suficiente sobre el trabajo en equipo, estrategias de tomas de decisiones...
- Descentralización. Apoyando las iniciativas de comunidades, municipios y/o localidades que se aventuren a llevar a cabo e implementar programas de acción directa con sujetos, familias o instituciones. La descentralización tiene que ser compatible con una buena organización del acceso a los apoyos desde los servicios más especializados cuando ello sea necesario.

3.2. Principios significativos para la intervención

Gallego (1993: 501-502), señala tres principios vitales en los que se apoya la Atención Temprana: la detección precoz, dando una gran importancia a la evaluación temprana, la individualización, adaptadas a las características y ritmos de aprendizaje de cada sujeto y la graduación sensata de los progresos –no debe estimularse demasiado ni a destiempo–. A modo de resumen recogemos el cuadro-esquema en el anexo que figura al final del artículo.

4. OBJETIVOS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

En este apartado vamos a hacer referencia al documento del Libro Blanco (Cap. 2 y 3), pues creemos que refleja los aspectos esenciales en cuanto a las metas a conseguir y los distintos niveles de intervención.

4.1. *Objetivos de la Atención Temprana*

El principal objetivo de la Atención Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

La Atención Temprana debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en Atención Temprana deben considerarse no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno. De este amplio marco se desprende el siguiente conjunto de objetivos propios de la Atención Temprana:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficit secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno del niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

4.2. *Niveles de intervención en Atención Temprana*

Del modelo bio-psico-social de la Atención Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Los centros y servicios de Atención Temprana deberán realizar sus actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social. De manera esquemática podemos diferenciar tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria de los trastornos en el desarrollo infantil tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son, prioritariamente, los de Salud, Servicios Sociales y Educación. Otros departamentos como Trabajo y Medio Ambiente tienen también importantes responsabilidades en este ámbito.

Son competencia de los *Servicios de Salud* los programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, los de salud materno-infantil, detección de metabolopatías y vacunaciones, información de los factores de riesgo y de su prevención, atención pediátrica primaria y las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general. Han sido las actuaciones en este ámbito las que han permitido la práctica erradicación de la poliomielitis, disminución drástica de algunas infecciones intrauterinas, eliminación de los cuadros de parálisis cerebral infantil secundarios a incompatibilidad Rh, detección y tratamiento precoz de algunas metabolopatías, etc. Los avances más recientes están evitando la infección en la etapa fetal del virus de la inmunodeficiencia adquirida a los niños de madres afectadas.

Los servicios de Pediatría en Atención Primaria, de utilización por toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 14 ó 18 años de edad, ocupan un lugar especial en la prevención de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo, al estar dirigidos a toda la población infantil, a través de los programas de revisiones regulares y control del niño sano. Los programas de seguimiento de niños con alto riesgo de presentar trastornos neuropsicosensoriales, realizados desde las unidades neonatales, servicios de Pediatría y Neurología Infantil se dirigen de forma específica a un grupo especialmente vulnerable de la población infantil.

Así mismo los servicios de Salud Mental Infantil tienen un papel importante en la prevención primaria, colaborando con los equipos de salud y de planificación familiar en programas materno-infantiles, que deberían permitir evitar, en muchas ocasiones, la aparición de situaciones de riesgo. Participan también estos servicios en la elaboración de recomendaciones y en la adopción de medidas para fomentar la salud mental en general y para reducir la exposición de los niños a situaciones de privación psico-social.

Son competencia de los *Servicios Sociales* las intervenciones destinadas a la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato, por acción u omisión, al menor. La actuación de los Servicios Sociales se enmarca muchas veces en una labor de atención a la familia, siendo estos programas, al considerar el conjunto familiar, especialmente relevantes, por la importancia reconocida de la familia en el bienestar y desarrollo del niño.

Los Servicios Sociales intervienen también de forma especial en la prevención de los trastornos del desarrollo infantil, a través de los programas dirigidos a colectivos que se hallan en situación de riesgo por condiciones sociales, como madres adolescentes, población emigrante, etc.

Son competencia de los *Servicios Educativos* las actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de Educación Infantil, utilizados de forma mayoritaria por la población a partir de los 3 años de edad y por una parte de la misma en edades anteriores. La labor de estos centros en la prevención de los trastornos en el desarrollo puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en el seno de la familia.

Un importante nivel de actuaciones preventivas desde Educación tiene lugar a través de la formación de los alumnos y alumnas de Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional, en los ámbitos de salud, educativos y sociales, y especialmente en planificación familiar.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria en Atención Temprana tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.

La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la Atención Temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno. Constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. La detección temprana es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia. Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos, si es posible antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de *signos de alerta*, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con poblaciones infantiles. La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención terapéutica.

El diagnóstico de una alteración en el desarrollo consiste en su puesta en evidencia de dicha alteración así como el conocimiento de sus supuestas causas, permitiéndonos la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica. Ante la sospecha de un trastorno en el desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta el niño es, en la mayoría de casos, múltiple, afectando a distintos ámbitos y de origen multifactorial: fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psico-afectiva y condiciones del entorno en general.

El diagnóstico de las dificultades que presenta un niño será el resultado de considerar, de forma integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y los secundarios. Así el diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales.

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debemos considerar 3 niveles diagnósticos: funcional, sindrómico y etiológico.

El *diagnóstico funcional* constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas. Este tipo de diagnóstico es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.

El *diagnóstico sindrómico* está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome o cuadro sindrómico nos permite conocer cuáles son las estructuras –neurológicas, psíquicas o sociales– responsables del trastorno y nos orienta sobre la etiología del mismo.

El diagnóstico sindrómico orienta hacia los ámbitos sobre los que debemos obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominante orgánica o ambiental.

El *diagnóstico etiológico* es el que nos informa sobre las causas, bien de carácter biológico o bien psico-social, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado. En todos los casos intentaremos establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que considere los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general. A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro autista y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos intentaremos establecer un diagnóstico de presunción.

PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria en Atención Temprana agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al niño, a su familia y a su entorno. Con ella se deben atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

La intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en

su desarrollo. Cuando la detección se realiza en la unidad de Neonatología, al existir un período de hospitalización en la etapa neonatal, la intervención se inicia ya en la propia unidad. Cuando la detección se realiza a través de las consultas pediátricas, de las escuelas infantiles o de los propios padres, la atención se inicia en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o en las unidades de Atención Temprana, que dan continuidad a la atención cuando ésta se ha iniciado en la unidad neonatal.

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social.

La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno social.

Cuando el niño asiste a la escuela infantil, ésta ofrece importantes posibilidades de incidir positivamente sobre los procesos de socialización y aprendizaje, al actuar reforzando el proceso terapéutico específico, por lo que es fundamental establecer una adecuada coordinación.

4.3. *Criterios de calidad en la Atención Temprana*

Para Millá Romero (1.999), en los últimos tiempos, cualquier sector de actividad productiva –la industria, el comercio, las finanzas, el turismo– ofrece la calidad como un valor intrínseco de sus productos o servicios, sometiéndose para ello a homologaciones y rigurosos controles (AENOR). A pesar de que la preocupación por la calidad nace en el mundo de la empresa, ésta debe alcanzar también a los recursos humanos implicados directamente en el trabajo con personas desde la sanidad, la educación o el bienestar social. Para esta autora, tenemos que comprometernos especialmente en ofrecer unas prácticas profesionales que garanticen la eficiencia y la calidad en todas nuestras intervenciones. Debemos considerar que la calidad es un derecho de todos los ciudadanos que cobra especial importancia en aquellas situaciones en las que se produce una ruptura de expectativas en el proceso de desarrollo biológico, psicológico o social.

En un estudio realizado por Millá, donde se analiza la trayectoria de la atención precoz, se señala que transcurridas más de dos décadas desde que se pusieron en funcionamiento en nuestro país los primeros centros de Atención Temprana, y contando con una relativa consolidación de estos servicios, es momento de plantearse no sólo dar un tratamiento o hacer una determinada intervención, sino realizarla con la mayor calidad posible. Debemos demostrar además que estos servicios poseen la suficiente eficacia para justificar su existencia, ya que

no proporcionar un servicio, en algunos casos, puede ser más beneficioso que ofrecerlo inadecuadamente. En nuestro caso hablar de calidad en Atención Temprana se refiere a la *calidad integral* de los servicios o programas y se fundamenta en los siguientes aspectos:

1. Los servicios han de estar centrados en los niños y las familias (clientes) y gobernados por un sistema de valores.
2. Las medidas de la calidad en la ejecución deben estar basadas en resultados importantes para los atendidos.
3. Implantar una cultura de la calidad en lugar del simple cumplimiento de la normativa (influencia del consumidor).
4. La calidad ha de ser supervisada por múltiples agentes.

Para Millá, este aumento de la preocupación por la calidad viene motivado fundamentalmente por los cambios en los valores, métodos y estructuras organizativas que introducen el mayor uso de modelos holísticos de funcionamiento que subrayan menos los enfoques patológicos. No debemos olvidar que la calidad tiene que ver especialmente con la gestión de servicios y su mejora.

La calidad de vida y la calidad de servicios son conceptos que deben ocupar un lugar destacado en la política social, en los programas de habilitación y rehabilitación y en la investigación. Estos conceptos forman parte de la denominada revolución sociocultural por la calidad. Pero no debemos olvidar que la calidad de vida es un concepto fundamentalmente subjetivo, que refleja las condiciones deseadas por una persona relacionada con la vida en el hogar, la comunidad y la salud. Los comportamientos de los profesionales y las tareas propias del proceso de intervención deben acomodarse a esas nuevas perspectivas que hablan no sólo de intervenir en las personas, sino también en el entorno o ambiente inmediato; así como de analizar no sólo el funcionamiento de los servicios, sino ver en qué medida éstos responden a la búsqueda de la calidad de vida. Nos interesa destacar que el concepto de discapacidad, íntimamente ligado a los servicios de Atención Temprana también ha sufrido una evolución que avanza desde una perspectiva centrada en el niño hacia una perspectiva centrada en el ambiente, y desde una perspectiva centrada en los servicios hacia una perspectiva centrada en las personas. Los dos aspectos primordiales para la mejora de la calidad del servicio son: la mejora de los procesos de gestión y la mejora de la calidad de vida de las personas, calidad en los resultados. Con el modelo de calidad en los procesos se ha tratado de recoger el bagaje conceptual y práctico que procede del modelo de calidad total. El énfasis se sitúa en la propia organización como prestadora de servicios a los niños y a sus familias y más específicamente a los procesos internos de gestión. La clave de este modelo es el aseguramiento de los procesos como paso previo a su control y revisión sistemática orientada a la mejora de los mismos. En nuestro caso supone tener en cuenta una serie de consideraciones para mejorar dicha calidad:

1. La edad de los beneficiarios abarca el período comprendido entre 0-6 años.
2. La atención debe ir dirigida al niño –facilitando la adquisición de habilidades adaptativas, potenciar la autoestima, la capacidad de autorregulación, el máximo grado de autonomía personal y promover el reconocimiento de la individualidad, la familia y el entorno–, la familia –facilitando la implicación de sus miembros en todo el proceso de intervención, promover la cooperación de los padres, alentar su participación activa y apoyar su bienestar– y el entorno, intentando alcanzar el máximo grado de integración social, facilitando la adquisición a entornos desde lo familiar hasta el medio social en que se desenvuelve el niño, a la vez que proporcionarle las estrategias y recursos que le permitan una integración y el acceso futuro a criterios de igualdad de oportunidades.
3. El carácter global de la intervención.
4. El equipo. La composición de los equipos de Atención Temprana será multidisciplinar y contará con las distintas figuras profesionales. La intervención se abordará desde un enfoque interdisciplinar o transdisciplinar según se considere.
5. Sistematización. El plan de intervención estará sujeto a unos principios ordenadamente relacionados entre sí y planificados de forma adecuada.

5. LA ATENCIÓN TEMPRANA: A QUIÉN, CUÁNDO Y PARA QUÉ SE APLICA

A quién

En un principio la Atención Temprana estaba dirigida a niños que crecían en condiciones de pobreza, con el objetivo de modificar el curso del desarrollo infantil en los primeros años, a fin de preparar mejor para la escuela a quienes se encuentran en situaciones de riesgo. Esta preocupación se extendió luego a los niños deficientes y a los niños con problemas de desarrollo. En la actualidad la Atención Temprana no va dirigida sólo a los niños que padecen algún déficit físico, psíquico o sensorial, sino también a aquellos otros que, por diversas circunstancias, pueden presentar problemas madurativos o de adaptación (Assido, 1993: 22).

La Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Retraso Mental (FEATPS) especifica en gran medida a quien va dirigida la Atención Temprana. Concretamente está enfocada a aquellos niños/niñas y sus familias que presentan, durante las primeras etapas de la vida, alteraciones del desarrollo psicomotor. Pueden ser sujetos de intervención en los Centros de Atención Temprana:

- Niños que presenten al nacimiento, o si se determina en meses posteriores, cualquier anomalía congénita (cromosómica, génica, metabólica o gestacional).

- Niños que por situaciones perinatales sean portadores de condiciones de riesgo para el desarrollo (sufrimiento perinatal, anoxia, disfunciones metabólicas, enfermedades perinatales, signos neurológicos patológicos, prematuridad, etc.).
- Niños que padezcan en las primeras etapas de su vida enfermedades que puedan suponer un compromiso o daño en el sistema nervioso, o sufran accidentes susceptibles de ocasionarlo.
- Niños con condiciones socioambientales negativas (deprivación, malos tratos, abandono, etc.).

Cuándo

El Informe del Grupo Temático del Programa Helios II (1993-1996) dice: «... la idea básica de la intervención temprana está íntimamente conectada con la teoría de las «fases sensibles» de la infancia temprana. La teoría está basada en el pensamiento que el desarrollo futuro de los niños está «moldeado» durante estas fases y tienen una influencia considerable en la vida futura del niño (Spitz, 1965). El conocimiento de este hecho es un paso importante para promover la estimulación, tan temprano como posible a los niños con discapacidades. En un estudio empírico Skeels y col. en 1939, probaron la importancia de los factores sociales en el desarrollo intelectual de algunos niños con discapacidades. Lo siguiente eran puntos importantes en el significado de la intervención temprana: Primeramente, las teorías sociales de aprendizaje de los años 50 y de los 60, en las que se asumía que cualquier conducta humana se podía cambiar; segundo, el establecimiento de modelos de hombre-ambiente para explicar el desarrollo de los niños, como describió Uri Bronfenbrenner en su psicología ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979).

Como consecuencia, en los años 80, la mayoría de los países mostraron un cambio hacia la familia orientada y basada conceptualmente en la intervención temprana (Helios, informe del seminario, 1994)... Hoy hay un gran acuerdo entre expertos tanto en la teoría como en la práctica de que la estimulación de los niños llevada a cabo lo más precoz posible es un método que proporciona un gran resultado en el futuro desarrollo del niño y en su integración (Helios, informe del seminario, 1994: Speck; Dunst y otros, 1989) En vista de la importancia de la prevención y de su éxito, la intervención temprana, no hay duda, que se hará aún más importante en los países miembros de la UE (Helios, informe del seminario, 1994; Shechan y otros)...».

El Manifiesto del Grupo EURLY AID para una política futura de la Unión Europea (J.M.H. de Moor, B.T.M. van Waesberghe, J. Hosman, D. Jaeken, S. Miedema, Elsenborn, Bélgica, diciembre 1991) en sus recomendaciones dice: «... 1.- Es esencial que los niños que presenten trastornos del desarrollo reciban ayuda precozmente. Esto es importante a nivel preventivo, tanto para el niño como para la familia. Los

padres tienen derecho en cada momento de aceptar o negarse a la ayuda propuesta».

En el Libro Blanco de la Atención Temprana se señala que la evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

Es lógico concluir según todo lo expuesto que la atención temprana debe iniciarse lo antes posible. Lo antes posible debería significar cuando, tanto los padres como el niño, estén preparados. La Atención Temprana no debe limitarse al niño, sino que debe incluir también a la familia, al centro escolar y al entorno del niño en general.

Para qué

Los «para qué» de una atención temprana son muchos y están interrelacionados. La habilidad del niño para pensar, para establecer relaciones y desarrollarse al máximo de su potencial está directamente relacionada con el efecto de una buena salud, una buena nutrición y una interacción social apropiada. Numerosas investigaciones han demostrado que el desarrollo temprano del cerebro y la necesidad de una buena salud y nutrición son importantes. Estos factores son el fundamento de un desarrollo cognitivo y emocional saludable, el cual se traduce en una ganancia económica tangible. Diversas investigaciones han comprobado que los niños que participan en programas de Atención Temprana bien diseñados, tienden a obtener más éxito en la escuela, a ser más competentes social y emocionalmente y a demostrar un desarrollo verbal e intelectual más elevado que los niños que no participan en dichos programas. Por lo tanto, garantizar el desarrollo infantil saludable es una inversión en la futura población activa del país y en su capacidad de progresar económica y socialmente. Los cinco «para qué» principales son:

1. *Pruebas científicas.* La investigación científica demuestra que los primeros años son decisivos y cruciales para el desarrollo de la inteligencia, la personalidad, y el comportamiento social. Antes de los 3 años de edad, el medio ambiente afecta directamente sobre cómo el cerebro de un infante se va a desarrollar. Los programas de desarrollo infantil temprano han demostrado tener repercusiones significativas y perdurables de gran impacto sobre la personalidad y el comportamiento del niño.

2. *Justificación socioeconómica.* La educación infantil temprana puede incrementar el rendimiento de lo que se invierte en la Educación Primaria y Secundaria. Puede elevar la productividad y el nivel de ingreso, mejorar el desempeño académico. Además, puede reducir la deserción durante toda la vida de los participantes en el programa y como consecuencia, recortar el gasto público. Reduce también

los costos sociales asociados con la repetición en la escuela, la delincuencia juvenil y el abuso de drogas.

3. *Equidad social.* La inversión en el desarrollo infantil temprano ataca algunas de las causas más arraigadas de la pobreza. Un «buen comienzo» puede modificar lamentables desigualdades socioeconómicas y de género. Las niñas pueden ser beneficiarias muy importantes de esta inversión. Los estudios de diversas culturas demuestran que las niñas que participan en programas dirigidos a la infancia temprana tienen más probabilidades de asistir y continuar en la escuela. Ellas están mejor preparadas para la educación y sus padres modifican sus expectativas, permitiéndoles estudiar por períodos más largos. Por otra parte, los programas de desarrollo infantil temprano pueden elevar la asistencia a la escuela primaria en lugares donde los hermanos mayores, generalmente niñas, se han visto obligados a abandonar la escuela para cuidar a sus hermanos más pequeños.

4. *Eficacia de los programas.* El éxito de otros programas sociales (por ejemplo, programas que enfatizan la salud y nutrición, o la Educación Primaria, o los relacionados con el desarrollo de la mujer) puede elevarse, incorporando intervenciones dirigidas a un sano desarrollo mental y social en la infancia temprana. Un firme desarrollo psicosocial eleva las posibilidades de supervivencia y da más eficiencia a los programas educativos, reduciendo la repetición escolar.

5. *Intersección de las necesidades de las mujeres y los niños.* En todos los países en desarrollo, la participación femenina en la fuerza de trabajo es considerable y está en aumento, tanto en los sectores formales como los informales. Cada vez son más los hogares encabezados por mujeres. Por lo tanto, ha crecido la necesidad del cuidado de los niños en condiciones de seguridad. La disponibilidad de centros u hogares de cuidado infantil, puede incrementar la productividad y el ingreso de las mujeres que trabajan por cuenta propia, particularmente las que realizan actividades agrícolas, a la vez que abre oportunidades de aprendizaje y educación para la mujer.

6. PROGRAMAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La Federación Española de Asociaciones Pro-Subnormales (FEAPS) afirma que «...la programación de acciones adecuadas a las necesidades o problemática de una persona o grupo debe reunir las características de individualidad o especificidad, referirse específicamente al momento actual en que se encuentra la persona, explicitar la temporalización de los objetivos que se proponen, incorporar el desarrollo metodológico que se va a realizar y definir los criterios de evaluación y logro que se van a utilizar. Además, deben diferenciarse claramente las secciones del mismo articulándose entre sí coherentemente y de forma secuencial...». La FEAPS da unas pautas generales que deben tenerse en cuenta:

- Definición de forma clara y precisa de las metas y objetivos a conseguir, analizando adecuadamente todos aquellos datos significativos que obren en nuestro poder y evitando ambigüedades que puedan entorpecer o dar al traste con aquello que pretendemos conseguir.
- Estudio detallado de los prerrequisitos básicos que corresponden a cada objetivo para asegurar su adecuación al actual grado de desarrollo del sujeto.
- Análisis de las condiciones del entorno, cuya disposición puede actuar o no como facilitador de todo el proceso.
- El método de actuación se presenta como un punto clave con respecto al éxito en la intervención. Consensuado, su aplicación debe tener en cuenta aquellos aspectos significativos de cada caso, desarrollando todo el proceso según unos módulos y temporalización de los mismos bien establecidos.
- El programa debe incorporar necesariamente modos de valoración y criterios de logro del mismo, cuyos índices en su diseño cumplan los requisitos de validez y fiabilidad pertinentes.
- Los materiales e instrumentos deben ajustarse a las necesidades de cada caso concreto, siendo adecuado realizar una selección de los mismos en función de los objetivos propuestos y las características de cada sujeto.
- Todo el proceso de intervención debe completarse y enriquecerse con aquellas actividades complementarias que se estimen oportunas por el equipo, tanto dentro como fuera del centro y en las cuales puedan colaborar además personas no pertenecientes al grupo terapéutico directivo, como puedan ser por ejemplo los monitores en actividades de ocio y tiempo libre.

Los programas que podemos encontrar en el ámbito de la atención temprana pueden agruparse en función de su enfoque en global o individual. Los primeros atienden aspectos tales como: facilitación del desarrollo psicomotor y de la adquisición de las habilidades adaptativas; facilitación de la plena integración en el entorno familiar, educativo y social. Los programas individuales comprenderían pautas específicas adaptadas a cada persona en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor (Motricidad, Cognición, Comunicación, Sociabilidad y Autonomía Personal). Desde la perspectiva más reciente de la nueva definición de retraso mental/retraso en el desarrollo de la AAMR, que nos orienta a una mejor definición de los aspectos funcionales y de la capacidad de adaptación al entorno, vemos adecuado referirnos a las siguientes áreas de habilidades adaptativas: Comunicación, Autodirección, Habilidades Escolares Funcionales, Habilidades Sociales, Cuidado Personal, Vida en el Hogar, Utilización de la Comunidad, Salud y Seguridad, y Ocio. Cada asociación o grupo de expertos considera unas áreas u otras así:

- Para la Asociación para el tratamiento de niños y jóvenes con síndrome de Down (ASSIDO) el programa de intervención comprende las áreas: motora, cognitiva, socio comunicativa, autonomía.

- Para «Enseñanza ECCA» las áreas son: Motora gruesa, Motora fina, Social, Lenguaje, Perceptivo cognitiva.
- Para la FEAPS las áreas son: Comunicación, Autodirección, Cuidado Personal, Vida en el Hogar, Habilidades Escolares Funcionales, Habilidades Sociales, Salud y Seguridad, Utilización de la Comunidad, Ocio, Trabajo.

A continuación, vamos a exponer las directrices de algunos de estos programas:

Para el ámbito lingüístico

Los programas de atención temprana que pretenden desarrollar el ámbito lingüístico suelen comenzar por las pautas de interacción padres-hijo, orientación al sonido, respuesta a estímulos aversivos, sonrisa social, la sociocomunicación, toma de turnos, etc. La FEAPS dice al respecto «...Aspectos como el desarrollo del habla, o en su ausencia la creación y utilización de modalidades comunicativas alternativas; la comprensión; el desarrollo de la sintaxis y la elaboración de la gramática; la creación de campos semánticos, así como la capacidad para segmentar la información, establecer intercambios, seguir turnos y dar sentido, serán unos pocos de los muchos apartados que nos preocuparán a la hora de elaborar programas de actuación, explícitos y específicos, íntimamente relacionados y adecuados a su contexto, para nuestros niños objeto de atención. Así como en otras áreas de habilidades adaptativas es importante que todos los programas que se desarrollen y apliquen incorporen a la familia de manera activa, tanto como personas del entorno del niño que han de conseguir con él un grado de comunicación y de relación funcionalmente válido y enriquecedor, como porque en las etapas intermedias de la intervención han de ser agentes de las propuestas de contacto que se incorporen en el programa. Quizá en este área y sobre todo en los dos/tres primeros años de la vida del niño es recomendable que los padres asistan a las sesiones de trabajo con el niño, observen los modelos, reciban pautas de actividad en el hogar y entiendan los aspectos básicos de las propuestas de relación, contacto y comunicación que se realicen. Esta participación de los padres, ha de ser continuada y frecuente, lo que no excluye que el profesional distribuya y organice su asistencia y participación en función de la situación y nivel de necesidades de cada niño, de las condiciones y actitudes que se hayan valorado en la familia, así como de las técnicas o actividades que se vayan a realizar...».

Para el ámbito cognitivo

Para ASSIDO este ámbito debe comenzar por favorecer la exploración visual, fijación de la mirada, orientación a estímulos visuales, seguimiento visual, estimulación auditiva, respuestas de orientación a sonidos, estimular respuestas de habituación, reacción a estímulos aversivos, estimulación táctil, estimulación del olfato, desarrollo de esquemas, alternar la mirada, experimentación de las consecuencias de sus propias acciones, estimulación vestibular, advertir la desaparición

de personas u objetos, estimular el reflejo de prensión, conciencia de sus manos, estimular la apertura de manos, etc.

Para «Enseñanza ECCA» los objetivos de un programa perceptivo cognitivo son: mejorar la conexión del niño con el mundo exterior a través de los sentidos, y desarrollar la capacidad de resolución de problemas.

Para el ámbito motor

Para ASSIDO este ámbito debe comenzar por: estimulación de reflejos, favorecer los movimientos del cuerpo, conseguir el control cefálico en varias posiciones, estimulación vestibular, acostado boca abajo, estimulación de los volteos, etc.

Para el desarrollo de habilidades sociales

La FEAPS dice: «...Trabajando en atención temprana el apartado de las Habilidades Sociales, lo que vamos a procurar es crear el marco adecuado, en el que de forma conjunta, padres y profesionales, puedan actuar con y para el niño en la puesta en práctica de la aplicación de una serie de programas específicamente dirigidos al niño y a su entorno social, que le ayudarán a comprenderlo, a modificarlo y, en definitiva, a formar parte del mismo. Para ello, no podemos olvidarnos de desarrollar todas aquellas conductas que estén relacionadas de forma directa o no con el apego social; el reconocimiento de determinadas personas como algo placentero, y la selección de unas pocas de ellas con las que el apego emocional será más intenso. Trabajando directamente la percepción y la atención, así como la memoria a la hora de retener las pautas complejas y abstractas de los estímulos del ambiente, y actuando de forma creativa adaptándonos a cualquier situación de la vida cotidiana, incidiremos en el conocimiento propio y de los otros, en el establecimiento de la empatía, y en el reconocimiento de las intenciones, consiguiendo así elaborar un adecuado desarrollo de la personalidad, y por consiguiente, de una ulterior amistad...».

Para el desarrollo de habilidades de autonomía

Para ASSIDO este ámbito debe comenzar por: alimentación, vestido, aseo, control de esfínteres, etc.

Para el desarrollo de la autodirección

Para la FEAPS ...la capacidad de autodirección es una de las habilidades o suma de ellas que facilitan la adaptación de una persona a su entorno, es decir la capacidad para regular la actividad espontánea, la capacidad de atención, la capacidad para regular las emociones (ante situaciones de ansiedad, frustración, euforia, etc.) y la capacidad para regular la propia actividad cuando está dirigida por otros (deseos del otro, imitar rutinas, seguimiento de reglas, aceptación de normas,

etc.) y ha de considerarse desde el primer momento en que el niño empieza a indicar necesidades. Entendida como un prerrequisito, puede entrenarse desde los primeros programas de atención temprana y no deben obviarse en la planificación general de actividades y programas de facilitación del desarrollo. Es importante considerar las necesidades futuras que el niño va a tener en cuanto a saber controlar y regular sus emociones en función de los distintos contextos en que se desenvuelva; tener capacidad para indicar o expresar sus deseos, así como saber adecuarlos a las distintas situaciones de la vida cotidiana; disponer de habilidades de autodefensa en diferentes situaciones de interacción. En otro sentido, pero también entendidos como recursos de adaptación, podemos hacer previsión de las condiciones que distintos entornos le van a exigir al niño en relación con actuar en grupo, realizar tareas regladas, respetar horarios, planificar sus actividades, etc. Obviamente, el entrenamiento en este tipo de acciones ha de realizarse progresivamente y siempre adecuando el grado de exigencia al nivel de posibilidades que el niño adquiera paulatinamente.

Nos parece más importante tener en consideración estas necesidades futuras que en sí planificar su entrenamiento. Por último, no sólo debemos considerar la perspectiva del niño que se adapta a su entorno, sino también trabajar por la planificación y organización de los distintos ambientes, de tal manera que dispongan y aporten una adecuada estructuración que el niño pueda percibir, una estabilidad o constancia que le permita su reconocimiento o identificación y le ayude a desarrollar la previsibilidad de consecuencias, unas referencias claras e informativas para el niño de las contingencias, etc. Esta planificación y ayudas deben conseguirse en el ámbito de la intervención terapéutica, pero sobre todo es necesario facilitar y apoyar que se consiga en el ambiente natural del niño, es decir en el hogar...».

7. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL CONTEXTO EDUCATIVO. SU NACIMIENTO CON LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN TEMPRANA Y APOYO A LA INTEGRACIÓN (EATAI)

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, establece que las administraciones educativas proveerán los recursos necesarios para garantizar, en el proceso de aplicación de dicha ley, la creación de servicios especializados en los centros que impartan enseñanzas de régimen general, para favorecer la calidad y mejora de dicha enseñanza. Desde hace algunos años, el sistema educativo cuenta en Andalucía con un conjunto de recursos personales relacionados con la orientación educativa y profesional, la intervención psicopedagógica en el ámbito de la atención a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales, y la compensación educativa:

- El Decreto 238/1983, de 23 de noviembre, creó los Equipos de Promoción y Orientación Educativa (EPOE), para el desempeño de funciones

generales de apoyo al profesorado, la orientación vocacional y profesional y la valoración psicopedagógica de los alumnos.

- Al amparo del Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, se crearon los Equipos de Atención Temprana y Apoyo a la Integración (EATAI), para la atención educativa del sector de población escolar con Necesidades Educativas Especiales.

En los años transcurridos desde su creación, los mencionados equipos y servicios han realizado (cada uno en su ámbito de actuación) una labor de apoyo y asesoramiento del profesorado, de atención educativa a los alumnos y de contribución a la mejora de la enseñanza, principalmente en relación con las Necesidades Educativas Especiales, las dificultades de aprendizaje y la actuación educativa de carácter compensador. Los EATAI son los primeros profesionales insertos en el ámbito educativo que se ocupan de la Atención Temprana. El psicólogo, pedagogo, logopeda y maestro escolares intervienen en niños de cero a seis años de forma prioritaria realizando programas de Atención Temprana en el ámbito escolar, unas veces completando los tratamientos que se realizaban en los Hospitales y Centros de Atención Temprana dependientes de éstos (centros base), otras sirviendo de continuadores de la labor realizada en el ámbito hospitalario.

En el Decreto 213/1995, de 12 de septiembre de 1995, por el que se regulan los equipos de orientación educativa, tenemos una disposición adicional única, donde dice: «...El personal con destino definitivo en Equipos de Promoción y Orientación Educativa, Equipos de Atención Temprana y Apoyo a la Integración y Servicios de Apoyo Escolar que en la actualidad existen, se integrarán en Equipos de Orientación Educativa, en los que continuarán prestando sus servicios...», de esta forma el EATAI deja de existir como tal, y se integra en los Equipos de Orientación Educativa (EOE,s). Las funciones que desempeñaban se continúan, aunque influenciadas en gran medida por las líneas particulares de funcionamiento de cada equipo.

Con la Ley 1/99: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, se regulariza de forma institucional en la comunidad autónoma andaluza la Atención Temprana: «... Artículo 11. Detección de las deficiencias y atención temprana. 1. Se establecerán sistemas de prevención y detección de las deficiencias y de atención temprana una vez diagnosticadas éstas, a través de programas y protocolos de actuación que se realizarán de forma continuada sobre las personas con discapacidad. 2. Entendida como intervención múltiple dirigida al niño, a la familia y a la comunidad, quedará garantizada la atención infantil temprana, que comprende información, detección, diagnóstico, tratamiento, orientación y apoyo familiar. 3. El sistema público de salud establecerá los sistemas y protocolos de actuación técnicos necesarios, para que desde la atención primaria en adelante quede asegurado el asesoramiento y tratamiento necesario, de acuerdo con lo establecido en los apartados anteriores».

En el «... Artículo 14. Disposiciones generales. 1. La presente Ley reconoce a las personas con una discapacidad de tipo físico, psíquico o sensorial, en sus diversos grados y manifestaciones, el derecho a recibir la atención educativa específica

que por sus necesidades educativas especiales requieran, tan pronto como se adviertan circunstancias que aconsejen tal atención o se detecte riesgo de aparición de la discapacidad, con el fin de garantizar su derecho a la educación y al desarrollo de un proceso educativo adecuado y asistido con los complementos y apoyos necesarios. 2. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en cualquiera de las etapas educativas, obligatorias y no obligatorias, a: a) La prevención, detección y atención temprana de sus especiales necesidades educativas...», estos artículos crean los preliminares para situar legislativamente la atención temprana en el contexto educativo, cuestión que se hace con la Ley de Solidaridad.

Ley 9/99: SOLIDARIDAD EN LA EDUCACIÓN. En su «...CAPÍTULO II: Población escolar con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales. Sección 1ª. Atención temprana del alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales. Artículo 6. Atención temprana. La Administración de la Junta de Andalucía asegurará la atención temprana de los niños y niñas que presenten signos o riesgo de discapacidad, así como la de aquellos que presenten sobredotación de sus capacidades personales...», con esta ley tenemos la garantía de la intervención educativa en el ámbito de la atención temprana.

8. COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

En Atención Temprana se deben establecer los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información. Es este un elemento determinante para la mejora de la calidad de los centros y servicios. Esta labor implica tanto a los profesionales como a los estamentos relacionados con el niño en estas edades y que ya hemos señalado con anterioridad: Educación, Sanidad y Servicios Sociales. La intervención no se debe realizar desde compartimentos estancos, sino que la transferencia de la información ha de fluir entre ellos y todas las acciones deben tener un denominador común: la calidad de atención al niño y su entorno. En este sentido y con estos planteamientos habría que considerar tres niveles de coordinación.

- Nivel estatal. Desde el Gobierno se ha de promover la coordinación de los distintos Ministerios implicados para trazar una política común que establezca cauces interministeriales para la planificación del sector.
- Nivel autonómico y local, donde las comunidades autónomas y las administraciones locales que tengan transferidas competencias en materia de Atención Temprana deben asumir la creación y organización de los recursos de Atención Temprana que posibiliten la universalización, la gratuidad y la calidad de los tratamientos.
- De los recursos de Atención Temprana. La coordinación también implica a los profesionales de las áreas de Salud, Bienestar Social y Educación que

inciden en el desarrollo infantil, así como a los centros de Atención Temprana entre sí.

Es necesaria la creación de una Comisión Estatal para la Atención Temprana que regule el sector, que establezca criterios comunes y que promueva el desarrollo legislativo de todo lo concerniente a la Atención Temprana, para superar esta carencia histórica. Una Ley Estatal de la Atención Temprana contribuiría decisivamente a superar muchas deficiencias que todavía persisten diseñando cuantas acciones sean necesarias para lograr una mayor eficacia en la prevención de discapacidades y el tratamiento de la población infantil con problemas en su desarrollo. Quienes trabajen en Atención Temprana deben asumir el apasionante reto de ofrecer unas prácticas profesionales eficientes que posibiliten mejorar la calidad de vida de los sujetos atendidos y de sus familias, dándole especial importancia al análisis del entorno y la interacción del individuo con él.

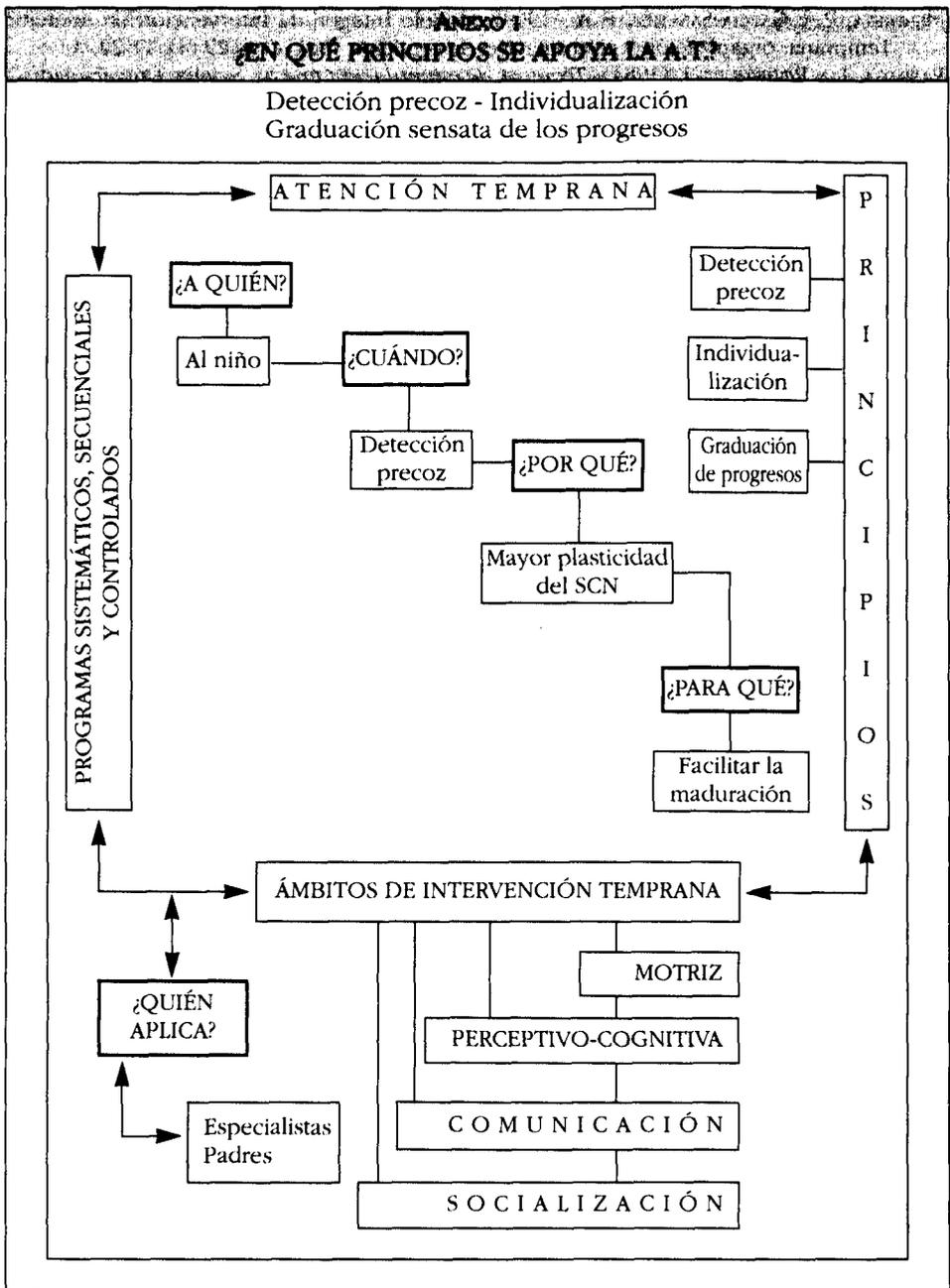
Por último y para finalizar, creemos que es necesario llevar a cabo procesos de colaboración de las distintas estructuras y servicios lo cual permitirá mejorar la calidad y optimizar tanto los recursos humanos como los materiales en pro de una atención más eficaz. La coordinación de recursos y de programas hará efectiva una adecuada planificación de dichos recursos, la delimitación de criterios de actuación, mejor y mayor accesibilidad a los recursos y a los medios, la coordinación y organización de las posibles actividades, una mejor y más adecuada supervisión y control de las acciones emprendidas.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (1983): *Diccionario de Ciencias de la Educación*. Madrid, Santillana.
- (1988): *Nuevo diccionario médico*. Madrid, Planeta Agostini.
- ALEGRET, R.; BARDINA, E. y ZORRAQUINO, M. L. (1994): La influencia de la estimulación precoz en el bebé hospitalizado, *Psicomotricidad*, 1, (46), 23-47.
- ALONSO SECO, J. M. (1997): Atención Temprana. En Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía: *Realizaciones sobre Discapacidad en España*. Madrid.
- ANDREU, T. (1996): Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de la Atención Temprana, *Revista de Educación Especial*, 22, 55-66.
- ASSIDO (1993): *Programa de Atención Temprana*. Madrid, CEPE.
- AYALA, H.; CABRERA, H. y CORONADO, M. A. (1990): Estimulación temprana: su influencia sobre el desarrollo intelectual de niños de 2 a 4 años. En *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, vol. 8, pp. 115-124.
- BRAZELTON, T. B. y CRAMER, B. G. (1993): *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, Paidós.
- BUCETA CANCELA, M. J. (1991): Los padres en los programas de estimulación precoz, *Minusval*, 71, 32-34.
- BUCETA CANCELA, M. y TORRES MAROÑO, M. C. (1995): Programas de intervención temprana: implicaciones educativas, *Revista Galega de Psicopedagogía*, 8 (12), 259-271.

- CABRERA, M.ª C. y SÁNCHEZ PALACIOS, C. (1980): *La estimulación precoz. Un enfoque práctico*. Madrid, Siglo XXI.
- CANDEL, I. y CARRANZA, J. A. (1990): Atención Temprana. revisión y nuevas perspectivas, *Revista de Psicología de la Educación*, 2 (3), 27-38.
- CARMONA LÓPEZ, M. (1999): *Estimulación Precoz, atención temprana*. Granada. Documento Policopiado.
- CORIAT, H. L. (1997): Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil, *Escritos de la Infancia*, 8, 29. Buenos Aires, Fundación para el Estudio de Problemas de la Infancia.
- CORIAT, L.; JERUSALINSKY, N. y JERUSALINSKY, A. (1984): La estimulación en el primer año de vida, *Siglo Cero*, 94, 28-36.
- CORTÉS GALLEGO y otros (sin fecha): *Guía de atención a la Infancia con problemas crónicos de Salud*. Sevilla, Junta de Andalucía.
- CUNNINGHAM, C. y DAVIS, H. (1988): *Trabajar con los padres: Marcos de colaboración*. Siglo XXI.
- ENSEÑANZA ECCA (sin fecha). *Guía práctica de estimulación precoz de 0-4 años*. Documento policopiado.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1984): Diagnóstico Funcional en Educación Especial, *Revista Española de Pedagogía*, 164-165, 199-201.
- FIERRO, A. (1984): Programas de estimulación antecedente, *Siglo Cero*, 92, 20-26.
- FONSECA, V. D. (1990): Estimulación precoz: identificación y evaluación, *Psicomotricidad*, 35, 25-42.
- GALLARDO RUIZ, J. R. y GALLEGO ORTEGA, J. L. (1993): *Manual de Logopedia Escolar*. Archidona, Aljibe.
- GARCÍA MARTÍN, J. M. (1984): Los servicios de estimulación precoz, *Papeles del Colegio*, 14, 13-17.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. y MENDIETA, P. (1998): Análisis del tratamiento integral de Atención Temprana, *Revista de Atención Temprana*, 1 (1), 37-43.
- GARCÍA-SÁNCHEZ, F. A. y CABALLERO, P. A. (1998): Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario, *Anales de Pedagogía* 16, 249-268.
- GARCÍA-SÁNCHEZ, F. A.; CASTELLANOS, P. y MENDIETA, P. (1998): Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral, *Revista de Atención Temprana*, 1 (2), 57-62.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000): *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías.
- GRUPO PAIDI (1996): *Criterios de calidad en Centros de Atención Temprana*. Madrid.
- (1999): *La atención precoz en la Comunidad de Madrid. Situación actual*. Madrid, Genysí.
- HEESE (1986): *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Argentina, Colección Educación Especial Edt. Médica. Panamericana.
<http://www.worldbank.org/children/nino/index.htm>
<http://www.feaps.org>
- LUCIANO, M. C. (1990): *Estimulación precoz: hacia un análisis del entrenamiento en conductas verbales y habilidades más complejas*. Granada, Diputación.
- MARTÍN RAMOS, M. L. (1994): Atención temprana: ayuda a los padres. En *Políbea*, 33, 6-7.
- MARTÍN RAMOS, M. L. (1996): Programas de atención temprana, *Políbea*, 38, 12-15.

- MENDIETA, P. y GARCÍA-SÁNCHEZ, F. A. (1998): Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios, *Siglo Cero* 29 (4), 11-22.
- PARRAGA, J. y RODRÍGUEZ, J. (1984): *Técnicas de estimulación precoz*. Sevilla, Universidad.
- PEÑAFIEL MARTÍNEZ, F. (1997): *Cómo intervenir en Educación Especial. Resolución de casos prácticos*. Granada, Adhara.
- PÉREZ-MÍNGUEZ, C. (1998): Análisis de las relaciones interpersonales tempranas. Un modelo de observación y su aplicación terapéutica en un programa de intervención. *Infancia y Aprendizaje*, 83, 3-28.
- PONTE, J. y BALADO, X. (1997): Ritos de Paso. Apuntes para otro modelo de Atención Temprana, *Cultura y Educación*, 5, 119-132.
- RUEDA FERNÁNDEZ, J. (1991): Atención Temprana: cuanto mas mejor, *Minusval*, 71, 30-31.
- SALVADOR, J. (1987): *La estimulación precoz en educación especial*. CEAC.
- SANZ APARICIO, M. T. (1991): La edad de inicio de la estimulación precoz como determinante del cociente de desarrollo, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44 (4), 413-419.
- VIDAL LUCENA, M. y DÍAZ CUIRIEL, J. (1990): *Atención Temprana: Guía práctica para la Estimulación del niño de 0-3 años*. CEPE.
- VIDAL, M. y DÍAZ CUIRIEL, J. (1989): Atención temprana del niño normal y el niño con deficiencias, *III Escuela de Verano de Psicología: Taller*, 126.



Fuente: Gallego (1993: 501-502).

ANEXO II

Normativa sobre Atención Temprana (a 31 de enero de 2000)

- Normas internacionales suscritas por España:
 - Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959).
 - Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989). Ratificada el 30 de noviembre de 1990 (BOE 30 diciembre).
 - Carta Social Europea. Ratificada el 29 de abril de 1980.
- Legislación general de ámbito estatal:
 - Constitución Española de 1978.
 - Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, de régimen unificado de ayudas públicas a discapacitados (BOE 6-4-81).
 - Orden, de 5 de marzo de 1982, por la que se desarrolla el RD 620/1981 (BOE 8-3-82).
 - Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (BOE 30-4-82).
 - Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de abril de integración social de los minusválidos (BOE 27-2-84).
 - Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE 6-11-1999).
 - Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (BOE 26-1-2000).
 - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-4-86).
 - Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE 10-2-95).
 - Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 23 de julio de 1999, por la que se modifica la Orden de 18 de enero de 1996 de desarrollo del RD 63/1995, de 20 de enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica (BOE 5-8-99).
 - Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor; de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE 17-1-96).
 - Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial (BOE 16-3-85) Modificaciones en Real Decreto 696/1995 de 28 de abril.
 - Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) (BOE de 4 de octubre). Modificaciones: Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre (BOE 21-11-95); Ley 13/1996, de 30 de diciembre (BOE 31-12-96); Ley 66/1997, de 30 de diciembre, (BOE 31-12-97); Ley 50/1998, de 30 de diciembre (BOE 31-12-98).
 - Real Decreto 1333/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículum de educación infantil (BOE 9-9-91).
 - Orden, de 9 de diciembre de 1992, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se regulan la estructura y funciones de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (BOE 18-12-92).
 - Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales (BOE 2-6-95).

- Legislación general de Comunidades Autónomas (nos centraremos sólo en Andalucía)
 - Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía (BOJA 17-4-99). Cabe destacar el Título II que se refiere a la prevención de las deficiencias, asistencia sanitaria y rehabilitación médico-funcional y el Título III dedicado a las necesidades educativas especiales.
 - Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento (BOJA 17-5-95). Se establece como uno de los derechos del recién nacido hospitalizado el tratamiento de estimulación precoz (Art. 3.j).
 - Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (BOJA 4-7-98).
 - Decreto 195/1998, de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica. (BOJA 3-11-98).
 - Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor (BOJA 12-5-98).
 - Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a personas con Minusvalías en Andalucía (BOJA 17-4-1999).
 - Ley 9/1999, de 18 de marzo de Solidaridad en la Educación para Andalucía (BOJA 2-12-1999).