

Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos

Origins and Evolution of Early Childhood Intervention. A Historical Perspective of the Genesis of Early Childhood Intervention in our Country. Agents, Contexts and Processes

Pilar Gutiez Cuevas

Universidad Complutense de Madrid, España

Elisa Ruiz Veerman

Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen. La historia de la Atención Temprana y del desarrollo de acciones sistemáticas y con cobertura institucional, tiene una corta trayectoria tanto en España como a nivel internacional. Si bien los primeros esfuerzos para atender a la infancia con discapacidad se debieron a la iniciativa particular de determinadas personas, en el origen de la AT hubo importantes medidas institucionales que trataron de dar respuesta a las necesidades asistenciales y educativas de estos niños: por un lado desde sanidad y servicios sociales (dependientes entonces de la misma estructura administrativa) y, por otro, desde el sistema educativo. En este momento se forjarán los diferentes modelos de organización y atención que condicionarán, años más tarde, el desarrollo normativo y la actividad en este campo, así como la formación de los profesionales.

Palabras clave: atención temprana, primera infancia, alteraciones del desarrollo.

Abstract. The history of Early Childhood Intervention is short, both in Spain and internationally. Systematic and institutionally-sponsored actions are recent events in the development of educational science. The very first efforts were the result of private initiative, involving compassionate individuals who took an interest in children with disabilities. However, important institutional measures soon followed: on the one hand, health professionals and social workers gave much needed assistance; on the other, educators attended to the children's education. The different organizational models that were established then are responsible for the evolution of related legislation and have shaped the preparation of new professionals and their activities.

Keywords: early childhood intervention, early childhood, developmental delays.

Introducción

Las situaciones y cambios que se han producido en nuestra sociedad a lo largo de las últimas décadas han permitido configurar las respuestas que la sociedad ha ofrecido tanto a la infancia como a los sujetos con discapacidad, según el momento histórico y filosófico.

Las respuestas ofrecidas han ido desde la eliminación sistemática y la marginación, en mayor o menor medida (Scheeremberger, 1984), hasta la utilización de todo tipo de instrumentos e instituciones represivas y marginales (asilos, manicomios, cárceles, etc).

No podemos hablar de Atención Temprana (AT en lo sucesivo), como práctica intencionada, hasta más allá de la segunda mitad del siglo XX, momento en que se inicia con la atención a sujetos que presentan algún

tipo de déficits, y entendida desde una perspectiva actual, sólo en el los últimos 30 años.

A medida que se ha ido profundizando en el conocimiento de las distintas disciplinas que estudian al ser humano (Medicina, pedagogía, psicología, antropología, etc.) se ha modificado el tipo de actuaciones dirigidas a la primera infancia, a los niños con alteraciones en su desarrollo. Este cambio que se ha producido por el estudio de esta etapa, que ha permitido determinar la importancia que tienen los primeros años para el desarrollo posterior del individuo.

Orígenes y evolución de la atención temprana

Los primeros años son un momento único, crucial para el desarrollo humano, con unas características y unas posibilidades que no tienen comparación con ninguna otra etapa de la vida. Es una etapa crítica, ya que durante este periodo se sientan las bases del desarrollo

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora a la Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid. C/ Rector Royo-Villanova, s/n. 28040 Madrid. Email: pigutiez@edu.ucm.es

posterior (físico, psicológico y emocional) y se adquieren las habilidades personales y sociales que van a determinar su futuro.

La interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales incide en este desarrollo (Pérez del Villar, 2005) y, desde esta perspectiva, la Atención Temprana se configura como un elemento inseparable de la respuesta que debe proporcionarse al niño que presenta alteraciones en su desarrollo, dificultades, deficiencias o riesgo de padecerlas a lo largo de su proceso evolutivo.

La Atención Temprana supone un abordaje interdisciplinar y un procedimiento de actuación basado en la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de detección, diagnóstico e intervención a los menores de 0/6 años con deficiencia o alteración del desarrollo (Andréu, 1997).

Los primeros momentos de la actividad, que se producen en la segunda mitad del siglo XX, tienen un marcado carácter asistencial, rehabilitador y compensatorio, para, posteriormente, pasar de un modelo asistencial a un modelo de carácter preventivo. Casado (2005).

Frente a la idea de que los primeros años carecen de relevancia en el desarrollo del ser humano (Sameroff y Chandler, 1975), a partir de los años 70 la especialización disciplinar, así como diferentes investigaciones ponen de manifiesto que la primera infancia es una etapa con necesidades y características específicas y diferentes a cualquier otro momento y que existen posibilidades de conocerlo e intervenir sobre el mismo para tratar de modificarlo (Gutiez, 1995;).

Todos estos estudios favorecen la generalización de programas de atención a la primera infancia y la discapacidad. Se empieza a actuar ante la deficiencia para evitar sus consecuencias, con la convicción de que estas personas pueden desarrollar una vida útil y que pueden integrarse en la sociedad.

Este nuevo enfoque, no sólo evita que las deficiencias interfieran en el desarrollo del niño, también evita su aparición en situaciones de “alto riesgo” biológico o socioambiental.

Concepto de atención temprana

Se han utilizado diferentes términos para denominar las actuaciones que han tratado de evitar o paliar las dificultades de los niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados como de “alto riesgo”. Estimulación precoz, atención infantil precoz o estimulación temprana y Atención Temprana han sido algunos de ellos.

En la actualidad se utiliza el término intervención o Atención Temprana, como sustituto del de estimulación precoz, ya que este término parece evocar un deseo de aceleración en el proceso normal del desarrollo del individuo. Lo que en realidad se pretende es potenciar

al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño, mediante la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central (Coriat, 1978).

Se trata de facilitar su desarrollo y su integración dentro del medio familiar y social. Esta intervención incluye diferentes técnicas y terapias adecuadas a cada deficiencia particular (Villa Elizaga, I. 1976).

En la década 1990-2000 se introduce el concepto de atención temprana como *el conjunto de técnicas educativas que tienen por objeto al niño y su familia, y por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo*, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño, mediante la estimulación regulada, sistemática y continuada, llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los cero a los tres años de edad (Gutiez, Sáenz-Rico y Valle, 1993).

Por primera vez, se van a plantear las necesidades y problemas de los niños pequeños, desde un encuadre educativo y no desde el meramente asistencial-asilar (Gutiez, Sáenz-Rico y Valle, 1993).

Ya en 1999 el grupo PADI define la AT como *el conjunto de actuaciones planificadas con carácter global e interdisciplinar, para dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes, originadas por alteraciones en el desarrollo o por deficiencias en la primera infancia* (PADI, 1999, p. 83).

En la actualidad, y como consecuencia de estas actividades y de los acuerdos tomados por profesionales del Grupo de Atención Temprana, pertenecientes a todos sus ámbitos y a las distintas comunidades españolas, encontramos la definición de consenso tras la elaboración del *Libro Banco de la Atención Temprana*.

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar por respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños 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 y transdisciplinar (GAT, 2000, p. 13).

Este modelo tiene unas características claramente diferenciadas:

- Niño como principal agente de su desarrollo.
- Cambio al modelo educativo.
- Atención unida a la primera evaluación diagnóstica.
- Protagonismo de la familia.

Tabla 1. Factores de Riesgo Biológico

A.- Recién nacido de riesgo neurológico:

- R.N. con peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 gramos o de edad gestacional < a 32 semanas
- APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos
- RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguineotransfusión
- Convulsiones neonatales
- Sepsis, meningitis, o encefalitis neonatal.
- Disfunción neurológica persistente (más de siete días)
- Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central
- Neuro –Metabopatías
- Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos
- Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones, y/o Drogas que puedan afectar al feto
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con factor de riesgo de recurrencia
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico
- Siempre que el Pediatra lo considere oportuno

B.- Recién nacido de riesgo sensorial – visual:

- Ventilación mecánica prolongada
- Gran prematuridad
- R N con peso inferior a 1500 grs.
- Hidrocefalia
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central
- Patología craneal, detectada por ECO/TAC

C.- Recién nacido con riesgo sensorial auditivo

- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión
- Gran prematuridad
- R.N. inferior a 1500 gramos
- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo
- Síndromes malformativos con compromiso de la audición
- Antecedentes familiares de hipoacusia
- Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
- Asfixia severa

Fuente: GAT, 2000, p. 107

- Entornos naturales con actividades significativas.
- Importancia del apoyo de un equipo de profesionales.

El principal objetivo de la AT es lograr 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 favorezca su desarrollo y de bienestar.

Son objetivos propios de la Atención Temprana:

1. Reducir los efectos de la deficiencia
2. Optimizar, el curso del desarrollo del niño.
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación y adaptación a sus necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados

5. Atender las necesidades de la familia y el entorno en el que vive el niño.

6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención (GAT, 2000, p. 17).

Los principios básicos que, partiendo de distintas experiencias y modelos de actuación, se consideran esenciales para poder hablar de un modelo de atención de calidad para la primera infancia son:

- *Diálogo*, participación e integración de todas las partes implicadas en el proceso, es decir, la familia, los profesionales y la sociedad.
- *Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades*, es decir, ofertar este servicio a toda la población que lo necesite, independientemente del lugar de nacimiento o recursos.

Las funciones, competencias y ámbitos de actuación

Tabla 2. Factores de riesgo ambiental

- Acusada deprivación económica.
- Embarazo accidental traumatizante.
- Convivencia conflictiva en el núcleo familiar.
- Separación traumatizante en el núcleo familiar.
- Padres de bajo C.I./ Entorno no estimulante.
- Enfermedades graves/ Exitus.
- Alcoholismo/ Drogadicción.
- Prostitución.
- Delincuencia/ encarcelamiento.
- Madres adolescentes.
- Sospecha de malos tratos.
- Niños acogidos en hogares infantiles.
- Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.

Fuente: GAT, 2000, p. 107

de los profesionales requieren *Interdisciplinariedad* y una alta cualificación profesional. El trabajo que se realizan con los niños y sus familias en estas etapas es de una gran complejidad y se requiere una alta cualificación para llevarlo a cabo así como la coordinación entre las diferentes instituciones que van a atenderle, aspecto esencial a desarrollar en Atención Temprana y responsabilidad de todas las instituciones que atienden al niño en esta etapa (Gutierrez, P. 2001).

Descentralización que supone organizar los servicios de forma que se puedan atender todas sus necesidades en la zona en la que el niño desarrolla su vida (GAT, 2000, p. 91).

Población a la que se dirige la atención temprana

Son susceptibles de recibir Atención Temprana, los niños/as entre cero y seis años que manifiesten cualquier tipo de deficiencias y a los incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo biológico y social:

Niños de alto riesgo biológico

Este grupo incluye niños prematuros, de bajo peso, procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales, niños a término que han sufrido procesos de asfíxia, con semiología de alarma, etc. (Guralnick y Bennett, 1989)

La inclusión en este grupo viene determinada por la existencia de determinados factores riesgo biológico.

Factores de riesgo biológico

Niños en situación de riesgo socio-ambiental

Incluye a aquellos niños que proceden de ambientes pobres, con un bajo estatus socioeconómico, cuando

hay ausencia de padre/madre, cuando son abandonados o cuando la madre es aún adolescente o padece problemas de salud mental.

El GAT define a los niños de riesgo psico-social como *aquellos que viven en condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativos* (GAT 2000, p. 11).

Estos factores favorecen a la desviación del desarrollo normal del niño. Además tienen en su contra que por la ausencia de características visibles de una deficiencia, muchas veces es difícil identificarlos e intervenir tempranamente. Las posibilidades de deficiencias de estos niños son menores que las de los niños con riesgo biológico, sin embargo nunca se deben descartar.

Ante determinadas carencias ambientales, no es posible para la familia educar adecuadamente a su hijo, y aún resulta más difícil si las necesidades educativas de este niño son mayores o existe a lo largo de la primera infancia el riesgo de la aparición de secuelas que dificulten su desarrollo (Peterander, F. 1998):

Consideramos en este caso, como en el anterior, que podemos hablar de los programas de AT como de una auténtica educación compensatoria que trata de contrarrestar los factores que van a diferenciar desde el nacimiento el futuro desarrollo del niño.

El riesgo socio-familiar debe ser valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y, también, a la morbilidad perinatal a largo plazo. Los criterios de riesgo que deben ser seguidos se exponen a continuación:

Niños con alteraciones o minusvalías documentadas

En este grupo se incluye a los niños con retrasos, alteraciones o discapacidades documentadas, de tipo cognitivo, de la movilidad, de la comunicación o sensoriales.

Con estos niños se debe iniciar la intervención educativa desde el mismo momento del nacimiento o desde el momento que se detecta el déficit.

Tabla 3. Algunos trastornos y alteraciones en el desarrollo

- Trastorno en el desarrollo motriz.
- Trastorno en el desarrollo cognitivo.
- Trastorno en el desarrollo del lenguaje.
- Trastorno en el desarrollo sensorial.
- Trastorno generalizado del desarrollo.
- Trastorno de la conducta.
- Trastornos emocionales.
- Trastorno en el desarrollo de la expresión somática.
- Retraso evolutivo.

(GAT, 2000, p. 111).

La AT facilita su integración social y educativa, al tiempo que pretende evitar la aparición de secuelas asociadas a su deficiencia, que pueden interferir en su futuro desarrollo (Agencia Europea 2005).

Génesis de la atención temprana en nuestro país. Evolución de la atención temprana

La AT en España supone un modelo de intervención que aún hoy sigue consolidándose como disciplina científica.

El origen de esta disciplina en nuestro país lo encontramos en la celebración del *Curso breve teórico – práctico de estimulación precoz para niños menores de cinco años* celebrado en 1973 en la Escuela de Fisioterapia de Madrid.

En los años 70-80, cuando la corriente de la Estimulación Precoz llega a España sustentada en actuaciones asistenciales, este movimiento evoluciona hacia el concepto de AT, pasando de actuaciones asistenciales a otras actuaciones de carácter preventivo, coordinado, global e interdisciplinar (Grande, 2010).

Fueron los padres de niños afectados quienes decidieron buscar información y organizarse para que sus hijos pudieran recibir los tratamientos necesarios para mejorar su desarrollo. Una vez que se comprobó la eficacia de los programas de estimulación temprana por diferentes profesionales (Arizcun, Gutiez y Veerman, 2005) unido a la iniciativa y persistencia de las asociaciones de padres, favorecen la concesión de diferentes subvenciones institucionales que se destinaron a crear centros de estimulación. Las ayudas individuales aparecen por primera vez en el Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos del SEREM (servicio estatal de rehabilitación de minusválidos, 1977).

Las dos principales vías de penetración en España han sido el sistema sanitario y su red de hospitales y a través del sistema de servicios sociales.

- Desde el ámbito sanitario, la AT se origina por la disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la morbilidad infantil.

Los servicios sanitarios tienen competencias sobre prevención de enfermedades y deficiencias, atención primaria materno-infantil, detección precoz, tratamientos pediátricos y rehabilitadores, así como respecto a los equipos de Atención Primaria.

Esto provoca que, desde el ámbito hospitalario, en servicios de rehabilitación, pediatría y maternidades se solicite la intervención en los niños que presentan patologías implantadas y de los niños de *alto riesgo*.

El rasgo común, es que ambos (servicios sociales y sanitarios) limitan su actuación a niños con alteraciones del desarrollo. Esta es la característica más significativa de la AT en España.

Este modelo permite una buena conexión con los servicios de detección (neonatología y pediatría, reha-

bilitación, etc.) y con otros servicios del hospital a efectos de diagnósticos clínicos y orgánicos del niño, aunque presenta carencias importantes en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de origen social. Los niños a los que se ha venido atendiendo bajo este modelo son los denominados como *alto riesgo* orgánico y aquellos afectados por cromosomopatías y encefalopatías. En este caso, la actuación es fundamentalmente terapéutica y focalizada en la patología.

- En los servicios sociales, es el INSERSO (Instituto de Servicios Sociales) el representante más importante de este servicio en nuestro país.

Se inicia un trabajo que, básicamente, se desarrolla en Madrid y Barcelona. En los años 70 se crean los primeros servicios que buscaban desarrollar y potenciar las áreas deficitarias del niño, considerando su desarrollo motor como base de sus actuaciones, así como los aspectos cognitivos, del lenguaje y la autonomía personal.

Es en la década 1970-1980 cuando se inicia la actividad en nuestro país la filosofía era intervenir sobre el problema y necesidades del niño lo más rápido posible y con la coparticipación de la familia en el proceso de rehabilitación y mejora de las capacidades del niño.

En la década de los ochenta (1980-1990) se enfatiza su carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación (Cabrera y Sánchez, 1980). Es en este momento cuando el INSERSO (Instituto nacional de Servicios Sociales) inicia de forma oficial la Atención Precoz (1980) “como los tratamientos específicos que se dan a los niños que, desde su nacimiento o durante los primeros años de su vida, están afectados por alguna deficiencia o tienen alto riesgo de sufrirla.”

Son los ministerios de los distintos ámbitos de Trabajo y Seguridad Social los responsables de los servicios de AT, con importantes prestaciones económicas y sociales en favor de la infancia necesitada.

En 1977 se concedieron subvenciones a la iniciativa privada para la creación de centros de estimulación precoz. Así, entre los años 1980 y 1985 se desarrollaron la mayor parte de los centros de estimulación que existen en la actualidad (Alonso, 1997).

El SEREM (servicio de rehabilitación de minusválidos) crea, en 1979, de nueve servicios piloto de Estimulación Precoz en los Centros Base de varias provincias. A partir de 1980, comienzan a funcionar ya con un carácter sistemático.

En el Plan de Prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, capítulo II del anexo, sección I., se hace referencia a los Tratamientos de Estimulación Temprana:

“Art. 22. Los tratamientos de Atención Temprana /Estimulación Precoz médicos y psicológicos se dirigirán a evitar el proceso degenerativo de una presunta minusvalía y a potenciar el desarrollo de la capacidad física, psíquica o sensorial del sujeto afectado.

Art. 23 “Las técnicas que podrán aplicarse para esta estimulación precoz, serán:

- Psicomotricidad.
- Sensomotricidad.
- Terapia del lenguaje.
- Creación del lenguaje.
- Fisioterapia y medicina ortopédica.

Art. 24. Para conceder subvenciones, los requisitos serán

- Edad de 0 a 5 años.
- Elaboración del P.D.I.
- Justificación de no recibir otros servicios.”

El modelo utilizado en España por el INSERSO, el psicopedagógico, se diseñó a partir de modelos ya experimentados, y como reacción a las insuficiencias que se consideraba tenía el modelo clínico. Se dispuso desde el principio de equipos multiprofesionales bastante dotados.

Este modelo pretendía ofrecer una atención global, que atendiese simultáneamente al niño y a los padres y concibe la AT como aquellas actuaciones que van dirigidas al niño, a la familia y a la comunidad, frente a la que se dirige únicamente al niño. Sus servicios eran:

- Información y detección.
- Diagnóstico y orientación.
- De tratamientos psicopedagógicos y rehabilitadores.
- De apoyo y asesoramiento a padres.
- De apoyo y asistencia técnica a los centros de educación infantil con “niños de riesgo” integrados.

Los tratamientos de la AT son en este caso, en parte rehabilitación y psicopedagogía. Tratan de abordar al sujeto en toda su complejidad, trabajando en las cuatro áreas que ya son clásicas:

- Motricidad.
- Desarrollo cognitivo.
- Lenguaje.
- Desarrollo afectivo y social.

La atención a los padres se considera imprescindible, ya que son los principales protagonistas en el desarrollo de su hijo y potencialmente los estimuladores más eficaces. Se les ofrecía formación y supervisión sobre el cuidado y la crianza del niño, desarrollo psicológico, apoyo psicológico para reforzar su autoestima y su seguridad.

Esto supuso un cambio de paradigma en la AT, que se centra no sólo en el niño/a sino también, y de manera muy importante, en la familia y su entor (Gutierrez, P. 2001). La interacción familia-profesional es el factor principal que va a determinar el éxito. El mejor modelo es el modelo centrado en la familia, en el que la toma de decisiones se hace de manera conjunta y las relaciones están basadas en la confianza mutua.

Los servicios que ofertaban este tipo de centros en sus inicios, eran de sesiones ambulatorias y a veces domiciliarias, con diferente periodicidad. Del mismo modo se realizaban revisiones periódicas (San Salvador, J. 1998):

Los equipos de AT que se iniciaron en este momento estaban compuestos por:

- 1 asistente social.
- 1 pedagogo. Trabajan a tiempo parcial.
- 1 psicólogo.
- 1 médico rehabilitador.
- 1 técnico en Atención Temprana (a tiempo completo).

En función de las necesidades de la población a la que se atendía, contaban con un fisioterapeuta (P.C.), logopeda y psicomotricista.

El enfoque teórico de este modelo es el de lograr una atención global y continua del niño, que precisa de un ambiente familiar enriquecedor y como ciudadano, de una comunidad determinada.

Con la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982), las unidades de estimulación precoz quedan integradas en los Centros Base, lo que contribuyó a generalizar y consolidar los servicios de estimulación.

Es en los años 90 cuando la AT se empezó a abordar desde los ámbitos de la Salud, la Educación y los Servicios Sociales. Los tres ámbitos detectaban e intervenían a los niños, desde diferentes instituciones, mecanismos, apoyos, etc. para facilitar su desarrollo tratando de compensar las alteraciones o deficiencias que presentaban.

En cualquier caso, la estructura administrativa española, con 17 comunidades autónomas, favorece que aparezcan diferentes servicios de Atención Temprana en ámbito sanitario, social y educativo.

Esta situación, provoca dificultades por las características específicas de sus prácticas, los problemas de coordinación entre los diferentes servicios, lo que dificulta la continuidad de la atención e intervención con estos niños.

Instituciones

La Atención Temprana cuenta con una serie de instituciones que velan por la prevención y la atención a la primera infancia de riesgo:

El Real Patronato de Prevención y Atención a personas con Minusvalías en 1987

El Real Patronato es una de las principales instituciones de ámbito estatal que vela por la prevención y la atención de las deficiencias. Se crea por Decreto 1023 / 1976, de 9 de abril, como Real Patronato de Educación Especial. Su actuación propició el nacimiento de las primeras medidas encaminadas a la prevención y la atención de las deficiencias. Con el *Simposio Iberoamericano sobre Experiencias en Estimulación Temprana*, se plantea la necesidad de crear y mantener una mayor «comunicación en la base profesional» que favorezca la coordinación entre los órganos políticos y administrativos.

Elaboró y desarrolló del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad y el Plan Nacional de Educación Especial en el que se aborda la problemática de las deficiencias en nuestro país (Arizcun, Gutiez y Ruiz, 2005).

El Real Patronato ha sido un elemento esencial por su apoyo y subvención de diferentes actividades. Los Premios Reina Sofía de Prevención de Deficiencias, desde 1989, o el Curso sobre Prevención de deficiencias, son algunas de ellas.

Cuentan además con uno de los centros de documentación más importantes sobre discapacidad de España.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

El IMSERSO se ocupa de la provisión directa de la Atención Temprana a través de sus Centros Base de Valoración e Intervención.

Es interesante resaltar que la Biblioteca del IMSERSO, ubicada en Madrid, es también uno de los principales centros de documentación sobre discapacidad.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF)

Se trata de un organismo autónomo, creado por Ley 2/1996, de 24 de junio. En el marco del IMMF, se encuentra el Consejo de Atención a la Infancia y la Adolescencia, como órgano colegiado de coordinación de las distintas Administraciones públicas, y de participación de las entidades de la iniciativa social, que tiene por objetivos:

- Impulsar la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y ámbitos funcionales (Servicios Sociales, Salud y Educación, fundamentalmente) que actúan en el campo de la infancia.
- Incrementar y consolidar la participación de la iniciativa social en los servicios orientados a la infancia.
- Fomentar la participación de los niños, niñas y adolescentes, facilitando un cauce institucional adaptado a sus circunstancias.

Defensor del Menor de la C.A.M.

Es el alto comisionado de la Asamblea de Madrid para salvaguardar y promover los derechos de los menores de edad. Entre sus competencias destacan las siguientes:

- Supervisar la acción de las Administraciones Públicas de la CAM y de cuantas entidades privadas presten servicios a la infancia y adolescencia con el fin de salvaguardar sus derechos.
- Divulgar los derechos de la Infancia y Adolescencia.

- Recibir y tramitar las quejas que preste cualquier ciudadano de amenaza o vulneración de los derechos de los niños.

Grupos técnicos de trabajo en AT

a) Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA):

Este grupo estaba formado por los Jefes de Servicios de Neonatología de los Hospitales del sector público de la Comunidad Autónoma.

Estos profesionales tenían el encargo de estudiar y analizar problemas de carácter asistencial, organizativos o funcionales perinatales, colaborando con las administraciones.

b) Grupos de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (GENYSI):

Impulsado por el Dr. José Arizcun, surge como iniciativa de los ámbitos de la salud, la rehabilitación, la educación y los servicios sociales.

El objetivo básico de este grupo es el de coordinar y potenciar la relación interdisciplinar. Para esto llevan a cabo distintas acciones (creación una WEB en Internet; Reunión Anual Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, abierta para profesionales sanitarios, educativos y de Servicios Sociales, desde 1990, así como distintas acciones formativas).

Estas actividades son una ocasión de compartir experiencias y mejorar la práctica en el campo. De esta forma se trata de optimizar los recursos y medios asignados a la prevención y AT de los niños con deficiencias o en situaciones de riesgo y su atención lo más temprana posible.

c) Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI):

Este grupo estaba constituido por profesionales de los Centros, Administraciones Sanitarias, de Servicios Sociales, Educativos y Asociaciones relacionadas con la prevención y atención a los niños con deficiencias y en situaciones de riesgo.

El objetivo de conseguir la coordinación de servicios y centros para la mejor utilización de los servicios comunitarios existentes (Alonso, 1997). Actualmente este grupo es la *Comisión de la infancia y la adolescencia de la Comunidad de Madrid*.

Agentes, contextos y procesos

Contextos de actuación

La Atención Temprana es en la práctica un proceso, en el que cada servicio (sanitario, social y educativo) ha de participar y colaborar indefectiblemente si se pretende atender a la globalidad del niño.

La estructura administrativa en nuestro país conlleva la existencia de tres tipos de servicios relacionados

con la Atención Temprana: Sanidad, Servicios Sociales y Educación. El objetivo principal es señalar la variedad de perfiles profesionales, con muy diferente formación, que interviene en los procesos de Atención Temprana.

El siguiente cuadro resume las actuaciones de AT que se realizan en cada uno de los servicios:

Servicios sanitarios

La Ley General de Sanidad de 1986 establece como contenido de las actuaciones sanitarias “*los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo*” (Art. 18.5). El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE de 10 de febrero) contempla, en el nivel de atención primaria, el programa del niño sano y, en el nivel de atención especializada, el examen neonatal y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el niño, así como la rehabilitación (Alonso, 1997).

Servicio de Obstetricia

La figura del *obstetra* está relacionada con la AT por su especial relevancia para la prevención primaria. Su actuación se concreta en la detección y diagnóstico de factores de riesgo previos al embarazo; en la atención a embarazos de alto riesgo biológico; en el importante canal de información que suponen las clases de preparación al parto y en la detección de eventuales situaciones de riesgo durante el parto (y la adopción de las medidas pertinentes).

Servicio de Neonatología

Son un lugar privilegiado para iniciar los programas de AT ya que realizan una importante labor de prevención primaria y secundaria.

Durante la estancia del niño en este servicio, se pueden poner de manifiesto factores de riesgo y/o indicadores de la presencia de una deficiencia. En función de su inmadurez, consecuencia del bajo peso al nacimiento o de otros factores, hereditarios y/o pre-peri-natales, provoca que encontremos niños en el periodo perinatal que sufren alto riesgo de presentar deficiencias (Arizcun y Valle, 1999). La labor de prevención primaria consistirá en evitar que aparezcan deficiencias en el caso de niños de *Alto Riesgo*. Inician los circuitos de coordinación y derivación a las instituciones que deben atenderle. La actividad de prevención secundaria se realiza mediante la detección y el diagnóstico de condiciones patológicas asociadas a trastornos en el desarrollo. La atención se planifica con el médico neonatólogo, en los siguientes ámbitos: clínico, ecológico y social. Las actuaciones del equipo serán: atención a la familia, atención al recién nacido, alta del servicio y derivación.

Unidades de seguimiento madurativo. Son los servicios pioneros en los programas de AT que básicamente ha trabajado con niños de riesgo neurosensorial y aquellos que presentan alteraciones en el sistema nervioso central.

Los programas de seguimiento protocolizados de los niños de riesgo psiconeurosensorial en unidades de Maduración aparecen en España a partir de 1978 por el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, con el fin primordial de controlar el desarrollo de todos los niños con riesgo neuro-psico-sensorial así como de

Tabla 4. Actuaciones en A.T.

	DETECCIÓN (quiénes)	VALORACIÓN	INTERVENCIÓN Y SIGUIIMIENTO
EDUCACIÓN	Pedagogo-Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Logopeda, Pedagogo Terapéutico, M. Audición y lenguaje, M. Educación Especial y A. Social	Psicopedagógica, funcional, dictamen de escolarización	Directa e indirecta, familia, escuela (aula integración o de apoyo y centro específico), estimulación
SANIDAD	Médico (Rehabilitador, psiquiatría, neuropediatra...), Psicólogo, Fisioterapeuta, Logopeda y Asistente Social	Médica, funcional.	Ambulatoria, directa e indirecta.
SOCIAL	C. Base: Pedagogo-Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Logopeda y Asistente Social CDIAT: Psicólogo, pedagogo, estimulador	Psicopedagógica, socioambiental, familiar, Dictamen de minusvalía A demanda, psicológica, socioambiental, familiar	Ambulatoria, directa e indirecta (clínica), estimulación

Fuente: Gútiérrez, 2005, p. 36.

los niños con lesiones del sistema nervioso central, ya establecidas. Su objetivo era detectar, lo más precozmente posible, anomalías en el desarrollo y poder orientar e iniciar el tratamiento oportuno (Zamarriego y Arizcun, 1981). Actualmente se trata de un servicio, vinculado a los servicios de Neonatología y Neuropediatría, que ofrece un programa de seguimiento para los niños considerados de riesgo.

Los programas de seguimiento son acciones de prevención primaria y secundaria. Permiten la detección temprana de los trastornos de desarrollo durante los controles periódicos que realizan y conocer las necesidades de cada familia, orientándolas.

Pediatría en atención primaria

Los Servicios de Pediatría controlan el proceso de maduración con el objetivo de promover la salud mental y física, realizar un diagnóstico temprano, un tratamiento efectivo y estudiar las causas que provocan los trastornos en el desarrollo.

El pediatra hace en este caso labores de prevención primaria, mediante la detección y coordinación con los demás servicios donde el niño tenga que ser atendido.

El *Programa del niño sano* se realiza una importante labor de prevención y detección de signos de alarma y de las alteraciones del desarrollo y es el pediatra quien forma y asesora a la familia (trastornos del sueño o de la alimentación, etc).

Neuropediatría. Es otro de los servicios que tradicionalmente han desarrollado los programas de AT. Trabajan en coordinación con el servicio de neonatología en la detección, diagnóstico, atención y seguimiento de los niños con alteraciones o con los de alto riesgo. Realizan actividades de prevención secundaria y terciaria.

El neuropediatra realiza el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo especialmente en aquellos procesos de base orgánica (). Tienen gran facilidad para acceder a los exámenes complementarios en el medio hospitalario.

Servicios de rehabilitación infantil. Es otro de los grupos de profesionales que han iniciado la actividad en AT. Comienzan su trabajo en este campo con los servicios sociales, en los equipos creados por el INSERSO en 1980 para atender a personas que presentaban alguna deficiencia.

Se encargaban de llevar a cabo las acciones terapéuticas en las patologías agudas. Su trabajo está también muy vinculado al movimiento asociativo con los que trabajaba de forma especializada en el tratamiento de diferentes patologías. Son un elemento básico en los centros de AT. Realizan actividades de prevención secundaria y terciaria.

Los servicios de Rehabilitación se han vinculado en España a tres tipos de experiencias (GAT, 2000, p. 57):

- *Experiencia hospitalaria, predominan las acciones de terapéutica física y tratamiento de “patologías agudas”; y se deriva de la demanda de recuperación de las secuelas ortopédicas, traumáticas y neurológicas que se registran en las instituciones hospitalarias.*
- *Experiencia desde los servicios sociales, a través de programas personalizados para dar respuesta a las necesidades de integración social y autonomía de las personas con discapacidad. Tuvo como escenario la red de Centros Base del INSERSO.*
- *Experiencia derivada del movimiento asociativo, generó centros especializados de tratamiento integral e intensivo para determinadas patologías.*

Servicios de salud mental infanto-juvenil Su incorporación es posterior, y participan con las medidas de prevención de salud infantil, realizando las intervenciones en unidades de salud mental tanto con carácter individual o grupal o con la propia familia.

Servicios educativos

Como consecuencia del desarrollo de la LISMI, la AT consigue un apoyo normativo, y ya en 1985, en el Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial el Ministerio de Educación contempló la Estimulación Temprana como servicio propio o a subvencionar. Se contemplaba la Atención Educativa Especial desde el momento que se considerara necesario, sea cual fuera la edad, o si hubiese riesgo de aparición de deficiencias.

La LOGSE (1990), y la LOE (2006) reconocen el derecho a la atención educativa desde el momento del nacimiento.

Facilitan la integración en los niños con minusvalía documentada, ya que permite que estos niños desarrollen al máximo sus capacidades, al tiempo que evita que las deficiencias que padecen puedan interferir en su desarrollo (López Bueno, H. 2011).

Los Servicios Educativos realizan actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de educación infantil. La labor de estos centros es la prevención de los trastornos en el desarrollo que puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, ya que ofrecen un entorno estable, estimulante y normalizado, a la población infantil que puede sufrir de situaciones inadecuadas en el entorno familiar. Se realiza de esta forma un importante nivel de actuaciones preventivas por medio de la educación.

En relación con los servicios educativos, los maestros y educadores se convierten en los agentes de detección, ya que en esta etapa pueden observarse problemas en las distintas áreas del desarrollo: en las habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, de atención, cognitivas o emocionales que no se han detectado con anterioridad, informando de ello a padres y ser-

vicios de apoyo (profesor de apoyo, Equipos de orientación educativa y psicopedagógica, equipo de Atención Temprana).

Esto permite una actuación coordinada, así como la derivación a los servicios correspondientes (Pediatra, Equipo AT, Centro de AT) para establecer la intervención más adecuada.

La Escuela Infantil es un lugar privilegiado para realizar la prevención y la intervención en las dificultades del desarrollo al tiempo que permite realizar una Educación Compensatoria en aquellos niños que pueden ver comprometido su desarrollo por carecer de estímulos socioambientales o familiares adecuados.

La Escuela Infantil se convierte en un importante contexto de atención intervención por medio de adaptaciones curriculares y de los “profesionales de la integración” (profesores de apoyo, pedagogía terapéutica y maestros de audición y lenguaje).

Las Casas de Niños

Son centros con 1 a 4 unidades que se organizan en torno a estructuras de zonas rurales, para proporcionar una atención a niños de 0 a 3 años, desde la coordinación de distintos recursos y servicios locales que inciden en la vida de los niños. Entre sus funciones están:

- Atender educativamente a los niños.
- Acompañar a los padres y madres en el proceso educativo de sus hijos, facilitando espacios de reflexión y análisis de contenidos y experiencias propias de esta etapa de desarrollo.
- Integrar al centro en la dinámica social del municipio o zona donde se ubica, participando en acontecimientos de interés educativo para los niños e incorporando recursos y contenidos de la localidad.
- Coordinarse con los servicios sociales, sanitarios y educativos de la comunidad para garantizar una atención coherente.

Los Equipos de Atención Temprana

Son los Equipos de AT los encargados de evaluar, coordinar, supervisar y facilitar el proceso que permite que los niños con necesidades educativas especiales puedan acudir a la escuela infantil, al tiempo que apoyan el proceso de integración. Evalúan al niño y elaboran el Dictamen de Escolarización.

Ofrecen un servicio cualificado de una visión interdisciplinar de forma que se puede abordar el desarrollo integral del niño sin perder la especificidad del papel de cada uno de los profesionales que van a intervenir en él (Ruiz, E. 2011).

Determinan las necesidades educativas de los niños entre cero y seis años, localizando y derivando los que presenten desviaciones de la normalidad en estas eda-

des, y contribuyen a la elaboración del curriculum de esta etapa apoyando técnicamente el programa de integración para niños en la etapa 0-6.

Colaboran con los profesionales de las escuelas infantiles en la elaboración de programas y en la delimitación de objetivos, materiales y procedimientos más adecuados en el proceso de enseñanza-aprendizaje en función de criterios compartidos, evitando así tratamientos paralelos de cada aspecto del desarrollo infantil.

Centros de integración preferente

Como parte de una utilización racional de los recursos, existen centros de educación infantil en los cuales se integran niños con un tipo concreto de discapacidad (auditiva, motora, visual, etc.). De esta forma reciben la atención que precisan por personal especializado.

Centros de Educación Especial

La actividad de estos centros se realiza básicamente con niños que presentan alteraciones establecidas, y con su escolaridad se trata de evitar o corregir las consecuencias de la discapacidad favoreciendo su desarrollo en un contexto lo más normalizado posible.

Ámbito de los servicios sociales

En 1979 el SEREM inicia un programa para la creación de servicios de Estimulación Precoz/Atención Temprana. Con anterioridad colaboraba con las iniciativas privadas en diferentes hospitales haciendo dotaciones económicas.

En los servicios sociales se llevan a cabo distintas acciones en AT, como son:

- *Programas de promoción y bienestar social de las familias*: su objetivo es velar por que los procesos de gestación, adopción, crianza y socialización se realicen en condiciones idóneas para el equilibrio emocional y adaptación a esas tareas.
- *Programas de prevención dirigidos a contextos “con dificultad o riesgo social”*: son programas de prevención primaria y secundaria, dirigidos a colectivos sociales cuya situación se identifica como un factor de riesgo para el desarrollo infantil. Buscan dar respuestas a las necesidades de los niños de cero-seis años que padezcan situaciones de crisis familiar.
- *Programas de intervención en centros base*: participan como un miembro más del grupo conforme a las funciones que le son propias (intervención social desde los equipos de Atención Temprana).

El ámbito de servicios sociales cuenta con los siguientes recursos:

Los centros base

Son los centros dependientes de servicios sociales en los que se inició la actividad de AT. El inicio de los centros Base se debe al Ministerio de Trabajo, que encargó al INSERSO la puesta en marcha de la Estimulación Temprana.

En marzo de 1980 se crearon los primeros 8 centros de Servicios de Atención Temprana incardinados a centros base del Estado.

Los Centros Base son dependientes de servicios sociales. El trabajo que realizan es: Detección del niño, acogida al niño y su familia, valoración del caso, se realiza el diagnóstico (que puede ser de tipo etiológico, sindrómico o funcional), se da la orientación y se indica el tratamiento (Gutiez, 2005).

Tienen un equipo compuesto por diferentes disciplinas que se encargan de la detección del niño, acogida de la familia, la valoración y el diagnóstico, la orientación y el tratamiento. Son los encargados de conceder el grado de minusvalía (33%) que les permite acceder al Servicio de AT. Andrés, C. (2011).

En lo que se refiere a la infancia de 0 a 6 años, los equipos de los Centros Base de Servicios Sociales han sido una parte muy importante del impulso a los programas de Estimulación Precoz/ AT. Su destino natural, en general, ha sido incorporarse en las redes de AT de las distintas comunidades autónomas. En nuestro país se viene configurando desde hace años la especialidad de rehabilitación infantil (INSERSO, 1983).

Los Centros de Atención Temprana (CAT)

Surgen alrededor de los años 70 dentro del movimiento asociativo de padres y de profesionales, que han evolucionado y en la actualidad son centros especializados autónomos con plazas subvencionadas o contratadas por instituciones públicas. Se les puede considerar como el motor de la AT, al menos en nuestro país, y han presentado una constante evolución.

Son centros, incluidos dentro de los Servicios Sociales, que trabajan en colaboración con los centros base. Cuentan también con un equipo interdisciplinar. Realizan la acogida de la familia, las entrevistas para conocer la situación familiar, y la valoración del nivel de desarrollo del niño, y elaborar un programa de atención individual para la intervención, del que informan periódicamente a los padres (López Guinea, C. 2011).

Se trata de centros de carácter autónomo, subvencionados, que desarrollan la labor propia de atención/intervención terapéutica (prevención terciaria) a la población de entre 0 – 6 años con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.

Son, actualmente, el soporte de esta actividad, reciben subvenciones o son un servicio concertado de los distintos organismos responsables.

Atienden a una población 0-6 que cumpla el requisito de tener concedida la calificación de minusvalía de al menos el 33%.

Realizan su actividad en las diferentes áreas de *atención directa*, que son (FEAPS, 2001, p. 38):

- Unidad de Evaluación: trabajador social, psicólogo y pedagogo.
- Unidad Terapéutica: psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, estimulador, psicomotricista.

El procedimiento de actuación es de carácter secuencial: estudio de la problemática, elaboración de un juicio diagnóstico que sirve de base para la elaboración de un plan de intervención, seguimiento del plan de actuación y fin de la atención por alta o derivación (FEAPS, 2001).

Sus objetivos principales son la detección y valoración (no tienen competencia en diagnóstico) de los trastornos en el desarrollo y el inicio de la intervención terapéutica, del apoyo y asesoramiento a la familia, cuando aparecen los primeros signos de desviación en el desarrollo o se detectan situaciones que puedan originarlos (Bugié, 2002).

Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

Son servicios de carácter interdisciplinar destinados a la población comprendida entre los cero y seis años que presentan alguna alteración o disfunción en su desarrollo o riesgo a padecerla. Deben trabajar en la elaboración de programas con otras instituciones, asociaciones y profesionales sobre los aspectos relacionados con el desarrollo infantil, y abordar el desarrollo del niño y la niña de manera global. Su principal función es la de potenciar al máximo las capacidades del niño o la niña para así lograr una adaptación familiar, escolar y social.

El equipo profesional de los CDIAT debe ser multi-profesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca aspectos intrapersonales, biológicos, educativos, psíquicos y sociales, propios de cada individuo, e interpersonales, relacionados con su propio entorno, como son la familia, la escuela y la cultura (GAT, 2000). Estará constituido por especialistas en Atención Temprana procedentes del ámbito médico, educativo, psicológico y social.

El CDIAT debe ser un centro sectorizado, de manera que no pertenece a un ámbito específico (Salud, Educación o Social), que se ubica en un territorio y una población a la cual ofrece sus servicios.

La coordinación es un elemento básico en la actividad que se hace desde los CDIAT. Estos centros son

una propuesta de atención Temprana que se plantea desde el Grupo de AT del Estado (GAT), pero que no existe en la realidad. Únicamente en algunas comunidades (Cataluña) existen modelos de centros cercanos a esta propuesta, pero como servicio paralelo al sanitario o educativo.

Aspectos legislativos y organizativos

Para la aparición, desarrollo y generalización de cualquier sistema de atención a la infancia, se hace necesaria la existencia de un marco jurídico que establezca, organice y regule su funcionamiento y desarrollo.

En este sentido, las diferentes normas internacionales suscritas por España han favorecido el desarrollo de la Atención Temprana.

En el ámbito internacional cabe destacar:

- Declaración de Ginebra de 1924 sobre los derechos del niño
- La Declaración universal de los derechos humanos de Naciones Unidas, 1948.
- La Declaración de los derechos del Niño, Naciones Unidas, 1959.
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de la infancia de 1989
- Declaración de los derechos de las personas con retraso mental, N.U. 1971.
- Declaración de los derechos de las personas minusválidas, N.U. 1975.
- En la Declaración de Alma-Ata de la ONU de 1978 sobre salud.
- Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, N.U. 1982.
- Normas reguladoras sobre igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad. ONU, 1993.
- Recomendación R(81)3, del Comité de Ministros del Consejo sobre Atención del niño, 1981.
- Carta Europea de los derechos del niño, 1992.
- La Convención Europea sobre el ejercicio de los derechos de la infancia, 1996.

En nuestro caso, en España este marco jurídico es reducido y reciente, y se inicia con el reconocimiento de los derechos de la infancia. Este primer reconoci-

miento genera diferentes cambios que dan lugar a un nuevo modelo de atención a la infancia.

- La Constitución Española de 1978.
- Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), 1982
- Ley orgánica reguladora del derecho a la educación, 1985.
- Ley General de Sanidad, 1986.
- Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) 1990 y siguientes, LOCE 2002 y LOE 2006
- Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, 1996.
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003.

Consideraciones finales

Consideramos esencial que todos los profesionales que trabajan en este entorno compartan los criterios uniendo las distintas culturas médica, educativa y psicológica, lo cual permitirá crear un sistema común que hará posible un desarrollo positivo de la actividad de AT y que redundará en lograr el pleno desarrollo del niño.

Es necesario establecer una uniformidad a la hora de recoger los datos sobre discapacidades en todos los estamentos implicados en la cuestión y el uso de criterios de clasificación estudiados, aprobados y usados en otros ámbitos, como puede ser el DSM-IV, CIE-10, etc.

El trabajo con documentos consensuados con todos los servicios en los que participan todos los profesionales, ayuda a consolidar los criterios y a establecer una respuesta más adecuada a las necesidades de los niños., derivando al niño a los recursos de zona que necesite, conforme a una evaluación global e interdisciplinar.

Todos estos planteamientos ponen de manifiesto la aparición de una disciplina joven, de un campo de actuación frente a la discapacidad o frente a las poblaciones vulnerables activo y en continuo cambio, que debe consolidarse para responder a las necesidades de la primera infancia con un carácter integral y de calidad.

Extended Summary

The history of Early Childhood Intervention (ECI) and the development of systematic and institutional coverage, is short, both in Spain and internationally.

While early efforts to care for children with disabilities were due to the private initiative of certain individuals, at the origin of ECI were important institutional measures that sought to address the welfare and educational needs of these children: first from health

and social services (dependent on the same administrative structure) and, secondly, from the education system. At this time, the different models of organization and attention were forged that, years later, would condition policy development and activity in this field, and the training of professionals.

We cannot talk about ECI as a deliberate practice until the second half of the twentieth century, when it began to attend to children with some type of deficit,

and ECI as it is understood from today's perspective, has only come about in the last 30 years.

As science has developed knowledge of the various disciplines that study human beings (medicine, education, psychology, anthropology, etc.), so too have the type of actions aimed at early childhood and children with impaired development changed. This change has taken place in the study of this early stage and has identified the importance of the early years in the later development of the individual.

The beginnings of activity in this area came in the second half of the twentieth century, with the focus on assistance and rehabilitation, before moving from this welfare model to a more preventive one.

Different terms have been used to describe actions with the aim of avoiding or mitigating the problems of handicapped children and children included in the so-called "high-risk" group. Early childhood development, early child care or early learning and early childhood intervention have been a few of them.

Concept of eci

Today we use the term "intervention" or "early childhood intervention" as a substitute for early stimulation, as this term seems to evoke a desire to accelerate the normal process of individual development. What it really seeks is to maximize the physical and intellectual abilities of the child, by regulated and continuous stimulation in all sensory areas, but not forcing in any way the logical course of maturation of the central nervous system (Coriat, 1978).

Today, as a result of these activities and the decisions taken by ECI professionals belonging to all areas and the different Spanish regions, we find the definition of consensus in the development to the White Paper on Early Intervention (GAT, 2000):

EI is defined as the set of interventions aimed at children from zero to six years, the family and the environment, which aim to provide an answer as soon as possible to the temporary or permanent needs of impaired children in their development or who are at risk of suffering. These interventions, which must consider the totality of the child, must be planned by a team of interdisciplinary and transdisciplinary orientation (p. 13).

This model has some distinct features:

- The child as the main agent of development.
- Changing the educational model.
- Attention to the first diagnostic evaluation.
- Prominence of the family.
- Natural environments with meaningful activities.
- Importance of support from a team of professionals.

The main objective of ECI is to ensure that children with developmental disorders, or at risk of suffering them, receive, following a model that considers their

bio-psycho-social needs, everything needed to promote their development and welfare.

The objectives of ECI are to:

1. Reduce the impact of the deficiency.
2. Optimize the course of child development.
3. Enter the mechanisms of compensation and adaptation to their specific needs.
4. Avoid or reduce the occurrence of associated side effects or deficits.
5. Address the needs of the family and the environment in which the child lives.
6. Consider the child as an active subject of the intervention (GAT, 2000, p. 17).

The basic principles, based on different experiences and role models, that are considered essential if we are to speak of a model of quality care for infants are:

Dialogue, participation and integration of all parties involved in the process: family, professionals and society.

Universality and equality of opportunity and offering it free of charge: to offer this service to all people in need, regardless of birthplace or resources.

The functions, powers and limits of interdisciplinarity require *highly qualified professionals*. The work done with children and their families in these stages is very complex and requires highly qualified individuals, as well as *coordination between different institutions*, which is essential to early childhood intervention, as well as responsibility of all institutions serving the child at this stage.

Decentralization involved in organizing services so that they can meet all needs in the area in which the child develops (GAT, 2000, p. 91).

Population to whom eci is oriented

Children aged up to six and either showing deficiencies or included in the so-called high biological and social risk group are eligible for ECI:

Children at high biological risk

This group includes premature infants, children with low weight, from neonatal intensive care units, term infants who have suffered asphyxia processes, those with alarm signals, and so on. (Guralnick & Bennett, 1987). Inclusion in this group is determined by the existence of specific biological risk factors.

Children at social and environmental risk

This group includes those children from poor backgrounds, with low socioeconomic status, when there is no father / mother present, when they are abandoned or when the mother is a teenager or has mental health problems.

The GAT defines children at psychosocial risk as “those living in social disadvantage, such as lack of care or appropriate interactions with their parents and family, abuse, neglect, all of which can alter their maturation process” (GAT, 2000, p. 11).

Children with documented alterations or losses

This group includes children with developmental delays, changes or documented cognitive, mobility, communication or sensory disabilities.

Health services

Department of Obstetrics

The obstetrician is related to ECI due to their special relevance in primary prevention. Action in this area involves the detection and diagnosis of risk factors before pregnancy, the care of biological high-risk pregnancies, the detection of potential risk situations during childbirth (and adoption of appropriate measures), as well as providing an important channel of information in childbirth preparation classes.

Neonatology Service

These services are well placed to launch ECI programs as they perform an important role in primary and secondary prevention.

During the child's stay in this service, risk factors and / or indicators of the presence of a deficiency may be revealed.

Maturational tracking units

These services are the pioneers in ECI programs. They work with at-risk children and those with sensorineural alterations in the central nervous system.

Pediatrics in primary care

Pediatric services monitor the development process in order to promote mental and physical health, early diagnosis, effective treatment and to study the causes of developmental disorders.

Neuropediatrics

This is another of the services that has traditionally developed ECI programs. They work in coordination with the neonatal service in the detection, diagnosis,

treatment and monitoring of children with disorders, or those at high risk. They engage in secondary and tertiary prevention.

Children's Rehabilitation Services

This is another group of professionals who have started activity in ECI. They began their work in this area with social services, teams created by the INSER-SO (Social Services) in 1980 to help people with a deficiency.

Mental health of children and teenagers

The incorporation of this aspect is later, and relates to interventions both on an individual basis and a group basis (such as in the family).

Educational services

The Infant School

This a prime location for prevention and intervention in developmental difficulties while allowing Compensatory Education for those children who's development may be compromised by a lack of adequate family or social and environmental stimuli.

The Children's Home

These are centers with 1 to 4 units, organized around structures in rural areas, to provide care for children from 0 to 3 years, coordinating different resources and local services that affect the lives of children.

Early Childhood Intervention Teams

ECI Teams are responsible for evaluating, coordinating, monitoring and facilitating the process that allows children with special educational needs to attend nursery school, while supporting the integration process.

Preferred Integration Centers

As part of a rational use of resources, there are nursery schools in which children are integrated with a particular type of disability (hearing, mobility, visual, etc.).

Special Education Centers

The activity of these centers is carried out primarily with children with established disorders.

Field of social services

Base Centers

Base Centers are dependent on social services. Their work is the detection of the child with a disability, fostering of the child, assessment of the case, and diagnosis (which may be etiological, syndromic or functional), giving guidance and suggesting treatment. (Gutiez, 2005).

ECI Centers (CAT)

These centers are included within the Social Services, and work in partnership with base services. They also have an interdisciplinary team and perform host family interviews to clarify the family situation and assess the child's developmental level. They also develop an individual care program for intervention, which reports regularly to parents.

They are autonomous centers, subsidized to develop self-care / therapeutic intervention (tertiary prevention) to the population aged 0 to 6 years with developmental disabilities or at risk of suffering from them.

Child Development and Early Intervention Centers (CDIAT)

These are interdisciplinary services aimed at the population between zero and six years of age with a significant or developmental dysfunction or who are at risk of suffering such a condition. They must work to develop programs with other institutions, associations and professionals on aspects of child development.

The professional team should be interdisciplinary and of a holistic orientation, while the action they carry out covers intrapersonal, biological, educational, psychological and social aspects of each individual, and the interpersonal connection with the environment, such as family, school and culture (GAT, 2000).

These centers are a proposal for ECI which arise from the ECI State Group (GAT), but that in reality do not yet exist. Only in some regions (Catalonia) are there models of center lose to this proposal, but they exist as a separate service parallel to health and education.

Referencias

Agencia Europea Para El Desarrollo De La Educación De Necesidades Especiales (2005). *Atención Temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Recuperado de http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_es.pdf

- Alonso Seco, J. M. (1997). Atención Temprana. En Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (Ed.), *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años* (pp. 89-103). Madrid: Autor.
- Andrés, C. (2011). *La atención a la familia en Atención Temprana. Un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y centros de Atención Temprana* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Andreu, M^a. T. (1997). *Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la CAM*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Arizcun, J., Gutiez, P. y Ruiz, E. (2005). La formación de los profesionales de la Atención Temprana. En Gutiez, P. (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 934-953). Madrid: Editorial Complutense.
- Arizcun, I. y Valle, M. (1999). Prevención de Deficiencias en el Período Perinatal. En *Curso de prevención de deficiencias*, (3^a ed.). Colección Documentos 33/99. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Cabrera, C. y Sánchez, C. (1980). *La estimulación precoz: un enfoque práctico*. Madrid: Pablo del Río.
- Casado, D. (2005). *La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*. Madrid: GENYSI. Recuperado de http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf
- Comisión Europea (1996). *Helios II. Guía europea de buena práctica. Hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Coriat, L. (1977). Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos de la Infancia*, 8, 29-37.
- FEAPS (2001). *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana*. Madrid: Autor.
- Grande, P. B. (2010). *Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid: La experiencia del programa marco de coordinación de Getafe* (Tesis doctoral). Facultad de Educación. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- G.A.T. Grupo De Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Colección Documentos 55/2000. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- G.A.T. Grupo De Atención Temprana (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo Padi (1996). *Documento sobre Criterios de calidad en Atención Temprana*. Recuperado de <http://paidos.rediris.es/genysi/modulos.htm>
- Grupo Padi (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Madrid: GENYSI.
- Guralnick, M. y Bennett, F. (1989). *Eficacia de una Atención Temprana en los casos de alto riesgo*. Madrid: INSERSO.

- Gutiez Cuevas, P. (Editora) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0-6)*. Madrid: Editorial Complutense.
- Gutiez, P., Sáenz-Rico, B. y Valle, M. (1993). Proyecto de Atención Temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4(2), 113-129.
- Gutiez, P. (1995). La Educación Infantil: modelos de atención a la infancia. *Revista Complutense de Educación*, 6(1), 101-113.
- Gutiez, P. (2001). Programas de cooperación internacional para necesidades educativas. En E. A. Monclüs (Coord.). *Educación para el desarrollo y cooperación internacional* (pp. 257-306). Madrid: Editorial Complutense.
- Gutiez, P. (2001). Prevención y Atención Temprana. En Mata C. (Coord). *Enciclopedia Psicopedagógica de Necesidades Educativas Especiales* (Volumen II, cap. 34, pp. 187-204). Archidona: Ediciones Aljibe.
- Insero (1983). *Diez años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)*. Madrid: INSERSO.
- Insero (1981). *Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales*. Madrid: INSERSO.
- LEY 13/1982, de Integración Social de Minusválidos (LISMI). B.O.E. 30 de abril de 1982.
- López Bueno, H. (2011). *Detección y Evaluación de necesidades educativas especiales en el Sistema Educativo. Etapas de 0-6 años: Escuela Infantil y primer curso de Primaria* (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Educación. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- López Guinea, C. (2011). *El estrés en familias con sujetos con deficiencia intelectual* (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Educación. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Pérez del Villar, M. P. (2005). El desarrollo desde el nacimiento al final de la primera infancia. En Gutiez, P. (Ed.), *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 135-188). Madrid: Editorial Complutense.
- Peterander, F. (diciembre, 1998). Factores para una Atención Temprana de Calidad. Trabajo presentado en la VII Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Madrid.
- Ruiz, E. (2011). *La formación de los profesionales en deficiencias y discapacidades de la primera infancia*. (Tesis doctoral). Facultad de Educación. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense De Madrid, Madrid.
- San Salvador, J. (1998) *Estimulación Precoz*. Barcelona: CEAC.
- Schereemberger, R. C. (1984). *Historia del retraso mental*. Madrid: Pirámide.
- Sameroff, A. J. y Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F. D. Horowitz, E. M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.), *Review of child development. Research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Villa Elizaga, I. (1976). *Desarrollo y estimulación del niño durante sus tres primeros años de vida*. Pamplona: EUNSA.
- Zamarriego, J. y Arizcun, J. (1981). Introducción al Simposium Internacional sobre Experiencias y Resultados en Programas de Prevención de la Subnormalidad. *Libro de Actas*, 20-41. Madrid.

Manuscrito recibido: 26/03/2012

Revisión recibida: 21/09/2012

Manuscrito aceptado: 04/10/2012