

# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN**

**Análisis de la Evolución en Atención Temprana a Través  
de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana  
en las Dos Últimas Décadas**

**Dña. Rosa Rodríguez Lajarín  
2014**



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA A TRAVÉS DE UN  
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA  
EN LAS DOS ÚLTIMAS DÉCADAS

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

D<sup>a</sup> ROSA RODRÍGUEZ LAJARÍN

DIRIGIDA POR:

DR. D. JULIO PÉREZ LÓPEZ

COORDIRIGIDA POR:

DRA. D<sup>a</sup> MARÍA TERESA MARTÍNEZ FUENTES

MURCIA, JULIO DE 2014



Se lo quiero dedicar a mis Padres.

Me dieron su amor, sus cuidados y toda su sabiduría;  
me dieron una vida y todas las herramientas necesarias  
para disfrutarla.

Gracias Papás.



## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación ha podido realizarse gracias al trabajo y esfuerzo de muchas personas.

Quiero expresar mi agradecimiento en primer lugar a mi director de tesis, Doctor D. Julio Pérez López, y a mi codirectora Doctora D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Martínez Fuentes. Sin duda son las personas que más han trabajado para que esta tesis llegara a ser realidad; lo han hecho con paciencia y dedicación. Quiero resaltar su asesoramiento científico, dirección rigurosa, su gran experiencia y conocimientos, su capacidad para transmitírmelos con claridad y, cómo no, el apoyo e ilusión que me han demostrado en todo momento.

Agradecimiento especial a las trabajadoras del CDIAT de Águilas, compañeras de trabajo y sobre todo amigas: D<sup>a</sup>. Beatriz Medrano Lequement, D<sup>a</sup>. Catalina Fernández Costa y D<sup>a</sup>. Isabel García Piñero. Sin el trabajo de toda su vida, yo no habría podido realizar nunca este estudio. Ellas no solo me han permitido utilizar los resultados del trabajo de veinte años, sino que también se han implicado en el estudio ayudándome con sus conocimientos e interés incondicionado.

También agradecer a D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Isabel Casbas Gómez, directora del CDIAT “Fina Navarro López”, su apoyo y confianza en este proyecto, aportando su buen hacer, su gran experiencia y sobre todo su compañía.

Mi reconocimiento a las familias de los niños que durante todos estos años han asistido al CDIAT de Águilas y que han sido la fuente de información más importante para la elaboración de esta tesis.

Agradezco también a unas personas imprescindibles en mi vida y sin las cuales esto no hubiera sido posible: mi compañero de vida, ya que sin su ilusión y empuje nunca me habría decidido a iniciar este reto, y a mi hijo por ser la alegría de mi vida. Gracias a todos.

ÍNDICE





INDICE:	9
I.-INTRODUCCIÓN.	15
II.- PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS.	19
CAPÍTULO I. DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA Y SUS BASES CONCEPTUALES.	21
1 Modelos de Desarrollo Humano y Atención Temprana.	23
1.1. Estudio del Desarrollo Infantil: Primeros Acercamientos.	23
1.2. Aproximaciones Teóricas al Desarrollo Psicológico del Niño Durante el Siglo XX.	25
1.2.1. <i>Alfred Binet (1857–1911).</i>	25
1.2.2. <i>Sigmund Freud (1856-1939).</i>	28
1.2.3. <i>Arnold Gesell y la evaluación del desarrollo infantil: Un enfoque maduracionista.</i>	29
1.2.4. <i>Watson y las teorías del aprendizaje. Un Enfoque para la Intervención. (1878- 1957).</i>	32
1.2.5. <i>Leo Semionovitch Vygotski (1896-1934). Interaccionismo.</i>	36
1.2.6. <i>Piaget y la Teoría Psicogenética (1896-1980).</i>	40
1.2.7. <i>Henri Wallon (1879-1962).</i>	42
1.2.8. <i>Resumen de contribuciones más importantes a la Atención Temprana hasta el siglo XX.</i>	47
1.3. Aportaciones teóricas de la segunda mitad del XX.	49
1.3.1. <i>Enfoque Etológico.</i>	49
1.3.2. <i>Modelo Neurológico.</i>	52
1.3.3. <i>Modelo Ecológico.</i>	54
1.3.4. <i>Modelo Transaccional.</i>	58
1.3.5. <i>Modelo de Sistemas Evolutivos.</i>	62
2 Conclusiones.	63
CAPÍTULO II. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA: SUS INICIOS.	65
1 Primeros Programas de Atención Temprana en Estados Unidos.	67
2 La Atención Temprana en Europa.	73
2.1. <i>Disponibilidad.</i>	77
2.2. <i>Proximidad.</i>	79

2.3.	<i>Asequibilidad.</i>	80
2.4.	<i>Trabajo Interdisciplinar.</i>	81
2.5.	<i>Avances y principales cambios en la variedad y la coordinación.</i>	82
2.6.	<i>Conclusiones y recomendaciones.</i>	84
3	La Atención Temprana en España.	85
4	Inicios de la Atención Temprana en la Región de Murcia.	90
5	Inauguración del Centro de Desarrollo y Atención Temprana de Águilas (Murcia).	94
<b>CAPÍTULO III. EL LIBRO BLANCO Y LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.</b>		97
1	El Libro Blanco de la Atención Temprana: antes y después.	99
2	El Libro Blanco y las Recomendaciones Técnicas.	102
3	Definición y Conceptos de la Atención Temprana: Libro Blanco y Recomendaciones Técnicas.	106
4	Principios Básicos.	110
5	Objetivos de la Atención Temprana.	112
6	Niveles de intervención en Atención Temprana.	113
6.1.	Prevención Primaria.	113
6.2.	Prevención Secundaria.	115
6.2.1.	<i>Etapas Prenatales.</i>	116
6.2.2.	<i>Etapas Perinatales.</i>	117
6.2.3.	<i>Etapas Postnatales.</i>	118
6.3.	Prevención Terciaria.	122
7	Implicaciones de la Familia.	123
8	Criterios de Calidad en Atención Temprana.	125
<b>III.- SEGUNDA PARTE: ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>		129
<b>CAPÍTULO IV. DESARROLLO DEL ESTUDIO.</b>		131
1	Planteamiento del Problema.	133
2	Objetivos Generales.	134
2.1.	Objetivos Específicos.	134
3	Método.	135
3.1.	<i>Participantes.</i>	135
3.2.	<i>Datos Socioeconómicos.</i>	137

3.3. <i>Instrumentos y Procedimiento.</i>	139
3.4. <i>Análisis Estadísticos.</i>	143
4 Resultados.	144
5 Discusión.	183
6 Conclusiones finales.	193
7 Limitaciones y propuestas de investigación de este trabajo.	202
8 Propuesta de mejora para la Atención Temprana.	203
IV.- REFERENCIAS.	207
V.- ANEXOS.	229
1 Anamnesis.	231
2 Entrevista con maestros.	235
3 Entrevista con Padres.	237
4 Informe de Seguimiento Psicoevolutivo.nº.1.	239
5 Informe de Seguimiento Psicoevolutivo nº.2.	243
6 Protocolo de Derivación/Información.	246



## INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCION.

El auge en la creación de centros y programas de Atención Temprana en España tuvo lugar en los años 80 del siglo XX. En esa época, el principal interés residía en la eficacia de dichas intervenciones. Actualmente ha quedado completamente demostrada su eficacia y ello nos ha permitido evolucionar, siendo en estos momentos nuestra mayor preocupación conseguir intervenciones de mayor calidad. Para esto, aún nos queda consensuar normas y planes legales de actuación que sean homogéneos y que fomenten el desarrollo de la Atención Temprana para que se convierta en un servicio universal, gratuito, coordinado y descentralizado, atendiendo a criterios de sectorización. Es cierto que actualmente se ha incrementado el número de Servicios y Centros de Atención Temprana y ha mejorado la calidad y los recursos de los mismos, pero siguen existiendo muchas diferencias en cuanto a la forma y la disposición de esos recursos según las diferentes autonomías e incluso dentro de cada comunidad.

Todo ello nos ha llevado a pensar y reflexionar sobre lo que se ha hecho hasta ahora, recopilando y analizando datos que nos permitan planificar un futuro mejor. Esa sería la justificación del trabajo que presentamos: analizar la evolución de un Centro de Atención Temprana de carácter público, desde su creación hasta la actualidad. Con este análisis histórico queremos encontrar cuestiones que nos hagan reflexionar y entender mejor, por ejemplo, por qué pasamos de equipos multidisciplinares a interdisciplinares o por qué, en un principio, la atención se centraba en el niño y actualmente se tienen en cuenta, además, los ambientes naturales y la familia. Nos servirá también para constatar la evolución, analizando los cambios producidos en la sociedad, y los cambios acaecidos en los conceptos y formas de trabajo, y de esta manera tener una visión global de qué variables han influido en esos cambios y qué rela-



ción existe entre ellas. Dichos análisis pueden ayudar a entender de dónde venimos y, lo más importante, hacia dónde vamos, ayudando a crear nuevas fórmulas para dar mejores respuestas a las necesidades cambiantes de nuestra sociedad.

Sobre todo, queremos dejar constancia de todos los cambios producidos hasta ahora, haciendo un registro de variables sociodemográficas, variables concretas de la población atendida, como las patologías o los tipos de tratamiento recibidos, y variables de carácter más ambiental, como es el caso del tipo de escolarización o de la fuente de derivación. Haremos un análisis descriptivo de todas estas variables, comparándolas a través de las dos décadas de existencia de este centro y de prácticamente todos los centros de Atención Temprana en España. Elegimos estas dos décadas (1990-2000 y 2001-2010) porque son representativas del desarrollo de esos centros y porque justamente en el año 2000 se publicó en nuestro país el *“Libro Blanco de la Atención Temprana”*, lo que nos va a permitir conocer en qué medida los cambios de paradigma formulados en él tuvieron repercusión en las intervenciones con las familias y usuarios y en las formas de organización de los centros, y si realmente estos cambios responden a un cambio social y a una mejora de la calidad de la intervención.

Este trabajo consta de dos partes. La primera es una revisión teórica, con un primer capítulo en el que desarrollamos las bases conceptuales de esta disciplina. Desde los tratadistas de los siglos XIV y XVII hasta nuestros días, damos un repaso a la evolución de los modelos de desarrollo infantil, explicando aportaciones tan importantes como la de Binet, Freud, las teorías del aprendizaje, el Interaccionismo de Vygotski y las teorías de Piaget y Wallon, para terminar con los modelos etológicos, neurobiológicos, ecológicos y

transaccionales actuales. Este repaso nos aportará una visión completa de la evolución de los diferentes conceptos y modelos hasta llegar a los principios que sustentan la Atención Temprana actual, y nos permite tomar conciencia de las dificultades y complejidad por las que ha atravesado esta disciplina, hasta conseguir explicar el desarrollo humano como una actividad social y ampliar las investigaciones e intervenciones a todos los diferentes contextos involucrados en la persona.

En el segundo capítulo de esta primera parte, pasamos a estudiar la evolución de los diferentes programas de Atención Temprana. Comenzamos en los años 60 en Estados Unidos, continuamos con el desarrollo de los grupos de trabajo en la Comunidad Europea en los años 90 que desarrollaron los primeros conceptos en sus manifiestos. Revisamos el inicio de los primeros programas en la década de los 70 en España, las primeras iniciativas a cargo del IS-SORM en 1978 en Murcia, y por último la creación y evolución del centro concreto, objeto de nuestro estudio, el CDIAT de Águilas, como reflejo y ejemplo de la aparición de estos servicios en la Región de Murcia y en general en España. Ello nos da una perspectiva histórica de la evolución, no sólo de los modelos como en el primer capítulo, sino de los centros, las políticas y, sobre todo, las actuaciones concretas desarrolladas en cada país a lo largo del siglo XX, que han dado lugar a la organización de los centros y normativas actuales.

El tercer y último capítulo de esta primera parte teórica lo dedicamos a los conceptos y modelos actuales, así como a las perspectivas de futuro y criterios de calidad que se exponen en el Libro Blanco y las Recomendaciones Técnicas. Ambos documentos, publicados a prin-

cipios de este nuevo siglo XXI, son un referente normativo y el compendio de todos los principios básicos de la actual Atención Temprana.

La segunda parte de este trabajo consta de los aspectos metodológicos de nuestro estudio. El capítulo IV se estructura en diferentes apartados, donde presentamos las variables a analizar, los objetivos tanto generales como específicos, el método de estudio, los resultados, la discusión y conclusiones de los resultados y, para terminar este capítulo, enumeramos algunas propuestas derivadas de la investigación.

Finalizamos con las referencias bibliográficas y un apartado para los anexos que consta del material que se emplea en el centro para la recogida de información referente al niño y a su familia, y que hemos utilizado para extraer la mayoría de los datos tratados en esta tesis.

## PRIMERA PARTE

### ASPECTOS TEÓRICOS



*CAPÍTULO I*

*EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA*

*Y SUS BASES CONCEPTUALES*



## 1. MODELOS DEL DESARROLLO HUMANO Y ATENCIÓN TEMPRANA.

Una de las disciplinas que ha contribuido de forma importante a establecer las bases conceptuales de la Atención Temprana ha sido la Psicología del desarrollo. Por esta razón, en los apartados siguientes vamos a presentar un breve recorrido recogiendo y plasmando las principales contribuciones de esta disciplina al establecimiento de la Atención Temprana y así comprender mejor la evolución del modelo actual.

### 1.1. Estudio del desarrollo infantil: Primeros Acercamientos.

El interés por estudiar al niño pequeño desde un punto de vista científico es un fenómeno relativamente moderno, dado que hasta el siglo XIX hubo una serie de estudios y acercamientos al tema pero no de forma científica.

Concretamente, desde los siglos XIV al XVII, tratadistas médicos informaron de los cuidados físicos del niño y de las primeras etapas del desarrollo infantil. Un ejemplo de ello lo encontramos en el seguimiento que hizo Héroad sobre el futuro Rey de Francia Luis XIII, desde 1601 hasta el 1628 (Debesse, 1970/1972).

En el siglo XVIII aparecen trabajos como, por ejemplo, el de Cheselden, publicado en el año 1728, o la obra de Rousseau "*Emilio, o sobre la educación*", publicada en el año 1762. A partir de ese momento se produjo un cambio en la visión de la educación, como recoge



Jurgen Oelkers en su artículo “*Rousseau and the Image of Modern Education*” (2002). Rousseau propone que los niños deben ser educados a partir de sus propios intereses y no por la estricta disciplina. Da importancia a los primeros aprendizajes y aboga por dejar tocar, saborear y poner en práctica todos los sentidos del niño para facilitar su aprendizaje. Toda esta nueva concepción influyó en el movimiento filantrópico (Delval, 1988), que pretendió establecer un sistema público de enseñanza y adecuarlo a las necesidades de la sociedad, teniendo en cuenta al niño, su familia y su ambiente (Jaeger, 1985).

Posteriormente, en el año 1859, se publicó “*El Origen de las Especies*” por Charles Darwin, variando totalmente la concepción que se tenía hasta entonces de todos los seres vivos. Darwin cambió profundamente el concepto sobre la infancia y la niñez a través del impacto que ejercieron sus ideas sobre autores como Preyer, Baldwin, Hall y Taine, entre otros (Kessen, 1965).

Darwin consiguió legitimar el método de observación como instrumento fiable de recogida de datos, y promover la investigación con niños, a través de su artículo titulado “*Esbozo biográfico de un bebé*” que recoge las observaciones del desarrollo de sus hijos durante los dos primeros años de vida. Este artículo se publicó cuarenta años después de haber sido recogidas las observaciones y fue la publicación del filósofo francés Hipolytte Taine “*La adquisición del lenguaje en el niño y la especie humana*”, en 1876, lo que animó a que se realizaran y publicaran diferentes observaciones y reflexiones acerca del comportamiento y desarrollo del niño.

Después de todo este movimiento, las primeras evaluaciones sistemáticas sobre el desarrollo de las capacidades del niño fueron realizadas por un médico de New Orleans al final del siglo XIX (Chaille, 1887), aunque la catalogación de los primeros resultados obtenidos y los métodos de evaluación de la infancia no se desarrollaron bien hasta las primeras décadas del siglo XX.

## 1.2. Aproximaciones teóricas al desarrollo psicológico del niño durante el siglo XX.

### 1.2.1. Alfred Binet (1857-1911).

Fue, junto con Preyer, uno de los fundadores europeos de la Psicología del Desarrollo. En el año 1894 fundó y editó una de las primeras publicaciones científicas sobre psicología: "*L'Année Psychologique*". Entre los temas tratados en estas publicaciones se encuentran cuestiones relacionadas con la psicología experimental, la percepción en la infancia, el desarrollo de la memoria, la capacidad de sugestión, etc.

De Binet hay que destacar su interés por los fenómenos mentales superiores y su aproximación diferencial al funcionamiento intelectual (Martí Sala, 1991). Fue uno de los pioneros en el estudio experimental sobre el aprendizaje y la memoria en el niño. Junto con Victor Henri, Binet publica dos trabajos (Binet y Henri, 1894, 1895) sobre los cambios que se dan con la edad en la memoria, en los que se destaca que los niños reconstruyen el material en conjuntos de información que les son significativos. Binet se alejó de la introspección y de la experimentación psicofísica para explicar el desarrollo y las diferencias individuales y apostó, en su lugar, por el análisis de la conducta. Así, por ejemplo, para estudiar el desarrollo de la memoria jugaba con diferentes tipos de variables, entre las que se incluyen estímulos dife-

rentes, sujetos diferentes (en cuanto a edad, formación, etc), medidas, diseños de investigación y métodos estadísticos diversos, etc. (Cairns, 1998).

Otro de sus intereses residió en explicar el funcionamiento de la inteligencia, la aparición de diferencias individuales en este proceso, su evaluación y explicación. Para el autor, la inteligencia es un sistema que no representa una característica fija y estable del individuo, sino que es algo que se puede modificar y cambiar si el sujeto se expone a un entrenamiento adecuado (Martí Sala, 1991). Entiende la inteligencia como la capacidad de adaptación a situaciones nuevas, una concepción funcionalista que, como señala Martí Sala (1991), se encuentra muy próxima a la de Claparède. Sin embargo, no fue el primero en comprometerse en esta cuestión; en 1883, Francis Galton ya había empleado los tests de discriminación sensorial para evaluar las diferencias en las capacidades intelectuales básicas (Cairns, 1998). A consecuencia del interés en la evaluación de las diferencias individuales en la inteligencia y de la petición que le hace el Gobierno francés, a través de su Ministerio de Instrucción Pública, Binet desarrolló, junto con Simón, en el año 1905, la primera escala de evaluación de la inteligencia infantil, punto de partida para el desarrollo de diferentes escalas de inteligencia infantil. Los ítems de esta escala fueron elaborados a partir de las observaciones que Binet hizo de sus dos hijos y de la exploración efectuada por Simón sobre adultos deficientes. Esta primera versión sufrió alguna modificación posterior, datada en 1908 y 1911. Esta escala se encontraba compuesta por ítems que estaban graduados por niveles de edad típicos de realización. Con ello se podía obtener una edad de desarrollo mental que permitía comparar el nivel de logro del sujeto con su edad cronológica (Pérez Pereira, 1995). Estos conceptos han sido fundamentales a la hora de desarrollar nuevas escalas de desarrollo para evaluar y poder pla-

nificar programas de intervención en Atención Temprana, como por ejemplo las Escalas Terman Merrill, o las Wechsler en su forma WIPPSI.

El test Binet-Simon entiende el desarrollo intelectual como la adquisición progresiva de mecanismos intelectuales básicos, es decir, que el individuo que aparecía con deficiencia era aquel que no había adquirido los mecanismos intelectuales correspondientes a su nivel de edad cronológica (Coll, 1989). Esta escala tuvo una enorme difusión y uso, hecho que se ve plasmado en la revisión y adaptación que hizo Terman de la prueba a la población norteamericana en el año 1916 (denominada prueba Stanford-Binet).

En resumen, siguiendo a Cairns (1998), podemos indicar que el trabajo de Binet proporcionó tres aportaciones relevantes al campo de la Psicología del Desarrollo y que a su vez incidieron directamente en la Atención Temprana a través de los avances en la evaluación infantil.

- Evaluar las diferencias individuales en las funciones cognitivas superiores utilizando estrategias molares más que moleculares. Midiendo la conducta, en las primeras escalas psicológicas infantiles, a través de la modificación del entorno, colocando la conducta en un contexto situacional y superando la descripción de la misma en términos meramente fisiológicos.
- Fue el pionero en establecer dos líneas de trabajo dentro de la psicología: psicología experimental infantil y el estudio de las diferencias individuales. Con ambas orientaciones, Binet pretendió unir la observación con la experimentación, ya que entendía que cuando hay obser-

vación sin experimentación, o a la inversa, pueden aparecer problemas y dificultades que hacen inviable la descripción y explicación del comportamiento humano.

- También fue uno de los primeros en proporcionar pruebas suficientes y convincentes para defender la existencia de una ciencia del desarrollo humano.

### 1.2.2. Sigmund Freud (1856-1939).

Una de las aportaciones del psicoanálisis sobre la Psicología del Desarrollo fue la descripción y explicación de la personalidad del sujeto a lo largo de su vida; la descripción de la personalidad se encontraba basada en etapas que se suceden progresivamente en el desarrollo ontogenético del sujeto. Otra de las contribuciones que incide más directamente en la concepción de la Atención Temprana se centra en la importancia concedida a las experiencias tempranas del sujeto. Para Freud los acontecimientos de la infancia y de la niñez temprana son la base de la personalidad adulta y de la psicopatología; este supuesto también indica que las experiencias que se dan posteriormente en el desarrollo del individuo, es decir, durante la adolescencia y edad adulta, ejercen menor impacto sobre la manifestación de la personalidad, ya que el individuo, en estas etapas de la vida, es menos vulnerable a las influencias recibidas por las experiencias. Para Freud, la niñez es considerada una etapa de latencia, y la adolescencia como un período de activación de las tendencias y de los conflictos de los primeros años. Estas ideas se aprecian en muchos de los trabajos sobre el desarrollo de la agresión y especialmente sobre las relaciones de apego (tan importantes para el desarrollo de estrategias

de intervención en Atención Temprana), dado que las experiencias infantiles son las que determinan el desarrollo posterior del individuo.

Freud formula los estadios del desarrollo de la sexualidad del niño, a los cuales corresponden los estadios de desarrollo afectivo e incluso los del desarrollo psíquico en su totalidad (estadio oral, anal, fálico, de latencia y genital).

Freud, al igual que otros autores, como Piaget, Gessell, Wallon, Erikson etc., ha hecho uso de categorías descriptivas para explicar diferentes fases en la infancia y la niñez, desarrollando la noción de estadio, un importante concepto ampliamente utilizado en Atención Temprana para un mejor conocimiento del desarrollo madurativo del niño y necesario tanto en la evaluación como en el diseño de la intervención temprana.

### 1.2.3. Arnold Gesell y la evaluación del desarrollo infantil: Un enfoque maduracionista.

En el año 1906, Cora Bussey Hillis propuso la necesidad de crear un centro para tratar de estudiar y mejorar la crianza del niño, ya que consideraba que la ciencia podía ser capaz de mejorar la educación y la crianza de éstos (Sears, 1975, citado en Cairns, 1998). Sus objetivos se vieron culminados cuando, en 1917, se creó el primer instituto para el estudio del niño en Iowa y con la aparición de un laboratorio de investigación (cuatro años más tarde). A partir de ese momento, otros muchos centros se expandieron rápidamente por Estados Unidos y Canadá entre las décadas de 1920 y 1930; entre ellos destacan los creados en Columbia, Ber-

keley, California, Minnesota y Fels. Al amparo de estos centros surgieron investigaciones e investigadores como Arnold Gesell, que supusieron un gran avance en el estudio del desarrollo infantil, y sentaron las bases de la evaluación infantil fundamental para la intervención posterior.

Arnold Gesell, pediatra y psicólogo, fue director de uno de estos múltiples centros de estudio de los niños y, apoyado por el Fondo de Laura Spelman Rockefeller Memorial, dirigió amplios estudios de las habilidades en el desarrollo normal del niño, las habilidades de los jóvenes con Síndrome de Down y de los logros en el desarrollo de los niños prematuros o que sufrieron daños en el periodo perinatal (Gesell, 1928). Fue una figura dominante en el campo de la evaluación del desarrollo infantil. Sus métodos de observación produjeron una gran riqueza de datos y continúan influyendo en estos días en la construcción de instrumentos de valoración del desarrollo de los niños, tan importantes para la Atención Temprana.

La orientación teórica de Gesell fue clara y su impacto en los estudios clínicos fue enorme. Creía firmemente en la primacía de la determinación biológica con respecto a los procesos madurativos. Desdeñaba el relativo impacto de la experiencia sobre los procesos de desarrollo. Consideraba que la herencia protege el desarrollo del niño de las malas prácticas y de la pésima instrucción que, potencialmente, pudiera recibir de sus cuidadores. Así pues, el bebé de Gesell se encontraba bastante protegido por sus sistemas psicobiológicos y por la tendencia interna a alcanzar unos niveles óptimos de desarrollo, sin que en este proceso pudieran intervenir las prácticas educativas y/ o de crianza.

Entre las aportaciones destacadas del autor a la Atención Temprana hay que señalar: la direccionalidad cefalocaudal y proximodistal del desarrollo como resultado de la maduración. Asimismo, Gesell considera que el desarrollo se produce en espiral, que los diferentes estadios no se suceden de forma claramente delimitada, y que es habitual encontrar retrocesos parciales a tipos de actividades anteriores y reincorporaciones de viejos esquemas a actividades nuevas. Cada etapa comprende comportamientos específicos que son rasgos de madurez. Las estructuras de comportamiento que se pueden recoger en cada una de estas etapas se refieren a diferentes áreas: comportamiento motor, adaptativo, verbal, personal y social (Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2001).

El punto de vista maduracionista de Gesell generó un modelo lineal de desarrollo humano que fue utilizado por los clínicos para predecir resultados a largo plazo, sobre la base de la tasa de adquisición de determinados hitos de desarrollo en la primera infancia. Arnold Gesell (1880-1961) desarrolló sus ideas e investigaciones sobre el desarrollo humano al mismo tiempo que Watson defendía el ambientalismo como responsable del desarrollo del niño. Sin embargo, sus planteamientos se alejaban bastante de las premisas defendidas por Watson.

Como aportaciones más importantes de Gesell a la Atención Temprana podemos citar la creación de su famosa “cámara de Gesell”, que nos permite observar al niño sin alterar su conducta por la presencia de un extraño; gracias a ella se han podido generar multitud de investigaciones imprescindibles para el desarrollo de la Atención Temprana, convirtiéndose en algunos casos en un instrumento al servicio del proceso de intervención. Gesell también ha aportado un mayor conocimiento sobre el desarrollo evolutivo/normativo del niño.



#### 1.2.4. Watson y las teorías del aprendizaje: Un enfoque para la Intervención (1878- 1957).

El aprendizaje es el proceso mediante el cual se obtienen nuevos conocimientos, habilidades o actitudes a través de experiencias vividas que producen algún cambio en nuestro modo de ser o de actuar y se adquieren nuevas formas para hacer las cosas. El solo hecho de aprender algo no garantiza una mejora al hacerlo, si no lo aprendemos en relación con algo que podemos hacer.

Los partidarios de estas teorías argumentan que aunque las necesidades biológicas pueden desempeñar algún papel en el comportamiento, el aprendizaje desempeña un papel mucho más importante a la hora de dirigir la conducta animal y humana.

El principal representante de la teoría del aprendizaje ha sido B.F. Skinner (1953), quien demostró que un gran número de conductas se pueden enseñar recompensando al animal o a la persona inmediatamente después de haber realizado la conducta deseada. En ésta se explica que los actos pasados de un individuo producen variaciones en los actos futuros mediante un proceso cíclico que puede expresarse así: la idea de que la conducta que tiene consecuencias positivas suele ser repetida, mientras que la conducta que tiene consecuencias negativas tiende a no ser repetida, es decir, la motivación se basa en la ley del efecto.

Al igual que Pavlov, Watson y Thorndike, Skinner creía en los patrones estímulo-respuesta de la conducta condicionada. Su historia tiene que ver con cambios observables de

conducta ignorando la posibilidad de cualquier proceso que pudiera tener lugar en la mente de las personas. El trabajo de Skinner difiere de sus predecesores (condicionamiento clásico), en el sentido de que él se ocupó de estudiar la conducta operatoria (conducta voluntaria usada en operaciones dentro del entorno).

El sistema de intervención de Skinner está basado en el condicionamiento operante. El organismo está en proceso de "operar" sobre el ambiente, lo que en términos populares significa que está irrumpiendo constantemente, haciendo lo que hace. Durante esta "operatividad", el organismo se encuentra con un determinado tipo de estímulos, llamado estímulo reforzador o simplemente reforzador. Este estímulo especial tiene el efecto de incrementar el operante (esto es, el comportamiento que ocurre inmediatamente después del reforzador). Esto es el condicionamiento operante: el comportamiento es seguido de una consecuencia, y la naturaleza de la consecuencia modifica la tendencia del organismo a repetir el comportamiento en el futuro.

Con posterioridad, los teóricos del aprendizaje social, como Albert Bandura (1977), ampliaron las ideas de Skinner argumentando que una de las recompensas más poderosas para el ser humano es el refuerzo social, como el elogio. Así, un niño que es elogiado por su trabajo escolar desarrollará capacidades para un mejor rendimiento académico. Además, se plantea que gracias a la capacidad humana para procesar la información simbólica, también podemos aprender a través de la observación. Un niño que observa a alguien conseguir lo que quiere con un berrinche, imitará probablemente este comportamiento. Elegimos como modelo a las

personas que parecen conseguir las mayores recompensas; durante la niñez, estas personas suelen ser sus padres.

El conductismo, con su énfasis sobre los métodos experimentales, se focaliza sobre variables que se pueden observar, medir y manipular, y rechaza todo aquello que sea subjetivo, interno y no accesible. En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto lleva a una teoría de la personalidad en la que se defiende que el entorno es causa de nuestro comportamiento. Bandura sugirió que el ambiente causa el comportamiento; pero también que el comportamiento causa el ambiente. Definió este concepto con el nombre de ‘determinismo recíproco’: el mundo y el comportamiento de una persona se influyen mutuamente.

Más tarde fue un paso más allá, al considerar la personalidad como el resultado de la interacción entre tres factores: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a las orientaciones más cognitivistas.

Estas teorías aportaron innumerables estrategias de intervención a la Atención Temprana, que aún siguen vigentes. Destaquemos que la modificación de conducta es una de las técnicas más utilizadas en el proceso de intervención en este campo. No obstante, su reduccionismo se vio

superado gracias a las aportaciones teóricas de la segunda mitad del siglo XX que desarrollaremos más adelante.

Watson hacía una defensa a ultranza del aprendizaje como mecanismo clave para el desarrollo del individuo, desde el mismo momento del nacimiento hasta la madurez. La herencia era importante, pero sólo porque proporcionaba al individuo un potencial de conductas a desarrollar, aunque requieren de la intervención necesaria del ambiente y de la estimulación externa al sujeto. Watson, en apoyo del enfoque intervencionista para el desarrollo humano, escribió que el fracaso para criar a un niño feliz, sano y bien adaptado recaerá sobre los hombros de los padres. La aceptación de este punto de vista hace que la crianza de los niños sea la más importante de todas las obligaciones sociales. Watson fue defensor de la metodología experimental y abogó por analizar el desarrollo en unidades simples de aprendizaje, teniendo en cuenta que los procesos de aprendizaje son los mecanismos que explican el cambio evolutivo. Los cambios ontogenéticos eran provocados fundamentalmente por el ambiente, y ni las emociones ni la mente eran importantes para el desarrollo del niño; muy al contrario, la adquisición de hábitos sería prioritaria para el bienestar posterior del niño. Según recoge Cairns, en el año 1998, Watson se convirtió en un símbolo de la aproximación científica sobre el modo de llevar la crianza de los niños en las décadas de 1920 y 1930, y sus ideas guiaron a los modelos educativos de este momento histórico.

Mientras que los maduracionistas defienden la creencia en la determinación biológica, los conductistas abogan por los principios de condicionamiento operante y manipulación ambiental. Cada posición ha tenido un fuerte apoyo, aunque, cuando examinamos aisladamente

ambas perspectivas, encontramos que son bastante limitadas. No obstante, el enfoque intervencionista sí ha sido importante para la Atención Temprana a la hora de destacar la posibilidad de que la intervención pueda mejorar el desarrollo evolutivo de los niños.

#### 1.2.5. Leo Semionovitch Vygotski (1896-1934). Interaccionismo.

En el año 1925, en la Unión Soviética, Vygotski creó un laboratorio para el estudio del desarrollo infantil anormal, que derivó después en el *Instituto Experimental de Defectología*, del que Vygotski fue director desde 1931 hasta 1934. Este Instituto ha sido responsable, hasta la fecha, de la investigación, enseñanza y programación educativa de los niños con necesidades educativas especiales en la Unión Soviética, así como de su incorporación a centros especiales (Rivière, 1985). Para Vygotski, la conciencia y las funciones mentales superiores se originan en el espacio exterior del individuo, en la relación que mantiene el individuo con los objetos y con las personas que le rodean. En este razonamiento se inserta la conocida *Ley de la doble formación*; definida por Vygotski en el año 1930 (citado en Riviere, 1985) y que afirma que en el desarrollo cultural del niño toda función aparece dos veces; primero, a nivel social (interpsicológico) y, después, en el interior del propio niño (intrapicológico). Todas las funciones superiores se originan por tanto como relaciones entre los seres humanos. Queda claro, para Vygotski, que el desarrollo humano está determinado más por factores culturales que biológicos, en tanto que la relación que mantiene el individuo con su entorno es la que explica la aparición de las funciones superiores en el individuo. Otra de las relaciones objeto de interés de Vygotski fue la establecida entre aprendizaje y desarrollo. Para el autor, el aprendizaje es necesario para que se produzca el desarrollo y el sujeto pueda avanzar de los

niveles en los que su conducta está determinada por las funciones reflejas a niveles en los que predomine la actuación de las funciones mentales superiores (Rivière, 1985).

La maduración biológica no será capaz de provocar por sí sola los cambios necesarios para que esta evolución tenga lugar. Además, será necesaria la intervención de procesos a través de los cuales el individuo incorpore las herramientas, los signos y los símbolos de los individuos con los que interactúa. Vygotski fue el impulsor en el uso de dos grandes aportaciones metodológicas: *método microgenético* y *método funcional de la doble estimulación* (Carretero y García Madruga, 1986; Kozulin, 1994; Pérez Pereira, 1995; Rivière, 1985). A través del primero, el *método microgenético*, se pretende abordar el origen de los procesos psicológicos, ya que se observa a los mismos sujetos realizando la misma tarea repetidamente durante breves periodos de tiempo. Esto sirvió a Vygotski para analizar la atención y memorización voluntaria y la formación de conceptos (Pérez Pereira, 1995).

Con referencia al *método funcional de la doble estimulación*, o *método genético experimental*, Rivière (1985) resume sus características afirmando que es un método que se centra en recoger información sobre el proceso y no sobre el resultado. Se le plantean a los sujetos problemas que se encuentran por encima de sus capacidades reales de resolución, aunque se le proporcionan medios que les pueden ayudar a resolver la tarea propuesta. Así pues, se le presentan al sujeto los estímulos objetivo y la tarea a desarrollar y un conjunto de estímulos que le van a servir de mediadores (instrumentales o simbólicos) para realizar la actividad. De esta manera se externalizan algunos mecanismos del desarrollo cognitivo que, de otra forma, permanecerían ocultos. El experimentador es el encargado de proporcionar al niño los ins-

trumentos necesarios para que pueda regular su conducta y resolver el problema planteado. Por lo tanto, el experimentador tiene un papel muy activo, interactuando con el niño para conseguir la reconstrucción de la génesis de las funciones superiores.

En definitiva, tanto el método microgenético como el de la doble estimulación, proporcionaban al investigador la herramienta necesaria para conocer un poco más a fondo el origen de las funciones psicológicas superiores y el desarrollo de las mismas, lo que ayudó a avanzar en los procedimientos de elaboración de programas de intervención en Atención Temprana, permitiendo a los profesionales de esta disciplina elaborar estos programas de forma adaptada y adecuada a las capacidades y necesidades reales de cada persona, así como la elaboración de instrumentos evaluadores.

Los contextos en los que se produce la recogida de la información también fueron indicados por Vygotski, aproximándose al concepto actual de *validez ecológica*, aunque sin llegar a formularlo, como posteriormente hizo Bronfenbrenner, autor de gran influencia en la Atención Temprana actual. *“La validez ecológica se refiere a la medida en la que el ambiente que los sujetos experimentan en una investigación científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene”* (Bronfenbrenner 1979). Vygotski consideró esencial para el avance de la psicología realizar las observaciones en los contextos naturales en los que se desarrolla el individuo (ambiente de trabajo, escolar/educativo, clínico). Estos postulados se ven reflejados en el modelo actual de Atención Temprana cuando se afirma que las intervenciones con la familia y el niño deben orientarse a promover su implicación directa en las actividades de la vida cotidiana, dentro de los contextos en los que están inmersos: escolar, cultu-

ral, familiar, etc. (Bruner, 1997; Bronfenbrenner y Morris, 1988; Cole, 1999; Gracia, 2002; Vilaseca, 2004; Vygotski, 1978).

Asimismo, rechazó el esquema estímulo-respuesta, empleado tanto por el conductismo como por la gestalt, ya que consideraba que estos modelos no eran capaces de detectar las diferencias entre el comportamiento animal y el funcionamiento de las funciones psicológicas superiores del ser humano (Rivière, 1985).

Otro aspecto a destacar en las aportaciones de Vygotski es su convencimiento de que el individuo con deficiencias posee una organización de las funciones mentales superiores peculiar y diferente al resto de individuos, no consistiendo, por tanto, en una reducción cuantitativa de las mismas. En consecuencia, la educación especial podía entenderse como la intervención a través de la cual se le proporcionan al niño los instrumentos necesarios para potenciar y favorecer el desarrollo, siendo este concepto fundamental para el entendimiento de los programas de intervención en Atención Temprana. Uno de los conceptos que adquieren especial importancia en el campo de la educación especial es el de Zona de Desarrollo Potencial: significa que cualquier actividad a enseñar al niño deficiente debe presentarse, en primer lugar, como actividad compartida con el educador; el educador es el encargado de determinar la distancia que separa al nivel de desarrollo real del nivel de desarrollo potencial, para construir después una especie de *andamio* siguiendo la terminología de Bruner (Wood, 1980), constituido por una secuencia de actividades, en las que la ayuda del adulto va reduciéndose a medida que la contribución del niño aumenta. El concepto de Zona de Desarrollo Potencial sirve, desde la teoría Vygotskiana, de punto de apoyo sobre el que se puede construir toda la



práctica educativa dirigida a la intervención de la población con necesidades educativas especiales y, por tanto, a la población atendida en Atención Temprana.

#### 1.2.6. Piaget y la Teoría Psicogenética, (1896-1980).

Con la llegada de “*La revolución cognitiva*” de Piaget en las décadas de 1950 y 1960 en Estados Unidos y su teoría Psicogenética (Cairns, 1983), el escenario estaba listo para un acercamiento entre la naturaleza y la crianza. Esto se vio facilitado por el reconocimiento de que los factores biológicos y la experiencia influyen mutuamente en el desarrollo. La perspectiva que tiene Piaget sobre el desarrollo del conocimiento es constructivista (Inhelder y De Caprona, 1985), es decir, se sitúa a mitad de camino entre los modelos empiristas y racionalistas clásicos. Piaget destaca el papel activo que tiene el sujeto en la construcción de conocimientos. Durante su desarrollo, el individuo va elaborando las estructuras que servirán de soporte a la incorporación de nuevos conocimientos. Los intercambios que se establecen entre el organismo y su entorno son descritos por Piaget, al igual que anteriormente lo hiciera Baldwin, mediante los mecanismos de *asimilación* y *acomodación*.

El resultado de las continuadas asimilaciones y acomodaciones, a lo largo del desarrollo, es la creación de nuevas estructuras cognitivas, a través de la incorporación y organización de los nuevos esquemas. Las estructuras cognitivas son abstracciones y constituyen el entramado básico en el que se organizan los conocimientos. Son esquemas de esquemas, es decir, características muy generales que tienen en común los esquemas y que se pueden aplicar a infinidad de tipos de esquemas. Para Piaget, el conocimiento parte de la dotación hereditaria del

individuo; en concreto, de la ejercitación de los reflejos, un inicio básicamente orgánico, y va desplegándose como consecuencia de los mecanismos aludidos con anterioridad. De este modo va alcanzando un nivel superior de desarrollo y funcionamiento mental.

Jean Piaget afirmaba que el pensamiento de los niños es de características muy diferentes al de los adultos y que con la maduración se producen una serie de cambios sustanciales en las modalidades de pensar, creando así las etapas de desarrollo cognoscitivo o Estadios de Piaget.

Desde el punto de vista de la Atención Temprana las etapas de desarrollo, según Piaget, más relevantes son:

*Periodo sensomotriz:* Abarca desde el nacimiento hasta los dos años de vida. Piaget llama así a este periodo porque el recién nacido cuenta sólo con los esquemas senso-motrices congénitos, como son los primeros reflejos o instintos. Poco a poco, estos esquemas se van coordinando hasta construir una organización elemental y después se van modificando y perfeccionando. En este período, el recién nacido se va diferenciando progresivamente de los objetos que le rodean, al ir definiéndolos de tal forma que los objetos lleguen a cobrar una identidad propia por sí mismos, aunque estos cambien de aspecto, lugar y tiempo.

*Periodo del pensamiento preoperacional:* Comprende de los dos a los siete años. Este periodo consta de dos fases: pensamiento simbólico y preconceptual, y pensamiento intuitivo. La fase preconceptual abarca de los dos a los cuatro primeros años del niño. En esta fase, el niño

mantiene una postura egocéntrica, que le incapacita para adoptar el mismo punto de vista de los demás. También en esta fase la manera de categorizar los objetos se efectúa globalmente, basándose en una exagerada generalización de los caracteres más sobresalientes. La fase intuitiva se prolonga hasta los siete años, y se caracteriza porque el niño es capaz de pensar las cosas a través del establecimiento de clases y relaciones, y del uso de números, pero todo ello de forma intuitiva, sin tener conciencia del procedimiento empleado. Piaget señala que el paso del periodo sensomotriz a este segundo periodo se produce fundamentalmente a través de la aparición de la función simbólica, que asume el niño de forma individualizada y que produce la llamada imagen mental, que tendrá un gran papel para el lenguaje (Piaget, 1961).

Como Martí Sala (1991) destaca, Piaget ha sido el investigador que más cantidad de investigaciones ha generado y sigue generando, y sus teorías también han tenido importantes repercusiones en el desarrollo de la Atención Temprana, permitiendo saber qué tipo de estructuras de conocimiento son las que se deben potenciar para favorecer la construcción de la inteligencia en los niños atendidos, influyendo esto en la programación de la intervención y en la elaboración de instrumentos de evaluación del niño, como por ejemplo: las escalas de Huzgiris y Hunt, que se centran en el periodo sensoriomotor.

#### 1.2.7. Henri Wallon (1879-1962).

Este autor elaboró un enfoque distinto, dando al medio social más importancia sobre el desarrollo psicológico del individuo, entendiendo por medio social el conjunto de circunstancias específicas y concretas en las que se ve inmerso un sujeto. El medio más importante tras

el nacimiento es el constituido por los seres humanos encargados del cuidado del niño. A partir de las interacciones entre el sujeto y el medio se va construyendo una historia propia de cada individuo en la que se recogen las características específicas, actitudes y disposiciones concretas que irán modificando las futuras interacciones que el sujeto establece con el entorno (Palacios, 1986). Así, el concepto de desarrollo es entendido por el autor como un proceso dialéctico entre organismo y entorno, en el que no hay lugar para los procesos automáticos ni mecánicos. En consecuencia, el desarrollo no sigue un curso lineal, no es uniforme, puesto que son las interacciones y la forma que éstas adopten en un sujeto específico las que lo determinarán, pudiendo aparecer retrocesos a comportamientos previos y aproximaciones a nuevos terrenos. Estas cuestiones que Wallon planteó en la primera mitad del siglo XX se han visto plasmadas en el *modelo transaccional del desarrollo* (Sameroff y Chandler, 1975; Sameroff, 1987). Para este modelo, uno de los pilares de la Atención Temprana actual, el resultado evolutivo se origina en la interacción entre el niño y el contexto a lo largo del tiempo, en la que el estado de uno afecta al estado siguiente del otro en un proceso dinámico y continuo. Por tanto, Sameroff, al igual que Wallon, defiende que el resultado evolutivo ni es producto exclusivo de las características del niño, ni del contexto, ni siquiera de su combinación. Estas ideas han tenido una gran incidencia en el modelo de intervención en Atención Temprana, que ha ido evolucionando hacia la complejidad, aumentando contextos, diferentes perfiles de profesionales y sobre todo intentando incorporar diferentes instituciones.

El método que Wallon (1879-1962) emplea para abordar estas cuestiones es el método derivado de la psicología genética. Plantea que el desarrollo ontogenético puede ser abordado utilizando el método genético. Emplea también la observación natural, aunque sin rechazar la experimentación. Asimismo, emplea técnicas comparativas entre las que se puede destacar la

utilización de la psicopatología para determinar la función dominante en las distintas etapas evolutivas. Hace uso de las técnicas estadísticas para comparar los resultados de un sujeto individual con los resultados del grupo. También defiende que para llegar a conocer la ontogénesis es necesario el estudio de la filogénesis, tanto biológica (para descubrir los orígenes biológicos de la vida psíquica) como histórico-cultural (descubrir y describir los progresos del ser humano de una civilización a otra). En este punto su coincidencia con Vygotski se hace evidente.

Las etapas o estadios propuestos por Wallon, que son relevantes en el ámbito de la Atención Temprana, son los que describimos a continuación:

*Estadio impulsivo:* Abarca desde el nacimiento hasta los cinco o seis meses. Este es el período que Wallon llamaría de la actividad Pre-consciente, al no existir todavía un ser psíquico completo. No hay coordinación clara de los movimientos de los niños en este período, y el tipo de movimientos que se dan son fundamentalmente impulsivos y sin sentido.

En este estadio todavía no están diferenciadas las funciones de los músculos, es decir, la función tónica (que indica el nivel de tensión y postura) y la función clónica (de contracción-extensión de un músculo). Los factores principales de este estadio son la maduración, la sensibilidad y el entorno humano, ya que ayudan al desarrollo de diferentes formas expresivas y esto es precisamente lo que dará paso al siguiente estadio.

*Estadio Emocional:* Empieza en los seis meses y termina al final del primer año. La emoción en este periodo es dominante en el niño y tiene su base en las diferenciaciones del tono muscular, que hace posible las relaciones y las posturas. Para Wallon, la emoción cumple dos funciones importantes:

Al ser la emoción un mundo primitivo de comunicación permite al niño el contacto con el mundo humano y por tanto con la sociedad. Posibilita la aparición de la conciencia de sí mismo, en la medida en que éste es capaz de expresar sus necesidades en las emociones y de captar a los demás, según expresen sus necesidades emocionales.

El paso según Wallon, de este estadio emocional, en donde predomina la actividad tónica, a otro estadio de actividad más relacional es debido a la aparición de lo que él llama reflejo de orientación.

*Estadio Sensorio motor y proyectivo:* Abarca del primer al tercer año. Este es el periodo más complejo. En él, la actividad del niño se orienta hacia el mundo exterior, y con ello a la comprensión de todo lo que le rodea. Se produce en el niño un mecanismo de exploración que le permite identificar y localizar objetos.

El lenguaje aparece alrededor de los doce o catorce meses a través de la imitación; con él, enriquece su propia comunicación con los demás (que antes era exclusivamente emocional).

También en este período aparece la marcha en el niño, la cual incrementa su capacidad de investigación y de búsqueda.

Aunque el niño puede conocer y explorar en esta edad, no puede depender todavía de sí mismo y se siente incapaz de manejarse por solo, lo que se resolverá a partir de los tres años con el paso al siguiente estadio.

*Estadio del Personalismo:* Comprende de los tres a los seis años. En este estadio se produce la consolidación (aunque no definitiva) de la personalidad del niño. Presenta una oposición hacia las personas que le rodean, debido al deseo de ser distinto y de manifestar su propio yo.

A partir de los tres años toma conciencia de que él tiene un cuerpo propio y distinto a los demás, con expresiones y emociones propias, que quiere hacerlas valer, y por eso se opone a los demás; de aquí la conducta de oposición.

Este comportamiento de oposición tiende a repetirse en la adolescencia, ya que los orígenes de ambas etapas son parecidos. Resumiendo: en este estadio el niño toma conciencia de su yo personal y de su propio cuerpo, situándole en un estadio de autonomía y autoafirmación, necesario para que sienta las bases de su futura independencia.

### 1.2.8. Resumen de las contribuciones más importantes a la Atención Temprana hasta el siglo XX.

Los contenidos e ideas defendidas por los autores anteriormente expuestos sirvieron para fomentar y crear movimientos del estudio del niño, tanto en EEUU como en Europa. Muchos de los autores antes mencionados se convirtieron en defensores de la infancia y prestaron su prestigio y posición social para favorecer la aparición de leyes que defendieran al niño, mejoraran los currículos académicos y pusieran en marcha prácticas de crianza adecuadas para el buen desarrollo del niño, que más adelante servirían, entre otros aspectos, para justificar el desarrollo de programas de Atención Temprana.

Hall (1891) se interesó en explicar el contenido de las mentes de los niños y la forma en la que ese contenido entra a formar parte de las mentes infantiles. Asimismo, Preyer prestó atención al establecimiento y funcionamiento de los sentidos, del lenguaje y de la cognición; Baldwin y Binet centraron sus estudios experimentales sobre la percepción, discriminación y memoria de los niños. Binet y Freud se interesaron en el papel de los procesos inconscientes en la dirección y control de la conducta, tanto de la conducta normal como de la patológica. También Baldwin destacó cómo los actos conscientes, con la práctica y el paso del tiempo, se hacen inconscientes y que la conciencia e intencionalidad se desarrollan al ritmo del desarrollo cognitivo. Se amplió de esta manera el conocimiento del niño y de su desarrollo, así como de las diferentes patologías que podían modificar este desarrollo, hecho fundamental a la hora de crear e implantar programas dirigidos a esta población como los programas de Atención Temprana.



La polémica relación filogénesis-ontogénesis fue abordada por los autores fundacionales. Como ejemplo se destaca la hipótesis de la maduración de Preyer y el concepto de selección orgánica de Baldwin, así como la ley biogenética de Haeckel y la teoría de la recapitulación, que fueron asumidas por Stanley Hall para explicar el desarrollo humano. Las posiciones adoptadas por los primeros psicólogos del desarrollo eran tan variadas como lo pueden ser en la actualidad. Se utilizaron diferentes métodos para estudiar la influencia del entorno sobre la conducta. Por ejemplo, Preyer asumió que las acciones que se desarrollan en ausencia de entrenamiento deben reflejar el funcionamiento de factores innatos. Otro investigador, Galton, no considerado precisamente como autor fundacional de la Psicología del Desarrollo, abordó el tema de las relaciones herencia-medio durante la segunda mitad del siglo XIX. Para ello, realizó estudios genealógicos, comparaciones entre miembros de la misma familia y, junto con K. Pearson, desarrolló nuevas herramientas estadísticas con las que poder dividir la varianza de la conducta que se podía atribuir a factores ambientales y la que se podía atribuir a fuentes genéticas.

Los efectos de la experiencia temprana y el desarrollo, pilares de la Atención Temprana, produjeron abundantes desacuerdos con respecto a la etapa de la vida en que el sujeto era más sensible a la estimulación y por lo tanto más influenciado por las experiencias. Así por ejemplo, para Stanley Hall, la experiencia temprana jugaba un papel definitivo en la adolescencia; para Freud la etapa que presenta mayor plasticidad es la infancia; pasada la infancia, la persona se resiste a cambiar de forma drástica (excepto bajo terapia analítica); para Preyer el período sensible se sitúa en la etapa embrionaria y para Baldwin el desarrollo se produce de forma continua, es decir, se trata de un proceso que ocupa todo el ciclo vital. Y es en este estado de cosas cuando llegamos a los nuevos modelos teóricos de la segunda mitad del siglo

XX, que han incidido directamente en la Atención Temprana y en el cambio de paradigma actual.

### 1. 3. Aportaciones teóricas de la segunda mitad del XX.

Durante la segunda mitad del siglo XX proliferaron diferentes perspectivas en las que aparecen nuevas opciones para describir e interpretar el desarrollo humano. Surgen aportaciones de enfoques como el etológico, el procesamiento de la información, el ecológico, el ciclo vital, el neurobiológico y el transaccional entre otros.

Dentro de este panorama, la Atención Temprana es un campo relativamente joven y en continua evolución (cuyas características y principios comentaremos con detalle más adelante), que toma sus fundamentos de múltiples teorías y modelos. A continuación expondremos aquellos modelos que han tenido repercusiones más evidentes sobre la Atención Temprana.

#### 1.3.1. Enfoque etológico.

La teoría etológica llegó a la Psicología del Desarrollo a finales de la década de 1960 y principios de 1970 (López, 1986), en concreto a través de los estudios y orientaciones teóricas de John Bowlby (1969/1993). Este autor señala que el apego ha surgido y se mantiene en la especie humana porque promueve la supervivencia de los niños; los adultos protegen al bebé y la vinculación hace que bebé y adulto se encuentren en proximidad física. Los bebés vienen al mundo con una serie de conductas innatas que se encuentran encaminadas a lograr y mantener la proximidad y el contacto con los adultos. Conductas como el llanto, el balbuceo, la sonrisa, y en menor grado los reflejos, hacen que el niño pueda comunicar a los adul-

tos cuáles son sus necesidades y que los estimulen a satisfacerlas. Se puede decir que estas conductas señalizadoras son innatas y no aprendidas. Prueba de ello se encuentra en los estudios de Eibl-Eibesfeldt, (1975), quien encontró que incluso en niños ciegos y sordos de nacimiento aparece la sonrisa social en el mismo momento evolutivo que en los niños videntes y oyentes (en torno a las seis semanas de vida), y conductas como la risa, el llanto, el balbuceo y expresiones faciales típicas de miedo, ira y tristeza. Todo ello nos conduce a pensar que el bebé se encuentra biológicamente preprogramado para mantenerse en proximidad con los adultos de su especie. Además de tener todo este repertorio conductual, también se han detectado preferencias por determinados tipos de estímulos (los sonidos que caen dentro de la frecuencia de la voz humana, estímulos visuales con marcados contrastes y con moderado grado de complejidad y movimiento, todos ellos se encuentran reunidos en el rostro humano). Este conjunto de conductas, junto con el sistema de cuidados que recibe, contribuye a que en el segundo semestre de vida el bebé se vincule a un número reducido de adultos. La señal que nos conduce a afirmar que el vínculo ya se ha establecido, son las manifestaciones de protesta que aparecen cuando el niño se separa del adulto con el que se ha vinculado. Dependiendo del ajuste entre las necesidades del bebé y los cuidados recibidos por parte del cuidador a lo largo del primer año de vida, se establecerá un tipo de vinculación determinada.

Mary Ainsworth fue una estrecha colaboradora de Bowlby que dedicó sus estudios a la investigación, descripción y tratamiento de las distintas formas de vinculación (Ainsworth, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Ainsworth y Wittig, 1969). Diseñó un procedimiento observacional, al que denominó *Situación Extraña*, en el que el niño era enfrentado a momentos de ligero malestar (interacción con persona desconocida y separación de la figura de apego) y episodios en los que la figura de apego retornaba. A través del comportamien-

to manifestado por el niño en los episodios de reunión con su figura de apego clasificaba al niño en tres categorías de apego: seguro, inseguro-avoidante, inseguro-ambivalente (Ainsworth et al., 1978). Otros investigadores demostraron que los cuidados insensibles, o los no contingentes con las necesidades del niño, aumentaban el riesgo de desarrollar un apego inseguro en él.

Se han abierto líneas de investigación y ampliado variables que están incidiendo en la calidad de la vinculación, como el temperamento del bebé, trastornos mentales de los cuidadores, red de apoyo familiar, relaciones de pareja etc.

En la actualidad, estas investigaciones analizan la infancia del sujeto estudiando el apego, los procesos de vinculación en niños de alto riesgo biológico y social y, lo que es más importante, formas de prevenir y promocionar la salud mental infantil, tratando de analizar las relaciones entre el vínculo y la psicopatología. El apego en estos momentos es un amplio campo para multitud de investigaciones y trabajos.

Se destacan dos cuestiones fundamentales a la hora de evaluar el desarrollo del niño y diseñar intervenciones en Atención Temprana: la predisposición del bebé a entrar en contacto con sus congéneres y la incidencia de las interacciones adultos-niño como un medio de promocionar y optimizar el desarrollo infantil. En otras palabras, a nivel conceptual resalta el carácter determinante que sobre la conducta tiene el ajuste a las exigencias del ambiente y, a nivel metodológico, resalta la importancia de investigaciones que buscan datos en la observación de la conducta en el medio que se produce.

### 1.3.2. Modelo Neurobiológico.

Hemos asistido en las últimas décadas a un gran avance de las neurociencias con aportaciones como la de Levi y Cohen, que descubrieron el factor de crecimiento nervioso en el año 1986, o los trabajos del Dr. Katona (1983), quien fundamentó la rehabilitación Temprana en la plasticidad del cerebro durante los primeros meses de vida. A partir de aquí, se han ido desarrollando conceptos como el de plasticidad cerebral. En este sentido, se ha demostrado que la maduración neurológica depende de mecanismos genéticos y, como apuntan Shonkoff y Marshall (1990, 2000), el desarrollo y la conducta humana depende de un complejo proceso interactivo influido por las regulaciones biológicas y por las experiencias de cada sujeto. El cerebro del niño se va desarrollando gracias a un proceso madurativo de las estructuras cerebrales en el que continuamente se van estableciendo nuevas conexiones sinápticas y tiene lugar la mielinización creciente de sus estructuras, debido a procesos bioquímicos internos, y en respuesta a los estímulos proporcionados por el ambiente. En esta plasticidad influyen factores externos como la calidad de la intervención realizada con el niño, o factores propios de la ecología del niño como la percepción de su enfermedad y ambiente familiar, factores sociales, etc. (Lebeer y Rijke, 2003).

Podríamos definir la plasticidad cerebral como la capacidad de reorganizar y modificar funciones y adaptarse a los cambios externos e internos. De esta manera, la plasticidad permite la reaparición de circuitos corticales, integra otras áreas corticales para realizar funciones modificadas y responde a diversas afecciones. Las funciones específicas de cada región de la corteza cerebral se pueden moldear a través de la experiencia y el aprendizaje diarios y lo más importante para la Atención Temprana es que pueden modificarse en los niños (Bhatnar-

gar y Orlando, 1997). El cambio ambiental altera la acción de los genes, la actividad de las enzimas que sintetizan neurotransmisores, la función de factores del crecimiento neuronal, el crecimiento de los procesos neuronales, la formación de las conexiones nerviosas, la fuerza de dichas conexiones, y la supervivencia de las neuronas.

Como explican Hernández y Mulas (2004), en el neurodesarrollo se asiste a dos fases. En la primera, los comportamientos desarrollados no dependen de la experiencia externa y posteriormente se inician situaciones específicas dependientes de la edad, en las cuales los estímulos recibidos por el niño juegan un papel primordial. Los niños con parálisis cerebral, o daño neurológico pre o perinatal, o trastornos generalizados del desarrollo con conductas estereotipadas, dependientes de neuronas subcorticales, muy primarias, tienen problemas de procesamiento de la información sensorial, que conllevan problemas para seleccionar la actividad neuronal eficiente. La intervención temprana en estos niños podría aumentar la capacidad de trabajo de las neuronas primarias subcorticales y, conforme la edad aumenta, la intervención va dirigida a adquirir capacidades compensatorias (Haddres-Algra, 2001).

Es por esto que para la Atención Temprana han sido fundamentales tanto los conocimientos sobre el desarrollo normal del cerebro que nos han proporcionado numerosas investigaciones, como la evidencia de la influencia que sobre la plasticidad cerebral tiene la estimulación que el niño recibe del ambiente y la experiencia (Moore, 1985; Nelson, 2000; Sarnat, 1996; Volpe, 1987). Así, estos conocimientos son fundamentales, desde el punto de vista de la Atención Temprana, para la elaboración de un programa de intervención adecuado al niño.

El hecho de que la plasticidad es mayor en los primeros años de vida y va disminuyendo gradualmente con la edad es fundamental para justificar la implantación de programas de Atención Temprana lo antes posible.

### 1.3.3. Modelo ecológico.

Otro de los modelos que ha dejado contribuciones importantes para la Atención Temprana es el modelo ecológico del desarrollo humano. Este modelo tiene como máximo exponente a Urie Bronfenbrenner; sus planteamientos derivan de una versión transformada de la fórmula clásica de Lewin, en la que planteaba que la conducta está en función de la persona y del entorno; Bronfenbrenner (1979) cambia, en primer lugar, el término *conducta* por el término *desarrollo* e indica que el *desarrollo* es “el cambio perdurable en el modo en que una persona percibe y opera con su entorno”, o el conjunto de procesos a través de los cuales interactúan las propiedades de la persona y las del ambiente para dar lugar a constancias o cambios en las características de la persona a lo largo de su ciclo vital (Bronfenbrenner, 1992). No se trata de destacar las relaciones aditivas entre las características del entorno y las del individuo, y los resultados de las mismas sobre el desarrollo, sino de analizar e identificar los procesos evolutivos que explican dichas relaciones. Así, Bronfenbrenner propone un modelo en el que se tienen en cuenta el contexto, la persona y el proceso. De esta forma, se podrían analizar las variaciones existentes entre los procesos y los resultados evolutivos en función de las características del ambiente y de la persona en conjunto. Es decir, que para poder llegar a elaborar una explicación e interpretación conveniente de un resultado evolutivo específico hemos de tener en cuenta la interacción simultánea que se establece entre las características del individuo y las del ambiente. Para llevar este planteamiento al terreno de la investigación es nece-

sario que el investigador incluya en sus diseños de investigación a aquellas regiones del entorno que pueden ser tanto favorables como desfavorables para el desarrollo de los individuos con características personales particulares; este fenómeno ha recibido la denominación de *nicho ecológico*.

Según Garberino y Ganzel (2000), el modelo ecológico estudia la relación entre el niño y su ambiente; es por esto que debemos centrarnos en cómo se desarrollan las personas en su ambiente social, estudiando la complejidad fenomenológica de la interacción organismo-ambiente (Pérez-López, 2004). Se trata de un proceso dinámico e interactivo entre la persona, su herencia biológica y su contexto, y para explicarlo se utiliza una aproximación de sistemas. Se examina el ambiente en cuatro niveles jerarquizados, además del organismo individual, que van desde el micro hasta el macro sistema (Bronfenbrenner 1979, 1986,).

*El microsistema* es la parte del ambiente que se encuentra más próximo al individuo. Se refiere al conjunto de actividades, roles y relaciones interpersonales que experimenta una persona en desarrollo, en contextos de interacción directa, que se encuentra determinado por características materiales y físicas particulares, y que contiene a otras personas con características distintivas como el temperamento, la personalidad y los sistemas de creencias. En un niño los microsistemas más importantes serían su familia, colegio, médico, etc.

*El mesosistema* incluye los vínculos y los procesos que tienen lugar entre dos o más contextos que contienen a la persona en desarrollo (e.g. la influencia que ejercen las relaciones



entre la familia y la escuela sobre el desarrollo del niño). El mesosistema es una estructura que comprende las interacciones que se establecen entre varios microsistemas. Este sería el ambiente más importante a tener en cuenta a la hora de la efectividad de la intervención en los niños de riesgo.

*El exosistema* se refiere a las relaciones existentes y a los procesos que tienen lugar entre dos o más contextos, caracterizados porque, al menos en uno de ellos, no se encuentra directamente implicada la persona en desarrollo, aunque podría influir sobre ella a través del impacto que ejerce sobre el resto de contextos que sí contienen directamente a la persona (e.g. para un niño, la relación entre el hogar -contexto que contiene al niño- y la situación laboral de los padres -contexto que no incide directamente sobre el niño).

La estructura del ambiente más alejada del sujeto en desarrollo es *el macrosistema*. Esta estructura está formada por un conjunto constituido por el micro, meso y exosistema propios de una cultura o subcultura determinada, o del contexto social más amplio, con especial referencia a los sistemas de creencias, a los recursos, a los riesgos, estilos de vida, y patrones de intercambio social que se encuentran incrustados en cada uno de esos sistemas.

Como señalan Pérez- López y Martínez-Fuentes (2001), los individuos no están aislados; muy al contrario, comparten influencias debido a su pertenencia a sistemas de nivel más alto como la familia, organizaciones, comunidades, periodos históricos, etc. Por esto, los programas de intervención no pueden olvidar los distintos niveles de organización social en los que

están incluidos el desarrollo y la acción humana; hemos de tener en cuenta los apoyos sociales de que disponen los padres, sus necesidades y estilos familiares, ya que influyen de forma clara en los patrones de interacción de los padres con sus hijos y, por lo tanto, en su desarrollo. De acuerdo con estas ideas, cuando estudiamos el desarrollo del niño en Atención Temprana, no podemos mirar sólo su comportamiento de forma aislada, o dependiente solo de su maduración, sino en relación al ambiente en el que el niño se desarrolla (Fuertes y Palmero, 1998). Las relaciones entre el niño y sus padres son un factor central para el desarrollo del pequeño. Este modelo nos hace avanzar desde una mera influencia de la maduración sobre el niño a la influencia del sistema familiar y del entorno en el desarrollo del niño; y gracias a este cambio conceptual hemos pasado de una definición de la AT como un conjunto de actuaciones centradas exclusivamente en el niño a centrarnos en la familia y en la comunidad, además de en el niño (Fuertes y Palmero, 1998; Odom y Kaiser, 1997). De aquí la importancia del estudio de los niveles de Bronfenbrenner para los programas de intervención en Atención Temprana.

Esta perspectiva ha posibilitado un cambio en los investigadores, políticos y profesionales encargados de la prevención e intervención en Atención Temprana, reforzando el punto de vista dual del niño y su ambiente. Así, el modelo ecológico pretende proporcionar una descripción de los diferentes contextos sociales, y el transaccional, que es el que ampliaremos a continuación, constituye un intento por explicar los mecanismos a través de los cuales se genera cambio y se promueve desarrollo.

#### 1.3.4. Modelo transaccional.

Sameroff y Chandler (1975) articularon una de las más influyentes conceptualizaciones de la recíproca relación entre naturaleza y crianza. El desarrollo del niño no depende del estado inicial del niño ni del estado inicial de su ambiente, sino de una función compleja de la interacción del niño y su ambiente a lo largo del tiempo. Para el campo de la intervención temprana la aceptación del modelo transaccional de desarrollo significa que el daño biológico podría ser modificado por factores ambientales y que las vulnerabilidades de desarrollo podrían tener etiologías tanto sociales como ambientales. Este enfoque bidireccional, ambiental y de factores biológicos ha demostrado tener un gran impacto tanto en la investigación como en la prestación de servicios (Sameroff, Seifer, Baldwin, y Baldwin, 1993). Coincidiendo con el creciente interés en las teorías sobre la naturaleza transaccional del proceso de desarrollo, algunos investigadores comenzaron a enfatizar la importancia de los factores contextuales más amplios para entender mejor los determinantes del crecimiento de un niño, el desarrollo y el aprendizaje (Bell, 1974; Bronfenbrenner, 1974; Werner, Bierman y French, 1971; Werner y Smith, 1977). En una monografía titulada “*¿Es la intervención temprana efectiva?*” Bronfenbrenner (1974) se acercó a estos temas, no desde un punto de vista de aislamiento del niño sino teniendo en cuenta al niño en su contexto. Llegó a la conclusión de que un hilo común que une a los programas exitosos de intervención es el tratamiento de los niños como individuos situados dentro de una familia y no como sujetos experimentales aislados o metas muy definidas de las teorías nativistas o ambientales. Las teorías contemporáneas ven al niño como miembro de un sistema social complejo que a menudo es muy enriquecedor pero que también puede ser potencialmente alterado o disfuncional. Por lo tanto, para intervenir eficazmente en los niños hay que intervenir en su contexto, y cualquier otra cosa no es suficiente si el objetivo es establecer un cambio significativo y duradero (Guralnick, 1999).

El desarrollo del niño, según el modelo transaccional (Samerof y Fiesse, 1990, 2000) es el producto de las continuas interacciones dinámicas entre el propio niño y las experiencias provenientes de la familia y el contexto social. El ambiente y el niño están en igualdad de condiciones, depende el uno del otro y tienen unos principios reguladores que pueden ser especificados para programar la intervención, de tal manera, que maximicemos su eficacia.

Estos autores proponen tres estrategias diferentes de intervención: remedio, redefinición y reeducación (Sameroff, 1987; Sameroff y Fiese 1990, 2000).

Específicamente, el *Remedio* se refiere a la estrategia de cambio en la forma de actuar del niño con los padres, lo cual puede, a su vez, producir cambios en los padres. Se intenta capacitar al niño para que los padres posteriormente puedan interactuar adecuadamente con el niño proporcionándole los cuidados adecuados. El remedio lo proporciona normalmente un profesional desde fuera del sistema familiar cambiando una condición concreta del niño y cuando esto se consigue se da por terminada esta modalidad de intervención. En los casos en que la disfunción del niño es claramente identificable y la intervención ha sido efectiva, el remedio del niño ayuda a producir cambios adaptativos en los padres. De esta manera, el remedio proporcionado al niño, produce cambios en éste que, a su vez, influyen proporcionando un ambiente de cuidado más contingente al niño.

Esta estrategia va destinada al cambiar la condición del niño. En los casos en que esto no se puede conseguir, debemos emplear otras estrategias como la redefinición.

La *Redefinición* es otra modalidad de intervención, que se refiere a la modificación de la forma en que los padres interpretan la conducta del niño, al reorientar la visión de los padres hacia características positivas del niño. Este modo de interacción puede facilitar la interacción parental. Se suele utilizar cuando los códigos familiares existentes no encajan con la conducta del niño, cuando los padres definen a su hijo como anormal y son incapaces o desconocen la forma más conveniente de cuidarle.

Las dificultades en los cuidados de crianza pueden deberse a la incapacidad de los padres para adaptarse y asumir la condición del niño o a la incapacidad de los padres para distinguir entre sus reacciones emocionales hacia el niño y la conducta real del hijo.

La *Redefinición* también es hacer ver a los padres los aspectos normales del niño para conseguir que afloren conductas adecuadas de cuidado. Esta estrategia, cuando no está identificado el problema del niño, se centra en modificar las malas percepciones de los padres con respecto de sus hijos. Se parte de la idea de que los padres pueden ser el origen de atribuciones inadecuadas referidas al niño. Para adaptar el código de la familia y ajustarlo a la conducta del pequeño es fundamental reconocer que la familia puede contribuir a la disfunción del niño. En otras ocasiones la redefinición va dirigida a las interacciones padre-hijo y a la recalificación de la conducta del niño.

La *Redefinición* también puede ir dirigida al código cultural por medio de programas de educación pública. Así, esta estrategia se puede centrar en distintos niveles de regulación,

desde la conducta específica del niño hasta atribuciones del niño en general. La mayor parte de estas técnicas se dirigen a la familia, o a un padre en concreto, y consiste en dar información sobre los cuidados que necesita el niño.

Cuando los padres carecen de las habilidades parentales necesarias podemos utilizar la *Re-educación* intentando, con ella, cambiar la forma de actuar de los padres con el niño, por ejemplo proporcionando a los padres formas concretas de interacción, enseñándoles cómo educar o cuidar a sus hijos. Los profesionales de atención temprana proporcionarán a estos padres la información y formación necesarias para que puedan influir positivamente en el desarrollo evolutivo de sus hijos.

El modelo transaccional determina las estrategias de intervención e identifica el nivel de regulación (micro, meso o macro); de esta forma delimita los medios de actuación más efectivos. Así, la intervención centrada en un área puede necesitar, además, de la intervención en otra área y permite aplicar la actuación en el nivel necesario, identificando los objetivos de la intervención y sabiendo que las condiciones iniciales no determinan ningún resultado, ni positivo ni negativo. A través de los sistemas reguladores se intenta entender mejor los procesos de desarrollo y cómo cambiarlos (Pérez López, 2004).

### 1.3.5. Modelo de Sistemas Evolutivos.

Este modelo resume los postulados de los sistemas ecológicos y del modelo transaccional. Explica el desarrollo del niño mediante la influencia que en él ejercen tres componentes fundamentales: *Los patrones familiares*: calidad de los intercambios padre-niño, las experiencias del niño organizadas por la familia, y los ambientes que mejoran la salud y la seguridad del niño; *Las características de la familia*: características personales de los padres, nivel cultural, apoyos y las características del niño que no están relacionadas con su deficiencia; y, por último, *Los factores estresantes potenciales* debidos a la alteración del niño, que contiene cuatro categorías: las necesidades de información, angustia interpersonal y familiar, necesidades de recursos, y falta de confianza.

Partiendo de esta orientación ecológica-transaccional se ha ido avanzando desde un modelo rehabilitador hacia otro mucho más complejo y global. Se están creando actualmente programas de Atención Temprana que no sólo se centran en la intervención con el niño sino que también inciden en los contextos naturales de éste: familia, colegio, hospital, barrio, etc. Esto supone una intervención en el propio entorno para conseguir hacerlo más competente.

Se considera intervención temprana del niño y su familia a la implantación de recursos para las familias de los niños pequeños por parte de las redes sociales informales y formales, ya que influyen directa o indirectamente en el funcionamiento del niño, de sus padres y de toda su familia. Estos apoyos serán eficaces en la medida en que niños, padres y familia sean cada vez más competentes. De aquí la necesidad de desarrollar programas de intervención temprana lo antes posible y dentro del contexto familiar.

## 2. Conclusiones.

El enfoque actual de la Atención Temprana depende directamente de los cambios conceptuales que se han ido desarrollando en todos los modelos anteriormente tratados. Se ha pasado del modelo neo-conductual del principio a modelos más psicodinámicos, sistémicos, cognitivos o ecológicos (Giné, Grácia, García-Díe, y Vilaseca, 2006).

Todos estos cambios han abarcado no solo el concepto de niño y familia sino también la forma de intervenir y los tipos de servicios y profesionales que deben intervenir.

Al principio, el modelo se centraba en el niño exclusivamente y su visión era rehabilitadora. La relación con los padres se limitaba a darles consejo y orientaciones, según los objetivos marcados en el desarrollo de su hijo. Este modelo llamado “experto” (Cunningham y Davis, 1988) ha predominado hasta nuestros días (Giné, Grácia, García-Díe, y Vilaseca, 2006). No se contempla la prevención ni el trabajo interdisciplinar.

Actualmente el modelo es más complejo. Se tiene en cuenta a la familia como contexto de desarrollo, se deja en segundo plano la rehabilitación del niño y se aborda el trabajo desde una perspectiva interdisciplinar; y consecuentemente por un equipo multidisciplinar con diferentes especialidades, bien coordinado y tratando de aportar cada uno de ellos su visión desde diferentes disciplinas.



En la actualidad no es tan importante determinar la edad más apropiada de intervención, sino encontrar la forma más apropiada de intervención para cada edad, para cada situación y para cada contexto. Debiéndose realizar una serie de intervenciones interrelacionadas a lo largo de la vida del niño y en todo tipo de contextos donde tenga lugar su desarrollo. El éxito de estos programas depende cada vez más de lo amplias y complejas que sean estas intervenciones, teniendo en cuenta contextos como la familia, la escuela, los servicios a los que asiste el niño, etc. (Pérez López, 2004). Los modelos actuales coinciden con Vygotski (1978) en explicar el desarrollo humano como una actividad social, donde los niños con sus competencias y con la ayuda de compañeros y adultos participan de forma activa; por lo tanto, el contexto tiene un papel fundamental a la hora de determinar la dirección y las posibilidades de desarrollo del niño.

Hemos pasado de un servicio asistencial a uno psicoeducativo y a considerar la Atención Temprana como un conjunto de intervenciones planificadas y organizadas por un equipo interdisciplinar de profesionales y orientadas a la globalidad del niño, su familia y su entorno.

En España este cambio de paradigma se empieza a afianzar tras la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana en el año 2000 por el Real Patronato sobre la Discapacidad. Es por ello que, más adelante, dedicaremos un capítulo a ese libro y a la consolidación de todos estos avances en nuestro país. A continuación, en el siguiente capítulo, haremos un recorrido por diferentes países para estudiar la evolución que han experimentado en ellos los programas de intervención de Atención Temprana.

## CAPÍTULO II

### PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA: SUS INICIOS



## 1. Primeros Programas de Atención Temprana en Estados Unidos.

En los años 60, en Estados Unidos la Atención Temprana empezó a aplicarse como estrategia para contrarrestar los efectos destructivos de la pobreza sobre el desarrollo humano. Los fundamentos de la Atención Temprana se basan en la responsabilidad de la sociedad para brindar atención y protección a los niños pequeños, en un compromiso con las necesidades especiales de los niños que son particularmente vulnerables, como resultado de una enfermedad crónica, condición discapacitante o como consecuencia de haber crecido en la pobreza, y la sensación de que la prevención sería mejor y más eficaz que la espera del tratamiento (Meisels y Shonkoff, 2000). Estos fundamentos proporcionan un marco organizativo para el examen de las principales iniciativas que se han desarrollado durante las últimas cuatro décadas y que influirán en este siglo XXI.

El año 1960 marcará el comienzo de la era moderna en la Intervención Temprana. Fue el tiempo del optimismo y de la creación de programas de desarrollo. Los apoyos públicos a la inversión en servicios sociales fue amplia, y los recursos florecieron desde el gobierno federal para promover investigaciones con ambiciosas metas sociales.

En 1965, el experimento de mayor alcance de la década, el proyecto Head Start, comenzó como un programa piloto de ocho semanas para los niños de más de 2.500 comunidades de todo el país. Originariamente desarrollado bajo los auspicios de la oficina de oportunidades económicas, el proyecto Head Start fue liderado por Julio B. Richmond, un eminente pediatra, y Edward F. Zigler, un importante psicólogo académico designado como el primer direc-

tor de la Oficina de Desarrollo Infantil. Head Start se basó en la creencia del impacto crucial de las experiencias de la primera infancia sobre el desarrollo posterior. Sus fundadores asumieron que los entornos socio-económicamente empobrecidos contienen factores de riesgo biológicos (e.g. pobre salud y estatus nutricional) y ambientales (e.g. baja estimulación y reducción de la motivación) que pueden afectar negativamente a los niños pequeños. Estaban convencidos de que los programas compensatorios en el período preescolar podrían facilitar una mejor adaptación y rendimiento escolar de los niños que fueron afectados por las consecuencias de la pobreza y la desorganización social (Zigler y Muenchow, 1992; Zigler y Valentine, 1979).

Head Start fue concebido como un sistema multidimensional, un servicio integral diseñado para contrarrestar las raíces de la situación de desventaja en las familias pobres con niños pequeños (Zigler, Styfco y Gilman, 1993). Se aprovechó la experiencia de una amplia gama de profesionales para proporcionar educación, servicios médicos, dentales, nutricionales, psicológicos y sociales. El programa invirtió una gran cantidad de energía en la participación de los padres, tanto en el voluntariado como en los niveles de decisión, e incluyó programas de capacitación para adultos de bajos ingresos de la comunidad con el fin de facilitar la movilidad laboral. Head Start proporciona un modelo de intervención audaz en la primera infancia que continúa hasta nuestros días (Peters y Kontos, 1987; Reese, 1985; Takanishi y Deleon, 1994; Zigler y Styfco, 1993). Su insistencia en combinar salud, educación y servicios sociales fue crítica; su disposición a la participación de los padres, tanto en el aula como en los comités de política administrativa, no tenía precedentes en la política de educación en Estados Unidos; y su enfoque de la relación cliente-profesional como un vehículo para la toma de decisiones compartidas era revolucionario. Los logros y la resistencia política de Head Start han sido bien documentados (Zigler y Muenchow, 1992; Zigler y Valentine, 1979). Los efectos beneficiosos en los niños y familias, y sus comunidades, han sido ensalzados frecuente-

mente (Lazar y Darlington, 1982). Los programas no tienen, sin embargo, resultados significativos positivos en la eliminación del fracaso escolar, en el bienestar, el comportamiento delictivo, o de cualquiera de las demás consecuencias sociales de la pobreza (Vygotski, 1993). Quizás una de las grandes lecciones que el Head Start ha aportado al campo de la intervención temprana infantil es que los programas deben establecer metas y objetivos explícitos y realistas. El legado de la década de los años 60 nos ha enseñado a ser cautos acerca de las promesas que hacemos y ha servido para recordarnos que no hay soluciones mágicas a los problemas sociales complejos.

Aunque gran parte de la energía creativa de la intervención en el siglo XX se dirigió a la guerra contra la pobreza, la década de los años 70 fue testigo de una mayor inversión en las necesidades de los niños con discapacidad.

Apoyados por el gobierno federal, la demostración y divulgación de los proyectos proliferaron a un ritmo rápido (Deweerd, 1981; Martin, 1989). Los fondos, tanto del departamento de educación para las personas con discapacidad como de la sección de salud de la madre y el niño, apoyaron programas pluridisciplinarios de formación en las universidades afiliadas de todo el país y produjeron nuevos cuadros de profesionales para trabajar con niños con discapacidades. El apoyo legislativo a múltiples demandas exitosas de acción colectiva, y una creciente conciencia pública sobre la injusticia de la discriminación contra las personas con discapacidad, caracteriza gran parte del legado de los años 70.

En el año 1985 la ley general de reconciliación del presupuesto fue aprobada por una coalición de fuerzas políticas conservadoras, empeñadas en la reducción de la inversión de recursos federales en programas sociales y en la transferencia de la responsabilidad de estos esfuerzos (así como de la carga financiera correspondiente) a los estados. Consecuentemente, mientras el congreso aprobaba una reducción sustancial en los impuestos federales (junto con los mayores incrementos en los gastos militares jamás registrados en tiempos de paz), muchos programas domésticos empezaron a ser desmantelados y otros sufrieron una disminución significativa en su financiación (Edelman, 1987; Schorr, 1988). La fórmula de donaciones a los estados se consolidaron en subvenciones en bloque, y los créditos globales para los programas sociales se redujeron. Sin embargo, la supervivencia del Head Start y los continuos progresos de los servicios de intervención temprana en niños pequeños con discapacidades fue clara. De este modo, los principios básicos de la intervención temprana para niños vulnerables y sus familias habían logrado apoyo nacional (Schorr, 1988).

El contexto político de los años 90 estuvo envuelto en un duro y polémico debate, polarizado sobre el equilibrio entre la responsabilidad pública y personal de la salud y el bienestar de los niños y las familias. La década también fue testigo del ascenso constante de una política conservadora comprometida con impuestos bajos, gobierno limitado, recortes en los fondos federales para programas de bienestar social, y una dependencia de las soluciones de mercado a las necesidades sociales. Este fue un periodo de prosperidad económica sin precedentes, pero también de crecientes disparidades entre ricos y pobres. Fue una década en la cual los intereses de los niños con discapacidad atrajeron una atención relativamente modesta, y el cuidado de los niños que viven en condiciones de pobreza o extrema necesidad económica se hizo cada vez más tenue; de hecho, la década de los años 90 refleja una paradoja

sorprendente: concretamente, en un momento en el que la economía florecía, los conceptos del desarrollo infantil temprano iban madurando y la literatura a favor de los niños era amplia, los avances en la prestación de servicios y evaluación de programas eran escasos. Finalmente, en marcado contraste con los principios de apoyo a la familia, la década acabó con la promulgación de una ley de Responsabilidad Personal y Oportunidad General de Reconciliación del Trabajo, que terminó con la "ayuda para las familias con hijos a su cargo", abandonando el concepto de asistencia pública para las madres pobres con hijos a su cargo, y pasando de ser un derecho que aseguraba un modesto apoyo financiero a ser una asistencia financiera por un período de tiempo limitado y vinculada a un requisito de trabajo.

Como resultado, se estableció un complejo conjunto de programas de Atención Temprana, tanto preventivo como paliativo, en casi todas las comunidades importantes de EEUU (Guralnick, 1997).

La enmienda a la ley de educación para todos los niños con discapacidad de 1986 (PL99-457) IDEA, fue la más importante legislación promulgada para el desarrollo de los niños pequeños con vulnerabilidad en Estados Unidos. La ley exige "una organización estatal, integral, un programa coordinado y multidisciplinario interinstitucional, de los servicios de intervención temprana para todos los niños con discapacidad y sus familias" (PL99-457, sec. 671). Aunque la ley no tenga unos servicios universales para todos los niños menores de 6 años, ha reforzado las ayudas de los estados dirigidas a los niños de 3-6 años de edad y estableció un programa para proporcionar servicios a los niños desde su nacimiento hasta los 3 años. Aunque se aprobó en el año 1986, la plena aplicación de la ley no se desarrolla hasta principios de



los años 90. Esta ley combina un compromiso permanente nacional con las necesidades de los niños pequeños vulnerables y con el "nuevo federalismo".

Bajo dicha ley, cada estado debe tomar decisiones independientes acerca de la definición del retraso del desarrollo, la elección del servicio para los niños en riesgo de discapacidades del desarrollo, los criterios y métodos a ser utilizados para la evaluación de la familia, y las estrategias necesarias para organizar los recursos. Los estados deben también constituir un consejo de coordinación interagencias y facilitar una transición sin problemas de los niños y las familias de los programas de intervención temprana a los servicios de educación preescolar. Estas tareas requieren de la participación de diversos grupos políticos, académicos, y de los servicios que dan los programas; de esta manera se puede llegar a decisiones con respecto a cómo utilizamos la investigación para informar y defender las decisiones específicas, o cómo se evalúan los impactos de las prácticas estatales existentes.

En los últimos años del siglo XX se reconoció la extraordinaria vulnerabilidad de los niños pequeños con riesgo de presentar problemas en el desarrollo debido a factores ambientales y biológicos, así como de los niños con discapacidades ya establecidas. Pobreza, prematuridad y bajo peso al nacer, familias desestructuradas, abuso y negligencia, exposición prenatal a drogas ilegales o alcohol, continua exposición a sustancias tóxicas durante la primera infancia y peligros que se encuentran en ambientes hostiles constituyen, como es sabido, factores de riesgo que pueden comprometer la salud y el desarrollo de los niños (Guralnick, 1997, Same-roff, Seifer, Barocas, Zax y Greenspan, 1987). La concurrencia de múltiples problemas en niños de riesgo biológico y ambiental o con discapacidades establecidas, ahora bien docu-

mentada, y múltiples factores de riesgo, plantean un desafío cada vez mayor en el campo de la Atención Temprana.

## 2. La Atención Temprana en Europa.

Tanto la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.) como la UNESCO se han mostrado siempre a favor de los derechos de los niños y sus familias desarrollando una serie de leyes a favor de éstos en los que directa o indirectamente se han ido incluyendo la Atención Temprana y el desarrollo de programas y estudios. Algunos ejemplos de estos derechos y normativas serian los siguientes:

- *La maternidad y la niñez tienen derecho a un cuidado y asistencia especiales* (O.N.U. 1948, Artículo 25, p.42).
- *El niño tiene derecho a crecer y desarrollarse con salud, y con este fin se le ofrecerá protección y cuidados especiales tanto a él/ella como a su madre, incluyendo un cuidado adecuado prenatal y postnatal* (O.N.U., 1959, Principio 4).
- *Los estados deberían trabajar para la creación de programas realizados por equipos multidisciplinares de profesionales para la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la minusvalía. Esto podría prevenir, reducir o eliminar los efectos discapacitadores* (O.N.U. 1993, Regla 2, p.1).
- *Deberían desarrollarse y/o reorientarse programas de cuidado y educación de la infancia temprana para niños hasta los seis años de edad para fomentar el desarrollo físico, intelectual y social y la preparación escolar. Estos programas tienen un gran valor económico para el individuo, la familia y la sociedad a la hora de prevenir el dete-*

*rioro de las condiciones discapacitadoras* (UNESCO, 1994, p.53).

- *Los partidos políticos de los Estados reconocen el derecho de los niños discapacitados a un cuidado especial y fomentarán y asegurarán la ampliación de la asistencia solicitada, sujeta a los recursos disponibles, para los niños necesitados y los responsables de su cuidado y que esta sea la adecuada a la situación del niño y las circunstancias de los padres u otros adultos a su cargo* (O.N.U. 1998, Artículo 23, p.2).

El Grupo EURLY AID es un grupo de trabajo de la Comunidad Europea, compuesto por expertos y representantes de las asociaciones de padres, de los distintos estados miembros, que participan en la intervención temprana en niños con discapacidad o en riesgo de padecerla. Están financiados mediante subvención de la CE y actualmente forman parte de la organización no gubernamental ALEFPA-Europa. A través de este grupo, la Asociación Europea de Intervención Temprana elaboró, en Diciembre de 1991, el primer manifiesto para la política futura de la Unión Europea. En él se establece para todos los estados miembros los requerimientos mínimos a los cuales la Atención Temprana debe responder y donde se pone de manifiesto que es esencial que los niños que presentan trastornos en el desarrollo reciban ayuda precozmente.

En primer lugar, el manifiesto da una definición de conceptos clave, se delimita el grupo objetivo y se establece el fundamento y el contenido de la intervención temprana. En segundo lugar, se presentan las condiciones y exigencias necesarias para alcanzar la mejor calidad en la intervención, y acaba con una serie de recomendaciones.

Poco después comenzaron los primeros análisis de la Atención Temprana dentro del marco del programa de acción comunitaria Helios II (1993-1996), promovidos por el consejo de integración social del minusválido junto con los representantes de los gobiernos de los estados miembros del Parlamento Europeo y cuyo objetivo era promover la integración y proporcionar igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad (Decisión 93/136/CEE del Consejo de 25 de Febrero de 1993). Se estudiaron las perspectivas educativas y rehabilitadoras y se dieron a conocer en los siguientes trabajos:

- Guía Europea de Buena Práctica Helios II. “Hacia la Igualdad de Oportunidades de Personas con Discapacidad” (1996). En la guía se recogen las principales consideraciones de los socios de HELIOS II en los 4 años del programa de actividades. Indica la necesidad de dar respuestas organizativas y prestaciones para abordar y satisfacer las necesidades especiales de estos niños y asegurar una intervención precoz.
- Informe del grupo temático 1 de Helios II de 1996 centrado en la Atención Temprana: información, orientación y guía de los padres.

Por otro lado, la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, que es una organización independiente y autónoma establecida por los países miembros de la Unión Europea, así como Islandia, Noruega y Suiza, y que actúa como plataforma de colaboración en relación con el desarrollo de los alumnos con necesidades educativas especiales, realizó un primer estudio sobre la Atención Temprana (2003-2004) en el que se analizaba los aspectos claves de la Atención Temprana de ese momento y lanzaba una lista de recomendaciones a los profesionales de este sector, con la intención de reflexionar, actualizar y mejorar las intervenciones tempranas. Más tarde este documento fue revisado, publicándose los resultados de esta última revisión con el nombre de: “Atención Temprana, Progresos y Desarrollo” (2009-

2010). En este último documento se dan a conocer las últimas tendencias en varios países europeos y se vuelve a realizar una actualización del proyecto anterior; de esta forma, la definición y las recomendaciones anteriores se complementan con los avances y principales cambios basados en la información actual proporcionada por todos los países participantes.

La Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial propone un modelo en el que todos los sectores, sanitario, educativo y social estén directamente implicados e intervengan interrelacionadamente. El tipo de intervención evoluciona desde la centrada en el niño con un modelo médico hacia un enfoque más amplio que tiene en cuenta al niño, su familia y su contexto, siendo éste un modelo más social y ecológico.

Conforme a estos principios, la agencia propuso la siguiente definición:

La Atención Temprana es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecida previa petición, en un determinado momento de la vida del niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para:

- Asegurar y mejorar su evolución personal.
- Reforzar las propias competencias de la familia.
- Fomentar la inclusión social de la familia y del niño.

Existen varios objetivos a reseñar por ser fundamentales para entender la Atención Temprana actual en Europa: disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar y variedad de servicios. A continuación pasaremos a detallarlos.

## 2.1. Disponibilidad.

Se refiere a la necesidad de que la Atención Temprana llegue a todos los niños y niñas que la necesiten, y a sus familias, tan pronto como sea posible, independientemente de la zona en la que vivan; por ello, los países deben hacer esfuerzos para distribuir los recursos de tal manera que todos los que necesiten el apoyo lo obtengan con la misma calidad.

En el informe del 2005 se sugirieron tres recomendaciones para lograr que las intervenciones llegaran a los niños/as y a sus familias tan pronto como lo necesitaran:

- a) Medidas políticas locales, regionales y nacionales que garanticen que la Atención Temprana sea un derecho.

Actualmente, y a pesar de las diferencias de cada país, todas las iniciativas políticas garantizan la Atención Temprana como un derecho de los niños y sus familias. La responsabilidad en el desarrollo de políticas relativas a la Atención Temprana recae total o parcialmente en Sanidad, Asuntos Sociales y Educación, y se considera vital la cooperación y coordinación de las políticas y las prácticas entre los tres sectores y entre los distintos niveles de decisión (local, regional y nacional).

- b) Disponibilidad de información detallada, clara y precisa a nivel local, regional y nacional tan pronto como se requiera, dirigida a las familias y a los profesionales.

En este último informe se constata que las familias reciben la información relativa a los servicios de Atención Temprana a través de los servicios de salud, educativos y sociales,

campañas, conferencias, folletos, internet, etc. Teniendo bastante información de cada sector, solo el informe sueco especifica que sigue habiendo dificultad para las familias pobres, inmigrantes o que habitan en zonas rurales para encontrar información precisa y útil según las necesidades individuales.

- c) Identificación precisa del grupo objeto de atención, para que los políticos decidan en colaboración con los profesionales los criterios de elección para establecer la Atención Temprana.

A partir del año 2010, la tendencia en Europa es que la Atención Temprana atienda las necesidades de los niños de riesgo. El criterio de elección vinculado a discapacidades o condiciones concretas se determina a nivel nacional, regional o local y son los que garantizan el acceso de las familias a los recursos y apoyo adecuado. No obstante, la elaboración de estos criterios sigue siendo un reto, la falta de personal cualificado, o falta de una definición detallada de las necesidades, constituyen una gran diferencia en la oferta de servicios y apoyo entre las distintas regiones de un mismo país.

Es por esto último que los expertos del proyecto al que hacemos referencia destacan que una definición precisa de los criterios de identificación, y el hecho de que los profesionales de los diversos sectores compartan la información de los diferentes servicios, constituye una base eficaz para mejorar la oferta a los niños y a sus familias.

## 2.2. Proximidad.

El proyecto inicial se refiere a que la asistencia esté disponible lo más cerca posible de los usuarios, y que la oferta de estos servicios esté centrada en las necesidades de la familia. Para conseguir estas dos premisas se aconseja:

- a) Descentralización de los servicios y oferta para facilitar un mayor conocimiento del entorno social de la familia y asegurar la igualdad de los servicios independientemente de la zona, así como evitar las duplicidades.

La tendencia generalizada en Europa, según el último informe de la Agencia Europea (2010), antes mencionado, es que los servicios de Atención Temprana estén ubicados tan cerca como sea posible del niño y de su familia, independientemente de que el país tenga un régimen central o descentralizado; no obstante, sigue habiendo diferencias entre áreas urbanas y rurales, suele haber más servicios con más y mejores profesionales en las grandes ciudades, mientras que en las zonas rurales hay escasez de servicios y de profesionales cualificados.

- b) Tener en cuenta las necesidades de las familias y de los niños para que aquéllas estén bien informadas y participen en la toma de decisiones.

Este punto es una de las principales preocupaciones de las medidas políticas en relación con la Atención Temprana, promoviendo programas, directrices nacionales, regionales y locales con el fin de proporcionar a los padres información clara y adecuada tan pronto como sea posible y, sobre todo, tan pronto como se detecte la necesidad, favoreciendo la colaboración y la implicación de los padres en las actuaciones de la Atención Temprana. También se ponen a disposición de los padres cursos de formación. A pesar de ello, las familias tienen



dificultades en encontrar a la persona de contacto adecuada; es por esto y para evitar la excesiva información y opciones ofertadas a los padres, que se han implementado por toda Europa diferentes programas de coordinación que recopilan toda la información y los servicios, con el objetivo de ayudar a los padres a coordinar todas las intervenciones. (En España no contamos con estos programas, aunque sí se coordinan los diferentes servicios que intervienen en las actuaciones que se realizan con la familia).

### 2.3. Asequibilidad.

Por asequibilidad nos referimos a que todos los servicios de Atención Temprana deberían ser gratuitos y asequibles a todas las familias que los necesiten. Estos servicios deben ser costeados por fondos públicos sanitarios, sociales, educativos, ONGs y asociaciones sin ánimo de lucro. Estas opciones pueden coexistir e incluso puede haber otras.

#### a) Financiación de los servicios de Atención Temprana.

En Europa, las medidas e iniciativas políticas van orientadas a que los servicios lleguen a todas las familias que lo necesitan, independientemente de su situación socio-económica. En todos los países participantes en el proyecto de la Agencia Europea en el año 2010 los servicios de Atención Temprana están financiados con fondos públicos y, generalmente, las familias no pagan, o en algunos casos les supone un coste mínimo. También existe un sector privado que oferta estos servicios; algunas familias los eligen porque se supone que son servicios de mayor calidad o con profesionales más cualificados, o a veces por su mayor proximidad al domicilio familiar, o porque no tienen otras opciones.

### 2.4. Trabajo interdisciplinar.

Los profesionales de la Atención Temprana pertenecen a varias disciplinas, formando equipos interdisciplinarios que proporcionan el intercambio de información necesaria para obtener una visión más integrada del niño y de su familia. En el año 2005 se hicieron tres tipos de recomendaciones para conseguir que los servicios de Atención Temprana estuvieran compuestos por equipos multidisciplinares. En el informe del año 2010 podemos ver cómo es la situación actual respecto a estas recomendaciones.

a) Cooperación con las familias.

La idea predominante en Europa es que la mejor manera de lograr servicios rentables, profesionales y centrados en las familias es cooperar con los padres e implicarles en todos los momentos de la planificación y el desarrollo de la atención proporcionada. Los expertos informan de lo importante que es seguir trabajando en esta línea. Para lograr este objetivo serían necesarios más recursos económicos y más tiempo.

b) Enfoque cooperativo.

En estos momentos todos los estamentos políticos europeos reconocen la necesidad de promoción del trabajo interdisciplinar y en equipo entre los distintos sectores, para garantizar una atención de calidad. Un enfoque interdisciplinar supone una confrontación de diferentes puntos de vista para llegar a actuaciones consensuadas, teniendo en cuenta distintas perspectivas.

Actualmente, el presupuesto para mantener reuniones de equipo varía según los países, y dentro de un mismo país la posibilidad de tener estas reuniones es mayor cuanto mayor sean los servicios, aunque la mayoría del trabajo en equipo se realiza por los profesionales en su tiempo libre, por lo que este trabajo interdisciplinar necesita de un mayor reconocimiento para su buena práctica.

c) Estabilidad de los miembros.

Para todo lo anterior es fundamental contar con equipos profesionales estables, ya que los lazos de confianza que se establecen entre las familias y los profesionales son fundamentales para una actuación de calidad. Al mismo tiempo, es importante que se reúnan entre ellos y con las familias con asiduidad, para poder llevar a cabo un trabajo interdisciplinar y que tenga en cuenta todos los contextos del niño y su entorno para poder intervenir con ellos.

## 2.5. Avances y principales cambios en la variedad y la coordinación de los servicios.

La Atención Temprana debería ser abordada desde diferentes servicios. La participación de los servicios sanitarios, sociales y educativos es una realidad en bastantes países, aunque en este punto hay grandes diferencias. En el año 2005 se hicieron dos recomendaciones para garantizar que los sectores sanitarios, educativos y sociales compartieran responsabilidades:

a) Coordinación intersectorial.

Se refiere a una coordinación eficaz entre los distintos sectores que intervienen (salud, educativo y social), y las distintas disciplinas incluidas en la Atención Temprana, para poder

obtener un servicio de calidad. La tendencia actual en Europa es la de fomentar e incrementar mecanismos de coordinación entre sectores con roles y responsabilidades bien definidas y en cooperación con todos los elementos implicados, familias, ONGs, etc. En España, desde las asociaciones tanto de profesionales como de padres se demanda a las instituciones este tipo de coordinación, ya que en cada comunidad es un estamento público el que se encarga de coordinar estos servicios. Así, por ejemplo, en la Comunidad de Murcia es Política Social quien regula y financia la Atención Temprana; en otras es Sanidad, como por ejemplo en Andalucía; y en otras es Educación, como en Castilla y León.

Necesitamos, por tanto, una mayor implicación por parte de las tres instituciones, para coordinar todos los servicios implicados en el niño y la familia que en algún u otro momento dependerán de uno o varios de estos estamentos.

A pesar de que todos tienen clara la importancia de estas coordinaciones, muchos países resaltan la necesidad de designar más recursos, y más esfuerzo en el desarrollo de normativas y en la práctica, para poder desarrollar mejor este trabajo y conseguir una oferta de servicios más eficiente.

La participación de servicios incluidos en Sanidad, Educación y Bienestar Social es una característica común en bastantes países, pero al mismo tiempo también constituye una de las principales diferencias.

Otra dificultad añadida es la del solapamiento de responsabilidades entre los distintos servicios, lo que provoca que en algunos momentos las familias se puedan sentir confundidas y no sepan dónde acudir a solicitar ayuda.

b) Coordinación de la oferta y la continuidad del apoyo.

Coordinar la oferta y la continuidad del apoyo es fundamental para la eficacia en la intervención infantil. Es decir, los padres deben estar informados de todos los recursos existentes y estos recursos estar coordinados con respecto a la situación del niño y su familia, para facilitar el paso o transición de un recurso a otro; por ejemplo, en España cuando el niño comienza su asistencia en el centro escolar, el equipo de orientación psicopedagógica será el encargado de llevar a cabo la transición del centro de Atención Temprana al colegio, sin que se pierda información ni recursos necesarios para el niño y su familia. Es por esta razón por la que los países participantes del proyecto de la Agencia Europea para el desarrollo de la educación del alumnado con necesidades educativas especiales, están promoviendo medidas políticas, iniciativas, programas y actuaciones, en general, que aseguren la continuidad del apoyo en la transición de los diferentes servicios, ya que los expertos han señalado la necesidad de realizar más esfuerzos en este campo para poder asegurar la continuidad de la asistencia cuando un niño cambia de un servicio a otro.

## 2.6. Conclusiones y recomendaciones.

Los autores desarrollan tres prioridades que se concretan en cuatro propuestas. Las prioridades son:

- Se necesita llegar a toda la población, atendiendo a todos los niños, y familias que lo requieran, lo antes posible.
- Se necesita garantizar la calidad e igualdad de estándares en la oferta.
- Se necesita el respeto a los derechos de los niños y de sus familias, creando servicios responsables y centrados en la familia.

Las propuestas se podrían concretar de la siguiente manera:

- A pesar de que se ha adoptado un importante número de leyes y regulaciones, se precisa de más actuaciones para conseguir que la Atención Temprana se implemente de forma efectiva.
- Importancia del papel de los profesionales en todos los niveles, desde cómo se le da la información a la familia hasta programas de formación para desarrollar trabajo en equipo de forma interdisciplinar.
- Algunos informes expresan la necesidad de la figura de un coordinador (esto ya se ha aplicado en algunos países, con buenos resultados).
- Es necesaria una importante mejora en la coordinación intersectorial, con una necesaria cooperación y coordinación entre sectores.

### 3. La Atención Temprana en España.

En España, la Estimulación Precoz, que así es como se denominó en sus comienzos, tardó una década más que en América en llegar, y sus principios se basaron en los hallazgos de las investigaciones realizadas en disciplinas como la Neurología Evolutiva, Psicología del Desarrollo, y además en el movimiento neoconductista americano (Millá y Mulas, 2005).

Según Demetrio Casado (2002), la importante caída de la tasa de natalidad en la década de los 70, redujo la demanda de asistencia obstétrica y pediátrica, al mismo tiempo que el mayor

desarrollo tecnológico propició la elevación de la tasa de nacimientos de niños prematuros o de bajo peso; y esto posibilitó nuevas metas, como la mayor atención a estos niños nacidos con cierta vulnerabilidad o con deficiencias ya establecidas.

El decreto 2531/1970, del 20 de Mayo, que regula el servicio social y de rehabilitación de minusválidos SEREM, es el primero en utilizar la Estimulación Precoz para atender a los minusválidos psíquicos de forma rehabilitadora. Hasta esas fechas los niños con discapacidad recibían atención en los centros de Educación Especial a partir de los 6 años.

Durante estos años, en el área sanitaria también se desarrollan una serie de iniciativas que fueron cruciales para el desarrollo de estos modelos de actuación, como es el caso de los servicios de Neonatología de la Maternidad Santa Cristina de Madrid, la unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de la Clínica Universitaria de Navarra, y el Servicio de Rehabilitación del Hospital Central de la Cruz Roja.

Más tarde, en enero del año 1981, se crearon los primeros Servicios de Estimulación Precoz por una resolución de la dirección General del INSERSO; el modelo con el que se empezó a trabajar era un modelo de intervención integral. Estos dos organismos se vieron en la obligación de organizar cursos, debido a la falta de profesionales especializados en esta materia; y los padres, junto con los nuevos profesionales, fueron los impulsores de la creación de nuevos servicios por todo el país, gracias a las ayudas individuales del INSERSO para recibir tratamiento.

Durante estos momentos, la definición de Estimulación Precoz según el Real Decreto 620/1981 era la siguiente:

Evitar el proceso degenerativo y potenciar el desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales del disminuido a través de las técnicas adecuadas (fisioterapia, psicomotricidad y terapia del lenguaje). Los tratamientos podrán llevarse a cabo en el medio familiar, con la orientación precisa, o en instituciones especializadas.

A medida que el INSERSO fue traspasado a las comunidades autónomas aumentó la heterogeneidad en los servicios, dependiendo su organización y desarrollo de la voluntad de cada Comunidad Autónoma.

La primera comunidad autónoma en establecer un servicio de Estimulación Precoz fue Cataluña, dependiente de Servicios Sociales y que entendía por Estimulación Precoz el conjunto de actividades dirigidas a los niños que presentan trastornos en su desarrollo psicomotriz de cualquier etiología, a fin de que reciban de forma efectiva y continuada todo aquello que puede facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene (1985).

A partir de aquí se empezaron a crear por toda España servicios formados por equipos multidisciplinares que atendieron solo al criterio de sectorización; no había un modelo de intervención único y consensuado, y tampoco la coordinación con otros estamentos implicados en el desarrollo del niño, ni una coordinación institucional. Estos servicios dependían en su



mayor parte de las asociaciones de padres y de las entidades voluntarias que solicitaban las ayudas financieras del SEREM a través de convenios bilaterales.

En esta década de los 80 es cuando empieza a producirse un desarrollo normativo importante:

- Ley de sanidad de 1986 (programas de atención a grupos de mayor riesgo).
- Convención sobre los derechos del niño (1989).
- Ley orgánica 1/1990 de ordenación general del sistema educativo por la que la atención a alumnos con necesidades educativas especiales, se iniciara desde el momento de su detección.
- Real decreto 63/1995 de 20 de enero (programa del niño sano).
- Decret del Departament de Benestar i Família 261/2003, siendo pionera al considerar la Atención Temprana como servicio universal, gratuito, para niños de 0 a 6 años.

A finales de los años 80 se creó el grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA) promovido por el Dr. Arizcum y formado por todos los jefes de servicio o sección de Neonatología del sector público de la Comunidad de Madrid; actualmente sigue con su actividad en varias comunidades y su denominación es GEN (Grupo de Estudios Neonatológicos).

GENISY es otro grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención que comenzó en 1991 con el Dr. José Arizcum y Felipe Retortillo, cuyo objetivo se dirige a los ni-

ños nacidos con riesgo o con patologías específicas de una forma asistencial y con un enfoque interdisciplinar e interprofesional.

Al mismo tiempo se han desarrollado diversas iniciativas por parte de los profesionales, como el grupo PADI (Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil, 1993) formado por funcionarios de las administraciones de salud, educación y servicios sociales junto con técnicos de asociaciones que han elaborado importantes documentos.

El GAT (Grupo de Atención Temprana, 1992) es otro grupo cuyo objetivo inicial fue aglutinar a todos los profesionales del país y elaborar de manera consensuada el Libro Blanco de la Atención Temprana. En este grupo han participado diferentes profesionales (médicos, psicólogos, pedagogos, logopedas, etc.) de las distintas comunidades autónomas y que proceden de sectores como centros de Atención Temprana, Unidades de Rehabilitación de Hospitales, Universidad, Escuelas Infantiles, Unidades de Seguimiento, etc. En 1997 el Real Patronato sobre la discapacidad respalda esta iniciativa prestando apoyo institucional al proyecto.

En el año 2000 se presentó el Libro Blanco de la Atención Temprana en Madrid, probablemente el hito más importante en el desarrollo de la Atención Temprana en España.

Este es el primer documento que unifica criterios terminológicos, conceptuales y sobre todo operativos, intentando superar la descoordinación institucional y siendo referente para las instituciones públicas, profesionales, asociaciones y familias. Es un documento vivo y abierto a las revisiones y enriquecimientos continuos, al tiempo que la Atención Temprana va evolu-

cionando. Prueba de ello es la primera revisión, en 2005, que se publica con el nombre de “Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana”, editado por el Real Patronato sobre Discapacidad.

Tras la publicación del Libro Blanco, el GAT se constituye en Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, fomentando así el asociacionismo de estos profesionales en diferentes comunidades autónomas.

La Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) publica un *Manual de buenas Prácticas* (2001) que también intenta aunar criterios para una Atención Temprana de calidad y eficiente.

En el 2005, además de la revisión al Libro Blanco antes mencionada, se elaboró el *Plan de Acción del CERMI estatal en materia de Atención Temprana a personas con discapacidad*. Este plan trata de revisar el marco normativo, la regulación, las propuestas y organización, entre otros aspectos, de la Atención Temprana, a nivel autonómico, nacional e internacional.

#### 4. Inicios de la Atención Temprana en la Región de Murcia.

La Atención Temprana en la Región de Murcia sigue las mismas pautas que en el resto de España y las primeras iniciativas corren a cargo del servicio de Evaluación y diagnóstico del

ISSORM en 1978. Al mismo tiempo se crea de manera oficiosa el Servicio de Estimulación Precoz del Centro de Bioquímica Clínica de Murcia, que atiende a los niños diagnosticados con cromosomopatías y metabolopatías que hasta entonces debían acudir a la Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de Navarra. El Centro de Bioquímica Clínica de Murcia empezó valorando, dando orientaciones y haciendo un seguimiento de los niños y de sus familias.

También empiezan a surgir iniciativas privadas promovidas por las asociaciones de padres y que cuentan con el apoyo institucional y económico del SEREM. Ejemplo de éstas serían: ASTUS (1970) en Cartagena o ASTRAPACE (1980) para niños paralíticos cerebrales, y ASSIDO (1981) dirigida a niños con síndrome de Down, ambas en Murcia; y AIDEMAR (1982) en San Javier. En el año 1984, a estas iniciativas privadas se unen los municipios y comienza la apertura de nuevos centros municipales, como el de Lorca. Éstos se acogerían a convenios con la comunidad autónoma, al igual que las asociaciones, aportando la parte proporcional de las asociaciones los propios Ayuntamientos y consiguiendo de esta manera una aspiración que se tenía desde el principio: ofertar un servicio completamente gratuito. La sectorización también se tuvo en cuenta y fueron apareciendo centros por toda la geografía de la Región, unos municipales y otros dependientes de asociaciones. Actualmente también existe alguna iniciativa completamente privada y un servicio dependiente de la Universidad de Murcia.

Paralelamente a este desarrollo, el Ministerio de Educación y Ciencia puso en marcha el plan experimental de escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales en escuelas infantiles. De esta manera, muchos niños con discapacidad pudieron escolarizarse en

sus primeros años. En 1986 se crearon los primeros Equipos de Atención Temprana de la Región de Murcia, dependientes de la Consejería de Educación.

El I Congreso Regional de Atención Temprana se celebró en La Manga del Mar Menor en el año 1992, y fue aquí cuando surgió formalmente el Seminario de Atención Temprana de la Región de Murcia, que contó con el apoyo de la Consejería de Servicios Sociales. En el año 1993, y gracias a la ayuda proporcionada por FADEM, se creó la Comisión Regional de Atención Temprana, que sigue funcionando actualmente y en la que están representados todos los servicios y estamentos regionales que se ocupan de la Atención Temprana. Esta comisión ha venido preocupándose desde el principio en desarrollar un modelo unificado y coherente en esta región, de la calidad de las intervenciones así como de las mejoras en la atención al niño y a la familia.

En el año 1996 se constituye legalmente la Asociación de Profesionales de la Atención Temprana de la Región de Murcia (ATEMP). Gracias a los esfuerzos de esta asociación, en el año 1997 se lanzó la “*Revista de Atención Temprana*”, que ha facilitado la difusión de interesantes investigaciones, estudios y trabajos referidos a esta materia, tanto a nivel nacional como internacional. Gracias a la labor de esta asociación, también se inició el Curso de Especialista Universitario en Atención Temprana, que más tarde se convirtió en Máster en Atención Temprana, organizado inicialmente por la Escuela de Práctica Psicológica de la Universidad de Murcia y por la propia Asociación de Profesionales de la Atención Temprana de la Región de Murcia, y después por el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Además, anualmente se organizan las Jornadas Regionales de Atención Temprana de la Re-

gión de Murcia, en las que suelen participar importantes profesionales tanto nacionales como internacionales y que en el año 2011 cumplieron su décimo quinta edición.

Tanto esta Asociación como la Comisión Regional han aportado innumerables documentos teóricos, planes de intervención, mejoras en los programas y en los profesionales de la Atención Temprana, mapas de servicios y coordinación de todos los servicios existentes. Han participado en grupos de trabajo, reuniones científicas e investigaciones de ámbito nacional e internacional y han impulsado la coordinación entre diversas instituciones: Consejería de Educación, Consejería de Sanidad, Consejería de Política Social, Municipios, Asociaciones y Universidad.

Actualmente, ambos estamentos siguen realizando esta importantísima labor, gracias a la cual la Atención Temprana en Murcia ha podido desarrollarse, incrementando sus actuaciones de calidad y adaptándose a los nuevos modelos e investigaciones que han ido surgiendo a lo largo de estos años.

Para terminar, dejaremos constancia de que en muchas comunidades autónomas hubo un desarrollo normativo paralelo al surgimiento de centros y servicios. Pero esto no ocurrió en Murcia, donde a día de hoy seguimos sin un desarrollo legislativo concreto y nuestro marco legal se circunscribe a las siguientes leyes generales:

- Ley 3/1995 de 21 de Marzo, de la infancia de la Región de Murcia.
- Ley 3/2003, 10 de Abril, del sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (BOE 15-12-2006).

En esta comunidad se ha promovido un modelo descentralizado dando prioridad a las intervenciones comunitarias y a la cercanía de los recursos a la familia, así como a la coordinación interdisciplinaria de los servicios (Ponte, 2003).

## 5. Inauguración del centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de Águilas (Murcia).

El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) del Municipio de Águilas abrió sus puertas en Septiembre de 1988 con el nombre de “*Centro de Estimulación Precoz*”, gracias al tesón de un grupo de padres y a la sensibilidad de los políticos que en aquel momento gobernaban.

El principal objetivo era dar respuesta a una serie de demandas realizadas por los padres de niños menores de 6 años afectados por distintas patologías o deficiencias, los cuales debían trasladarse a Lorca (municipio a 36 kilómetros de Águilas y que contaba con un centro de Estimulación Precoz desde 1984) para recibir la atención que precisaban. Con la creación de este centro no solo se dio respuesta a estas demandas sino que, además, empezaron a atenderse otras necesidades que en un principio tampoco estaban cubiertas, como la detección precoz y el tratamiento de niños de alto riesgo biológico y socio ambiental.

En un principio solo eran dos las profesionales de este centro, ambas psicólogas y con el mismo perfil profesional. Cada una hacía las labores de recepción de casos, evaluación y tratamiento, incluyendo logopedia, psicomotricidad y estimulación global. También atendían a las familias proporcionándoles orientación e información acerca del desarrollo de sus hijos y de su patología, y derivaban a especialistas médicos y a Servicios Sociales cuando procedía. Así pues, el trabajo no era en equipo sino más bien individual, aunque había puestas en común para el estudio de los casos. Con el tiempo fue acondicionándose el centro, adquiriendo material especializado, didáctico e informático, y en el año 1990 se contrató a un psicomotricista a jornada completa y a un médico rehabilitador a  $\frac{3}{4}$  partes de jornada. Esta fórmula no era lo que realmente se necesitaba, por lo que en 1997 por fin se contrató a una fisioterapeuta, en sustitución del médico rehabilitador. Más adelante, y viendo la gran demanda de logopedia, se decidió cambiar el perfil del psicomotricista por una logopeda, que fue contratada en el año 2000 a media jornada.

En el año 1988 la población de Águilas era de 23.853 habitantes (datos del INE, 2012) y el Centro abrió sus puertas atendiendo a veintidós niños con dos psicólogas. En el año 2000, la población aumentó a 27.559, se atendió a ochenta niños y el equipo profesional seguía constituido por dos psicólogas más una fisioterapeuta a jornada completa; ese mismo año se incorporó una logopeda a media jornada. En el año 2010, con una población de 34.900 habitantes, el número de niños atendidos en el centro fue de 158. Los profesionales que formaban el equipo eran cuatro a jornada completa: dos psicólogas, una fisioterapeuta y una logopeda, quedando el equipo tal y como se encuentra configurado en la actualidad. A pesar de que el número de niños atendidos ha aumentado, por cuestiones de presupuesto el centro no ha po-



dido incrementar, a lo largo de estos años, sus recursos humanos al mismo ritmo que ha aumentado la demanda.

Actualmente, el centro responde a los principios de gratuidad, sectorización y universalidad expuestos en el libro blanco; su equipo es multiprofesional, con una dinámica interdisciplinar, con recursos limitados y, como todos los de la Región, carente de coordinación interinstitucional y de una legislación específica.

*CAPÍTULO III*

*EL LIBRO BLANCO Y LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO  
DE LA ATENCIÓN TEMPRANA*



## 1. Libro Blanco de Atención Temprana: antes y después.

Como hemos podido comprobar en los capítulos anteriores, desde que se iniciaron las primeras experiencias de Estimulación Precoz hasta los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana actuales se ha producido un gran desarrollo, tanto a nivel científico y experimental como a nivel social.

La primera infancia pasa a ser una fase sensible y fundamental para el desarrollo personal, ejerciendo una gran influencia en toda la vida de la persona. Esta realidad plantea a la sociedad una nueva exigencia, relacionada con la necesidad de que ésta aporte los mecanismos de protección necesarios para asegurar la salud integral de los niños y la protección con respecto a todos los factores de riesgo existentes. De esta forma se potencia una evolución en la sensibilidad social e institucional con respecto a esta disciplina.

En un principio, cuando hablábamos de Estimulación Precoz nos referíamos a los programas de intervención con niños que presentan problemas en su desarrollo (era un servicio puntual para niños con discapacidad), que consistían en tratamientos educativos o terapéuticos diseñados para mejorar alteraciones y deficiencias ya existentes.

En consecuencia, las actuaciones estaban centradas en el niño y sus objetivos eran proporcionar actividades adecuadas a los menores con problemas en el desarrollo, para conseguir mejorar su evolución en las distintas áreas: motora, cognitiva, social y adaptativa.

La relación con los padres se limitaba a ofrecerles consejos y orientaciones, siempre circunscritas al desarrollo de las capacidades del niño.

Tal y como hemos visto en un capítulo anterior, con la aparición de los modelos ecológico y transaccional, surge una nueva perspectiva y un cambio de paradigma (Peterander, 2000). Se empieza a considerar el desarrollo del niño como el resultado de la interacción de la biología y la sociedad, como un proceso dinámico e interactivo entre la persona y los contextos, basado en interacciones bidireccionales entre cuidador y niño; y sobre todo entre padres e hijos, teniendo en cuenta el intercambio continuo que se da en los dos participantes cuando interactúan uno con otro.

De esta forma, la Atención Temprana pasa a ser un conjunto de intervenciones, dirigidas no solo al niño sino también a su familia y a su entorno. En este sentido se incluye la prevención, tanto primaria, secundaria como terciaria, ya que el tratamiento se dirige no solo a los niños que presentan algún trastorno sino que se incluye también a los niños de alto riesgo, tanto biológico como social. Los Centros de Atención Temprana pasan a denominarse Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), y se convierten así en una parte esencial del sistema de protección social a la infancia, ampliando la población atendida, gracias a los diferentes niveles de prevención.

Al aumentar la complejidad en los modelos terapéuticos y la población objeto de intervención se hace necesario un equipo de profesionales interdisciplinar o transdisciplinar que,

además del diagnóstico y del tratamiento, incluyan en sus competencias la detección, información, orientación y apoyo familiar, así como la coordinación con diferentes servicios implicados en la atención a los menores (Servicios Sanitarios, Educativos y Sociales); en otras palabras, se evoluciona de un concepto de niño compartimentado al global actual, de un modelo rehabilitador a otro psicoeducativo, en el que se contempla la globalidad del niño y se incorporan todos los contextos que lo rodean y sobre todo a su familia; de un conjunto de profesionales que intervenían de forma independiente y centrada solo en el menor y su discapacidad, a un equipo de profesionales multidisciplinar pero con una importante coordinación entre todos ellos (interdisciplinariedad) para poder dar respuesta al menor, a su familia y a los diferentes contextos, así como a la prevención en sus distintos niveles.

En la actualidad, esta disciplina ha dejado de estar dirigida a un número restringido de usuarios para intentar beneficiar a toda la población infantil de 0 a 6 años; al mismo tiempo, han aumentado los requisitos y los recursos necesarios para que las intervenciones sean de calidad y efectivas. Estos nuevos criterios son los que se desarrollan en el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) aunando todos los avances producidos hasta ahora en esta materia.

Más tarde, en el año 2005, se revisa, completa y actualiza el Libro Blanco mediante un documento denominado “Recomendaciones Técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana” por el mismo grupo de profesionales (GAT), intentando que todos los avances surgidos en las investigaciones científicas y en la Atención Temprana reviertan no solo en los niños con discapacidad sino en toda la población infantil.

En estas recomendaciones se insta a las instituciones, y también a la sociedad (entre otras muchas recomendaciones), a aproximar los servicios de Atención Temprana a la comunidad, como un modelo de calidad que hay que incorporar a las prácticas de los futuros padres y a la formación de los profesionales que trabajan con niños.

## 2. El libro Blanco y las Recomendaciones Técnicas.

La publicación del *Libro blanco de la Atención Temprana* en Madrid, el 16 de Junio del año 2000, significó un punto de inflexión en el desarrollo de esta disciplina en España. El Grupo de Atención Temprana (GAT) estaba formado, como ya hemos señalado, por una comisión de especialistas de las diferentes comunidades autónomas; esta comisión contó con el respaldo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías (denominado actualmente Real Patronato sobre Discapacidad), así como con el apoyo de la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Retraso Mental (FEAPS) y de la fundación ONCE, entre otras entidades. Juntos elaboraron un referente normativo que abordaba toda la problemática de este sector y se sentaron las bases organizativas a nivel nacional. Este libro ha servido de referencia a las administraciones públicas, profesionales, asociaciones y familias; desde él se ha intentado superar la descoordinación institucional y las deficiencias organizativas. Además, ha influido en el mapa de recursos existente, armonizando las diferencias territoriales y los modelos de funcionamiento, intentando establecer una sectorización estatal que aproveche los centros ya existentes y amplíe éstos a los lugares en los que aún no cuentan con ellos, con el fin de llegar a toda la población que necesita este tipo de acciones preventivas y asistenciales. También desde estas páginas se le pide a las administraciones autonómicas que hagan un esfuerzo para incrementar la eficacia en la planifi-

cación, la racionalización de la gestión y la financiación, identificando las carencias y asumiendo facilitar recursos para garantizar la gratuidad, sectorización y universalidad de estos servicios en cada autonomía. “Los fondos destinados a financiar los centros de Atención Temprana son insuficientes y urge un incremento de las dotaciones económicas que nos homologue con las partidas presupuestarias que dedican a este fin los países de nuestro entorno europeo” (GAT, 2000, p. 8).

Los niños con problemas en su desarrollo están amparados por la Declaración de los Derechos del Niño (ONU Doc. A/4354, 1959)

“Principio 5. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular”.

La Constitución Española también pone en manos de los poderes públicos la responsabilidad de garantizar los derechos y la igualdad de todos los españoles. En los artículos 27 y 49 se contemplan las políticas de integración y atención especializada para las personas que la necesiten debido a sus minusvalías físicas, sensoriales o psíquicas. No obstante, estas normativas son escasas y poco específicas. Ateniéndonos a los últimos avances científicos, como por ejemplo los trabajos de Guralnick (1997) donde nos demuestra que la Atención Temprana presenta una gran rentabilidad a largo plazo, por su eficacia, su carácter preventivo y repercusión directa en la calidad de vida presente y futura de la población atendida, hemos pasado de cuestionar la efectividad de la Atención Temprana, a poner el punto de mira en la mejora y optimización de los recursos, consiguiendo intervenciones de mayor calidad. Ha llegado el momento de desarrollar normativas más específicas que las anteriores, y que aseguren el desarrollo y la defensa de estos derechos en cada comunidad; sin olvidar la necesidad de te-



ner en cuenta los avances científicos, a los profesionales y a las entidades y asociaciones que, en general, trabajan en Atención Temprana para mejorar los modelos actuales.

Corresponde, tras este largo recorrido, definir los derechos y deberes de los usuarios de estos centros, establecer el perfil de los estándares organizativos y funcionales, optimizar los recursos, contrastar modelos, investigar, potenciar la prevención e introducir mejoras significativas en el tratamiento de la población infantil que lo requiera (GAT, 2000, p. 11).

Como ya hemos destacado, en el año 2005 se publican *las Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*, debido a la existencia de imprecisiones con respecto a los principios de la Atención Temprana que se deben tener en cuenta en el desarrollo normativo de las distintas Comunidades Autónomas y en la legislación estatal, lo que producía desigualdades comparativas en la acción, las prestaciones, los recursos (tanto humanos como materiales) y su distribución territorial, y exigía la necesidad (ya manifestada en el Libro Blanco) de establecer unos principios de calidad comunes para la Atención Temprana.

Los autores de las “Recomendaciones Técnicas” destacan la necesidad de impulsar una Red Estatal de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para que puedan ser gratuitos y universales, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y sectorizados. Estos servicios pueden ser institucionales, públicos, concertados o privados, y deben ser estructuras estables, flexibles y autónomas.

Los centros deberían contar con estructuras de apoyo que se ocupen de promover la acreditación, formación continua, coordinación, evaluación y supervisión, estimulando la innova-

ción y la mejora continua. Deben ser autónomos, no dependientes de otros servicios sectoriales. Los centros dependientes de asociaciones específicas o de otros servicios sectoriales deberían abrir, con las ayudas correspondientes, su ámbito de actuación e integrarse en las redes de centros. También sería conveniente que los servicios privados fueran concertados por la Administración Pública, para que estuvieran dentro de la red y siguieran el mismo modelo y características de funcionamiento que el resto de servicios.

Es importante no olvidar la implantación e informatización de procedimientos formalizados, bases de datos y sistemas homologados de codificación diagnóstica (e.g. ODAT, 2004, 2012).

Las “Recomendaciones Técnicas” van más allá de especificar la estructura, funciones y organización de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana: también desarrolla otros ámbitos de actuación que implican no solo a los servicios de Atención Temprana, sino también a otras unidades y servicios del municipio y destaca la necesidad de un desarrollo legislativo que aporte los recursos económicos y materiales necesarios para poder desarrollarlos.

A continuación desarrollaremos los conceptos y principios fundamentales de la Atención Temprana actual, siguiendo las definiciones del Libro Blanco y sobre todo las Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana.

### 3. Definición y conceptos de Atención Temprana:

#### Libro Blanco de la Atención Temprana y Recomendaciones Técnicas.

La definición que propone el Libro Blanco, y la más extendida y utilizada en nuestro país, desde su publicación es la siguiente:

“Se entiende por Atención Temprana 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 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 o transdisciplinar”. (GAT, 2000. p. 13).

Con esta definición se intenta resumir los principios básicos que se derivan de los últimos avances metodológicos, así como los objetivos principales a los que intenta dar respuesta la Atención Temprana. Estos mismos objetivos son los que más adelante especificaremos como fundamentales para la consecución de la calidad en Atención Temprana.

Con referencia a la población a la que van dirigidos los tratamientos, se considera que los 0-6 años es la edad más adecuada para realizar estas intervenciones y que existe una necesidad de empezar lo antes posible, justificado ambos principios por la gran plasticidad cerebral presente en esta época de la vida del niño. Asimismo se da importancia tanto al niño como a la familia y su entorno, ya que, como hemos comentado al explicar el modelo ecológico, hemos de tener en cuenta tanto las características biológicas como las del ambiente en que se

desarrolla el niño, para poder influir en su maduración; de esta forma también se tiene en cuenta la globalidad del menor.

Cuando la definición habla de dificultades transitorias y permanentes, y trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlo, se está abriendo el abanico de intervención a una amplia población, pudiéndose incluir de esta manera tres tipos de prevención que más adelante explicaremos.

Se tiene en cuenta la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad del equipo, reconociendo que la complejidad de las intervenciones requiere de un equipo más amplio, con profesionales de distintas disciplinas bien coordinados, que compartan los diferentes puntos de vista y con un único objetivo común: dar respuesta al niño y a su familia.

A continuación haremos un breve repaso de los conceptos clave que se dan a conocer en el Libro Blanco y que fueron ratificados en las Recomendaciones Técnicas y que, a su vez, constituyen los fundamentos de la Atención Temprana actual.

Se defiende que el desarrollo infantil está estrechamente ligado al proceso de maduración del sistema nervioso y a la organización emocional y mental; por tanto, el desarrollo se entiende como un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio, entre los factores genéticos y ambientales.

Se parte de la idea de que la primera infancia es una etapa de gran plasticidad cerebral que posibilita una gran capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, con inmensas posibilidades para el desarrollo infantil, pues a medida que el niño madura ocurre un proceso de diferenciación cerebral que resulta del crecimiento y desarrollo en sí mismo, pero también como producto de la estimulación y de la puesta en marcha de los procesos de aprendizaje. Así pues, la evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida del momento en que se inicien los tratamientos de Atención Temprana. Los retrasos y disarmonías serán menores cuanto menor sea el tiempo de exposición del niño a la privación de estímulos, siendo de vital importancia la implicación familiar, que le proporcionará un medio afectivo y emocional sano, necesario para la eficacia de las intervenciones.

Para los autores del Libro Blanco, el riesgo biológico lo sufren los niños que durante el período pre, peri o posnatal, o en su primera infancia, han padecido situaciones que pueden comprometer su desarrollo madurativo, tales como la prematuridad, bajo peso, anoxia al nacer, etc.

Los niños que se encuentran en situación de riesgo psicosocial son aquellos que viven situaciones sociales de gran vulnerabilidad, como desestructuración, maltrato, negligencias, abusos, pobreza, etc.

El término globalidad del niño se refiere a que la Atención Temprana debe considerar al menor en todas sus dimensiones, teniendo en cuenta aspectos intrapersonales como los biológicos, psicosociales y educativos propios de cada niño, y aspectos interpersonales como los

relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social; siguiendo, en este sentido, las premisas del modelo ecológico.

Otro concepto abordado en estos documentos es el que alude a las peculiaridades del grupo de profesionales y a las relaciones que se deben establecer entre ellos. Nos referimos, en concreto, al equipo interdisciplinar. Se entiende que este tipo de equipo debería estar formado por profesionales de distintas disciplinas, con conocimientos en los distintos campos que se abordan; en concreto, cada profesional desarrolla las tareas que le son específicas en sus respectivas áreas pero compartiendo y coordinando la información con los demás. De esta manera, cada intervención complementa los objetivos de las otras disciplinas, se toman decisiones en grupo y se establecen objetivos comunes y un programa de intervención compartido. Se establece que debería haber un coordinador que posibilite el intercambio de información; este modo de actuación conlleva la influencia mutua entre los diferentes profesionales que conforman el equipo. Este equipo tendrá una visión más completa del niño y de su familia, consiguiendo intervenciones más complejas y eficaces. Este equipo también tendrá siempre en cuenta la globalidad del niño y deberá compartir un mismo espacio, tiempo y objetivos.

En relación con lo anterior, se plantea otra modalidad de grupo de trabajo: el equipo transdisciplinar. En este tipo de equipo destaca un modo de organización en el que cada uno de sus componentes incorpora conocimientos de otras disciplinas relacionadas y los utiliza en su práctica, de manera que un solo profesional del equipo y la familia asume la atención directa del niño, y planifica objetivos y actuaciones contando con el asesoramiento del resto del equipo.

#### 4. Principios básicos.

En el Libro Blanco se contemplan una serie de principios básicos en torno a los que se debería articular la Atención Temprana.

En primer lugar se alude a que la Atención Temprana debe ser un servicio gratuito y universal para todos los niños que presentan una discapacidad, para aquellos otros que estén en riesgo de padecerla, para los niños que tienen alguna necesidad o dificultad evolutiva en sus primeros años, y para las familias que por algún motivo no puedan proporcionar a sus hijos los niveles de estimulación que garanticen un desarrollo armónico y equilibrado.

La integración familiar, escolar y social es fundamental en los tratamientos de Atención Temprana, y siempre debe pasar por la familia, buscando su participación activa y coherente en la intervención de su hijo.

Se propone un modelo de intervención centrado en la familia, ya que se considera a ésta como contexto básico. Las rutinas diarias constituyen la mayor fuente de experiencias y oportunidades para el desarrollo del niño, por lo que es fundamental la capacidad de la familia a la hora de enfrentarse a las exigencias educativas derivadas de las necesidades especiales de sus hijos (Giné, Gràcia, García-Díe, Vilaseca, 2006).

La coordinación entre las distintas instituciones implicadas: Sanidad, Educación y Bienestar Social, es fundamental para la detección y eficacia de los tratamientos de Atención Tem-

prana. Estas entidades deben coordinarse para compartir información y de esta manera conseguir unas actuaciones que contemplen la globalidad del niño.

Asimismo, se subraya la descentralización, que alude a la necesidad de que exista un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia. En este sentido, se incluye a la Atención Temprana dentro de las redes de atención primaria de salud, de los servicios sociales, de las escuelas infantiles y colegios, etc. Organizar el acceso a servicios más especializados de la región y, sobre todo, el objetivo fundamental, debe ser el respeto a la vida cotidiana de la familia y la promoción de la calidad de vida.

Con la sectorización nos referimos a que los servicios de Atención Temprana deben estar lo más cerca posible de la población a la que van dirigidos. Conseguir este recurso debe ser rápido y fácil, evitando cualquier tipo de discriminación. Las administraciones, por tanto, deberán asegurar el suficiente número de servicios, así como su distribución equitativa a lo largo de la geografía nacional.

La población a la que van dirigidos estos servicios son los menores y sus familias, abarcando desde el momento de la concepción hasta los 6 años. Desde la concepción, debido a que los cambios surgidos en nuestra sociedad, como el aumento de gestaciones cada vez más inmaduras o de riesgo (prematuridad, partos múltiples), avances en los diagnósticos prenatales, etc., han aumentado el número creciente de incidencias que pueden alterar los procesos de vinculación parental. Las intervenciones con esta población tendrían como objetivo la infor-



mación y orientación de las familias, proporcionándoles programas de atención social y apoyo psicológico.

El límite de edad de los 6 años se justifica por el hecho de que el período de 0 a 6 años es una etapa en la que el sistema nervioso se encuentra en una fase de maduración y de importante plasticidad; esto hace que los niños a esas edades sean más vulnerables frente a condiciones adversas del medio o situaciones de deprivación estimular, poniendo en peligro el desarrollo armónico posterior. Esta plasticidad también proporciona al sistema nervioso una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que va decreciendo con la edad; de ahí la importancia de empezar lo antes posible y dentro de este período de la vida.

## 5. Objetivos de la Atención Temprana.

El Libro Blanco también establece los objetivos a los que se debe dirigir la Atención Temprana. Y apunta como objetivo principal:

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 (GAT, 2000, p.17).

Todas las intervenciones de Atención Temprana deben ir encaminadas a la reducción de los efectos de una deficiencia o déficit, a optimizar el curso del desarrollo del niño, a introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y de adaptación a necesidades específicas, y a evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados, producidos por un trastorno o situación de alto riesgo. Todo ello considerando al niño, a su familia y a su entorno como una globalidad, y sin olvidar que la eficacia de estas intervenciones en Atención Temprana dependen del grado de coordinación entre los diferentes servicios presentes tanto a nivel local, nacional como internacional (Giné et al., 2006).

## 6. Niveles de Intervención en Atención Temprana.

Tanto en el Libro Blanco como en las Recomendaciones Técnicas se divide la prevención en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria, dependiendo de la forma de colaboración con las instituciones que están trabajando por la salud, educación y bienestar social del menor y sus familias.

### 6.1. Prevención Primaria.

Este tipo de prevención intenta “evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil” (LBAT, 2000, p.21); va orientada a la protección de la salud y promueve el bienestar del niño y de su familia.

Dentro de este nivel se incluyen los siguientes servicios competentes:

- Los Servicios de Salud. Incluirían, por ejemplo, los programas de planificación familiar y de atención a la mujer embarazada; los de salud materno- infantil; los servicios de pediatría en Atención Primaria, que abarcan a toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 18 años con las revisiones y controles regulares del niño sano, los programas de vacunación y de detección de metabopatías, los programas de seguimiento de niños con alto riesgo biológico; o los servicios de Salud Mental fomentando la salud mental en general y reduciendo la exposición de los niños a situaciones de privación psico-social, etc.

- Con respecto a los Servicios Sociales, nos servirían de ejemplo sus programas de prevención de riesgo social y de maltrato, o las actuaciones enfocadas a la protección familiar, o a colectivos de riesgo como pobreza, madres adolescentes, drogadicción, etc. Todos estos servicios realizan una labor muy importante con las familias, lo que les hace especialmente valiosos para esta prevención debido a la importancia de la familia en el bienestar y desarrollo del niño.

- Gracias a los Servicios Educativos se puede ofrecer un entorno estable y estimulante a determinada población infantil que sufre privación ambiental, o posibilitar el acceso a la información y a la cultura general de un amplio espectro de población; de esta manera, se apoya al niño y a su familia, y se ejerce una labor de prevención de los trastornos en el desarrollo de la población infantil.

- Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana también podrían desarrollar labores de prevención primaria en las intervenciones que llevan a cabo con niños afectados de patologías permanentes, intentando evitar la aparición de patologías secundarias a las ya presentes. Además, prestan colaboración en campañas de información o formación de la población con referencia a aspectos del desarrollo infantil. Siendo responsabilidad de la Atención Temprana identificar y señalar, ante las instituciones sociales, los puntos básicos para la elaboración de normativas para la prevención y promoción del desarrollo infantil.

## 6.2. Prevención Secundaria.

Con prevención secundaria nos referimos al conjunto de actuaciones dirigidas a la detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de las situaciones de riesgo.

La Atención Temprana tiene un papel fundamental en esta detección precoz de los trastornos del desarrollo, ya que este servicio nos va a permitir iniciar todas las actuaciones lo antes posible, justo cuando la plasticidad del sistema nervioso es mayor y, gracias a este hecho, todas las intervenciones terapéuticas van a tener mayor eficacia, pudiéndose prevenir patologías añadidas o secundarias a su trastorno, mejorando la funcionalidad y la adaptación entre el niño y su entorno, y ofertando e informando a las familias de estos niños de todos los recursos disponibles en la comunidad.

Esta detección es un objetivo primordial a trabajar en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Y algo muy útil para conseguir este objetivo son los denominados signos de alarma, que nos pueden ayudar a detectar precozmente algunos trastornos infantiles.

Otro objetivo importante dentro de este apartado preventivo sería la lucha contra muchos impedimentos o creencias, sobre todo a nivel emocional y cognitivo, como tendencias banalizadoras o reduccionistas, desconocimiento, olvido, temor, resistencia a la intervención o falta de programas específicos para prevenir situaciones de riesgo; en este sentido, aún existe un porcentaje de población que recibe la intervención más tarde de lo que hubiera sido deseable.

Para analizar la detección precoz de los trastornos y de las situaciones de riesgo, partiremos de las diferentes etapas del desarrollo (prenatal, perinatal y postnatal) y de los servicios gracias a los cuales podremos acceder a la población en esas etapas y realizar esta detección secundaria.

#### 6.2.1. Etapa Prenatal.

La atención a las embarazadas sería el punto de partida de toda prevención, siendo los servicios de obstetricia los más implicados en este aspecto, proporcionando apoyo, información y orientación a las futuras madres. Se podrán detectar alteraciones que pueden conducir a trastornos del desarrollo y discapacidades, como características del feto o de la madre que van asociadas a alteraciones en el desarrollo, condiciones de riesgo biológico o social, etc. Y, según el caso, se podrá derivar y coordinar con servicios más especializados que aportaran las ayudas sanitarias, sociales y psicológicas que se precisen. Los Centros de Desarrollo Infantil

y Atención Temprana aportan a los padres información y apoyo psicológico, preservando el vínculo madre-hijo, y ayudando en los procesos de aceptación del problema por parte de la familia.

### 6.2.2. Etapa Perinatal.

Es en los servicios de Neonatología donde se lleva a cabo la prevención en esta etapa con niños de alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo. Cuando los niños deben permanecer en las unidades neonatales por algún tiempo, se añaden factores de riesgo de carácter ambiental y psicoafectivo a los que ya sufre el neonato, tales como exceso de ruido ambiental, luz, inmovilización, carencia de contacto con los padres, condiciones de hipo o hiperestimulación asociadas a la necesidad de cuidados especiales, etc.

Durante este período suele ser difícil predecir la evolución del niño, pero sí se puede establecer la condición de riesgo del menor y la necesidad de un seguimiento evolutivo por parte de especialistas. Cuando se manifiesta el trastorno del desarrollo en el niño, se deberán utilizar las medidas terapéuticas necesarias según la situación de éste, siendo fundamental su asistencia al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana más cercano a la familia.

### 6.2.3. Etapa postnatal.

La mayoría de los niños con problemas graves en su desarrollo tienen antecedentes de patologías pre o perinatales, y han sido derivados a programas de seguimiento específicos para su problema. A este seguimiento sanitario se une también el que se lleva a cabo los Centros de Atención Temprana.

Una gran proporción de niños que presentan problemas de grado medio o leve en su desarrollo no tienen antecedentes perinatales, por lo que su detección se realiza sobre todo a través del programa de control del niño sano, por parte de su pediatra. Por esto es muy importante el seguimiento evolutivo de la población infantil, ya que nos ayudará a realizar una detección temprana de los trastornos del desarrollo con el consecuente beneficio que ello conlleva a la población afectada.

En el primer año de vida se pueden diagnosticar trastornos graves, como formas severas y medias de parálisis cerebral, retraso mental y déficits sensoriales a través de los servicios sanitarios.

En el segundo año de vida se pueden empezar a detectar las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores y los incluidos en el espectro autista. En esta época muchos niños ya asisten a la escuela infantil, y es aquí donde se exteriorizan los primeros problemas de aprendizaje, habilidades motoras, socialización y lenguaje, así como situaciones de riesgo social, etc.

Entre los dos y los cuatro años de edad se ponen de manifiesto, sobre todo, los retrasos del lenguaje, trastornos motrices menores y problemas conductuales.

A partir de los cinco años, los trastornos de desarrollo ya son evidentes en la escuela, debido a los retrasos escolares que se producen.

Asimismo, el entorno familiar es fundamental en la detección. Por esta razón se requiere dedicar mayor atención e información dirigida a los padres, así como mayor tiempo de dedicación por parte del pediatra a la hora de valorar el desarrollo de los niños y poder atender las demandas de la familia. Los especialistas sanitarios también tienen un papel relevante, ya que son ellos los que detectan muchos problemas cuando les llegan menores con determinada sintomatología y son ellos los que derivan a estos niños a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o Centros Hospitalarios para el diagnóstico e inicio de la intervención terapéutica.

Los Servicios Sociales realizan una importante labor de detección de factores de riesgo social, al estar en contacto con familias en situaciones deprimidas.

Es prioritaria la coordinación de todos estos servicios para que la detección se realice lo antes posible y los niños puedan recibir los cuidados e intervenciones necesarias desde los



servicios competentes, como, por ejemplo, las intervenciones terapéuticas en los Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, con la mayor celeridad posible.

Después de la detección, el segundo pilar de esta prevención secundaria es el diagnóstico. Éste nos permite conocer las causas y el proceso del mismo, sus repercusiones en el niño y el inicio de las medidas necesarias para una adecuada intervención. Estos diagnósticos deben considerar distintos ámbitos y niveles; ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, estudiando la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psicoafectiva y condiciones del entorno en general. Es por ello que el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debe integrar los diferentes diagnósticos parciales, identificando los principales y los secundarios; y para conseguirlo es necesaria la participación de profesionales de diferentes ámbitos, como médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, etc. Existen tres niveles diferentes de diagnóstico: funcional, sindrómico y etiológico.

El diagnóstico funcional nos da la información básica para comprender la problemática del niño, teniendo en cuenta la interacción familiar, su entorno, y sus capacidades y posibilidades de desarrollarlas.

El diagnóstico sindrómico es el que nos va dar la entidad patológica determinada, y nos va a orientar la búsqueda para conseguir hacer un buen diagnóstico etiológico.

Por su parte, el diagnóstico etiológico es el que nos informa sobre las causas biológicas o psico-sociales, para discriminar la clase de trastorno funcional o síndrome que padece el niño. A la hora de establecer la etiología tendremos en cuenta la multifactorialidad del trastorno,

considerando todos los aspectos que pueden influir en ella, biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general.

Los diagnósticos etiológico y sindrómico nos permiten recabar información que resulta de gran utilidad en el tratamiento; el diagnóstico funcional, sin embargo, constituye la base de la planificación terapéutica.

Todos los diagnósticos, dada la edad de la población objeto de actuación, requieren de un seguimiento evolutivo para poder confirmar o modificar las hipótesis iniciales.

Para la Atención Temprana es fundamental la transmisión de la información diagnóstica a los padres, tanto de una situación de riesgo como de un trastorno del desarrollo ya establecido. Hay que cuidar la forma en que se lleva a cabo esta transmisión y la información misma que se ofrece, teniendo en cuenta que las familias pasarán por un proceso de duelo hasta llegar a la aceptación del problema, y que ésta es la primera transición importante en la familia, que va a posibilitar la mejor comprensión del problema y va a ayudar a las familias a desarrollar competencias y capacidades para poder adaptar su entorno a las necesidades y características físicas, mentales y sociales del niño.

### 6.3. Prevención Terciaria.

La prevención terciaria hace referencia a todas las actividades dirigidas al niño y a 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” (GAT, 2000. P, 36).

Esta intervención siempre debe iniciarse desde el mismo momento en el que se detecta el problema en el desarrollo (incluso en la misma unidad de neonatología, si se ha detectado ahí el problema). Se deben considerar las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos de desarrollo y sus procesos evolutivos, así como sus posibilidades.

La familia debe conocer y comprender el problema de su hijo, tanto sus capacidades como sus limitaciones, para poder adecuar el entorno del niño a sus necesidades y de esta manera conseguir el bienestar y la integración social de éste, actuando como agente potenciador del desarrollo de su hijo.

La intervención debe ser planificada, individualizada, secuencial, sistemática y global e interdisciplinar, teniendo en cuenta también las necesidades de los demás miembros de la familia, así como sus recursos.

Esta prevención terciaria incluye las intervenciones terapéuticas, psicoeducativas, familiares y del entorno que se llevan a cabo en los Centros de desarrollo infantil y Atención Temprana.

## 7. Implicaciones de la Familia.

Como ya hemos señalado anteriormente, para la Atención Temprana la familia como unidad o sistema de apoyo social es tan importante como el propio niño. La familia es el primer entorno natural del recién nacido y cuenta con un componente interactivo muy importante, ya que no solo se desarrolla y madura el niño en su seno sino que los padres también experimentan profundos cambios. Por tanto, y según De Linares y Rodríguez (2004), el marco conceptual actual de la Atención Temprana se fundamenta en una serie de modelos centrados en la familia. Estos modelos son; sistémico, ecológico, transaccional y el evolutivo-educativo.

La teoría de los sistemas familiares se centra en concebir a la familia como un sistema de apoyo, dando importancia al contexto de vida familiar en el desarrollo de los individuos. Son importantes las influencias mutuas de las conductas de los diferentes miembros de la familia, sobre todo las interacciones entre la pareja, entre padres e hijos y entre los hermanos. Las intervenciones resaltarán la fortaleza y los recursos de cada familia, aumentando sus sentimientos de capacidad e implicando a sus miembros en los procesos de planificación.

El enfoque ecológico defendido por Bronfenbrenner (1989) redonda en la idea de que el desarrollo del niño resulta de la interacción de lo biológico y lo social (De Linares y Rodríguez, 2004). Es por esto que la estimulación del niño debe realizarse en su entorno natural, debido a que sus cuidadores son los que hacen posible su desarrollo gracias a las interacciones con él. Se propone un modelo de colaboración padres-profesionales: los padres no deben ser meros receptores, con un papel secundario, sino que deben ser participantes activos y proveedores de información (Turnbull, 1999). Aspectos como las necesidades y estilos familiares, o las redes de apoyo social de los padres, son tenidos en cuenta para mejorar las interrelaciones familiares.

De la misma manera, es importante fomentar la participación del niño en las actividades habituales propias de la comunidad donde vive y de su entorno escolar, así como la integración de las familias y sus hijos en las redes informales y los servicios disponibles en su ámbito social. Guralnick (1997) destaca la importancia de las redes sociales para reducir el estrés y aislamiento que con frecuencia sufren estas familias. Como afirman Sameroff y Fiese (1990; 2000) en el modelo transaccional, el desarrollo depende de la compleja interacción del niño y el ambiente, de la combinación del niño y su experiencia, entendiendo las experiencias como el producto de las interacciones continuas y dinámicas del niño, su familia y su contexto social.

La importancia del modelo evolutivo-educativo, según De Linares y Rodríguez (2004), radica en su aportación de elementos valiosos para la intervención familiar. Las características más influyentes de una familia están relacionadas con la motivación, los sentimientos y las metas que se han propuesto, dependiendo las pautas educativas que utilizan los padres de sus propias ideologías y proyecto vital.

Siguiendo los ya mencionados modelos, la intervención familiar debe considerar a ésta como un todo, conocer todos los contextos implicados, así como la disposición de redes de apoyo social de que disponen, la reciprocidad de las relaciones tanto de la familia con el niño y viceversa, y la importancia de los conocimientos de los progenitores y el vínculo de apego establecido con el niño.

La Atención Temprana ha sido pionera en contemplar las necesidades globales de la familia, manteniendo el respeto a sus opiniones e idiosincrasia. Es por esto que uno de sus objetivos más importantes es proporcionar a ésta los apoyos necesarios para que pueda ejercer las funciones parentales de manera adaptada y funcional, potenciando sus propios recursos, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas y fomentando la participación de forma activa en la vida educativa, laboral y comunitaria. Esto ha originado un gran cambio tanto en la estructura como en la organización y funcionamiento de los centros de Atención Temprana, ya que para dar respuesta a todas las necesidades familiares, se necesita mayor coordinación entre servicios e instituciones y equipos más complejos con un funcionamiento interdisciplinar y transaccional.

## 8. Criterios de Calidad en Atención Temprana.

Tanto el Libro Blanco como las Recomendaciones Técnicas resaltan la necesidad de plantearnos no solo las intervenciones que se llevan a cabo en Atención Temprana sino dar un salto cualitativo hacia la calidad de todas estas intervenciones, teniendo en cuenta los cambios producidos en el modelo de Atención Temprana de estos últimos años (LBAT, 2000).

De esta forma, basaríamos la calidad de la Atención Temprana en los siguientes principios:

Estrategias de mejora para los profesionales, familias y niños de los centros y servicios.

Análisis y comprensión de las necesidades de las familias y sus hijos.

Gestión eficaz de los recursos humanos y materiales.

Mejora de los procesos a través del trabajo en equipo.

Evaluar esta calidad estudiando los indicadores de satisfacción y los resultados de las intervenciones.

La consecución de la calidad tiene que ver con la elaboración de un plan en el que se concreten todas las estrategias a seguir, definiendo los objetivos y las acciones para su consecución. Los profesionales deben implicarse en una mejora continua de su trabajo y responsabilidades, y llevar a cabo este trabajo en equipo para poder abarcar toda la complejidad actual de los nuevos modelos de actuación. Es necesario que las administraciones aporten los recursos mínimos para poder abordar intervenciones de calidad, y que todas las administraciones implicadas (Sanidad, Educación y Servicios Sociales) se coordinen y actúen conjuntamente, dando respuesta a las familias y a los niños en toda su globalidad (Recomendaciones Técnicas, 2005).

Dentro de los principios básicos anteriormente desarrollados, podemos destacar como fundamentales para la consecución de la calidad los siguientes:

Edad de la población infantil: de 0 a 6 años.

Intervenciones dirigidas al niño, a la familia y al entorno.

Carácter global de la intervención, considerando tanto los aspectos intrapersonales como los interpersonales.

El equipo de profesionales tendrá un enfoque interdisciplinar o transdisciplinar.

Incorporar la vertiente preventiva en todos sus niveles.

Respetar el ritmo madurativo de los niños.

Dar importancia a todos los aspectos lúdicos, funcionales y relacionales de las intervenciones.

Y, por último, la coordinación tanto de los profesionales que intervienen con el niño y su familia como de las administraciones implicadas, Sanidad, Educación y Servicios Sociales (Milla et al. 2004).

El futuro de la Atención Temprana en España gira en torno a la consecución de garantizar la financiación por parte de las instituciones, que asegure la gratuidad y cercanía de estos recursos a la población, así como una estabilidad profesional que dé continuidad a las intervenciones, pudiendo de esta manera centrar todos los esfuerzos en el alcance de la calidad de los servicios.





## SEGUNDA PARTE

### ASPECTOS METODOLÓGICOS



## CAPÍTULO IV

### DESARROLLO DEL ESTUDIO



## Planteamiento del problema.

Como ya hemos señalado en los capítulos anteriores, la Atención Temprana en España empezó a desarrollarse en la década de los años 70 del siglo XX. A lo largo de estos años hemos podido observar cómo esta disciplina ha ido evolucionando junto con la sociedad y con los avances científicos, experimentando una serie de cambios conceptuales y metodológicos que han influido directamente en el modo de trabajar de los profesionales de la Atención Temprana actual y que, probablemente, influirán en los de un futuro próximo.

Creemos que esta re-conceptualización de la Atención Temprana, así como los cambios en la organización y el funcionamiento de los propios centros que se han ido sucediendo durante estos años, es debida, al menos en parte y en nuestro país, a la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana en el año 2000. Consideramos que esta publicación constituye el punto de inflexión a partir del cual se han empezado a constatar los cambios teóricos y metodológicos comentados. En este sentido, nuestro interés, al desarrollar esta tesis doctoral, se dirige a conocer si ha existido algún tipo de evolución en la población atendida y objeto de estudio, así como en los modelos de intervención aplicados a ella desde la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana. Consideramos que esta revisión es necesaria para poder continuar elaborando estrategias de mejora en la intervención y atención de los niños y de sus familias, así como para el desarrollo de políticas sanitarias, educativas y sociales implicadas en la Atención Temprana. Además, también creemos que la descripción y el análisis de estos avances pueden ser relevantes para aportar conclusiones que puedan mejorar el futuro de esta disciplina.

## 1. Objetivos Generales.

Los objetivos generales en torno a los cuales se organiza el presente trabajo son:

1. Describir y analizar las características de la población atendida y del tipo de intervención utilizada en un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, antes y después de la publicación del Libro Blanco de Atención Temprana (en adelante, LBAT).
2. Explicar los cambios observados en las características de población atendida y en las intervenciones utilizadas, teniendo en cuenta los modelos teóricos de la Atención Temprana antes y después de la publicación del LBAT.

### 2.1. Objetivos Específicos.

Estos dos objetivos generales se pueden concretar en ocho objetivos específicos, todos ellos referidos al periodo anterior y posterior a la publicación del LBAT:

1. Analizar la evolución de la variable “edad de ingreso”, en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, de la población infantil atendida.
2. Comprobar si han existido cambios en las variables socio-demográficas de las familias atendidas.
3. Valorar la evolución del tiempo de permanencia en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
4. Valorar los cambios en las patologías atendidas en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
5. Describir y valorar el tipo de intervención familiar implementada.
6. Analizar los tipos de tratamiento recibidos por la población infantil.

7. Conocer las variaciones en las fuentes de derivación (sanitaria, educativa, social y familiar) de la población infantil atendida.
8. Analizar los cambios en la escolarización de la población infantil que ha sido atendida en el CDIAT.

### 3. Método.

Teniendo en cuenta la finalidad de nuestro estudio, hemos llevado a cabo para nuestra investigación un diseño descriptivo correlacional, que nos permitirá responder a cada uno de los objetivos planteados. Esta investigación no pretende tener un valor explicativo sino identificar y conocer qué variables o conceptos se relacionan entre sí y de qué manera se desarrollan dichas relaciones, teniendo en cuenta dos momentos temporales: antes y después de la publicación del LBAT, ya que este documento es considerado por los profesionales de la Atención Temprana el marco de referencia en cuanto a las actuaciones que se están llevando a cabo en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

#### 3.1 Participantes.

En este estudio ha participado la población de niños y familias atendidos en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana del Ayuntamiento de Águilas (Murcia) en los años comprendidos entre 1990 y 2010. Hemos utilizado este período de tiempo, diez años antes y diez años después de la publicación del LBAT, con el fin de poder valorar las posibles repercusiones que haya tenido, sobre los distintos ámbitos de la Atención Temprana, la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana en el año 2000.



Así pues, para valorar los objetivos de nuestro trabajo hemos incluido en la investigación a la totalidad de las familias asistentes al CDIAT de Águilas entre los años 1990 y 2010, dividiéndolo para su análisis en dos periodos de tiempo: del año 1990 hasta el año 2000, que fue cuando se publicó el LBAT, y desde esta fecha hasta el año 2010.

Se excluyeron de la muestra a treinta familias que realizaron alguna consulta, normalmente derivadas por el pediatra y que, por no recibir tratamientos ni servicio alguno por parte del CDIAT, no reunían las condiciones para ser incluidas.

En definitiva, el número de participantes en este estudio ha sido de 660 niños y sus familias, que han sido dados de alta y baja en este centro durante los años señalados; de ellos, 442 eran niños (67%) y 218 niñas (33%), de edades comprendidas entre los 0 y los 6 años, que presentaban algún tipo de trastorno en su desarrollo o que tenían algún riesgo de padecerlo (véase tabla 1).

En cuanto a la distribución de los niños que fueron atendidos antes y después del año 2000, destacar que 344 fueron atendidos en la primera década (de ellos, el 68,6% eran niños y el 31,4% niñas) y 316 en la segunda década (de los cuales, el 65,2% niños y el 34,8 % niñas) (véase tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de la distribución de los participantes en función del sexo y de antes o después del LBAT.

	LBAT		Totales
	Antes	Después	
Niño	236	206	442
	68,6%	65,2%	67,0%
Niña	108	110	218
	31,4%	34,8%	33,0%
Total	344	316	660
	100%	100%	100%

### 3.2. Datos Sociodemográficos.

El Municipio de Águilas está situado en el extremo sur de la Región de Murcia, a unos 103 kms. de la capital. Ocupa una extensión de 253,7 kms<sup>2</sup> y dispone de 28 kms. de costa mediterránea.

Según datos proporcionados por el Instituto Español de Estadística (INE, 2012), en el año 1988 la población era de 23.853 habitantes, de los cuales 11.951 eran mujeres y 11.902 hombres.

En el año 2000 la población aumentó a 27.559 habitantes, de ellos 13.719 hombres y 13.840 mujeres.

En el año 2010 la población aumentó a 34.900 habitantes, con 17.587 hombres y 17.313 mujeres. Estas cifras convierten al Municipio de Águilas en el noveno municipio en población de la Región de Murcia. En la tabla 2 se muestra la evolución demográfica del Municipio.

Tabla 2. Evolución demográfica del Municipio de Águilas según el Instituto Español de Estadística (INE, 2012).

Año	<u>1857</u>	<u>1887</u>	<u>1900</u>	<u>1910</u>	<u>1920</u>	<u>1930</u>	
Población	8.449	10.042	15.868	15.967	17.078	15.745	
Año	<u>1940</u>	<u>1950</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>	<u>1981</u>	<u>1991</u>	<u>1996</u>
Población	15.166	15.225	16.250	17.389	20.595	24.610	25.702
Año	<u>2001</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	
Población	28.226	32.450	33.134	34.101	34.533	34.900	

Continuando con los datos ofrecidos por el INE en el 2012, el 12,44% de la población de Águilas era extranjera, principalmente de procedencia latinoamericana.

En cuanto al nivel de estudios de la población, los datos más antiguos que hemos podido recabar corresponden al año 1998 y se distribuyen de la forma siguiente: el 59,7% de la población tenía un nivel de estudios de Graduado Escolar o Estudios Primarios, mientras que el 10,21% de la población eran analfabetos, el 9,76% tenía el título de Bachiller, y solo el

3,57% de la población había cursado estudios superiores. La última estadística nacional con referencia al nivel de estudios hecha en el año 2009 indica un 2,32% de analfabetos, 20,22% con estudios primarios, 45,21% con estudios secundarios y un 23,38% con estudios superiores (véase tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los porcentajes del nivel de estudios de la población de Águilas en los años 1998 y 2009.

Años	Analfabetos	Primarios	Secundarios	Superiores
1998	10,21%	59,7%	9,76%	3,57%
2009	2,32%	20,22%	45,21%	23,38%

Hoy en día, la economía de la localidad está basada principalmente en la agricultura, con plantas de clasificación, almacenaje y distribución tanto del producto como de las infraestructuras necesarias; y en el turismo veraniego de segunda residencia. Otros sectores económicos, aunque minoritarios, son: construcción, talleres ferroviarios, acuicultura, hostelería, comercio, pesca y astilleros (barcos de pesca).

### 3.3. Instrumentos y Procedimiento.

Desde enero del año 2011 hasta diciembre del año 2012 se ha recogido toda la información necesaria para responder a cada uno de nuestros objetivos. Recopilamos datos concretos

sobre cada una de las variables objeto de estudio, partiendo del análisis de los expedientes de la población atendida en el CDIAT. Los datos recogidos en ellos se fueron organizando en la base de datos que elaboramos a tal efecto.

A continuación procedemos a detallar las variables analizadas:

1. Datos personales y familiares:
  - Edad de los padres, madres y de niños/as.
  - Nivel cultural de los progenitores.
  - Número de hermanos.

2. Fecha de ingreso y de salida del centro.

3. Patologías:

La clasificación que hemos utilizado surgió de un consenso por parte de la Comisión Regional de Atención Temprana en el año 2005, Se utiliza para recabar los datos anuales de los usuarios de los CDIAT de la Región y poder transferirlos a la Comunidad Autónoma a efectos de justificar la subvención recibida por la CARM anualmente. En consecuencia, hemos agrupado las patologías en las siguientes categorías:

- Alteración Psicomotora (son alteraciones leves o pequeños desajustes en el desarrollo psicomotor del niño).
- Retrasos Psicomotores (se refiere a retrasos más importantes y permanentes en el desarrollo madurativo del niño).
- Déficit Sensorial (donde están incluidos todos los déficits sensoriales, como pérdidas auditivas o visuales de cualquier grado).
- Alteración Cognitiva (retrasos leves referidos a las áreas cognitivas).
- Retraso Cognitivo (incluye un déficit intelectual de mayor o menor grado).

- Trastorno del Espectro Autista.
- Alteración por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Problemas de Comportamiento (son problemas que no llegan a constituir un trastorno por sí mismos, pero que interfieren en el desarrollo y los aprendizajes del niño, como es el caso de la conducta agresiva, el negativismo y/o conducta desafiante, etc.).
- Alteración del Lenguaje (todos los retrasos y problemas del habla).
- Alteración de la Comunicación (se refiere más al ámbito relacional y emocional, como es el caso de niños demasiado tímidos o sin habilidades sociales que no están dentro del espectro autista).
- Alteración Afectivo / Emocional (como, por ejemplo, celopatías o trastornos del vínculo afectivo).
- Síndromes de diferentes características.
- Encefalopatías.
- Riesgo Biológico / prematuridad, bajo peso, etc.
- Riesgo Social / malos tratos, ambiente deprimido, etc.
- Otros / retrasos escolares, dificultades, etc.

4. Fuente de Derivación:

- Familia.
- Educación.
- Sanidad.
- Servicios Sociales.

5. Tiempo de permanencia en el centro.

6. Escolarización al ingreso en el CDIAT:

- Guardería o Ludotecas: Incluimos en esta categoría a aquellos centros que carecen de recursos personales y de materiales suficientes para desarrollar un proyecto educativo.
- Escuela Infantil.
- Colegio Público Ordinario.
- Colegio Concertado.

7. Escolarización al alta en el CDIAT:

- Guardería.
- Escuela Infantil.
- Colegio Público Ordinario.
- Colegio Concertado.
- Colegio de Educación Especial.

8. Reconocimiento de minusvalía: Sí / No

9. Revisión diagnóstica: Sí / No (se refiere a los cambios habidos en el diagnóstico inicial por el que fue atendido el niño).

10. Tipo de intervención familiar:

- Programa de Intervención (nos referimos a un conjunto de intervenciones con la familia, que incluye conceptos de diversos modelos como el sistémico, el ecológico, transaccional o el evolutivo educativo; de esta manera se asume que la familia es un todo organizado con sus propios patrones de conducta, que necesitamos analizar y conocer para poder fomentar sus propios recursos, teniendo en cuenta los diferentes contextos que la rodean y la importancia de la reciprocidad en las relaciones).
- Programa de Orientación (Nos referimos a las orientaciones y pautas específicas encaminadas a mejorar el problema concreto del niño).

Para la recogida de datos hemos utilizado y revisado los expedientes de cada uno de los 660 niños que asistieron al CDIAT en el período de tiempo antes mencionado. Cada uno de estos expedientes consta de la siguiente información:

- Anamnesis realizadas en las primeras visitas de las familias al centro durante las dos décadas que abarca el estudio (Anexo 1).
- Informes médicos que aportaban las familias.
- Informes de las evaluaciones psicológicas realizadas al niño (Anexo 2).
- Programas de intervención implementados.
- Diagnósticos.
- Observaciones y, en general, cualquier documentación que se considerara relevante para la intervención del niño y su familia y que formaba parte del expediente del niño.

### 3.4 Análisis estadísticos.

Los análisis estadísticos se han realizado utilizando el paquete estadístico informático SPSS para Windows versión 15.0.

Se han empleado los siguientes: estadísticos descriptivos como frecuencias, medias y desviación típica; tablas de contingencia y pruebas de Chi-cuadrado; pruebas de diferencias de medias t de Student para muestras independientes, estadísticos  $\delta$  de Cohen para calcular la medida del tamaño del efecto para dos grupos independientes, corrección de Bonferroni y pruebas no paramétricas de análisis binomial.



#### 4. Resultados.

Para comprobar el primer objetivo específico de nuestro estudio “*Analizar la evolución de la variable edad de ingreso, en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, de la población infantil atendida, antes y después del LBAT*”, se realizó una prueba de diferencias de medias t Student para muestras independientes y se calculó el estadístico  $\delta$  de Cohen (véase tabla 4 y 5).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos: media y desviación típica para la variable edad de ingreso de los niños en el CDIAT antes y después del LBAT.

Edad en Meses	N	Media	Desviación Típica.
Antes LBAT	344	40,98	18,67
Después LBAT	316	31,08	19,89

Tabla 5. Prueba de diferencia de medias t de Student para muestras independientes, estadístico  $\delta$  para el tamaño del efecto de la variable edad de los niños al ingreso (expresada en meses).

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia medias	$\delta$
Edad	6,58	65	,00	9,91	0,51

*No se han asumido varianzas iguales*

Tal y como podemos observar, la media de edad de ingreso de los niños en la primera década fue de 40,98 meses, descendiendo a 31,08 meses en la segunda década. Estos resultados son altamente significativos desde el punto de vista estadístico y presenta una relevancia clínica moderada. Podemos observar, por tanto, que a partir de la publicación del LBAT los niños eran detectados y atendidos a edades más tempranas.

Con respecto al segundo objetivo, “*comprobar si han existido modificaciones de las variables sociodemográficas de las familias atendidas antes y después del LBAT*”, calculamos los estadísticos descriptivos (media y desviación típica), realizamos una prueba de diferencias de medias t Student para muestras independientes y el estadístico  $\delta$  de Cohen para las variables cuantitativas de la edad de los padres y las madres (véase tabla 6 y tabla 7).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos: media y desviación típica para la variable edad de los padres y de las madres (expresada en años) y número de hermanos al ingreso en el CDIAT.

	LBAT	N	Media	Desviación Típica
Edad del padre en años	Antes	340	33,52	6,36
	Después	308	34,09	6,25
Edad de la madre en años	Antes	344	30,52	6,02
	Después	316	31,04	5,73
Número de Hermanos	Antes	344	1,34	1,28
	Después	316	1,00	1,35

Tabla 7. Prueba de diferencia de medias para muestras independientes *t* de Student y estadístico  $\delta$  de Cohen para las variables edad del padre y de la madre (expresada en años) y número de hermanos al ingreso del CDIAT.

	<i>t</i>	gl	Sig. bilateral	Diferencia de medias	$\delta$
*Edad del padre	-1,15	646	,253	-,57	-0,09
*Edad de la madre	-1,14	658	,26	-,53	-0,08
**Hermanos	3,30	646,2	,01	,34	0,25

\* *Se asumen varianzas iguales.*

\*\* *No se han asumido varianzas iguales.*

Como podemos apreciar en las tablas anteriores la edad media del grupo de padres aumentó de 33,52 años en la primera década a 34,09 años en la segunda década. En cuanto a la edad media de la madre también se observa un ligero aumento, en concreto de 30,52 años antes del LBAT a 31,04 después del LBAT, aunque estos datos no presentan relevancia clínica.

En relación con el número de hermanos, la tendencia observada adquiere una trayectoria descendente, de modo que antes del LBAT la media estaba situada en 1,34, y después de la publicación del LBAT la media del número de hermanos se redujo a 1,0 y este dato tiene una significación estadística.

Si nos centramos en la distribución de frecuencias y porcentajes del número de hermanos correspondiente a las dos décadas que se reflejan en las tablas siguientes:

Tabla 8. Número de hermanos antes del LBAT.

Nº hermanos	Frecuencia	Porcentaje
,00	94	27,3
1,00	131	38,1
2,00	68	19,8
3,00	24	7,0
4,00	17	4,9
5,00	8	2,3
6,00	1	,3
7,00	1	,3
Total	344	100,0

Tabla 9. Número de hermanos después del Libro Blanco.

Nº hermanos	Frecuencia	Porcentaje
,00	120	38,0
1,00	139	44,0
2,00	27	8,5
3,00	15	4,7
4,00	9	2,8
5,00	4	1,3
8,00	1	,3
14,00	1	,3
Total	316	100,0

Se puede observar que en la década de los años 90 hasta el año 2000 (antes de la publicación del Libro Blanco) las frecuencias predominantes del número de hijos por familia eran, mayoritariamente: hijo único (27,3%), dos hijos (38,1%) y tres hijos (19,8%), mientras que en la década siguiente a la publicación del Libro Blanco los porcentajes cambiaron, de modo

que el 38% de las familias tenían hijos únicos y el 44% dos hijos, disminuyendo significativamente el resto de categorías.

Otra de las variables sociodemográficas analizadas en este segundo objetivo ha sido el nivel de estudios de los padres. En relación a esta variable, la población fue clasificada teniendo en cuenta diferentes categorías: en la categoría “sin estudios” se incluían personas analfabetas, en la categoría “estudios primarios” nos referimos a las personas que están alfabetizadas, en la categoría “EGB” figuran aquellos padres que han finalizado sus estudios primarios, en la categoría “estudios secundarios” se han incluido personas que han logrado las titulaciones de Bachiller y/o FP, y por último en la categoría “universitarios” se incluyeron aquellas personas que habían obtenido estudios superiores (diplomaturas y/o licenciaturas).

Esta variable fue analizada mediante una tabla de contingencia para constatar los cambios producidos y se efectuó la prueba de Chi Cuadrado, para los padres (véase tabla 10 y 11) y para las madres (véase tabla 12).

Los resultados indican que los niveles de estudios tanto de los padres como de las madres, en la última década, han sufrido cambios destacables, observándose una mejora en los mismos.

Tabla 10. Tabla de contingencia para nivel educativo de los padres. Décadas: 1990 y 2000.

		ANTES LBAT	DESPUÉS LBAT	Total
Nivel educativo del padre	sin estudios	22	0	22
		6,5%	,0%	3,4%
	estudios primarios	181	92	273
		53,2%	29,9%	42,1%
	EGB	84	134	218
		24,7%	43,5%	33,6%
	estudios secundarios	40	56	96
		11,8%	18,2%	14,8%
	estudios universitarios	13	26	39
		3,8%	8,4%	6,0%
Total	340	308	648	
	100%	100%	100%	

Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado, nivel educativo de los padres.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,07(a)	4	,00
Razón de verosimilitudes	77,14	4	,00
Asociación lineal por lineal	48,55	1	,00
N de casos válidos	648		

*a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,46.*

Analizando los datos de las tablas anteriores, la prueba chi cuadrado nos indica que existen diferencias significativas en cuanto al nivel de estudios de los padres; concretamente, en la década de los años 90 los padres sin estudios eran el 6,5%, con estudios primarios el

53,2%, EGB el 24,7%, secundarios un 11,8%, y universitarios solo el 3,8%. En la segunda década, entre los años 2000 y 2010, los porcentajes son los siguientes: sin estudios 0 %, con estudios primarios 29,9%, EGB 43,5%, secundarios 18,2%, y universitarios 8,4%.

A continuación presentamos los resultados correspondientes a la variable nivel educativo de las madres. Al igual que con los padres, los resultados hallados también son significativos desde el punto de vista estadístico: ( $\chi^2 = 62,08$ ,  $p = 0,00$ ).

Tabla 12. Tabla de contingencia para nivel educativo de las madres. Décadas: 1990 y 2000.

		ANTES LBAT	DESPUÉS LBAT	Total
Nivel educativo de la madre		1,00	2,00	1,00
	sin estudios	19	2	21
		5,5%	,6%	3,2%
	estudios primarios	180	91	271
		52,3%	28,8%	41,1%
	EGB	106	143	249
		30,8%	45,3%	37,7%
	estudios secundarios	24	55	79
		7,0%	17,4%	12,0%
	estudios universitarios	15	25	40
	4,4%	7,9%	6,1%	
Total	344	316	660	
	100%	100%	100%	

Con respecto al nivel de estudios de las madres, los resultados que se muestran en la tabla 12 indican que:

En la primera década, el porcentaje de las madres sin estudios era del 5,5%, con estudios primarios del 52,3%, el porcentaje que había realizado estudios de EGB era de 30,8%, secundarios el 7%, y universitarios el 4,4%.

En la segunda década, el porcentaje de madres sin estudios disminuyó al 0,6%, con estudios primarios 28,8%, aumentando en las siguientes categorías: EGB 45,3%, los estudios secundarios 17,4%, y los universitarios de 7,9%.

Con referencia a los porcentajes totales de estudios de las madres en los veinte años analizados, los resultados son los siguientes: hay un 3,2% de madres sin estudios, con estudios primarios un 41,1%, EGB 37,7%, secundarios 12%, y que hayan terminado los estudios universitarios encontramos un 6,1% de madres.

Estos resultados concuerdan con la tendencia que se puede observar en la tabla 3, presentada en el apartado precedente, referida a los datos generales de los estudios de la población de Águilas del INE. Según estos datos, se produce una mejora en el nivel de estudios de la población general y una reducción en el número de personas que carecen de estudios.

Para comprobar nuestro tercer objetivo: *“valorar la evolución del tiempo de permanencia en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana antes y después del LBAT”*, de los niños y sus familias; hemos calculado los estadísticos descriptivos, una prueba de diferencias



de medias t de Student para muestras independientes y el estadístico  $\delta$  de Cohen (véanse tablas 13 y 14).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos. Tiempo de permanencia de los niños en el centro (expresado en meses).

LBAT	N	Media	Desviación Típica
Antes	344	15,55	17,46
Después	316	19,51	14,01

Tabla 14. Prueba t de Student para muestras independientes y el estadístico  $\delta$  de Cohen de la variable tiempo de permanencia del niño en el centro (expresado en meses).

	t	gl	Sig bilateral	Diferencias $\delta$ medias
Tiempo permanencia	-3,23	646,5	,01	0,25

*No se han asumido Varianzas.*

Los resultados ofrecidos en la tabla 14 indican que se ha producido un aumento medio de cuatro meses en el tiempo de permanencia en el CDIAT, lo que es significativo desde el punto de vista estadístico y tiene una relevancia clínica baja. Estos resultados corroboran los obtenidos en el objetivo ocho, donde se observa que los niños eran escolarizados en la última década con menor edad.

Para comprobar el cuarto de los objetivos de nuestro estudio, “*valorar los cambios en las patologías atendidas en el CDIAT, antes y después del LBAT*”, hemos calculado una Tabla de Contingencia y la prueba Chi Cuadrado (véanse tablas 15 y 16, y gráfico 1).

Tabla 15. Tabla de contingencia para las frecuencias y porcentajes de las Patologías atendidas antes y después del LBAT.

LBAT	Antes	Después	Total
Alteración psicomotora	17 4,9%	25 7,9%	42 6,4%
Retraso psicomotor	10 2,9%	20 6,3%	30 4,5%
Déficit sensorial	7 2,0%	8 2,5%	15 2,3%
Alteración cognitiva	2 ,6%	3 ,9%	5 ,8%
Retraso cognitivo	16 4,7%	17 5,4%	33 5,0%
TGD/TEA	5 1,5%	3 ,9%	8 1,2%
Alteración por déficit de atención	18 5,2%	27 8,5%	45 6,8%
Problemas de comportamiento	45 13,1%	23 7,3%	68 10,3%
Alteración del lenguaje	152 44,2%	101 32,0%	253 38,3%
Alteración de la comunicación	5 1,5%	4 1,3%	9 1,4%
Alteración afectivo/emocional	6 1,7%	2 ,6%	8 1,2%
Síndromes	30	10	40

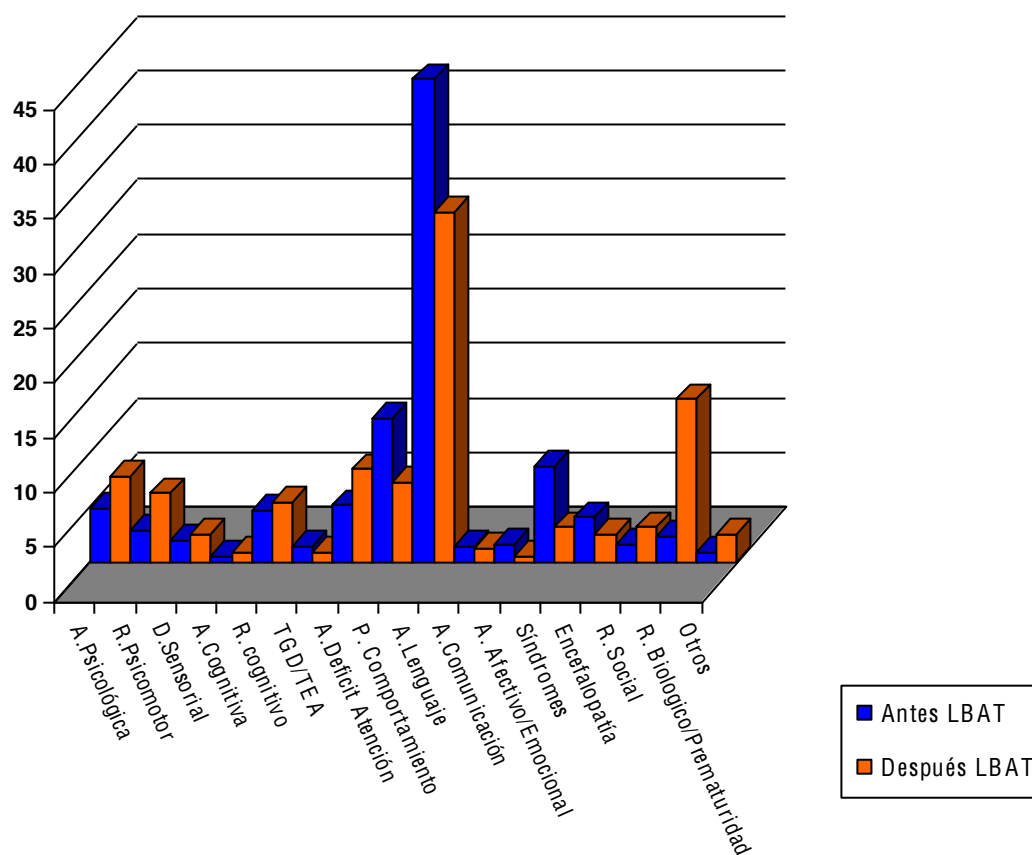
	8,7%	3,2%	6,1%
Encefalopatía	14	8	22
	4,1%	2,5%	3,3%
Riesgo social	6	10	16
	1,7%	3,2%	2,4%
Riesgo biológico/Prematuridad	8	47	55
	2,3%	14,9%	8,3%
Otros/Retraso escolar	3	8	11
	,9%	2,5%	1,7%
Total	344	316	660
	100%	100%	100%

Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado para la variable tipo de patología de los niños atendidos en el CDIAT, antes y después del LBAT.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	69,59(a)	15	,00
Razón de verosimilitudes	73,44	15	,00
Asociación lineal por lineal	1,20	1	,28
Nº de casos válidos	660		

*a 6 casillas (18,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,39.*

GRAFICA N°1 Porcentajes de patologías atendidas en el CDIAT antes y después del LBAT.



Como se puede observar en los resultados, existen diferencias significativas en la distribución de las patologías atendidas antes y después del LBAT. No obstante, para apreciar mejor estas diferencias consideramos oportuno hacer una agrupación de las categorías teniendo en cuenta el criterio del área del desarrollo que se encuentra predominantemente afectada, y posteriormente calcular pruebas no paramétricas de análisis binomial; ya que estas pruebas nos van a permitir averiguar si nuestras variables dicotómicas siguen o no un modelo teórico de probabilidad y su significación.

Específicamente, la agrupación consistió en incluir dentro de una misma categoría los casos atendidos de alteración motora con retraso psicomotor; en otra, las alteraciones cognitivas con los retrasos cognitivos; en una tercera categoría los problemas de comportamiento con las alteraciones de índole afectivo-emocional; y en la última categoría las alteraciones del lenguaje junto con las alteraciones de la comunicación. Las frecuencias y porcentajes de esta nueva agrupación, así como la prueba Chi-cuadrado, aparecen en las tablas 18 y 19, respectivamente. En esos resultados podemos observar de nuevo diferencias estadísticamente significativas, y para poder conocer en qué casos se producen estas diferencias efectuamos pruebas no paramétricas de análisis binomial, considerando, tras la corrección de Bonferroni, como valor indicativo de diferencias estadísticamente significativas 0,004 (véanse tablas 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 así como las gráficas 2, 3, 4).

Tabla 17. Resumen del procesamiento de los casos.

Agrupación Patologías antes y después del LBAT	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
	660	100,0%	0	,0%	660	100,0%

Tabla 18. Tabla de contingencia para las frecuencias y porcentajes de la agrupación de patologías atendidas antes y después del LBAT.

		Antes LBAT	Después LBAT	
Agrupación de patologías				1,00
Alteración psicomotora	Recuento	27	45	72
	% de Agrupación patologías	37,5%	62,5%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	7,8%	14,2%	10,9%
Déficit sensorial	Recuento	7	8	15
	% de Agrupación Patologías	46,7%	53,3%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	2,0%	2,5%	2,3%
Alteración cognitiva	Recuento	18	20	38
	% de Agrupación Patologías	47,4%	52,6%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	5,2%	6,3%	5,8%
TGD/TEA	Recuento	5	3	8
	% de Agrupación Patologías	62,5%	37,5%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	1,5%	,9%	1,2%
Alteración por déficit de atención	Recuento	18	27	45
	% de Agrupación Patologías	40,0%	60,0%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	5,2%	8,5%	6,8%
Problemas de comportamiento	Recuento	51	25	76
	% de Agrupación Patologías	67,1%	32,9%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	14,8%	7,9%	11,5%
Alteración del lenguaje	Recuento	157	105	262
	% de Agrupación Patologías	59,9%	40,1%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	45,6%	33,2%	39,7%
Síndromes	Recuento	30	10	40
	% de Agrupación Patologías	75,0%	25,0%	100,0%

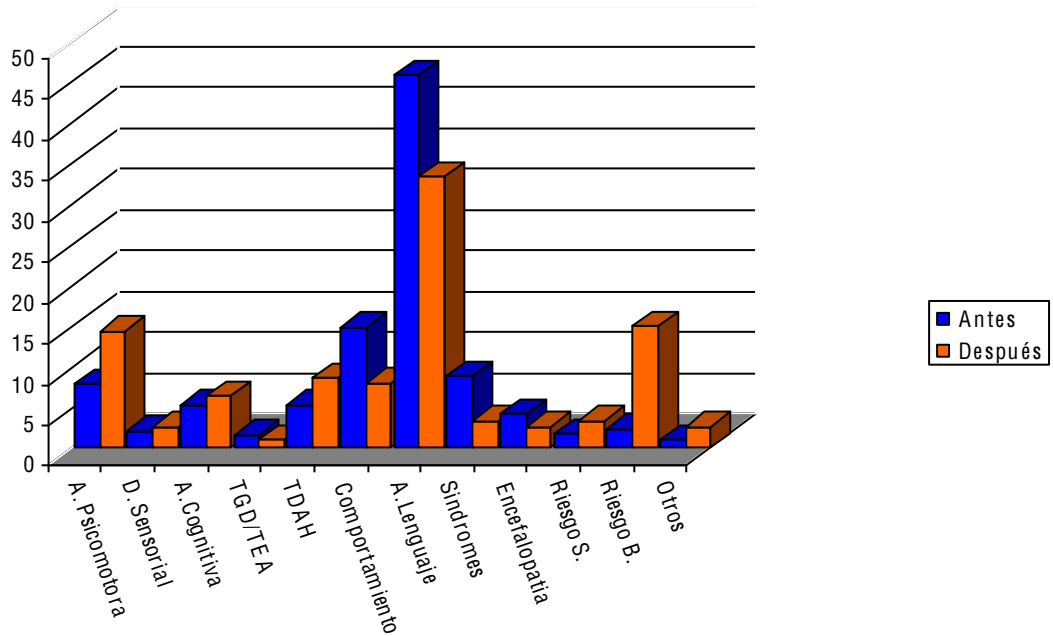
	% de Antes y después del LBAT	8,7%	3,2%	6,1%
Encefalopatía	Recuento	14	8	22
	% de Agrupación Patologías	63,6%	36,4%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	4,1%	2,5%	3,3%
Riesgo social	Recuento	6	10	16
	% de Agrupación Patologías	37,5%	62,5%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	1,7%	3,2%	2,4%
Riesgo biológico /Prematuridad	Recuento	8	47	55
	% de Agrupación Patologías	14,5%	85,5%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	2,3%	14,9%	8,3%
Otros	Recuento	3	8	11
	% de Agrupación Patologías	27,3%	72,7%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	,9%	2,5%	1,7%
Totales	Recuento	344	316	660
	% de Agrupación Patologías	52,1%	47,9%	100,0%
	% de Antes y después del LBAT	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 19. Pruebas de Chi-cuadrado para la variable agrupación de patologías atendidas antes y después del LBAT.

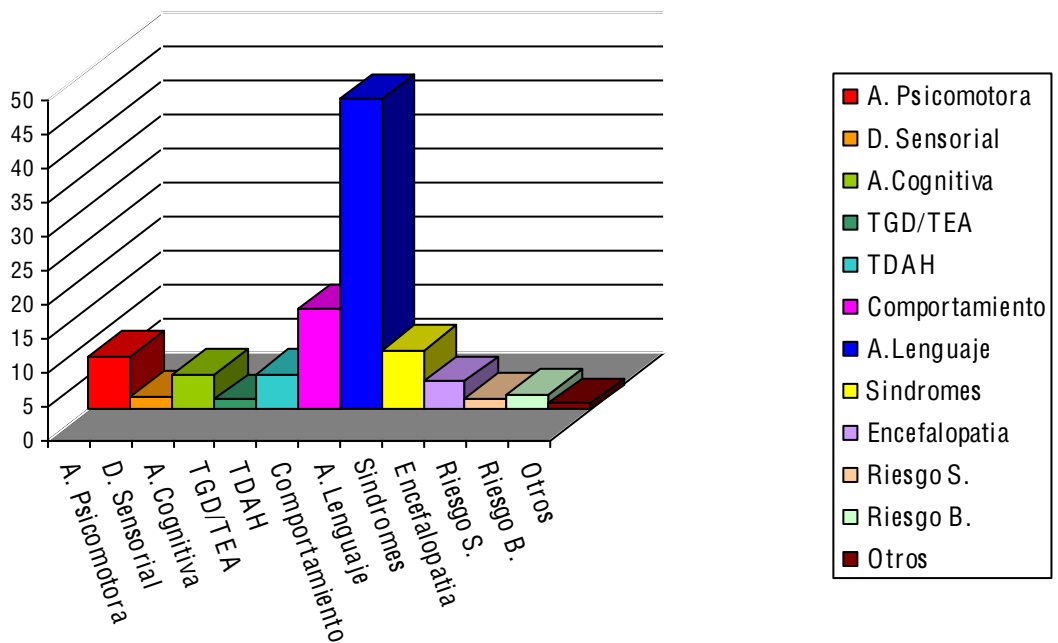
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,685(a)	11	,000
Razón de verosimilitudes	71,431	11	,000
Asociación lineal por lineal	,247	1	,619
N de casos válidos	660		

a 2 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,83.

GRAFICA N° 2 Porcentajes de patologías agrupadas atendidas en el CDIAT antes y después del LBAT.



GRAFICA N° 3 Porcentaje de patologías agrupadas atendidas en el CDIAT antes del LBAT.





GRAFICA N° 4 Porcentaje de patologías agrupadas atendidas en el CDIAT después del LBAT.

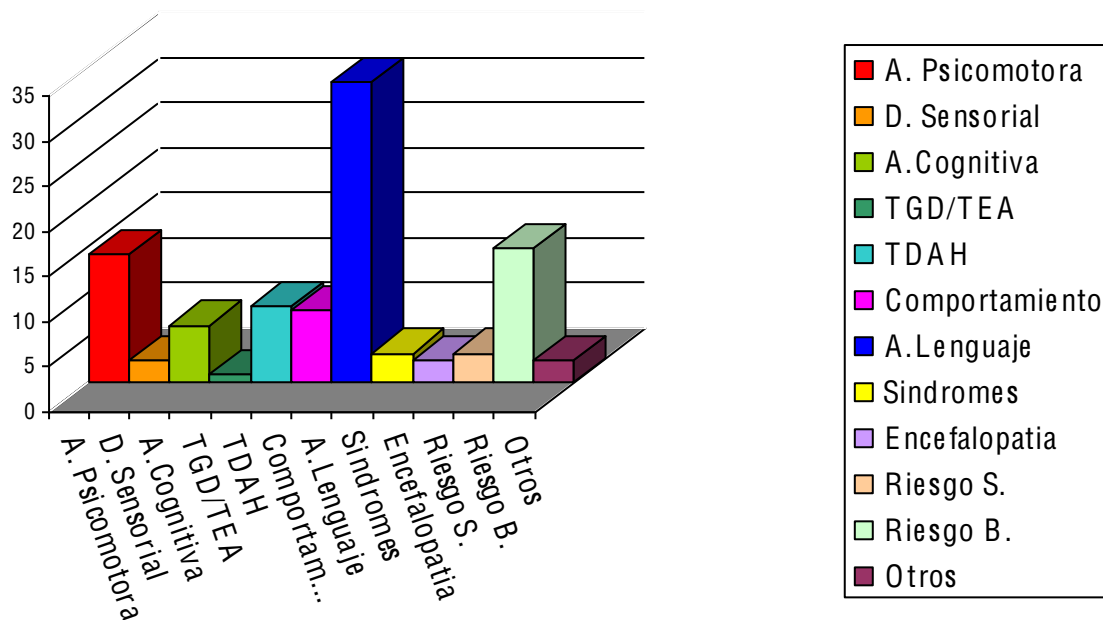


Tabla 20. Pruebas no paramétricas: Alteraciones Motoras. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Antes y después del LBAT	27	,38	,50	,044(a)
Totales	45	,63		
	72	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

b. El valor de significación se establece en 0.004.

Tabla 21. Pruebas no paramétricas: Sensoriales. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Antes y después del LBAT	7	,47	,50	1,000(a)
	8	,53		
Totales	15	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

Tabla 22. Pruebas no paramétricas: Alteración Cognitiva. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Antes y después del LBAT	18	,47	,50	,871(a)
	20	,53		
Totales	38	1,00		

a Basado en la aproximación Z.

Tabla 23. Pruebas no paramétricas: TGD/TEA. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Antes y después del LBAT	5	,63	,50	,727(a)
	3	,38		
Totales	8	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

Tabla 24. Pruebas no paramétricas: Déficit de Atención. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Antes y después del LBAT	18	,40	,50	,233(a)
	27	,60		
Totales	45	1,00		

a Basado en la aproximación Z.

Tabla 25. Pruebas no paramétricas: Problemas de comportamiento. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Antes y después del LBAT	51	,67	,50	<u>,004(a)</u>
	25	,33		
Totales	76	1,00		

a Basado en la aproximación Z.

Tabla 26. Pruebas no paramétricas: Alteración del Lenguaje. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Antes y después del LBAT	157	,60	,50	<u>,002(a)</u>
	105	,40		
Totales	262	1,00		

a Basado en la aproximación Z.

Tabla 27. Pruebas no paramétricas: Síndromes. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Antes y después del LBAT	14	,64	,50	,286(a)
	8	,36		
Totales	22	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

Tabla 28. Pruebas no paramétricas: Encefalopatía. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Antes y después del LBAT	14	,64	,50	,286(a)
	8	,36		
Totales	22	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

Tabla 29. Pruebas no paramétricas: Riesgo Social. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Antes y después del LBAT	6	,38	,50	,454(a)
	10	,63		
Totales	16	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

Tabla 30. Pruebas no paramétricas: Riesgo Biológico. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Antes y después del LBAT	8	,15	,50	<u>,000(a)</u>
	47	,85		
Totales	55	1,00		

*a. Basado en la aproximación Z.*

Tabla 31. Pruebas no paramétricas: Otros. Prueba binomial.

	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Antes y después del LBAT	3	,27	,50	,227(a)
	8	,73		
Totales	11	1,00		

*a. Basado en la aproximación Z.*

Los resultados correspondientes a los análisis binomiales de la agrupación de la variable patologías de los niños atendidos en el CDIAT indican que:

- Las Alteraciones Motoras aumentaron después de la publicación del LBAT, concretamente antes de éste su porcentaje era del 37,5% y después del 62,5%. Con referencia al total de los 20 años, el 10,9% son alteraciones motoras.

- El Déficit Sensorial apenas sufre variación en las dos décadas estudiadas, 46,7% antes y 53,3% después del LBAT. El total de esta patología en los 20 años es de 2,3%.

- La detección y el tratamiento de las Alteraciones Cognitivas presentaron un leve aumento después de la publicación del LBAT, pasando de un 47,4% en la primera década al 52,6% después de la publicación del LBAT. Con referencia a los totales de los 20 años su porcentaje es del 5,8%.

- Los Trastornos del Espectro Autista presentaron una ligera disminución después del LBAT. El total en los 20 años estudiados es de 1,2%.

- La Alteración por Déficit de Atención se vio notablemente incrementada después del LBAT, del 40,0% pasó a un 60,0%. Su total con respecto a todas las patologías en 20 años es del 6,8%.

- Los Problemas de Comportamiento descendieron después de la publicación del LBAT, de 67,1% al 32,9%. El total de esta patología en las dos décadas es de 11,5%.

- Los porcentajes de las Alteraciones del Lenguaje también descendieron significativamente después del LBAT: en la primera década el porcentaje era de 59,9% pasando en la segunda década al 40,1%. El total es de 39,7%.

- Los Síndromes es otra de las patologías que más descendió en la segunda década, desde un porcentaje del 75% al 25% después del LBAT. El total de esta patología es del 6,1%.

- Las Encefalopatías sufren la misma regresión que los síndromes; de esta manera, antes del LBAT su porcentaje era de 63,6%, pasando al 36,4% después del LBAT. Siendo su total en los 20 años estudiados de 3,3%.

- El Riesgo Social aumenta su porcentaje después del LBAT de 37,5% en la primera década a 62,5% después de la publicación del LBAT. El total en los 20 años que ocupa nuestro estudio es de 2,4%.

- Riesgo Biológico/Prematuridad es la patología que más aumenta de todas de forma significativa después del LBAT. De 14,5% al 85,5%. Siendo el 8,3% de las patologías totales en 20 años.

- Otros/Retrasos Escolares ascienden su porcentaje después del LBAT de 27,3% al 72,7%.

Su total con respecto a todas las patologías en 20 años es del 1,7%.

En resumen, queremos destacar que solo hay dos agrupaciones de patologías que sean significativas desde el punto de vista estadístico, cuando comparamos su frecuencia tomando como referencia la publicación del LBAT. Nos referimos a las alteraciones del lenguaje y el riesgo biológico. Las primeras disminuyeron su frecuencia de 59,9% antes del LBAT al 40,1% después del LBAT, y el riesgo biológico que aumentó su frecuencia de 14,5% al 85,5% después del LBAT.

En este cuarto objetivo también hemos querido incluir los resultados correspondientes al reconocimiento de minusvalía de los niños atendidos, ya que esta variable está directamente relacionada con las patologías de los niños. Con estos datos hemos calculado una Tabla de Contingencia y la prueba Chi Cuadrado para la variable reconocimiento de minusvalía (véanse tablas 32 y 33).

Tabla 32. Tabla de contingencia correspondiente a la variable reconocimiento de minusvalía de la población infantil atendida, antes y después del LBAT.

LBAT		Antes	Después	Total
Reconocimiento de minusvalía	no	257 74,7%	258 81,6%	515 78,0%
	si	87 25,3%	58 18,4%	145 22,0%
Total		344	316	660

Tabla 33. Pruebas de Chi-cuadrado para la variable reconocimiento de minusvalía de la población infantil atendida antes y después del LBAT.

	Valor	gl	Sig.asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,622(a)	1	,032
Razón de verosimilitudes	4,653	1	,031
Asociación lineal por lineal	4,615	1	,032
N de casos válidos	660		

*a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 69,42.*

En total en los 20 años del estudio, un 78% de niños no llegaron a obtener el reconocimiento de minusvalía frente a un 22% que sí la tuvieron.

En la primera década, el 74,7% niños no tenían reconocimiento de minusvalía y el 25,3% sí la tenían; en la segunda década el 81,6% no la obtuvieron, mientras que el 18,4% sí. Los reconocimientos de minusvalía descendieron, posiblemente, debido al aumento del número



de niños de alto riesgo, ya que éstos son muy pequeños para solicitar el reconocimiento y además muchos de ellos no llegaban a desarrollar patologías susceptibles del mismo.

En cuanto al quinto objetivo, “*Describir y valorar el tipo de intervención familiar implementada antes y después del LBAT*”, hemos realizado una tabla de contingencia y la prueba Chi-Cuadrado (véanse tablas 34 y 35).

Tabla 34. Tabla de contingencia para la variable tipo de intervención familiar recibida por las familias de los niños antes y después del LBAT.

LBAT	Antes	Después	Total
Orientación	274	95	369
	79,7%	30,1%	55,9%
Intervención	70	221	291
	20,3%	69,9%	44,1%
Total	344	316	660
	100%	100%	100%

Tabla 35. Pruebas de Chi-cuadrado para la variable tipo de intervención familiar recibida por las familias de los niños antes y después del LBAT.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	164,30(b)	1	,00
Corrección por continuidad	162,29(a)	1	,00
Razón de verosimilitudes	171,74	1	,00
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	164,05	1	,00
N de casos válidos	660		

*a* Calculado sólo para una tabla de 2x2. *b* 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 139,33.

Los resultados indican que la intervención familiar ha cambiado de forma significativa entre ambos momentos del estudio; concretamente, antes del LBAT el 79,7% de las familias recibió orientación y solo el 20,3% de las familias intervención. En cambio, después del LBAT, el 69,9% de las familias recibió programas de intervención. Esto nos indica el aumento significativo de la intervención familiar en la última década, después de la publicación del LBAT, y evidencia el hecho de que ha habido un cambio en la metodología de trabajo a raíz de esta publicación, de manera que podemos constatar la mayor importancia que se le concede a los programas de intervención familiar y a la participación de la familia en esta segunda década.

En cuanto al sexto objetivo, “*Analizar los cambios en el tipo de tratamiento recibido por la población infantil antes y después del LBAT*”, hemos efectuado una tabla de contingencia

y la prueba Chi cuadrado (véanse tablas 36 y 37) primero para el cambio de diagnóstico y más adelante (véanse tablas 38 y 39) para el cambio de tratamientos.

Tabla 36. Tabla de contingencia para la variable cambio en el diagnóstico antes y después del LBAT.

LBAT		Antes	Después	Total
Cambio diagnóstico	no	196	31	227
		57,0%	9,8%	34,4%
	si	148	285	433
		43,0%	90,2%	65,6%
Total		344	316	660
		100%	100%	100%

Tabla 37. Pruebas Chi-cuadrado de la variable cambio de diagnóstico antes y después del LBAT.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson(b)	162,39	1	,00
Corrección por continuidad(a)	160,31	1	,00
Razón de verosimilitudes	176,61	1	,00
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	162,140	1	,00
N de casos válidos	660		

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 108,68.

En conjunto, y tomando como referencia las dos décadas estudiadas, el 34,4% de los niños no cambia el diagnóstico frente al 65,6% de los niños en los que sí se puede constatar un cambio en el mismo.

Tal y como se indica en la tabla 36, antes del LBAT el 57% de los niños no cambiaba su diagnóstico inicial frente al 43% de los niños que sí lo cambiaban.

Después del LBAT el 9,8% de niños no cambió su diagnóstico inicial en contraposición con el 90,2% de niños que sí lo hizo. Este aumento en el cambio de diagnóstico después del LBAT se puede relacionar con el aumento de los niños de alto riesgo que acuden al CDIAT, así como por el hecho de que cada vez acceden al CDIAT a una edad más temprana. Por tanto, podemos destacar que después de la publicación del LBAT, acuden al CDIAT un mayor número de niños de riesgo biológico/social y que la situación de riesgo no implica necesariamente que el niño vaya a desarrollar retrasos específicos y/o trastornos de diferente índole, ya que son muchos los casos que derivan en desarrollo normalizado; además, esto podría favorecer el cambio de diagnóstico observado, el hecho de que los niños inicien sus tratamientos con menor edad, y creemos que también puede influir en los cambios de diagnóstico derivados por la propia evolución del niño.

Dentro de este mismo objetivo, también se analizaron los diferentes tipos de tratamientos proporcionados a los niños en los dos momentos estudiados mediante una tabla de contin-

gencia y la prueba Chi cuadrado, que nos indica que los resultados obtenidos son significativos desde el punto de vista estadístico (véanse tablas 38 y 39 y gráficas nº 5, 6 y 7).

Tabla 38. Tabla de contingencia de la variable programas de tratamiento recibido antes y después del LBAT.

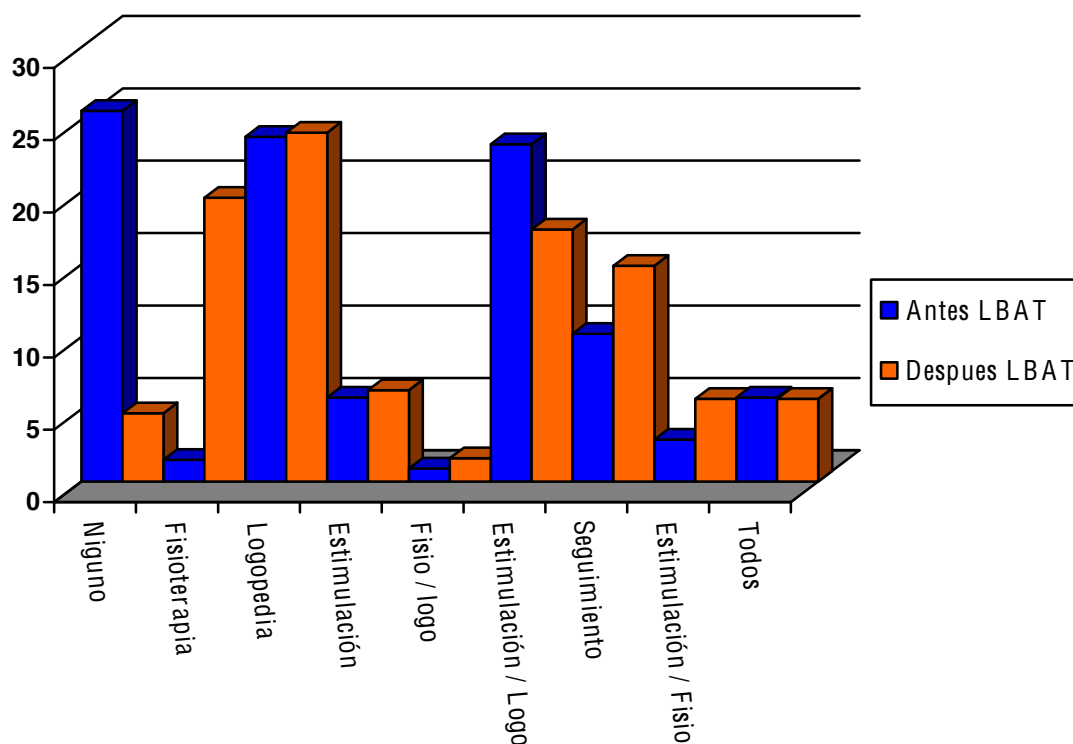
LBAT	Antes	Después	Total
Ninguno	88	15	103
	25,6%	4,7%	15,6%
Fisioterapia	5	62	67
	1,5%	19,6%	10,2%
Logopedia	82	76	158
	23,8%	24,1%	23,9%
Estimulación	20	20	40
	5,8%	6,3%	6,1%
Fisioterapia y Logopedia	3	5	8
	,9%	1,6%	1,2%
Estimulación Cognitiva y Logopedia	81	55	136
	23,5%	17,4%	20,6%
Seguimiento	35	47	82
	10,2%	14,9%	12,4%
Estimulación y Fisioterapia	10	18	28
	2,9%	5,7%	4,2%
Todos	20	18	38
	5,8%	5,7%	5,8%
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>316</b>	<b>660</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 39. Prueba Chi-cuadrado de la variable programas de tratamiento recibidos antes y después del LBAT.

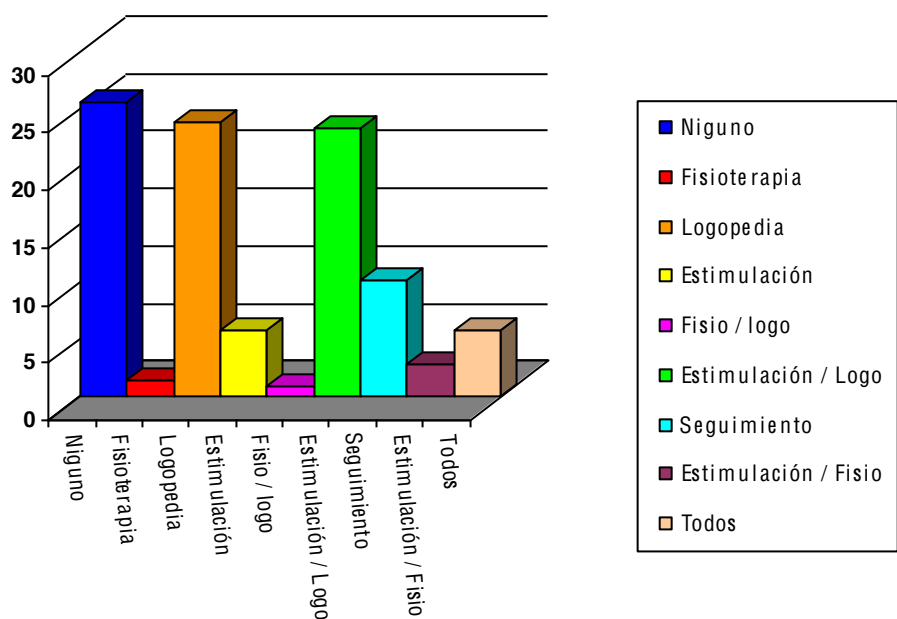
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson(a)	109,09	8	,00
Razón de verosimilitudes	123,34	8	,00
Asociación lineal por lineal	4,18	1	,05
N de casos válidos	660		

a. 2 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,83.

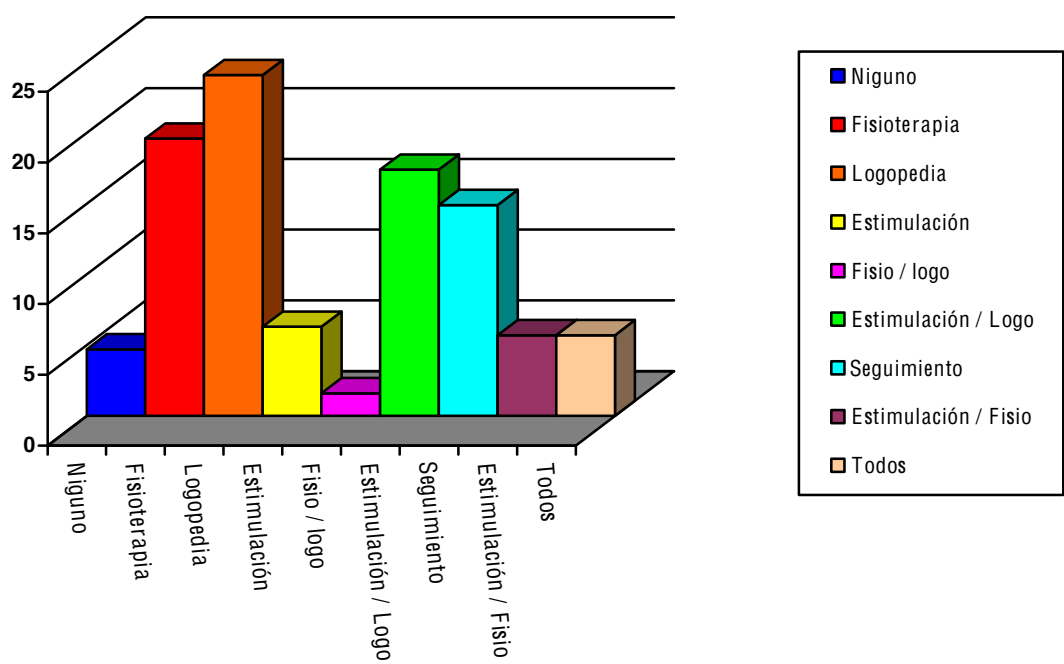
GRAFICA N°5. Distribución de los programas de tratamiento recibidos por la población infantil atendida en el CDIAT antes y después del LBAT.



GRAFICA N°6. Distribución de los programas de tratamiento recibidos por la población infantil atendida en el CDIAT antes del LBAT.



GRAFICA N°7. Distribución de los programas de tratamiento recibidos por la población infantil atendida en el CDIAT después del LBAT.



Según se muestra en los resultados, antes de la publicación del LBAT, el 25,6% de los niños no recibió ningún tratamiento, el 1,5% de los niños recibió fisioterapia, el 23,8% logopedia, un 5,8% estimulación, un 0,9% de los niños recibió fisioterapia y logopedia, el 23,5% de los niños estimulación cognitiva y logopedia, el 10,2% seguimiento, un 2,9% de ellos estimulación y fisioterapia, y el 5,8% de los niños recibió todos los tratamientos.

En la siguiente década, es decir, después de la publicación del LBAT, los resultados se distribuyen del modo siguiente:

El 4,7% de los niños no recibió ningún tipo de tratamiento. El 19,6% solo fisioterapia, el 24,1% recibió solo logopedia, el 6,3% estimulación, el 1,6% fisioterapia y logopedia, el 17,4% estimulación cognitiva y logopedia, el 14,9% recibió seguimiento, el 5,7% estimulación y fisioterapia, y el 5,7% todos los tratamientos en algún momento de su asistencia al centro.

La mayor diferencia entre variables se produce en el apartado referido a la ausencia de tratamiento, descendiendo del 25,6% de niños con ausencia de tratamiento antes del LBAT a tan solo el 4,7% después de la publicación del LBAT. Este es un dato a destacar debido a su importancia a la hora de analizar los cambios producidos en el funcionamiento de los centros y en el cambio de paradigma que permitió atender a los niños de alto riesgo que en la primera década no se atendían y que, por lo tanto, no pudieron disfrutar de los beneficios de este curso.



En cuanto al séptimo objetivo del trabajo, “*describir las variaciones de las fuentes de derivación, sanitarias, educativas, sociales y familiares de la población infantil atendida antes y después del LBAT*”, hemos efectuado una tabla de contingencia (véase tabla 40) y la prueba Chi-cuadrado (véase tabla 41), que nos indica una alta significación estadística de los resultados.

Tabla 40. Tabla de contingencia para la variable fuente de derivación antes y después del LBAT.

		Antes	Después	Total
Fuente de derivación	Sanitaria	149	172	321
		46,4%	53,6%	100,0%
		43,3%	54,4%	48,6%
	Educativa	177	113	290
		61,0%	39,0%	100,0%
		51,5%	35,8%	43,9%
	Social	10	15	25
		40,0%	60,0%	100,0%
		2,9%	4,7%	3,8%
	Familiar	8	16	24
		33,3%	66,7%	100,0%
		2,3%	5,1%	3,6%
	Total	344	316	660
		52,1%	47,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 41. Pruebas Chi-cuadrado para la variable fuente de derivación antes y después del LBAT.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,29(a)	3	,00
Razón de verosimilitudes	18,43	3	,00
Asociación lineal por lineal	,45	1	,53
N de casos válidos	660		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,49.

Concretamente, los resultados obtenidos revelan que el 43,3% de los niños fue derivado al centro desde algún servicio sanitario antes del LBAT, aumentando al 54,4% después del LBAT. Los servicios educativos derivaron al 51,5% antes del LBAT, disminuyendo al 35,8% después de la publicación del LBAT. El 2,9% de los niños fue derivado de los Servicios Sociales en la primera década, antes del LBAT; después del LBAT se derivó al 4,7% de los niños. Desde las mismas familias llegó al centro el 2,3% de los niños antes del LBAT, aumentando al 5,1% después del LBAT. Estas variaciones en la derivación vuelven a explicarse por la disminución de edad de los niños al ingreso, debido a que ya no vienen del colegio porque aún no están escolarizados, aumentando la derivación de sanidad, servicios sociales y familia debido, también posiblemente, al mayor conocimiento de este recurso por parte de la población en general, a la concienciación de la necesidad de diagnóstico precoz e intervención, así como a todos los programas sanitarios de detección precoz.

En cuanto al último de los objetivos del estudio, “*analizar los cambios producidos en la escolarización de la población infantil que ha sido atendida en el CDIAT antes y después del*

LBAT”, hemos dividido los datos en dos tablas de contingencia, una al ingreso de los niños en el centro (véase tabla 42), y otra al alta de los niños en el centro (véase tabla 44). También hemos calculado la prueba Chi cuadrado (Tablas 43,45), siendo estadísticamente significativos los resultados de ambas tablas.

Tabla 42. Tabla de contingencia de la variable escolarización al ingreso al CDIAT (antes y después del LBAT).

		Antes	Después	Total
Escolarización al ingreso al CDIAT	Guardería	23	34	57
		40,4%	59,6%	100,0%
		6,7%	10,8%	8,6%
Escuela Infantil		15	31	46
		32,6%	67,4%	100,0%
		4,4%	9,8%	7,0%
Colegio Público		199	115	314
		63,4%	36,6%	100,0%
		57,8%	36,4%	47,6%
Colegio Concertado		24	16	40
		60,0%	40,0%	100,0%
		7,0%	5,1%	6,1%
Ninguno		83	120	203
		40,9%	59,1%	100,0%
		24,1%	38,0%	30,8%
Total		344	316	660
		52,1%	47,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 43. Pruebas Chi-cuadrado de la variable escolarización al ingreso al CDIAT (antes y después del LBAT).

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,383(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	37,771	4	,000
Asociación lineal por lineal	1,608	1	,205
N de casos válidos	660		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,15.

Como se puede observar en las tablas precedentes, el tipo de escolarización que tenían los niños desde el año 1990 hasta el 2010 son los siguientes: los que estaban escolarizados en Guardería suponen el 8,6% del total, en Escuela Infantil el 7%, en Colegio Público el 47,6%, en Colegio Concertado el 6,1%, y ninguna escolarización el 30,8% de los niños.

Los resultados de la variable escolarización de los niños al ingreso en el CDIAT indican que:

Antes de la publicación del LBAT, el 6,7 % de los niños asistía a guardería, frente al 10,8 % que asistía después de LBAT.

A la escuela infantil asistía el 4,4% de los niños antes del LBAT, aumentando al 9,8 % después del LBAT.

A colegio público iba el 57,8% antes del LBAT, en la primera década, porcentaje que disminuyó en la siguiente década, después del LBAT, con el 36,4%.

El porcentaje de niños que asistía a colegios concertados al ingreso en el CDIAT antes del LBAT era del 7%, después del LBAT este porcentaje disminuyó al 5,1%; y, por último, el porcentaje de niños que no asistía a ningún centro era del 24,1% antes del LBAT, aumentando al 38% después del LBAT. Estos cambios en la escolarización creemos que son debidos a la reducción de la edad de los niños al ingreso después de la publicación del LBAT.

Tabla 44. Tabla de contingencia de la variable escolarización al alta del CDIAT antes y después del LBAT.

		Antes	Después	Total
Escolarización al Alta del CDIAT	ninguna	1	40	41
		2,4%	97,6%	100,0%
		,3%	12,7%	6,2%
Guardería		0	9	9
		,0%	100,0%	100,0%
		,0%	2,8%	1,4%
Escuela Infantil		0	20	20
		,0%	100,0%	100,0%
		,0%	6,3%	3,0%
Colegio Público		288	208	496
		58,1%	41,9%	100,0%
		83,7%	65,8%	75,2%
Colegio Concertado		37	27	64
		57,8%	42,2%	100,0%
		10,8%	8,5%	9,7%

Colegio Educación Especial	18	12	30
	60,0%	40,0%	100,0%
	5,2%	3,8%	4,5%
Total	344	316	660
	52,1%	47,9%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 45. Prueba Chi-Cuadrado para la variable escolarización al alta del CDIAT antes y después del LBAT.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	80,721(a)	5	,000
Razón de verosimilitudes	102,187	5	,000
Asociación lineal por lineal	52,554	1	,000
N de casos válidos	660		

a 2 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,31.

Los datos relativos a la escolarización de los niños al alta en el CDIAT aparecen en la tabla 44.

Los totales desde el año 1990 hasta el año 2010 son los siguientes: Ninguna escolarización, el 6,2%; en Guardería, el 1,4%; en Escuela Infantil el 3%; en Colegio Público, el 75,2%; en Colegio Concertado, el 9,7%; y en Colegio de Educación Especial, el 4,5%.

El porcentaje de niños que al alta no se escolarizó en ninguna modalidad estudiada es el siguiente: antes del LBAT 0,3 %, y después del LBAT, 12,7%.

El 0 % de los niños antes del LBAT asistía a guardería, frente al 2,8 % de niños que asistía después de LBAT.

A la escuela infantil asistía el 0% de los niños antes del LBAT, aumentando al 6,3% después del LBAT.

A colegio público iba el 83,7% antes del LBAT, cantidad que disminuyó en la siguiente década, después del LBAT, con un porcentaje del 65,8%.

El 10,8% de los niños antes del LBAT asistía al Colegio Concertado, y solo el 8,5% después del LBAT.

El 5,2% de los niños antes del LBAT iba al Colegio de Educación Especial, y el 3,8% de los niños iba después del LBAT.

Las frecuencias menores encontradas relacionadas con la asistencia al Colegio de Educación Especial podría ser debida a la política de integración desarrollada en la segunda década, por la que los niños se integran en los colegios de su zona, siendo en la actualidad solo los niños gravemente afectados los que asisten a este tipo de colegios.

Por tanto, estos datos nos vuelven a indicar que los niños después del LBAT ingresan en el CDIAT a edades más tempranas. Este hecho bien podría ser consecuencia de la implementación de programas de prevención tanto primaria como secundaria (conceptos que fueron ampliamente desarrollados y destacados en el LBAT). Como ya se comentó, la prevención primaria pretende evitar las condiciones que pueden influir en la aparición de deficiencias o

trastornos en el desarrollo de la personalidad, de esta manera no necesitamos esperar a que exista un trastorno ya instaurado para iniciar nuestras intervenciones, sino que podemos atender a estos niños y a sus familias para intentar favorecer sus condiciones de vida y educación, evitando la aparición de posibles alteraciones. En el caso de la prevención secundaria, se realiza una detección y diagnóstico cada vez más precoz de los trastornos del desarrollo y de las situaciones de riesgo. Se desarrollan programas como los de atención al niño prematuro o niños de alto riesgo biológico y social, que hacen posible la derivación de forma temprana a los CDIAT. Estos niños más pequeños no se escolarizan, o lo hacen en guarderías y escuelas infantiles, lo que produce una disminución en la edad de escolarización.

## 5. Discusión.

El primero de los objetivos específicos propuestos en esta tesis era conocer la edad de ingreso de los niños en el centro. En función de los resultados obtenidos, podemos comprobar que los niños al ingreso en el CDIAT, antes de la publicación del LBAT, tenían una media de edad de 40,98 meses; y después del LBAT esta media descendió a 31,08 meses, produciéndose un cambio significativo en sus valores. En este sentido, podemos resaltar que, al menos en el CDIAT de Águilas, la influencia de la publicación del LBAT es evidente para alguno de los conceptos básicos en él expuestos, como es la importancia de la detección temprana y la prevención, directamente relacionados con la modificación significativa que se ha producido en la edad de acceso a los CDIAT. Es decir, tras la publicación del libro blanco y el desarrollo de la prevención, los niños llegan a los centros a edades más tempranas, lo que incrementa las probabilidades de éxito de los tratamientos dada la mayor plasticidad del organismo en estas primeras fases de desarrollo.



Entre las variables sociodemográficas analizadas con motivo de nuestro segundo objetivo, estudiamos las edades y el nivel de estudios de ambos padres, así como el número de hermanos. La tendencia en la edad de los padres es inversa a la de los niños. Los resultados indican que tanto los padres como las madres de la segunda década tienen una edad superior a la de la primera. En este sentido, la edad media del padre era de 34 años, frente a los 33,51 de la primera década (antes del LBAT). La edad media de la madre ahora es de 31 años, frente a los 30,50 de la primera década (antes del LBAT). Es evidente que estos resultados no son efecto de la publicación del LBAT, pero sí reflejan la tendencia que se ha producido, a nivel general, en la población española de retrasar la edad de maternidad y paternidad. En cuanto al número de hermanos, también podemos observar que hay un descenso de 1,34, antes del LBAT, a 1 (como medias aritméticas) después del LBAT. Concretamente se observa que, en la última década, la tendencia es tener uno o dos hijos como máximo frente a la década anterior en la que se tenían hasta tres con cierta frecuencia. Esto también deberíamos interpretarlo como un reflejo de los cambios sociales que se han producido a lo largo de estos años, donde las familias cada vez, salvo excepciones, tienen un menor número de hijos.

Finalmente, queremos destacar que, según los resultados obtenidos con la muestra estudiada, el nivel educativo de ambos padres, en general, ha mejorado considerablemente, hasta el punto de que no hay padres sin estudios en la segunda década (después del LBAT). En este caso, los resultados también deberíamos interpretarlos en función de las políticas educativas y de la legislación existente en estos años acerca de la escolarización y alfabetización de la población española.

Con respecto al tercer objetivo estudiado, valorar la evolución del tiempo de permanencia en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, nuestros resultados indican que los niños antes de la publicación del LBAT permanecían en el centro recibiendo los tratamientos 15,54 meses de media, aumentando su permanencia a 19,50 meses después de la publicación del LBAT. Consideramos que este dato está directamente relacionado con el primero. Es decir, el hecho de que los niños asistan a una edad más temprana al centro, gracias a la influencia de los programas de prevención primaria y secundaria, tiene como consecuencia que los niños que tienen dificultades permanezcan más tiempo en el CDIAT, pudiéndose beneficiar de forma más prolongada de los tratamientos de Atención Temprana.

El cuarto objetivo era analizar la evolución de las patologías atendidas en el CDIAT. A este respecto podemos constatar que las alteraciones motoras, los retrasos cognitivos, el retraso escolar, el déficit de atención y, sobre todo, el riesgo biológico y social, han aumentado su incidencia. El déficit sensorial mantiene prácticamente el mismo número de casos en las dos décadas, junto con las alteraciones cognitivas y de comunicación. El Trastorno Generalizado del Desarrollo disminuye en un porcentaje mínimo. Cabe destacar que los síndromes y las encefalopatías presentan una gran disminución en el porcentaje de incidencia, debido probablemente a que los avances en Medicina, la prevención primaria -anterior a la concepción- y el consejo genético pueden haber influido tanto directa como indirectamente en la disminución de embriones afectados.

También se puede observar que después del LBAT se constata un aumento muy importante de los niños con riesgo biológico y social. Pensamos que es debido, nuevamente, a la puesta en marcha de programas de prevención; es decir, antes del LBAT apenas se tenía en cuenta la prevención, sin embargo, tras la publicación del LBAT, se generó un cambio profundo en

este aspecto, lo que ha posibilitado un diagnóstico precoz y poder proporcionar el tratamiento necesario para evitar otros daños secundarios (Libro Blanco, 2000, p.19). Concretamente, y como indican nuestros resultados, se ha empezado a atender a niños de riesgo biológico (como son los prematuros, las alteraciones del crecimiento, el bajo peso, las microcefalias, etc.) y niños con riesgo socio-ambiental debido a, por ejemplo, drogodependencias, padres con deficiencias, embarazos traumáticos, deprivación económica, sospechas de malos tratos, etc. Con todo ello, se ha conseguido evitar daños mayores en el desarrollo de los niños y se han mejorado sus circunstancias vitales, al influir directamente en las habilidades de los padres, gracias a la intervención en cuanto a interacción familiar, procesos de vinculación, etc. De esta forma, se mejoran las condiciones de vida en general, sin olvidarnos de unos diagnósticos cada vez más y mejor elaborados. Además, también se ha mantenido la prevención terciaria propuesta en el LBAT, donde además de intentar dar respuesta a las deficiencias ya establecidas, se intenta prevenir otros trastornos derivados de los problemas que presentan los niños, así como modificar los factores de riesgo del entorno inmediato del niño (GAT, 2000).

Por otro lado, y para este objetivo en concreto, decidimos agrupar las patologías según las áreas de desarrollo afectadas, con la finalidad de analizar si existían diferencias significativas entre las variables. Y para ello llevamos a cabo una dicotomización de las mismas, tal y como se expone en el apartado siguiente. La agrupación consistió, según hemos indicado en el apartado dedicado a la descripción de los resultados, en unir los casos atendidos de alteración motora con retraso psicomotor, las alteraciones cognitivas con los retrasos cognitivos, los problemas de comportamiento con las alteraciones afectivo/emocionales, y por último las alteraciones del lenguaje con las alteraciones de la comunicación, permaneciendo el resto de

las categorías como estaban. Los resultados obtenidos nos indican que las dos agrupaciones significativas desde el punto de vista estadístico son las alteraciones del lenguaje y los riesgos biológicos, las primeras disminuyendo su frecuencia y las segundas aumentando considerablemente la misma. Este último resultado vuelve a incidir en la posible importancia que ha tenido la publicación del LBAT a la hora de hacer hincapié en la prevención tanto primaria como secundaria.

Con referencia a las minusvalías de los niños, podemos decir que hay más niños a los que se les concedió el reconocimiento de minusvalía antes del LBAT; concretamente, encontramos un 25,3% de los niños, cifra que se redujo a 18,4% después de la publicación del LBAT. Al mismo tiempo, aumenta el porcentaje de niños que no tienen minusvalía, concretamente del 74,7% antes del LBAT al 81,6% después del LBAT.

Estos resultados podríamos interpretarlos teniendo en cuenta que los niños de la segunda década son más pequeños y que hay un aumento de la población de riesgo; por lo tanto, parece natural que en esta segunda década haya menos reconocimientos de minusvalía, ya que éstos se conceden cuando los niños tienen una patología específica establecida.

El quinto objetivo trata de describir y valorar el tipo de intervención familiar. En este sentido, en los casos analizados en este trabajo, observamos que antes del LBAT la intervención predominante era la orientación a los padres sobre el problema particular del niño. Esta forma de intervención con la familia ha disminuido significativamente después de la publicación del

LBAT, en beneficio de una intervención familiar más amplia ya que se considera a la familia como una parte activa del proceso de intervención y esto ha ocasionado, al menos en nuestro centro, pasar de un 79,7% de meras orientaciones antes del LBAT a un 30,1% después del LBAT; y la tendencia contraria con respecto a las intervenciones, es decir, antes del LBAT éstas últimas serían el 20,3% y después del LBAT el 69,9%. Podemos considerar que este cambio en la intervención es un reflejo del modelo actual de Atención Temprana propuesto en el LBAT y basado, entre otros, en autores como Bronfenbrenner (1989), Guralnick (1997) y Sameroff (1983), para los cuales las intervenciones con la familia y el niño deben orientarse a promover su implicación directa en las actividades de la vida cotidiana dentro de los contextos en los que están inmersos (escolar, cultural, familiar...) y vinculando el desarrollo del niño a las interacciones entre lo biológico y lo social, dando relevancia a la relación padres-hijos y siguiendo un modelo ecológico y transaccional.

Nuestro sexto objetivo intenta conocer los cambios producidos en los tipos de tratamiento recibidos por los niños en estos dos periodos de tiempo. Para ello se llevaron a cabo dos tipos diferentes de análisis. Primero hemos valorado el cambio de diagnóstico; nos referimos concretamente al diagnóstico inicial del niño y si éste cambia o no a lo largo de los años de permanencia en el centro, comparando estas variaciones entre el antes y el después de la publicación del LBAT. En el segundo análisis hemos descrito los diferentes tratamientos recibidos por los niños antes y después del LBAT.

Como ya hemos destacado anteriormente, antes del LBAT los niños llegaban al centro con una edad mayor y, en la mayoría de los casos, con una patología ya establecida. Probablemente esto repercutió en el hecho de que al 57% de ellos no se le cambiara el diagnóstico inicial, frente al 43% al que sí se le cambió al tener en cuenta la evolución de su desarrollo. Esta

tendencia se invirtió después del LBAT: los niños llegaban al centro con menor edad y en muchos casos debido a factores de riesgo; ese hecho facilitó la detección precoz de determinadas patologías y posibilitó la prevención de la aparición de muchas alteraciones. Esto ha motivado que los niños que no cambian su diagnóstico inicial fuesen solo el 9,8% (generalmente niños que sufrían patologías específicas desde el principio) y los que cambian el diagnóstico sean el 90,2%, debido como ya hemos dicho antes a la corta edad de inicio de la intervención.

El otro aspecto a analizar dentro de este mismo objetivo son los diferentes tratamientos recibidos, teniendo en cuenta las dos décadas analizadas.

En la primera década hubo un 25,6% de niños que consultaba el centro pero que no recibía tratamiento alguno, bien porque no padecían patología específica o porque su desarrollo se encontraba normalizado. Después de la publicación del LBAT, solo el 4,7% de los niños y familias que realizaba una consulta se quedó sin tratamiento (por no necesitarlo) ya que gracias a la incorporación de la prevención secundaria en nuestros programas, el resto de los niños tenían derecho a ser atendidos y necesidad. Por tanto, disminuyen los niños que no reciben nada, y actualmente el niño que menos recibe es un seguimiento. Concretamente, hemos pasado de un porcentaje del 10,2% antes del LBAT al 14,9% después del LBAT. Recordemos que, antes del LBAT, si los niños no tenían una patología establecida no tenían derecho a asistencia; en cambio, después del LBAT esta situación se amplió empezando a atender niños con sintomatología de riesgo y sin patologías establecidas.

Con respecto a la fisioterapia, hay que resaltar que antes del LBAT no se contaba con un fisioterapeuta en el equipo, y que este profesional se incorporó en el año 1997 a media jornada y en el 1999 a jornada completa; de ahí la diferencia de porcentajes encontrada (recordemos: el 1,5% en la primera época y el 19,6% en la segunda).

Los tratamientos de Logopedia y Estimulación independientes apenas tienen variaciones significativas.

El tratamiento combinado de Fisioterapia y Logopedia aumentó su porcentaje de 0,9% a 1,6%.

Los tratamientos combinados de estimulación cognitiva y logopedia descendieron, concretamente del 23,5% al 17,4%, probablemente debido a que patologías como las encefalopatías, síndromes y retrasos del lenguaje se redujeron después de la publicación del LBAT. En este último periodo aumentaron los casos de riesgo biológico y ello ha hecho que los tratamientos de seguimiento y el combinado de estimulación y fisioterapia hayan aumentado significativamente. Estos tratamientos van dirigidos a la población infantil de menor edad que acude al centro, y suelen ser niños con alteraciones en su desarrollo debidas a factores de riesgo biológico o social, que en principio no presentan patologías específicas. Por lo tanto, es esperable que al aumentar esta población también aumenten los tratamientos dirigidos a ella.

En resumen, debido en parte a que la población beneficiaria ha cambiado, entre otras cosas, su edad de llegada y las patologías por las que son derivados, también han cambiado los tipos de tratamientos implementados. Y esto a su vez ha generado que surjan nuevas necesidades en el perfil de los profesionales. De nuevo pensamos que estos cambios han sido impulsados por los principios publicados en el LBAT.

En relación a la distribución por sexo de la población atendida, se observa que el número de casos de niños ha descendido (del 68,6% antes del LBAT al 65,2% después) al tiempo que las niñas han aumentado en cuanto al número de asistencia a este centro (del 31,4% antes al 34,8% después del LBAT), probablemente por el aumento de la población de alto riesgo, que afecta tanto a niños como a niñas.

El séptimo objetivo trata de conocer las variaciones en las fuentes de derivación. En general, se observa que en estas dos décadas aumenta la tendencia de la derivación por parte del sistema sanitario, apreciándose una disminución en las derivaciones procedentes del sistema educativo. Este hecho pensamos que puede ser debido a que ahora las detecciones de problemas se llevan a cabo antes de que el niño se incorpore al sistema educativo. De nuevo creemos que en este cambio han podido estar interviniendo las actuaciones basadas en la prevención y el descenso de edad de los niños que se atienden en los CDIAT promocionadas por los principios del LBAT.

Por otra parte, la derivación desde los servicios sociales y de las propias familias también ha aumentado y este hecho creemos que podría ser debido a factores que de algún modo han podido influir, como las campañas informativas; conocimiento general de la existencia de los CDIAT por parte de la población y de las instituciones, así como a los programas de coordinación con el entorno del niño.



Nuestro último objetivo se refiere a los cambios de escolarización de los niños atendidos en el CDIAT. Para ello, en estos períodos estudiados hemos analizado las escolarizaciones de los niños al ingreso y al alta en el centro. Como se puede observar en nuestros resultados, y que ya fueron expuestos anteriormente, al ingreso en la actualidad existe un aumento del número de niños sin escolarizar, concretamente antes del LBAT era el 24,1%, cifra que ascendió al 38% después del LBAT. Una posible explicación de este hecho, de nuevo, la encontramos en la disminución de la edad de inicio en la asistencia al centro. Al mismo tiempo, también se aprecia un aumento del ingreso en guarderías y escuelas infantiles. Descienden las escolarizaciones en colegios (creemos que debido al descenso de la edad de inicio en el centro): del 57,8% antes del LBAT al 36,4% después del LBAT en colegio público; y en colegio concertado, del 7% al 5,1% después del LBAT.

Con respecto a los cambios en la escolarización analizada al alta en el centro, primero tenemos que hacer notar que en esta categoría se incluye el Colegio de Educación Especial que no se incluía al ingreso debido a que a este tipo de colegio asisten sólo los casos de menores con plurideficiencias o gravemente afectados y una vez que se matriculan en estos colegios son dados de baja en el CDIAT.

Volviendo a nuestros resultados, al alta en el CDIAT, los niños que no estaban escolarizados en ninguna categoría antes del LBAT suponían un 0,3%, índice que ascendió al 12,7% después del LBAT. Debido a la atención de niños de alto riesgo, se realizan revisiones de niños muy pequeños que han sufrido algún tipo de factor de riesgo y que no están escolarizados, por ejemplo recién nacidos prematuros, etc.

En guardería se escolarizaron un 0% antes del LBAT y después un 2,8%. Lo mismo ocurre con la tendencia en la escuela infantil: del 0% antes del LBAT pasa al 6,3% después del LBAT. Pensamos que esto puede ser debido al cambio en la situación social y económica del país, que ha generado una necesidad de conciliar la vida laboral y familiar.

Con referencia al colegio público y concertado, la tendencia observada es decreciente; es decir, antes del LBAT en el colegio público el porcentaje de escolarizaciones al alta del CDIAT era del 83,7%, y después del 65,8%. En el colegio concertado, antes del LBAT el porcentaje era de 10,8%, y después del LBAT del 8,5%. Los porcentajes de escolarización en ambos colegios bajan debido a que disminuye la edad de ingreso de los niños en el centro y por tanto hay menos niños en edad escolar.

El porcentaje de escolarización en colegios de educación especial antes del LBAT era del 5,2%, siendo del 3,8% después del LBAT. En este caso, la disminución puede estar relacionada con el cambio de política educativa y con el hecho de que los niños son integrados en sus colegios de referencia y en nuestra zona, solo los niños con plurideficiencias o grandes afectados se escolarizan en los colegios de educación especial, como ya hemos comentado anteriormente.

## 6. Conclusiones Finales.

De los resultados obtenidos, podemos afirmar que han existido importantes cambios con respecto a los conceptos, metodología, estructura, organización, composición del equipo y población atendida en las dos décadas que han sido sometidas a estudio. Y que, efectivamen-

te, la edición del libro blanco parece haber constituido un hito importante, al impulsar objetivos, conceptos y procedimientos diferentes que han quedado reflejados en los cambios observados de la segunda década.

En la primera década (1990-2000), antes de la publicación del LBAT, coincidente con la crisis del año 1993, nuestros datos indican que los padres son más jóvenes, están menos preparados en cuanto a nivel de estudios, disponen de menos recursos económicos y tienen un mayor número de hijos. Los tratamientos implementados a la población infantil atendida seguían teniendo un carácter básicamente rehabilitador, donde no abundaba la intervención familiar aunque se constataba la presencia de orientaciones a los padres, referidas al problema específico de sus hijos. En esta época, patologías como los síndromes, las encefalopatías, las alteraciones del lenguaje y los problemas de comportamiento eran los más frecuentes, y todas las acciones preventivas dirigidas a los riesgos biológicos, social, y alteraciones psicomotoras, apenas eran objeto de evaluación, seguimiento e intervención en el CDIAT.

Con referencia a los tratamientos que recibían los niños, había un gran número de ellos que no recibía ninguno, por no padecer trastorno específico alguno, en algunos casos, y en otros por la escasez de recursos. Los tratamientos implementados con más frecuencia eran los relacionados con logopedia y estimulación cognitiva.

En esta primera década analizada, los niños eran derivados sobre todo por los colegios, debido a que era precisamente en esta etapa del desarrollo cuando los problemas y/o dificult-

tades del niño se podían evidenciar con más facilidad. En este momento, no demasiados niños acudían a guarderías y escuelas infantiles, y salvo síndromes y encefalopatías severas, todos los demás trastornos podían pasar desapercibidos hasta llegar a la edad escolar. También en esta época, los niños con patologías cursaban sus estudios en el colegio de educación especial, se iniciaba la integración escolar, y se carecía de otros recursos.

Por tanto, podemos afirmar que en estos diez primeros años objeto de estudio, los niños llegaban al CDIAT con una edad más avanzada y con patologías específicas. Quizá ésta sea la razón por la que se detectaban mayores porcentajes de niños que no experimentaban cambios en el diagnóstico recibido (ingresaban en el CDIAT con las patologías ya establecidas y diagnosticadas).

También debemos destacar que el equipo de profesionales que formaba parte de los centros de estimulación precoz no era multidisciplinar, predominando una sola disciplina sobre las demás (Psicología) y el método era fundamentalmente rehabilitador, dando respuesta a las patologías ya establecidas.

En la segunda década (2000-2010), justo después de la publicación del LBAT creemos que, de nuevo, gracias al cambio metodológico producido por los principios y conceptos básicos publicados en él y basados, entre otros, en el modelo transaccional (Sameroff y Fiese, 1990) y el ecológico (Bronfenbrenner, 1986), los equipos de los CDIATs se transforman en multidisciplinarios y siguen un modelo de funcionamiento interdisciplinar, para poder dar res-

puesta a todos los cambios producidos en esa década. Como expone Pérez-López (2004), la Atención Temprana requiere de una actividad interdisciplinar con un gran grado de coordinación entre los distintos profesionales y con programas de intervención en el mismo contexto familiar, para poder dar respuesta a la diversidad de problemas a los que se enfrentan los niños con deficiencias o riesgo.

Esta década se caracteriza por un fuerte crecimiento económico y lo que más destaca es el aumento del nivel económico y cultural de los padres. Además, tal y como reflejan nuestros resultados, los padres retrasan la edad de tener hijos, disminuyendo el número de ellos en cada familia; posiblemente este hecho haya ayudado al desarrollo de las intervenciones familiares, al contar con familias más preparadas y con condiciones de vida más cómodas.

Otro de los cambios detectados en este momento, y creemos que importante, se refiere a la disminución en la edad con la que los niños y sus familias comienzan sus tratamientos en el CDIAT. Este cambio es fundamental y afecta al resto de las variables estudiadas, ya que tiene, entre otras, consecuencias directas sobre el tiempo de permanencia del niño y su familia en el centro. En este sentido, debemos destacar que después de la publicación del LBAT la población conoce mejor el centro y los servicios que éste presta, dado que se han llevado a cabo numerosas campañas de concienciación y tanto el sistema sanitario como el educativo y las políticas sociales derivan mucho antes los casos que son objeto de intervención y/o seguimiento. En esta década se inician diversas campañas de prevención, como por ejemplo la dirigida a los niños grandes prematuros y sus familias. No obstante, hay que especificar que

estos niños y los que presentaban alteraciones psicomotoras no se atendían en la anterior década, por no presentar una patología establecida.

También se desprende de nuestros resultados un descenso en el número de niños que presentan síndromes de diferentes características y encefalopatías. La razón por la cual se produce este descenso podría estar en la puesta en marcha de programas de prevención sanitaria, en los que se ha avanzado especialmente en el diagnóstico prenatal y en las condiciones de parto en general. Por el contrario, nuestros resultados apuntan a un aumento en las cifras de niños que se encuentran en situación de riesgo (biológico y/o social); por un lado, esto podría ser debido a la implementación de planes preventivos que ya hemos señalado y que han permitido una detección del riesgo más precoz; y, por otro, al incremento de partos prematuros, aumento de la edad de los padres y aumento de la supervivencia de los neonatos en general. Asimismo, pensamos que los cambios experimentados por la Atención Temprana en los últimos años han dado lugar a que se genere la convicción de que la población infantil que se encuentra en situación de riesgo biológico y/o social es susceptible de recibir intervención y/o seguimiento de su desarrollo para evitar la aparición de alteraciones futuras.

Otra categoría diagnóstica que sufre variaciones son los problemas de comportamiento. Muchos niños con este diagnóstico, en la década previa a la publicación del libro blanco, solo recibían orientaciones para la familia. En la década siguiente, después de la publicación del LBAT y gracias a la detección precoz, la mayoría recibe un diagnóstico de indicadores de Déficit Atencional, lo que permite que estos niños se beneficien de tratamientos más completos que abarcan todos los entornos del niño y la intervención familiar.

Como ya hemos señalado, antes de la publicación del LBAT, los niños llegaban al centro con mayor edad; después del LBAT, esta edad se redujo y ello ha contribuido a que los cambios en los diagnósticos iniciales se elevaran al 90,2 % de los niños diagnosticados. Así por ejemplo, los niños acuden al centro por prematuridad, por problemas de comunicación o por retraso psicomotor a edades tempranas, y dependiendo de la evolución del desarrollo del niño y de su respuesta a los tratamientos, su diagnóstico más adelante puede ser de deficiencias, TEA, o normalidad. Tan solo el 9,8% de estos menores no cambió de diagnóstico. Estos niños suelen venir diagnosticados con patologías específicas como síndromes, parálisis cerebrales, etc, patologías que normalmente se detectan en el momento del nacimiento, por lo que la evolución del niño no influye en el diagnóstico.

El hecho de que en esta última década haya más cambios en los diagnósticos no hace más que constatar la importancia de la prevención y la detección precoz para evitar retrasos y alteraciones importantes en el desarrollo. Por ejemplo, podemos minimizar o paliar los daños ocasionados por una patología específica y conseguir un mejor afrontamiento del problema por parte de la familia, lo que repercute positivamente en el desarrollo del niño y en sus diagnósticos secundarios. La atención temprana, en casos de riesgo tanto biológico como social o desfases evolutivos, evita que éstos se conviertan en permanentes o empeoren la situación del niño, por lo que algunos diagnósticos iniciales se pueden modificar después de un tiempo de intervención. También se consiguen detectar de forma muy temprana patologías difíciles de diagnosticar, pudiendo de esta manera beneficiarse de las intervenciones lo más prontamente posible.

En cuanto al sexo de la población atendida, nos llama la atención, al menos en el CDIAT de Águilas, el hecho de que el número de niños haya descendido al tiempo que las niñas han aumentado el número de asistencia a este centro; posiblemente sea por la disminución de patologías establecidas (más frecuente en niños que en niñas) y por el aumento de la prevención por riesgo.

En cuanto a los tratamientos ofrecidos en el CDIAT, cabe señalar que hemos detectado diferentes cambios. Éstos podrían ser debidos, en parte, a la variación existente en los tipos de patologías y características de la población pero también, en nuestro caso particular, a los perfiles de profesionales que forman parte del centro. En este sentido, el CDIAT de Águilas cuenta en la segunda década analizada con un profesional de fisioterapia y con otro de logopedia, lo que permite administrar estos tratamientos, que en la década anterior no existían. Así, en esta segunda década los tratamientos más implementados pasan a ser los de fisioterapia, los seguimientos y la estimulación cognitiva junto con la logopedia. Los niños tienen más variedad de tratamientos en esta década y todos reciben alguno: el que menos recibe cuenta con un seguimiento periódico para poder acompañar el desarrollo y asegurarnos de su idoneidad. Al mismo tiempo, las intervenciones en esta época se realizan de forma globalizada con tratamientos integradores que tienen en cuenta todas las áreas del niño y que incluyen contextos externos como la familia, escuela, centros de salud etc. (Sameroff, 1990; Bronfenbrenner, 1986).

En esta última década, las fuentes de derivación se sitúan preferentemente en el ámbito sanitario, siendo responsables de ello, fundamentalmente, los programas del niño sano y la con-



cienciación de la prevención en todos los ámbitos. Los pediatras suelen ser los primeros en alertar a las familias sobre signos de alarma, y el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana se convierte en referente para consultar y ayudar en el diagnóstico precoz de las alteraciones.

Debido al desarrollo económico, nos encontramos en esta última década analizada con una situación sociofamiliar en la que, con frecuencia, ambos padres trabajaban y necesitan, para la crianza de sus hijos, ayuda proveniente de las guarderías y de las escuelas infantiles. De este modo, los niños con necesidades especiales comienzan a asistir también a ellas, asumiendo tanto escuelas infantiles como guarderías un importante papel a la hora de detectar los primeros signos de alarma y hacer las derivaciones oportunas al centro. También debemos mencionar el aumento de los niños atendidos sin ninguna escolarización previa, lo que puede ser consecuencia directa del aumento de bebés que asisten al CDIAT y que comienzan a recibir sus tratamientos en el centro antes de su escolarización a los 3 años. Queremos resaltar el hecho de que se ha producido en esta última década una disminución de las escolarizaciones en el colegio de educación especial, gracias a la política de integración, ya que solo los pluri-deficientes y grandes afectados se escolarizan en este tipo de colegios; el resto accede a aulas normales con apoyos, o a aulas abiertas en colegios ordinarios. Los niños que acuden a los colegios concertados son menos, probablemente porque en estos años hay una mayor dotación de recursos en los colegios públicos, prefiriendo los padres de niños con problemas estos últimos. En este sentido, debemos señalar que en el municipio de Águilas solo existía un colegio concertado, que no tenía los apoyos necesarios para la atención de niños con algún tipo de dificultad, y por eso la tendencia de los padres de estos niños era la de escolarizarlos en colegios públicos, que sí podían ofrecer los recursos necesarios. Actualmente hay dos cole-

gios concertados y uno de ellos, el C.C. “M<sup>a</sup> Inmaculada”, ofrece todos los recursos existentes en los colegios públicos y alguno más, como una psicóloga que atiende a la asociación de padres.

Con referencia a la intervención familiar, se constata un incremento en el número y tipo de intervenciones familiares. Concretamente, se abandona el modelo anterior por el que se le daban exclusivamente a los padres recomendaciones referentes al problema de su hijo, y se introducen las coordinaciones con todos los entornos del niño y la intervención directa con la familia; se realizan visitas a casa con más frecuencia, se hacen entrevistas con más miembros de la familia, (padres, hermanos, abuelos...), se realizan las sesiones de tratamiento estando los familiares presentes para intentar aumentar sus competencias mediante modelaje, y se les ofrece un tiempo y un espacio a los padres para poder tratar cualquier tema que esté preocupando o afectando la dinámica familiar. En esta década se da más importancia a la dinámica familiar y a la consecución de un ambiente funcional y enriquecedor en casa, y por ello es necesario hacer partícipes a la familia de las intervenciones con sus hijos.

De esta manera, se intenta dar respuesta a los principios básicos del libro blanco, en el que siguiendo los planteamientos de los modelos sistémico, ecológico, transaccional y evolutivo-educativo (De Linares y Rodríguez, 2004) se considera el desarrollo del niño como un proceso dinámico e interactivo entre la persona y los contextos, y sobre todo entre padres e hijos. Entre otros muchos autores que desarrollan este tema, podríamos poner de ejemplo a Meisels y Shonkoff (1990) que nos explican la importancia de promover el funcionamiento adaptativo de la familia, así como apoyarla e instruirla; o Dunst, Trivette y Deal (1988), que nos ha-

blan de la alta incidencia en los patrones de interacción padres-hijos, de factores como las distintas redes de apoyo social a las familias, necesidades y estilos familiares que influyen en el desarrollo del niño.

Pero no olvidemos que este cambio metodológico también coincidió con el auge económico y con un aumento del nivel socioeconómico de las familias: éstas ahora tienen más preparación y se vuelven más receptivas y participativas, todo lo cual facilitó que se instaurara un estado del bienestar que permitía pensar en la calidad y en la prevención, superando de esta forma las limitadas intervenciones ante problemas ya establecidos. Con ello se favoreció el aumento de recursos materiales y personales, se pudo aumentar la población beneficiaria, y se incrementaron e hicieron más completas y complejas todas las intervenciones ofrecidas. Podemos afirmar que los niños y las familias cuentan en esta segunda década con muchos más recursos educativos y de apoyo en general, teniendo así muchas más opciones de desarrollo, más factores de protección y, en consecuencia, mayor calidad de vida.

## 7. Limitaciones y propuestas de investigación de este trabajo.

Sin duda, una vez analizado nuestro propio trabajo, la mayor limitación que podemos destacar en esta tesis doctoral es precisamente el hecho de que todos los datos pertenecen a un solo centro de Atención Temprana y con unas características determinadas. Este hecho presenta un problema a la hora de generalizar las conclusiones al resto de centros de la Región de Murcia, así como al resto del Estado: obviamente, ni todos son municipales, ni tienen la misma composición en su equipo, ni el mismo tamaño, ni la misma población...

Es por ello que sería interesante ampliar los estudios a otras modalidades de centros, como por ejemplo a los centros dependientes de asociaciones. También se podrían realizar estos estudios en otras comunidades, para poder abarcar las diferentes realidades de nuestro país. De esta forma, las investigaciones sobre Atención Temprana podrían generalizarse a toda España y constatar el estado actual de la misma así como analizar qué modelos de financiación y tratamiento serían los más efectivos y por qué.

Así pues, la mayor limitación de este trabajo se convierte, a su vez, en la mejor propuesta de investigación futura derivada de esta tesis.

Otras propuestas de investigación interesantes podrían ser las referidas a las consecuencias de la economía en la calidad de los servicios y en los modelos de intervención. Las dos etapas estudiadas en esta tesis coinciden con dos etapas bien diferenciadas dentro de la economía española. Sería interesante comprobar cómo estas circunstancias económicas han influido en los cambios metodológicos producidos en Atención Temprana, facilitando o dificultando el desarrollo de los mismos y, de esta manera, poder prevenir efectos adversos derivados de los futuros cambios económicos producidos en la sociedad.

## 8. Propuestas de mejora para la Atención Temprana.

Hemos querido resumir este apartado con un cuadro de las diferencias más significativas producidas en estas dos décadas, para poder visualizar fácilmente la importante influencia

que han tenido los conceptos y principios publicados en el LBAT en el desarrollo de la Atención Temprana.

	Antes del LBAT.	Después del LBAT
Método	Rehabilitador	Psicoeducativo
Equipo	Predomina psicología	Multidisciplinar/Interdisciplinar
Edad de inicio	40,98 meses	31,08 meses
Permanencia en centro	15,54 meses	19,50 meses
Derivación	Educación	Sanidad
Composición familiar	Edad media padre: 34 Edad media madre:31 Media Hermanos: 1,34 Tendencia :3 hermanos	33,51 30,50 1 1 o 2 hermanos
Intervención familiar	Orientaciones	Intervención Familiar
Patologías más frecuentes	- Síndromes - Encefalopatías - Alteraciones del Lenguaje - Problemas comportamiento	- Riesgo biológico/social - Alteraciones psicomotoras - Déficit de atención - Retrasos cognitivos
Tratamientos	- Estimulación cognitiva - Logopedia	- Fisioterapia/estimulación - E. Cognitiva - Logopedia - Seguimiento/control desarrollo neu- roevolutivo
Minusvalía	25,3% de los niños	18,4% de los niños
Escolarización al ingreso	- Sin escolarizar 24,1% - Escolarizados 57,8%	38% 36,4%
Escolarización al alta	- Escolarizados 94,5% - E. Infantiles 0%	74,3% 9,1%
Cambios en diagnóstico	9,8%	90,2%

Creemos que estos resultados evidencian el radical cambio efectuado en los diferentes aspectos de la Atención Temprana, como el modelo a seguir, la composición del equipo, aspectos relativos a la población, tratamientos, intervenciones realizadas, etc. Estos cambios han sido producto de la evolución de los sistemas teóricos, de las investigaciones científicas y de la experiencia de los diferentes profesionales, que el LBAT ha sabido recoger y transmitir generando la transformación ocurrida en los CDIATs de España en esta última década y facilitando la creación de un sistema coherente de apoyo y servicios en respuesta a las necesidades de los niños y las familias.

Este hecho nos puede servir para reflexionar acerca de la situación actual de la Atención Temprana en España y servirnos para afrontar con una mayor perspectiva histórica todos los cambios que están ocurriendo en estos momentos en los que se inicia un nuevo proceso de transformación, no solo a nivel de financiación sino también con nuevos modelos y metodologías que se están planteando actualmente.

Para terminar, reseñamos algunas propuestas de mejora que se contemplan en el LBAT (GAT, 2000) y las recomendaciones Técnicas (Real Patronato sobre discapacidad, 2005) y que después de haber analizado todos los datos presentados anteriormente consideramos de plena actualidad y necesarias para el desarrollo de la Atención Temprana:

1.- Convenios de colaboración entre instituciones. Se constata la necesidad de que todas las instituciones implicadas, Sanidad, Política Social y Educación se coordinen para dar respues-

ta a las necesidades del niño y de la familia en el momento en que estos lo necesiten, y así pueda haber un traspaso de información y coordinación entre dichos ámbitos. Esto, pensamos, facilitaría la vida a las familias y el trabajo a los distintos profesionales.

2.- Unificación de criterios y modelos de recogida de datos, ODAT, etc.

De esta manera se facilitaría la coordinación y posibilitaría un traspaso exhaustivo de información entre los distintos profesionales que en cada momento y desde los diferentes ámbitos de actuación van a intervenir con el niño y su familia.

3.- Avanzar en el desarrollo de la intervención familiar y la importancia de ésta en el desarrollo del niño. La familia es el más efectivo y económico sistema de fomento y mantenimiento del desarrollo del niño. La participación de la familia del niño como sujeto activo en las intervenciones es fundamental para el éxito de cualquier programa de intervención, por lo que favorecer y fortalecer estos vínculos va a mejorar y acelerar los beneficios de los tratamientos.

4.- Necesidad de recursos suficientes para la inclusión de los diferentes entornos del niño y su familia en las intervenciones, ya que el desarrollo del niño no se entiende si no se tienen en cuenta a éstos.

6.- Programas de prevención ampliados a población en general, para que puedan beneficiarse de todos los conocimientos desarrollados por esta disciplina.

#### IV.- REFERENCIAS





## REFERENCIAS.

### A

- Ainsworth, M.D. (1973). The development of infant-mother attachment. In B.M. Cadwell, & H.N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research, vol.3*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Walters E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D., & Witting, B.A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior, vol.4*. London: Methuen.
- Ainsworth, M.D., (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716. Doi: 10.1037/0003-066X.44.4.709.
- Ainsworth, M.D., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*, 333-341.
- Arizcum, J. (1992, Marzo). *Niños de alto riesgo biológico y socio-ambiental*. I Congreso Regional de Atención Temprana. La Manga, España.
- Arizcum, J., y Retortillo, F. (Eds). (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Situación actual. Documentos del grupo PADI*. Madrid: Genysi-Cajamadrid.
- Alonso, J.M. (1997). Atención Temprana. En VV.AA. (Eds). *Realizaciones sobre discapacidad. Balance de 20 años*. 89-103. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con minusvalía.
- Alonso, J.M. (1998). La Atención Temprana en España. Perspectiva Histórica. *Libro de ponencias III Jornadas científicas de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil*. 17-41. Madrid: España.

American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. (2001). Developmental surveillance and screening in infants and young children. *Pediatrics*. 108, 192-96.

## B

Bandura, A. (1977.). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Beckwith, L. (1990). Adaptive and maladaptive parenting. Implications for intervention. In S.J. Meisels, J.P. & Shonkoff. (Eds). *Handbook of early childhood intervention*. 53-77. Nueva York: Cambridge University Press.

Belda Oriola JC. (2000). *El Desarrollo Infantil y la Atención Temprana*. Recuperado de: <http://www.atenciontemprana.com/Documentos.htm>.

Belda Oriola, JC. (2006). Recursos en Atención Temprana. Nivel III de ODAT (Cuantificar los recursos en atención Temprana: una cuestión pendiente). *Revista de Atención Temprana*, 9, 37-53.

Bhatnagar, S.CH. y Orlando, J.A. (1997). *Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación*. Barcelona: Masson, Williams & Wilkins.

Binet, A., & Henri,V. (1894). La mémoire des phrases (mémoire de idées). *L'Année Psychologique*, 1, 24-59.

Binet, A., & Henri,V. (1995). La psychologie individuelle. *L'Année Psychologique*, 2, 411-465.

Blair, C., & Ramey, C.T. (2000). Early intervention for low-weight infants and the path to second-generation research. In M.J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention. Second Edition*. 77-97. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Bonnier, C. (2007). Early stimulation programs evaluation. *Arch.Pediatr*. 14 (supl I), 58-64.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization,

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. I. Attachment*. Londres: Hogarth Press.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Loss 3*. New York: Basic books.
- Bronfenbrenner, U. (1974). *Experimental human ecology: a reorientation to theory and research on socialization*. Comunicación invitada presentada en la reunión anual de la American Psychological Association. Nueva Orleans: E.E.U.U.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, *32*, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development research perspectives. *Developmental psychology*, *22*, 723-742.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1988). The ecology of developmental process .In W. Damon (Ed.). *Handbook of child psychology, 5ª ed*. New York: John Willy & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1992).Child care in the Anglo-Saxon mode. In M.E. Lamb, K. J. Sternberg, C.P.Hwang & A.G. Broberg (Eds.), *Child care in context*, 281-291. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown, W.H., Odom, S.L., Li, S., & Zercher, C. (1999). Ecobehavioral assessment in early childhood programs: a portrait of preschool inclusion. *Journal of Special Education*, *33*, 138-153.
- Bruner, S.J. (1968). *Processes of cognitive growth: infancy*. Worcester, MA: Clark University Press.
- Bruner, S.J. (1997). Early social interaction and language acquisition. In H.R. Schaffer (Ed.) *Studies in mother-infant integration*. 271-289. New York. Academic Press.
- Bugié, C. (2002). Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. *Revista de Neurología*, *34(supl)*,143-148.

C

- Cabrera M.C., y Sánchez-Palacios C. (2002). *La estimulación Precoz, Un enfoque práctico*. 13ª ed. Madrid: Ed. Siglo XXI de España editores.
- Cairns, R.B., (1983). The emergente of developmental psychology. In P.H. Mussen (Ed) and W. Kessen (Vol. Ed), *Handbook of child's psychology. Vol. I., History, theory and methods*. 4ª ed., 41-102. New York: wiley.
- Cairns, R.B., (1998). The making of developmental psychology. En W. Damon & R.A. Lerner (Eds.), *Handbook of Child psychology. Theoretical models of human development*. (5ªed., vol.1). 25-105. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Candel, I. (1998). Atención Temprana, Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales. *Atención Temprana, 1(1)*, 9-15.
- Candel, I. (1999). *Programa de atención Temprana*. Madrid: CEPE.
- Candel, I. (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica. 3*, 151-192.
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child Care Health Dev. 33*, 664-669. Doi: 10.1111/J.1365-2214.2007.00727x
- Carranza, J.A., Pérez –López, J., González, M.C., & Martínez-Fuentes, M.T. (2000). A longitudinal study of temperament in infancy: stability and convergence of measures. *European Journal of Personality, 14*, 21-37.
- Carretero, M. (1986). Teorías neopiagetanas. En A. Marchesi, M. Carretero, y J. Palacios, (Eds). *Psicología Evolutiva 1. Teorías y métodos, vol, 1*. Madrid: Alianza.
- Carretero, M., y García Madruga, J.J. (1986). Principales contribuciones de Vygotski y la psicología evolutiva soviética. En A. Marchesi, M. Carretero, y J. Palacios, (Eds). *Psicología evolutiva. Vol.1: Teorías y métodos*, 143-163. Madrid: Alianza.

- Casado, D. (1991). El ayer, mañana y el hoy de la Estimulación Temprana. *Encuentro nacional de profesionales de la estimulación temprana*. Madrid, FEAPS.
- Casado, D. (1997). *Cambio de las Instituciones de Bienestar Social en España*. Madrid: Marova.
- Casado, D. (2006). La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo. *Polibea*, 79, 11-16.
- Casas, F. (1993). *Concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia*. III Jornadas de Psicología de la intervención social. Madrid: Ministerio de asuntos sociales, INSERSO.
- Chaillé, S.E.(1887). Infants: Their chronological process. *New Orleans and Surgical journal*, 14. 893-962.
- Cheselden, W. (1728/1972). An account of some observations made by a young gentelman who was born blind or lost his sight so early, that he had no remembrance of ever having seen and was couched between 13 and 14 years of age. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 447-451. En W. Dennis (Ed.), *historical readings in developmental psychology*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Cole, M. (1999). *Psicología cultural*. Madrid: Morata.
- Coll, C. (1989). *Conocimiento psicológico y práctica educativa, introducción a las relaciones entre psicología y educación*. Barcelona: Barcanova.
- Coriat, H.L. (1997). *Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil*. *Escritos de la infancia*, Buenos Aires: Fundación para el estudio de Problemas de la Infancia.
- Cunningham, C. E., & Davis H. (1988). *Trabajar con los padres. Marcos de colaboración*. Madrid: Siglo XXI.

Cunningham, C. E., Rueler, E., Blackwell, J., & Deck, J. (1981). Behavioral and linguistic developments in the interactions' of normal and retarded children with their mothers. *Child Development, 52*, 62-70.

## D

Darwin, Ch. (1859/1979). *El origen de las especies por medio de la selección natural*. Madrid: Edaf.

Debesse, M.- (1970/1972) La infancia en la historia de la psicología. En H. Gratiot-Alphandéry y R. Zazzo (Eds). *Tratado de psicología del niño. Historia y generalidades (vol.1)*. Madrid: Morata.

De Linares, C. (1997). *Estrés en la familia ante el nacimiento de un hijo con déficit*. Estrés y Salud. Valencia: Ed. Promolibro.

De Linares, C. (2003). El papel de la familia en Atención Temprana. *Minusval. Número especial Atención Temprana, 67-70*. Madrid: INSERSO.

De Linares y Rodríguez, F.T. (2004). Bases de la intervención familiar en Atención Temprana. J. Pérez-López, y A. Brito (Eds.). *Manual de Atención Temprana* : Madrid: Pirámide

Delval, J. (1985). *El mecanismo y las etapas del desarrollo*. Madrid: Servicio de Publicaciones del MEC.

Delval, J. (1988). Sobre la historia del estudio del niño, *Infancia y Aprendizaje. 44*, 59-108. Madrid: Siglo veintiuno.

Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*, Madrid: Editorial siglo XXI.

Deweerd, J. (1981). Early education services for children with handicaps: where have we been, where are we now and where are we going?. *Journal of the division for early childhood, 2*. 15-24.

Dueñas, M.L. (2000). Evaluación de programas de atención a los niños con discapacidad. *Revista de Investigación Educativa*, 18, 601-609.

Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Jodry, W. (1997). Influences of social support on children with disabilities and their families. In M.J. Guralnick, (Ed.). *The Effectiveness of Early Intervention*. 73-92. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes,

## E

Edelman, M.W. (1987). *Families in peril: An agenda for social change*. Cambridge: Harvard University Press.

Eibl-Eibesfeldt, I. (1975). *Ethology: The biology of behavior*. 2ª ed. New York: Rinehart and Winston.

Eurlayid. (1991). *Manifesto of the Eurlayid working party with a view to future EC policy: Early Intervention for children with Developmental Disabilities*. Elsenborn: Bélgica.

European Agency for Development in Special Needs Education, (1998). *Early-intervention in Europe. Trends in 17 European Countries*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in special Needs Education (2003). *Special Needs Education in Europe*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in special Needs Education (2005). *Early Intervention: progress and development*. Middelfart: EADSNE.

## F

FEAPS. (2000). *Atención Temprana. Orientaciones para la Calidad. Manuales de buenas prácticas*, Madrid: FEAPS.

FEAPS. (2001). *Manual de buenas practicas en Atención Temprana*. Recuperado de: <http://www.feaps.org/manualesbbpp/atenciontemprana.pdf>



Fuertes, J. y Palmero, O. (1998). Intervención Temprana. En M.A. Verdugo (Ed). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. 925-970. Madrid: Siglo XXI (2ª ed).

## G

Garbarino, J. & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In S.J. Meisels, & J.P.Shonkoff, (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. 76-93. N.Y.: Cambridge University Press,

García Sánchez, F A., y Mendieta, P. (1998). Análisis del tratamiento integral de atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1, 37-43.

García Sánchez, F A., Castellanos P., y Mendieta P. (1998). Definición de atención Temprana y de sus vertientes desde un Modelo Integral. *Revista de Atención Temprana*, 1, 57-62.

García Sánchez, F A., Castellanos P.,& Mendieta P. (2002). Análisis de un Modelo Integral de Intervención. *Bordón*, 54, 39-52.

Gallagher, J.J. (1990). The family as a focus for intervention. In S.J. Meisels, & J.P.Shonkoff, (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*, 540-559. Nueva York: Cambridge University Press.

GAT.(2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

GAT. (2002). Repercusiones del Libro Blanco de la Atención Temprana. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 51-52, 39-44.

GAT. (2004). *Organización Diagnostica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

GAT. (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

- Gesell, A. (1928 ). *Infancy and human growth*. New York: Macmillan.
- Gesell, A. (1940). *Psicología Evolutiva*. Buenos Aires: Paidós
- Gesell, A., Ilg, F.L., & Ames, L.B. (1943). *Infant and child in the Culture of Today: The Guidance of Development in Home and Nursery School*. New York: Harper.
- Giné, C. (1995, Marzo). *Contexto familiar y retraso en el desarrollo: Análisis de la interacción padres-bebes*. I Jornadas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca, España.
- Giné, C., García-Díe, M.T., Grácia, M., y Vilaseca, R. (2002, Octubre). *La participación de los padres en la Atención Temprana en Cataluña*. I Congreso Nacional de Atención Temprana. Murcia, España.
- Giné, C., García-Díe, M.T., Grácia, M., y Vilaseca, R. (2006), *Repensar la Atención Temprana: Propuestas para un desarrollo futuro.. Infancia y Aprendizaje, 29(3), 297-313*.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca. R., Balcells, A., (2009). Trabajar con las familias en Atención Temprana. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado. 65. (23,2). 95-113*.
- Grupo PADI. (1996). *Criterios de calidad en Centros de Atención Temprana*. Madrid: Genysi.
- Guralnick, M.J., & Benett, F.C. (1989). *Eficacia de una intervención en niños minusválidos y en situación de riesgo*. Madrid: INSERSO.
- Guralnick, M.J. (1997). *The effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M.J. (1998). The effectiveness of Early Intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on mental retardation, 102*. 319-345.
- Guralnick, M.J. (1999). Family and child influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5*, 21-29.

Guralnick, M.J. (2001). *Early Childhood Inclusion: Focus on change*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co,

## H

Haddres-Algra, M. (2001). Early Brain Damage and the development of motor behavior in children: Clues for therapeutic intervention?. *Neural plast,8*. 31-49. Doi: 10.1155/NP.2001.31.

Hall, G..S. (1891). Notes on me study of infant. *Pedagogical seminary*, 1.127-138.

Helios II. (1996). *La buena práctica en rehabilitación funcional. Prevención, detección temprana, intervención e integración. Una perspectiva global para los niños con discapacidad. Rehabilitación y adaptación funcional*. Bruselas: Grupo temático 7, Helios II.

Helios II. (1996). *Early Intervention*. Munich: F. Peterander.

Hernandez- Muela. S., Mulas. F., y Mattos L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de neurología*, 38 (Spl I). 58-68.

H. Flavell, J. (1979). *La psicología evolutiva de J. Piaget*. Buenos Aires: Paidós

## I

Inhelder, B., & De Caprona, D. (1985). Constructivisme et création des nouveautés. In Archives Jean Piaget (Eds). Le constructivisme aujourd'hui. *Archives de Psychologie*, 53. 7-10.

## J

Jaeger, S. (1985). Zur Herausbildung von parxisteldern der psychologie bis 1933. In MG, Ash., & V. Genter , (Eds). *Geschichte der deustchen psychologie im 20 Juhrhudert*. 83-112. Opladen: Westdeutscher Verlog.

Jansen, L M.C., Ketelaar, M., & Vermeer, A. (2003). Parental experience of participation in physical therapy for children with physical disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 58-69.

## K

Katona, F. (1983). Organización y puesta en marcha de métodos que prevengan, diagnostiquen y traten precozmente los daños cerebrales. En *1 Conferencia de ministros de sanidad y bienestar social de los países Americanos y España*. IAMER. Madrid.

Katona, F. (1989). Diagnostico neurológico clínico y tratamiento. En P.R. Zelazo, & R.G. Barr, (Eds.). *Desafíos a los paradigmas de desarrollo: implicaciones para la teoría y el tratamiento*. 167-87. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

Kessen, W. (1965), *The child*. New York: John Wiley.

Kozulin, A. (1994). *La psicología de Vygotski*. Madrid: alianza.

## L

Lazar, I.& Darlington, R. (1982). Lasting effects of early education: A report from the consortium for longitudinal studies. *Monographs of the society for research in child development*, 47 (2-3), Serial nº. 195

Lebeer, J.& Rijke, R. (2003). Ecología del desarrollo en niños con daño cerebral. *Niño: cuidado, la salud y el desarrollo*. 29, (2): 131-140. Doi:10.1046/J.1365-2214.2003.00323.x.

Lopez, F. (1986). Etología y psicología evolutiva. En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Eds.), *Psicología Evolutiva, 1. Teorías y métodos* 79-102. Madrid: alianza.

Lopez, F. (1986).Psicoanálisis y psicología evolutiva. En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Eds.), *Psicología Evolutiva, 1. Teorías y métodos* 55-78. Madrid: alianza.

M

- Marrone, M. (2001) *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martí Sala, E. (1991). *Psicología evolutiva. Teorías y ámbitos de investigación*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Meisels, S.J. & Shonkoff, J.P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J.P. Shonkoff & S.L. Meisels, (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*. 3-11. Cambridge: Cambridge University Press.
- Millá, M.G. (1999). *Propuestas para la calidad de los servicios de Atención Temprana. Estado actual*. Ponencia presentada en la IX Reunión Interdisciplinar de alto riesgo de Deficiencias, Madrid, España.
- Millá, M.G. (2002). El Asociacionismo en Atención Temprana. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 53, 99-101.
- Millá, M.G., y Mulas F. (2002). Diagnóstico Interdisciplinar en Atención Temprana. *Revista de Neurología*, 34, (supl). 1, 139-143.
- Millá, M.G., y Mulas F. (2005). *Desarrollo Infantil, Diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia: Promolibro.
- Moore, H.K. (1985). The cognitive foundation and social functions of imitation and intermodal representation in early infancy. In R. Fox & J. Mechler (Eds). *Neonate cognition: beyond blooming buzzing confusions*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moss, P. (1996). *Quality Targets in Services for Young Children*. Bruselas: Comisión Europea, DGV, Childcare Network.
- Mulas, F., y Hernández, S. (2004). Bases neurobiológicas de la Atención Temprana. En J. Pérez-López, y A. Brito, (Eds.). *Manual de Atención Temprana*. 45-56, Madrid: Pirámide.

Mulas, F., y Millá, M.G. (2004). La Atención Temprana: qué es y para qué sirve. *Summa Neurológica 2004; 1*, 31-34.

## N

Nelson, C.A. (2000). Neural plasticity and human developmental: The role of early experience in sculpting memory systems. *Developmental Science, 3*. 115-130.

## O

Odom, S.L. & Kaiser, A.P. (1997). Prevention and Early Intervention during early childhood: theoretical and empirical bases for practice. In W.E. Maclean (Ed.). *Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research* 137-172. New Jersey: LEA (3ªEd.).

Oelkers, J. (2002). Rousseau y la imagen de la educación moderna. (2002). *Revista de Estudios Plan de Estudios*. 79-698.

## P

Palacios, J. (1986). Henri Wallon. En A. Marchesi, M. carretero y J. Palacios (Eds.). *Psicología Evolutiva, teorías y métodos*. 121-141. Madrid: Alianza Editorial.

Pallás, C., De la Cruz, J., y Medina, M.C. (2000). Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto. *Documentos 56/2000*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las personas con minusvalía.

Pardo, A., y Ruíz, M.A. (2002). SPSS11. *Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.

Pérez Pereira, M. (1995). *Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo. Un enfoque histórico crítico*. Madrid: Alianza Editorial.

- Pérez-López, J., y A. Brito (Eds.) (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-López, J., y Martínez-Fuentes, M.T. (2001). El estudio del desarrollo humano: conceptos, métodos y teorías. En L. Navarro, M.J. Rodado, J. Rodado, J. Pérez-López, M.T. Martínez-Fuentes, y M. Beléndez, (Eds.), *Psicólogos internos residentes. Volumen 4. Psicofisiología, Psicofarmacología, Psicología evolutiva y psicología social y organizacional Vol. 4*. 129-178. Sevilla: Editorial MAD.
- Perpiñán, S. (2002, Octubre). *Generando entornos competentes. Padres, Educadores, profesionales de atención temprana: un equipo de estimulación*. I Congreso Nacional de Atención Temprana. Murcia, España.
- Peterander, F., Speck, O., & Bernard, T. (1993). *Les tendencias actuales de L'intervención precoce en Europe*. Munchen: Helios.
- Peters, D.L. & Kontos, S.(1987). Continuity and discontinuity of experience: An intervention perspective. En D.L.Peters & S.Kontos (Eds.), *Continuity and discontinuity in child care*. Norwood, NJ: Ablex.
- Piaget, J. (1961). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1969) *The Psychology of the child*. New York: Grossman
- Piaget, J. (1970). *The Science of education and the Psychology of the child*. New York: Grossman.
- Piaget, J. (1986). *La epistemología genética*. Madrid: Debate.
- Ponte, J. (2003). Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sanitarios. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 56, 5-99.
- Ponte, J. (2004). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. Madrid: INSERSO.

- Ramey, C.T., & Ramey, S.L. (1998). La intervención temprana y la experiencia temprana. *America Psychologist, Vol. 53 (2)*. 131-140. Doi: 10.1037/0003-066X.53.2.109.
- Ramey, C.T., Ramey, S.L., & Friedlander, M.J. (1999). Early Experience and Early Intervention. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 5, Num. 1*. Nueva York: Willey-Liss.
- Reese, C. (1985). Head Star at 20. *Children today, 1.4*, 6-9.
- Retortillo, F., y Puerta, E. (2004). Marco normativo de las necesidades educativas especiales en las edades tempranas. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, 57*, 5-17.
- Rossetti, L.M. (1986). *High risk infants: Identification, assessment and intervention*. Londres: Taylor and Francis.
- Rousseau, J.J. *Emilio o sobre la educación. (1762/1981)*. Biblioteca Edaf, 33. Madrid: Ediciones y distribuciones, S.A. Jorge Juan.
- Rivieré, A. (1985). *La psicología de Vygotski*. Madrid: Visor.

## S

- Saenz-Rico, B. (1997). Programa de intervención temprana para sujetos de alto riesgo biológico. *Revista de Educación Especial, 23*, 29-35.
- Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. In Sameroff, A.J. & Seifer, R. *Review of child Development Research, Vol, 4*, Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development, 18*, 65-79.
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P.H. Mussen (Ed. Serie) & W. Kessen (Ed.), *Handbook of child psychology: History, Theories, and Methods. Vol.1*. New York: Wiley.



- Sameroff, A.J. (1987). The social context of development. In N. Eisenberg (Ed.). *Contemporary topics in developmental psychology*. 273-291. New York: Wiley.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Barocas, B., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). IQ Scores of 4-year old children: Social environmental risk factors. *Pediatrics*, *79*. 343-350.
- Sameroff, A.J., & Fiese B.H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S.J. Meisels, & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 119-149. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. 3-13 New York: Guilford Press.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence. The influence of social and family risk factors. *Child development*, *64*. 80-97.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000) Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J.P. Shonkoff, & S.J. Meisels, (Eds.), *Handbook of early Childhood Intervention* 135-159. New York: Cambridge University Press.
- Sarnat, H.B. (1996). Neuroembryology. In B.O. Berg (Ed.). *Principles of child neurology*, 607-628. New York: McGraw Hill.
- Schalok, R.L. (1995). Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas: tendencias actuales. *I Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Schorr, L. & Schorr, D. (1988). *Within our reach*. New York: Doubleday.
- Senlla, A. (1993). *Calidad total en los servicios y en la administración pública*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S.J. (1997). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.

- Shonkoff, J. P., & Marschall, P.C. (1990). Biological bases of developmental dysfunction. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*. 35-52. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D.A. (2000). *From Neurons to Neighborhood. The science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy Press.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York. Macmillan.
- Soriano, V. (2003). *Atención Temprana: Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Comisión Europea: D.G. de Educación, formación, Cultura y Bilingüismo.

## T

- Takanishi, R. & DeLeon, P.H. (1994). A head start for the 21<sup>st</sup> century. *American Psychologist*, 49 (2).
- Taine, H. (1876). Note sur l'acquisition du langage chez les enfants et dans l'espèce humaine. *Revue Philosophique*, 1. 3-23.
- Trivette, C.M., Dunst C.J., & Deal, A.G. (1997). Resource-Based Approach to Early intervention. In S.K. Thurman, J.R. Cornwekk, J.R., & Gottwald, S.R. *Contexts of early intervention: systems and setting*, 73-92. Baltimore: Brookes Publishing.
- Turnbull, A.P., Blue-Banning, M., & Turnbull, H. (1999). From parent education to partnership education: A call for a transformed focus. *Topics in early childhood special education*, 19 (3). 164-172.
- Turnbull, A.P. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: El Nuevo paradigma. En M.A. Verdugo y B.J. Jordán de Urríes (Eds.) *Investigación, Innovación y Cambios*. 61-82. Salamanca: Amarú Ediciones.

## U

UNESCO. (1994). *The Salamanca statement and framework for Action on Special Needs Education*. Paris: UNESCO

UNESCO. (1997). *International consultation on Early Childhood Education and special Educational Needs*. Paris: UNESCO

United Nations Organization. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. New York:

UN

United Nations Organization. (1959). *Declaration of the Rights of the Child*. New York: UN

United Nations Organization. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York: UN

United Nations Organization. (1993). *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York: UN

## V

Volpe, J.J. (1987). *Neurologic of the newborn*. Philadelphia: W.B. Saunders.

VVAA. (1999). *La Atención Temprana en la comunidad de Madrid*. Situación actual y documentos del grupo PADI. Genysi.

VVAA. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

VVAA. (2004). *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. IMSERSO.

Verdugo, M.A. (1994). Estrés familiar: metodología de intervención. *Siglo Cero*, 25, 37-45.

Verdugo, M.A. (1997, mayo). Investigación en discapacidad: Prioridades del futuro inmediato. *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca, España.

Vygotski, L.S. (1978) *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vygotski, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

## W

Watson, J.B. (1928). *Psychological care of infant and child*. New York: Norton.

Watson, J.B.(1966). The development and generalization of contingency awareness in early infancy: some hypotheses. *Merrill-Palmer Quarterly*, 12,123-136.

Wallon, H. (1977). *La evolución psicológica del niño*. Barcelona: Critica.

Werner, E.E., Bierman, J.M., & French, F.E. (1971). *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu: University Press of Hawaii.

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University Press of Hawaii.

Wood, D.J. (1980). Teaching the young child: some relationships between social interaction, language and thought. En D.R. Olson (ED.). *The social foundations of language and thought*. New York: Norton.

World Health Organization. (1980). *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Geneva: WHO

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO

Wyly, M.V. (1995) *Premature infants and their families: Developmental interventions*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

## Z

Zigler, E., & Valentine, J. (1979). Eds. *Head Start: A legacy of the war on poverty*. New York. Free Press.

Zigler, E., & Muenchow, S. (1992). *Head Start: The insides story of America's most successful educational experiment*. New York. Basic Books.

Ziegler, E., Styfco, S.J. & Gilman, E. (1993). The national head start. Program for disadvantage preschoolers. In E. Ziegler & S.J.Styfco (Eds.). *Head Start And beyond: A national plan for extended childhood intervention*. New Haven, CT: Yale University Press.

## V.- ANEXOS



Anexo número: 1

nbNºHª

Ps.Ref.:

---

A N A M N E S I S

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

DNI:

F.N.:

Lugar:

Edad cronológica:

Edad corregida:

F. Consulta:

Remitido:

Pediatra:

EE.II / Colegio:

Educador:

Dirección:

Teléfono/s :

DATOS FAMILIARES

Padre:

F.N.:

Edad:

Profesión:

Estudios:

Estado civil:

Nacionalidad:

Madre:

F.N.:

Edad:

Profesión:

Estudios:

Estado civil:

Nacionalidad:

GENOGRAMA (Incluir FN hermanos)

---

---

---



HISTORIA FAMILIAR (Vivienda, convivencia con familiares, ayudas económicas, apoyos, etc.)

---

---

---

---

MOTIVO DE CONSULTA

Descripción del problema

---

---

---

---

---

---

---

---

Especialistas consultados y diagnósticos

---

---

---

---

Tratamientos

---

---

---

---

Antecedentes familiares

---

---

---

---

Hª PRENATAL

Hª EMBARAZO (Edad, incidencias, vivencia, etc.)

Edad gestacional:

---

DGTCO. PRENATAL    Ecografía             Amniocentesis             Otros

Hª PARTO

---

Lugar: Gemelar

Normal                       Provocado                       Eutócico                       Distócico

Instrumentado:                      Fórceps                       Ventosa                       Cesárea

Anestesia:

Hª NEONATAL

Estado del niño al nacer (Llanto, color, asistencia médica, etc.)

---

Ingreso al nacer:    Planta                       UCIN                       Traslado hospital para ingreso

Motivo:

---

Peso:                      Talla:                      P.C:                      APGAR:                      OEA/ PEATC:

Incidencias 1º días:

---

Alimentación / Sueño

---

Hª DEL DESARROLLO

Sostén cefálico:

Sedestación:

Gateo (Otro desplazamiento):

Bipedestación:

1º Pasos:

1ª Palabras:

1ª Frases:

Control esfínteres

Diurno:

Nocturno:

Problemas en control esfínteres

Alimentación actual:

Sueño actual:

Cuidador principal

#### Hª MÉDICA

Revisiones:

Vacunas:

Enfermedades/Tratamientos/Pruebas médicas:

Seguimiento/s especialista/s:

Hospitalizaciones:

Medicación actual:

#### Hª EDUCATIVA

EE.II./ Guardería/ Otros:

Colegio:

OBSERVACIONES

Anexo número: 2

ENTREVISTA CON LOS MAESTROS		Fecha:	
CEIP:		Tutor/a:	
Nombre del niño:		F.N:	Edad:
Adaptación:			
Actitud hacia la escuela:			
NEE:			
N.C.C.			
Informes anteriores: EOEP, calificaciones,...			
MEDIDAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD APOYOS    DENTRO    FUERA    HORARIO P.T. A.L. FST. REFUERZO:			

ACIS:					
REVISIÓN DE LOS TRABAJOS:					
ESTILO DE APRENDIZAJE.					
Preferencia de trabajo	grupal	<input type="checkbox"/>	individual	<input type="checkbox"/>	
Atención:					
Motivación:					
Intereses:					
Cumplimiento de las normas:					
Problemas en clase:					
Relación con los profesores:					
Relación con los compañeros:					
Colaboración centro-familia:					
Ubicación del alumno:					
Estilo educativo:					

Observaciones contexto-aula:

Observaciones significativas del profesorado:

Observaciones:

Anexo número 3:

ENTREVISTA CON LOS PADRES		Fecha:		
Datos de identificación				
Nombre del niño:		F.N:		Edad:
Alta en el centro:	Tratamientos que recibe:	PSI: <input type="checkbox"/>	L: <input type="checkbox"/>	FST: <input type="checkbox"/>
Motivo de consulta:		Derivado por:		
Persona que acude:				
Datos familiares				

Estructura familiar:
Relaciones familiares: (familia nuclear y extensa)
Datos relevantes de informes anteriores: Hª Desarrollo
Hábitos de autonomía
• Alimentación:
• Sueño:
• Vestido:
• Higiene:
• Control de esfínteres:
• Desplazamiento:

<ul style="list-style-type: none"><li>Responsabilidad:</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Comunicación:</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Juego:</li></ul> <p>Estado de salud actual:</p> <p>Problemas detectados / evolución de los mismos (análisis funcional)</p> <p>Estilo educativo</p>
Observaciones:

Anexo número 4:

INFORME DE SEGUIMIENTO PSICOEVOLUTIVO N<sup>o</sup>, 1

Revisión de los 0 – 6 – 12 – 24 – 36 – 50 meses (rodear la correcta)

Expediente n<sup>o</sup>: (Historia Clínica N<sup>o</sup>: ) Fecha: 00-00-0000

1.- Datos del niño:

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad Cronológica:

Edad Corregida:

Nombre de los padres:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

3. Motivo de consulta / Antecedentes: El niño ha sido derivado a este centro por presentar factores de riesgo por



Primera valoración: (fecha)

Siguientes valoraciones: (fechas)

4.- Niveles y datos del desarrollo del niño:

PRUEBAS APLICADAS: (seleccionar las utilizadas y borrar las no usadas)

ESCALAS BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL (BSID-II):

(Fecha de aplicación: ; Edad en la fecha de aplicación: )

	Índice de Desarrollo		Edad de desarrollo
	Edad cronológica	Edad Corregida	
Escala Mental			meses aprox.
Escala Motora			meses aprox.

ESCALAS McCARTHY DE APTITUDES Y PSICOMOTRICIDAD:

(Fecha de aplicación: ; Edad en la fecha de aplicación: )

Escala	Puntuación Típica
Verbal	
Perceptivo-Manipulativa	
Numérica	
Índice General Cognitivo	
Memoria	
Motricidad	

REYNELL: Escalas para evaluar el desarrollo del lenguaje

(Fecha de aplicación: ; Edad en la fecha de aplicación: )

ESCALA	EDAD EQUIVALENTE	PUNTUACIÓN TÍPICA
Lenguaje Expresivo: Estructura		
Vocabulario		
Contenido		
TOTAL		

Comprensión Verbal:		
---------------------	--	--

CBCL -Escala de Conducta de Achenbach

(Fecha de cumplimentación por los padres: ; Edad del niño en dicha fecha: )

Hiperactividad	
Déficit de Atención	
Conductas agresivas	
Otros (menores)	

5. HALLAZGOS RECIENTES RELATIVOS AL DESARROLLO FÍSICO/SALUD:

AUDICIÓN	SI	NO	Especificar:
VISTA	SI	NO	Especificar:
NEUROLÓGICO	SI	NO	Especificar:
MOTOR	SI	NO	Especificar:
OTRA	SI	NO	Especificar:

6. COMENTARIOS SOBRE ASPECTOS CUALITATIVOS DEL DESARROLLO:

ÁREA COGNITIVA:

- Sin problemas, desarrollo adecuado a su edad (corregida) ( )
- Problemas: ( ) problemas atención ( ) intereses/motivación ( )  
Otra:.....

DESARROLLO MOTOR:

- Sin problemas, desarrollo adecuado a su edad (corregida) ( )
- Problemas: ( ) motricidad gruesa ( ) motricidad manual ( )  
Otra:.....

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

- Sin problemas, desarrollo adecuado a su edad (corregida) ( )
- Problemas: ( ) déficit auditivo ( ) lenguaje comprensivo ( ) L. expresivo.  
( ) Otra:.....

SOCIO-AFECTIVO Y CONDUCTA:

- Sin problemas, desarrollo adecuado a su edad (corregida) ( )
- Problemas: ( ) relación adultos ( ) relación iguales ( ) Rabietas o similar  
( ) Otra:.....

HÁBITOS DE VIDA DIARIA (SUEÑO):

- Sin problemas, desarrollo adecuado a su edad (corregida) ( )
- Problemas con el sueño por: ( ) falta de hábitos ( ) inquietud extrema ( )  
otra.....

**HÁBITOS DE VIDA DIARIA (ALIMENTACIÓN):**

- Sin problemas, desarrollo adecuado a su edad (corregida) ( )
- Problemas con comida por: ( ) falta de hábitos ( ) dificultad orgánica ( )  
otra.....
- 

**7. Resumen de Tratamiento/s o Intervención/es Psicopedagógica/s llevada/s a cabo:**

Intervención	SI/NO	Tipo	Edad Inicio	OBSERVACIONES
Tipo 1 (*)				
Tipo 2 (*)				
Tipo 3 (*)		Fisioterapia		
		Estimulación		
		P.T.		
		A. Lenguaje		
		Otra:		
Escuela Infantil (0-3 años)		Ordinaria		
		Apoyos		
		A. Abierta		
Escolaridad Infantil y Primaria		Ordinaria		
		Con apoyos		
		A. Abierta		
		C.E.E.		

(\*) Tipo 1: Sólo precisa seguimientos e información/pautas verbales; Tipo 2: Tipo 1 + pautas (escritas o no) específicas para casa y/o escuela; Tipo 3: Incluye Tipo 1 + 2, pero precisa, además, tratamiento especializado.

**RESUMEN DE LAS ORIENTACIONES DADAS A LA FAMILIA:**

- Tratamientos especializados en el propio centro o servicio:
- Derivaciones a otro servicio para tratamiento o valoración especializada:
- Intervención y apoyo familiar:
- Próxima evaluación/valoración por/en el Centro:

Profesional:

Anexo número 5:

## INFORME DE SEGUIMIENTO PSICOEVOLUTIVO N° 2

### DATOS DEL NIÑO

EXPEDIENTE N°:

Nombre: Apellidos:  
Fecha de nacimiento: Fecha de examen:  
Edad cronológica: Edad corregida:  
Nombre padres: Dirección:  
N° hermanos: Lugar que ocupa:

### MOTIVO DE CONSULTA

### ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares

Antecedentes Personales

- Pre y connatales

Embarazo:

Parto:

- Hª del desarrollo
- Hª médica

Controles médicos / Pruebas complementarias:

- Hª Escolar

### NIVELES Y DATOS DEL DESARROLLO DEL NIÑO

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Revisión documentación aportada.
- Entrevista con la familia.
- Escalas psicométricas: Bayley, Batelle,...
- Valoración Fisioterápica.
- Valoración Logopédica

### PRUEBAS APLICADAS

- ESCALAS BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL (BSID-III):

Fecha de aplicación:

Edad corregida en la fecha de aplicación:

ÁREA	EDADES EQUIVALENTES
Cognitiva	

Lenguaje Receptivo	
Lenguaje Expresivo	
Motricidad Fina	
Motricidad Gruesa	

## ■ INVENTARIO DE DESARROLLO BATELLE

Fecha de aplicación:		Edad en fecha de aplicación:	
----------------------	--	------------------------------	--

AREA	E. E.
Personal y Social	meses
Adaptativa	meses
Motor Grueso	meses
Motor Fino	meses
Total Motor	meses
Lenguaje Receptivo	meses
Lenguaje Expresivo	meses
Total Lenguaje	meses
Total Cognitivo	meses
Total B.D.I.	meses

## VALORACIÓN FISIOTERÁPICA

### ■ VALORACION FSIOTERÁPICA

Fecha de aplicación:	Edad en fecha de aplicación:
----------------------	------------------------------

Análisis Postural

Motricidad Espontánea

- D. Dorsal

- D. Ventral

*Según la ontogénesis motora de Vojta, aprox. muestra de forma cuantitativa una edad de desarrollo entre meses, cualitativamente persisten déficits que lo sitúan en edades inferiores al 1º trimestre /su evolución se considera positiva, aunque debe madurar algunos de los patrones que presenta.*

### ■ ALBERTA INFANT MOTOR SCALE

Fecha de aplicación:	Edad en fecha de aplicación (Cr. / Crr.):
----------------------	---

	ITEMS CONSEGUIDOS	ITEMS CONSEGUIDOS EN VENTANA	PUNTUACIÓN SUBESCALAS
D. PRONO			
D. SUPINO			
SEDESTACIÓN			
BIPÈDESTACIÓN			

PUNTUACIÓN TOTAL	PERCENTIL

## VALORACIÓN LOGOPÉDICA

- ESCALAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE DE REYNELL III

Fecha de aplicación:

Edad en fecha de aplicación:

<i>COMPRENSIÓN</i>	
<i>EXPRESIÓN</i>	

- PRUEBA DEL LENGUAJE ORAL DE NAVARRA 3 AÑOS (PLON-3)

Fecha de aplicación:

Edad en fecha de aplicación:

<i>Forma</i>	Retraso
<i>Contenido</i>	
<i>Uso</i>	
<i>Total de la prueba</i>	

- ESCALA DE LENGUAJE PREESCOLAR

Fecha de aplicación:

Edad en fecha de aplicación:

<i>COMPRENSIÓN AUDITIVA</i>	
<i>HABILIDAD VERBAL</i>	
<i>EDAD DE DESARROLLO GENERAL</i>	

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

## ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

### RESUMEN DE LAS ORIENTACIONES DADAS A LA FAMILIA:

Fecha

Fdo.:

Fdo.:

*Nota: Los datos reflejados en este informe son confidenciales. Expresan la situación actual del niño/a y no presuponen su evolución futura.*

Anexo número 6

<b>PROTOCOLO DE DERIVACIÓN/ INFORMACIÓN</b>
---

---

**CENTRO DE DESTINO**

*Nombre del Centro:*

*Fecha:*

*Profesional:*

*Dirección:*

---

**DATOS DEL NIÑO**

*Nombre:*

*F.N.:*

*Edad Cr.:*

*Edad Crr.:*

*Nombre de los padres:*

*Dirección:*

*Teléfono/s:*

*Escolarización:*     Escuela Infantil     Guardería     Colegio

*Observaciones:*

---

**VALORACIÓN E INTERVENCIÓN**

*Motivo de Consulta:*

*Remitido por:*

*Fecha de alta CDIAT:*

*Profesional / es de referencia:*

**INTERVENCIÓN**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALTA EN CDIAT               | <input type="checkbox"/> BAJA EN CDIAT | <input type="checkbox"/> LISTA DE ESPERA                                    |
| <input type="checkbox"/> EN PROCESO DIAGNÓSTICO      |  |   |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA                |  | <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN EN SEGUIMIEN-<br>TO / RECOMENDACIONES |
| <input type="checkbox"/> ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ |  |   |
| <input type="checkbox"/> LOGOPEDIA                   |  | <input type="checkbox"/> DERIVACIÓN   |
| <input type="checkbox"/> APOYO FAMILIAR              |  | <input type="checkbox"/> SALUD MENTAL                                       |
| <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA    |  | <input type="checkbox"/> EOEP   |
| <input type="checkbox"/> ESTIMULACIÓN COGNITIVA      |  | <input type="checkbox"/> ESPECIALISTA MÉDICO                                |
| <input type="checkbox"/> PSICOMOTRICIDAD             |  | <input type="checkbox"/> OTROS  |
-

## Observaciones

### Pruebas realizadas

- **ESCALAS BAYLEY DE DESARROLLO INFANTIL (BSID-III):**

Fecha de aplicación:

Edad en la fecha de aplicación:

ÁREA	EDADES EQUIVALENTES
Cognitiva	meses
Lenguaje Receptivo	meses
Lenguaje Expresivo	meses
Motricidad Fina	meses
Motricidad Gruesa	meses

- **EVALUACIÓN LOGOPÉDICA**

- **EVALUACIÓN FISIOTERAPIA**

Fecha de aplicación:

Edad en la fecha de aplicación:

### Impresión diagnóstica

Águilas,

de 2014

Fdo.:

Psicóloga CDIAT Águilas