

Trabajo Fin de Grado 2013/2014

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA



Trabajo Fin de Grado de Maestro en Educación Infantil

En Almería, a 12 de Junio de 2014

Presentado por:

Naira Moya Ferre

Dirigido por:

Pilar Sánchez López

RESUMEN

La Atención Temprana, AT en adelante, es un ámbito de trabajo relativamente reciente que en los últimos años se encuentra a la orden del día tanto a nivel social como sanitario y educativo. De ello, se deduce que es un área en continua y creciente investigación que pretende atender las necesidades transitorias o permanentes de los niños que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Son muchas las acepciones teóricas que han aproximado su definición desde el inicio, en los años setenta de las primeras experiencias de Intervención temprana hasta el día de hoy. Se han delimitado diversos elementos relativos a la detección, evaluación e intervención en las diferentes patologías así como se han perfilado sus principales destinatarios y la edad de los mismos. Pero, ¿Quiénes son los profesionales de la AT?

En este proyecto se tratará de definir su carácter multidisciplinar, delimitando los niveles y los contextos en los que se desarrolla. Para ello, apoyándonos en este marco de actuación concretaremos los distintos profesionales que participan así como, las funciones que desempeñan y la dinámica de trabajo que siguen dentro de los mismos, tratando de resaltar las ventajas e inconvenientes que encontramos.

Para finalizar y a modo de conclusión, resaltaremos el importante papel del docente y de la Educación Infantil dentro de la AT como medio privilegiado, desde un planteamiento preventivo y compensador, para el tratamiento y la atención de todos los niños y, en especial, de aquellos que presentan dificultades en su desarrollo o riesgo de padecerlos.

Palabras clave: Atención Temprana, Profesionales de la Atención Temprana, Equipos de Intervención Temprana, Niveles de Intervención, Carácter Multidisciplinar.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
LA ATENCIÓN TEMPRANA.....	4
• Concepción.....	4
• Principios básicos y objetivos de la AT.....	6
NIVELES DE INTERVENCIÓN.....	7
PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN Y PROFESIONALES.....	8
DINÁMICAS DE TRABAJO.....	14
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXO I.....	21

INTRODUCCIÓN

La Atención Temprana es un ámbito de trabajo que en los últimos años ha crecido considerablemente en diversas áreas. Desde sus inicios hasta lo que hoy en día entendemos por AT han ido surgiendo múltiples definiciones que han ido configurando su actual marco desde el punto de vista teórico y práctico, englobando, además, los niveles de intervención que alcanza, así como sus principales ámbitos de trabajo y profesionales.

En España, encontramos que en la década de los setenta, los nuevos enfoques en política de bienestar social producen un aumento de la sensibilidad de la sociedad ante las necesidades de los niños/as que presentan dificultades en el desarrollo. Este hecho puso en marcha los primeros programas de “Estimulación Temprana”. Si en un principio la AT se centraba únicamente en el niño/a con dificultades en el desarrollo, es en la actualidad, cuando la evolución de su concepción nos ha puesto frente a una idea mucho más amplia que tiene en cuenta la globalidad del niño, a su familia y el contexto en el que se desarrolla. En este avance tuvo gran relevancia la creación del Grupo de Atención Temprana (GAT) que dejó a un lado una primera visión meramente asistencial para centrarse en una vertiente más psico-social y educativa.

Es por ello, por lo que en este trabajo, fruto de un análisis documental de profundización, se tratará de definir de un modo introductorio el concepto más aceptado de la AT, para posteriormente centrarnos en determinar cuáles son los niveles de intervención y los ámbitos de trabajo. Además, trataremos de precisar su carácter multidisciplinar definiendo quiénes son los profesionales que trabajan en los distintos ámbitos y cuáles son las principales funciones que desempeñan.

LA ATENCIÓN TEMPRANA

Concepción

A pesar de que la AT es un ámbito de trabajo relativamente reciente, su concepto ha sufrido diversos cambios a lo largo de los años, lo que ha ido enmarcando y delimitando lo que hoy en día entendemos por ella.

Si bien, en sus inicios se hablaba de “estimulación precoz o temprana”, el concepto de AT nace para superar esta primera idea centrada únicamente en el niño y basada en un *modelo clínico rehabilitador* para dar paso a un *modelo más psicopedagógico* (García Martín, 1984), el cual da un mayor reconocimiento a la

necesidad de una adecuada colaboración y relación entre los emisores y los receptores de la atención temprana.

Según Pegenaute Lebrero (2008) la AT ha dejado de ser hoy en día un servicio de estimulación puntual para niños con discapacidad, para convertirse en un servicio de atención a cualquier niño cuyo desarrollo no cumpla con las expectativas propias de su edad o que esté en riesgo de no cumplirlo extendiéndose así a su familia y a su entorno.

Es en este contexto de cambio de estimulación a atención, cuando en 1993, en España, nace el Grupo de Atención Temprana (GAT) con el objetivo de unificar los conceptos y criterios que hacían referencia a esta disciplina. Con este fin se publicó, en 2001, bajo la editorial del Real Patronato sobre Discapacidad el “*Libro Blanco de Atención Temprana*” el cual considera los primeros años de vida como una etapa crítica en la que se desarrollan y se potencian las habilidades perceptivas, motrices, sociales, cognitivas y lingüísticas del niño y por tanto la etapa en la que la AT cobra su más amplia funcionalidad. Podemos consultar su definición en el Anexo I-1

Por lo tanto la AT observa y tiene en cuenta las capacidades del niño para poder potenciarlas y sus dificultades para intentar disminuirlas, entendiendo al niño en su globalidad con su familia. (Pegenaute Lebrero, 2008)

Es interesante también la definición que plantea Gallego Ortega (1993) en la que delimita una doble vertiente de la AT. Por un lado hablaríamos de un *carácter asistencial* cuyo objetivo sería disminuir los déficits que una anomalía haya podido proporcionar y por otro, de un *carácter preventivo* en el que se le proporcionaría a los receptores los estímulos que necesitan para experimentar una evolución normalizada de su desarrollo.

Ya en 1984, Párraga y Rodríguez definían cuatro direcciones de actuación: “*..debe ser una acción progresiva dirigida a la globalidad del sujeto, iniciada lo más precoz posible y que considere el entorno familiar en el que éste está inmerso.*” (Párraga y Rodríguez, 1984)

De todo lo anterior, podemos deducir que siempre ha existido la necesidad en la AT de desarrollar tanto procesos de prevención como de actuación que “*...desde la vertiente preventiva y asistencial puedan potenciar la capacidad de desarrollo y bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, social y escolar, así como su autonomía personal.*” (Gutierrez, 2005) Esta necesidad permanente ha contribuido a la multiplicidad de acepciones teóricas cuya evolución ha permitido el actual concepto de AT.

Principios básicos y objetivos de la AT

Los principios sobre los que se sustenta la AT, así como los objetivos que persigue resultan útiles de conocer y tener en cuenta antes de profundizar en los niveles y ámbitos de actuación.

Gratuidad. Para que la AT tenga el efecto deseado y pueda compensar las desigualdades facilitando la igualdad de oportunidades es necesario que sea un servicio gratuito para todos aquellos niños y aquellas familias que lo necesiten. Según la Agencia Europea “...los servicios se costean por los fondos públicos, sanitarios, sociales o educativos, o por medio de compañías de seguros y asociaciones sin ánimo de lucro. También existen servicios privados que son pagados por las familias...” (Agencia Europea, 2005)

Responsabilidad compartida. Ha de promover la participación, coordinación, el intercambio entre diversos servicios de manera que se complemente facilitando así el desarrollo de esta atención. De nuevo la Agencia Europea establece que “ los equipos y/o profesionales de AT necesitan compartir, principios, objetivos y estrategias de trabajo.” (Agencia Europea, 2005)

Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional. La base de la AT es sustentada por numerosas disciplinas cuya “ actuación conjunta facilitan el proceso madurativo del niño en todos los ámbitos, permitiéndole así alcanzar el máximo de nivel de desarrollo e integración social.” (Quirós, 2009). Por tanto los profesionales deben de tener, además de una formación específica, una parte común de conocimiento que les permita poner en común distintas teorías y trabajar en equipo.

Descentralización. Se hace necesario apoyar iniciativas de comunidades, municipios y/o localidades que pretendan desarrollar programas de AT con niños o con sus familias.

Sectorización. “Hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad...”(Peñafiel, Hernández y Chacón, 2003)

Por otro lado, El Libro Blanco de la Atención temprana establece como principal objetivo “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). De este objetivo principal se separan seis objetivos específicos necesarios para una adecuada AT, los cuales podrán ser consultados en el Anexo I-2. (GAT, 2000)

De estos objetivos se deduce la importancia de aprovechar las edades tempranas del niño, en la que la plasticidad cerebral es mayor, para atender de forma más integral los problemas que pueda presentar en el desarrollo, evitando así, la aparición de problemas secundarios. De la misma manera, se hace notable el interés por tener en cuenta las necesidades del niño, de su familia y del entorno en el que vive a la hora de desarrollar un programa de AT que permita eliminar las barreras y adaptarnos a sus características.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

La *salud* ha sido definida por la Organización mundial de la salud (OMS) como *un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.* (OMS, 1946).

Basándonos en este concepto y en el modelo Bio-psico-social de Atención temprana que define “*El libro blanco de la Atención Temprana*” (2000) se deduce una necesidad primaria en establecer relaciones entre los programas y los servicios que actúan con el niño y sus familias. Por ello, se hace imprescindible que tanto los centros como los servicios de la AT actúen de manera coordinada con otras instancias sociales, de la administración y la comunidad de manera que favorezcan la salud, la educación y el bienestar social. Partiendo de esta base se establecen tres niveles principales de intervención:

Prevención primaria: Es a este nivel dónde se incluyen las actuaciones dedicadas a la protección de la salud y que se orientan a promover el bienestar de los niños y de sus familias. Por tanto, a la AT, en este nivel, le corresponde señalar aquellos aspectos que puedan ser relevantes para, así, evitar la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios principales que desarrollan su actuación en este nivel son los de Salud, los Servicios Sociales y Educación. Es *El libro Blanco de la Atención Temprana* (2000) el que añade, además, los Centros de desarrollo infantil y atención temprana.

Prevención secundaria: En este segundo nivel, la AT se encarga de la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo convirtiéndose así en un nivel fundamental para la puesta en marcha de distintos mecanismos de actuación. Es, en este nivel, dónde se muestra relevante la necesidad de una pronta detección de los trastornos que el niño pueda desarrollar para, de esta manera, obtener una mayor eficacia debido a que la plasticidad del sistema nervioso, en estas edades, es convenientemente superior. Destacar que *la detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención terapéutica* (GAT, 2000). Al igual que en el nivel anterior, los servicios principales corresponderían a las áreas de Salud, Educación y Servicios Sociales destacando en la primera los servicios de Obstetricia, Neonatología y Pediatría.

Prevención terciaria: La prevención terciaria en AT *agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo* (GAT, 2000). Esta atención se lleva a cabo una vez que se realiza la detección y el diagnóstico y debe ser planificada por un equipo interdisciplinar de profesionales que actúan teniendo en cuenta el carácter global y las capacidades y dificultades del niño. En este nivel, como objetivo secundario, destacar la atención a las familias para que sean conscientes de la realidad de sus hijos, sus competencias y restricciones y convertirse así en un agente potenciador del desarrollo del niño. Y es en este nivel dónde los centros de desarrollo infantil y atención temprana (CDIAT) cobran un especial protagonismo.

PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN Y PROFESIONALES

En este punto mencionaremos los principales contextos y ámbitos en los que la AT tiene lugar para poco a poco ir extrayendo el repertorio de profesionales que trabajan y se coordinan para dar cabida y funcionalidad a esta disciplina. Tomando como referencia las publicaciones realizadas por el Grupo de Atención Temprana (2000) consideramos como principales ámbitos de actuación en AT:

Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

Los CDIAT o CAIT en Andalucía son definidos como “*servicios autónomos cuyo objetivo principal es atender a la población de 0-6 años que presentan trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos*” (GAT 2000) y a su vez como “*servicios autónomos, gratuitos, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y*

sectorizados” según las Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana (GAT, 2005). Surgieron alrededor de los años 70 y han ido experimentando a lo largo, desde entonces, distintos cambios para adaptarse a las múltiples demandas de la sociedad. Estos grupos trabajan en la elaboración de programas de forma conjunta con otras instituciones, asociaciones y profesionales destacando, así, su carácter interdisciplinar.

Tanto en los distintos países europeos como en las diversas comunidades autónomas de España, existen gran variedad de centros de intervención que cuentan con un reparto no homogéneo de recursos, cuyo único marco común correspondería a las funciones de los distintos profesionales. (Juan-Vera & Pérez-López, 2009). De ello se deduce la importancia de conocer y profundizar acerca de quiénes son los profesionales que intervienen en estos centros. Según Juan-Vera & Pérez-López (2009), el equipo de profesionales de un CDIAT *“tiene un carácter interdisciplinar o transdisciplinar y es de orientación holística, es decir que comprende en su intervención a todos los aspectos bio-psico-sociales del niño, a su familia y a su entorno. La labor que deben de llevar a cabo supone trabajar en coordinación y desde diversos enfoques. (...) Todos ellos tendrán una formación altamente cualificada en Atención temprana y con posterioridad formados a través de cursos o másteres especializados; pero sin olvidar la necesaria formación continua”*

Además, entre sus principales funciones y líneas generales de actuación destacan, según la *“Federación española de organizaciones a favor de las personas con retraso mental. FEAPS, 2001 ”* : *sensibilización, prevención y detección temprana; e intervención Terapéutica.*

Por otro lado, destacar que, como Equipo de *“Atención Directa”* , (AIDEMAR, 2013) los CDIAT cuentan con alrededor de diez profesionales cuya composición puede variar dependiendo del modelo de actuación que elija el centro, pero que por lo general, estarán formados por:

Psicólogo: En la mayoría de ocasiones se encargan de la dirección del CDIAT. Como directores de estos centros llevan a cabo la coordinación técnica de los distintos profesionales y realiza un primer contacto con las familias. También se encargan de la exploración inicial, aspecto esencial para detectar posibles trastornos y actuar de forma precoz.

Terapeuta de AT: Los terapeutas de AT llevan a cabo exploraciones rutinarias y continuas distintas a la inicial así como, desarrollan las intervenciones

individualmente o bien en forma grupal teniendo en cuenta en todo momento las características individuales, capacidades y limitaciones del niño.

Fisioterapeuta: Al igual que los terapeutas se encargan de llevar a cabo exploraciones e intervenciones a nivel individual y grupal

Trabajador social: El trabajador social tiene como función principal la atención a las familias. De ellos se deriva el asesoramiento y la mediación de los recursos.

Pedagogo: Los pedagogos se encargan de realizar una evaluación funcional y psicopedagógica del desarrollo infantil así como, pueden desarrollar las tareas de orientación familiar. Como objetivo secundario, pueden desempeñar las tareas de informar a la escuela ,dónde acude el niño, sobre la situación del mismo en el momento de integrarse a ella, colaborando así, con el equipo escolar y los educadores.

Logopeda: El logopeda se encarga de rehabilitar las funciones comunicativas, del lenguaje oral y escrito, del habla y de las funciones orales asociadas como la masticación, deglución o respiración.

Pediatra: Su tarea principal en el ámbito de la atención temprana es la de, según Quirós (2009) atender, filtrar, seleccionar qué casos han de ser derivados a centros específicos para su oportuna valoración y atención. No siempre se encuentran formando parte del equipo del CDIAT, pero sí representan un punto importante de partida para una adecuada intervención.

Además de todas estas funciones, los profesionales del CDIAT desarrollan una evaluación continuada durante todo el proceso que les permite ir adaptándose a las necesidades e imprevistos que puedan ir surgiendo realizando las modificaciones pertinentes. De la misma manera, al final del proceso precisan de una evaluación final, que valora el cumplimiento de los objetivos propuestos inicialmente.

Servicios Sanitarios

Dentro del área sanitaria podemos destacar diversos servicios que cuentan con profesionales cualificados, los cuales ofrecen distintas prestaciones dependiendo del modelo de actuación que el niño, su familia y el entorno necesitan. Entre ellas destacan, según el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT,2000):

Obstetricia: La labor principal de los obstetras es puramente preventiva o de prevención primaria a través de la detección y diagnóstico de factores de riesgo previos al embarazo. Algunos de los programas que llevan a cabo son la atención a la mujer embarazada de alto riesgo biológico, psicológico o social; la información previa al

parto; la detección de posibles situaciones de riesgo en el parto y la adecuada atención a las mismas, etc.

Neonatología: Tanto los médicos como los enfermeros del área de neonatología se encargan de llevar a cabo una prevención primaria pero, a diferencia de los obstetras que abarcan la etapa prenatal, éstos se encargan del período perinatal. Estos profesionales desempeñan un importante papel tanto de prevención primaria, evitando la aparición de deficiencias en los niños atendidos, como de prevención secundaria, al realizar la detección y diagnóstico de condiciones patológicas asociadas a trastornos en el desarrollo.

Unidades de seguimiento madurativo: Es un servicio vinculado a los servicios de Neonatología y Neuropediatría y se encarga de realizar un programa de seguimiento programado del neuro-desarrollo desde el nacimiento hasta la edad escolar para aquellos niños considerados de riesgo. Para ello, aplican sistemáticamente pautas de valoración neuro-psicológicas. El personal está, normalmente, compuesto por un neuropediatra y por un psicólogo infantil los cuales además de explorar, detectar e intervenir sobre los trastornos desempeñan una relevante función de orientación y derivación a servicios especializados. (Ramos Sánchez & Márquez Luque, 2000)

Pediatría: Seguramente el pediatra será la figura del ámbito sanitario que más contacto tenga con el niño y su familia. Tal como define el Libro Blanco de la Atención Temprana, las funciones principales del pediatras serán tres: “*promover la salud mental y física, poder realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo y estudiar las causas de los trastornos en el desarrollo y su prevención*”. Por tanto, se puede deducir, que cumplen una importante labor de prevención primaria a través de diversos programas y pruebas entre los que destacan los controles de salud del programa niño sano. (GAT, 2000)

El pediatra asume un rol importante como profesional de referencia no sólo para la familia, sino también con otros servicios, de manera que resulta esencial que se establezca una coordinación entre éste y los demás servicios.

Neuropediatría: El neuropediatra se ocupa de realizar el diagnóstico funcional¹, sindrómico² y etiológico³ de los niños con trastornos en el desarrollo. Desde el ámbito

¹ “Constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Imprescindible para la elaboración de de objetivos y estrategias de intervención”. (GAT, 2000)

² “Está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. Nos permite conocer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva de base predominante orgánica o ambiental”. (GAT, 2000)

hospitalario, actúa de manera conjunta con los profesionales de la unidad neonatal, participando tanto en la elaboración de programas de seguimiento del desarrollo así como en la elaboración de un diagnóstico. Además, son esenciales para la detección de signos de alerta y diagnóstico de trastornos neurológicos por lo que está presente su actuación, también, en los CDIAT.

Rehabilitación Infantil: Con lo que respecta a la AT, los rehabilitadores infantiles adquieren protagonismo en tareas y programas de estimulación precoz. Es una disciplina sanitaria que, cada vez más, se encuentra fácilmente formando parte de los equipos de los CDIAT. Dentro de este servicio destaca la actuación del fisioterapeuta que participa en el proceso de valoración de los casos de riesgo de sufrir problemas motrices o de aquello que durante el proceso muestras signos de padecerlo. Junto con ello, se encargará de la estimulación y la intervención en esta área motora.

Salud Mental: En este servicio, psicólogos y psiquiatras intervienen en todos los niveles de atención temprana siendo partícipes, en coordinación con otros servicios y programas, de la detección, evaluación e intervención, realizando esta última a dos niveles. O bien directa con el niño, de forma individual o pequeños grupos o bien con la familia con el fin de facilitarles la comprensión y la importancia del trastorno.

Otros especialistas médicos: Existen otros especialistas, no menos importantes, que desempeñan y ofrecen una importante ayuda tanto en el diagnóstico como en la intervención. Algunos son: oftalmólogos, radiólogos, bioquímicos, otorrinolaringólogos, entre otros.

Servicios sociales

El Libro Blanco de la Atención Temprana declara que: “ *Teniendo en cuenta la importancia que tiene el contexto social y las condiciones del entorno en la existencia de un déficit en el desarrollo o en el riesgo de que se pueda producir, los servicios sociales tienen una función y una responsabilidad clara tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención en todos aquellos casos que lo requieran*” (GAT, 2000)

La actuación llevada a cabo por estos servicios de ámbito social se consideran fundamentales y esenciales dentro de la atención temprana y, en la mayoría de los casos, se desarrollan a partir de la promoción del bienestar social de las familias y mediante la

³ “Nos informa sobre las causas o bien biológicas o bien psico-sociales de los trastornos identificados”. (GAT, 2000)

elaboración de programas de prevención e intervención. Estos servicios se llevan a cabo desde dos vertientes:

Los centros base: Son centros dependientes de servicios sociales cuyos profesionales se encargan principalmente de la detección y acogida del niño y su familia, valoración del caso y concesión del porcentaje de minusvalía.

Los centros de atención temprana: Son centros autónomos pero subvencionados en los que se realiza una labor propia de atención/intervención.

Entre las funciones principales del trabajador social encontramos: intervenciones dirigidas a contextos definidos previamente como “de riesgo” a través de programas de prevención con el fin de detectar situaciones familiares o factores que puedan incidir en la aparición y desarrollo de un trastorno. Estas intervenciones podrán trabajarse a nivel individual o de forma conjunta en colaboración con otras entidades o servicios.

Servicios Educativos

La AT adquiere una funcionalidad muy interesante en el ámbito educativo ya que en la escuela el niño menor de 6 años inicia una serie de aprendizajes y procesos de socialización que lo sitúan en un marco importante y temprano para la detección. Como sabemos, los primeros años son determinantes para el desarrollo del niño por lo que se hace imprescindible tomar la escuela desde este ámbito preventivo y compensador. De esta forma, el maestro se convierte en agente significativo de detección en cuya actuación puede observar y distinguir problemas en las capacidades, en los comportamientos, en las habilidades sociales, en el lenguaje, en el desarrollo motor, entre otros. De la misma manera, mantiene un íntimo contacto con la familia pudiendo detectar, también, situaciones de riesgo social.

Los profesionales que actúan desde el ámbito de los servicios educativos no se limitan simplemente al docente. Si bien es cierto que el profesorado tiene esta primera función de detección de las posibles necesidades es siempre llevada en coordinación con el equipo psicopedagógico y, los equipos de AT. Los primeros se encargarán de: *“evaluar las necesidades detectadas en los niños determinando la naturaleza de las mismas y evaluando un informe psicopedagógico, establecer cuestiones relativas a la escolarización, a la elaboración de adaptaciones curriculares y ayudas técnicas que puedan necesitar”*. (GAT, 2000)

El Grupo de Atención Temprana, establece también, que además de prevención primaria y secundaria, en los servicios educativos se desarrolla, también, una

funcionalidad significativa en la prevención terciaria. Los profesionales deben actuar e intervenir para compensar y mejorar estos problemas en el desarrollo. En los últimos años el centro escolar ha entrado en contacto con los CDIAT con el objetivo de “*proporcionar una atención educativa global, sistematizada y adecuada a la población infantil de 0-6 años, contribuyendo así mismo a la reflexión y debate sobre propuestas organizativas y orientaciones en la escuela infantil*”. (Romero Galisteo, 2011)

Según Aranda Redruello & Andrés Viloría, para llevar a cabo la atención temprana en la escuela, se requieren, además del tutor, ayuda de otros profesionales como los Equipos de AT. La configuración de este equipo selecciona profesionales con distintos caminos formativos que trabajan de forma común e interdisciplinar llevando a cabo distintos tratamientos (Aranda Redruello & Andrés Viloría, 2004). Entre ellos destacamos, según “*La organización de la atención temprana en la educación infantil*”:

Trabajador social: Son aquellos que desarrollan el primer contacto con el niño y la familia realizando entrevistas. Son un importante apoyo y orientación para las familias con los que intervienen socialmente.

Psicólogo/Pedagogo: Será el encargado de realizar una entrevista psicológica que permita el diagnóstico y evaluación. También se encargará de leer la información previa referente al niño y a su familia teniendo en cuenta sus características, capacidades y limitaciones para el diseño de programas de intervención.

Logopeda: Trabaja en estimular el lenguaje tanto en su esfera expresiva como comprensiva. Ayudará al niño en la mejora de la masticación, respiración, así como en otros procesos implícitos en el habla.

Psicomotricista: Este profesional se encarga de trabajar el movimiento a través del cuerpo y la relación.

Fisioterapeuta: El fisioterapeuta realiza técnicas metodológicas de rehabilitación. Se encarga sobretodo de valorar e intervenir en casos de deficiencias motrices.

Neurólogo infantil: Aporta al equipo su criterio de diagnóstico así como la posible evolución del tratamiento, pero su asistencia al mismo es periódica. (Aranda Redruello & Andrés Viloría, 2004)

DINÁMICAS DE TRABAJO

Tras profundizar sobre los ámbitos dónde se desarrolla la AT y los profesionales que intervienen en ella, se hace necesario conocer las dinámicas de trabajo que, de forma

conjunta desarrollan éstos. Belda Oriola (2006), en la tercera parte de: El desarrollo Infantil y la Atención Temprana define *clientes internos* como “*todos aquellos profesionales que formando parte de un servicio requieren de la utilización, ayuda o colaboración de los recursos materiales o personales de dicho servicio para poder desempeñar su labor de forma eficiente*” (Belda Oriola, 2006)

Tomando como referencia este documento, el trabajo en equipo no es sencillo y, en ocasiones, puede derivar en distintas corrientes ideológicas que pueden resultar antagónicas lo que puede ser perjudicial para un adecuado diagnóstico e intervención. Por tanto, para superar este hándicap es necesario reflexionar sobre las condiciones y dinámicas de trabajo en equipo, sus ventajas y sus inconvenientes, para alcanzar, así, un grado óptimo de éxito.

De acuerdo con el documento Helios II de la Buena práctica en rehabilitación funcional establece tres tipos de interacción dentro de los equipos de atención temprana:

Equipo multidisciplinario: Caracterizado por el intercambio de información. Cada componente toma las decisiones correspondientes a su especialidad diseñando las partes del programa de intervención de forma aislada al resto del equipo. En este caso, el grado de interacción es mínima. Desde esta perspectiva, Gómez Artiga y Viger Seguí (2003) entienden que el gran inconveniente de esta dinámica reside en la falta de coordinación, en el peligro de no alcanzar acuerdos en las decisiones importantes así como en las repeticiones innecesarias que pueden surgir tanto en la recogida de datos e información como a la hora de proporcionarla. Del mismo modo, subrayan la ventaja del equipo de recibir, por parte de los profesionales especializados gran experiencia e información.

Equipo interdisciplinario: Caracterizado por compartir y coordinar la información. Se toman las decisiones en grupo para establecer objetivos comunes y se diseña un programa de intervención como resultado de una influencia conjunta y compartida. Como ventaja, destaca que se trata de una interacción más rica que la anterior pues, al tomarse las decisiones en equipo se tienen en cuenta las opiniones individuales. Suele existir un coordinador que facilita este intercambio. “*Entre los riesgos que podemos encontrar está la rigidez de la opinión propia y la falta de flexibilidad del coordinador, quien podría dirigir en lugar de facilitar el intercambio*”. (Gómez y Viger, 2003)

Equipo transdisciplinario: Caracterizado por compartir y coordinar, como en anterior, la información, pero también los roles. Los profesionales adquieren

conocimientos de otras disciplinas y lo incorporan a su práctica. Mientras un profesional valora el resto observa y anota la información. En este caso, la familia forma parte del equipo como componente esencial en la toma de decisiones, elaboración de programas, siempre bajo el asesoramiento del equipo. Gómez y Viger (2003), destacan entre las ventajas que es el método en el que se producen las interacciones más ricas y por ello resulta muy útil en atención temprana, pero también los que presentan mayor dificultad a la hora de constituirse.

Conociendo las distintas dinámicas dentro de los equipos de profesionales, puede considerarse la dinámica transdisciplinar como la que más se ajusta a los objetivos propios de la atención temprana. (Comisión Europea, 1996) Sin embargo, en la práctica estas dinámicas no se aplican de forma aislada, sino que pueden ser combinadas entre sí. (Gómez y Viger, 2003)

Es esencial tener en cuenta, que no sólo poseer una buena dinámica de trabajo dentro de los distintos equipos es suficiente para desarrollar y llevar a cabo un plan de atención temprana. Son necesarias, además, una serie de condiciones e influencias las cuales afectaran positiva o negativamente a la dinámica de los mismos. (Peterander, 1999). Ver cuadro 1 en el Anexo < 3

De todo lo anterior se deduce que tan importante es ejecutar una adecuada dinámica de trabajo que cumpla los objetivos y metas de la atención temprana para cada nivel de intervención como que ésta se desarrolle en un adecuado clima en el que las condiciones sean favorables para alcanzar resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES

Como hemos observado a lo largo de este trabajo, la AT supone un importante marco de actuación para aquellos niños que presentan trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo, así como para su familia y su entorno. A pesar de ser una disciplina de muy reciente creación, la investigación y evolución de los últimos años le ha permitido “*el desarrollo de programas dirigidos tanto a niños, padres, como a la comunidad en materias de prevención, detección, tratamiento e información en cuanto a la AT*” (Robles-Bello y Sánchez Teruel, 2013)

Sin embargo, García Sánchez (2002) declara que para determinar la calidad de este servicio es imprescindible evaluar dichos programas conociendo, así, lo que se va o no se va consiguiendo, pudiendo actuar en consecuencia y adaptarnos a los imprevistos

que vayan surgiendo. Y en base a estas evaluaciones, un estudio realizado por la Universidad de Jaén ha tratado de determinar cuál es la realidad de la atención temprana en nuestro país extrayendo de sus resultados diversas conclusiones:

Por un lado, se pueden observar grandes diferencias dentro de las distintas comunidades. De hecho, en cuatro de ellas la AT no está regulada y por lo tanto no existe un acuerdo para su intervención; en otras tres el niño necesita un certificado de discapacidad para ser atendido eliminando, de este modo, la prevención primaria y secundaria. Por otro lado, encontramos diferencias en materia de recursos dependiendo de las distintas subvenciones que reciben, lo que no les permite desarrollar los principios de gratuidad y universalidad que declara el Libro Blanco. Asimismo, no todos los centros cuentan con todos los profesionales especializados que requiere para una adecuada intervención. (Robles-Bello y Sánchez Teruel, 2013)

Teniendo en cuenta todo esto, deviene necesario considerar necesaria una investigación que vaya más allá del simple marco teórico, y se centre, además en la evaluación de los programas de intervención, los profesionales que trabajan, los niños atendidos, las subvenciones, entre otros, con el fin de conocer realmente la eficacia de los mismos y su grado de aplicación.

Y dentro de los profesionales, como futura maestra, me gustaría concluir destacando el papel, tan importante, del profesorado y de la Educación Infantil dentro de la disciplina de la AT. Estas dos áreas comparten muchas características, además del rango de edad de la población objeto a atender, lo que convierte a la Escuela Infantil en un marco privilegiado para la atención de todos los niños y en especial de los que presenten dificultades en el desarrollo. Por tanto, la educación a este nivel tiene un marcado planteamiento preventivo y compensador lo que hace que se legitime su valor análogo con respecto a la AT y permita desarrollar una atención directa al niño, una prevención de los efectos secundarios, así como una coordinación con el resto de profesores y profesionales especialistas como el logopeda, psicomotricista, rehabilitador, etc.

Para finalizar, decir que son muchas las personas que intervienen y que hacen posible el desarrollo de la AT. No sólo hay que tener en cuenta aquellos sujetos de acción directa con la población objetos, sino que además en este entramado participan distintas Conserjerías las cuales, con diferentes estrategias y estilos de trabajo, se esfuerzan por alcanzar objetivos comunes compensando, de este modo, las diferencias y limitaciones de los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea para el desarrollo en necesidades educativas especiales (2005). *Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Informe resumen. Middelfart: EADSNE.
- Aidemar.com (2014). CDIAT- Profesionales. Asociación para la integración del discapacitado. Consultado el 13 de Mayo de 2014. Recuperado de: <http://aidemar.com/cdiat/cdiat-profesionales/>
- Aranda Redruello, R. y De Andrés Viloría, C. (2004). La organización de la Atención Temprana en la Educación Infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 220-245.
- Belda Oriola, J.C. (2006). Recursos en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana de ATEMP (Murcia)*, 9 (1), 37-51.
- Comisión Europea (1996). Helios II. *Guía Europea de Buena Práctica. Hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comunidad Europea
- Federación Española de organizaciones a favor de las personas con retraso mental. FEAPS (2001). *Manual de buenas prácticas en atención temprana*. Consultado el 9 de mayo de 2014. Recuperado de: file:///C:/Users/Naira/Downloads/cartera_atencion_temprana.pdf
- Gallego Ortega, J.L. y Gallardo Ruíz, J.R. (1993). *Manual de Logopedia Escolar*. Archidona, Aljibe.
- García Martín, J.M. (1984). Los servicios de estimulación precoz. *Papeles del Colegio*, 14, 13-17.
- García Sánchez, F.A. (2002). Investigación en Atención Temprana. *Revista de Neurología*, 34 (1), 151-155.
- Grupo de Atención Temprana, GAT. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad
- Grupo de Atención Temprana, GAT (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000
- Gómez Artiga, A., Viguer Seguí, P. y Cantero López, M.J. (2003). *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0-6 años*. Editorial: Pirámide
- Gútiez, P. (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.
- Juan Vera M. J. y Pérez López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, Agosto-Sin mes, 21-38.

- Organización Mundial de la Salud.OMS (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?*. Consultado el 13 de mayo de 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Párraga, J. y Rodríguez, J. (1984). *Técnicas de estimulación precoz*. Sevilla, Universidad.
- Pegenaute Lebrero, F. (2008). Atención Temprana: Un compromiso de profesionales. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*.
- Peñafiel Martínez, F. , Hernández Fernández, A. , Chacón Medina, A. (2003). Atención temprana. *Enseñanza*, 21, 245-274.
- Peterander, F. (1999). *El futuro de la Atención Temprana: calidad y profesionalidad*. IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid: 18 y 19 de Noviembre.
- Quirós Pérez, V. (2009). Nuevo modelos para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana De Educación*, 48(4), OEII.
- Ramos Sánchez, I.R. & Luque, A.M. (2000). Recién nacido de riesgo neurológico. *Vox Paediatrica*.2000; 8(2), 5-10.
- Robles-Bello, M.A. & Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles Del Psicólogo*, 34(2), 132-143.
- Romero Galisteo, R.P. (2011). *Evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, Málaga.

Para saber más...

- Carmona López, M. (2000). *Estimulación Precoz, atención temprana*. Granada. Documento policopiado.
- Clemente Villegas, G. (2011). *La atención Temprana en la Etapa de Educación Infantil*. Proyecto Fin de Máster. Universidad de Almería, Almería.
- Corrales Scot, S. (2013). *Elaboración de un programa de Atención Temprana del desarrollo Psicomotor de aplicación con las familias*. Trabajo Fin de Grado. Universidad internacional de la Rioja, La Rioja.
- Fernández García, M^a M. (2011). *Atención Temprana*. Proyecto Fin de Máster. Universidad de Almería, Almería.
- López Bueno, H. (2011). Recursos y actividades de Atención Temprana en distintos centros educativos en la Comunidad de Madrid. *Revista Educación Inclusiva*, 4 (1), 57-66
- Millá, M^a. G., Mulas, F. (2005). *Atención Temprana*. Valencia

Padilla Góngora, D. y Sánchez López, P. (2007). *Necesidades educativas específicas. Fundamentos Psicológicos*. Editorial: Grupo Editorial Universitario.

Pérez-López, J. y G. Brito de la Nuez, A. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Editorial: Pirámide

ANEXO I

1. Concepto de AT según el Libro Blanco de la 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)

2. Objetivos secundarios de la AT según el Libro Blanco de la Atención Temprana.

1.Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño

2.Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño

3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas

4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo

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

6.Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

(GAT,2000)

3. Cuadro 1. Influencias positivas y negativas según Peterander

Influencias positivas	Influencias negativas
Clima positivo entre compañeros	Clima negativo entre compañeros
Liderazgo positivo	Liderazgo negativo
Formación permanente	Ausencia de colaboración
Influencia activa de todos los componentes	Condiciones de trabajo estresantes
Horario flexible	Los componentes están insatisfechos
Experiencia de los profesionales	No se establecen metas

