

ATENCIÓN TEMPRANA. TEORÍA Y PRÁCTICA

MERCEDES VALLE TRAPERO

Doctora en Psicología. Psicóloga Clínica. Hospital Clínico San Carlos

PILAR GÚTIEZ CUEVAS

Doctora en Educación. Facultad de Educación UCM

PURIFICACIÓN SIERRA

Doctora en Psicología. Psicóloga. Facultad de Psicología UNED

CATALINA ANTA RODRÍGUEZ

Psicóloga Clínica. Coordinadora Unidad de Atención Temprana. Centro Base nº 1

ISABEL CUÉLLAR-FLORES

Doctora en Psicología. Psicóloga Clínica. Centro de Atención Temprana Altea

MÓNICA JIMÉNEZ ASTUDILLO

Licenciada en Pedagogía. Máster en Educación Especial. Doctoranda UCM.





Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Atención Temprana. Teoría y práctica	
FICHA 1.....	21
Hitos históricos de la conceptualización de la atención temprana	
FICHA 2	24
Población destinataria de atención temprana: Alto riesgo en el recién nacido	

Documento base.

Atención Temprana. Teoría y práctica

Índice

1. Origen y evolución de la Atención Temprana
2. Psicología del desarrollo y Atención Temprana (*Dra. Pilar Gútiez*)
 - 2.1. Concepto
 - 2.2. Objetivo y principios de la Atención Temprana
 - 2.3. Población a la que va dirigida la Atención Temprana
3. Ámbitos de actuación de la Atención Temprana
 - 3.1. Atención Temprana desde el punto de vista educativo (*Dra. Pilar Gútiez y Mónica Jiménez Astudillo*)
 - 3.2. Atención Temprana en los Servicios Sociales (*Dra. Mercedes Valle*)
 - 3.3. Atención Temprana en los Servicios Sanitarios: Servicios de Neonatología y Pediatría (*Dra. Mercedes Valle*)
 - 3.3. Centros Base: Intervenciones terapéuticas (*Dra. Catalina Anta*)
 - 3.4. La Atención Temprana desde los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil (*Dra. Isabel Cuéllar-Flores*)
 - 3.5. Servicios específicos: Los Centros de Atención Temprana (*Dra. Isabel Cuéllar-Flores*)
4. Bibliografía

1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA AT

La evolución de la AT está estrechamente relacionada no solo con los cambios que se han producido respecto a la consideración de la infancia sino también de las neurociencias al demostrar la importancia de las experiencias tempranas en el establecimiento y desarrollo de las conexiones neuronales, así como de la estructura cerebral (Als *et al.*, 2004).

Los primeros años de vida sustentan el desarrollo del ser humano, debido a la plasticidad del cerebro y del psiquismo, como demuestran los estudios sobre “resiliencia”, sirviendo de base al desarrollo de las facultades intelectuales y la organización de la personalidad.

La AT permite a su vez realizar una detección temprana de los contextos de riesgo para el desarrollo óptimo e incide en la eficacia de los recursos familiares y sociales ante situaciones de vulnerabilidad; teniendo como eje central de dicha intervención el pleno desarrollo del niño en un contexto mejorado. Actualmente se considera que el niño o niña cuenta con capacidad para recibir estímulos e influir sobre el sistema en el que se encuentra inmerso, que incluye a la familia y el entorno (Gútiez, 2005).

En Europa la actividad comienza a mitad de los años sesenta y en nuestro país en la década de los setenta a raíz de los conocimientos provenientes de diversos estudios que evidencian cómo la generación de un ambiente rico en estímulos adecuados puede intervenir positivamente en la adquisición de funciones que se han visto mermadas por problemas en el desarrollo. Los programas llevados a cabo en otros países inspiran las primeras iniciativas de los entonces llamados tratamientos de estimulación precoz (Hernández-Muela, Mulas y Mattos, 2004; Casado, 2005).

2. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO Y AT

Son muchas las ramas del conocimiento que realizan aportaciones fundamentales y necesarias (como hemos expuesto) no sólo para intervenir de forma adecuada sino también para detectar, analizar y planificar acciones eficaces, entre ellas destacaremos el papel central de la Psicología del Desarrollo.

La Psicología del Desarrollo es la disciplina científica que tiene como objeto de estudio, la descripción y explicación de los ámbitos, factores y procesos de cambios psicológicos y comportamentales que se producen en las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Conocer cuáles son las sendas evolutivas típicas y los factores de riesgo y protectores que

lo matizan o pueden hacerlo, son aportaciones esenciales de la Psicología del Desarrollo a la AT.

Los orígenes de las alteraciones del desarrollo así como las vías de intervención son tan variadas, que requieren una visión holística y un trabajo conjunto y acompasado, en la seguridad de que el todo es mucho más que la suma de las partes. Así mismo, este conocimiento debe interpretarse como la base fundamental para la optimización del desarrollo y la evolución psicológica.

Los profesionales de la AT, tienen también entre sus objetivos fundamentales **el bienestar y desarrollo óptimo** del niño o niña y su familia.

Esta tarea parte de una adecuada interpretación del desarrollo como un proceso integrado, sistémico y dinámico. Es decir, conformado por múltiples factores (biológicos, ambientales y sociales), de manera que un acontecimiento en uno de ellos tiene repercusiones en los demás. La incidencia de factores de riesgo o de acciones de agentes y acontecimientos “tóxicos” o nocivos en las etapas iniciales de la vida, introducen alteraciones y retrasos en el desarrollo o posibilidad de que se produzcan. Estos factores de riesgo o “elementos tóxicos”, por tanto, pueden producirse en todos los ámbitos y reflejarse, asimismo, en todos ellos cualquiera que haya sido el ámbito de incidencia directa de dicho elemento/factor.

Respecto a su curso a pesar de que, en condiciones saludables, el desarrollo transite a través de hitos generalizables, siempre es un acontecimiento individual, fruto de cada individuo y su entorno. De hecho, los psicólogos del desarrollo hemos adoptado la noción de *Sendas Evolutivas* para referirnos a los posibles cursos de desarrollo de las diferentes competencias en los individuos tanto de poblaciones normativas como de riesgo o con alteraciones. La predicción de dichas sendas es mucho más compleja cuantos más factores de riesgo se incluyan en el mapa de la ontogenia.

Pero no podemos olvidar que el desarrollo es un proceso de continuas reorganizaciones, de cambios cualitativos que se produce *siempre*, en contexto (Bronfenbrenner, 1979), y en *relación con otros* y en el que tienen especial relevancia lo que ocurre en las etapas tempranas. En este sentido, sabemos que las experiencias tempranas moldean la arquitectura cerebral (Als *et al.*, 2004), esto es tanto como decir que inciden de manera directa en cómo se va a producir el desarrollo. Por tanto, la influencia de los factores de riesgo y protección durante las primeras etapas del desarrollo son clave y matizan tanto el pronóstico como el despliegue de capacidades y competencias a lo largo de la vida.

De entre las experiencias tempranas, sobresale por su importancia, las interacciones con los adultos y, entre ellas, las que se producen entre el niño/a y su cuidador principal. Uno de los primeros hitos del desarrollo humano consiste en buscar y encontrar la coincidencia, la sincronía con otro ser humano. Para ello, el niño necesita un adulto que sea capaz de captar sus necesidades y responder a ellas de una manera adecuada. Otro ser que sea capaz de “hablar el mismo idioma emocional y afectivo” (Sierra y Gútiez, 2012) que generalmente son los padres y, especialmente, la madre tal y como ha resaltado la teoría del apego de John Bowlby (1988). Contamos con un amplio cuerpo de conocimientos que indica la relación entre un vínculo de apego sano, seguro y un desarrollo saludable.

Unas interacciones tempranas cálidas, sensibles, consecuentes con las necesidades del niño/a y adaptadas a sus capacidades son, por tanto, un Factor Protector y Promotor de salud, que es tanto como decir, de progreso en todas las áreas del desarrollo.

Los profesionales necesitamos tener en cuenta cuáles son los factores de riesgo de cada niño o niña y su familia, conocer, comprender y trabajar de manera competente con los indicadores de posibles alteraciones y retrasos, una detección precoz y ajustada, y una planificación e intervención eficaz, que cuente con hitos de acción-reflexión constante sobre la misma y acerca de todo el proceso.

El conocimiento acumulado sobre el desarrollo, sus mecanismos y procesos, así como los elementos que lo matizan, lo ponen en peligro o lo promueven, es un aliado imprescindible como parte de los equipos de profesionales de la AT.

2.1. Concepto

Son numerosas las definiciones de AT/Estimulación Precoz, pero a partir de la aparición del Libro Banco de la AT (GAT, 2000) es cuando se plantea un modelo con unas características claramente diferenciadas:

Se entiende por AT el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar y transdisciplinar. (GAT, 2000:13).

La AT interviene sobre el niño/a, su familia y entorno, con un marcado carácter preventivo (con actuaciones en los tres niveles de prevención), educativo, con un enfoque integrador (psicopedagógico, transaccional y ecológico), ya que:

- ✓ Señala al niño o niña como principal agente de su propio desarrollo.
- ✓ Supone un cambio al modelo educativo y normalizador.
- ✓ Presenta atención unida a la primera evaluación diagnóstica.
- ✓ Implica cierto protagonismo de la familia.
- ✓ Aparecen entornos naturales con actividades significativas.
- ✓ Cobra importancia del apoyo de un equipo de profesionales.

El nuevo paradigma de la AT se basa en considerar que las interacciones tienen tanta importancia para el niño, como los cuidados físicos, y más que los estímulos de su entorno. Por ello su desarrollo va a depender tanto de los mecanismos congénitos de la maduración como del medio y sus cuidadores primarios (Clasificación Diagnóstica 0-3 años, 2005).

Dunst define la AT como la “provisión de apoyo (y recursos) a familias de niños pequeños mediante redes de ayuda social informales y formales que impactan tanto directa como indirectamente en el padre/madre, la familia y el funcionamiento del niño” (Dunst, 1996: 179).

Shonkoff y Meisels (2000), avanzan en la concepción de la AT al considerarla como una serie de servicios multidisciplinares suministrados a niños desde el nacimiento hasta la edad de 6 años. Los principales objetivos son:

1. Promover la salud y bienestar del niño o niña.
2. Aumentar competencias emergentes.
3. Minimizar retrasos del desarrollo.
4. Remediar discapacidades existentes o emergentes.
5. Prevenir el deterioro funcional.
6. Promover la adaptación de los padres y el funcionamiento familiar en general. (Shonkoff y Meisels, 2000: 17).

El nuevo concepto de AT pasa de un enfoque únicamente centrado en el niño a un enfoque que considera también a la familia y a la comunidad, en el que la salud, la psicología, la educación y las ciencias sociales se encuentran involucradas de la misma forma (Speck, 1996; Blackman, 2003). Enfatiza el papel de las familias como factor de éxito de la intervención.

La Agencia Europea define la AT como un complejo de servicios / provisiones a petición de todos aquellos niños y familias que los precisen en un momento de la vida del niño, cubriendo cualquier acción desarrollada para atender a las necesidades especiales de apoyo en aras de: asegurar y aumentar su desarrollo personal, reforzar las competencias de la familia y promocionar su integración social. Ya que el desarrollo se realiza *en y con* los contextos, estas acciones han de ser suministradas en el entorno natural del niño, preferiblemente a nivel local, y han de estar orientadas hacia la familia y hacia el trabajo multidisciplinar (European Agency, 2005).

Casi todos los países europeos desarrollan sistemas de AT, que incluyen en su actividad tanto la detección temprana de riesgo, el proceso diagnóstico temprano, así como la intervención temprana para el niño, la niña, los padres y los contextos relevantes de aprendizaje.

En la mayoría de los países europeos se observa una identidad profesional entre las personas que trabajan en el ámbito de la AT, así como la búsqueda de la calidad de los servicios, en relación con las características fundamentales de disponibilidad, proximidad, asequibilidad, interdisciplinariedad y diversidad de servicios como en relación a la formación de los profesionales que trabajan en este ámbito (European Agency, 2005).

Entre ellos destacamos Alemania, Dinamarca, Francia, Finlandia, Grecia, Islandia Lituania, Luxemburgo, Noruega, Portugal Suecia (GAT, 2000; European Parental Satisfaction Scale about Early Intervention: www.eurlyaid.net), (www.european-agency.org).

A continuación se muestran las características de la AT en algunos países europeos (Tabla 1)

La formación de los profesionales se considera como un elemento esencial de mejora que produce un impacto positivo en los resultados de la AT.

Las experiencias europeas (e.g. Erlyaid, Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, EBIFF - Project y Transatlantic Consortium) tratan de afianzar los aspectos comunes a todos ellos y comparar sus actividades para garantizar su calidad. Se analizan la coordinación en el desarrollo de la actividad, los modelos de atención, la capacitación de los profesionales etc. (Pretis, 1998). Además, se requiere un modelo que atienda las necesidades del niño o niña, la familia y su entorno desde un enfoque multiprofesional / interdisciplinar.

De acuerdo con el Informe Helios (Grupo Helios, 1998), la AT a la primera infancia es una actividad que presenta grandes desafíos, donde cabría destacar:

- ✓ Trabaja con varios sistemas de interrelación (niño/a, familia, hermanos, abuelos, profesionales implicados y otros sujetos importantes) en materia de ecología humana (Bronfenbrenner, 1979).
- ✓ Se centra en las familias desde una perspectiva del desarrollo (Guralnick, 2005).
- ✓ Trabaja con familias de distintos valores (inmigrantes, clase social etc.) (Pretis 2006).
- ✓ Trabaja en/y con vistas a entornos integradores (Guralnick, 2005), sobre todo teniendo en cuenta la integración del niño o niña en el grupo paritario.
- ✓ Trabaja a partir de la relación y las transacciones entre los diversos agentes fundamentales (Sameroff y Chandler, 1975)
- ✓ Los profesionales de la AT deben ser, por un lado, «generalistas», y brindar apoyo a las familias en diversos aspectos (información, consejos para sobrellevar las dificultades, cuidado de los niños, aspectos económicos, etc.) y, por otro lado, «especialistas», por lo que respecta a las discapacidades (por ej., 750 trastornos genéticos conocidos asociados con retraso mental o trastornos de desarrollo; Bailey y Powell, 2005: 170);
- ✓ Trabajar en marcos transdisciplinares (Pretis, 2001)
- ✓ Complejidad de los desafíos profesionales (Guralnick, 2005).

2.2. Objetivo y principios de la AT.

El objetivo de la AT es lograr que los niños y niñas que presentan trastornos en su desarrollo, o se encuentran en situación de riesgo, reciban los apoyos necesarios que le permitan prevenir los trastornos y potenciar desarrollo, favoreciendo su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal, desde un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales (GAT, 2000).

Implica, necesariamente, la **coordinación entre los profesionales**, ya que es una responsabilidad de todas las instituciones que atienden al niño de cada servicio (sanitario, social y educativo), ofertando este servicio a toda la población que lo necesite (GAT, 2000; Gútiez, 2005)

2.3 Población a la que va dirigida la AT.

La AT se dirige a todos aquellos sujetos con edades comprendidas entre **0 y 6 años** que padezcan alteraciones o minusvalías documentadas, o que estén en **situación de riesgo biológico o social**. Entre los destinatarios, podríamos agruparlos en las siguientes categorías:

a) Niños/as con alteraciones o minusvalías documentadas

Se incluye en este grupo a los niños o niñas con “retrasos, alteraciones o discapacidades documentadas, de tipo cognitivo, de la movilidad, de la comunicación o sensoriales” (Gútiez, 2005: 19), así como las necesidades transitorias o permanentes originadas por alteraciones en el desarrollo o deficiencias (Gútiez, 2005). En la Tabla 2 se señalan algunos trastornos del desarrollo específicos.

En este caso, la intervención facilita su integración social y educativa, evitando la aparición de secuelas asociadas a sus alteraciones que pueden interferir en su futuro desarrollo. Por ello debe iniciarse desde el mismo momento del nacimiento o desde el momento que se detecta el déficit.

b) Niños/as en situación de riesgo biológico

“Se consideran de Riesgo biológico aquellos niños o niñas que durante el periodo pre, peri o post-

	Educación	Servicios sociales/sanidad	Estructura pública	Estructura privada	Autoridades locales
Alemania					
Austria					
Bélgica					
Dinamarca					
España					
Finlandia					
Francia					
Grecia					
Holanda					
Irlanda					
Islandia					
Italia					
Luxemburgo					
Noruega					
Portugal					
Reino Unido					
Suecia					

Fuente: Elaboración propia a partir de www.european-agency.org

natal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer” (GAT, 2000). (ver Tabla 2)

Esta población presentan factores o circunstancias con mayor probabilidad estadística, en relación a la población normal, de presentar posteriormente una deficiencia motriz, y/o sensorial, y/o cognitiva, y/o de conducta/emocional (Arízcon, Guerra y Valle, 1994).

c) Niños/as en situación de riesgo social

Se incluye el grupo de **Riesgo ambiental** a los niños o niñas que sufren condiciones sociales (falta de cuidados, de interacciones adecuadas con sus padres y familia, cuando sufren maltrato, negligencia, abusos), que puede alterar el proceso madurativo del niño/a (GAT, 2000).

Se considera la importancia de valorar **LOS INDICADORES** de riesgo ambiental según los diferentes **NIVELES DE RIESGO**: El nivel de los padres, de sus características personales, de la familia nuclear, del propio niño o niña y del entorno (ver Tabla 3) (Valle et al., 2014).

TABLA 2 ALGUNOS TRASTORNOS Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	
✓	Trastorno del desarrollo motriz
✓	Trastorno del desarrollo cognitivo
✓	Trastorno del desarrollo del lenguaje
✓	Trastorno del desarrollo sensorial
✓	Trastorno generalizado del desarrollo
✓	Trastornos de conducta
✓	Trastornos emocionales
✓	Trastornos en el desarrollo de la expresión somática
✓	Retraso evolutivo
Fuente: Gutiez (2005)	

TABLA 3 PROTOCOLO DE DETECCIÓN INICIAL DE RIESGO PARA EL DESARROLLO (PIDRD). INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL		
<i>Servicio de Neonatología del H Clínico S. Carlos: Mercedes Valle (Psicóloga Clínica), Purificación Sierra (Facultad de Psicología. UNED) Francisca Jiménez (Trabajadora Social). Teresa Brun (Psicóloga y Trabajadora social)</i>		
Referentes a los PADRES.	Su historia personal	A.1 Historia de desatención severa (maltrato, abandono, institucionalización en su infancia). A.2 Historia de ruptura familiar. A.3 Historia de violencia en la relación de pareja.
	Características personales	A.4 Padres muy jóvenes (menor ó menores de edad). A.5 Padre/Madre con Hª de enfermedad mental. Enfermedad orgánica crónica o Adicción a tóxicos-drogas . A.6 Depresión postparto. A.7 Padres con bajo CI. Entorno no estimulante.
Referentes al EMBARAZO DE ESTE MENOR.		B.1 Embarazo sin seguimiento médico ó escaso control. B.2 Embarazo ocultado. No deseado. B.3 Embarazo de alto riesgo. B.4 Embarazo múltiple (gemelos, trillizos). B.5. Tratamientos de reproducción asistida. FIV.
C) Referentes a las características del NIÑO/A		C.1 Factores biológicos de la SEN. C.2 Recién Nacido con síndrome de abstinencia. C.3 Separación neonatal con larga hospitalización. C.4 En institución, hogar protegido ó acogimiento familiar.
D) Referentes al núcleo FAMILIAR		D.1 Enfermedad grave. Exitus. D.2 Familia monoparental sin apoyos. D.3 Separación traumatizante. D.4 Familia con otros hijos con medidas de protección. D.5 Convivencia conflictiva en el núcleo familiar. D.6 Ausencia de roles parentales. D.7 Ausencia continuada de los padres del hogar. D.8 Familia que no cumple los controles de salud repetidamente. D.9 Disfunción en la interacción cuidador-niño. D.10 Presencia en los padres de una carga emocional intensa y conflictiva con respecto a este niño. D.11 Estilos de crianza inadecuados.
E) Referentes al ENTORNO		E.1 Acusada deprivación económica. E.2 Exclusión social: larga historia de desempleo. Inmigración. Prostitución/ Delincuencia/ encarcelamiento de los padres. E.3 Aislamiento social: deficiente ó nulo apoyo familiar. E.4 Problemas de vivienda: hacinamiento, sin domicilio.
Tomado y adaptado de Valle et al. (2014)		

La asociación de 3 ó más factores debe considerarse riesgo suficiente, sobre todo si son de niveles diferentes y existe una ausencia de factores de protección ó compensación ó carencia de estilos de interacción positiva.

Los programas de AT tratan de contrarrestar los factores que van a diferenciar desde el nacimiento el futuro desarrollo del niño, lo que supone una auténtica educación compensatoria.

3. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA AT

La AT se basa en la **Prevención** y en una actuación integral, que implica trabajar, conjuntamente, con todos los programas y los servicios que actúan en el contexto del niño y su familia, en tres ámbitos: Servicios Sanitarios, Servicios Sociales y Servicios Educativos (Gútiérrez, 2005; GAT, 2005)

Los entornos competentes en materia de AT son: *Sanidad, Servicios Sociales y Educación*, y el cumplimiento de los objetivos de la AT requiere la colaboración organizada entre los departamentos con competencias en la infancia.

Cada uno de ellos dispone de la organización necesaria para atender, desde sus respectivas competencias, a la población infantil, y cuentan con profesionales y mecanismos de actuación y gestión adecuados al cumplimiento de sus fines.

Los perfiles de los profesionales que interviene en los procesos de AT, son muy variada, así como las actuaciones de AT que se realizan en cada uno de los servicios y que se recogen en la siguiente tabla (Tabla 4).

3.1. AT desde el punto de vista educativo

Los Servicios Educativos realizan actuaciones de apoyo al niño o niña y a la familia desde los centros de Educación Infantil. Para las poblaciones de alto riesgo, la prevención de los trastornos en el desarrollo puede ser fundamental, ya que ofrecen a la población infantil un entorno estable, estimulante y normalizado, especialmente si sufren situaciones

TABLA 4
PERFILES Y ACTUACIONES DE LOS SERVICIOS DE AT

SERVICIOS	DETECCIÓN (quienes)	VALORACIÓN	INTERVENCIÓN Y SIGUIIMIENTO
EDUCACIÓN	Pedagogo-Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Logopeda, Pedagogo Terapéutico, M. Audición y lenguaje, M. Educación Especial y Trabajador Social	Psicopedagógica, funcional, dictamen de escolarización	Directa e indirecta, familia, escuela (aula integración o de apoyo y centro específico), estimulación
SANIDAD	Médico (Rehabilitador, psiquiatría, neuropediatra...), Psicólogo, Fisioterapeuta, Logopeda y Trabajador Social	Médica, funcional.	Ambulatoria, directa e indirecta.
SOCIAL	C. Base: Pedagogo-Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta, Logopeda y Trabajador Social	Psicológica, pedagógica, socio-ambiental, familiar, Dictamen de minusvalía.	Ambulatoria, directa e indirecta (clínica), estimulación
	CAT/CDIAT: Psicólogo, Logopeda, Fisioterapeuta, Estimulador-Psicomotricista	Psicológica, socio-ambiental, familiar.	

Fuente: Gutiérrez (2005)

inadecuadas en el entorno familiar. Así, la Educación Infantil facilita la integración de aquellos niños con alteraciones en el desarrollo, ya que les permite desarrollar al máximo sus capacidades.

Para ello, se dispone de Centros de Educación Infantil, Equipos de AT, Centros de Integración Preferentes y Centros de Educación Especial. Gracias a ellos, se permite una actuación coordinada, así como la derivación a los servicios correspondientes (tales como Servicios de Pediatría, Equipo de AT, Centro de Atención Temprana, etc.) para establecer la intervención más adecuada para el desarrollo del niño o niña.

Todos estos servicios, por tanto, llevan a cabo su actividad en Escuelas Infantiles, Equipos de AT, centros ordinarios, preferentes, específicos o en aulas hospitalarias y entre sus funciones más relevantes, cabría destacar:

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

Los Equipos de AT tienen como función determinar cuáles son las necesidades educativas de los niños de 0 a 6 años. Forman parte de la red de apoyos externos a la escuela y están constituidos por psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, profesores de apoyo de pedagogía terapéutica y profesores de apoyo de audición y lenguaje". Entre sus competencias están: evaluar, coordinar, supervisar y facilitar el proceso que permite que los niños con necesidades educativas especiales (NEEs) puedan acudir a la escuela infantil, al tiempo que apoyan el proceso de integración. También evalúan al niño o niña y elaboran el Dictamen de Escolarización.

Las actuaciones desde este ámbito serían las de prevención e integración, contribución al desarrollo afectivo, físico, social y moral del niño, detección y diagnóstico de NEEs y evaluación Psicopedagógica del ámbito escolar y familiar (GAT, 2005). La coordinación entre estos servicios va a ser esencial para su estudio y la intervención en las discapacidades o situaciones de riesgo de la población infantil.

3.2. AT en los Servicios Sociales

La actividad en la AT se inició en los Servicios Sociales para ayudar a las familias desfavorecidas que tenían hijos o hijas con problemas o las que sufrían graves carencias que lógicamente repercutían en el desarrollo de los niños (Guralnick y Bennett, 1989).

Además, tienen la responsabilidad de llevar a cabo programas de prevención, detección, diagnóstico e intervención con colectivos vulnerables. Su labor en los diferentes niveles de prevención es muy amplia y valiosa ya que proporcionan a las familias los recursos que necesitan, ayudando a lograr una mejor infraestructura familiar.

Las distintas acciones en AT giran en torno a:

- ✓ Programas de promoción y bienestar social de las familias.
- ✓ Programas de prevención dirigidos a contextos con dificultad o riesgo social.
- ✓ Programas de intervención en centros base (GAT, 2005).

3.3. AT en los Servicios Sanitarios: Servicios de Neonatología y Pediatría

Los servicios sanitarios desarrollan una gran labor en AT que van desde la prevención, el control del embarazo con la detección precoz de las deficiencias, detección de factores de riesgo biológico, social o psicológico, la orientación e información sobre el pronóstico de las mismas, los recursos existentes y su intervención. Entre ellos, los servicios de neonatología, obstetricia, unidades de seguimiento madurativo, pediatría, neuropediatría, rehabilitación infantil o salud mental infanto-juvenil, son parte esencial de estos programas.

Poblaciones atendidas

La población objeto de AT peri y neonatal son las madres gestantes ingresadas en la unidad de "embarazo de alto riesgo" y, menores, que tienen una larga o invasiva hospitalización neonatal o durante el primer año de vida y/o sufren factores que llamamos de alto riesgo biológico, es decir tienen una mayor probabilidad de tener secuelas a nivel neuroevolutivo (ya descritos anteriormente).

Esta hospitalización suele ser agresiva para el bebé, con el fin de curarlo y disminuir las posibles secuelas en su neurodesarrollo, es decir lograr una buena "calidad" de vida biológica, ya que la mortalidad ha disminuido mucho en los

últimos tiempos. También son poblaciones muy vulnerables a sufrir trastornos psicológicos, si valoramos la calidad de sus experiencias tempranas y las condiciones de su maternaje.

La AT debe ser reconocida como un derecho del menor

El tiempo perinatal que abarca desde el momento de la concepción a los 28 días de vida postnatal, es un periodo decisivo en la evolución del desarrollo del ser humano y no solo desde el punto de vista biológico, siendo el periodo de la vida donde se detectan la mayoría de las deficiencias de la infancia (Arizcun y Arrabal, 2005) sino también psicológico; por eso hoy día se dice que ya no hace falta que un niño nazca ni crezca para iniciar un programa de prevención de trastornos del desarrollo. Las investigaciones citan claramente la mayor frecuencia de trastornos mentales graves (espectro autista, hiperactividad) en niños con antecedentes de riesgo perinatal (Manzano, 2014).

Esta preocupación está recogida en la legislación europea sobre derechos humanos: La maternidad y la niñez tienen derecho a un cuidado y asistencia especiales (Naciones Unidas, 1948, art 25). El niño tiene derecho a desarrollarse con salud y por ello se le ofrecerán protección y cuidados especiales, tanto a él/ella como a su madre, incluyendo un cuidado adecuado prenatal y postnatal (N.U 1959, principio 4) citado en European Agency, 2005.

Familia y AT: Modelos vigentes

Los enfoques actuales son muy diferentes, como los modelos teóricos que los fundamentan, donde destacamos:

- ✓ Modelo de rol de experto: la familia delega en los profesionales, que saben lo que hay que hacer; se apoya en un concepto neurohabilitador del desarrollo como proceso lineal.
- ✓ Modelo de complementariedad familia –equipo profesional. Es el que más se está intentando utilizar en el ámbito materno-infantil por varias razones; en primer lugar porque desde los años 80 se lucha en muchos hospitales por acondicionar los servicios de Neonatología para centrarlos en la familia (Arizcun, y Arrabal, 2005) y en segundo lugar porque en este ámbito, la familia es el mejor y mayor soporte emocional y asistencial que un menor puede tener; siendo además el mayor contexto de socialización en los primeros años.

La mayoría de los enfoques teóricos sobre el desarrollo humano de los primeros años fundamentan que es un proceso “intersubjetivo”, no lineal, sino circular. Por tanto todas las intervenciones en AT se deben planificar según **el contexto de crianza**, la ecología familiar, su cultura, elaborado con los cuidadores primarios; basado en el **análisis de las relaciones**, por ejemplo: quien le cuida, con quién come, qué juegos le gustan, donde juega, en qué posturas, cómo hacen esto, etc. Se presupone que con un menor, y más si ha sufrido una separación neonatal, la forma de cogerle, de ponerle sobre el cuerpo, de alimentarle, de acariciarle, conectar su mirada y atención no son solo aprendidas o culturales sino un reflejo del estado mental del cuidador (los padres generalmente) y que tienen un impacto bidireccional cuidador niño-a.

Es clave ver en los primeros años de un niño o niña qué les preocupa a los padres, cómo le ven, qué opinan otros miembros familiares, etc. Siempre se deben analizar las dificultades que el niño les plantea, tratando de “entender”, nunca de juzgar por qué lo viven así.

No olvidemos que la capacidad de entusiasmar a unos padres de un bebé que ha sido separado al nacer, con expectativas de muerte o secuelas y un prenatal, con frecuencia complicado, es infinitamente menor que la de un bebé sano y fuerte desde su concepción, que ha alimentado su narcisismo siempre (Juri, 2008).

Considerando la importancia de la prevención en este ámbito y contemplando la AT desde la salud mental perinatal, como ocurre ya en algunos servicios sanitarios, las actuaciones se inician en la etapa prenatal, cuando está alterada por alguna causa y se continúan en bebés y lactantes hospitalizados de riesgo y en niños que presentan trastornos del desarrollo o riesgo hasta los 2 primeros años de vida.

Ámbitos de intervención prioritarios en el programa de AT neonatal

En este sentido, principalmente destacaríamos dos agentes:

- ✓ La Familia, los padres sobre todo. Es necesario crear un contexto terapéutico con ellos desde que reciben el primer diagnóstico del bebé. Suelen pasar por varias fases, en las primeras “no pueden pensar” y van evolucionando con el hijo/a.
- ✓ La Ecología como moldeadora de la conducta del Recién nacido (RN): los padres conocen todos los cuidados que se hacen con su hijo o hija pero también deben ir entendiendo sus “respuestas y estados de conducta progresivos” al estar separado de la madre; deben acomodarlas a sus “percepciones y proyecciones” (lo que ellos piensan y

sienten) y conseguir crear un “entorno lo más protector, íntimo y predecible posible para el RN”.

El RN necesita “calor, seguridad y alimento” como todos los mamíferos. Estos criterios han regido en algunos servicios de neonatología desde hace muchos años (Arizcun y Arrabal, 2005) y son los que han hecho posible la instauración en muchos hospitales del programa sanitario de Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD), conocido en inglés como NIDCAP: Newborn, Individualized, Developmental, Care and Assessment Program, o madre Canguro.

El programa CCD es claramente neuroprotector (Als *et al.*, 2004) aunque en España todavía no lo tienen muchas maternidades (Benito *et al.*, 2006) con lo cual los neonatos supuestamente saldrán peor organizados y sus padres con mucha menos seguridad en sus funciones. Esto deberá ser tenido en cuenta en la morbilidad que pueden presentar estos niños en los primeros años de vida.

Programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo: perspectiva psicológica

El centro de Desarrollo Humano de Boston con Heidelise Als, hace muchos años que junto a Brazelton llevan estudiando el comportamiento de los neonatos prematuros. Su modelo de “Organización sinactiva del desarrollo de la conducta” (Als, 1988) ha servido de base o posibles hipótesis para explicar la mayor frecuencia de trastornos del desarrollo como la hiperactividad en niños prematuros.

Nuestro modelo de AT neonatal, desde hace muchos años se apoya en la conceptualización del desarrollo que presenta esta teoría; en cómo cada niño manipula su experiencia con el mundo que le rodea en un proceso interactivo continuo; por esta razón nos detendremos en explicarla, siempre siguiendo el criterio de estos autores.

Modelo de organización sinactiva del desarrollo de la conducta

En el RN se observa una secuenciación de los sistemas del desarrollo de la conducta, que van apareciendo e interactuando progresivamente:

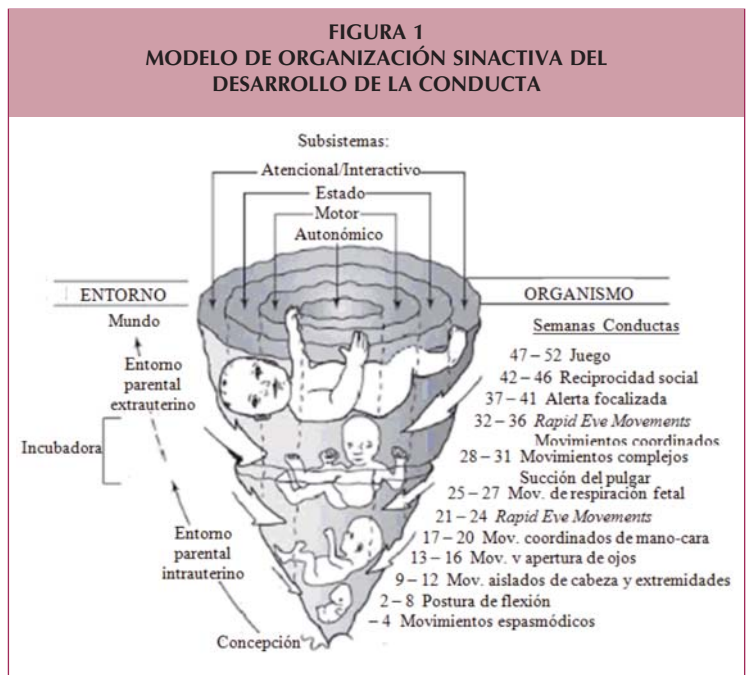
Sistema autónomo fisiológico. /Sistema motor. /Sistema de estado organizativo. /Sistema de atención e interacción. /Sistema autorregulador y equilibrador (Als, 1988) (Figura 1).

En cada fase del desarrollo coexisten diversos subsistemas de funcionamiento, cada uno en interacción pero sobre todo sirven de sustrato para la diferenciación de los siguientes.

Los primeros sistemas que maduran son el fisiológico y el sistema motor. El RN necesita protección ambiental, contención, ser entendido, para conseguir su homeostasis (equilibrio) fisiológico (primer sistema) y esto ayuda a la relajación, el bienestar y maduración del sistema motor (segundo sistema). Progresivamente e interrelacionados van madurando los distintos estados, de sueño y de vigilia (tercer sistema) y esto le lleva a una mejor capacidad de atención e interacción (cuarto sistema). El último sistema, cuya maduración depende de la estabilización de los anteriores, es el sistema “autorregulador y equilibrador” y supone la capacidad de utilizar sus propios recursos para tranquilizarse solo ante situaciones de disconfor (como es llevarse el puño o dedo a la boca para calmarse) (Nugent y Keefer, 2010).

En el caso de un niño o niña que nace prematuro, que debería estar a esta edad de gestación protegido por el líquido amniótico y que posee un sistema nervioso mucho más inmaduro, es lógico pensar que necesita mucha más protección, contención y cuidados para que estos sistemas puedan madurar adecuadamente.

Esta teoría postula que muchos prematuros presentan cuadros de hiperactividad por no haber sido lo suficientemente protegidos y “contenidos”, que les ha obligado a madurar desorganizadamente, al sufrir una estimulación excesiva para la que sus sistemas no estaban preparados.



Desde el modelo psicoanalítico del desarrollo es perfectamente comprensible que si en estos RN prematuros nadie pudo hacer la “función materna” adecuadamente por su hospitalización y se pensó más en la “estimulación del desarrollo” que en cuidarles y apoyar a los padres para hacer bien su función, la calidad de las experiencias tempranas no han sido positivas, más bien caóticas y por tanto las secuelas en el neurodesarrollo serán evidentes. Las neurociencias lo están demostrando (Manzano, 2014).

El programa de CCD, en el que debe basarse todo programa de AT en el RN, se fundamenta en los criterios y actuaciones siguientes:

- ✓ Máxima protección ambiental: Aprender a cuidar a través de la observación, porque el aumento de las actividades manipulativas puede modificar su sistema autonómico (fisiológico).
- ✓ Proporcionar cuidados terapéuticos para prevenir que el cerebro sea dañado. Las UCIN pueden alterar el desarrollo de algunas estructuras cerebrales como el hipocampo, que tiene relación con trastornos del aprendizaje.
- ✓ Ecología ambiental: se hace un perfil ambiental de cada niño: cada incubadora ó cuna se observa que luz tiene, el sonido que recibe (si hay teléfono u ordenador cerca) y el espacio donde está. Se cubre la incubadora con una tela gruesa para evitar brillantes y ruidos, que son estímulos muy estresantes para el bebé.
- ✓ Favorecer autoregulación: para ello se procurará calmarle y protegerle de experiencias desagradables y se potenciarán las agradables.

La posición sobre el pecho (en canguro) tiene un efecto analgésico por eso se deben hacer lo más posible todas las manipulaciones, pruebas y extracciones en esta posición.

Observación del comportamiento. Posturas. Madurez de sus sistemas

- ✓ Sistema **autonómico**: observar cómo es su respiración, el color de la piel, frecuencia cardiaca, digestivo etc.
- ✓ Sistema **motor**: observar su tono muscular, postura y movimiento: Cuando hay inestabilidad en este sistema se observan movimientos abruptos, extensión de dedos de pies y manos, (Nugent y Keefer, 2010), arqueos o parece que no tiene tono muscular como “un bebé de trapo” (NIDCAP, 2014).
- ✓ **Estados de conciencia**: Observar la solidez y las transiciones de uno a otro estado. Cuando existe inestabilidad en los estados, el sueño es difuso, no tranquilo, hay un cambio frecuente de estado o se muestra apático. Su actitud es evitativa. Es incapaz de habituarse a ningún estímulo, todo le sobresalta.
- ✓ Diferencias de **tono y postura** en el prematuro al nacer: Persistencia del tono extensor con hiperextensión de cabeza y cuello. El bajo tono flexor unido a la fuerza de la gravedad favorecen posturas extendidas que supone: pérdida de calor, dificultad en línea media y autoconsuelo; por ello se deben mantener posiciones adecuadas sin inmovilizar, como son las posturas en laterales (Imagen 1).

El Periodo sensible en el RN para su competencia adaptativa es el primer mes de vida: no olvidemos que los mecanismos instintivos los tiene el RN y la madre los aprende. Muy importante son, también, las dos primeras horas de vida, por eso nada más nacer todo RN debe ser colocado sobre el pecho de la madre, como mínimo una hora, porque este contacto piel con piel requiere tiempo para el RN y si se interrumpe antes se altera su conducta.

El inicio del vínculo madre-hijo es una experiencia compleja: en el RN el circuito de regulación de las emociones, tiene bases neurohormonales; hay un aprendizaje olfatorio al nacer que se activa con la interacción. De ahí la importancia del contacto piel a piel lo antes posible y el mayor tiempo posible si el RN está hospitalizado. (Als et al., 2004).

Los resultados a largo plazo de los niños prematuros que estuvieron con este programa en su etapa neonatal son evidentes, según estos autores, observándose:

- ✓ Mejor evaluación neuroconductual, psicomotora y de regulación (autorregulación emocional, capacidad de auto-tranquilizarse).
- ✓ Se refuerza el vínculo, se regula mejor el sueño y tiene un efecto analgésico frente a ruidos o estímulos que le alteran (McAnulty et al., 2010).



IMAGEN 1

La Observación familiar y ayuda a los padres es uno de los pilares del programa, ya que se les considera los cuidadores principales y únicos para su hijo o hija. Por eso, si no hay padre o no viene y va a haber otro cuidador principal, se da permiso para que tenga entrada libre como los padres.

Nuestra experiencia nos confirma que la acomodación piel con piel sobre el pecho de la madre es inmediata, si está relajada (bastante difícil en grandes prematuros pues tiene miedo a que se muera); con el padre le cuesta un poco más porque no trae el aprendizaje olfatorio hecho, parece ser según las investigaciones citadas, que a través del olor del líquido amniótico va buscando el olor de la leche; sin embargo hemos comprobado que le estabiliza enseguida ó antes que la madre si está “más disponible emocionalmente”. El pecho del padre, dicen estos autores, al tener mayor caja torácica proporciona una estimulación vestibular muy parecida al útero materno. A los padres les encanta oír esto; sabemos que establecen también una relación primaria, han soñado con él o ella, la mayoría conocen ya el sexo. La madre vive la implicación del padre con una sensación de bienestar y alivio que aminora la culpa que siempre existe en un embarazo interrumpido, al ver que el padre inicia con emoción su paternidad.

3.4. Centros Base: Intervenciones terapéuticas

La intervención terapéutica en AT se orienta al niño o niña, su familia, a la escuela infantil cuando el menor acude a ella y al entorno social. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecen en función de la edad, características y necesidades del niño o niña y de su familia, del tipo y grado del trastorno, etc.

Todos los que trabajamos en AT estamos de acuerdo en el enorme potencial y la capacidad de recuperación de niños de riesgo o con patología instaurada si se dan factores de compensación o protectores. Esto es posible si se dan intervenciones sistemáticas, adecuadas y una atención a tiempo (Valle, Mateos y Sierra, 2011).

La intervención es necesaria, pero ¿qué tipo de intervención? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Dónde debe hacerse?

Entendemos la intervención en AT como integral, interdisciplinar y coordinada. La AT debe ser un espacio donde interactúan todos los sistemas desde una perspectiva interdisciplinar amplia y global (GAT, 2000).

En muchas ocasiones se ha insistido en que el modelo tradicional de AT es un modelo muy clínico, que no tiene en cuenta suficientemente el entorno del niño/a y su situación dentro de la familia. Desde los Centros de Atención Temprana (CAT) y más concretamente desde los Centros Base defendemos un modelo no sólo clínico, sino también vincular y pedagógico y el peso de uno u otro dependerá del momento evolutivo del niño/a y su familia.

Nos encontramos ante una población muy vulnerable: niños con problemas en el proceso de neurodesarrollo, en el proceso emocional, padres con dificultades en asumirlo y riesgo de que su evolución global se vea comprometida por un proceso no elaborado adecuadamente. Si tomamos como referencia el protocolo de Brazelton y Cramer (1993) sabemos que en niños muy prematuros o con otras patologías, estos menores no llegan a organizar conductas interactivas con el mismo éxito que los bebés nacidos a término y sin complicaciones.

Brazelton y Cramer (1993) señalan como el proceso de adaptación de los padres a una situación de crianza con dificultades no anticipadas implica la activación de conflictos anteriores que no fueron elaborados adecuadamente.

En estudios de seguimiento a largo plazo de niños y niñas de alto riesgo, se muestra dificultades en el desarrollo neuroevolutivo y en una falta de armonía evolutiva global que se manifiesta en una organización vincular ambivalente o desorganizada, es decir, en dificultad en establecer una interacción adecuada al principio y en una dificultad para favorecer después los procesos de individuación-separación.

Todo ello puede derivar en la creación, a veces, de un estilo de crianza compensatoria, donde se puede caer en una estimulación, atención y protección aumentadas y en una dificultad en marcar límites.

Así mismo, con el avance en el estudio de las formas y tipos de apego y el estudio de la intersubjetividad, se concluye que la calidad de la interacción temprana madre-bebé va a ser un factor muy importante en el desarrollo cognitivo y general del niño o niña. Estudios sobre temperamento, sobre el apego (Fonagy 2004), o el vínculo transgeneracional (Marrone, 2001) nos ayudan a entender las vicisitudes de las primeras experiencias de nuestros niños y niñas de AT y sus padres.

Estamos hablando pues, de un proceso en el desarrollo biopsicosocial difícil, comprometido, en una familia en proceso de duelo. Por lo tanto, solo desde una intervención terapéutica combinada dentro de los CAT, donde se tenga en cuenta todos los aspectos arriba mencionados, donde se evalúe y se planifica los niveles de actuación y las modalidades que son más convenientes en cada momento evolutivo del niño y su familia, y esto unido a una coordinación efectiva entre los servicios sanitarios, de educación y servicios sociales; solo desde ahí, podremos dar una atención coherente y de calidad a los niños susceptibles de atención.

Como se expuso anteriormente, nuestro abordaje es amplio y siempre teniendo en cuenta al niño y su familia. En los primeros momentos, intentamos incrementar la sensibilidad de los padres hacia el estado del niño/a y hacia su entorno de interacción, haciendo énfasis en que aprendan a interpretar las señales que emite el niño, intentando aportar aspectos reparatorios con el fin de que se viva al niño/a como un bebé que tiene necesidades, apetencias y repertorio propio. Introducimos, también, pautas y programas de Estimulación haciendo hincapié en ayudar a superar las dificultades que presenta el niño en su neurodesarrollo.

Metodología en el Centro Base nº1 de Madrid. Distintos tipos de intervención

Entendemos la AT en una doble vertiente, de prevención y de tratamiento. El primer objetivo es evitar las condiciones que puedan conllevar la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. La prevención, pues, de la discapacidad es una parte fundamental de nuestro trabajo, intentando detectar precozmente los posibles desfases del neurodesarrollo y siempre en colaboración con los servicios sanitarios y/o educativos. En ese sentido realizamos un trabajo de colaboración con el Servicio de Neonatología del HU La Paz.

El tratamiento directo con niños y niñas con patologías instauradas, es otra parte fundamental de nuestro enfoque.

Nuestra Unidad de AT está ubicada dentro de un Centro Base que atiende al diagnóstico, orientación y tratamiento de personas con discapacidad de todas las edades, así como al dictamen facultativo previo al reconocimiento de discapacidad de todo aquel que lo solicita. Desde septiembre del 2014, la valoración reconocimiento de la discapacidad en niños de 0 a 6 años se realiza en un único Centro Base (CRECOVI).

El equipo que compone la Unidad de AT es un equipo multiprofesional y está formado por 1 médico rehabilitador, 1 psicólogo clínico, 4 terapeutas de AT, 2 fisioterapeutas y 1 trabajador social.

Atendemos niños y niñas de 0 a 4 años con trastornos de desarrollo o riesgo de padecerlos.

Desde el año 1993 y tras un acuerdo entre las Direcciones Provinciales del Insalud y del Inerser, se realiza un programa de colaboración entre el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de la Paz y el Centro Base nº 1. Esta colaboración se concretó en llevar a cabo, por parte de la unidad de AT del centro base, un seguimiento del desarrollo de los niños nacidos en el Hospital de la Paz con un peso inferior a 1500g, una vez dados de alta en el Servicio de Neonatología. Este seguimiento se realiza hasta que los niños tienen 2 años o 2 años y medio si el desarrollo es adecuado a su edad. En ese momento, se envía al hospital un protocolo con los datos de desarrollo global del niño. Hemos visto, hasta el momento, alrededor de 1800 niños.

¿Qué valoramos?

- ✓ Respecto al niño/a:
- ✓ Datos del desarrollo psicomotor.
- ✓ Datos del desarrollo emocional.
- ✓ Aparición de distorsiones en el mismo.

Respecto a los padres:

- ✓ Elaboración de situación de crisis y sentimientos que provocan.
- ✓ Recuperar el rol de padres.

En resumen, pretendemos, a partir de este seguimiento, aplicar un filtro que vaya descartando o dando motivos para intervenir, previniendo una patología del desarrollo de manera diferenciada.

Modalidades de intervención

Nuestra unidad de AT lleva a cabo con los niños y niñas, pre-término de peso inferior a 1500g., tres modalidades de intervención: seguimiento, pautas y tratamiento. Desde nuestro punto de vista, todos los niños pre-término con peso inferior a 1500g., son susceptibles de realizar un seguimiento de desarrollo al menos hasta los 2 años y medio o 3 años.

Podemos englobar en 3 grandes grupos las características que se tienen en cuenta a la hora de decidir en qué modalidad de intervención debe estar el niño/a:

1. Señales de alarma: alteraciones del tono, vinculación insegura, trastornos de la regulación, inquietud, problemas de alimentación-sueño.
2. Retraso madurativo: evaluado a través de las escalas de desarrollo y de la observación durante la evaluación.

3. Familias de riesgo: considerando como tal si se presenta inseguridad de funciones, falta de iniciativa, ansiedad exagerada, dificultad en seguir las pautas para casa, etc.

En la modalidad de intervención denominada SEGUIMIENTO, se orienta a la familia sobre las adquisiciones evolutivas que han de formar parte del repertorio de su hijo. Sería un programa de seguimiento, propiamente dicho, cuya frecuencia variaría entre 2-3 meses durante y hasta que el niño alcance los 2 años y medio. Exploramos al niño, siempre damos pautas para casa y lo hacemos siempre en presencia de los padres .

En la modalidad de PAUTAS, acortamos el tiempo entre visitas en aquellos niños que presentan a lo largo del seguimiento señales de alarma que hacen necesario intervenir con indicaciones más específicas de trabajo en casa, previa demostración en consulta, con el fin de fomentar aspectos de desarrollo que deben cumplir en su medio habitual. Así, la familia tendrá un asesoramiento más frecuente y directo.

Por último, la modalidad de TRATAMIENTO, indicada para niños con retrasos evidentes del neurodesarrollo, con diagnósticos de patología motora donde se realiza un tratamiento global de Estimulación Precoz y/o Fisioterapia. En esta modalidad se enseña y guía a los padres en las adquisiciones evolutivas que el niño tiene que ir desarrollando paulatinamente.

La frecuencia de intervención será de 1 o 2 sesiones semanales y con las características habituales de un tratamiento de AT: elaboración de Programa de tratamiento sistemático y secuenciado y aplicado en todas las áreas de desarrollo.

Metodología de tratamiento individual

El área de tratamiento trabaja sobre niños y niñas que presentan un retraso de desarrollo evidente y aquellos con patología instaurada (Parálisis Cerebral, Síndrome de Down, Síndromes polimalformativos, etc....). Estos niños y niñas acuden a tratamiento al centro una o dos veces por semana en sesiones de 45 minutos. El terapeuta de AT y el fisioterapeuta trabajan con el niño/a de forma coordinada.

Se actúa a través de programas individuales de tratamiento tanto en el Centro como en el hogar. El trabajo conjunto con los padres nos parece imprescindible. El tratamiento a través de los programas es una intervención terapéutica con bases y técnicas precisas que se realizan teniendo en cuenta:

- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Datos de entrevista y de observación.
- ✓ Familia.
- ✓ Actitud del niño/a.
- ✓ Y siempre teniendo en cuenta todas las áreas de desarrollo.

Trabajo con las familias

El trabajo con las familias, aspecto de especial relevancia en nuestro modelo de AT, lo realizamos desde tres modelos:

- ✓ Modelo Interactivo.- Objetivo: fomentar la relación Padres-Hijo.
- ✓ Modelo Educativo.
 - ✓ Participar en las sesiones de tratamiento.
 - ✓ Seguimiento familias.
 - ✓ Contactos puntuales.
- ✓ Modelo Terapéutico.
 - ✓ Grupos Terapéuticos: Terapia de objetivo limitado.
 - ✓ Terapia individual.

Terapia de objetivo limitado

En la práctica clínica observamos la flexibilidad de recursos con los que cuentan los padres e hijos/as que atendemos. Las tendencias correctoras y la energía para adaptarse se dan con facilidad. Por eso en este periodo de las primeras edades y las primeras interacciones, es un periodo ideal para la intervención breve.

La clarificación de proyecciones, ansiedades, ambivalencias, a menudo, basta para que se reanude un proceso de desarrollo normal entre padres e hijos/as. Esto se puede hacer habitualmente desde las propias sesiones de Estimulación. Cuando esto no es posible es cuando utilizamos lo que llamamos Terapia de Objetivo limitado, relación padres-hijos/as, que tiene las características de un terapia breve. Siguiendo el esquema de P.B. Schneider (1979) las indicaciones para una terapia breve son:

- ✓ La motivación.
- ✓ La fuerza del yo.
- ✓ La posibilidad de focalizar.

Con esto intentamos reforzar los patrones y competencias saludables de la interacción y ayudamos a modificar las pautas disfuncionales de la relación.

Para terminar, recalcar que desde nuestro punto de vista, solo desde un marco de coordinación entre Sanidad (Hospitales y Atención Primaria), Educación (EOEPS, Escuelas Infantiles, Colegios) y Servicios Sociales (CAT, Centro Base...), será posible una Atención coherente y de calidad a los niños y sus familias susceptibles de AT.

3.5. La AT desde los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil

Los servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil son dispositivos asistenciales del Sistema Público de Salud que se dirigen a niños/as y adolescentes entre 0 y 18 años que presentan problemas emocionales, en el desarrollo o del comportamiento. Son equipos de profesionales cuyo objetivo es ofrecer atención ambulatoria a los pacientes remitidos desde el nivel de atención primaria o desde otros niveles sanitarios. Están compuestos por psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y, en ocasiones, terapeuta ocupacional. El tipo de intervención que realizan puede ser psicoterapéutica y de apoyo u orientación psicosocial o psicofarmacológica (Pozo de Castro, 2008).

En determinadas zonas geográficas, en función de su historia y recursos asistenciales, algunos menores con trastornos del desarrollo son atendidos en programas de AT que están articulados con Centros de Salud Mental infantil o en unidades de Psiquiatría de hospitales generales (GAT, 2000). Sin embargo, en la mayor parte de los servicios de Salud Mental la AT no existe como programa específico, sino que más bien detectan trastornos en el desarrollo y derivan a centros específicos (como los centros de AT o los centros base) e intervienen cuando los menores con trastornos del desarrollo presentan problemas de conducta u otras dificultades o trastornos mentales (por ejemplo, mutismo selectivo, fobias, encopresis, etc.). Probablemente la función más importante que desde el ámbito de la AT realizan los servicios de Salud Mental es la prevención primaria, puesto que llevan a cabo intervenciones terapéuticas con menores de 6 años que presentan interacciones familiares disfuncionales o alteraciones psicopatológicas (por ejemplo, trastornos de sueño o de alimentación, inhibición, mutismo selectivo, etc.), que son factores de riesgo para desarrollar trastornos en el desarrollo.

La *prevención primaria* se realiza por parte de los profesionales de Salud mental fundamentalmente mediante la intervención con las familias (en formato individual o grupal) y también con intervención directa con el niño/a. Con las familias se trabaja facilitando el desarrollo de capacidades parentales de identificación y anticipación de las características, competencias y necesidades de los menores, así como de capacidades de sostén, regulación emocional y estimulación óptima del hijo o hija (Camarero *et al.*, 2014). Se trata de ayudar a las familias a adecuar el entorno familiar a las necesidades de los menores. Asimismo se trabaja desde estos dispositivos para contener a los padres y facilitar el desarrollo de matrices sociales de apoyo para éstos, todo con el objetivo de que los padres desarrollen un vínculo de calidad con sus hijos. También se realizan desde estos dispositivos intervenciones psicoeducativas que tienen el objetivo de que los padres aprendan aspectos del desarrollo infantil, pautas de crianza y técnicas para el control de conductas. Con los niños/as más mayores también se interviene de forma directa, en estos casos mediante terapia de juego.

Otra de las funciones de los equipos de Salud mental es la *prevención secundaria* o la detección temprana de los trastornos del desarrollo, mediante la coordinación, asesoramiento y apoyo a los equipos de atención primaria y a la red de atención educativa y social al menor (por ejemplo, Equipos Psicopedagógicos, Servicio de Atención al Menor, etc.), y la realización de actividades de prevención y docencia para otros profesionales (Pozo de Castro, 2008). También mediante la derivación a recursos específicos cuando estos menores son valorados en Salud Mental. El objeto de estas funciones es la adopción de medidas para fomentar la salud mental en general y para reducir la exposición de los niños y niñas a situaciones de privación psico-social, así como la detección temprana de factores de riesgo y disfunciones del desarrollo. No obstante, existe una enorme variabilidad entre centros y entre Comunidades Autónomas, en función de la carga asistencial, los recursos profesionales e institucionales de los que disponen y en la formación del equipo. La colaboración con otros profesionales sociosanitarios en la práctica es poco uniforme y sistemática. Si bien en la mayoría de los servicios se llevan a cabo coordinaciones con otros profesionales, sólo en algunos se realizan programas materno-infantiles, elaboración de recomendaciones y participación en grupos de trabajo orientados a la prevención y detección de disfunciones del desarrollo y sus factores de riesgo.

En lo que respecta a la *prevención terciaria*, tal y como se ha mencionado previamente, los profesionales de Salud Mental Infantil intervienen fundamentalmente cuando existe comorbilidad con otros trastornos, proporcionando en estos casos atención familiar para el manejo de problemas de conducta u otras dificultades, o tratamiento farmacológico. En algunas ocasiones aunque no existan otros trastornos comórbidos se realiza un seguimiento desde Salud Mental, fundamentalmente en Trastornos del Espectro Autista, Psicosis o en Disarmonías Evolutivas.

3.6. Servicios específicos: Los Centros de AT

Los CAT o Centros de Desarrollo Infantil y AT (CDIAT) son recursos especializados e interdisciplinarios de atención ambulatoria, cuando se detecte en las primeras etapas de la vida de un menor algún tipo de trastorno en el desarrollo, temporal o permanente, o el riesgo de padecerlo (GAT, 2000). Existe una gran variabilidad entre Comunidades Autónomas en las formas de acceder a este servicio y en su dependencia administrativa, así como en la titularidad de estos centros. No obstante todos tienen en común que proporcionan una asistencia gratuita o subvencionada, están ubicados en la proximidad de los hogares y que, en estos centros, y generalmente una vez realizado el diagnóstico del menor por otro servicio (Pediatría, Centro Base, etc.), se realiza una intervención terapéutica desde dos o más disciplinas, con el fin de prevenir o tratar las disfunciones del desarrollo.

Estos servicios surgen en la década de los 70, dentro del movimiento asociativo de padres de niños con distintas discapacidades y han sido el motor de la AT en nuestro país. Los CAT surgen como evolución de los centros de estimulación o atención precoz de los años 70, cuyas actuaciones se dirigían, de forma predominante, a niños y niñas con algún tipo de discapacidad. La denominación cambia en los años 90 (citado en Bugié, 2002), al reconocerse que estos centros asumirían funciones más amplias. A la intervención terapéutica, se le suma el apoyo y asesoramiento a las familias y la coordinación con los recursos de la zona (centros médicos u hospitalarios, servicios sociales y centros educativos). Además, la definición de los trastornos del desarrollo se amplía, incluyendo a la población de 0-6 años con diferentes discapacidades y también a los niños con trastornos o dificultades de distinto grado en cualquier ámbito del desarrollo: motricidad, comunicación, lenguaje, cognición, conducta o emociones, y con una etiología que puede ser orgánica, psicosocial o multifactorial.

En la actualidad, los CAT son centros especializados autónomos con plazas subvencionadas o concertadas por instituciones públicas que atienden a niños con alto riesgo de presentar deficiencias, en función de sus características, que cumplan el requisito de tener concedida la calificación de minusvalía de al menos de 33% o en que se presenten criterios de riesgo. Sus actuaciones principales son la detección y valoración de los trastornos en el desarrollo y el inicio de la intervención, del apoyo y asesoramiento a la familia, cuando aparecen los primeros signos de desviación en el desarrollo o se detectan situaciones que puedan originarlos, aunque no tienen competencia en establecimiento del Dictamen de Discapacidad (Bugié, 2002). (GAT, 2000: 28).

La intervención terapéutica en los CAT se planifica en función de las dificultades y potencialidades del niño o niña y del conocimiento de su realidad familiar y social. Cada menor y cada familia se consideran de forma individual y específica, evitándose los 'programas' universales. Si bien el modelo de inclusión familiar varía en función de los centros, en todos los casos se contempla que ésta debe ser tenida en cuenta en la intervención y los padres deben conocer y compartir los objetivos y estrategias de la intervención.

La intervención en los CAT tiene una orientación más terapéutica que educativa. Se realiza en sesiones individuales o en pequeño grupo y las disciplinas que incluyen son psicomotricidad, estimulación y estimulación cognitiva, logopedia y fisioterapia. Algunos centros incluyen también trabajo social, psicoterapia, terapia ocupacional, pedagogía, o neuropsicología en sus equipos (Bugié, 2002; GAT, 2000).

El modelo de inclusión de la familia varía en función de los centros y de los propios profesionales. Existe un gran consenso en cuanto a la importancia de la participación de las familias en la AT, pero existen grandes diferencias en la forma de entender esa participación (Giné, Gracia, Vilaseca y Balcells, 2009). De forma general los objetivos con la familia en los CAT giran en torno a ayudar a los padres a entender las dificultades o características de su hijo o hija, sus limitaciones pero también sus posibilidades, y a desarrollar o utilizar las estrategias más adecuadas para promover su desarrollo (Bugié, 2002).

Las prácticas más frecuentes en relación con la familia incluyen reuniones periódicas con los padres y que antes de los 2 años la familia suele estar presente en las sesiones de intervención. En algunos centros, además, se realizan visitas e intervenciones en el domicilio, se proponen grupos o escuelas de padres y se dispone de un servicio de atención y apoyo familiar cuando se detectan dificultades en la relación, en la actitud o en la percepción de los padres con el

menor. Algunos autores (Giné *et al.*, 2009), no obstante, reivindican la necesidad de desarrollar más un “trabajo centrado en la familia”, lo que supone integrar a las familias en el equipo de trabajo, o trabajar con los padres, identificando sus necesidades y demandas y habilitándolos para enfrentarse a los problemas, haciéndoles co-partícipes del tratamiento. El trabajo centrado en la familia tiene su fundamentación en las teorías ecológica (Bronfenbrenner, 1979) y de los sistemas familiares, que ponen énfasis en comprender el desarrollo de las personas como resultado de las interacciones entre éstas y su entorno familiar, escolar, etc. Este enfoque supone mucho más que mantener una relación respetuosa y cercana con las familias, o proporcionar orientaciones para casa. Implica que los profesionales pongan a la familia, en su conjunto, en el centro de su atención y núcleo de su intervención y que desarrollen prácticas sensibles a las preocupaciones y prioridades de los padres. También que promuevan oportunidades para que éstos puedan tomar sus propias decisiones informadas y que los contextos naturales del niño o niña ofrezcan oportunidades de aprendizaje y desarrollo para éste. Este trabajo exige conocer las demandas y necesidades de las familias, sus estilos de afrontamiento, y sus fortalezas y fuentes de apoyo, capacitándolas para enfrentarse de forma efectiva a los problemas y necesidades. En resumen, el “Enfoque centrado en la familia” supone una filosofía y unos valores y unas prácticas que se derivan de los primeros, y que tienen como objetivo final enriquecer a las familias de recursos para que puedan mejorar la calidad de vida de su hijo o hija con problemas en el desarrollo y la de la familia en su conjunto (Giné *et al.*, 2009).

Finalmente, la coordinación del CAT con los recursos de la zona tiene por objeto establecer intervenciones complementarias y coherentes y evitar solapamientos asistenciales. También permite obtener información muy valiosa sobre el funcionamiento del niño o niña en su entorno escolar y social, y, por último, promover la detección temprana de los trastornos del desarrollo (Bugié, 2002).

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, I. y Wall, S. (1978). *Pattern of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alonso Seco, J. M. (1997). *AT en Realizaciones sobre discapacidad en España*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Als, H. (1988). Modelos de conducta infantil: ¿análogos de ulteriores dificultades de organización? En Duffy, F.H. Geschwind, N. *Dislexia. Aspectos psicológicos y neurológicos*. Barcelona: Ed. Labor.
- Als, H.; Duffy, F.; McAnulty, G.; Rivkin, M.; Vajapeyam, S.; Mulkern, R.; Warfield, S.; Huppi, P.; Butler, S.; Conne-man, N.; Fischer, S. y Eichenwald, E. (2004). Early Experience Alters Brain Function and Structure. *Pediatrics*, 11(4):846-857.
- Als, H., Duffy F., McAnulty G. Butler, S.C; Lightbody, L; Kosta, S.; Weisenfeld, N. I.; Robertson, R.; Parad, R. B.; Ringer, S. A.; Blickman, J.G.; Zurakowski, D. y Warfield, S. K. (2012). NICHD improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. *Journal of Perinatology*, 32(10): 797–803.
- Arizcun, J. (1999). Neonatología centrada en la familia. *Revista Latinoamericana de Neonatología. Suplemento 1*: 87-88.
- Arizcun, J. (2002). Aspectos neonatológicos y factores de riesgo en AT. *Revista de Neurología*, 34: 136-140.
- Arizcun, J. y Arrabal, M.C. (2005). Deficiencias, discapacidades de desarrollo y los servicios de Neonatología. En Millá, M. G. y Mulas, F. *AT. Desarrollo infantil, diagnóstico ,trastornos e intervención* (pp. 85-107). Valencia: Promolibro.
- Arizcun, J., Guerra, R. y Valle, M. (1994). Programa de Control Prospectivo, Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. *Anales Españoles de Pediatría*, 63: 26-32.
- Arizcun, J.; Valle, M. y Arrabal, M. C. (2003). El enmarque de los servicios de Neonatología en los programas de las discapacidades pediátricas. *Curso de Prevención de Deficiencias. Materiales. Documentos 33/2003 (5ª edición,pp.299-322)*. Real Patronato sobre Discapacidad Madrid D. Legal M.54.943-2003. NIPO 214-03-012-X.
- Arrabal, M.C. (1999). Participación de la familia en los cuidados del Recién Nacido hospitalizado. *Revista Latinoamericana de Neonatología. Suplemento 1*: 91-98.
- Bayley, D. B. y Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 151-183) Baltimore: Paul H. Brookes.
- Benito, F.; López, M.; Pallás, C. y De la Cruz, J. (2006). Cuidados centrados en el desarrollo en España. *Anales de Pediatría* 64(2): 132-139.

- Blackman, J. (2003). Early Intervention: An Overview. En S. Odom, H. Marci, J. Blackman (Edit.) *Early Intervention Practices Around The World*. Baltimore: Brookes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York. Basic Books.
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona. Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard.
- Bugié, C. (2002). Centros de desarrollo infantil y AT. *Revista de Neurología*, 34(1): 143-148.
- Camarero, B., Cuéllar-Flores, I., Eimil, B., Palacios, I. del Río, T., y García-Villanova, F. (2014). La relación temprana en bebés prematuros. *Revista Intersubjetivo*, 12(2), 110-116.
- Casado, D. (2005). *La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*. Madrid: GENYSI.
- Clasificación diagnóstica: 0-3. (2005). *Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes del desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Barcelona: Paidós.
- Comisión Europea (1996). HELIOS II. Guía europea de buena práctica. Hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Dunst, C.J. (1996). Early intervention in USA. In M. Brambring, H. Rauh y Beelmann, A. (Ed), *Early childhood intervention: theory, evaluation and practice* (pp.11-52). New York: De Gruyter.
- Fonagy, P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis* Peter Fonagy. Peter. London. Other Press (USA).
- Fox, S., Levitt, P. y Nelson, C. (2010) How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81, 28-40.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005). AT. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos claves y recomendaciones. EADSNE. Bruselas. Revisado el 7 de mayo de 2010.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en AT. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 23 (2), 95-113.
- GAT-Grupo de AT (2000). *Libro blanco de la AT. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. Madrid: Colección Documentos 55/2000.
- Grupo HELIOS II (1998). *Intervención Temprana en Europa*. Madrid: Agencia Europea para el desarrollo de la educación especial.
- (1998). *La buena práctica en rehabilitación funcional. Prevención, detección temprana e intervención e integración. Una perspectiva global para todos los niños con discapacidad*. Madrid: Agencia Europea para el desarrollo de la educación especial.
- Grupo PADI (1999). *La AT en la Comunidad de Madrid. Situación actual y documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.
- Guralnick, M. J. y Bennett, F. (1989). *Eficacia de una AT en los casos de alto riesgo*. Madrid: INSERSO.
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M.J. Guralnick (ED.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp.3-28). Maryland: Paul H. Brookes.
- Gutiez, P., Sáenz-Rico, B. y Valle, M. (1993). Proyecto de AT para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4 (2), 113-129.
- Gutiez, P. (Ed.) (2005). *AT: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0 – 6)*. Editorial Complutense: Madrid.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad Neuronal Funcional. *Revista Neurología*, 38 (1): S58-S68.
- Hunt, J. (1961). *Intelligence and experience*. Nueva York: Ronald Press.
- Juri, L. (2008). El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 11, 43-48.
- McAnulty, G., Duffy, F., Butler, S., Bernstein, J., Zurakowski, D. y Als, H. (2010). Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: preliminary data. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 49(3):258-70.
- Manzano, J. (2014). Etiología y etiopatogenia de los trastornos mentales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 56. SEPYPNA. ISSN: 1575-5967.
- NIDCAP: evaluación del desarrollo del recién nacido. Revisado el 1 de febrero de 2014 en: <http://nidcap.org/es/>
- Nugent, K., Keefer, C. (2010). *Comprender el comportamiento y las relaciones tempranas de recién nacido: Manual del sistema de observación de la conducta del recién nacido*. Madrid: TEA Ediciones.

- Mahler, M. (1972). *El desarrollo psicológico del infante humano y otros. Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*. México: Joaquín Mortiz.
- Marrone, M. (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid, Psimática
- Massie-Cambell (1978). *Escala de Observación de indicadores de apego Madre-Bebé en situaciones de Stress*. Extraído el 1 de febrero de 2015 de: http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_campbell_2007.pdf
- Naciones Unidas (1984). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Extraído el 1 de junio de 2015 de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Narberhaus, A. y Segarra, D. (2004). Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. *Anales de Psicología*, 20, 317-326.
- Ornstein, M., Ohlson, A., Edmonds, J., Asszlatos, E. (1992). Seguimiento neonatal de los recién nacidos de bajo peso/extremadamente bajo peso al nacer hasta la edad escolar: una revisión crítica. *Acta Paediatrica Scandinava*, 8, 7-13.
- Pérez de Villar, P. (2005). El desarrollo desde el nacimiento al final de la primera infancia. Extraído el 1 de febrero de 2015 de: <http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/ixjorp/ixpeter.htm>.
- Peterander, F. (1996). Helios II final report. Early Intervention. Information, *Orientation and Guidance of Families*. Thematic Group 1. München: Universität München.
- Peterander, F. (2009). Influencia del ambiente en la salud mental infantil e Intervención Temprana. Ponencia presentada en la III Reunión Interdisciplinaria sobre Discapacidades/ Trastornos en el Desarrollo y AT, organizada en Madrid por GENYSI y European Association on Early Childhood Intervention. Extraído el 14 de marzo de 2010 de: http://www.genysi.es/index.php?option=com_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=321.
- Pozo de Castro J.V. (2008). Los equipos de salud mental infanto-juvenil: estructura y definición de actividades. *Avances en salud mental relacional*, 7(1).
- Pretis, M. (1998). Evaluation interdisziplinärer Frühförderung und Familienbegleitung bei Kindern mit Down Syndrom. Bedingungs- und Wirkfaktoren, kovariierende Variablen. *Frühförderung interdisziplinär*, 1: 49-64.
- Pretis, M. (2001) Towards Future Paradigms and Challenges of early Intervention. *Special Education*, 2, 55-63.
- Pretis, M. (2006). *European Passport on professional training in early childhood intervention*. Graz: Leonardo da Vinci.
- Sameroff, A.J. y Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and continuum of creating casuality. En Horowitz et al. (Eds.), *Review of child development Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schneider, P.B. (1979) Propedeutica de una Psicoterapia. Ed. Nau Llibres.
- Shonkoff, J.P. y Meisels, S.J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In Shonkoff, J.P. y Meisels, S.J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.3-31). Cambridge: University Press.
- Sierra, P. y Gútiez, P. (2012). Atención Temprana: desarrollo y educación. *Revista de Psicología Educativa*, 18, (2): 95-96.
- Soriano, V. (2000). *AT en Europa: organización de Servicios y Asistencia a los niños y sus familias. Tendencias en 17 Países Europeos*. Madrid: Real Patronato de prevención y de atención a personas con minusvalías.
- Speck, O. (1996). Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder unter ökologisch-integrativem Aspekt. In: F. Peterander; O. Speck (Eds.), *Frühförderung in Europa*, 14-23. München: Reinhardt.
- Valle, M. (2005). Prevención de trastornos del desarrollo y Pedagogía Hospitalaria. En M. G. Millá y F. Mulas. *AT. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. (pp. 329-340). Valencia: Promolibro.
- Valle, M. Mateos, R. y Sierra, P. (2011). Contextos de riesgo en el niño pequeño y posibles intervenciones ante la adversidad. *Revista Clínica Contemporánea*, 2, 165-176. Madrid: Colegio oficial de Psicólogos de Madrid. ISSN: 1989-9912
- Valle, M.; Sierra, P.; Palacios, I.; García, R. y Moro, M. (2014). AT al recién nacido de riesgo. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(3), 119-23.

Ficha 1.

Hitos históricos de la conceptualización de la atención temprana

Al hablar de estimulación precoz, de atención infantil precoz o de estimulación temprana se abre un universo de posibilidades que incurren en depositar todas las acciones generadas en las primeras etapas del desarrollo de los niños. Pese a que son muchas las definiciones aportadas a la disciplina la inmensa labor llevada a cabo por el GAT culminó con una definición marco del concepto:

“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 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, 2005: 12).

Con esta definición, se genera un nuevo planteamiento que supone un cambio en el modelo de atención a la primera infancia. Sin embargo, para poder conseguir estos aspectos, se han sucedido años de intenso trabajo en relación a la búsqueda de un concepto común. Por ello, se da paso a la evolución histórica del mismo, mediante un resumen que sintetiza las cuatro décadas.

1. DÉCADA DE LOS SETENTA. PRIMERAS EXPERIENCIAS

Desde sus primeras promociones, la AT ha sido un campo comprometido, y no será hasta mediados de los ochenta, cuando se llegue a un consenso del concepto. Sin embargo, el periodo de 1970-1980, se caracterizan por el inicio de la actividad en España (Gutiez, 2005). A finales de esta década son varios los autores que utilizan términos análogos, pero cada uno lo conceptualiza desde prismas de actuación diversos. Así, una de las primeras aportaciones, aparece bajo el vocablo de estimulación precoz, donde se contempla como:

“un conjunto de técnicas o planes que, aprovechando la neurología evolutiva y la psicología del desarrollo, hacen que un ser humano, seriamente dañado en su sistema nervioso central, pueda alcanzar mayores metas de inteligencia y de capacidad física que, en otro caso, es decir, abandonado a su suerte, no sólo no lo alcanzaría jamás, sino que incluso en la mayor parte de los casos entraría en desarrollo no evolutivo, sino francamente involutivo” (Rodríguez Garrido, 2006: 19)

Coetáneamente, otros autores como el doctor Villa Elízaga, retoman la idea de estimulación precoz, para el cual es una “forma de tratamiento que se debe aplicar durante los primeros años de la vida, para potenciar al máximo tanto las posibilidades físicas como las intelectuales del niño” (Villa Elízaga, 1976: 89).

2. DÉCADA DE LOS OCHENTA. CONSENSO TERMINOLÓGICO

Hasta el momento, la AT se entendía dentro de las acciones de prevención terciaria (Gutiez, 2005). Sin embargo, en estos años se produce una clara especialización que invita a la homeostasis del término, donde se enfatiza el carácter sistemático, secuencial y controlador de la estimulación precoz que se realizaba hasta el momento (Cabrera y Sánchez Palacios, 1980). Así, en 1980:

“el INSERSO comienza a formular en términos de atención precoz, los tratamientos específicos que se dan a los niños desde su nacimiento, o durante los primeros años de su vida, que están afectados por una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla, para que reciban de manera efectiva y continuada todo aquello que pueda facilitar la capacidad del desarrollo” (Gutiez, 2005: 10).

De este modo, el objetivo de esta etapa es favorecer al máximo el desarrollo del niño y su integración en el medio familiar y social. A partir de esta idea, se realizan nuevas aportaciones con carácter más integrador. Es el caso de aludir de manera análoga AT, Estimulación Precoz o Intervención Oportuna:

“la intervención oportuna puede ser concebida como una técnica que, situándose frente al niño y su patología, pretende optimizar en el curso de los primeros años, el desarrollo de las potencialidades del sistema nervioso, suministrándole estímulos mediante los que se pretende avivar funciones ya existentes y conseguir unas bases afectivas adecuadas para fijar lo que el niño aprende y lograr hábitos de autonomía y capacidades de adaptación al medio” (Buceta y García, 2000:7).

En 1987, y sucesivos, se plantea la definición de Intervención Temprana, más cercana a la concepción actual, estableciendo diferencias significativas con los postulados anteriores. En este periodo, se pretende potenciar las posibilidades físicas e intelectuales mediante la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar el curso lógico de la maduración del SNC (del Toro, 2012). Por ello, el término de AT se consensuará como fruto de una evolución conceptual y metodológica, que supera los modelos de estimulación precoz y temprana.

3. DESDE LOS NOVENTA HASTA HOY

Encaminándonos hacia un nuevo siglo, se vuelve a producir una dicotomía en la terminología de la AT, pasando de un modelo de actividad centrado en el niño, hacia una concepción que incluye a su familia y a su entorno. En el inicio de la década, se publican dos definiciones que rompen con la tendencia anterior. De una parte, el INSS, considera que la atención precoz se refiere a tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento y los están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla. Y de otro, se hace alusión al término de AT, considerándola como la educación sistemática de la primera infancia, necesaria a la población infantil de cero a tres años, por ser un período de vida importante en el que aparecen adquisiciones básicas fundamentales, que no deben quedar dirigidas al azar, o a la estimulación natural, ya que no aseguran que el niño tenga las oportunidades precisas y suficientes que le permitan un desarrollo sano y positivo (Vidal Lucena y Díez Curiel, 2008). Así, se amplía la concepción a un tratamiento global y específico.

A partir de este momento, aparecen nuevas iniciativas y grupos de trabajo que tenían como cometido realizar un proyecto operativo de AT, como es el caso del Grupo PADI, el IMAIN o el GENMA. Todas estas medidas, culminan con el GAT de Cataluña, quienes idearon la creación de un documento base sobre los fundamentos principales de AT (Millá, 2003; del Toro, 2012). Perfilando aún más el término actual, según el grupo de expertos de la Agencia Europea Para el Desarrollo de la Educación Especial, se concibe la AT como el:

“conjunto de intervenciones para los niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición en un determinado momento de la vida de un 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, y fomentar la inclusión social de la familia del niño” (AEDEE, 2005: 17)

Otro ejemplo es propuesto por la comisión delegada del SAAD, donde AT es:

“conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico y de intervención que de forma coordinada se dirigen a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno, que tienen por finalidad dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos” (del Toro, 2012: 151).

En conclusión esta evolución, inicia un acercamiento terminológico que implica evolucionar a un paradigma donde emerjan las actuaciones que no se destinen al desarrollo integral del niño, la familia y su entorno (Candel, 2005).

CUADRO RESUMEN DEL CAMBIO DEL TÉRMINO DE AT EN ESPAÑA

	AÑO	AUTOR	RESUMEN CRONOLÓGICO. DEFINICIÓN
DÉCADA DE LOS SETENTA. ESTIMULACIÓN PRECOZ	1976	Rodríguez Garrido	ESTIMULACIÓN PRECOZ: Conjunto de técnicas o planes que, aprovechando la neurología evolutiva y la psicología del desarrollo, hacen que un ser humano, seriamente dañado en su sistema nervioso central, pueda alcanzar mayores metas de inteligencia y de capacidad física que, en otro caso, es decir, abandonado a su suerte, no sólo no lo alcanzaría jamás, sino que incluso en la mayor parte de los casos entraría en desarrollo no evolutivo, sino francamente involutivo.
	1976	Dr. Villa Elízaga	ESTIMULACIÓN PRECOZ: Forma de tratamiento que se debe aplicar durante los primeros años de la vida, para potenciar al máximo tanto las posibilidades físicas como intelectuales del niño.

CUADRO RESUMEN DEL CAMBIO DEL TÉRMINO DE AT EN ESPAÑA (continuación)

	AÑO	AUTOR	RESUMEN CRONOLÓGICO. DEFINICIÓN
DÉCADA DE LOS OCHENTA. AT. PRECOZ Y OTROS	1980	INSERSO	ATENCIÓN PRECOZ: Son los tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento, durante los primeros años de su vida está afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla.
	1985	Buceta	INTERVENCIÓN OPORTUNA: técnica que, situándose frente al niño y su patología, pretende optimizar en el curso de los primeros años, el desarrollo de las potencialidades del sistema nervioso, suministrándole estímulos mediante los que se pretende avivar funciones ya existentes y conseguir unas bases afectivas adecuadas para fijar lo que el niño aprende y lograr hábitos de autonomía y capacidades de adaptación al medio
DE NOVENTA HASTA HOY ATENCIÓN TEMPRANA	2000	GAT	ATENCIÓN TEMPRANA: 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 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.
	2005	AEDEE	ATENCIÓN TEMPRANA Conjunto de intervenciones para los niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición en un determinado momento de la vida de un 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, y fomentar la inclusión social de la familia del niño.
Fuente: Gútiez (2005)			

BIBLIOGRAFÍA

- Buceta, M. J. y García, M. (2000). *Estimulación Temprana en el niño sordo*. Santiago de Compostela: Nino.
- Cabrera, M.C. y Sánchez Palacios, C. (1980). *La estimulación precoz: un enfoque práctico*. Madrid: Pablo del Río.
- Candel, I. (2005). *Elaboración de un programa de Atención Temprana*. Murcia: Equipo de Atención Temprana de Murcia.
- Del Toro, V. (2012). *El juego en alumnos con necesidades educativas especiales: Síndrome de West y otras encefalopatías epilépticas*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación- Centro de Formación del Profesorado.
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad*. Colección de documentos 55/2005.
- Gutiez, P. (2005). *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.
- Millá, M. G. (2003). La calidad en Atención Temprana. *Revista Minusval*, 3: 71-74.
- Rodríguez Garrido, C. (2006). *Del rito al símbolo: los signos en el nacimiento de la inteligencia*. Barcelona: Ice-Horsori.
- Villa Elízaga, I. (1976). *Desarrollo y Estimulación del niño durante los tres primeros años de vida*. Pamplona: EUNSA.

Ficha 2.

Población destinataria de atención temprana: Alto riesgo en el recién nacido

Coincidiendo con Ruíz Veerman (2011), los destinatarios de la AT son la familia, el niño y el entorno, ya que todas estas medidas se encaminan al apoyo de las familias y al encuentro con la comunidad. Sin embargo, al centrarnos en el destinatario, afirmamos que son aquellos niños y niñas de cero a seis que por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal, pueden ver afectado el curso de su desarrollo normal (Pérez-López, 2004). Así, se considera como sujetos susceptibles de AT a los menores que presenten algún tipo de deficiencia y los sujetos incluidos dentro de los grupos de alto riesgo biológico y social. Además, entendemos por factor de riesgo en AT, *“aquellos factores o circunstancias presentes en un niño que supone una alta probabilidad estadística, en relación con la población normal, de presentar posteriormente una deficiencia de la comunicación y/o motriz y/o sensorial y/o cognitiva y/o de conducta”* (Arizcun y Valle, 1999: 248). Sobreentendemos que la AT será indispensable cuando se evidencie cualquier factor de riesgo que se desvíe de la normalidad (Valle, Mateos, Gutiez y Brun, 2011). Así, los factores que inciden de forma directa en el tratamiento en AT son:

TABLA 1 RELACIÓN DE FACTORES DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO
FACTORES DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recién nacido con peso bajo <P10 para su edad gestacional o con peso < a 1.500 gramos o de edad gestacional < a 32 semanas ✓ APGAR< 3 al minuto o < 7 a los cinco minutos ✓ Recién nacido que haya tenido ventilación mecánica durante más de veinticuatro horas ✓ Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión ✓ Convulsiones neonatales ✓ Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal ✓ Disfunción neurológica persistente, más de siete días ✓ Daño cerebral evidenciado por ECO O TAC ✓ Malformaciones del Sistema Nervioso Central ✓ Neurometabopatías ✓ Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos ✓ Hijo de madre patógena mental y/o infecciones, y /o drogas que puedan afectar al feto ✓ Recién nacido que tenga un hermano con patología neurológica no aclarada o con factor de riesgo de recurrencia ✓ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico ✓ Siempre que el pediatra lo estime oportuno

TABLA 2 FACTORES DEL RECIÉN NACIDO CON RIESGO SENSORIAL- VISUAL
FACTORES DEL RECIÉN NACIDO CON RIESGO SENSORIAL-VISUAL
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventilación mecánica prolongada ✓ Gran prematuridad ✓ Recién nacido con peso inferior a los 1.500 gramos ✓ Hidrocefalia ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central ✓ Patología cerebral, detectada por ECO o TAC

Este grupo incluye situaciones de enfermedad de diferentes órganos de los sentidos y del SNC Así, quedan incluidos, los infantes prematuros de muy poca edad gestacional, de muy bajo peso, los procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales, infantes a término que han sufrido procesos de asfixia, con semiología de alarma, etc.; y en general a todos los recién nacidos, que precisan tratamiento en la UCI neonatal (Guralnick y Bennet, 1989) (ver Tablas 1, 2 y 3). Intervenir tempranamente en estos casos, consiste en apoyar y asesorar al niño y a su familia, con el fin de suprimir informaciones negativas sobre posibles secuelas y posibilitar que la familia asuma un rol normalizado, abandonando las expectativas del bebé deseado (Valle Trapero, 1990). Por ello, cabría distinguir tres grupos diferenciados: el recién nacido de riesgo neurológico, de riesgo sensorial y visual y, con riesgo sensorial auditivo.

1. NIÑOS DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO

Este grupo incluye situaciones de enfermedad de diferentes órganos de los sentidos y del SNC Así, quedan incluidos, los infantes prematuros de muy poca edad gestacional, de muy bajo peso, los procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales, infantes a término que han sufrido procesos de asfixia, con semiología de alarma, etc.; y en general a todos los recién nacidos, que precisan tratamiento en la UCI neonatal (Guralnick y Bennet, 1989) (ver Tablas 1, 2 y 3). Intervenir tempranamente en estos casos, consiste en apoyar y asesorar al niño y a su familia, con el fin de suprimir informaciones negativas sobre posibles secuelas y posibilitar que la familia asuma un rol normalizado, abandonando las expectativas del bebé deseado (Valle Trapero, 1990). Por ello, cabría distinguir tres grupos diferenciados: el recién nacido de riesgo neurológico, de riesgo sensorial y visual y, con riesgo sensorial auditivo.

2. NIÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIOAMBIENTAL

Bajo este grupo se podría englobar a “aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorables, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar

su proceso madurativo” (GAT, 2005: 13). El ser humano, es un ser social, que se desenvuelve en un medio, mediante el cual aprende, madura y evoluciona (Gutiez, 2005). Por tanto es fundamental para su posterior desarrollo. En este sentido, también será imprescindible contar con la familia, la cual ejercerá como un agente imprescindible en el proceso. Así, la AT interactuara a fin de paliar los déficits de tipo afectivo, emocional, cultural o económico, durante esta etapa tan vulnerable (del Toro, 2012) puesto que posteriormente, serían irrecuperables en el futuro (Gutiez, 2005). Todos los factores de riesgo socioambiental, favorecen a la desviación del normal desarrollo del niño o niña. Además, tienen en su contra la no existencia de características visibles de una deficiencia, por lo que, resulta difícil identificarlos e intervenir prontamente. Así, los estándares de riesgo a seguir son como se muestran en la Tabla 4.

Además, como se aludía en el documento, se considera la importancia de valorar los indicadores de riesgo ambiental según los diferentes niveles de riesgo, como se muestra en la Tabla 5.

3. NIÑOS CON ALTERACIONES O MINUSVALÍAS DOCUMENTADAS

Bajo este grupo se engloban a todos los niños y niñas con retrasos, alteraciones o discapacidades documentadas, de tipo cognitivo, motriz, de la comunicación o sensoriales (del Toro, 2012). Así, los programas de AT son imprescindibles, constituyendo un derecho irrenunciable del niño, iniciando con ellos la intervención desde el nacimiento o

TABLA 3
FACTORES DEL RECIÉN NACIDO CON RIESGO SENSORIAL AUDITIVO

FACTORES DEL RECIÉN NACIDO CON RIESGO SENSORIAL AUDITIVO
✓ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión
✓ Gran prematuridad
✓ Recién nacido inferior a 1500 gramos
✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
✓ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo
✓ Síndromes malformativos con compromiso de la audición
✓ Antecedentes familiares de hipoacusia
✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
✓ Asfixia severa

TABLA 4
RELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIOAMBIENTAL

FACTORES DE RIESGO SOCIOAMBIENTAL
✓ Acusada deprivación socioeconómica
✓ Embarazo accidental traumatizante
✓ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar
✓ Separación traumatizante en el núcleo familiar
✓ Padres de bajo C.I. o de entornos no estimulantes
✓ Enfermedades graves/exitus
✓ Alcoholismo/drogadicción
✓ Prostitución
✓ Delincuencia/encarcelamiento
✓ Madres adolescentes
✓ Sospecha de malos tratos
✓ Niño acogidos en hogares infantiles
✓ Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente

TABLA 5
RELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIOAMBIENTAL. PROTOCOLO DE DETECCIÓN INICIAL DE RIESGO PARA EL DESARROLLO (PDIRD). INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

A) Referentes a los PADRES	Su historia personal Características personales	A.1 Historia de desatención severa (maltrato, abandono, institucionalización en su infancia). A.2 Historia de ruptura familiar. A.3 Historia de violencia en la relación de pareja. A.4 Padres muy jóvenes (menor ó menores de edad). A.5 Padre/Madre con Hª de enfermedad mental. Enfermedad orgánica crónica o Adicción a tóxicos-drogas. A.6 Depresión postparto. A.7 Padres con bajo CI. Entorno no estimulante.
B) Referentes al EMBARAZO DE ESTE MENOR		B.1 Embarazo sin seguimiento médico ó escaso control. B.2 Embarazo ocultado. No deseado. B.3 Embarazo de alto riesgo. B.4 Embarazo múltiple (gemelos, trillizos). B.5. Tratamientos de reproducción asistida. FIV.
C) Referentes a las características del NIÑO/A		C.1 Factores biológicos de la SEN. C.2 Recién Nacido con síndrome de abstinencia. C.3 Separación neonatal con larga hospitalización. C.4 En institución, hogar protegido ó acogimiento familiar.

TABLA 5
RELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIAMBIENTAL. PROTOCOLO DE DETECCIÓN INICIAL DE RIESGO PARA EL DESARROLLO (PDIRD).
INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL (continuación)

D) Referentes al núcleo FAMILIAR		D.1 Enfermedad grave. Exitus. D.2 Familia monoparental sin apoyos. D.3 Separación traumatizante. D.4 Familia con otros hijos con medidas de protección. D.5 Convivencia conflictiva en el núcleo familiar. D.6 Ausencia de roles parentales. D.7 Ausencia continuada de los padres del hogar. D.8 Familia que no cumple los controles de salud repetidamente. D.9 Disfunción en la interacción cuidador-niño. D.10 Presencia en los padres de una carga emocional intensa y conflictiva con respecto a este niño. D.11 Estilos de crianza inadecuados.
E) Referentes al ENTORNO		E.1 Acusada deprivación económica. E.2 Exclusión social: larga historia de desempleo. Inmigración. Prostitución/ Delincuencia/ encarcelamiento de los padres. E.3 Aislamiento social: deficiente ó nulo apoyo familiar. E.4 Problemas de vivienda: hacinamiento, sin domicilio.

desde la detección del propio déficit (Gutiez, 2005). Gracias a estos programas, se pueden incluir como agentes fundamentales del proceso a los padres, quienes pueden implicarse en el mismo, arrojando beneficios y eficacia al propio programa. En este grupo, por tanto se incluyen a menores que presentan necesidades tanto transitorias como permanentes, originadas por alguna alteración del desarrollo o por deficiencias. Las alteraciones más frecuentes que se suelen encontrar en relación a este tema son, según del Toro (2012), trastornos en el desarrollo motriz, en el desarrollo cognitivo, del lenguaje, en el desarrollo sensorial, trastornos generalizados del desarrollo, de conducta, trastornos emocionales, trastornos en el desarrollo de la expresión somática y finalmente, retraso evolutivo.

BIBLIOGRAFÍA

Arizcun, J. y Valle, M. (1999). *Prevención de Deficiencias en el Periodo Perinatal*. En curso sobre prevención de deficiencias (3ª edición). Real Patronato de prevención y Atención a Personas con Minusvalías. Colección Documentos 33/99.

Del Toro, V. (2012). *El juego en alumnos con necesidades educativas especiales: Síndrome de West y otras encefalopatías epilépticas*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación- Centro de Formación del Profesorado.

Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad*. Colección de documentos 55/2005.

Guralnick, M. J. y Bennett, F. (1989). Eficacia de una intervención precoz en niños con mayor riesgo biológico. En Guralnick, M. J. y Bennett, F. *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo* (pp. 95-138). Madrid: Ministerio de Servicios Sociales.

Gutiez, P. (2005). *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense.

Pérez-López, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la Atención Temprana. En Pérez-López, J. y Brito de la Nuez, A.G. (Coords.) *Manual de Atención Temprana* (pp. 27-44). Madrid: Pirámide.

Ruíz Veerman, E. (2011). *La formación de los profesionales en deficiencias y discapacidades de la primera infancia*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación- Centro de Formación del Profesorado.

Valle Trapero, M. (1990). *Intervención Precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación- Centro de Formación del Profesorado.

Valle, M., Mateos, R., Gutiez, P. y Brun, T. (2011). Contextos de riesgo en el niño pequeño y posibles intervenciones ante la adversidad. *Clínica Contemporánea*, 2 (2): 165-179.

Valle, M.; Sierra, P.; Palacios, I.; García, R. y Moro, M. (2014). AT al recién nacido de riesgo. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(3): 119-23.