
Niveles de desarrollo de la Atención Temprana

Levels of development of early intervention children

Palabras clave:

Atención Temprana, modelo, grado de desarrollo, excelencia.

Keywords:

Early intervention children, model, levels of development, excellence.

1. Introducción

Los inicios de la Atención Temprana en España se sitúan a finales de la década de los 70, seguido de una gran eclosión de servicios en la década de los 80. Una evolución que se ha caracterizado por haber seguido distintos ritmos entre las distintas comunidades autónomas e incluso dentro de cada comunidad autónoma. Desarrollo muchas veces saltado de experiencias que representaban pasos atrás con respecto a una concepción global de la Atención Temprana. La dificultad de ubicar la Atención Temprana en España ha venido dada por factores relacionados con su aparición y desarrollo en las Unidades de Rehabilitación, en los Centros del IMSERSO, en las iniciativas de las Asociaciones de Padres, etc. y con una dependencia mayoritariamente asociada a Servicios Sociales, teniendo un encaje perfecto en el ámbito sanitario, como ya ocurre en algunas comunidades autónomas. Si nos acogemos a la organización que plantea la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, la asignación de tareas a las Áreas de Salud y su estructuración en Zonas Básicas de Salud que constituyen la demarcación idónea para la sectorización de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana como servicios

Juan Carlos Belda Oriola
<beldhern@gmail.com>

Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Centro Atención Pediátrica Alcoy

Para citar:

Belda, J.C. (2016): "Niveles de desarrollo de la Atención Temprana", *Revista Española de Discapacidad*, 4 (1): 219-224.

Doi: <<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.12>>



especializados de apoyo a la Atención Primaria de Salud.

Otro aspecto a tener en especial consideración viene dado por las características específicas de cuidado y promoción de la salud implícitas en la Atención Temprana, por lo que insistimos debe formar parte de la cartera de servicios de la sanidad española y también estar relacionada con los servicios sociales y educativos ya que los niños comparten atención en estos otros dos ámbitos. Nos encontramos entonces con el llamado espacio sociosanitario que se define como la actuación simultánea y sinérgica del sistema de salud y del sistema social prestando unos servicios a las personas. Nunca han de ser servicios o recursos que conformen una red paralela. El reto planteado consiste en integrar la atención social y sanitaria en España en un único sistema y la estrategia con la que se viene trabajando se basa en cinco ejes: el perfil de las personas con necesidades de atención sociosanitaria; la cartera y el catálogo de servicios sociosanitarios y dispositivos de atención, los requisitos básicos y comunes que deben cumplir estos dispositivos (con el establecimiento de un sistema común de autorización y acreditación en todo el territorio nacional, con criterios homogéneos); los instrumentos de coordinación y los sistemas de información.

El contenido definido por la Federación Nacional de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana, conocida como GAT, en el Libro Blanco de la Atención Temprana, publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad en el año 2000, nos permite discriminar entre prácticas adecuadas en la Atención Temprana de aquellas que no lo son. Este contenido se sintetiza en la definición establecida como “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 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”.

El GAT ha venido perfilando y desarrollando estos aspectos al definir la población diana en niños de cero a seis años con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias en entornos naturales. Definiendo el modo de actuación con principios básicos, incidiendo en la multiprofesionalidad con alta cualificación y la coordinación, desarrollando la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana, conocida como ODAT, como base de datos y lenguaje común entre los distintos profesionales.

En este contexto de evolución, avances y retrocesos es donde se sitúa esta reflexión y que constituye una propuesta de clasificación en tres niveles de desarrollo de la praxis de la Atención Temprana. De forma que permita situar el nivel de desarrollo de cada realidad autonómica o incluso de cada Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. El esquema propuesto consiste en permitir calificar en cuatro dimensiones (Población, Intervención, Gestión y Organización) y en cada uno de los tres niveles progresivos la prestación en concreto de la Atención Temprana. Por ejemplo, cuando realizamos un seguimiento de la evolución de la Atención Temprana por décadas señalábamos el término “Estimulación Precoz” propio de los años 80 y que correspondería con el nivel de “Inicio”. En los años 90 hablábamos de “Intervención Temprana” que correspondería con el nivel “En Proceso” y al cumplir con los requisitos y principios del Libro Blanco de Atención Temprana nos situaríamos en el nivel “Excelencia”.

2. Niveles de desarrollo de la Atención Temprana

Se establecen tres niveles progresivos para clasificar en qué punto de implantación se encuentra la Atención Temprana que se han denominado nivel “Inicial”, nivel “En Proceso”

y nivel “Excelencia”. Las cuatro dimensiones seleccionadas son Población, Intervención, Gestión y Organización, cada una de las cuales se compone de tres elementos.

1.- Población.

1.1.- Detección/Derivación.

- Inicio: No existe ningún protocolo de detección en el ámbito sanitario. Son los propios padres los que solicitan la Atención Temprana.
- En proceso: Existen protocolos establecidos en sanidad para la detección y la derivación se realiza a un centro/servicio previo que determina la necesidad o no de recibir Atención Temprana y en muchos casos incluso determina la intensidad de la Atención que debe recibir luego en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
- Excelencia: Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana son responsables de un área o zona sanitaria y reciben directamente los casos derivados desde sanidad, que canaliza sus propias peticiones y las de servicios sociales o educación.

1.2.- Población diana.

- Inicio: Solo se atiende a niños con el reconocimiento de minusvalía (Discapacidad). Incluso solo se acepta en los centros niños con un determinado tipo de patología o síndrome (S. Down, S. Prader-Wili, TEA, PCI, etc.).
- En proceso: Se atiende además de las patologías las situaciones de riesgo en la franja de edad de cero a seis o de cero a tres. Se incluye una categoría administrativa como de “Prescripción Técnica” que permite atender a niños sin el reconocimiento explícito.
- Excelencia: Se atiende a la población infantil en las situaciones recogidas en los Niveles I y II de la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana

en la franja de edad de cero a seis años. Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana forman parte de la red de servicios sanitarios y están en estrecha coordinación con los servicios sociales y educativos.

1.3.- Áreas.

- Inicio: Se trabaja el área o las áreas deficitarias que presenta el niño.
- En proceso: A las áreas deficitarias se añaden intervenciones sobre aspectos relacionales de la familia (padres, hermanos y otros familiares o personas significativas).
- Excelencia: Se atienden todas las áreas (motora, cognitiva, comunicación, afectiva, relacional, etc.) tanto de niño como de la familia o personas significativas.

2.- Intervención.

2.1.- Centrado.

- Inicio: Exclusivamente en los puntos débiles del niño.
- En proceso: Además del niño se tiene en consideración a la familia.
- Excelencia: Se requiere del estudio e intervención del niño, de la familia y de los entornos naturales.

2.2.- Técnicas.

- Inicio: Se utilizan técnicas aisladas de estimulación: cognitiva, motora, autonomía personal, etc.
- En proceso: Se combinan técnicas pero se ofertan de un modo estereotipado: todos los niños atendidos a nivel ambulatorio, todos atendidos en domicilio, etc.
- Excelencia: Se personaliza cada programa y se elige el entorno natural de intervención más eficiente y sostenible.

2.3.- Información.

- Inicio: Se sigue un modelo multidisciplinar en el cual cada profesional elabora su

información con independencia de los demás profesionales y servicios y la expone directamente a los padres.

- En proceso: Se sigue un modelo interdisciplinar en el que los distintos profesionales comparten su respectiva información, aunque cada uno mantiene su área de competencia y así se lo comunican a los padres.
- Excelencia: Con el modelo transdisciplinar se comparte la información de los distintos profesionales y es un profesional el que asume la responsabilidad de comunicárselo a los padres y acompañarles en la intervención, siendo el referente del equipo.

3.- Gestión.

3.1.- Calidad.

- Inicio: Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana funcionan con una autorización administrativa.
- En proceso: Disponen de algún tipo de acreditación o de certificaciones (ISO, EFQM, etc.) con procesos de mejora.
- Excelencia: Disponen del Sello de Calidad Profesional GAT.

3.2.- Datos.

- Inicio: En historia clínica de papel.
- En proceso: Historias informatizadas en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.
- Excelencia: Historias Clínicas Únicas Sanitarias (Intranet) y coordinadas con bases de datos de Servicios Sociales y Educación.

3.3.- Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

- Inicio: Surgen de la iniciativa privada bien de grupos de padres de niños afectados o bien de colectivos de profesionales.
- En proceso: Se acreditan y conciertan con la administración pública. O bien están aislados dentro de los servicios sanitarios

- Excelencia: Dependen directamente del espacio sanitario público.

4.- Organización.

4.1.- Coordinación.

- Inicio: No hay relación con otros servicios.
- En proceso: La coordinación pasa por las buenas relaciones personales y la voluntad entre algunos profesionales sin disponer de un protocolo ni tiempo específico para ello.
- Excelencia: La coordinación entre servicios forma parte de la intervención y se dispone de un protocolo y de tiempos y espacios para su realización.

4.2.- Financiación.

- Inicio: Ayudas individuales.
- En proceso: Centros subvencionados o concertados, con la posibilidad de copago.
- Excelencia: Gratuidad, mediante convenios o mediante servicios propios de la administración (personal estatutario).

4.3.- Territorial.

- Inicio: Se crean centros en grandes ciudades o intrahospitalarios.
- En proceso: Se amplía la red en función de la iniciativa asociativa o el interés de los políticos a nivel local o de las mancomunidades.
- Excelencia: Sectorización autonómica en correspondencia con la sanitaria.

La siguiente gráfica se presenta con la finalidad de que sirva de soporte visual sobre el nivel de desarrollo de la Atención Temprana de una determinada comunidad autónoma o un determinado Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

Tabla 1: Niveles y dimensiones de la Atención Temprana

	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3
Inicio												
En proceso												
Excelencia												

Fuente: elaboración propia.

3. Consideraciones finales

La experiencia compartida de los profesionales en estos últimos casi cuarenta años de Atención Temprana obliga a señalar una tendencia a la desviación que de forma periódica o localmente suele darse en la concepción de la Atención Temprana y que constituye un silogismo en el que se “confunde la parte por el todo”. Nos encontramos ante un fenómeno que consiste en la hipertrofia en la prestación de la Atención Temprana hacia una disciplina determinada en detrimento de las demás áreas de intervención. Así, en la década de los ochenta prevalecieron dos sesgos: el médico-pedagógico y el rehabilitador-fisioterapéutico. Posteriormente han ido apareciendo modas cargando la importancia bien en la rehabilitación del lenguaje, en la estimulación cognitiva precoz o sensorial, la terapia psicodinámica en los padres, la neuroprogramación lingüística, etc. Y por último con la expansión de una determinada metodología que propone la tentación de reducir la Atención Temprana

a una utilización exhaustiva de las rutinas domésticas para la resolución de los retrasos o déficits de los niños.

Estas desviaciones, sesgos o modas terminan por ser reconducidas y los profesionales vuelven al sentido común, que no es sino el de una visión global del niño-familia y sus entornos naturales, sin estereotipos previos ni de diagnóstico ni de estrategias de intervención monográficas. Sino con una atención centrada en las personas, en sus recursos y en sus necesidades, siguiendo el procedimiento recogido en el Nivel III de la Organización Diagnostica para la Atención Temprana.

Como en trabajos anteriores, para finalizar queremos recalcar dos consideraciones sobre la dirección que debe tomar la Atención Temprana para un adecuado desarrollo: en primer lugar la necesidad de adecuar el conjunto de intervenciones a las características diferenciales de las personas y de sus entornos naturales; y en segundo lugar, señalar la ubicación definitiva de la Atención Temprana como derecho universal en el espacio socio-sanitario.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J.M. (1997): “Atención Temprana”, en VV.AA.: *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personal con Minusvalías.
- Belda, J.C. (2015): “Modelos, pseudomodelos y burbujas terapéuticas”. *Revista Española de Discapacidad*, 3 (2): 117-124.
- Belda, J.C. (2014): “La Atención Temprana Infantil y su praxis”. *Revista Española de Discapacidad*, 2 (1): 195-201.
- EDIS (2000): *Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados*, Madrid: Imsero.
- GAT (2010): *La realidad actual de los recursos de Atención Temprana en el ámbito estatal*, Madrid: Real patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2005): *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*, Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2004) (2008) (2012): *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*, Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2000): *Libro Blanco de la Atención Temprana*, Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2006): *Calidad de Vida*, Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2004): *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*, Madrid: Alianza Editorial.