



Educaguía
.com

ATENCIÓN TEMPRANA

I. FUNDAMENTOS DE LA AT

I. FUNDAMENTOS DE LA AT

- Breve síntesis histórica
- Enfoque y justificación teórica de la AT; factores determinantes para el desarrollo
- Definición actual
- Aspectos generales de los CDIATs en la actualidad

1 SÍNTESIS HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN NUESTRO PAÍS.

Desde la década de los años 70, se comienza a formar un interés creciente por la atención a una población que comenzaba a entrar dentro del ámbito de la discapacidad, hacemos referencia con esto a niños muy pequeños, llevándose a cabo programas de lo que se conocía como " estimulación precoz ", concepto que, en la actualidad por razones que veremos posteriormente ya está en desuso. Durante las siguientes décadas y gracias a los profesionales que, siempre dentro de este ámbito están formados por personal a modo general, muy motivados por el desarrollo de su profesión, se va dando lugar a una evolución en la manera de intervenir con estos niños y sus familias. El cambio y desarrollo en el concepto de estimulación a atención temprana, va relacionado de la siguiente manera:

Como mencionábamos anteriormente, la estimulación precoz como su nombre indica, hacía referencia a la puesta en práctica de una serie de tratamientos con los niños desde un punto de vista individual, es decir, que era o podía ser un profesional el que trabajaba con ellos, no necesariamente un equipo interdisciplinar y además, el papel de la familia estaba relegado a un segundo plano.

ATENCIÓN TEMPRANA

Poco a poco, el interés suscitado entre los distintos profesionales que iban interviniendo, hizo que se fueran formando equipos entre esos trabajos individuales paralelo a los tratamientos que desde una manera institucional se proporcionaba a estos niños desde los anteriormente llamados Centros Base, dependientes del INSERSO y hoy denominados Centros de Valoración, que ya dependen, según la provincia de la que se trate generalmente de Servicios Sociales.

A lo largo de todo este curso, vamos a manejar un documento que es clave en la evolución de la Atención Temprana en nuestro país, conocido como Libro Blanco. Por ello, es necesario que veamos cómo se puso en marcha este Proyecto del Libro Blanco para poder entender la realidad de nuestros días en esta materia.

En **otoño de 1995**, se produce una reunión de profesionales de diversos Servicios de Atención Temprana de Cataluña, Valencia y Aragón, con el motivo de la asistencia a unas Jornadas sobre el tema. Cuando se produce este encuentro, se comienza a ver la necesidad de unificar criterios entre los distintos profesionales que trabajaban en el país, pues cada comunidad lo desarrollaba de una manera diferente. Se habían dado cuenta, que todos tenían diferencias de partida a la hora de llevar a cabo las definiciones de unificación; es decir: de quién dependían las Unidades (en unas comunidades dependían de Insalud, en otras la iniciativa era privada, en otras de Servicios Sociales, etc).

Otra de las diferencias, era la organización general de los Centros, (es decir, qué tipo de profesionales albergaba cada Unidad);

La cobertura económica por lo tanto, también era diferente al tener diferentes puntos de partida y presupuestos. La implicación disciplinar, era otro de los aspectos que se denotaban con diferencias entre comunidades, habiendo equipos donde el peso profesional era llevado a cabo por psicólogos y otros por médicos, generalmente pediatras o neonatólogos.

ATENCIÓN TEMPRANA

Otra de las diferencias importantes, era la cobertura legal que acogía y arropaba este tipo de prácticas, puesto que no era la misma en las diferentes comunidades; hoy en día, aún no lo es.

Finalmente y no por ello menos importante, la población atendida en cada Comunidad también era desigual, dándose Centros que atendían hasta los 6 años, otros hasta los cuatro, y las problemáticas atendidas no eran iguales para todos.

Con estos antecedentes, se constituye ese mismo año el GAT (Grupo de Atención Temprana) que llevará a cabo la redacción de un Libro Blanco que servirá como marco de referencia para la Atención Temprana en el país.

Otra fecha clave en el desarrollo de este proyecto, será la de **julio de 1996**, pues es entonces cuando comienzan a tener lugar las sesiones de trabajo de dicho equipo, incorporándose representantes de Murcia y Madrid a los 3 anteriores.

En septiembre de ese mismo año, se lleva a cabo una Jornada de Atención Temprana en Zaragoza, donde se produce la presentación del GAT y explicación de sus objetivos, invitando a otros profesionales de otras Comunidades Autónomas a formar parte de él.

En noviembre de ese año , tienen lugar las Jornadas Interdisciplinares de Poblaciones de Alto Riesgo , por parte del Grupo GENYSI (grupo formado fundamentalmente por profesionales de la Comunidad de Madrid donde a través de equipos como el del Clínico San Carlos con el Doctor Arizcun a la cabeza, se presenta un trabajo de investigación, anteriormente citado).

Este grupo, tiene el apoyo y respaldo del Real Patronato De La Discapacidad y en dichas Jornadas, se presenta al GAT, pasando a tener de igual manera el respaldo de dicho Patronato.



ATENCIÓN TEMPRANA

En **junio del año 2000** , se presenta el Libro Blanco a nivel estatal, siendo en la actualidad el marco de referencia para los profesionales que actualmente trabajamos en este campo. Para esta fecha, ya hay una incorporación de más comunidades Autónomas en el GAT, estando actualmente cubierta la mayor parte del territorio español, a excepción de las islas y Melilla.

Así, hoy tenemos en España grupos como PADI (Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil) de Madrid, formado a su vez por profesionales e instituciones de la Comunidad con el fin de encontrar concepciones, lenguajes y estrategias comunes para la mejor respuesta a los niños con deficiencia o en situación de riesgo, incluidos en la proyección del Libro Blanco, donde profesionales como el Dr. Felipe Retortillo, actual vicepresidente de Genysi y el Dr. José Arizcun Pineda, presidente del mismo grupo, desarrollan junto con todo un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas, documentos que sirvan de marco conceptual de apoyo en todos los ámbitos explicados con anterioridad.

En la actualidad, se ha desarrollado un marco conceptual de la Atención Temprana desde diferentes disciplinas profesionales y servicios. Otro de los documentos que se ha conseguido llevar adelante, hace referencia a Módulos de Calidad de Atención Temprana, acotando criterios de calidad de partida en la organización y prestación de servicios. El paso más actual en el que se encuentran en este momento, hace referencia a la elaboración de documentos que sirvan de protocolos para la creación de un registro de niños a modo de control .

Desde esta panorámica, podemos entender que el espacio idóneo para desarrollar todas las acciones específicas de la Atención Temprana son los CDIATs, (Centros de Desarrollo Infantil y AT), tanto por las características físicas de los mismos como por la configuración de sus equipos técnicos, su naturaleza y especificidad de sus funciones.

¿ Como surge la idea de los CDIATs ?

La denominación viene dada por el Libro Blanco, pues tal nombre se ajusta mejor que las denominaciones precedentes al trabajo que en ellos se lleva a cabo. Son servicios autónomos de carácter interdisciplinar cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0 a 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgos de padecerlos.

Estos Centros, surgieron como mencionábamos anteriormente en la década de los años 70 y han experimentado una constante evolución histórica adecuándose a las crecientes demandas de atención que genera la población infantil y sus familias. Este proceso de evolución, ha venido motivado por la mejor detección y diagnóstico de los trastornos del desarrollo y básicamente por el origen multifactorial de los mismos.

La evolución de los CDIATs, ha sido paralela a la existencia de otros servicios con diferente dependencia administrativa, que ha dado lugar a variados modelos de intervención, aunque se mantiene en todos ellos el mismo objetivo: proporcionar la atención que precisan todos los niños, y sus familias, con trastornos o disfunciones en su desarrollo o que están en situación de riesgo biopsicosocial.

Se busca que la ubicación de estos Centros, esté próximo a otros servicios de atención primaria, como escuelas infantiles, centros de salud, hospitales, etc, para facilitar la relación y coordinación entre los diferentes profesionales, con criterios de sectorización que garanticen la cobertura a toda la población que lo necesite.

Los objetivos básicos de estos centros, son:

-  Favorecer el desarrollo personal
-  Facilitar la adaptación al entorno
-  Actuar de manera preventiva



ATENCIÓN TEMPRANA

El equipo técnico será **multiprofesional** de carácter **interdisciplinar**, considerando que la intervención abarque todos los aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales, educativos, propios de cada niño, relacionados con su familia y su entorno.

Las funciones de un CDIAT, incluyen labores de sensibilización, prevención, detección, diagnóstico e intervención y derivación.

Situación Actual de los CDIATs:

A lo largo de las últimas décadas, estos Centros se han caracterizado por un sinnúmero de carencias y vicisitudes y por un marcado carácter de provisionalidad. Estas carencias se han producido porque ningún estamento de la Administración pública había asumido la ordenación normativa y presupuestaria de estos Centros.

En la actualidad, existe una gran variedad de situaciones respecto de la AT en todo el territorio del Estado. Mientras unas comunidades tienen una red de Centros consolidada, otras todavía no tienen una infraestructura mínima o han desmantelado las que tenían. Cada comunidad afronta de manera diferente esta cuestión.

La Interdisciplinariedad:

La formación de los profesionales, además de la titulación propia, será la específica en intervención temprana, obtenida mediante ciclos formativos de postgrado. La formación continua es un requisito imprescindible en la labor desempeñada como miembro del equipo. Entre las figuras profesionales que forman un equipo cabría destacar las siguientes: trabajador social, psicólogo/ psicopedagogo / pedagogo, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, etc. en función de los recursos existentes en cada unidad.

2 ENFOQUE Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA DE LA AT; FACTORES DETERMINANTES PARA EL DESARROLLO

En la actualidad, entendemos que el desarrollo infantil es un proceso de naturaleza progresiva y compleja, que se sustenta en una evolución bio-psico-social. El sistema Nervioso del recién nacido, el cual es un sistema complejo e inestable resultando funcional, dado que permite la posibilidad de cambios. Por ello, los factores que determinan la conducta humana son: los factores hereditarios, el desarrollo del propio organismo, (bio) la influencia ambiental (social) y el aprendizaje (psico).

Por otra parte, el desarrollo psicomotor se verifica por la acumulación de habilidades; pero, **¿que es una habilidad?** en nuestro contexto formativo, entendemos que es la facilidad y precisión en la ejecución de los actos ; por ello, el conjunto de habilidades organizadas de forma secuencial y orientadas funcionalmente a su finalidad o destino forman una estructura (Román y cols. 1999). Las habilidades concurrentes forman una estructura en el sentido de que el efecto no se produce si alguna de ellas falla. A medida que la ejecución se agiliza, la habilidad se va suprimiendo, asimilando, hasta realizarla automáticamente, lo cual supone la economía de movimientos sobrantes.

¿Qué lectura podemos obtener de lo expuesto anteriormente ? para entendernos, la justificación de la AT, tiene su base en la plasticidad y posibilidades de cambio del sistema Nervioso, que en el caso de los bebés se encuentra en desarrollo y maduración durante los primeros años de vida; será esa plasticidad lo que nos permitirá potenciar al máximo las futuras habilidades que por diferentes motivos estos niños pueden presentar en menor medida.

Es necesario señalar que siempre que hablemos de AT, el término de " rehabilitación de funciones " no se entenderá por correcto, puesto que, como decíamos anteriormente, desde la AT no vamos a volver a habilitar capacidades desaparecidas, como puede ser el caso de un accidente. Hablaremos siempre de **habilitación**, puesto que el objetivo final de

nuestra intervención, será siempre potenciar aquellas habilidades que aún no han sido establecidas en dicho sistema Nervioso. **¿cómo conseguimos esa habilitación?** gracias al conjunto de intervenciones no solo con el niño, sino que también jugará un papel importante el entorno tanto biológico, psicológico como social, por eso hemos utilizado el encabezamiento descrito con anterioridad.

Cuando hablamos de la plasticidad cerebral, **¿a qué nos referimos exactamente?** es muy importante entender que dicho concepto, es la clave de la habilitación; supone la posibilidad de un cambio de estructuras tanto a nivel anatómico como a nivel cerebral. También supone un cambio (probable) en el proceso de neurotransmisión. Supone entender que existe un período crítico o sensitivo de la maduración; por otra parte, se plantea la existencia de una ontogenia neuronal determinada y una conducta epigenética de neuronas indeterminadas modificables.

Vamos a poner un ejemplo que nos ayude a entender mejor esta teoría; el profesor Helmut Beckman (neurocientífico y psiquiatra investigador en la actualidad dentro del campo de las migraciones neuronales), plantea lo siguiente: desde el año 1984 se van publicando estudios en los que se demuestra que trastornos del desarrollo del ser humano, como la esquizofrenia, tienen su base en migraciones erróneas de las células madre durante el 4º mes de gestación , en la barrera entre la etapa embrionaria y la fetal. Durante la migración, unas neuronas se ocuparán de unas funciones y otras de ocupar puestos funcionales que irán organizando lo que posteriormente supondrá el desarrollo en ese ser humano. Se sabe que existen unas células " expertas " que guían a las neuronas hasta las capas más externas de la corteza cerebral. Una vez que las neuronas se establecen en su punto exacto, las " guías " desaparecen. Esto, es fundamental, pues si existen " fallos de migración " en la región del hipocampo del cerebro (el cual pertenece al sistema límbico, generador entre otras cosas de nuestras emociones) se generarán trastornos en el futuro en ese ser humano.

ATENCIÓN TEMPRANA

Según este investigador, los enzimas forman parte de ese ejército que guía a las neuronas a sus situaciones correctas. Mediante la estimulación, y es aquí donde podemos señalar la importancia de sus investigaciones, se trabajarán habilidades para adquirir conocimientos regenerando estructuras que pueden estar dañadas, y en el caso de que no se puedan regenerar, sí se controla muerte celular, lo cual supone un importante paso. Evidentemente, **mediante la correcta estimulación, lo que se trabajará será las capacidades**, no el desarrollo del conocimiento; esta diferenciación es muy importante, pues lo segundo dependerá también de la influencia del medio.

Con este ejemplo, podemos reflexionar sobre la importancia no sólo de la estimulación, sino de la AT en su conjunto, pero no debemos de olvidar que en la actualidad, la teoría anteriormente señalada, no está demostrada y que sólo es una de las muchas líneas abiertas de investigación.

Aprender, significa crear estructuras elaboradas de conducta, mediante un proceso que se desarrolla con la asimilación selectiva de información y el deshecho de lo inútil. La rápida evolución de las estructuras y funciones cerebrales durante el período perinatal explica la variabilidad de los signos neurológicos en diferentes momentos del desarrollo.

La observación muestra cómo existen niños que en los 2 primeros años de vida experimentan experiencias negativas importantes sin que ello se traduzca en una afectación grave de su desarrollo. Para que una estructura en riesgo, **no** se traduzca en una afectación grave, se requiere la presencia de determinados factores:

- Que no se repita el mismo patrón inadecuado
- Apoyo adecuado por el adulto
- Adecuado apego



ATENCIÓN TEMPRANA

- Experiencias emocionales positivas
- Buen bagaje temperamental
- Que no aparezcan cortocircuitos en el vínculo con las figuras significativas de apego.

Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse espontáneamente, mientras que otros van a requerir de la intervención profesional. Hay teóricos que dicen que muchas patologías permanecen silentes en la primera infancia, hasta que de pronto un día dan la cara. Podríamos pensar también desde un planteamiento más crítico que, tal vez existiesen previamente indicadores que pudieran estar ya avisando de su existencia. **Se trataría por tanto de estar ahí y tener el ojo preparado para ver,** (dedicaremos un apartado a la observación)

Desde el nacimiento, los procesos de maduración y de desarrollo son posibles gracias a la interrelación e interacción del niño con el medio; por ello, cobran especial relevancia los seguimientos desde las primeras edades, con singular significado en aquellos niños que presentan algún tipo de necesidad especial, ya sea como consecuencia de alteraciones en su desarrollo o por deficiencias en el nacimiento. Es por ello que la atención en intervención temprana debe posibilitar que desde el inicio de las primeras experiencias en el niño se garantice el máximo desarrollo global de todas sus capacidades, a través y como consecuencia de una acción integradora en todos sus aspectos.



3 DEFINICIÓN ACTUAL DE ATENCIÓN TEMPRANA:

La definición que tenemos en cuenta en la actualidad, es el resultado de un consenso de los profesionales que forman parte del GAT (Grupo de Atención Temprana), cuya evolución hemos visto con anterioridad. Ello es el resultado del manifiesto interés de nuestra última década por establecer y asegurar un sistema de AT ante sus posibilidades frente a la prevención de la deficiencia o los efectos de la misma, fruto de un argumento científico y de una práctica contrastada y consolidada.

El argumento práctico que fundamenta esta definición se basa en lo siguiente:

- ✚ La AT, es una importante alternativa en la optimización de la calidad de vida del sujeto que padece una deficiencia o está en riesgo, así como en la de los miembros de su entorno, atendiendo a sus posibilidades de eliminación o reducción de los efectos de la deficiencia.
- ✚ Debe desempeñar un destacado papel dentro de las políticas sociales, sanitarias y educativas en materia de prevención al convertirse en un importante mecanismo de prevención de futuros estados discapacitantes o minusvalías.

Pasamos de una concepción restringida, caracterizada por una falta de delimitación de la naturaleza de la intervención y del tipo de población a quien se destina (un destinatario único de la intervención, el niño y su dimensión cognitiva, así como la reducción a técnicas de aplicación rehabilitadora) a una concepción mucho más amplia y enriquecida por el intento de concretar la naturaleza de la intervención y el tipo de población a quien se destina, contemplar un nuevo destinatario de la intervención, la familia, y una nueva dimensión sobre la que influir, la socio-afectiva, dando entrada a nuevos ámbitos de actuación profesional e institucional.

ATENCIÓN TEMPRANA

CONCEPTO: *Se entiende por Atención Temprana el conjunto de actuaciones planificadas con carácter global e interdisciplinar, para dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes, originadas por alteraciones en el desarrollo o por deficiencias en la primera infancia. (Libro Blanco de Atención Temprana)*

Vamos a analizar todo lo que este concepto engloba; El sentido que se aplica a los términos utilizados, es el siguiente:

Actuaciones planificadas: aquellas que reúnen y estructuran los distintos elementos mediante una adecuada definición de objetivos y metas, y una sistematización de las actuaciones propuestas, y que hacen uso y disponen de los recursos necesarios para tales fines, tanto públicos como privados.

Con carácter global: prevén todos los aspectos del propio niño, así como los de su entorno (familiar, salud, educativo, social etc.)

Con carácter disciplinar: implica la coordinación entre los profesionales de las áreas de Salud, Educativa y Servicios Sociales. Aquí, debemos hacer un apunte; actualmente, hablamos de carácter **interdisciplinar** de los grupos de AT, es decir, supone la coordinación de profesionales de las áreas implicadas (salud, educación y servicios sociales). En una intervención interdisciplinar, no trabajan juntos pero existe contacto a modo de facilitación de la información. a lo que se tiende es a la búsqueda de la transdisciplinareidad, es decir, el conseguir que el trabajo de un profesional entre en el campo del otro con un **RESPECTO A ESA OTRA FORMACIÓN**. Esto, es diferente al intrusismo profesional y hace más referencia a que dentro de un equipo de AT, se pueda hablar un lenguaje común, así, el psicólogo no trabajará como logopeda o como fisioterapeuta pero podrán intercambiar información con el fin de una mejor intervención si sabe lo que es una afasia o una hemiparesia y conoce sus implicaciones en otros ámbitos de intervención, como la afectación en relación a la familia o a cualquier otro aspecto implicado.

ATENCIÓN TEMPRANA

No obstante, la transdisciplinaredad no es la realidad, por ello se busca al menos el carácter interdisciplinar del Equipo, donde los diferentes profesionales tengan al menos una relación de intercambio informativo.

Respuesta a las necesidades: posibilitan el desarrollo óptimo del niño, pretendiendo limitar, y en su caso eliminar, los efectos de una alteración o deficiencia.

Necesidades transitorias: aquellas que tienen una duración determinada en la vida del niño, con una incidencia funcional variable, según su evolución.

Necesidades permanentes: aquellas presentes durante toda la vida de la persona, aunque con una incidencia funcional variable, según su evolución.

Alteración del desarrollo: toda modificación significativa del curso evolutivo esperado para una determinada edad.

Deficiencia: “toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica “ (Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, XXIX Asamblea Mundial – 1976)

Primera infancia: intervalo que incluye las edades comprendidas entre el nacimiento y los seis años.

En función del **principio de normalización e integración**, los niños deberán ser atendidos en su entorno natural, siempre que sea posible. Por ello, la población de riesgo será objeto de un seguimiento exhaustivo por parte de los profesionales de las áreas o servicios generales de atención a la infancia.



ATENCIÓN TEMPRANA

Los objetivos que se plantearán para llevar a cabo un programa de AT, los dividimos en:

✚ GENERALES:

1. Promover, facilitar o potenciar la evolución de todas las posibilidades de desarrollo de cualquier niño@ que lo requiera
2. planificar las acciones encaminadas a desarrollar o posibilitar en su mayor grado las opciones de integración familiar, educativa y socio-ambiental de cada niño@

✚ ESPECÍFICOS:

3. Respecto al primer objetivo general, serían:

- Detección de las necesidades
- Diseño conjunto de un plan de acción, por los distintos servicios que intervengan
- Intervención interprofesional dentro de cada servicio
- Coordinación y evaluación del seguimiento entre las instituciones que intervengan en el programa de intervención individual

4. Respecto al segundo objetivo general, serían:

- Ejercer las funciones de información, formación y apoyo familiar, que potencien la plena integración
- Realizar las acciones de manera coordinada entre los diferentes servicios, para facilitar la integración
- Promover las acciones adecuadas para alcanzar progresivamente el máximo de desarrollo.



4. ASPECTOS GENERALES DE LOS CDIATs EN LA ACTUALIDAD:

La legislación que recoge los apartados que hacen referencia a la A.T, son:

- Normas internacionales suscritas por España
- Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959).
- Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989). Ratificada el 30 de Noviembre de 1990 (BOE 30 Diciembre). . Carta Social Europea. Ratificada el 29 de Abril de 1980.

Legislación general de ámbito estatal

- Constitución Española de 1978.
- Real Decreto 620 11981, de 5 de Febrero, de régimen unificado de ayudas públicas a discapacitados. (BOE 6-4-81). Orden, de 5 de Marzo de 1982, por la que se desarrolla el RD 62011981. (BOE 8 -382). Ley 1311982, de 7 de Abril, de integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-82). Real Decreto 38311984, de 1 de Febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 1311982 de 7 de Abril de integración social de los minusválidos. (BOE 27-2-84). Ley 3911999, de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-1999). Real Decreto 197111999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. (BOE 26-1-2000)

Legislación general de Comunidades Autónomas



ATENCIÓN TEMPRANA

Andalucía. Ley 111999, de 31 de Marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía. (B.O.J.A 17-4-99). Cabe destacar el Título II que se refiere a la prevención de las deficiencias, asistencia sanitaria y rehabilitación médico - funcional y el Título III dedicado a las necesidades educativas especiales.

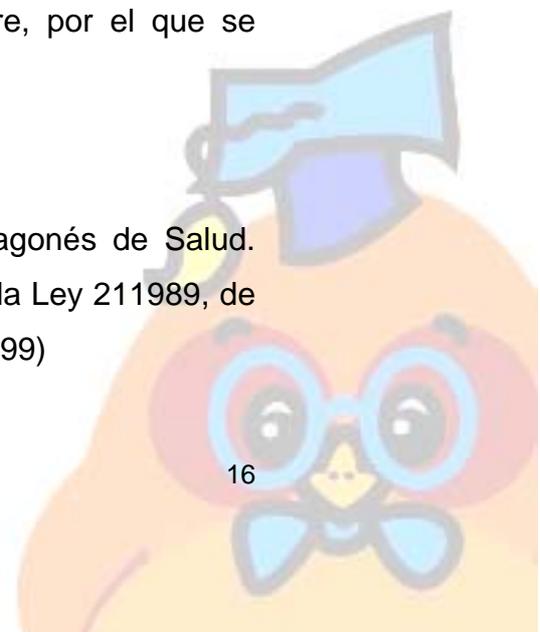
SANIDAD

Legislación de ámbito estatal

- Ley 1411986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE 29-4-86)
- Real Decreto 6311995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (BOE 10-2-95) . Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 23 de Julio de 1999, por la que se modifica la Orden de 18 de Enero de 1996 de desarrollo del RD 6311995, de 20 de enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica (B.O.E. 5-8-99).

Legislación de Comunidades Autónomas

- Andalucía. Decreto 10111995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento. (BOJA 17-5-95). Se establece como uno de los derechos del recién nacido hospitalizado el tratamiento de estimulación precoz (art. 3.j).. Ley 211998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA 4-7-98) . Decreto 19511998, de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica.(BOJA 3-11-98)
- Aragón. Ley 211989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud. (BOA-4-89) . Ley 811999, de 9 de abril, de reforma de la Ley 211989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud. (BOA 17-4-99)



ATENCIÓN TEMPRANA

- Canarias. Ley 1111994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. (BOC 5-8-94) . Decreto 311997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias (BOC 31-3-97)
- Cataluña. Ley 1511990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria en Cataluña. (DOGC 30-7-90).Modificada por la Ley 1111995 de 29 de Septiembre. (DOGC 18-10-95) . Decreto 7911998, de 17 de marzo, por el que se dictan normas relativas a las prestaciones ortoprotésicas. (DOGC 30-3-98)
- Comunidad Autónoma de Illes Balears . Ley 411992, de 15 de julio, del Servicio Balear de Salud. (BOCAIB 15-8-92)
- Comunidad de Castilla y León . Ley 111993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. (BOCL27-4-93) . Decreto 1611998, de 29 de enero, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. (BOCYL 3-2-98) . Decreto 21211998, de 8 de octubre, por le que se aprueba el 2Q Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León. (BOCYL 14-10-98)
- Galicia. Decreto 69 11998, de 26 de febrero, por el que se regula la atención temprana a discapacitados en la C.A. de Galicia. (DOG 10-3-98)
- La Rioja. Ley 411991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud. (BOLR 18-491) . Decreto 1111995, de 2 de marzo, por el que se regulan los controles de salud en la infancia. (BOLR 8-4-95)
- Navarra. Decreto Foral 1711998, de 26 de enero, por el que se regula la prestación ortoprotésica del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales. (BON 23-2-98) . Orden Foral 17011998, de 16 de noviembre, del Consejero de Salud por la que se establece el programa de detección precoz de hipoacusias en el período neonatal (BON. 30-12-98).
- País Vasco. Decreto 17511989, de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio

ATENCIÓN TEMPRANA

Vasco de Salud Osakidetza. (BOPV 4-8-89) .Decreto 911997, de 12 de febrero, por el que se regula la prestación ortoprotésica relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales. (BOPV 12-2-97).Ley 811997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria en Euskadi. (BOPV 21-7-97)

- Principado de Asturias. Ley 111992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. (BOPA 137-92)

SERVICIOS SOCIALES

Legislación de ámbito estatal

- Ley Orgánica 111996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor. de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE 17-1-96)

Legislación de Comunidades Autónomas

- Cantabria. Ley 511992, de 27 de mayo, de acción social. (BOCA 5-6-92)
- Castilla-La Mancha. Orden, de 15 de mayo de 1998, por la que se regulan los servicios de los centros base de atención a personas con discapacidad en Castilla La Mancha. (DOCM 22-5-98)
- Cataluña. Decreto Legislativo 1711994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 1211983; 2611985 y 411994 en materia de asistencia y servicios sociales, establece los servicios de atención precoz dentro de la atención especializada a personas con disminución (art. 11.b) 2.2). (DOGC 13-1-95) . Decreto 20611995, de 13 de junio, por el que se adscribe la atención precoz al Departamento de Bienestar Social. (DOGC 24-7-95).Decreto 9611998, de 31 de marzo, de la Comisión Interdepartamental de Coordinación de Actuaciones de

ATENCIÓN TEMPRANA

la Administración de la Generalitat dirigidas a niños y adolescentes con discapacidad o con riesgo de sufrirla. (DOGC 14-4-98). Modificado por Decreto 21111999, de 27 de julio (DOGC 4-8-99)

- Comunidad de Castilla y León. Decreto 1611998, de 29 de enero, por el que se aprueba el plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. (BOCYL 3-2-98)
- Comunidad de Madrid. Ley 1111984, de 6 de junio, de Servicios Sociales. (BOCM 23-6-84)
- Comunidad Valenciana. Decreto 811996, de 4 de junio, por el que se adscriben a la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales las funciones relativas a estimulación precoz de discapacitados.(DOGV 7-6-96) . Ley 511997, de 25 de junio, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. (DOGV 4-7-97)
- Galicia. Ley 411993, de 14 de abril, de Servicios Sociales. (BOE 11-5-93)
- Región de Murcia. Ley 811985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales. (BORM 19-12-85)

EDUCACIÓN

Legislación de ámbito estatal

- Real Decreto 33411985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. (BOE 16-3-85) Modificaciones en Real Decreto 69611995 de 28 de Abril. Ley Orgánica 111990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). (BOE de 4 de Octubre). Modificaciones: Ley Orgánica 911995, de 20 de Noviembre (BOE 21-11-95); Ley 1311996, de 30 de diciembre (BOE 31-12-96). Ley 6611997, de 30 de diciembre, (BOE 31-12-97); Ley 5011998, de 30 de diciembre, (BOE 31-12-98). Real Decreto 133311991, de 6 de Septiembre, por el que se establece el currículum de educación infantil. (BOE 9-9-91). Orden, de 9 de Diciembre de 1992, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que

ATENCIÓN TEMPRANA

se regulan la estructura y funciones de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica. (BOE 18-12-92). Real Decreto 69611995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. (BOE 2-6-95)

Legislación de Comunidades Autónomas

- Canarias. Decreto 286 11995, de 22 de septiembre, de ordenación de la atención al alumnado con necesidades educativas especiales. (BOC 11-10-95). Orden, de 9 de abril de 1997, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, sobre escolarización y recursos para alumnos/as con necesidades educativas especiales por discapacidad derivada de déficit, trastornos generalizados del desarrollo y alumnos las hospitalizados. (BOC 25-4-97)
- Cataluña. Decreto 29911997, de 25 de noviembre, sobre atención educativa al alumno necesidades educativas especiales. (DOGC 28-11-97)
- Comunidad Valenciana. Decreto 3911998, de 31 de marzo, de ordenación de la educación para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales. (DOGV 17-4-98)
- Galicia Decreto 320 11996, de 26 de julio, de ordenación de la educación de alumnas y alumnos con necesidades educativas especiales (DOG 6-8-96). Decreto 12011998, de 23 de abril, por el que se regula la orientación educativa y profesional en la Comunidad Autónoma de Galicia. (DOG 27-4-98)
- Navarra. Decreto Foral 15311999, de 10 de mayo, por el que se regula la orientación educativa en los centros públicos de la Comunidad Foral de Navarra. (B.O.N.31-5-99)
- País Vasco. Decreto 11811998, de 23 de junio, de ordenación de la respuesta educativa al alumnado con necesidades educativas especiales

ATENCIÓN TEMPRANA

en el marco de una escuela comprensiva e integradora. (BOPV 13-7-98). Orden, de 30 de julio de 1998, del Departamento de Educación, Universidades e Investigación, por la que se establecen criterios de escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales y dotación de recursos para su correcta atención en diversas etapas del sistema educativo. (BOPV 31-8-98)

INFANCIA

Legislación de Comunidades Autónomas

- Andalucía. Ley 111998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. (BOJA 12-5-98)
- Aragón. Ley 1011989, de 14 de diciembre, de protección de menores. (BOA 20-12-89)
- Canarias. Ley 111997, de 7 de febrero, de atención integral a los menores. (BOC 17-2-97)
- Cantabria. Ley 7 1999, de 28 de abril, de protección de la infancia y adolescencia. (BOCA 6-5-99)
- Castilla-La Mancha. Ley 311999, de 31 de marzo, del menor. (D.O.C.M. 16 -4-99)
- Cataluña. Ley 811995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 3711991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de menores desamparados y de la adopción. (DOGC 2-8-95)
- Comunidad Autónoma de Illes Balears. Ley 711995, de 21 de marzo, de guarda y protección de los menores desamparados.(BOCAIB 8-4-95)
- Comunidad de Madrid. Ley 611995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia, (BOCM 7-4-95)

ATENCIÓN TEMPRANA

- Comunidad Valenciana. Ley 711994, de 5 de diciembre, de la infancia. Plantea como objetivo la promoción de la igualdad de oportunidades. (DOGV 16-12-94)
- Extremadura. Ley 411994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores. (DOE 24-11-94)
- Galicia. Ley 311997, de 9 de junio, de la familia, la infancia y la adolescencia. (DOG 20-6-97)
- Principado de Asturias. Ley 111995, de 27 de enero, de protección del menor. (BOPA 9-2-95)
- Región de Murcia. Ley 311995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia. (BORM 12-4-95)

Entre todos los puntos que desarrollan, vamos a estudiar aquellos que por la posibilidad de generalización entre los diferentes centros abiertos, poco a poco se van haciendo comunes como requisitos para desarrollar el trabajo. Destacamos los siguientes:

■ **Edificación:** los locales donde realicen su actividad las unidades de atención temprana tendrán una superficie de 80 metros cuadrados divididos en función de los diversos programas que se desarrollen. (esto es lo que se regula para el Principado de Asturias)

■ **Dependencias:** Las condiciones físicas deberán de presentar accesibilidad y comunicación mediante transporte público, en una zona geográfica que responda a criterios racionalizados de zonificación de recursos.

Las salas destinadas al desarrollo de programas deberán ser seguras y confortables y estarán provistas de la ambientación infantil

ATENCIÓN TEMPRANA

adecuada que facilite la estimulación sensorial, si no estuvieran situadas en la planta baja deberán disponer de ascensores accesibles, en un ambiente tranquilo y sin ruidos teniendo en cuenta agentes internos y externos.

Las salas de tratamiento, tendrán suelo cálido, antideslizante y de fácil limpieza. Como mínimo las unidades de atención temprana deberán disponer de una sala de logopedia, una sala para estimulación, una sala que servirá de despacho polivalente y un despacho.

Los aseos serán accesibles y adecuados para [niñ@s](#) y adultos y contarán con un lugar adecuado para vestir y sustituir los pañales. El mobiliario básico constará de mesas, sillas y armarios y deberá ser adecuado en tamaño y seguridad a las características de [l@s niñ@s](#) atendidos.

Cada unidad contará como mínimo con el siguiente material terapéutico de trabajo:

- ✚ Espejos
- ✚ Colchonetas
- ✚ Espalderas y bancos suecos
- ✚ Paralelas
- ✚ Balones
- ✚ Rampa y escaleras
- ✚ Sacos
- ✚ Planos
- ✚ Bipedestadores
- ✚ Sillas especiales
- ✚ Andadores
- ✚ Triciclos



ATENCIÓN TEMPRANA

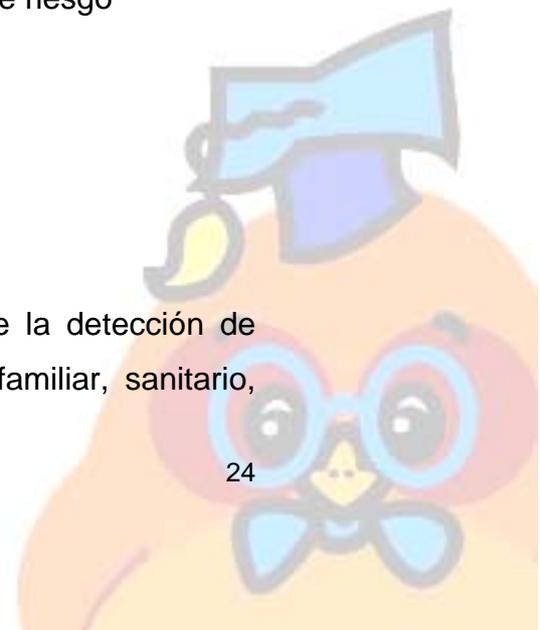
- ✚ Materiales de manipulación
- ✚ Materiales específicos de desarrollo sensorial y cognitivo
- ✚ Materiales y juegos específicos para el desarrollo del lenguaje
- ✚ Equipo de música
- ✚ Cámara de vídeo, reproductor de vídeo y televisión
- ✚ Las unidades de atención temprana estarán compuestas, al menos, por el siguiente equipo: Psicólogo / pedagogo / psicopedagogo/ Fisioterapeuta/Logopeda. Otros técnicos en estimulación, tales como psicomotricista, estimulador o maestros de educación especial
- ✚ En cada unidad, existirá la figura de coordinador o director de la misma que será el responsable de su correcto funcionamiento, con titulación media o superior relacionada con los ámbitos sociales, educativos o sanitarios

En lo que respecta al plan general de intervención, las unidades deberán ofrecer servicios y programas de atención integral dirigidos a [niñ@s](#) que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen riesgos de padecerlos así como a sus familias, a través de programas que potencien su capacidad de desarrollo y bienestar, actuando desde la vertiente preventiva y asistencial.

Desarrollarán su actuación en coordinación con la red social, educativa y sanitaria de la comunidad en los siguientes ámbitos:

1. prevención y detección de situaciones de riesgo
2. diagnóstico y valoración
3. intervenciones
4. seguimiento y evaluación

Las intervenciones se iniciarán cuando se realice la detección de situaciones de riesgo en el niño por parte del ámbito familiar, sanitario,



ATENCIÓN TEMPRANA

educativo o social. Dicha intervención, pasará por la fase de acogida y evaluación, propuesta del plan personalizado de intervención, desarrollo y evaluación del mismo. Cada unidad dispondrá de una historia para cada niñ@ que refleje los datos de identidad personales y familiares así como un protocolo individual donde figure la valoración inicial de acceso al servicio, el plan personalizado de intervención, su evaluación y las oportunas revisiones. Los expedientes serán confidenciales.

No podemos terminar este tema introductorio sin recoger los principios básicos por los cuales se rige la A.T.:

1. Diálogo, integración y participación:

La integración familiar, escolar y comunitaria del niño que presenta un trastorno del desarrollo implica el respeto a su condición de sujeto activo. La A. T. Debe facilitar el conocimiento social del niño y el acceso a su forma de comunicar y expresar sus deseos, promoviendo modelos de crianza, educativos y relacionales coherentes y estables, basados en actitudes de dialogo y en la aceptación de los modos alternativos de ser.

2. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública:

La A.T actúa para la prevención y, en su caso, evitación de estos riesgos facilitando la igualdad de oportunidades en el acceso a los distintos contextos de la vida social. Por sus orígenes y objetivos es necesario que la A.T sea un servicio público, universal, de provisión gratuita para todos los [niñ@s](#) y familias que lo precisen. La gratuidad debe ser completa y debe alcanzar a las ayudas técnicas y a la eliminación de barreras a la integración.



3. interdisciplinariedad y alta calificación profesional:

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas (como hemos visto anteriormente). La preparación de los profesionales que participan en la A.T. implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo.

4. Coordinación

(dedicaremos un tema específico a explicar dicho concepto dentro de la A.T)

5. Descentralización:

Se refiere al establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia, en su proximidad, incluyendo la prestación de servicios a domicilio. Implica la inserción de la A.T en las redes de atención primaria de salud y de servicios sociales, en la intermediación de las escuelas infantiles y en la vecindad de la familia.

Tiene que ser compatible con una buena organización del acceso o apoyo desde los servicios más especializados de área o región.

6. Sectorización:

Hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

