

ATENCIÓN TEMPRANA: ELEMENTOS PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN

FRANCISCO ALBERTO GARCÍA SÁNCHEZ
Universidad de Murcia

Este artículo resume los distintos elementos que actualmente componen el Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. Modelo que, con el objetivo de alcanzar los máximos niveles posibles de integración socio-educativa para el niño con discapacidad, plantea una intervención simultánea sobre el niño, su familia y su entorno, claramente más educativa o psicoeducativa que meramente terapéutica y guiada por unos vectores de intervención global, neurocognitiva y ecológico-transaccional. Se analiza la delimitación conceptual y el modus operandi que constituyen la formulación básica del Modelo, así como las propuestas concretas que se realizan para la organización del propio Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana y para la coordinación de los recursos sanitarios, educativos y sociales implicados en las necesarias actuaciones de prevención, detección e intervención que se articulan conjuntamente bajo Modelo Integral de Intervención.

Palabras clave: Atención Temprana, Modelo Integral de Intervención, Coordinación de Recursos.

Introducción

En los últimos años, venimos asistiendo a la aparición de distintas obras que parecen llamadas a convertirse en los marcos de referencia que podrían guiar, si es que no lo están haciendo ya, lo que va a ser el futuro de la Atención Temprana (AT) en nuestro país. Seguramente el más importante de todos ellos, por su calado, su respaldo institucional y el espíritu de consenso entre profesionales que ha guiado su elaboración, es el Libro Blanco de la AT (Grupo de AT, 2000). Pero esta obra de referencia no está sola. Unos meses después de su aparición, vieron la luz los Manuales de Buena Práctica de FEAPs, entre los que encontramos también uno dedicado exclusivamente a AT (FEAPS, 2001). Por otro lado, desde 1998, se han venido publicando una serie de trabajos que han conformado lo que hemos dado en llamar el *Modelo Integral de Intervención en*

AT (MIAT), modelo que, entre otras cosas, resalta el carácter educativo y psicoeducativo de la intervención en AT (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a, García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998, García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, VV.AA., 2000, etc.).

Quizás, lo más curioso de este conjunto de obras de referencia sobre AT es que no son contradictorias entre sí y tampoco necesariamente redundantes, sino más bien complementarias (García Sánchez, 2001). El Libro Blanco marca unas líneas directrices amplias, válidas desde distintos ámbitos y para distintas perspectivas de actuación; que tienen además la enorme valía de haber sido establecidas a partir de la discusión sobre diferentes realidades, la extracción de conclusiones y el establecimiento de consensos entre un grupo muy amplio de profesionales de distintas disciplinas, representantes de práctica-

mente todas las realidades de nuestra geografía nacional. Todo ello centrado en una concepción amplia de lo que es AT.

El Manual de Buena Práctica dedicado a AT, por su parte, oferta propuestas concretas para alcanzar unos cánones de calidad en la intervención cotidiana con el niño y su familia. Quizás llama la atención la forma de entender a éstos como usuarios o clientes de un servicio concreto (no olvidemos que este texto responde a la filosofía de trabajo de una Federación de Asociaciones de Padres concreta). Se centra en lo que es la intervención desde el equipo interdisciplinar del Centro que desarrolla programas de AT y, por tanto, no contempla tanto la perspectiva global y amplia de todo lo que hoy en día parece que se pretende englobar bajo el término de AT.

Por su parte, el MIIAT intenta presentar desde los principios básicos hasta detalles concretos sobre una forma específica de entender la AT, nunca sólo como intervención clínica o terapéutica, sino también educativa. Lo interesante es que el MIIAT coincide plenamente, tanto con los principios generales establecidos por el Libro Blanco y su visión amplia de lo que es AT, como con la mayoría de los criterios de calidad en la intervención que propone el Manual de Buena Práctica en AT. Pero el MIIAT, quizás por ser obra de un número reducido de autores con ideas comunes, ha podido dar un paso más que los otros marcos de referencia. Por ello creo que el MIIAT supone un complemento necesario, tanto al poder descender, con más facilidad, a ciertos detalles de la intervención, de la organización o de la coordinación, como al poder tomar partido decidido por ciertas opciones y no otras (aspectos ambos que, un texto de consenso como ha pretendido ser el Libro Blanco, nunca ha podido plantearse, al menos abiertamente).

Es importante aclarar, de entrada, que el MIIAT no es un programa de intervención concreto. Más bien pretende ser una filosofía de trabajo en AT, un modelo de intervención que, como modelo, se autodenomina integral. Y ello porque quiere abarcar, bajo una misma filosofía, todos los ámbitos, niveles o vertientes que incumben a la AT. Por ello puede y debe ser entendido como un marco teórico-práctico que puede servir para intentar desarrollar una intervención temprana donde prime el trabajo en equipo, una orientación educativa o psicoeducativa más que meramente terapéutica en la intervención, la preocupación por la intervención profesional sobre

toda la realidad de la unidad infantil (niño, familia y entorno) y la preocupación por una mejora continua de la calidad del servicio ofertado.

Para conseguir todo ello, el MIIAT estructura un modelo de organización del Centro de Desarrollo Infantil y AT (CDIAT) y un modelo de coordinación de éste con servicios y recursos ajenos a él. Pero también pretende articular un cuerpo teórico, didácticamente estructurado, que justifique y avale las propuestas de intervención (marco teórico), así como un conjunto de postulados teóricos-prácticos que guíen esa intervención (cuerpo doctrinal o postulados del modelo). Así, encontramos en el MIIAT cinco elementos claramente diferenciados, los cuales constituyen el actual cuerpo del modelo y que son:

- Un *marco teórico multidisciplinar* donde se diferencia entre los antecedentes de la AT, la justificación teórica de su eficacia y la fundamentación teórica y práctica de la intervención. Este marco teórico incluye evidentemente referencias a las Neurociencias, a la Psicología Evolutiva, a la Psicología de la Educación y a la Psicología del Aprendizaje, pero también a otras disciplinas científicas, educativas, biomédicas y psicológicas.
- Una *delimitación conceptual*, que trasciende e impregna todos los elementos que componen el MIIAT y que constituye un esfuerzo por delimitar el contenido conceptual de la terminología que empleamos en él, así como lo que desde él se entiende que es y no es AT.
- Un *modus operandi* que toma partido por determinadas formas de hacer las cosas y no otras (aunque con la suficiente flexibilidad como para estar abierto a cualquier nueva incorporación o modificación en función de los datos de eficiencia y eficacia que la investigación empírica y aplicada puedan ir aportando). Este modus operandi, está articulado a través de la definición de una serie de postulados, como son unas vertientes de actuación y diferentes facetas de intervención (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Las primeras nos delimitan dónde, en que ámbitos y a qué niveles debemos intentar llegar desde un MIIAT. Las segundas delimitan los objetivos y perspectivas de la intervención propiamente dicha, la cual ha de llevarse a cabo sobre el niño, su familia y su entorno (intervención médico/rehabi-

litadora, psicológico/clínica y educativa, psicoeducativa o socioambiental). Por otro lado, el *modus operandi* defiende unos vectores de intervención que han de guiar al profesional o terapeuta de AT, sea cual sea su formación básica, en todas sus actuaciones, y que son los de globalidad, intervención neurocognitiva y ecológico-transaccional. Por último, el *modus operandi* del MIAT se posiciona abiertamente seleccionando una serie de herramientas para llevar a cabo la intervención, como son el juego, la estimulación sensoriomotriz, la modificación de conducta y la comprensión sistémica de la dinámica familiar. Destaca aquí el papel clave otorgado desde el MIAT a la estimulación sensoriomotriz y a la figura del Terapeuta-tutor del niño en el Programa Individualizado de AT (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a).

- Un *modelo de organización del servicio*, el cual pretende delimitar el organigrama de un CDIAT que siga el MIAT, las parcelas de actuación de los distintos tratamientos ofertados o necesariamente disponibles, sus interrelaciones y su ubicación y dependencia de los distintos departamentos que constituyen el CDIAT. El modelo de organización se articula, y esto es quizás lo más importante, a partir del análisis de qué profesionales o agentes intervienen en cada ubicación, ambiente y momento, y sobre qué objetivos concretos de intervención.
- Un *modelo de coordinación de recursos*, el cual propone funciones concretas de prevención, detección e intervención (que constituyen las tres vertientes de actuación postuladas desde el MIAT), para programas específicos a desarrollar desde distintas administraciones públicas, con la finalidad de elevar la AT a un plano verdaderamente universal y al mayor grado posible de efectividad.

Quizás sea importante aquí, antes de pasar a detallar algunos de los elementos fundamentales del MIAT, señalar algo sobre el origen de este Modelo Integral de Intervención. Especialmente en sus primeras etapas, el MIAT comienza siendo algo así como la crónica de la realidad de la AT en la Región de Murcia. En dicha Región existe una tradición de AT y una amplia red de recursos más o menos consolidada (García Sánchez, y Pérez López, 1999, Motos, García Sánchez y cols., 1999). Además, existe también un foro de debate profesional continuo,

como es la Comisión Regional de AT. Este foro ha contribuido, de forma decisiva, a la unificación de criterios en el modelo de AT que se desea desde un punto de vista profesional; aunque luego, los problemas de infraestructuras y las posibilidades económicas de cada Centro, no siempre permitan el desarrollo pleno de ese modelo ideal. De hecho, la última cruzada emprendida por esa Comisión Regional ha sido la elaboración de un informe técnico consensuado en el que se recogen los detalles prácticos de ese modelo de intervención ideal, diseñado por los técnicos de AT de la Región de Murcia. Un modelo que plantea una AT universal, gratuita y con disponibilidad de CDIATs cercanos al usuario (niños y familias) (VV.AA., 2000). Especialmente sensible, además, a labores de prevención a desarrollar con toda la población, única forma de realizar una verdadera prevención primaria a través de programas de formación a familias y de seguimiento del niño sano. Muchos de los detalles de ese modelo de intervención ideal pueden encontrarse en los trabajos ya publicados sobre el MIAT (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998).

Así pues, el Modelo Integral comienza como una formulación teórico-práctica de lo que, en buena medida, se viene desarrollando en la práctica cotidiana de AT en la Región de Murcia. Ahora bien, el MIAT se autodefine como ecléctico y abierto a la incorporación de nuevas ideas que signifiquen mejoras en el modelo y en la calidad de la intervención. Por ello, el MIAT está continuamente cambiando, quizás no en lo sustancial, pero sí incorporando ideas y argumentos (por ejemplo procedentes del Libro Blanco de la AT o del Manual de Buena Práctica) para mejorar sus propias aportaciones. En este sentido, y como Modelo teórico-práctico que es, tiene la capacidad de modificarse más rápidamente que cualquier realidad, por mucho que esta se le parezca. Lo cual quizás sea también necesario: una de las funciones de un modelo es plantear metas a alcanzar a la realidad que intenta seguirlo.

Formulación básica del Modelo: delimitación conceptual y *modus operandi*

La formulación básica del MIAT plantea una intervención interdisciplinar, tendente a la transdisciplinariedad aunque sin llegar plenamente a ella, caracterizada por ser inmediata, planificada, global,

sistemática, dinámica y, por todo ello, integral (véase García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, para el detalle de la significación última de cada uno de estos adjetivos). Esta intervención debería estar articulada en tres vertientes de actuación: prevención, detección e intervención. Precisamente en estas vertientes podemos reconocer, perfectamente, los niveles de intervención que propone el Libro Blanco de la AT: prevención primaria, secundaria (detección) y terciaria (intervención). En cada una de estas vertientes de actuación estarían implicados distintos recursos sanitarios, educativos y sociales, los cuales dirigirán sus esfuerzos al niño, a su familia y a la comunidad, elevando la AT a un plano verdaderamente universal (lo que se conseguiría especialmente a través de la prevención, y más concretamente de la prevención primaria).

Como hemos señalado ya anteriormente, en cuanto a la intervención propiamente dicha sobre el niño con necesidades de AT y su familia, el Modelo Integral plantea tres vectores de intervención (global, neurocognitiva y ecológico-transaccional) y una serie de herramientas de trabajo para la consecución de sus objetivos. Entre estas últimas destacaríamos la estimulación sensoriomotriz, en la que se le daría un protagonismo especial a la figura del *terapeuta-tutor*, el juego espontáneo y/o dirigido, del que se aprovecharía su utilidad diagnóstica además de su capacidad motivante, y por supuesto, la comprensión sistémica de la estructura y dinámica familiar.

La figura del *terapeuta-tutor* es especialmente interesante y digna de ser resaltada. Nombrado específicamente para cada niño desde el momento de su llegada al CDIAT, el *terapeuta-tutor* será el encargado de realizar una función de coordinación de las actuaciones que los distintos especialistas (todos ellos terapeutas de AT) realizarán sobre ese niño y su familia. Se convierte, también, en el referente más cercano para la familia y en el encargado de la detección de las necesidades que el niño y su familia vayan presentando en su evolución (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a). Con todo ello, la figura del *terapeuta-tutor* contribuye a evitar la confusión a la que la familia suele verse sometida con los múltiples tratamientos que el niño puede requerir. Simultáneamente, facilita la coordinación del equipo interdisciplinar, a la vez que puede convertirse en el eje que vaya promoviendo un enfoque de trabajo más cercano a la transdisciplinariedad (García Sánchez, 2001).

Salvo excepciones, la responsabilidad de «*terapeuta-tutor*» del niño recae siempre en el profesional que realiza el Tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz. Tratamiento éste considerado, por otro lado, como eje vertebrador de todo Programa Individualizado de Intervención en AT y marcado por un evidente carácter educativo más que meramente médico-rehabilitador, clínico o terapéutico. Las atribuciones que se le encargan al Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz y los conocimientos que se le suponen para el adecuado desarrollo de su trabajo (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a; Mendieta y García Sánchez, 1998), llevan a defender fácilmente que este puesto profesional, clave en el CDIAT y en la AT, debe estar ocupado preferentemente por licenciados con amplia formación al menos en psicología, pedagogía o psicopedagogía.

Por último, un aspecto importante a destacar del MIIAT es su preocupación por conseguir una verdadera integración socio-educativa del niño (García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Persiguiendo este objetivo y fiel al principio o vector de intervención ecológico-transaccional, el MIIAT plantea varias modalidades de intervención en los propios entornos en los que se desarrolla y desenvuelve ese niño y su familia. Por ello, una modalidad de intervención es la Atención Domiciliaria, y entre otras acciones, el MIIAT considera como parte del programa de AT del niño su integración en la Escuela Infantil (EI) y su posterior llegada a la escolarización. En la Región de Murcia estas ideas están asumida por todos los CDIATs que, en función de ellas, desarrollan, por ejemplo, intensos esfuerzos por mantener una estrecha coordinación y colaboración con las EEII públicas y privadas a las que asisten los niños con necesidades de AT y luego con los propios Centros Escolares en los que se integran. Y ello a pesar de los retrocesos que desgraciadamente a veces se producen por desafortunadas decisiones políticas difícilmente justificables o aparentemente no bien fundamentadas. Reflejo de la importancia que se da a esa integración en EI es, por ejemplo, la apertura, a lo largo de los años, de varias Aulas Específicas para niños con grave afectación ubicadas dentro de EEII públicas. Estas Aulas posibilitan que incluso se aprovechen de la asistencia a la EI cierto número de niños cuyas condiciones de pluri-deficiencia, grave afectación, muy limitada capacidad de movimiento, etc., les impiden su

asistencia a la EI en la modalidad ordinaria de integración.

Por falta de tiempo y espacio, no podemos desarrollar aquí, con más extensión, los aspectos y detalles del MIIAT que hasta ahora hemos venido apuntando y que se encuadran, fundamentalmente, en lo que es la delimitación conceptual y el *modus operandi* que el Modelo Integral promulga. El lector interesado podrá encontrar una mayor explicación y profundidad, en el tratamiento de estas cuestiones, a través de la lectura de los distintos trabajos publicados sobre el MIIAT, fundamentalmente en García Sánchez, Castellanos y Mendieta (1998) y Castellanos, García Sánchez y Mendieta (2000a).

Modelo de organización del Servicio

El mismo estilo de síntesis que he venido empleando en los apartados anteriores, es necesario ahora seguir empleando para la descripción somera del

modelo de organización del CDIAT y del modelo de coordinación de recursos que se defienden desde el MIIAT. En cuanto al primero de ellos, su estructuración parte del análisis de «*quién*» realiza la intervención, «*dónde*» la realiza y «*sobre quién*». La Tabla 1 resume dicho análisis, cuya exposición detallada podemos encontrar en publicaciones como García Sánchez y Mendieta (1998), Mendieta y García Sánchez (1998), Castellanos, García Sánchez y Mendieta (2000b).

Este análisis facilita el diseño de la organización del CDIAT que, en todo caso, siempre podrá realizarse de distintas formas, adecuándose a la realidad demográfica, social y de recursos de cada área geográfica. Un ejemplo de organigrama funcional que seguiría el Modelo Integral de Intervención puede consultarse en Mendieta y García Sánchez (1998), mientras que algunos detalles de su funcionamiento en la práctica son recogidos también en Castellanos, García Sánchez y Mendieta (2000b).

Tabla 1

Esquema del personal que realizaría cada intervención dentro del programa de Atención Temprana, indicando la ubicación de estas intervenciones y el objetivo a quien iría dirigida la intervención

| Personal que realiza la intervención | Ubicación de la intervención | Objetivo de la intervención |
|---|--|---|
| Equipo de Apoyo Familiar: Padres formados Trabajador Social Psicólogo de Familia | Hospital: UCI / Neonatología Atención Domiciliaria Tratamientos Ambulatorios | Familia |
| Terapeutas de Atención Temprana | Atención Domiciliaria Tratamientos Ambulatorios Aulas de día Escuelas Infantiles Hospital: Lactantes/Escolares | Niño/a Familia Personal educativo de la EI Personal de enfermería Personal Educativo del Hospital |
| Familia | Atención Domiciliaria Tratamientos Ambulatorios Hospital: Lactantes / Escolares | Niño/a |
| Personal Educativo de Escuelas Infantiles | Escuelas Infantiles | |
| Personal de enfermería y personal educativo del Hospital | Hospital: Lactantes / Escolares | |

Tomado de García Sánchez, EA. y Mendieta, P. (1998). Análisis del Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. Revista de Atención Temprana, 1, 37-43. Reproducido con permiso del editor.

Fiel a su denominación de integral, vemos como el MIAT plantea ya, para la propia intervención, cierta necesidad de coordinación con recursos externos al CDIAT. Esto ha de ser necesariamente así si realmente queremos fomentar una intervención ecológico-transaccional y no una mera intervención ambulatoria si realmente nos preocupa una intervención encaminada a la verdadera integración socioeducativa del niño y su familia, más que meramente terapéutica. Vemos en el esquema de la Tabla I como los tratamientos ambulatorios realizados en el CDIAT son sólo uno más de los elementos de la intervención. Junto a ellos se incluyen esas otras modalidades de intervención a desarrollar en los ambientes en los que se desenvuelve el niño y su familia: atención domiciliaria, intervención en la Escuela Infantil e, incluso, determinadas propuestas de intervención en el Hospital.

La *Atención Domiciliaria* en el MIAT se define como una modalidad de tratamiento dirigida fundamentalmente a niños de corta edad (hasta los 7-8 meses), pero que también puede ser recomendada, con independencia de la edad, en casos de afectaciones muy graves con estados de irritabilidad neurológica o dependencia de aparatos clínicos (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a, Mendieta y García Sánchez, 1998). En esta modalidad de tratamiento la intervención va dirigida fundamentalmente a la familia. El Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz, por ejemplo, atiende al niño en el ambiente familiar, no sólo con el objetivo de ayudarlo en su proceso madurativo, sino también con el de servir como modelo de actuación para la familia.

En esta Atención Domiciliaria participan distintos profesionales y agentes de AT. Además del Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz, pueden acudir también al domicilio familiar los distintos componentes del Equipo de Apoyo Familiar del CDIAT (padres formados, trabajador social, psicólogo/pedagogo especializado en temas familia). Sus objetivos serán diferentes, según su formación y especialidad: a veces simplemente servir de apoyo a la familia o realizar una labor de acogida; otras veces recabar datos «in situ» sobre las necesidades de adaptación del hogar, las necesidades de la familia o sobre la dinámica familiar, etc. Desde el punto de vista del Tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz, la atención domiciliaria se justifica por la corta edad del niño y la lógica falta de instauración de ritmos circadianos (sueño-vigilia, alimentación, aseo, etc.), pero también por el objetivo de ayudar a la familia tanto a integrar los ob-

jetivos del programa de AT en las tareas cotidianas del hogar, como por el de hacer progresivo el proceso de incorporación de la familia al CDIAT (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a).

La *asistencia del niño a la EI* se entiende, desde el MIAT, como un complemento del Tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz a partir de los 18-20 meses de edad. Ello lleva a entender, dicha asistencia del niño a la EI, como una parte más del Programa Individualizado de Intervención en AT que sigue el niño. Los objetivos de esta nueva modalidad de tratamiento son múltiples (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a): potenciar la relación con el grupo de iguales y fomentar habilidades de sociabilidad y autonomía; trabajar, en situación grupal, los mismos objetivos del programa de AT que en el Centro se trabajan individualmente; mejorar el nivel de motivación del niño, el cual será mucho mayor, a esta edad, dentro del grupo de iguales; facilitar el aprendizaje, a través de la imitación, con modelos reales, etc. Y de cara a la familia: facilitar la normalización de las rutinas diarias y la integración de la familia en su entorno social.

Desde la perspectiva de un MIAT, pensamos que cualquier niño debe acceder a esta modalidad de tratamiento que denominamos *Asistencia a EI* (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000a, 2000b, García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Sin embargo, no podemos evitar que se den casos en los que, la propia afectación del niño (retraso psíquico severo o profundo y/o no presentar un medio de desplazamiento), limita su acceso al sistema ordinario de integración en EEII públicas (de hecho, puede llegar a imposibilitarlo). La limitada disponibilidad real de plazas de integración en EEII obliga a plantear diferentes formas de abordar la integración del niño en ellas en función de su patología. De acuerdo a todo ello y a la realidad con que nos encontramos en la Región de Murcia, podemos resumir las distintas posibilidades de desarrollo de esta modalidad de *Asistencia a EI* con la consideración de tres opciones:

- Integración en Aula ordinaria dentro de la EI.
- Asistencia a un Aula Específica ubicada dentro de una EI pública (de las que en la Región de Murcia contamos con diferentes unidades)
- Asistencia a un Aula de Día para niños de afectaciones especialmente generalizadas, severas o profundas (en el caso de Murcia, actualmente

existe una de estas aulas, ubicada dentro del CDIAT de ASTRAPACE). En estas Aulas de Día se seguiría un método de intervención integral/global/multisensorial, como puede ser el de estimulación basal (Fromlich y Haupt, 1982, Martínez Segura, 2001).

Tanto las Aulas Específicas como las Aulas de Día están formadas por grupos reducidos (5 ó 6 niños), en una proporción de 2 ó 3 niños por adulto, dada la gran dependencia del niño para la realización de cualquier actividad (pedagógica o de la vida diaria). En ambos casos, los niños integrados reciben todos los tratamientos específicos que precisan dentro del aula.

Hasta donde conocemos, el concepto de Aula Específica se ha desarrollado sólo en la Región de Murcia. Se trata de un aula ubicada dentro de una EI pública a la que asisten un reducido número de niños, menores de tres años, con muy grave afectación. El diseño y estructuración de estas Aulas Específicas permite, tal y como señalamos en Castellanos, García Sánchez y Mendieta (2000a): dar respuesta plena a las necesidades educativas y terapéuticas peculiares e intensas que presentan estos niños, potenciando simultáneamente la posibilidad de interacción con otros niños; integrar todos los tratamientos que estos niños requieren en la dinámica del aula, a la vez que rentabilizarlos y llevarlos a cabo en un ambiente más ecológico o natural que el ambiente artificial que necesariamente se crea en cualquier centro de tratamiento especializado; llevar a cabo una intervención normalizadora sobre las propias rutinas familiares; y, en suma, dar una respuesta educativa temprana a unos niños con características biopatológicas muy especiales, haciendo posible que estos niños y sus familias puedan ejercer su derecho legal a la educación del niño en la franja de edad de 0 a 4 años.

Como ya señalamos en García Sánchez, Herrero, Rico y Hernández Villena (2001), el carácter educativo de la EI y sus posibilidades para potenciar en el niño la comunicación e integración, la posibilidad de utilización de una metodología más activa y participativa que en el tratamiento ambulatorio, el contexto más natural y el peso del aprendizaje por imitación (Candel, 1994), son elementos claves que se suman, junto al resto de argumentos señalados, para justificar el interés que desde un Modelo Integral de Intervención damos a la integración del niño con necesidades de AT en la EI. Además, podemos encontrar en dicha integración la ayuda que puede necesi-

tar niño y familia para iniciar el proceso de separación-individuación, a la vez que contribuye de forma importante a la normalización de la dinámica familiar y a la propia integración de la familia en su entorno social. Sin duda, estas consideraciones nos hacen entender la *Asistencia a EI* en estas edades, como una modalidad más de intervención que permite responder a las crecientes demandas de intervención sobre la familia (Bailey, Aytch, Odom y col., 1999), así como a favorecer el desarrollo de la competencia social del niño para la relación con los iguales (Guralnick, 1999).

Por último, hablaremos algo de la *intervención en el Hospital*, la cual podría tener dos momentos diferentes: el del nacimiento del niño en situación de riesgo o con discapacidad, mientras éste está en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o en neonatología; y más adelante, ante episodios de hospitalizaciones prolongadas o muy reiteradas, durante la etapa de lactante o, incluso, escolar (Mendieta y García Sánchez, 1998).

En el primer caso, habría que distinguir entre la intervención que «desde» el Hospital se puede realizar sobre el niño y la que «en» el Hospital se puede contribuir a organizar para actuar, o mejor apoyar, a la familia. La primera de estas dos formas de intervención, vendría dada por la posibilidad de desarrollar distintos programas de estimulación neurosensorial y afectiva del neonato (desde experiencias de estimulación orofacial para el desarrollo y mantenimiento de reflejos y hábitos de succión en niños alimentados con sonda, hasta programas para favorecer del desarrollo de vínculos afectivos entre el niño y sus progenitores). La segunda de las intervenciones que pueden organizarse en el Hospital iría encaminada exclusivamente a actuar sobre la familia e implicaría la colaboración estrecha entre el Hospital y ciertos recursos de AT. Su necesidad viene avalada, en primer lugar, por las conocidas repercusiones que tienen en la familia el nacimiento de un niño con problemas o, simplemente, prematuro (Crnic, Friedrich y Greenberg, 1983, Crnic et al., 1983, Friederich y Friederich, 1981, Friederich, Wiltturner y Cohen, 1985); así como por la comprobación empírica de la eficacia de la intervención para la reducción de la ansiedad que padecen estos padres (Saenz-Rico, 1997, Verdugo, 1994).

Esta segunda forma de intervención en el Hospital, de ser organizada desde el CDIAT, se llevaría a cabo por el personal del Equipo de Apoyo

Familiar (en concreto a través de padres formados y, en su caso, el Psicólogo de Familia y el Trabajador Social). Su finalidad única sería dar apoyo emocional y acogimiento a la familia. Experiencias de este tipo se vienen desarrollando a lo largo de todo nuestro país. Suele tratarse de programas de apoyo a la familia del niño ingresado en UCIN que perfectamente pueden estar organizados desde el propio Centro Hospitalario. En todo caso, estas iniciativas pueden ser integradas en un proyecto más global, que tenga en cuenta también los recursos de AT que posteriormente van a estar a disposición del niño y su familia. De ser así, sería incluso posible separar la intervención encaminada a reducir la ansiedad de los padres ante la hospitalización del niño y el ambiente hospitalario, de lo que sería la intervención, o más bien las medidas de apoyo, encaminadas a preparar a la familia para la aceptación de la deficiencia del niño y para su posterior implicación activa en el Programa Individualizado de AT.

En un segundo momento, y ya con el niño y su familia inmersos en un Programa Individualizado de AT, puede ser también necesaria la intervención en el Hospital. En este caso la intervención se justificaría por la necesidad de dar continuidad al programa de intervención que el niño está siguiendo. Por ejemplo, cuando el niño sufre una hospitalización muy prolongada, o cuando su patología requiere hospitalizaciones reiteradas. También encontramos una justificación de esta intervención al tener en cuenta las posibles repercusiones negativas de la hospitalización: bien sea en el propio niño, especialmente en las edades en que la AT se desenvuelve (García Sánchez, 1998, Palomo del Blanco, 1995, Valdés y Flórez, 1992, Zetterström, 1984); o bien en su familia, al generar la hospitalización en ella una nueva fuente de estrés (Carter et al., 1989, Ogilvie, 1990, Robinson, 1987). En todo caso, no debemos olvidar que la población atendida en AT es especialmente candidata, por sus propias condiciones biopatológicas, a sufrir largos periodos de hospitalización u hospitalizaciones reiteradas (García Sánchez y Caballero, 1998, 1999).

Esta segunda forma de intervención en el Hospital se realizaría, fundamentalmente, sobre el niño y, preferentemente, debería ser coordinada por su *terapeuta-tutor*. No obstante, la labor de este terapeuta posiblemente fuera sólo la de mera coordinación, interviniendo indirectamente, a través de las pautas de actuación ofrecidas al personal de enfermería y al personal educativo del propio hospital, o a la propia

familia. En todo caso, la intervención sobre el niño tiene que tener en cuenta siempre, además de los objetivos de la programación individualizada que el niño siga, su edad, sus características patológicas, su discapacidad y, obviamente, la problemática específica que le ha llevado al Hospital.

Modelo de coordinación de recursos

En las últimas líneas hemos puesto ya de manifiesto la necesidad de coordinación entre los distintos recursos que hoy en día es necesario implicar para desarrollar un modelo integral y ecológico-transaccional en AT. Pero actualmente se nos pide que vayamos aún más lejos. Teniendo en cuenta la nueva concepción amplia que se está proponiendo sobre lo que es AT, en un Modelo Integral de Intervención debemos defender también un amplio esquema de coordinación de recursos que permita, previa delimitación de las tareas y responsabilidades pertinentes, abordar completamente las distintas vertientes o niveles de actuación en prevención primaria, secundaria (fundamentalmente detección, valoración y diagnóstico) y terciaria (intervención propiamente dicha).

Y es que, hasta la reciente aparición de marcos de referencia como el Libro Blanco de la AT, el Manual de Buena Práctica o el propio Modelo Integral de Intervención, quizás podíamos pensar que la AT consistía simplemente en la intervención, de índole terapéutica, desarrollada sobre el niño con discapacidad o en situación de riesgo, su familia y su entorno, llevada a cabo desde un Centro con profesionales especializados (García Sánchez, 2001). Sin embargo ahora, tenemos que entender que la AT consiste en un conjunto de actuaciones, incluidas todas ellas dentro de un proceso integral cuyo fin último es el desarrollo armónico de los niños atendidos integrados en su entorno o, lo que es lo mismo, alcanzar para ellos los máximos niveles posibles de integración socioeducativa (utilizando terminología propia del Modelo Integral). En todo caso, la intervención en AT, tal y como hoy la defendemos, no puede entenderse como una vertiente exclusiva de la rehabilitación, ni de la intervención psico-social, ni siquiera de la educación, sino que todas estas vertientes han de estar implicadas simultáneamente (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, Grupo de AT, 2000, Mendieta y García Sánchez, 1998).

Ahora bien, la aparición de los marcos de referencia citados ha hecho evidentes también otros

cambios en el panorama de lo que ahora entendemos que es AT. Especialmente si nos fijamos en el Libro Blanco de la AT y en el propio Modelo Integral de Intervención, vemos como se defiende una AT que va mucho más allá de la mera intervención tradicional que se puede realizar desde un Centro de atención directa al niño y su familia (García Sánchez, 2001): lo que se hace en el CDIAT es evidentemente AT, pero la AT no debe ser sólo eso. Se concibe una AT implementada a través de distintos niveles de actuación o intervención, como son prevención primaria, secundaria y terciaria.

Según el Libro Blanco (Grupo de AT, 2000), por ejemplo, debemos entender por prevención primaria en AT las medidas encaminadas a evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil: evitar la aparición de condiciones patológicas que provocan esas deficiencias en la infancia, así como evitar situaciones de riesgo biológico o socioambiental que puedan facilitar su aparición o la de trastornos en el desarrollo.

En cuanto a los objetivos de prevención secundaria en AT, estos serían los de detección y diagnóstico precoz de necesidades de AT, bien sean estas debidas a discapacidades o trastornos del desarrollo ya establecidas o a la exposición del niño a situaciones de riesgo. Ambas actuaciones, claves para el éxito de la posterior intervención, van íntimamente ligadas entre sí: para poder hacer un diagnóstico precoz es imprescindible la detección temprana, así como la articulación de mecanismos rápidos de derivación del niño y su familia a los recursos de AT que puedan hacer ese diagnóstico y comenzar la intervención pertinente.

Por último, entendemos por prevención terciaria en AT la intervención propiamente dicha, la cual agrupa todas las actividades o modalidades de tratamiento que veíamos antes, que sean dirigidas al niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo, atenuar o superar los trastornos detectados, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo que pudieran estar en el entorno del niño.

El esquema básico que desde el MIAT defendemos para aglutinar todas estas propuestas, ligeramente modificado del planteado en el Informe Técnico sobre el Modelo de Intervención en AT para

la Región de Murcia (VV.AA., 2000), puede verse en la Figura 1.

Y es aquí donde quizás, antes de continuar, debemos hacer algunas reflexiones importantes. En primer lugar, tenemos que entender que estamos defendiendo que el CDIAT debe convertirse en el centro altamente especializado en labores de AT; constituido por profesionales de distintas disciplinas, especialmente formados para responder a las necesidades de AT del niño y su familia. Estos profesionales que conforman el CDIAT son los verdaderos «*terapeutas o profesionales de AT*» y el CDIAT debe constituirse como centro autónomo, capaz de atender todas las necesidades especializadas de AT que presenten sus usuarios, empezando evidentemente por su valoración y diagnóstico y continuando por las de diseño y desarrollo de Programas Individualizados de Seguimiento e Intervención en AT. Pero a la vez, el CDIAT debe estar coordinado con otros recursos externos que cubran ese otro conjunto de actuaciones, tanto aquellas a que obliga una intervención ecológico-transaccional, como aquellas otras que forman parte de la nueva concepción amplia de la AT y que no le corresponden al CDIAT.

Es más, si nos fijamos en el esquema de coordinación propuesto, le estamos pidiendo al CDIAT la capacidad para responder, casi que como un Centro de Recursos especializado, a las necesidades de otros profesionales (otros «*agentes de AT*») que realizan esas otras actuaciones (como prevención primaria, detección o atención del niño en determinadas condiciones o a partir de determinada edad). Es importante resaltar que determinadas tareas, que englobamos bajo el paraguas de la AT, han de ser desarrolladas por profesionales que no pertenecen al CDIAT, pero que evidentemente son «*agentes de AT*», aunque no sean «*terapeutas o profesionales de la AT*». Como ya señalé en otro lugar (García Sánchez, 2001), desde esta perspectiva se convierten en «*agentes de AT*»:

- Cualquier profesional de la sanidad, educación o servicios sociales que, trabajando sobre la población infantil y/o sus familias, realice labores de prevención primaria de la discapacidad o de los trastornos del desarrollo infantil.
- Todos los profesionales de sanidad, educación o servicios sociales que, desde su puesto habitual de trabajo participen de forma activa en una red organizada de detección y derivación de posibles necesidades de AT.

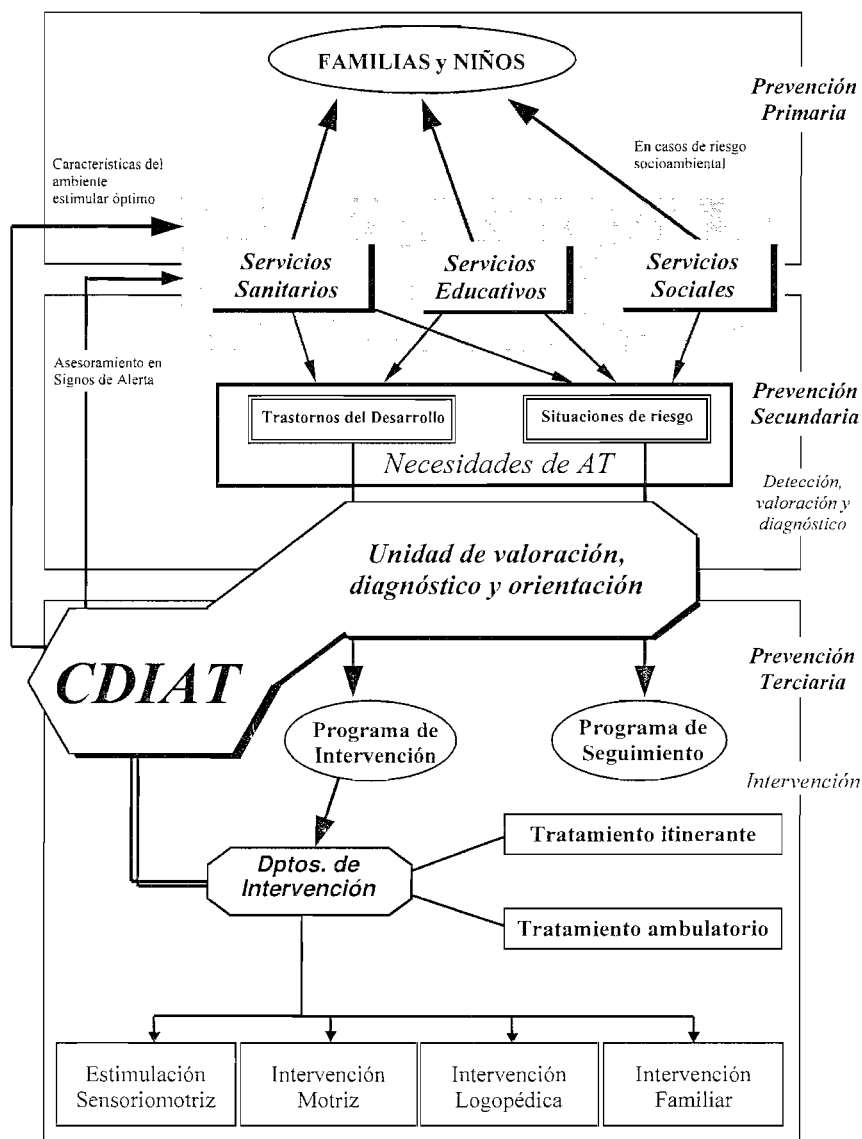


Figura 1

Esquema de Coordinación de Recursos en Atención Temprana.

- La propia familia del niño con necesidades de AT, especialmente desde un modelo ecológico-transaccional, desde el momento en que se utiliza como un elemento clave para fomentar el desarrollo del niño y de sus capacidades de comunicación y relación.
- Los profesionales de la EI, especialmente cuando desde un Modelo Integral de Intervención

se defiende la *Asistencia a EI* como una modalidad más de intervención en AT.

El papel del CDIAT y de sus «*terapcutas o profesionales de AT*» es clave en todo el esquema de coordinación que se propone, pero distinto en cada uno de estos niveles o vertientes de actuación. Podemos resumirlo diciendo que los «*terapeutas o profesionales de la AT*», desde los CDIATs u otros servicios es-

pecíficos de AT (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica en AT, Programas de Prevención y Seguimiento de niños de alto riesgo, Unidades de Maduración, etc.), se convierten en el eje vertebrador de una red estructurada de AT, a la vez que realizan las ya mencionadas labores de valoración y diagnóstico de necesidades de AT, seguimiento e intervención sobre el desarrollo del niño a través de Programas Individualizados de AT, y que le son propias, así como todo ese otro conjunto de labores de asesoramiento y apoyo a los «agentes de AT».

Si parcelásemos el esquema de coordinación presentado, podríamos ir introduciendo en él propuestas concretas de programas, normalmente existentes en toda la geografía nacional, en los que se deberían incluir determinados objetivos de AT. Cada uno de ellos constituiría un elemento individual, pero parte constituyente de la globalidad que permitiría desarrollar la coordinación de recursos planteada. Un desarrollo de este modelo de coordinación puede encontrarse en Mendieta y García Sánchez (1998) y en el Informe Técnico sobre el Modelo de Intervención en Atención Temprana para la Región de Murcia (VV.AA., 2000).

Evidentemente se incluyen en prevención primaria todos los programas encaminados a la prevención de patologías biológicas o de situaciones de riesgo biológico (programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, de salud materno-infantil, de detección de metabopatías, de vacunaciones, de información de los factores de riesgo y su prevención, de atención pediátrica primaria, atención hospitalaria y sanitaria en general, etc.), desarrollados todos ellos desde los servicios de salud. Por otro lado, estarían los programas encaminados a la prevención de situaciones de riesgo socioambiental y a la potenciación de entornos estables y estimulantes para el desarrollo infantil, todos ellos competencia de servicios sociales y servicios educativos (programas de prevención del maltrato infantil, de atención a la familia, de Educación Temprana, etc.).

Ahora bien, en AT lo que nos preocupa en prevención primaria no sólo es la prevención de la aparición de patologías o discapacidades en el niño, sino también arbitrar mecanismos para facilitar y promover condiciones óptimas de calidad y cantidad estimular para todos los niños, no sólo para aquellos afectados por una deficiencia o patología, ni siquiera sólo para aquellos en situación de riesgo biológico o socioambiental. Obviamente, tales medidas, no

pueden ser realizadas desde el CDIAT, sino que hay que seleccionar una serie de programas que pueden incluir las medidas planteadas y que estén en disposición de abarcar a un amplio porcentaje de la población general.

Con este objetivo en mente, del campo sanitario nos interesan especialmente los programas de preparación al parto y los de seguimiento del niño sano, desarrollados ambos desde servicios de salud. Es necesario que estos programas dispongan de información sobre la red de recursos disponibles en el campo de la AT, de los signos de alerta para la detección precoz de trastornos del desarrollo, así como de los cauces rápidos de derivación de niño a los recursos pertinentes (y estas últimas son ya medidas de prevención secundaria). En el caso especial de los programas de seguimiento del niño sano, aunque también en los programas de preparación al parto, sería recomendable, además de la ampliación del seguimiento evolutivo del niño, la inclusión de criterios de calidad estimular, entendida esta última, tal y como fue definida por la Asociación de AT de la Región de Murcia, para el Seminario de Calidad Estimar para la Población Infantil (Murcia, Junio 2001) como «la adecuación de los estímulos físicos y sociales que recibe el niño a sus capacidades, de tal forma que potencien su desarrollo global y armónico».

Prácticamente la misma demanda sería aplicable a los programas de atención a la familia desarrollados normalmente desde Unidades de Trabajo Social municipales, aunque también pueden existir en Centros de Salud, Servicios Sociales, etc. En este terreno social si sería especialmente recomendable la instauración de programas de «acogida» a la familia del niño nacido con discapacidad, los cuales se desarrollarían (y de hecho ya se desarrollan en algunas zonas geográficas) desde Centros Hospitalarios.

Desde el terreno educativo, son especialmente interesantes en prevención primaria los programas de Educación Temprana. Programas éstos desarrollados por profesionales de los propios Centros Escolares (normalmente profesionales especializados en Educación Infantil) y dirigidos precisamente a servir de apoyo a la familia en la educación del niño aún no escolarizado, a través del ofrecimiento de orientaciones a la familia sobre las pautas educativas más adecuadas acordes a la evolución normalizada del niño, tanto para el control de aspectos conductuales, como para la regulación de ritmos biológicos, el establecimiento de hábitos higiénicos y de autonomía, etc.

En cuanto al papel del CDIAT en prevención primaria, evidentemente también realiza directamente actuaciones en este terreno cuando, dentro de sus Programas Individualizados de Intervención para niños afectados por trastornos permanentes, actúa para evitar la aparición de patologías añadidas a la inicial. Ahora bien, con respecto al resto de actuaciones apuntadas, su participación estaría en la colaboración activa en campañas de información y formación, tanto de los profesionales que hacen directamente prevención primaria, como de la población en general, sobre aspectos relativos al desarrollo infantil. Este es uno de los motivantes fundamentales que han llevado a la propuesta de red denominación del Centro de AT en Centro de Desarrollo Infantil y AT. De alguna manera, la labor de los profesionales del CDIAT (profesionales/terapeutas de AT), en todo caso será la de delimitar las nociones de calidad estimular y su contenido, las pautas educativas más adecuadas para las primeras edades infantiles, etc. Pero sólo habrán de encargarse de su aplicación directa en los casos en que está sea especialmente difícil e implique una continua adaptación individualizada de principios generales. Casos estos que son, precisamente, los que definiríamos como «necesidades de AT» y que vienen asociados a la presencia de una patología/discapacidad o a una situación de riesgo biológico y/o socioambiental especialmente grave.

En el terreno de la prevención secundaria, nos encontramos con un panorama semejante al descrito para la prevención primaria. Las labores de detección y derivación de posibles necesidades de AT han de ser necesariamente realizadas por profesionales del campo sanitario, educativo y de servicios sociales. Son ellos los que están en contacto con los niños y las familias y se convierten en «agentes de AT», desde el momento que actúan como un recurso imprescindible para el éxito global de la intervención, al realizar la detección y derivación precoz de esas posibles necesidades de AT. La labor del CDIAT y de los equipos especializados en AT empieza, en prevención secundaria, por la continua puesta al día, transmisión y di-

fusión de signos de alerta que faciliten la detección precoz de necesidades de AT; continúa con la realización del diagnóstico precoz de las necesidades reales de AT del niño y su familia; y se completa, en todo caso, con la transmisión de la información diagnóstica (tanto a la familia, como al resto de «agentes de AT» que han participado en la detección del caso). Ahora bien, es crucial la coordinación del CDIAT con todos los programas anteriormente citados y especialmente con aquellos en los que se pueden detectar condiciones patológicas: empezando por los programas de detección de embarazos de alto riesgo y los de diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas (en los que se pueden articular también mecanismos de derivación directo al CDIAT o a programas de «acogida» para la familia), hasta llegar a distintos programas específicos de detección de signos de alerta incluidos en programas de valoración del estado neurológico y sensorial del neonato, de seguimiento del niño sano, de Educación Temprana, de detección de signos de alerta en Educación Infantil, de Atención a la Familia, etc.

Por último, en el caso de la prevención terciaria en AT, al consistir ésta en la intervención propiamente dicha sobre el niño, su familia y su entorno, es donde encuentran su papel protagonista los «*terapeutas o profesionales de la AT*». Sólo ellos, reunidos y coordinados en equipos inter— o transdisciplinares, pueden realmente llevar a cabo tanto el diagnóstico preciso de las necesidades de AT del niño y su familia, como el diseño, el desarrollo y la necesaria supervisión continua de los Programas Individualizados de Intervención. Programas que, por la complejidad de su naturaleza y de sus características (desarrollables en múltiples entornos, con objetivos que pueden ir referidos tanto al niño como a su familia) y el imprescindible planteamiento interdisciplinar para su ejecución, nunca podrán ser adecuadamente diseñados y desarrollados desde perspectivas monodisciplinares, e incluso requerirán, como también hemos visto, la coordinación del CDIAT con otros recursos externos a él, como por ejemplo la EI.

Referencias bibliográficas

- BAILEY, D.B., AYTCH, L.S., ODOM, S.L., SYMONS, F. AND WOLERY, M. (1999). Early intervention as we know it. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 11-20.
- CANDEL, I. (1994). Panorámica de la atención temprana en las escuelas infantiles. *IV Jornadas Regionales de Atención Temprana*. Yecla (Murcia), 16 a 18 de Diciembre.
- CARTER, M.C., EBERLY, T.W., HENNESSEY, J., MILES, M.S. y cols. (1989). A consortium study of parent stressors in the pediatric ICU. *Maternal Child Nursing Journal*, 18, 181-249.
- CASTELLANOS, P., GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y MENDIETA, P. (2000a). La estimulación sensoriomotriz desde el Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Siglo Cero*, 31 (4), 5-13.
- CASTELLANOS, P., GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y MENDIETA, P. (2000b). Funcionamiento de un Centro de Atención Temprana desde el marco de un Modelo Integral de Intervención (pp. 105-120). En Juan, M.J. y Mondéjar, P. (Coords.). *Integración familiar, escolar y social. Periodo infantil y escolar*. Alicante: APSA.
- CRNIC, K.A., FRIEDRICH, W.N. y GREENBERG, M.T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 125-138.
- CRNIC, K.A., GREENBERG, M.T., RAGOZIN, A.S., ROBINSON, M. y BASHMAN, R.B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infant. *Child Development*, 54, 209-217.
- FEAPS (2001). *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de Buena Práctica*. Madrid: FEAPS.
- FRIEDRICH, W.N. y FRIEDRICH, W.L. (1981). Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 551-553.
- FRIEDRICH, W.N., WILTURNER, L.T. y COHEN, D.S. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 130-139.
- FROMLICH, A. y HAUPT, V. (1982). *Estimulación para el desarrollo de niños muy deficientes*. Mainz, V. Hase Köhler.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. (1998). Características físicas, psicológicas y afectivas que intervienen en la hospitalización del niño: Efectos negativos y estrategias de intervención. *VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SE-AUS)*. Murcia, 26 a 30 de Mayo.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. (2001). Reflexiones acerca del futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención. *Siglo Cero*, en prensa.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y CABALLERO, P.A. (1998). Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario. *Anales de Pedagogía*, 16, 249-268.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y CABALLERO, P.A. (1999). Atención Temprana en Parálisis Cerebral y Síndrome de Down: necesidad de intervención en Hospital desde un Modelo Integral. *Siglo Cero*, 30 (2), 5-15.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y MENDIETA, P. (1998). Análisis del tratamiento integral de atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1 (1), 37-43.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y PÉREZ LÓPEZ, J. (1999). La experiencia de Atención Temprana en la Región de Murcia. Ponencia invitada presentada en el 2.º Encuentro para el intercambio de experiencias entre equipos de Estimulación Precoz. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Unidad de Estimulación Precoz. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla, 22-23 de Octubre de 1999.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A., CASTELLANOS, P. y Mendieta, P. (1998). Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral. *Revista de Atención Temprana*, 1 (2), 57-62.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F.A., HERRERO, J.M., RICO, M.D. Y HERNÁNDEZ VILLENA, M.J. (2001). Evaluación de una Unidad de Escolarización en Escuela Infantil para niños gravemente afectados. *X Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa*. A Coruña, 19-21 de Septiembre.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad.
- GURALNICK, M.J. (1999). Family and child influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 21-29.
- MARTÍNEZ SEGURA, M.J. (2001). La Estimulación Basal en Atención Temprana: desarrollo curricular. *Revista de Atención Temprana*, 4, en prensa.
- MENDIETA, P. y GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. (1998). Modelo integral de intervención en atención temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, 29 (4), 11-22.
- MOTOS, J., GARCÍA SÁNCHEZ, F.A., CHECA, F.J. y cols. (1999). Líneas de actuación y perspectivas de futuro de la Atención Temprana en la Región de Murcia. *Revista de Atención Temprana*, 2 (1), 3-10.
- OGILVIE, L. (1990). Hospitalization of children for surgery: The parents' view. *Children Health Care*, 19, 49-56.
- PALOMO DEL BLANCO, M.P. (1995). *El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- ROBINSON, C.A. (1987). Roadblocks to Family Centered Care when a chronically ill child is hospitalized. *Maternal Child Nursing Journal*, 16, 181-193.
- SAENZ-RICO, B. (1997). Programa de intervención temprana para sujetos de alto riesgo biológico. *Revista de Educación Especial*, 23, 29-35.
- VALDÉS, C. y FLÓREZ, J.A. (1992). El niño ante su hospitalización: Principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19, 201-209.
- VARIOS AUTORES (2000). Informe técnico sobre el modelo de intervención en Atención Temprana para la Región de Murcia. *Revista de Atención Temprana*, 3 (1), 37-47.
- VERDUGO, M.A. (1994). Estrés familiar: Metodologías de intervención. *Siglo Cero*, 25, 37-45.
- ZETTERSTRÖM, R. (1984). Responses of children to hospitalization. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 73, 289-295.

Abstract

This paper is a summary of the diverse elements that actually conform the Integral Model of Early Intervention. With the aim to reach the higher levels of socioeducative integration for the child with developmental disabilities, this Integral Model defend a simultaneous intervention on the child, his/her family and context, which is clearly more educative or psychoeducative that therapeutic only, and which is lead by global, neurocognitive, and ecological-transactional intervention vectors. In the paper, basic formulation of the Model (conceptual

delimitation and work philosophy) and its purposes for both the organisation of the Centre of Child Development and Early Intervention and the co-ordination of sanitary, educative, and social resources implicated in necessary prevention, detection, and intervention actuations that are articulated together under a Integral Model of Early Intervention, are also analysed.

Key words: Early Intervention; Integral Model of Intervention; Services coordination.