

# DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA Y DE SUS VERTIENTES DE INTERVENCIÓN DESDE UN MODELO INTEGRAL

Francisco Alberto García Sánchez<sup>(1)</sup>,  
Pilar Castellanos Brazález<sup>(2)</sup> y  
Pilar Mendieta García<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Prof. Titular de Biopatología Infantil y Juvenil, Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Facultad de Educación, Universidad de Murcia.  
Coordinador del Dpto. de Investigación de ASTRAPACE (Murcia).

<sup>(2)</sup>Equipo Multiprofesional de la Asociación para el Tratamiento de la Parálisis Cerebral (ASTRAPACE) de Murcia

## Resumen

Este trabajo propone una definición razonada de Atención Temprana (AT), dentro del marco de un Modelo Integral de AT. Dicha definición caracteriza la AT como una actuación inmediata, global, sistemática, dinámica e integral. De ella se desprende un modelo de actuación integral en AT, delimitando las intervenciones de distintos colectivos profesionales en esa actuación integral. Se defienden tres vertientes distintas de actuación desde AT, a saber: prevención, detección e intervención. Cada una de estas vertientes de actuación estaría desarrollada por diversos colectivos profesionales y en distintos contextos sociales. Dentro del modelo de intervención integral en AT, se distinguen, además, tres facetas diferentes de intervención: educativa o psicoeducativa, psicológico-clínica y médico-rehabilitadora. Se discuten los objetivos inmediatos de intervención desde cada una de estas tres facetas, defendiendo siempre la intervención global (en todas las áreas de desarrollo evolutivo del niño) e integral (en todos los contextos donde se desenvuelve el niño).

**Palabras claves :** Atención Temprana, Modelo Integral, Prevención, Detección, Intervención.

## Introducción

Durante los últimos años, se está viviendo un cierto cambio en nuestro país en el campo de la Atención Temprana (AT). Seguramente propiciado por una historia de AT suficientemente extensa y, consecuentemente también, por la aparición de teóricos de esta disciplina

que han recogido la necesidad de elaborar o evidenciar el marco o marcos conceptuales en los que se desenvuelve esta práctica en nuestro entorno. Esta necesidad ha sido demandada por voces de dentro y fuera de nuestras fronteras (Andreu, 1996, Dunst, Snyder y Mankinen, 1989) que pedían un paso más para superar la fase de intentar demostrar la necesidad de la intervención en AT. La fase actual exige, más bien, la delimitación del marco teórico de la actuación en esta disciplina. Además de ello, se hace imprescindible el establecimiento de estrategias de coordinación y cooperación de servicios para una mayor eficacia en la intervención (Alonso, 1997, García Sánchez y Mendieta, 1998). Como ejemplo de esta situación podríamos citar los propios títulos de las distintas jornadas y reuniones científicas celebradas sobre AT en los últimos meses:

•“La coordinación de servicios para Atención Temprana”. VI Jornadas de Atención Temprana de la Región de Murcia, organizadas por la Dirección General de Bienestar Social y Familia y por la Asociación de Atención Temprana (ATEMP) de la Región de Murcia, celebradas en Murcia, en Mayo de 1997.

•“Estimulación temprana: coordinación e integración de servicios”. XXIV Reunión Científica Anual de la Asociación Española para la Educación Especial (AEDES), celebrada en Madrid, en Noviembre de 1997.

•II Jornadas sobre Servicios de Coordinación Interinstitucional en Atención Temprana, celebradas en Burgos, en Diciembre de 1997.

•“Atención Temprana en la Comunidad de

Madrid". XIX Sesión Científica del Real Patronato, centradas en el tema de coordinación de servicios y celebradas en Madrid, en Febrero de 1998.

Por otro lado, esta demanda y necesidad de apoyo estructural teórico se evidencia también por la génesis de ambiciosos proyectos de puesta en común y de búsqueda de consensos, como la elaboración del Libro Blanco sobre AT por el Grupo de AT creado para tal fin con profesionales de todo el país; o la elaboración del Manual para la buena practica en AT, dentro del programa de mejora de la calidad asistencial de FEAPS. De alguna manera, el trabajo que aquí presentamos pretende ser una contribución más en ese sentido.

## Definición de Atención Temprana dentro de un Modelo Integral.

En trabajos previos hemos descrito lo que nosotros entendemos por un Modelo Integral de intervención en AT (García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Sin embargo, no habíamos intentado dar una definición comprensiva de lo que entendemos por AT. Ahora, tras el estudio de las propuestas de definición aportadas por el Grupo de AT para su Libro Blanco de la AT y por el Grupo de Trabajo de FEAPS para la elaboración del Manual de Buenas Prácticas en AT (ambas aún sin publicar al terminar este trabajo), nos ha parecido interesante dar también nuestra interpretación de la definición de AT, adaptando definiciones anteriores a nuestra concepción teórica de la AT. Así, desde nuestro punto de vista:

*La Atención Temprana debe entenderse como un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, su familia y su entorno, desarrolladas desde la acción coordinada de un equipo interdisciplinar, con la finalidad de dar una respuesta inmediata, planificada con carácter global, sistemática, dinámica e integral a las necesidades transitorias o permanentes de la población infantil que en la primera infancia (de cero a seis años) presenta trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos.*

Como vemos, se trata de una definición densa que puede requerir explicar algunos de los elementos que la componen. Por ejemplo, en esta definición se señala, por supuesto, que la AT va dirigida tanto al *niño*, como a su *familia* y a su *entorno*. Conforme vayamos comentando las vertientes de actuación en AT, en este mismo trabajo, iremos comprendiendo las matizaciones de estos tres objetivos de intervención. En la definición se hace hincapié también en el desarrollo de la AT desde un *Equipo Interdisciplinar*, sin cuya presencia y trabajo coordinado no creemos que pueda desarrollarse un verdadero Modelo Integral de intervención en AT. Por último, en nuestra definición se utilizan una serie de términos para aclarar la naturaleza y características de la respuesta que debe darse a las necesidades del niño desde el programa de AT. Dado el contenido incluido en estos términos, puede ser interesante ir explicando, a continuación, su significado dentro de nuestro contexto.

Decimos que la intervención debe ser *inmediata*, ya que en AT pretendemos aprovechar las altas potencialidades plásticas del sistema nervioso inmaduro en las primeras etapas de su evolución. Por eso, debe establecerse un plan de acción tan pronto como sean detectadas las necesidades de AT del niño y su familia.

Decimos que la finalidad de la AT es dar una respuesta planificada con carácter global. *Planificada*, ya que es una respuesta que tiene que estar plenamente diseñada de antemano; no debemos improvisar un programa de intervención en AT. *Global*, ya que es una respuesta que debe incidir simultáneamente sobre todas las áreas del desarrollo evolutivo del niño, con el fin de conseguir el desarrollo lo más armónico posible de todas ellas.

Decimos también, que la intervención desde AT consiste en una respuesta *sistemática*, ya que debe ser una actuación continuada, tanto en el tiempo como en los distintos contextos en los que se desenvuelve el niño (integral). En cada momento evolutivo y en cada ambiente, la respuesta del programa de AT tendrá en cuenta las particularidades necesarias, pero buscará y asegurará el mantenimiento de una línea común de actuación, evitando los saltos atrás y buscando la

máxima coherencia en el proyecto educativo y terapéutico que se ha planteado en el programa de AT.

Decimos que es una respuesta *dinámica*, ya que a pesar de su planificación y de su sistematicidad, dada la naturaleza cambiante de los distintos objetivos de intervención en AT, esa planificación tiene que tener prevista la posibilidad y necesidad de modificación, en función de los cambios que vayan produciéndose. Todo ello, por tanto, dentro de su propia planificación (por ejemplo, a través de revisiones periódicas del programa de actuación individual en AT), nunca a través de una mera improvisación.

Por último, decimos que es una intervención *integral*, ya que tiene que tener en cuenta la compleja realidad del niño. Debe actuar, por tanto, siempre en pro de su meta final (que no es otra que la consecución de unos objetivos y su generalización), en los distintos ambientes donde el niño se desenvuelve (familia, Hospital, Escuela Infantil, Centro Escolar, vecindario, etc.).

---

## Vertientes de actuación en Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención.

---

Las actuaciones a que hace referencia esta definición deben desarrollarse en tres vertientes: *prevención*, *detección* e *intervención* propiamente dicha. A continuación, repasaremos cada una de estas vertientes de actuación.

Como iremos viendo a lo largo de esta exposición, la *prevención* es una vertiente de actuación que está siempre presente en todas las etapas y vertientes del Programa de AT. No obstante, a este nivel de actuación, la prevención hace referencia a una verdadera prevención primaria. A través del desarrollo de programas de información y formación del público en general y, especialmente de colectivos profesionales cercanos a las familias y al niño (profesionales de la salud,

especialmente de la pediatría, educadores de Escuelas Infantiles y maestros de Educación Infantil), se debe plantear el objetivo de mejorar la calidad de las interacciones del niño con su familia y con su entorno. Especialmente en las etapas iniciales del desarrollo del niño, para aprovechar al máximo sus capacidades neuroevolutivas de adaptación, desarrollo y aprendizaje.

La *detección* de las necesidades de intervención directa sobre el niño, su familia y su entorno, según las características de nuestra definición de AT, pasa igualmente por el desarrollo de programas de información y formación de los colectivos profesionales que tienen acceso al conjunto de la población infantil de cero a seis años. Estos colectivos profesionales pueden detectar grandes necesidades (presentes desde el nacimiento o incluso antes), o necesidades más sutiles (manifestadas a lo largo de las primeras etapas evolutivas del niño). En este sentido, la detección precoz de las necesidades de AT puede realizarse en distintos momentos y por distintos servicios que podemos enumerar:

1. Servicios de ginecología, ecografía y diagnóstico prenatal, desde los que se pueden detectar diversas patologías prenatales de origen genético (por ejemplo, algunos errores congénitos del metabolismo cuya existencia se suele investigar cuando se conocen antecedentes en la familia), cromosómicos (por ejemplo, la trisomía 21 o síndrome de Down) o multifactoriales (por ejemplo, distintas formas de disrafismo espinal). Todas estas alteraciones son fuentes etiológicas evidentes de necesidades de AT y, también, son motivo legal de interrupción eugenésica del embarazo tras decisión informada de la familia.

2. Desde los servicios hospitalarios médicos y paramédicos de neonatología, neuropediatría neonatalógica, etc. Desde estos servicios se van a detectar malformaciones y otras alteraciones congénitas no diagnosticadas precozmente pero claramente reconocibles por el aspecto físico del niño o sus condiciones de salud. También se detectan aquí la mayor parte de las patologías de origen perinatal (sufrimiento fetal, encefalopatía hipoxico-isquémica neonatal, etc), tampoco detectables precozmente.

3. Desde los servicios médicos y paramédicos de pediatría ubicados en los Centros de Atención Primaria. Los Centros de Salud de Atención Primaria y, en concreto, los programas de seguimiento del niño sano, se convierten en un escenario imprescindible para el desarrollo de esta vertiente de actuación en AT centrada en la detección precoz de las necesidades de AT. Una vez detectadas las necesidades mayores (en los puntos 1 y 2) queda aún un importante grupo de niños cuyas necesidades de AT no son evidentes al carecer de una patología biológica grave de manifestación temprana. El seguimiento atento de la evolución del niño y de la dinámica de interacción del niño con su familia y entorno, suele ser la clave para la detección precoz de necesidades de AT que tienen su origen en problemas biológicos inicialmente no detectables (errores congénitos del metabolismo de iniciación tardía, déficits sensoriales aislados, alteraciones biomédicas de instauración postnatal, etc.) o en problemas socioambientales que afectan al desarrollo neuroevolutivo del niño (ambientes deprimidos, privación socioambiental o sociosensorial crónica, abusos y negligencias con el niño, malos tratos infantiles, etc.).

4. Desde los servicios educativos de Escuelas Infantiles y Educación Infantil. El papel fundamental de estos servicios en AT se va a desarrollar en el terreno de la intervención propiamente dicha. Así, desde un modelo integral, la asistencia del niño a la Escuela Infantil, por ejemplo, debe considerarse como una modalidad más de tratamiento, centrada en uno de los contextos claves donde se desenvuelve el niño. Igualmente, estos servicios pueden y deben participar en programas de prevención, ya que tienen acceso a un porcentaje muy alto de la población infantil. Como señalábamos anteriormente, dichos programas de prevención tendrían como objetivo mejorar la calidad de las intervenciones del niño con su familia y su entorno. Por último, es necesario señalar aquí que estos servicios también pueden realizar una labor de detección de necesidades de AT. Afortunadamente cada vez es, o esperamos que sea, menos necesaria esa labor. En este sentido, el buen funcionamiento de los programas de detección en los servicios anteriormente enumerados, debería ser

suficiente para detectar la infinita mayoría de esas necesidades de AT. Aún así, es posible que algunas necesidades puedan pasar desapercibidas en los servicios anteriores (normalmente siempre necesidades menores), como por ejemplo en situaciones de riesgo socioambiental puestas en evidencia en la Escuela Infantil o en el Centro Escolar al existir la posibilidad de una mayor interacción de los profesionales con el niño y su familia. También puede producirse aquí la detección de retrasos del desarrollo desencadenados por algunas situaciones menores de riesgo biológico, por ejemplo, en niños nacidos con un peso neonatal bajo, aunque no muy bajo o extremadamente bajo (estos últimos casos son considerados niños de riesgo biológico desde su nacimiento, detectados por tanto en los servicios anteriores e incluidos automáticamente en programas de AT).

La tercera vertiente de actuación en AT estaría constituida por la *intervención*, propiamente dicha. Ésta, a su vez, va a desarrollarse también desde tres facetas diferentes de intervención: educativa o psicoeducativa, psicológico-clínica y médico-rehabilitadora. Cada una de estas facetas de intervención actuaría, de forma coordinada con las demás, pero con distintas metas particulares. Su actuación se desarrollaría a través de programas individualizados y con una intensidad diferente en los distintos objetivos de la AT: el niño, su familia y su entorno (ver Tabla I). Por otro lado, en todo momento, cada una de estas facetas de intervención tiene también una preocupación por la *prevención*. No se trata, ahora de una prevención primaria, como la que comentábamos anteriormente, sino más bien de una prevención secundaria. Todas las facetas de intervención, además de actuar para paliar las consecuencias del riesgo biológico o socioambiental que afecta al niño, actúan también para prevenir otros problemas que, aún no estando todavía presentes, sabemos que podrían aparecer a lo largo de la evolución del niño a consecuencia de esa situación de riesgo que ha vivido o a la que se encuentra expuesto.

Estas tres facetas de intervención constituyen el cuerpo fundamental de todo programa individual y personalizado de AT. Por ello, creemos que es

conveniente explicar, con cierto detalle, en que consiste cada una de ellas.

**Tabla 1.- Objetivos inmediatos de las distintas vertientes de actuación y facetas de intervención en Atención Temprana, desde un Modelo Integral**

	Niño	Familia	Sociedad
<i>Prevención</i>		•	
<i>Detección</i> Educativa o Psicoeducativa	• •	•	•
<i>Intervención</i> Psicológico-clínica Médico-rehabilitadora	• •	•	

## Facetas de intervención en el programa personalizado de Atención Temprana desde un Modelo Integral

En primer lugar, vamos a comentar la *faceta de intervención educativa* en AT, la cual podría recibir también las denominaciones de psicoeducativa, psicoambiental o socioeducativa. Se trata de una intervención a desarrollar directamente sobre todos los objetivos de la AT, a saber: el niño, su familia y su entorno social más directo (Escuela Infantil, Hospital, Centro Escolar, vecindario...).

Sobre el niño y desde esta *faceta educativa*, intervendríamos a través del tratamiento eje o clave de la AT desde un Modelo Integral, la estimulación sensoriomotriz. Este tratamiento desarrolla plenamente la definición que dábamos de AT, ya que pretende la potenciación de la capacidad física y mental del niño con patología manifiesta o con riesgo de padecerla, actuando para ello sobre el niño, su familia y el entorno en el que se desenvuelve. Además, mientras que otros tratamientos específicos tendrían objetivos concretos en algún aspecto del desarrollo del niño, aunque nunca pierdan de vista la globalidad del niño, el objetivo

concreto de la estimulación sensoriomotriz es precisamente la actuación sobre el niño de un modo global, atendiendo todos los aspectos de su desarrollo (áreas motora, perceptivo-cognitiva, lenguaje, sociabilidad, autonomía, etc.).

Sobre la familia, esta *faceta de intervención educativa* buscaría fundamentalmente conseguir una complicidad mutua entre el terapeuta tutor del niño y los padres. No se trata de convertir a los padres en terapeutas de su hijo; simplemente se pretende conseguir que un programa de tratamiento continuado y sistemático mantenga, tanto en el hogar como en el Centro de Tratamiento, unas pautas de intervención similares. Además, trataría de asegurar que el niño disponga de las posibilidades óptimas para interaccionar con los estímulos propios del hogar, los cuales suelen disponer de una riqueza sensorial y motivacional mucho mayor que la de cualquier estímulo que podamos trabajar en el Centro de AT.

Por último, esta *faceta de intervención educativa* actuaría también sobre el entorno social del niño y de su familia. La actuación sobre el vecindario sigue siendo utópica en la mayoría de los casos (o en todo caso indirecta) pero, por fortuna, no ocurre ya así en los otros ambientes donde se desenvuelve el niño. Así, sobre el Hospital, la Escuela Infantil o el Centro Escolar, desde el Centro de AT, se puede intervenir estableciendo oportunos cauces de coordinación, o al menos de cooperación. La mayoría de las veces, la intervención suele consistir en la presentación del niño y sus características, en el ofrecimiento de una serie de orientaciones a los profesionales de esos servicios acerca de como intervenir sobre cada uno de los problemas que presenta el niño y su familia, y en el posterior seguimiento de la evolución del niño para valorar las necesidades de tratamientos ambulatorios en el Centro de AT.

La *faceta de intervención psicológica*, por su parte, procedente también del campo clínico, sigue siendo una intervención integral y global, que tiene ahora dos objetivos inmediatos de actuación: el niño y su familia. Sobre el niño, la intervención psicológica/clínica

abordaría el tratamiento de problemas de conducta y/o emocionales, fobias y demás alteraciones susceptibles de corrección a través de una intervención desde la clínica psicológica. Sobre la familia, esta intervención psicológica abordaría tanto los problemas de aceptación e integración de la realidad de la problemática del niño, como los propios problemas de funcionamiento de la dinámica familiar (con frecuencia desencadenados finalmente por el nacimiento del niño con problemas). No olvidando, aquí tampoco, que estamos dentro de una intervención global e integral, esta intervención sobre la familia desde la psicología clínica debe entenderse imprescindible, ya que necesitamos a una capaz de generar y utilizar sus recursos para garantizar una verdadera integración familiar del propio niño.

Por último, debemos hablar también de la *faceta de intervención médico-rehabilitadora*. Se trata de una intervención que se centra fundamentalmente en las necesidades físicas del niño. Aún así, no puede olvidarse nunca que estamos dentro de un programa de trabajo global e integral. Por ello, hasta las tradicionalmente denominadas terapias físicas, procedentes del campo de la fisioterapia, pueden y deben entenderse como una parte más de la intervención global e integral sobre el niño y su familia. Así, aunque la intervención médico-rehabilitadora esté centrada en el niño, no puede despreciar la interacción con la familia. A la vez, como todas las facetas de intervención, ésta también debe afrontar el trabajo con el niño desde una perspectiva global, aprovechando las necesidades físicas del niño para estimular todas las áreas de desarrollo. Resaltamos, por tanto, la importancia en AT del trabajo coordinado de un Equipo Interdisciplinar, para el adecuado desarrollo de todos los programas individualizados.

Para terminar, puede ser interesante señalar que desde estas diferentes facetas de intervención en AT se pueden desarrollar, a su vez, diferentes categorías o labores de intervención. Especialmente si nos desenvolvemos en un Modelo Integral de Intervención en AT, podemos entender fácilmente que desde cualquiera de esas facetas de intervención, actuando sobre el niño, la familia y/o el entorno de forma global e

integral, pueden desarrollarse labores de asesoramiento o de mera información, de coordinación, de seguimiento o de tratamiento, propiamente dicho.

## Referencias

Alonso, J.M. (1997). Atención temprana. En VV.AA. (Eds.). *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años* (pp. 87-107). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.

Andreu, T. (1996). Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de atención temprana. *Revista de Educación Especial*, 22, 55-66

Dunst, C.J., Snyder, S.W. y Mankinen, M. (1989). Efficacy of early intervention. En M.C. Wang, M.C. Reynolds and H.J. Walberg (Eds.). *Handbook of special education: Research and practice. (Vol. 3): Low incidence conditions*. Oxford: Pergamon Press (pp 259-294).

García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). Análisis del tratamiento integral de atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1, 37-43.

Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1998). Modelo integral de intervención en atención temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, en prensa.

### (\*)Dirigir correspondencia a:

Francisco Alberto García Sánchez.  
Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación.  
Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Campus  
de Espinardo. Apartado de Correos 4021.  
30100 Espinardo (Murcia).

Tlf: 968 36 40 60 - Fax: 968 36 41 46 - 968 36 42 02

E-mail : fags@fcu.um.es