REFLEXIONES ACERCA DEL FUTURO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA DESDE UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN

Francisco Alberto García Sánchez
Universidad de Murcia

A partir del análisis de las diferentes obras de referencia sobre Atención Temprana (AT), que recientemente han ido apareciendo en nuestro país (Libro Blanco de la AT, Manual de Buena Práctica en AT y Modelo Integral de Intervención en AT), se reflexiona sobre las implicaciones de sus aportaciones. Se analizan las consecuencias que conlleva la introducción de una concepción amplia del término AT que pasa a englobar diversas actuaciones en el campo de la prevención primaria y secundaria, además de la intervención clásica. Igualmente se analizan las funciones que, desde estos marcos de referencia, se proponen para los nuevos Centros de Desarrollo Infantil y AT en esos tres niveles de actuación, delimitándose las funciones que correspondería desarrollar a los *terapeutas o profesionales de la AT* frente a las que corresponden a un amplio conjunto de profesionales que ahora pasarían a convertirse en *agentes de AT*. Por último, se repasan las principales actuaciones que se le exigen al Centro de Desarrollo Infantil y AT de cara a su intervención con la familia como usuarios de los recursos de AT.

PALABRAS CLAVE: Atención Temprana, Modelo Integral de Intervención.

Starting from the analysis of the different works of reference about Early Intervention (EI), which have been published recently in our country (White Book of the EI, Handbook of the Good Practice in EI, and Integral Model of EI), in this paper a reflection about their implications for the services functioning are made. Consequences of the introduction of a wide concept of EI are analysed; concept in which, in addition to the classic intervention, diverse actuation in both primary and secondary prevention are now included. The functions that, in these there levels of actuation and from these works of reference, are proposed by the new Centres of Child Development and EI, are also analyses. The paper delimit too the functions that concern to develop to the therapist or professionals of the EI opposite to that concern to a wide set of different professionals which now are converted in agents of EI. For last, the mains actuation that are solicited to the Centre of Child Development and EI in its interventions with the family as EI recourses user, are also revised.

KEY WORDS: Early Intervention, Integral Model of Intervention.

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la Atención Temprana (AT) en España invita a la reflexión sobre lo que se ha hecho y se ha conseguido hasta ahora y sobre las metas a las que se quiere llegar en el futuro. A nivel internacional y desde un punto de vista profesional, los principios básicos de la AT pueden considerarse hoy claramente establecidos. El volumen de investigación, acumulada a partir de la década de los 70, sobre la eficacia de esta forma de intervención, permite establecer una serie de conclusiones firmes (Dunst, 1985, Guralnick, 1997, Guralnick y Bennett, 1989). Estas apuntan a que, en general, los programas de AT son claramente efectivos. En promedio y teniendo en cuenta los resultados en escalas de desarrollo, los niños atendidos mejoran sus puntuaciones en 0.5 - 0.75 desviaciones típicas, con referencia a los niños que no recibieron AT (Guralnick, 1998). Aún así, la eficacia de la intervención debe medirse a través de una aproximación multidimensional que evalúe distintos dominios (esfera afectiva, competencia social, estado de salud, efectos sobre la familia, calidad de vida, etc.) y no sólo los clásicos aspectos del desarrollo del niño en el área motora, cognitiva o del lenguaje (Guralnick, 1997). Por otro lado, ningún ciudadano de a pie o profesional (otra cosa parecen ser algunos políticos), duda que es responsabilidad de la sociedad y de sus dirigentes proporcionar los servicios necesarios para facilitar el desarrollo de estos niños, tanto en los casos de discapacidad como en los de riesgo biológico o socioambiental. Por supuesto, hay una enorme acumulación de evidencias que avalan la importancia clave de los primeros años de vida para la intervención, con importantes beneficios a largo plazo (Anastasiow, 1986a, 1986b, 1990, Greenough y Juraska, 1986, Rosenzweig, 1984). Todo ello implica una doble filosofía preventiva:

- prevenir la aparición de problemas de desarrollo y de deficiencias en todos los niños, y en especial en aquellos expuestos a situaciones de riesgo, y
- prevenir y minimizar los problemas relacionados o asociados a patologías o deficiencias ya establecidas.

Siguiendo distintos textos de referencia (FEAPS, 2001, Grupo de Atención Temprana, 2000, Guralnick, 1997, Meisels y Shonkoff, 1990, Mendieta y García Sánchez, 1998), podemos resumir los ***principios generales básicos*** de la AT internacionalmente más aceptados:

- atender las necesidades tanto del niño como de su familia;
- organizar una atención basada en comunidades locales, o al menos planteada cumpliendo un principio de cercanía al cliente (evitando en todo momento, a la familia, desplazamientos largos que pueden afectar a su calidad de vida o al funcionamiento de su dinámica familiar);
- disponer de equipos interdisciplinares para atender las distintas necesidades que planteen los usuarios de los servicios;
- habilitar apoyos y servicios variados, tanto para el niño como para su familia.

En nuestro país, a comienzos del siglo XXI, la realidad cotidiana con la que nos encontramos es bien diferente. De entrada existen enormes diferencias en las posibilidades de atención al niño y a la familia; y no ya sólo dentro del territorio nacional, sino incluso dentro de cada Comunidad Autónoma. En varias de ellas encontramos una ausencia completa de marcos legislativos que aseguren un mínimo de servicios, de calidad en la atención dispensada y, ni siquiera, de gratuidad en el servicio. Además, la escasez de recursos materiales y humanos puestos a disposición de las distintas redes regionales de AT hacen imposible, en la mayoría de las ocasiones, tan siquiera acercarse a cubrir algunos de esos principios generales básicos.

Como aspecto positivo habría que decir que, en general, nuestros profesionales comulgan abierta y convencidamente con esos principios básicos. Al menos así queda reflejado en las propuestas de trabajo que se van realizando. Es de destacar, por tanto, la existencia de un cierto acuerdo profesional, al menos a nivel teórico, sobre el modelo de intervención que habría que conseguir. Aún así, también en este punto encontramos motivos para la reflexión sobre lo que ha de ser, o queremos que sea, el futuro de nuestra AT, reflexión a la que pretendemos contribuir con este trabajo.

Recientemente han ido apareciendo en España distintas publicaciones llamadas a convertirse en marcos de referencia en AT. Dichas publicaciones recogen distintas perspectivas, no por ello necesariamente contradictorias, sino muchas veces complementarias. Nos referimos a obras como el Libro Blanco de la AT (GAT, 2000), el Manual de las Buenas Prácticas (FEAPS, 2001) e, incluso, las distintas publicaciones sobre el Modelo Integral de Intervención (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000, García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Todas ellas vienen respaldadas por experiencias concretas, ya en marcha en algunas zonas geográficas de nuestro territorio, y por el consenso entre los profesionales que han participado en su redacción. Por ello pueden considerarse ejemplos de ese acuerdo profesional sobre el modelo de intervención a conseguir.

Con poco que profundicemos en los marcos de referencia citados, nos daremos cuenta que nos están planteando cambios conceptuales importantes en el mundo de la AT. De entrada, la concepción de lo que es AT se amplía. De la mera intervención tradicional, pasamos a incluir bajo el término de AT medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Desde mi punto de vista, ello implica, a su vez, la necesidad de distinguir, dentro del conjunto de profesionales que realizan labores importantes para el campo de la AT, entre los "*terapeutas* o *profesionales de la AT*" propiamente dichos, los cuales pertenecen a las plantillas de los Centros de Desarrollo Infantil y AT (CDIATs) o a equipos especializados en AT y un amplio conjunto de "*agentes de AT*", con formación, intereses y dependencia administrativa muy variadas. Estos últimos no pertenecen a Centros o equipos especializados en AT, no diseñan, ni ejecutan, ni supervisan Programas Individualizados de Intervención en AT (esta función sólo se puede realizar adecuadamente desde equipos interdisciplinares especializados como los del CDIAT); pero desde sus respectivos puestos de trabajo (Unidades Hospitalarias, Servicios de Pediatría, Unidades de Trabajo Social, Escuelas Infantiles, Centros Escolares, etc.) desempeñan distintas labores que son imprescindibles para el adecuado desarrollo de la intervención en sí misma y el propio trabajo de los "*terapeutas* o *profesionales de AT*". Entre las labores de estos "*agentes de AT*" destacan siempre las de prevención primaria y secundaria de necesidades de AT y, entre estas últimas, las imprescindibles labores de detección y derivación.

Pasemos, por tanto, a reflexionar sobre estos dos aspectos: la nueva concepción amplia de la AT y sus implicaciones, por un lado y por otro, sobre el papel del CDIAT, de sus terapeutas y de los distintos agentes de AT.

LA NUEVA CONCEPCIÓN DEL TÉRMINO "ATENCIÓN TEMPRANA"

Hasta la aparición de los marcos de referencia que venimos citando en este trabajo (Libro Blanco, Manual para las Buenas Prácticas, Modelo Integral de Intervención), cualquiera podía entender que la AT consistía en la intervención, de índole terapéutica, desarrollada sobre el niño con discapacidad o sometido a situación de riesgo de padecerla (bien fuera riesgo biológico o socioambiental), su familia y su entorno y llevada a cabo desde un Centro con profesionales especializados. Una intervención que, perfectamente, podía consistir en un conjunto de actuaciones, pero que en todo caso debía caracterizarse por ser inmediata, planificada con carácter global, sistemática, dinámica e integral (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998). Incluso podía aceptarse sin problemas el principio, apuntado ahora también en el Libro Blanco (GAT, 2000), de que la AT es un proceso integral que tiene por fin último el desarrollo armónico de los niños integrados en su entorno –alcanzar los máximos niveles de integración socioeducativa en términos del Modelo Integral (Mendieta y García Sánchez, 1998)–, por lo que no puede entenderse como una vertiente exclusiva de la rehabilitación, de la intervención psico-social o de la educación, sino que todas estas vertientes han de estar implicadas a la vez.

Un aspecto a destacar, especialmente en el Libro Blanco de la AT y en el Modelo Integral de Intervención, es la defensa de 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. Se concluye de estos marcos teóricos que lo que se hace en el CDIAT es evidentemente AT, pero también que la AT no debe ser sólo eso. Según esa nueva concepción, cada vez más amplia de lo que es AT, ésta debe implicar desde medidas universales de prevención primaria, hasta diríamos el inicio de la planificación de un proyecto curricular para el niño con discapacidad y su familia que, evidentemente, no puede acabar con la finalización de la etapa de AT, sino que abarca desde el nacimiento hasta la edad adulta de la persona.

Las medidas universales de prevención primaria de las que ahora se habla en AT, se propone que lleguen a toda la población infantil, no sólo a aquella afectada por una deficiencia o patología, ni siquiera solo a aquella en situación de riesgo biológico o socioambiental. No consisten sólo en la prevención de la aparición de patologías o discapacidades en el niño, sino que pretenden incluso arbitrar mecanismos para facilitar y promover condiciones óptimas de calidad y cantidad estimular para todos los niños. Obviamente, tales medidas, no sólo no es necesario que se realicen desde el CDIAT, sino que difícilmente podríamos idear alguna forma efectiva, y mucho menos económica, de poder realizarlas desde él. De hecho, la única forma de poder ponerlas en práctica seguramente pasa por canalizarlas a través de distintos recursos de las administraciones públicas que ya disponen de mecanismos para acceder a altos porcentajes de la población.

Por su parte, aunque sólo sea el inicio de la planificación de un proyecto curricular para el niño con discapacidad y su familia, que abarque prácticamente desde el nacimiento hasta la edad adulta, implica, para el profesional de la AT, una apertura de miras hacia lo que va a ser el futuro, no ya de ese niño, sino de esa persona con discapacidad y de esa familia. Ello le obliga a un conocimiento de lo que son los recursos y tipos de apoyos (en terminología de la American Association on Mental Retardation, 1992) que esa persona va a necesitar y de los que va a poder disponer en su entorno; y le compromete activamente a trabajar, en contacto estrecho con otros profesionales, para contribuir a la transición del niño hacia las siguientes etapas curriculares, la más inmediata de las cuales será la escolaridad obligatoria.

Evidentemente, esta concepción amplia del campo de la AT y de la discapacidad obliga a los profesionales a la auto-aplicación de ciertas dosis de humildad. Por un lado nos obliga a entender la AT, no como el centro del universo (algo que, con demasiada facilidad, los humanos tendemos a atribuir a nuestra área concreta de actuación), sino sólo como un elemento más, clave como los demás, que debe estar correctamente articulado con otros muchos recursos, también claves, para alcanzar el objetivo de atender las necesidades de la población con discapacidad. Y el mismo argumento de humildad sería aplicable, dentro ya del propio campo de la AT, para articular las interrelaciones entre sus distintos interlocutores, concretamente profesionales/terapeutas y agentes. Ciertamente, la intervención profesional propiamente dicha (entendida esta por la planificación, el desarrollo y la supervisión de Programas Individualizados a aplicar sobre el niño, su familia y su entorno directo), sólo puede realizarse adecuadamente desde el CDIAT o desde equipos profesionales especializados en AT (gracias a la conformación y formación específica de su Equipo Interdisciplinar). Pero es sólo un elemento más, clave como pueden serlo los demás, en el conjunto de actuaciones y recursos que constituyen la AT, los cuales pueden y deben proceder de distintas administraciones conformando una estructura adecuadamente coordinada para asegurar la rentabilización de los diferentes recursos, junto con el mutuo y amplio conocimiento de su distribución y posibilidades.

Es importante insistir y reflexionar sobre las implicaciones que supone una concepción amplia de la AT como la que últimamente venimos defendiendo en nuestro país. Y es especialmente importante hacer estas reflexiones si tenemos en cuenta que el profesional de a pie puede caer en el error de colocarse dentro de una perspectiva contextual reducida (normalmente la de su realidad del día a día), la cual no le permite contemplar una visión global de todo lo que los citados marcos referenciales pretenden incluir bajo el término de AT. La amplitud y universalidad que dichos marcos quieren otorgar al término AT obligan a la humildad de reconocer que los equipos profesionales que conforman los CDIATs no pueden abordar, en solitario, el nuevo proyecto de la AT como conjunto complejo de actuaciones en prevención primaria, secundaria e intervención. Pero a la vez, esa misma amplitud y universalidad que se está dando al término AT, junto a la ausencia de un marco normativo/legislativo uniforme, puede llevar al peligro de creer o interpretar que cualquier actuación sobre la población infantil es AT. Esto podría llevar a que profesionales, trabajando a nivel individual o en pequeños equipos monodisciplinares, puedan creerse erróneamente en condiciones de llevar a cabo Programas Individualizados de Intervención directa sobre el niño y su familia.

Si desmenuzamos las aportaciones de los distintos marcos referenciales en AT que hemos venido citando (FEAPS, 2001, Grupo de AT, 2000, Mendieta y García Sánchez, 1998, Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000), deberíamos concluir que ciertamente nos plantean una AT ecléctica en distintos sentidos. Ahora bien, con ello no se está diciendo, ni mucho menos, que todo sea válido en AT.

Hoy disponemos de suficiente experiencia práctica, referencias y documentación para delimitar y concretar diferentes aspectos referidos a la forma de realizar la intervención directa sobre el niño y su familia: plantillas mínimas de los equipos que han de llevar a cabo la intervención directa, número mínimo y máximo recomendable de usuarios para esas plantillas, aspectos de la infraestructura de los Centros, estructura, número y duración de las sesiones de intervención, etc. Pero no sólo encontramos claramente establecidos este tipo de aspectos, también encontramos referencias muy concretas a como debe ser la filosofía de la intervención en sí misma:

- la importancia clave de la coordinación entre los distintos miembros

del equipo que la realiza, y de éstos con los distintos profesionales que pueden trabajar también con el niño y su familia,

- la continuidad del trabajo con el niño en los distintos contextos en los que se desenvuelve (desde el hogar hasta la Escuela Infantil, por ejemplo),
- la importancia de fomentar la comunicación del niño con su entorno, en todos los casos, pero especialmente en aquellos niños más gravemente afectados, donde encontrar y desarrollar una vía de comunicación es con frecuencia, cuanto menos, una tarea complicada,
- la necesidad de plantear una red sectorizada y descentralizada de servicios que respete el principio de cercanía a la familia,
- la importancia de atender adecuada y profesionalmente las necesidades de la familia con el objetivo de potenciar adecuadas interacciones padres-niño,
- etc.

Todo ello se une a los principios generales básicos, que planteábamos unas líneas más arriba y que son de obligado cumplimiento, y a los elementos que caracterizan la intervención directa (inmediatez, planificación, carácter global, sistematicidad y flexibilidad), para que ésta pueda ser considerada realmente de calidad.

Si entendemos por eclecticismo en un campo profesional las posturas abiertas a distintas escuelas, a distintas aproximaciones, en un intento de conciliar o aprovechar de cada una de ellas los elementos que se consideran más útiles para un fin determinado, está claro que ese sería un buen adjetivo para aplicar al terreno de la intervención en AT. Hoy en día, de cara a la intervención sobre el niño, se integran elementos aportados por la corriente maduracionista o evolutiva, por el enfoque conductual, por la orientación cognitiva o centrada en los procesos, por la orientación puramente ecológica y, como última incorporación, por las propuestas ecológico-transaccionales. En cuanto a la intervención sobre la familia, aunque luego la comentaremos en más detalle, también encontramos un cierto eclecticismo a la hora de delimitar los principios de su planteamiento. Así ocurre en el aspecto de la corriente o escuela a seguir para la intervención clínica especializada sobre los problemas de la dinámica familiar (GAT, 2000); si bien algunos marcos referenciales, como el Modelo Integral de Intervención, si se decantan abiertamente por una intervención concreta, como es la que se enmarca en la corriente sistémica (Mendieta y García Sánchez, 1998). Y también encontramos una postura ecléctica a la hora de delimitar la implicación y el papel de la familia en el tratamiento: los distintos modelos que se han propuesto en este sentido (Marfo y Kysela, 1985), más que excluirse completamente, han ido superándose integrando siempre los elementos válidos del modelo anterior.

Pero, de alguna forma, el eclecticismo que se propone está también en creer posible que los principios básicos de una AT de calidad, se pueden conseguir al amparo de distintas administraciones. El Libro Blanco ha querido ser especialmente abierto precisamente en este sentido. Hoy podemos decir con rotundidad como debe hacerse una intervención de calidad en AT y da igual desde que administración se haga, incluso cómo se organicen los recursos, siempre que se respeten los principios básicos de esa intervención de calidad.

La flexibilidad en la forma de organizar los recursos de AT, sin dejar de cumplir los mínimos de calidad, es pues una clave fundamental implícita en la nueva concepción amplia de la AT. Puede que incluso eso tenga que ser necesariamente así para poder responder a las distintas realidades de nuestro territorio. Por poner sólo un ejemplo, los principios de sectorización y descentralización, que aseguran, entre otras cosas, la cercanía de los recursos de AT al domicilio familiar, nunca podrán ser alcanzados con las mismas infraestructuras en las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país. La realidad geográfica y demográfica de cada zona lleva anexa una determinada densidad de población infantil con discapacidad o riesgo de padecerla. A la vez, la composición y envergadura del equipo profesional mínimo que se considera necesario para poder realizar una AT de calidad, implica un potencial de intervención que se traduce en el requerimiento de un mínimo de población infantil a atender para que sea económicamente viable su funcionamiento. De acuerdo a ambos aspectos, hemos de ser conscientes que un CDIAT requiere una unidad poblacional mínima para que sea factible y económicamente rentable su ubicación en la zona. De no alcanzarse esa unidad poblacional mínima, el concepto de CDIAT deberá ser modificado y, para poder cumplir el principio de cercanía a la unidad familiar (descentralización), quizás sea necesario potenciar la capacidad de itinerancia del equipo profesional del CDIAT (algo, por otro lado, siempre necesario) más que el concepto de tratamiento ambulatorio en un centro físico de referencia.

Como ya señalamos anteriormente, quizás una de las cuestiones más importantes para poder entender la nueva amplitud del término AT está en distinguir lo que es intervención directa (terapéutica) de otra serie de medidas y actuaciones como prevención o detección. De alguna forma, hasta ahora se entendía por AT sólo la atención directa al niño y, como mucho, a su familia y su entorno. Ahora también debemos considerar como elementos intrínsecos a esa nueva concepción de la AT, esas otras medidas y actuaciones como prevención primaria o detección. Y aquí podríamos preguntarnos por el motivo que conduce a esta ampliación de la concepción de la AT. Y más cuando, a primera vista, puede parecer que el cambio consiste tan sólo en aglutinar bajo el mismo término elementos que se supone ya existían.

Posiblemente el desencadenante de estos cambios esté en una cierta mayoría de edad de la AT, la cual le va otorgando a ésta una conciencia colectiva que lleva a la demanda del reconocimiento de un cierto cuerpo disciplinar. Por otro lado, esa mayoría de edad y la experiencia acumulada con ella, favorecen la posición crítica y el planteamiento de soluciones a los problemas más frecuentes o reincidentes. En este sentido, por ejemplo, siempre ha estado presente en AT la queja de que la detección y el consiguiente y necesario diagnóstico precoz, no suelen funcionar adecuadamente. El propio Libro Blanco señala posibles razones para comprender este problema (GAT, 2000): tendencias banalizadoras o contemporizadoras,

tendencias reduccionistas, temores o resistencias al inicio de un proceso diagnóstico y terapéutico, al "etiquetado", al reconocimiento de "problemas", desconocimiento u olvido de problemas relacionales o interrelacionales precoces, etc. En todo caso, los números, especialmente la edad media de inicio de los tratamientos de AT en los CDIATs, avalan la realidad de esta problemática, la cual se traduce en el hecho de que algunos niños llegan tarde a los recursos disponibles. No ya los niños afectados de grandes patologías o deficiencias, los cuales son fácilmente diagnosticados. El problema está más bien con las deficiencias menores, o con las situaciones de riesgo (y dentro de estas especialmente las de riesgo socioambiental). Es claro, en este sentido, la apuesta de la nueva concepción amplia de AT: la ampliación del término para la incorporación de las tareas de prevención primaria y secundaria, puede ser la fórmula para mejorar las carencias endémicas que, en este terreno, se han venido padeciendo.

EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y AT, LOS TERAPEUTAS O PROFESIONALES DE LA AT Y LOS DISTINTOS AGENTES DE LA AT

Si queremos ser consecuentes con las ideas que estamos proponiendo para el futuro de la AT, debemos empezar por entender que el CDIAT debe convertirse en el centro altamente especializado en labores de AT. Debe estar constituido por profesionales de distintas disciplinas, especialmente formados para responder a las necesidades de AT del niño y su familia. Ellos son los verdaderos *"terapeutas o profesionales de AT"*. Debe ser un centro autónomo, capaz de atender todas las necesidades especializadas de AT que presenten sus usuarios; pero a la vez, coordinado con otros recursos externos que cubran ese otro conjunto de actuaciones que forman parte de la nueva concepción amplia de la AT y que no le corresponden al CDIAT.

Además, el CDIAT debe estar integrado en una red descentralizada y sectorizada de recursos. El concepto de sectorización, aplicado a los CDIATs implica que cada centro debe atender a todos los niños de su zona de influencia y sólo a ellos. Actualmente esta medida choca con la práctica habitual de centros especializados en patologías específicas. Sin embargo, es importante defender la sectorización ya que, sin negar la realidad de que existen patologías específicas que requieren intervenciones también específicas, lo cierto es que la sectorización es la medida clave para contribuir a facilitar la disponibilidad de centros de referencia cercanos a la familia, evitando por tanto largos desplazamientos que perjudican la dinámica familiar. Además, en cierta medida, la sectorización contribuye también a la integración social del niño con discapacidad y su familia (mientras que los centros que atienden exclusivamente patologías específicas, en cambio, pueden contribuir, siempre involuntariamente, a generar en las familias un sentimiento de ser diferentes o especiales).

Pero el CDIAT debe disponer también de 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). Debemos ser conscientes de que determinadas tareas, que ahora queremos englobar bajo el paraguas de la AT, han de ser desarrolladas por esos otros profesionales que, aún no perteneciendo al CDIAT, desarrollan actuaciones que perfectamente se encuadran en la nueva concepción amplia de lo que debemos entender por AT. Y precisamente ello les convierte en *"agentes de AT"*, aunque no sean *"terapeutas o profesionales de la AT"*.

Es importante aquí no perder de vista el esquema de referencia que nos plantean los marcos teórico/prácticos en los que nos estamos apoyando. Se concibe una AT implementada a través de distintos niveles de actuación o intervención: prevención primaria, secundaria y terciaria. Veamos en que consiste cada una de estas formas de prevención, que profesionales son los implicados en su implementación y que papel juega, en cada momento el CDIAT y los *"terapeutas o profesionales de AT"*.

Según el Libro Blanco, por ejemplo, se entiende 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. Se trata, por tanto, de medidas encaminadas a evitar la aparición de los retrasos que provocan esas deficiencias en la infancia, así como evitar situaciones de riesgo biológico o socioambiental que puedan facilitar su aparición o la de alteraciones en el desarrollo infantil. Entre las medidas y actuaciones que pueden conseguir estos objetivos, podemos distinguir dos tipos fundamentales. Por un lado, estarían los programas de 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 metabolopatías, 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.).

Siguiendo con el Libro Blanco, los objetivos de la prevención secundaria en AT serían los de detección y diagnóstico precoz de necesidades de AT, bien sean éstas debidas a discapacidades o trastornos del desarrollo ya establecidas o a la exposición del niño a situaciones de riesgo. Ambas actuaciones van íntimamente ligadas ya que para poder hacer un diagnóstico precoz de la necesidad de AT es imprescindible la detección de la misma y la articulación de una rápida derivación del niño y su familia a los recursos de AT. La detección temprana es, obviamente, un elemento clave para el éxito de la intervención y, para conseguirla, con frecuencia va a ser necesario articular mecanismos efectivos de detección paralelos o inmersos en los programas de prevención primaria que antes apuntábamos.

Por último, entendemos por prevención terciaria en AT la intervención propiamente dicha, la cual agrupa todas las actividades dirigidas al niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Sus objetivos, según resume el Libro Blanco, serían los de atenuar o superar los trastornos detectados, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo que pudieran estar en el entorno del niño.

El papel del CDIAT y de los *"terapeutas o profesionales de AT"* es muy distinto en cada un de estos niveles o vertientes de actuación. En el caso de la prevención primaria, los profesionales que directamente van a llevar a cabo el conjunto de las actuaciones descritas van a ser profesionales de la sanidad, de servicios sociales o del campo educativo, pero, al menos hasta ahora, nunca han sido profesionales específicos de la AT. Sin embargo, podemos convenir que los profesionales que realizan las labores de prevención primaria apuntadas se convierten en *"agentes de AT"*, desde el momento que están actuando para evitar futuras necesidades de AT. En cuanto al papel, en prevención primaria, de los equipos de profesionales y terapeutas de AT debemos hablar, por un lado, de 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 redenominación del Centro de AT en Centro de Desarrollo Infantil y AT.

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 difusión 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).

Por último, en el caso de la prevención terciaria en AT, al consistir ésta en la intervención propiamente dicha sobre el niño 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 consecución), nunca podrán ser adecuadamente diseñados y desarrollados desde perspectivas monodisciplinares.

Con este esquema de referencia en la mente, también debemos esforzarnos por aplicar una mentalidad práctica y realista y reconocer que, necesariamente, la atención especializada que el CDIAT va a desarrollar sobre el niño y la familia que lo necesita, siempre va a tener un coste inmediato elevado, desde un punto de vista económico. La rentabilidad de estas actuaciones, que sin duda es aún más elevada que su coste, sólo puede ser comprendida desde una perspectiva a medio y largo plazo (precisamente esa perspectiva que menos suele interesar a los políticos). Pasa por constatar la ganancia en calidad de vida de las personas usuarias de estos servicios, así como la reducción del volumen de recursos que requieren a lo largo de su existencia. Recursos que, la mayoría de las veces, son mucho más costosos que la propia AT. No obstante, insisto en que es obligado reconocer que la atención altamente especializada que se le exige a los CDIATs es cara. Y precisamente por ello, es una necesidad imperiosa la de delimitar, cuidadosamente, las características de las actuaciones que desde el CDIAT se van a desarrollar.

Es evidente que el CDIAT, constituido por un equipo de profesionales como el que describe los marcos referenciales citados, es el único recurso capacitado para atender las necesidades particulares del niño con discapacidad (sea ésta del tipo que sea) y su familia, en una franja de edad determinada. Sin embargo, las necesidades, por ejemplo, de asesoramiento en nociones de calidad estimular[1] o sobre pautas educativas adecuadas, que lógicamente pueden plantearse las familias del resto de la población infantil, seguramente pueden ser cubiertas, y de forma probablemente mucho más económica, con otros recursos diferentes a los del CDIAT. Ahí entran, por ejemplo, los programas de Educación Temprana, llevados a cabo desde Centros Escolares, dirigidos precisamente a servir de apoyo y dar 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, etc.; o la propuesta de introducir nociones de calidad estimular en los programas de atención al niño sano que se llevan a cabo desde las Unidades de Pediatría de los Servicios de Atención Primaria de la red de salud pública. Igualmente estas labores de apoyo y asesoramiento a la familia, como el seguimiento de situaciones de riesgo en el niño, se pueden llevar a cabo también desde servicios de neonatología, Unidades de Maduración ubicadas en Hospitales, etc., servicios y unidades que, por supuesto, van a tener también otras importantes labores en AT. El CDIAT aquí, como Centro especializado en AT, podrá ser utilizado por los distintos agentes externos a él que realizan esas labores, para su propio asesoramiento e incluso formación. De alguna manera, la labor de los profesionales del CDIAT (de los 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 deberían encargarse de su aplicación directa en los casos en que ésta 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 mismo sentido, también es importante señalar que el CDIAT no debe convertirse en un gabinete de psicología o psicopedagogía o en una clínica de atención fisioterapéutica o logopédica. Aunque obviamente disponga de profesionales capacitados para abordar problemas sencillos del campo fisioterapéutico, psicológico, del lenguaje, aprendizaje, conducta, etc., la característica del CDIAT es precisamente su capacidad para abordar problemas complejos; problemas que requieren una intervención interdisciplinar, que además incluye actuaciones, muchas veces simultáneas, de distintos profesionales del equipo, dirigidas tanto al niño como a la familia.

Desgraciadamente, estas propuestas de delimitación de las actuaciones del CDIAT chocan de forma frontal, en la actualidad, con la práctica cotidiana de algunos Centros. Y no porque así lo quieran los profesionales, sino porque a ello se ven obligados, en algunas Comunidades Autónomas, por los actuales sistemas de subvención/financiación de la AT. Allí donde sólo se subvencione o financie el tratamiento directo al niño y no se reconozcan módulos económicos para la intervención sobre la familia, la atención domiciliaria, las labores de valoración y diagnóstico, el desarrollo de programas de seguimientos y no sólo de intervención, etc., o para la imprescindible coordinación interprofesional con otros agentes de AT (profesionales de pediatría, de Escuelas Infantiles o de Centros Escolares) y entre los propios terapeutas de AT del CDIAT, el sistema seguirá obligando a los profesionales a buscar subterfugios para mantener unos servicios de calidad y uno de ellos seguirá siendo la aceptación de casos que, aún no teniendo verdaderas necesidades de AT, suman horas de tratamiento fácilmente justificables y, por tanto, financiables.

Si la exposición realizada hasta ahora ha sido suficientemente clara, en este momento el lector debe estar en condiciones de entender que la nueva concepción amplia de la AT nos obliga a aceptar que en este campo participan profesionales de distinta índole y con distintas responsabilidades, inmersos todos ellos en un amplio organigrama de recursos y servicios relacionados con la AT. Desde esta perspectiva, se convierten en *agentes* de la estructura amplia de AT:

- Cualquier profesional de la rama sanitaria, educativa o social que realice labores de prevención primaria sobre la población infantil y sus familias. Por ejemplo, los profesionales de la educación que desarrollan los denominados programas de "Educación Temprana" centrados en el trabajo sobre la familia de niños aún no escolarizados, en los cuales se aportan nociones de calidad estimular y orientaciones educativas que acompañan el desarrollo normalizado del niño. En este mismo sentido, los profesionales de pediatría o de medicina de familia, desde el momento que incluyen nociones de calidad estimular en sus programas de preparación al parto o de atención y seguimiento del niño sano.
- Los profesionales que desde el campo del Trabajo y la Educación Social (Servicios Sociales, Centros de Salud y Unidades Municipales de Trabajo Social), igualmente incluyen dichas nociones de calidad estimular en sus programas de atención a la familia.
- Todos los profesionales de sanidad, educación o servicios sociales que, desde su puesto habitual de trabajo participan de forma activa en una red organizada de detección y derivación de necesidades de AT.
- 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.
- También desde un modelo ecológico-transaccional, los profesionales de la Escuela Infantil, al integrar al niño con necesidades de AT y mantener contacto con el CDIAT se transforman en "*agentes de AT*", más aún cuando desde un Modelo Integral de Intervención se defiende la integración en la Escuela Infantil como una modalidad más de intervención en AT, o al menos como un apoyo que complementa el programa de AT.

Por último, quizás no haga falta recordar ahora que un elemento aglutinador y clave de una red estructurada de AT han de ser los "*terapeutas* o *profesionales de la AT*" que, desde los CDIATs u otros servicios específicos de AT (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica en AT, Programas de Prevención y Seguimiento de niños de alto riesgo, Unidades de Maduración, etc.), realizan labores de valoración y diagnóstico de necesidades de AT, seguimiento e intervención a través de Programas Individualizados de AT, junto a todo ese otro conjunto de labores de asesoramiento y apoyo a los "*agentes de AT*" que hemos ido describiendo a lo largo de este texto. Entre los "*terapeutas o profesionales de AT*" podemos encontrar (y es necesario que así sea) profesionales de distintas especialidades: neuropediatría, pediatría psicología, pedagogía, logopedia, fisioterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional, intervención familiar, etc. Como característica común en todos ellos estaría su formación específica en AT y sobre todo, su trabajo en el campo dentro de un equipo inter / transdisciplinar.

Una figura clave entre los "*terapeutas o profesionales de AT*" podrían ser los denominados "Terapeutas de Estimulación Sensoriomotriz". Esto es así especialmente desde la perspectiva de un Modelo Integral de Intervención, desde la que el terapeuta de estimulación suele ser el profesional encargado de asumir el papel y la responsabilidad de ***terapeuta-tutor*** del niño (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000). Dicho terapeuta-tutor sería la figura encargada de realizar una función de coordinación de las actuaciones que los distintos especialistas realizan sobre el niños 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.

La figura del *terapeuta-tutor* que encontramos propuesta en el Modelo Integral de Intervención en AT (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000, Mendieta y García Sánchez, 1998), sería la encargada de facilitar 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. Esta última forma de trabajo en equipo, en su versión más estricta y rigurosa, y sin entrar aquí a discutir si ese es o no el ideal de trabajo en equipo a alcanzar en el CDIAT, parece implicar que los profesionales de distintas disciplinas, trabajando de una forma plenamente cooperativa, lleguen a enseñar, al terapeuta-tutor del niño (fuese éste o no el terapeuta de estimulación), habilidades, estrategias y técnicas de su propia disciplina. Todo ello, con la finalidad última de que sea un solo profesional, aunque supervisado, apoyado e instruido por los demás miembros de su equipo, el que ejecute íntegramente el programa de intervención y se convierta en el único interlocutor y agente con el niño y su familia.

Actualmente nadie duda de que, en el CDIAT, para alcanzar una adecuada calidad en la intervención ofertada, es necesario, al menos, un trabajo en equipo interdisciplinar. Llegar a un equipo que trabaje realmente a nivel transdisciplinar, es todo un reto; tanto por la dificultad en conseguirlo, como por las implicaciones que conllevaría en las parcelas de intervención más especializadas. Sabemos que la transdisciplinariedad es una práctica habitual en escuelas concretas de intervención, como la educación conductiva (Fink, 1999), y los marcos de referencia que venimos utilizando (especialmente el Libro Blanco y el Modelo Integral de Intervención), parece que hacia ella apuntan, aunque nunca hacen una defensa a ultranza de la transdisciplinariedad como única forma ideal de trabajo. De hecho, la propuesta de la figura del terapeuta-tutor y las funciones que se le asignan desde el Modelo Integral de Intervención, supone la defensa de un trabajo en equipo que, evidentemente, va más allá de la mera interdisciplinariedad, acercándose, pero sin llegar del todo, a una plena transdisciplinariedad.

En cualquier caso, es claro que el trabajo en equipo nunca es fácil y sólo puede conseguirse a partir de la valoración y reconocimiento de la capacidad y necesidad de cada intervención profesional diferenciada. Esta premisa, que es de necesario cumplimiento para el buen funcionamiento interno del equipo del CDIAT, es igualmente necesaria para el adecuado funcionamiento del organigrama general de una red amplia de recursos en AT, que abarque todas las vertientes de prevención primaria, secundaria e intervención. Necesitamos que el profesional de la sanidad o de la educación, crea en la labor que se puede realizar en el CDIAT, para que así derive, convencido, a los niños con aparentes necesidades de AT que detecte. Pero igualmente, desde el CDIAT necesitamos creer en la capacidad de otros profesionales para realizar las labores de prevención primaria y secundaria que no corresponden o no pueden ser abordadas por el centro de intervención directa.

ACTUACIONES SOBRE LA FAMILIA

La familia en AT juega un papel fundamental y polifacético, el cual ha ido reconociéndose poco a poco (no hace tanto que la intervención en AT se realizaba exclusivamente sobre el niño), cobrando progresivamente cada vez más protagonismo. Por un lado, la familia es un objetivo más de los programas de intervención, junto al niño y su entorno: de entrada requiere unas medidas de apoyo y, además, puede presentar sus propias necesidades. Por otro lado, tal y como hemos señalado unas líneas más arriba, sin convertir a ninguno de sus miembros en "*terapeutas*", la familia del niño con discapacidad atendido en un CDIAT se convierte en un "*agente de AT*" que, como otros, participa activamente en el programa de intervención que se va a ir desarrollando, aunque sólo fuera por la importancia que tiene para fomentar las capacidades de relación y comunicación del niño.

Junto a todo ello, no debemos nunca olvidar otros dos aspectos claves que se asientan en la familia: en ella están los responsables/tutores del niño con discapacidad y ella es el único elemento que va a permanecer estable, como denominador común, de todos los programas de intervención en los que el niño/persona con discapacidad va a ir participando a lo largo de su vida. Por todo ello, creo que no podemos terminar estas reflexiones acerca del futuro de la AT, sin dedicar algunos comentarios a las actuaciones que sobre la familia debe realizar el CDIAT.

La actuación especializada que los profesionales del CDIAT deben estar capacitados para ofrecer a la familia del niño con discapacidad ha de ser variada. Obviamente una de estas actuaciones va a ser la de ofertarles orientaciones sobre la evolución del niño y las contribuciones que la familia puede realizar para fomentar esa adecuada evolución (asesoramiento en nociones de calidad estimular, así como en adecuadas pautas educativas). Ya señalamos anteriormente que este tipo de asesoramiento debería estar disponible para todas las familias, como una medida universal de prevención primaria. Y en tales casos seguramente no sería necesario un equipo interdisciplinar, especialmente cohesionado y preparado, como el que demandamos para el CDIAT, para realizar ese apoyo y orientaciones; incluso aunque pensemos en ciertas situaciones de riesgo biológico y socioambiental, o al menos cuando estas no sean excesivamente complejas. Cualquier gabinete psicológico o psicopedagógico, que disponga de profesionales con la formación adecuada, podría hacerlas; como también lo podrían hacer profesionales de la pediatría, formados en tales nociones, o profesionales de la educación, especialmente aquellos acostumbrados a trabajar con niños pequeños.

Ahora bien, en el caso de niños con discapacidad, patologías claramente establecidas, grave afectación, pluridéficiencias, situaciones especialmente complejas de riesgo biológico o socioambiental, etc. (todo lo que englobaríamos bajo el epígrafe de necesidades de AT), entenderíamos que incluso la mera orientación a la familia (seguramente inmersa en una situación de dolor crónico), sobre la evolución del niño o sobre las pautas educativas adecuadas a esa evolución, ha de hacerla necesariamente un equipo de profesionales especialmente cualifica-

dos y formados en estas lides, es decir, los miembros del Equipo Interdisciplinar de un CDIAT.

Otra actuación, que el Equipo del CDIAT va a tener que hacer con la familia, será la de acompañar y ayudar a sus componentes en el desarrollo de las reacciones de duelo que tiene que elaborar por el nacimiento del niño con discapacidad, o a la recepción del diagnóstico de una discapacidad o problema en el niño. Este es también un trabajo especializado, que requiere de un conocimiento profesional de la situación por la que está pasando la familia. Dependiendo de los recursos psicológicos de cada miembro de la unidad familiar, la elaboración de las distintas etapas de esa reacción de duelo por la pérdida del niño/hijo sano, puede ir desarrollándose espontáneamente o puede requerir una intervención profesional/experta. Aquí, por tanto, deben entrar ya los profesionales del CDIAT, especialmente aquellos expertos y con formación en los procesos de la dinámica personal y familiar.

Una tercera forma de actuación especializada desde el CDIAT hacia la familia es aquella dedicada a fomentar, en los distintos miembros de la unidad familiar, el desarrollo de recursos propios para afrontar los requerimientos actuales y futuros de la persona con discapacidad que está a su cargo (demandas excesivas de atención, dificultades educativas y de crianza, comportamiento difícil, etc.). Implica el trabajo de técnicas para el manejo de fuentes de estrés, estrategias para la resolución de problemas y la toma de decisiones, etc. Todo ello es un trabajo especializado a realizar sobre la familia. Trabajo que ha de ser liderado, o al menos supervisado, por los profesionales del equipo expertos en temas de familia (psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales). Pero que ha de ser realizado, poco a poco, día a día, quizás fundamentalmente por el terapeuta-tutor del niño, aunque también a través de acciones grupales, pero siempre de manera cooperativa y a través del planteamiento de objetivos comunes por todos los miembros del CDIAT que trabajan sobre ese niño y su familia.

Este debería ser, desde AT, el objetivo primordial de trabajo sobre la familia del niño con discapacidad. Sin embargo, posiblemente aún no haya sido del todo asumido en los propios CDIATs. Primero porque, como todos sabemos y es fácil de comprender, el trabajo que se propone, y que pasa por el establecimiento de objetivos comunes, supone un cierto grado importante de transdisciplinariedad en el equipo; lo cual, ya hemos dicho que es complejo y difícil de conseguir y aún no está disponible en todos los CDIATs. Segundo, porque las premisas propuestas sobre el trabajo a realizar con la familia (desarrollo de estrategias de afrontamiento de fuentes de estrés, de resolución de problemas, etc.), aún no están del todo asumidas por nuestros equipos de AT (quizás por falta de formación para su puesta en marcha); o quizás quedan un poco en segundo plano, seguramente por que hay otros temas importantes que aún no han sido conseguidos.

En todo caso, hay experiencias muy positivas con referencia a esta tercera forma de abordar la actuación sobre la familia desde el CDIAT (Fuertes y Palmero, 1998). De entrada, es necesario señalar que el tipo de intervención sobre la familia que aquí estamos defendiendo va más allá de permitir la asistencia de los padres a las sesiones de tratamiento ambulatorio, o de elaborar un programa individualizado de orientaciones para desarrollar en casa. Supone la implicación de la familia en la casi continua toma de decisiones que lleva consigo la flexibilidad intrínseca de los Programas Individualizados de Intervención en AT. Implica, así mismo, entender que la familia no sólo es una entidad con necesidades de pleno derecho, sino también un foro de discusión para las decisiones de intervención (Björck- Åkesson, 2000, Björck- Åkesson, Carlhed y Granlund, 1999). Así, mientras que los profesionales de la AT son los expertos en el proceso de intervención, la familia es la experta en el niño, o más concretamente en ése que es *su niño*. Por ello, es función de los profesionales evitar quedarse en la mera satisfacción de las necesidades de la familia; algo que, fácilmente, lleva a convertir a la familia en dependiente de los profesionales. En lugar de ello, es necesario proporcionar a la familia oportunidades de participación y de control, hacerla responsable de la toma de decisiones (al menos una vez superada la inevitable situación de crisis desencadenada por la aparición de la discapacidad en el niño y siempre de acuerdo a las capacidades, adecuadamente valoradas, de cada familia), enseñarle a identificar y expresar sus necesidades y a priorizarlas, a identificar con precisión los problemas, diseñar metas y métodos para alcanzarlas, etc. Es quizás necesario en suma, entrar en la filosofía de facilitar la participación activa del propio cliente.

Por último, una cuarta actuación especializada sobre la familia es aquella intervención, a veces de índole clínica, que puede ser necesario realizar sobre las dinámicas de funcionamiento de la unidad familiar o de las relaciones personales entre sus miembros. Pero no debemos olvidar que el CDIAT no es un gabinete psicológico especializado en temas de pareja, ni nada por el estilo. Por ello, debería limitarse este tipo de actuaciones, siendo realizadas exclusivamente cuando las crisis en las relaciones familiares o de pareja han sido desencadenadas, o están claramente mediatizadas, por la aparición o la existencia del niño con discapacidad. En cualquier otro caso, sólo podríamos justificar la utilización de los recursos del CDIAT, para abordar problemáticas familiares específicas, cuando, desde una perspectiva ecológico-transaccional, se hiciera evidente que la intervención sobre esos problemas de la dinámica familiar va a repercutir, positiva y rápidamente, en la mejora de la evolución o desarrollo del niño con discapacidad. Evidentemente, el tratamiento de estos problemas de la dinámica familiar requiere una intervención especializada, que habrá de desarrollar un profesional con formación y experiencia en la intervención clínica de estos problemas. Yendo aún más lejos, diremos que cuando esas crisis en la dinámica familiar están desencadenadas por la presencia del niño con discapacidad,

[1] El término "calidad estimular", tal y como fue definido por la Asociación de Atención Temprana de la Región de Murcia (ATEMP) para el *Seminario de Calidad Estimular para la Población Infantil* (Murcia, Junio de 2001), hace referencia a "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".

la intervención ha de hacerse necesariamente en el CDIAT y desde él, por profesionales especializados en ese tipo de intervención, pero también formados en AT, conocedores de la realidad del niño e inmersos en el equipo interdisciplinar del CDIAT.

Como conclusión, podemos decir que, en un momento histórico para la AT en nuestro país, como el que nos ha tocado vivir, el futuro de los CDIATs pasa por una profesionalización de su actuación en AT. El CDIAT no puede ser el recurso que vale para todo. Precisamente su valía le hace convertirse en un recurso especializado, reservado para unas necesidades concretas. Lo contrario sería contribuir a la desprofesionalización de la AT y, en cierta manera, podría ser una forma de contribuir al estancamiento de esa AT. En todo caso, querer ser el elemento imprescindible para todo y para todos llevaría a encarecer tanto esta forma de intervención que podría llegar a hacerla imposible. Frente a ello, la profesionalización y especialización de las actuaciones desarrolladas desde el CDIAT es, seguramente, la clave para desarrollar la red de agentes de AT necesaria para mejorar las imprescindibles acciones a nivel de prevención primaria y detección de necesidades de AT. Además, la profesionalización del CDIAT es, sin duda también, un elemento clave para contribuir a facilitar el trabajo interdisciplinar del equipo de profesionales que lo constituye.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Association on Mental Retardation (1992). *Mental retardation. Definition, classification, and system of supports*. Washington: AAMR (9ª Ed.) Existe edición en castellano en *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial, 1997.

Anastasiow, N. J. (1986a). *Developmental and disability: A psychobiological analysis for special educators*. Baltimor: P.H. Brookes.

Anastasiow, N. J. (1986b). The case for early experience. En D. Tamir, A. Russell y T.B. Brazelton (Eds.). *Intervention and stimulation in infant development* (pp. 1-16). Tel Aviv: Freund Publishers.

Anastasiow, N. J. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 196-216). Nueva York: Cambrigde University Press.

Björck- Åkesson, E. (2000). Co-operation with families. A Swedish intervention model. *9es. Jornades Internacionals d'Atenció Precoç*. Barcelona, 28-30 de Junio, 1 de Julio.

Björck- Åkesson, E., Carlhed, C. y Granlund, M. (1999). El impacto de la intervención temprana sobre el sistema familiar: perspectivas de futuro y resultados. *IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*. Madrid, 18 y 19 de Noviembre. *http://paidos.rediris.es/genysi/*

Castellanos, P., García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (2000). La estimulación sensoriomotriz desde un Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Siglo Cero, 31* (4), 5-13.

Dunst, C.J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities, 5*, 165-201.

Fink, A. (1999). *Práctica de la estimulación conductiva según A. Petö*. Barcelona: Herder.

FEAPS (2001). *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de Buena Práctica*. Madrid: FEAPS.

Fuertes, J. y Palmero, O. (1998). Intervención temprana. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 925-970). Madrid: Siglo XXI (2ª Ed.).

García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). Análisis del Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana, 1*(1), 37-43.

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.

Greenough W.T. y Juraska, J.M. (1986). *Developmental neuropsychobiology*. Orlando: Academic Press.

Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad.

Guralnick, M.J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Guralnick, M.J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation, 102* (4), 319-345.

Guralnick, M.J. y Bennett, F.C. (1989). *Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Marfo, K., y Kysela, G.M. (1985). Early intervention with mentally handicapped children: a critical appraisal of applied research. *Journal of Pediatric Psychology, 10*,305-324.

Meisels, S.J. y Shonkoff, J.P. (1990). *Handbook of early childhood intervention*. Nueva York: Cambridge University Press.

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.

Rosenzweig, M. S. (1984). Experience, memory and the brain. *American Psychologist, 39*, 365-376.

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.