

Specialized and updated training on supporting advance technologies for early childhood education and care professionals and graduates



Co-funded by
the European Union



**Specialized and updated training on supporting advance
technologies for early childhood education and care
professionals and graduates**

MÓDULO I.1

**Introducción al Concepto de Atención Temprana e Intervención
en Distintos Contextos**

Profesora

Dra. María del Camino Escolar Llamazares
Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad de Burgos

e-EarlyCare-T



"Specialized and updated training on supporting advance technologies for early childhood education and care professionals and graduates", e-EarlyCare-T, reference 2021-1-ES01-KA220-SCH-000032661, is co-financed by the European Union's Erasmus+ programme, line KA220 Strategic Partnerships Scholar associations. The content of the publication is the sole responsibility of the authors. Neither the European Commission nor the Spanish Service for the Internationalization of Education (SEPIE) is responsible for the use that may be made of the information disseminated herein."



Índice de contenidos

I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS	6
III. CONTENIDOS ESPECÍFICOS DEL TEMA	6
1. CONCEPTO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	6
1.1. DESARROLLO INFANTIL	6
1.2. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO	7
2. OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	8
3. APLICACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN CONTEXTOS INTERDISCIPLINARES (ÁMBITOS DE ACTUACIÓN)	8
3.1. NIVELES DE INTERVENCIÓN	9
3.1.1. Prevención Primaria en Atención Temprana	9
3.1.2. Prevención Secundaria en Atención Temprana	10
3.1.2.1. Detección	10
3.1.2.2. Diagnóstico	11
3.1.3 Prevención Terciaria	13
3.2. PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	13
3.2.1. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)	13
3.2.1.1. Prevención Primaria y Secundaria	13
3.2.1.2. Prevención Terciaria	14
3.2.2. Servicios Sanitarios	16
3.2.3. Servicios Sociales	17
3.2.4. Servicios Educativos	18

4. COLECTIVO DESTINATARIO DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	18
5. CONCLUSIONES	21
RESUMEN	22
GLOSARIO	23
BIBLIOGRAFÍA	24
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA MÓDULO	25
RECURSOS	26



I. Introducción

El desarrollo infantil es un proceso dinámico, complejo, sustentado en la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa crítica ya que en ella se configuran las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas afectivas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el entorno (Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Grupo de Atención Temprana-GAT, 2005).

La Atención Temprana (AT), desde los principios científicos sobre los que se fundamenta: Pediatría, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, Fisioterapia, Lingüística, etc., tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social. En este sentido, la Atención Temprana forma parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños integrados en su entorno (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Sabemos que los primeros años de vida son cruciales para un adecuado desarrollo biológico, psicológico y social (Alonso, 1997; San Salvador, 1998). De ahí, la importancia de conocer el desarrollo en esta etapa, sobre todo, cuando existen indicios de trastornos congénitos, metabólicos, madurativos o de otra índole o posible riesgo de padecerlos. De hecho, una atención e intervención precoz mejora las posibilidades de desarrollo biopsicosocial. Es fundamental el trabajo desde una perspectiva multidisciplinar y con la creencia de que los niños con algún tipo de déficit pueden desarrollar una vida útil e integrarse en la sociedad (Candel, 2005; Pons, 2007; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Dado que la AT se basa en gran medida en la prevención, podemos relacionarla con la prevención primaria, secundaria y terciaria (que se analizará en profundidad en los siguientes apartados):

- La **prevención primaria en AT** actúa sobre sujetos de "alto riesgo" de padecer un déficit, aunque aún no hayan mostrado síntomas o no hayan sido diagnosticados. Son medidas de carácter universal, dirigidas a toda la población y con la intención de proteger la salud.

- La **prevención secundaria**, actúa para evitar aquello que pueda propiciar la aparición de un trastorno o déficit, reduciendo su evolución y el tiempo de duración o paliando sus efectos, todo ello con el objetivo final de reducir una enfermedad en la población. En la AT, se intenta detectar de forma precoz las enfermedades, trastornos o las situaciones de riesgo (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

- La **prevención terciaria** pretende disminuir la incidencia de las discapacidades crónicas de una población, procurando disminuir al máximo la invalidez causada por una enfermedad. En AT dirige sus actuaciones a minimizar las consecuencias y secuelas de un déficit o enfermedad, una vez diagnosticada. Se intentan paliar las consecuencias derivadas de trastornos o patologías metabólicas, neurológicas, genéticas o evolutivas del niño (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

En consecuencia, la AT es una estrategia eficaz para prevenir y compensar los efectos de cualquier tipo de déficit (evolutivo, biológico o social) que pueden aparecer juntos o de forma independiente de manera temprana en la vida de un niño (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).



II. Objetivos

Conocer las características generales de la atención temprana y su aplicación a distintos ámbitos de actuación, así como a diferentes colectivos.

III. Contenidos específicos del tema

1. CONCEPTO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Se asume de manera consensuada el concepto de Atención Temprana según el Libro Blanco de la Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana-GAT, 2005, p. 14): *Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben ser consideradas la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar* (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

En la década de los noventa surge el concepto de Atención Temprana que se utiliza en la actualidad, consensuado por distintos profesionales y plasmado en el trabajo de GAT (2005). Esta obra es un referente para todos los sectores implicados en la AT: asociaciones, profesionales, instituciones, investigadores y familiares, entre otros (Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Según Candell (2005), la AT no debe entenderse como un tratamiento dirigido a un niño, sino como una serie de actuaciones dirigidas a niños, familia y a la comunidad en general. Se cree en la plasticidad cerebral del sistema nervioso (GAT, 2005), en consecuencia, el proceso de maduración del cerebro no finaliza con el nacimiento, sino que continúa desarrollándose durante un tiempo, siendo además susceptible de modificación (Gútiérrez, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Actualmente, los ámbitos y administraciones competentes en materia de AT son los Servicios Sociales, Educación y Sanidad. Estas áreas están reguladas por un marco legislativo tanto de carácter estatal como autonómico que coordina y actúa para asegurar la gratuidad y universalidad de los centros dedicados a la AT en el Estado Español (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

1.1. DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales:



- **La base genética**, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no es posible modificarla.

- **Los factores ambientales** modulan e incluso determinan la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de *orden biológico* y de *orden psicológico y social*: A) Son factores ambientales de *orden biológico* el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al Sistema Nervioso (SN)..., condiciones necesarias para una adecuada maduración. B) Son factores ambientales de *orden psicológico y social* la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...). Estas condiciones, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior. Sin embargo, la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece en los años posteriores (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana. Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional, así como para la eficacia de los tratamientos (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

1.2. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO

El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad. El trastorno del desarrollo se considera la desviación significativa del *curso* del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Los principales **riesgos son de carácter biológico y social**. Se consideran de *riesgo biológico* aquellos niños que durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer. Los niños de *riesgo psico-social* son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).



2. OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

El principal objetivo de la AT es favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitándole su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (Candel, 2005). En consecuencia, se trabajan áreas como la cognitiva, autonomía, lenguaje o comunicación, y motora, además de asesorar, orientar e intervenir de manera individual y/o grupal a las familias que tienen un hijo con discapacidad o riesgo de padecerla según los diferentes diagnósticos recogidos en la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana –FEAPAPT-, 2008; GAT, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

La Atención Temprana debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea de tipo físico, psíquico o sensorial, o se considere en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en atención temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

De este marco se desprende el siguiente conjunto de objetivos propios a la Atención Temprana: 1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño; 2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño; 3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas; 4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo; 5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño; 6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención (GAT, 2005).

3. APLICACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN CONTEXTOS INTERDISCIPLINARES (ÁMBITOS DE ACTUACIÓN)

En la planificación de la intervención, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos y no sólo el déficit o discapacidad que pueda presentar. En Atención Temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social (GAT, 2005; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

En consecuencia, se contemplan un conjunto de actuaciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, pero también a la familia y a la comunidad. Son numerosas las disciplinas científicas que sustentan la base teórica de la AT, como la Neurología, la Psicología del Desarrollo y del Aprendizaje, la Pediatría, la Psiquiatría, la Pedagogía, Fisioterapia, Logopedia, etc. (De Linares y Rodríguez, 2004; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

La eficacia de los programas de AT se basa, en la precocidad de la intervención que depende de la consecución de un diagnóstico precoz de los problemas que van a derivar en patología de neurodesarrollo posterior. Este diagnóstico permite iniciar un trabajo de forma temprana en los niños y más eficaz cuanto más temprana sea, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo (Pérez-López y Brito, 2004). Gracias a todas estas disciplinas en las que se fundamenta la AT se obtienen las herramientas para aportar a los niños con déficits o riesgo de padecerlos un conjunto de actuaciones organizadas y planificadas que les facilitan



su proceso madurativo en todos los ámbitos, permitiéndoles así alcanzar el máximo nivel de desarrollo e integración social (Quirós, 2009; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Los principales objetivos de la intervención son: medidas para la prevención, procurar la detección precoz y la intervención enfocada al desarrollo máximo de facultades físicas, mentales y sociales en los niños diagnosticados (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

3.1. NIVELES DE INTERVENCIÓN

Del modelo biopsicosocial de la Atención Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Se diferencian tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007). Prevención primaria, secundaria y terciaria en AT:

3.1.1. Prevención Primaria en Atención Temprana

Prevención primaria en salud, le corresponden las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Son medidas de carácter universal para toda la población. Comprende derechos como la asistencia sanitaria, el permiso por maternidad o situaciones de acogida o adopción. A la Atención Temprana, en este nivel, le corresponde identificar y señalar, ante las instituciones sociales, circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de normas o derechos universales en la promoción y protección del desarrollo infantil. La universalización, gratuidad y precocidad de la Atención Temprana sería una medida de prevención primaria (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007).

La prevención primaria de los trastornos en el desarrollo infantil tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son, prioritariamente, los de Salud, Servicios Sociales y Educación (GAT, 2005, 2011):

- *Son competencia de los servicios de salud* los programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, los de salud materno-infantil, detección de metabopatías y vacunaciones, información de los factores de riesgo y de su prevención, atención pediátrica primaria y las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general. Los servicios de Pediatría en Atención Primaria, de utilización por toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, ocupan un lugar especial en la prevención de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo. Los servicios de Salud Mental Infantil tienen un papel importante en la prevención primaria, colaborando con los equipos de salud y de planificación familiar en programas materno-infantiles, que deberían permitir evitar la aparición de situaciones de riesgo. Participan también estos servicios en la elaboración de recomendaciones y en la adopción de medidas para fomentar la salud mental en general y para reducir la exposición de los niños a situaciones de privación psico-social (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

- *Son competencia de los servicios sociales* las intervenciones destinadas a la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato, por acción u omisión, al menor. La actuación de los Servicios Sociales se enmarca muchas veces en una labor de atención a la familia, siendo especialmente relevantes, por la importancia reconocida de la familia en el bienestar y desarrollo del niño. Los Servicios Sociales intervienen también de forma especial en la prevención de los trastornos del desarrollo infantil, a través de los programas dirigidos a colectivos que se hallan en situación de riesgo por condiciones sociales, como



madres adolescentes, población emigrante, etc. (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

- *Son competencia de los servicios educativos* las actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de Educación Infantil. La labor de estos centros en la prevención de los trastornos en el desarrollo es fundamental para las poblaciones de alto riesgo, al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre condiciones adversas en la familia (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

3.1.2. Prevención Secundaria en Atención Temprana

Prevención secundaria en salud, se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos, o situaciones de riesgo. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo, como niños prematuros de menos de 32 semanas o de menos de 1500 gr.; las unidades familiares con embarazos de adolescentes menores de 18 años, en riesgo de disfunción relacional; las unidades familiares con embarazos a partir de los 35 años, con riesgo de cromosomopatías; los niños con tetraplejías espásticas y riesgo de luxación de cadera (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007).

La prevención secundaria en Atención Temprana tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.

3.1.2.1. Detección

La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la Atención Temprana en la medida en que posibilita la puesta en marcha de distintos mecanismos de actuación de la comunidad. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

La *detección temprana* de los trastornos en el desarrollo infantil es imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. La detección temprana es fundamental para incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia. Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

En la detección de los trastornos en el desarrollo o situaciones de riesgo podemos considerar distintas etapas y agentes (GAT, 2005):

a) Etapa prenatal Servicios de Obstetricia. La prevención secundaria de los trastornos en el desarrollo infantil debería iniciarse en los servicios de Obstetricia, con la atención a la embarazada por parte de los profesionales sanitarios (obstetras y matronas), sobre los que recaen las funciones de detección de situaciones de riesgo y las de información, apoyo y orientación a las futuras madres (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

b) Etapa perinatal Servicios de Neonatología. En las unidades o servicios de Neonatología reciben atención niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico u orgánico: infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales. Cuando se ponen de



manifiesto signos compatibles con un trastorno en su desarrollo se pondrán en marcha las medidas terapéuticas oportunas y posibles, adaptadas siempre a la situación vital del niño (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

c) Etapa postnatal Servicios de Pediatría. El equipo pediátrico, a través de las visitas regulares al niño en los primeros años de vida y de los programas de control del niño sano es el principal agente de la detección temprana. La **observación directa del niño** y la información aportada por los padres permite confirmar la normalidad del desarrollo infantil o establecer la situación de sospecha de desviación en el mismo. Este nivel de detección es fundamental, ya que los niños con problemas graves en su desarrollo tienen antecedentes de patología pre o perinatal en una elevada proporción y a menudo existen programas de seguimiento específicos a los que deberían acudir. La detección debe realizarse en estos casos en el marco de la consulta regular pediátrica (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Saiz Manzanares y Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

d) Servicios educativos. La escuela infantil, los maestros y educadores constituyen un importante agente de detección. En esta etapa pueden apreciarse problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades atencionales y perceptivas y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas. Las condiciones de la Escuela Infantil y las interacciones que se producen en el contexto escolar, diferentes a las del medio familiar, ponen de manifiesto la presencia de desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar fácilmente inadvertidas a los padres y también al personal sanitario y no son detectadas hasta que el niño accede al contexto educativo (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007)

Cuando el maestro detecta la posible presencia de un trastorno, comunicará su inquietud a la familia y a partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deberían **establecer pautas de observación** y actuación coordinadas, así como la derivación y consultas oportunas al pediatra y al centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada (GAT, 2005; Sarriá Sánchez y Bioso Díez, 2010; Saiz Manzanares y Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

e) El entorno familiar. El medio familiar constituye una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria en su contexto natural observan que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños. Mayor atención e información a los padres facilitaría la detección temprana de los trastornos en el desarrollo (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viquer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

f) Servicios Sociales. Por su relación con familias con problemática psico-social y con la comunidad en general, están en una posición óptima para detectar factores de riesgo social en el desarrollo infantil, como pueden ser situaciones de muy bajos ingresos económicos familiares, madres adolescentes, drogodependencia, marginación social familiar, etc. (GAT, 2005).

3.1.2.2. Diagnóstico

El diagnóstico consiste en evidenciar una alteración en el desarrollo, así como el conocimiento de sus supuestas causas, permitiendo la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica. Ante la sospecha de un trastorno en el



desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática en la mayoría de los casos es múltiple, afectando a distintos ámbitos y de origen multifactorial: fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psico-afectiva y condiciones del entorno en general (GAT, 2005; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales.

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo se consideran tres niveles diagnósticos: funcional, sindrómico y etiológico:

1.) *Diagnóstico funcional*, determina cualitativa y cuantitativamente los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas. El diagnóstico funcional es imprescindible para elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.

2.) *Diagnóstico sindrómico*, está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome permite conocer las estructuras (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y orienta sobre la etiología del mismo. El diagnóstico sindrómico orienta hacia los ámbitos sobre los que debemos obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominante orgánica o ambiental.

3.) *Diagnóstico etiológico*, informa sobre las causas, de carácter biológico o psico-social, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado (GAT, 2005; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

En todos los casos se intenta establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que considere los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general (GAT, 2005).

Un tema muy importante de la Atención Temprana trata de la comunicación de la información diagnóstica a los padres ante una situación de riesgo, o ante la presencia probable de un trastorno en el desarrollo de su hijo. Informar a los padres de la posibilidad de que su hijo presente un trastorno o discapacidad, genera en ellos una conmoción emocional, con ansiedad y angustia, miedos, sentimientos de rechazo y negación; iniciándose un proceso de duelo que será distinto en cada familia y para cada miembro de la misma. Es necesario cuidar todo el proceso informativo y la forma de llevarlo a cabo, incluyendo la atención de los profesionales, los espacios y momentos seleccionados. Una buena información facilita que la familia pueda tener mejor comprensión y asimilación de la realidad de su hijo y pueda adecuar su entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño (GAT, 2005; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

La información del diagnóstico de un trastorno deberá ir siempre acompañada de la información a la familia de los diferentes recursos terapéuticos, sociales, educativos, económicos, etc. existentes en la zona y de la forma de poder acceder a ellos, así como de la existencia de asociaciones de padres. Es importante garantizar la coordinación entre profesionales e instituciones y poder ofrecer un acompañamiento a lo largo del proceso de derivación (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).



3.1.3 Prevención Terciaria

Prevención terciaria en salud, se corresponde con las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial. Ejemplos son el nacimiento de un hijo con discapacidad o la aparición de un trastorno en el desarrollo. En la AT recae la responsabilidad de activar un proceso de reorganización trabajando con el niño, la familia y el entorno en el que vive. La complejidad de estas situaciones hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007).

La prevención terciaria en Atención Temprana agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al niño, a su familia y a su entorno. Con ella se deben atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño. La intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007.)

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social. La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno social (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

3.2. PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

3.2.1. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

Los CDIAT son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos. Su principal objetivo es proporcionar la atención que precisan todos los niños que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo, o que están en una situación de riesgo biológico, psicológico o social. El modelo de CDIAT cubre principalmente la atención de los niños con diversas patologías o disfunciones en su desarrollo, y las necesidades de atención que presentan aquellos niños que se encuentran en una situación de alto riesgo, biológico, psicológico o social (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007).

El equipo de los CDIAT será multiprofesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca aspectos *intrapersonales*, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios de cada individuo, e *interpersonales*, relacionados con su propio entorno, como son la familia, la escuela y la cultura. El equipo estará constituido por especialistas en Atención Temprana procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

3.2.1.1. Prevención Primaria y Secundaria



Las funciones de un CDIAT incluyen las labores de *sensibilización, prevención y detección*. El centro de Atención Temprana colaborará con las instituciones, asociaciones y con otros profesionales en la elaboración de programas de sensibilización de la población en general en aspectos de prevención relacionados con el desarrollo infantil (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

3.2.1.2. Prevención Terciaria

La intervención se planificará y programará de forma individual, considerando las necesidades y posibilidades de cada niño en cada área del desarrollo, la situación y las posibilidades de su familia y las del medio escolar. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, la modalidad metodológica y la evaluación de los objetivos propuestos o del resultado de la aplicación del programa. La intervención en el centro de Atención Temprana se inicia cuando se recibe una solicitud de la familia o de cualquier otro profesional o institución. Esta intervención consta de diferentes momentos: valoración inicial, intervención terapéutica, seguimiento y control, y derivación (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007):

A) Proceso de Valoración Inicial. Supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño, de su historia individual y familiar y de su entorno. Para ello se necesita la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas, así como la colaboración y coordinación de las instituciones que hayan derivado el caso. En la valoración inicial podemos distinguir cuatro momentos: 1) Recogida de información, 2) Evaluación del niño y su entorno, 3) Elaboración de hipótesis diagnósticas y plan de intervención y 4) Entrevista de devolución a la familia (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

A1). Recogida de información. La adecuada recogida de información constituye el elemento más importante del proceso diagnóstico, el instrumento que guía los pasos posteriores del proceso de evaluación. Obtenemos información a través de la acogida, de la [recogida sistemática de información](#) y de las aportaciones de otros profesionales (Saiz Manzanares, y Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

1.1. *Acogida.* Es el primer contacto con la familia, en el que el profesional, a través de una actitud de escucha, recoge preocupaciones, recuerdos, proyectos, expectativas, y dificultades que los padres exponen sobre su hijo. La entrevista de acogida, además de ser una herramienta de trabajo importante para llevar a cabo la valoración inicial, establece las primeras directrices del diseño de la intervención (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

1.2. *Recogida sistemática de información.* Basándonos en la información de la entrevista de acogida, se recogen de forma sistemática aquellos datos que la familia no ha aportado espontáneamente, pero necesarios para una adecuada comprensión del desarrollo del niño y de su momento evolutivo, así como de las posibles causas de la alteración en el proceso (GAT, 2005; Saiz Manzanares y Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

1.3. *Información de otros profesionales.* A través de informes escritos o entrevistas se obtendrá información de otros profesionales, como el pediatra, psicólogo escolar, educador, trabajadores sociales, etc. Los datos se organizarán en una historia común (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).



A2). Evaluación del niño y de su entorno. Para realizar la evaluación disponemos de distintos instrumentos, que utilizaremos de forma discriminada en cada niño, a partir de las primeras hipótesis establecidas en base a la historia: – [Observación de la conducta espontánea y reactiva](#) ante determinadas situaciones y estímulos presentados; – Relación con los padres y con el profesional que realiza la evaluación; – Relación con los otros niños y con el educador cuando el niño esté escolarizado; – Examen físico y valoración neurológica y funcional del niño; – Pruebas estandarizadas; – [Observación en el domicilio](#); – Exámenes complementarios, consultas especializadas. La aplicación de estas técnicas aportará información sobre el funcionamiento general y específico del niño, a nivel físico y emocional. Esta información reflejará las posibles limitaciones y déficits presentados por el niño, junto con sus capacidades y posibilidades (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Saiz Manzanares y Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

A3). Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención. Concluida la etapa de recogida de la información, cada profesional aportará los datos y conclusiones de su evaluación, con el fin de establecer de forma conjunta y teniendo en cuenta todos los factores bio-psico-sociales, los diagnósticos o hipótesis diagnósticas, en los tres niveles: funcional, sindrómico y etiológico. Se establecerán las necesidades del niño y de la familia y los recursos existentes en la comunidad. Es importante establecer prioridades de actuación, posibles pronósticos a corto, medio y largo plazo. Se concretarán, jerarquizarán y temporalizarán los objetivos de la intervención terapéutica, determinándose el profesional o profesionales que se responsabilizarán de llevarlo a cabo (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

A4). Entrevista de devolución. En la entrevista de devolución ofreceremos a los padres la información diagnóstica elaborada por el equipo, utilizando un lenguaje adecuado y comprensible para ellos. Esta información debe servir para comprender la situación presente de su hijo, las posibles perspectivas de futuro y los medios terapéuticos que se pueden proporcionar desde el centro (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

B) Intervención Terapéutica. La intervención agrupa todas las actividades dirigidas al niño y a su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad. La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, así como la evaluación y los modos de consecución de los mismos (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007):

C) Evaluación y Seguimiento. La evaluación debe incidir sobre todos los aspectos de la intervención y en ella pueden considerarse dos tiempos: a) Evaluación continuada, que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes; b) Evaluación final que determina si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

D) Derivación. El periodo de atención de un niño en un servicio de Atención Temprana finaliza cuando se considera que no precisa de este Servicio o que por razones de edad o de competencias debe continuar su atención en otro dispositivo asistencial. En ambos casos, la familia tiene derecho a recibir información oral y un informe escrito que sintetice



la evolución del niño y la situación actual, así como las necesidades que se consideren precisas (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

3.2.2. Servicios Sanitarios

a). Servicios de Obstetricia. La labor preventiva de estos profesionales, básicamente en prevención primaria, se lleva a cabo mediante: La detección y diagnóstico de factores de riesgo previos al embarazo; La atención a la mujer embarazada de alto riesgo biológico, psicológico o social; La información en las consultas de preparación al parto donde los futuros padres reciben información sobre el normal desarrollo del niño, así como sobre posibles signos de alerta; La detección de posibles situaciones de riesgo en el parto y adecuada atención a las mismas; En el caso de diagnóstico prenatal de deficiencia es necesario proporcionar desde el primer momento una atención psicológica a los padres, en especial a la madre, de naturaleza preventiva, debido a la alteración que puede sufrir el vínculo madre-hijo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

b). Servicios de Neonatología. En el entorno perinatal con frecuencia encontramos niños con alto riesgo de presentar deficiencias, en función de su inmadurez, del bajo peso al nacer o de otros factores, hereditarios y /o pre-peri-natales. La incidencia de niños que al nacer pasan por una "unidad de cuidados neo-natales" es del 10% al 12%, y entre un 3% y un 5% de los nacidos son considerados de riesgo psico-neurosensorial. Esta realidad convierte al servicio de Neonatología en un importante instrumento de prevención primaria. También, realizan una importante labor de prevención secundaria al realizar la detección y diagnóstico de condiciones patológicas, establecidas ya en el nacimiento, que se asocian a trastornos en el desarrollo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

c). Pediatría en Atención Primaria. Son los profesionales del ámbito de la Salud que tienen un contacto regular con el niño y sus familias, siendo referencia de los padres. Los pediatras constituyen el nivel esencial para la detección y adecuada derivación de los niños hacia los centros de diagnóstico, seguimiento e intervención. La prevención primaria en Pediatría se realiza con los controles de salud del programa del niño sano. La *detección* se realiza a través de los exámenes de salud del niño, aplicando métodos de screening objetivos y **métodos de observación** para detectar signos de alerta de trastornos en el desarrollo. Deben valorarse y conceder especial importancia a **los datos de observación que ofrece la familia** (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Saiz Manzanares y Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares et al., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

d). Servicios de Neuropediatría. Los servicios de Neuropediatría intervienen en la Atención Temprana en diversos ámbitos: • Actúan de forma conjunta con los profesionales de la Unidad Neonatal en cuanto a detección, diagnóstico y atención terapéutica que precisan los recién nacidos de riesgo; • Participan en los programas de seguimiento del desarrollo formando parte del equipo que atiende a los niños considerados de alto riesgo bio-psico-social; • Desarrollan una labor de detección de signos de alerta y el diagnóstico de trastornos neurológicos; El neuropediatra establece el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo y de forma específica en aquellos procesos de base orgánica (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

e). Servicios de Rehabilitación Infantil. Los servicios de Rehabilitación se han vinculado en España a tres tipos de experiencias: 1. Experiencia hospitalaria, en la que predominan las acciones de terapéutica física y tratamiento de "patologías agudas"; 2. Experiencia desde los servicios sociales, a través de programas personalizados para dar respuesta a las necesidades de integración social y autonomía de las personas con discapacidad (red



de Centros Base del INSERSO); 3. Experiencia derivada del movimiento asociativo que generó centros especializados de tratamiento integral e intensivo para determinadas patologías. En lo que se refiere a la infancia de 0 a 6 años los equipos de los centros base han sido una parte muy importante del impulso a los programas de Estimulación Precoz y Atención Temprana. Por su parte los centros específicos de asociaciones han ocupado, en muchos casos, el espacio de centros para la atención a niños con discapacidad a partir sobre todo de la primera infancia (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

f). Servicios de Salud Mental Los profesionales que componen las unidades de Salud Mental infantil intervienen en todos los niveles de la Atención Temprana. Las medidas generales de *prevención primaria* desde Salud Mental infantil abarcan: • La coordinación y desarrollo de programas con otros servicios, sanitarios, educativos, sociales y judiciales; • Colaboración en programas preventivos de detección de factores de riesgo psíquico; • Participación en programas de formación y coordinación con otros profesionales de atención primaria.

La *intervención terapéutica* en las unidades de Salud Mental infantil engloba diferentes modalidades básicas de actuación: • Intervención directa con el niño de forma individual o en pequeño grupo, en los casos de psicopatología precoz grave, básicamente, psicosis, autismo, disarmonías evolutivas...; • Intervenciones familiares con el fin de facilitarles la comprensión de los trastornos, dificultades del niño y la importancia de la adecuación del entorno familiar a sus necesidades; • Actividades de coordinación con otros servicios y profesionales relacionados (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

3.2.3. Servicios Sociales

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el contexto social y las condiciones del entorno en la existencia de un déficit en el desarrollo o en el riesgo de que se pueda producir, los servicios sociales tienen una función y una responsabilidad tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención. Los servicios sociales y sus profesionales intervienen en todos los niveles de la atención primaria, su actuación en Atención Temprana se considera de vital importancia y se realiza a través de la promoción del bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007).

a). Promoción del bienestar social de las familias. La Atención Temprana ha contribuido al reconocimiento de la importancia para el desarrollo infantil de factores como: La dedicación afectiva; La suficiencia económica; La estabilidad laboral; La estabilidad de las relaciones familiares; La participación en redes sociales; La coherencia de los estilos educativos. La protección de las primeras relaciones entre padres e hijos debe ser una prioridad social. Por ello hace falta profundizar en medidas que, desde el respeto a la diversidad cultural, animen, formen y faciliten a los padres el ejercicio de sus funciones y permitan conciliar la vida laboral y familiar (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

b). Programas de prevención. La *prevención primaria* puede realizarse a través de intervenciones (individuales o grupales de apoyo y soporte) dirigidas a contextos definidos previamente "con dificultad/riesgo social" así como a través de proyectos comunitarios dirigidos a promover el bienestar y la salud integral de la primera infancia. Partiendo de los indicadores de riesgo social, los programas de *prevención secundaria* tendrán como objetivo la detección de situaciones familiares y/o de factores ambientales y sociales que puedan incidir en la aparición de trastornos en el desarrollo de la población infantil o la pongan en situación de riesgo (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007).



c). Programas de intervención temprana en el ámbito psicosocial. Los objetivos de estos programas se dirigen: a. La reconstrucción y reorganización de la familia de origen; b. La protección y acompañamiento de los tránsitos cuando se produce un proceso de disolución de los vínculos familiares o la constitución de otros nuevos; c. La reinserción familiar, acogimiento y/o adopción; d. La protección y acompañamiento de los niños institucionalizados sin perspectivas y referencias familiares; e. La Atención Temprana de cualquier trastorno del desarrollo que pueda detectarse (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007).

3.2.4. Servicios Educativos

La escuela es en un hito importante en el proceso de integración y de socialización de los niños, y de manera muy significativa en aquellos con problemas en el desarrollo. La educación infantil es de especial trascendencia ya que los primeros años de vida son determinantes para un desarrollo físico y psicológico armonioso del niño, así como para la formación de las facultades intelectuales y el desarrollo de la personalidad. La educación a estas edades tiene un marcado carácter preventivo y compensador, debido a la importancia que tiene la intervención temprana para evitar problemas en el desarrollo, en la población en general y especialmente en aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales. La educación infantil establece una serie de objetivos generales con la finalidad de que los niños desarrollen capacidades como: conocer su propio cuerpo, relacionarse con los demás a través de distintas formas de expresión y comunicación, adquirir cierta autonomía en las actividades que realizan habitualmente, y observar y explorar su entorno, familiar y social (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

a). Prevención Primaria. Es importante destacar el carácter educativo como mediador y facilitador de posteriores aprendizajes de este periodo escolar. La educación infantil debe contribuir al desarrollo afectivo, físico, social y moral del niño (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

b). Prevención Secundaria. La detección de las posibles necesidades educativas especiales de los niños durante la etapa infantil es una de las funciones que deben realizar los profesores de aula, en colaboración con los equipos psicopedagógicos. Estos equipos van a ser los encargados de hacer una evaluación de las necesidades detectadas en los niños, así como cuestiones relativas a su escolarización, a la elaboración de adaptaciones curriculares, y a las ayudas técnicas que puedan necesitar (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

c). Prevención Terciaria. Dentro de esta etapa de la educación infantil, se considera que la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales debe iniciarse en un contexto lo más normalizado posible con el fin de apoyar y favorecer el proceso de desarrollo y aprendizaje. Esto supone, que, en la práctica, la escolarización de estos alumnos se realice de forma preferente en centros ordinarios. Para ello se adapta el currículo a las necesidades de cada alumno, dejando la escolarización en unidades o centros de educación especial para las situaciones en las que el alumno necesite unas adaptaciones significativas y en grado extremo del currículum ordinario, así como unos medios personales y materiales poco comunes en los centros ordinarios (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

4. COLECTIVO DESTINATARIO DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

La AT, como ya se ha comentado, se dirige por tanto a todos los niños entre cero y seis años que manifiestan algún tipo de deficiencia y además se incluyen aquellos niños con alto riesgo biológico, psicológico o social que pueda afectar a su desarrollo (Gútiérrez, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

El primer grupo (*riesgo biológico*) se refiere a niños que padecen alteraciones o discapacidad documentada (trastornos en el desarrollo motriz, cognitivo, del lenguaje, sensorial, generalizado, trastorno de la conducta, emocional, de la expresión somática, evolutivo, etc.). El segundo grupo (*riesgo psicológico*) se refiere a niños que durante su período pre, peri o postnatal o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer (GAT, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013) (Tabla 1).

Finalmente, los niños de *riesgo psicosocial* son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo (GAT, 2011; Pina, 2007). En ocasiones, por parte de los padres de estos niños, suelen surgir actitudes poco adecuadas que los programas de AT se encargan de reducir o modificar (ver Tabla 2), conductas tales como ansiedad o la falta de competencia para asumir responsabilidades y cubrir las necesidades especiales de sus hijos. Y así, se intenta conseguir mejorar el desarrollo del infante o, por lo menos, que no se produzca una influencia negativa sobre el desarrollo del mismo (GAT, 2005; Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Actualmente, se cuenta con unos criterios específicos de diagnóstico comunes dentro de la AT, consensuados, que permiten realizar estudios epidemiológicos, diseñar investigaciones, facilitar la toma de medidas preventivas, contratar formas de actuación y establecer un lenguaje común entre los profesionales que intervienen en AT desde las diferentes disciplinas de actuación. Se trata de la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) (FEAPAT, 2004, 2008) que, basándose en clasificaciones internacionales previas, permite identificar no sólo los trastornos o las dificultades en el desarrollo, sino también los factores etiológicos, que los causan ya sean de carácter biológico, psicológico y/o social (GAT, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013)

Este sistema de clasificación se organiza en una serie de ejes que se han ido modelando para contener los listados de diferentes aspectos de carácter biológico, psicológico y social, además recoge el continuo representado por la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

La estructura consta de tres niveles:

El **primer nivel** describe los factores de riesgo de los trastornos del desarrollo en los distintos contextos, en el niño, en la familia, y en el entorno. Incluye:

1. Factores biológicos de riesgo.
2. Factores familiares de riesgo.
3. Factores ambientales de riesgo.

El **segundo nivel** describe el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la familia y con las características del entorno. Incluye:



1. Trastornos del desarrollo.
2. Familia.
3. Entorno.

El **tercer nivel** incluye los recursos distribuidos en tres ejes: referidos al niño, a su familia y a su entorno. El tratamiento se realiza en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana que en Andalucía son llamados Centros de Atención Infantil Temprana, que responden a esta necesidad comunitaria de contar con un recurso que impulse las actividades relacionadas con la crianza, educación y socialización en todos los niveles de prevención, si bien cada servicio o sector participará con distinta intensidad y responsabilidad en cada uno de ellos (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

TABLA 1 FACTORES BIOLÓGICOS TEMPRANOS DE RIESGO	
A. RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o edad gestacional < a 32 semanas. (*) ✓ APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos. ✓ RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas. ✓ Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión. ✓ Convulsiones neonatales. ✓ Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal. ✓ Disfunción neurológica persistente (más de siete días). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC. ✓ Malformaciones del Sistema Nervioso Central. ✓ Neuro-Metabolopatías. ✓ Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos. ✓ Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto. ✓ RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia. ✓ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico. ✓ Siempre que el pediatra lo considere oportuno.
B. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - VISUAL	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventilación mecánica prolongada. ✓ Gran prematuridad. ✓ RN con Peso < a 1500 grs. ✓ Hidrocefalia. ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patología craneal detectada por ECO/TAC. ✓ Síndrome malformativo con compromiso visual. ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central. ✓ Asfixia severa.
C. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - AUDITIVO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión. ✓ Gran prematuridad. ✓ RN con peso < a 1500 grs. ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central. ✓ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndromes malformativos con compromiso de la audición. ✓ Antecedentes familiares de hipoacusia. ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central. ✓ Asfixia severa.
Fuente: GAT (2005; 2011)	

Fuente: Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2013)

TABLA 2 FACTORES DE RIESGO SOCIO-FAMILIAR	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acusada deprivación económica. ✓ Embarazo accidental traumatizante. ✓ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar. ✓ Separación traumatizante en el núcleo familiar. ✓ Padres con bajo CI/Entorno no estimulante. ✓ Enfermedades graves/Exitus. ✓ Alcoholismo/Drugadicción. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prostitución. ✓ Delincuencia/Encarcelamiento. ✓ Madres adolescentes. ✓ Sospecha de malos tratos. ✓ Niños acogidos en hogares infantiles. ✓ Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.
Fuente: GAT (2005; 2011)	



Fuente: Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2013)

5. CONCLUSIONES

Se debe señalar el gran avance producido en el desarrollo de programas dirigidos tanto a niños, padres como a la comunidad en materias de prevención, detección, tratamiento o información en AT. Dicho avance es de agradecer especialmente a las asociaciones de padres de niños afectados y a profesionales de ámbitos variados que se preocuparon de investigar e intervenir en el progreso de estas actuaciones (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000, 2005, 2011), en sus diferentes ediciones, aparece la investigación como una necesidad para el desarrollo de programas de intervención. La investigación en el ámbito de la psicología de la atención infantil temprana servirá para aumentar el conocimiento sobre las características propias de las distintas discapacidades o trastornos en el desarrollo, sus repercusiones en la dinámica familiar, fuentes de estrés, así como para evaluar cuáles son las modalidades de intervención más eficaces. Sin embargo, todavía en España la investigación en esta área clínica de intervención en la infancia está por desarrollar. Durante mucho tiempo, la investigación en AT se ha centrado casi exclusivamente en demostrar la eficacia de cualquier intervención frente a la no intervención. Actualmente, es necesario demostrar qué aproximaciones específicas de intervención son más efectivas, qué aspectos concretos de cada forma de intervención lleva a unos niños conseguir mejores resultados, qué características de los programas son más eficaces, así como qué características del niño y de la familia contribuyen a la obtención de óptimos resultados (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

En este sentido, hay que señalar la importancia de investigaciones interdisciplinarias que permitan llevar a cabo un seguimiento a medio y largo plazo del desarrollo del niño, cuyos resultados sean conocidos por los servicios y programas de intervención que inicialmente atendieron las necesidades del niño y/o su familia para poder valorar las repercusiones reales de esos recursos, así como para promover mejoras en la calidad de todos los servicios (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

Respecto a la evaluación de los programas de intervención de AT se persigue un doble objetivo: por un lado, conocer las capacidades y habilidades del niño y por otro lado la forma en que vive y se organiza la familia. Con estos conocimientos se podrá llevar a cabo el programa de tratamiento individual más adecuado para cada niño dentro de su familia (Meisels y Shonkoff, 2000; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2011, 2013).

Las evaluaciones de los programas de AT en España, han buscado saber cómo funciona la AT en términos de número de centros de desarrollo infantil de atención temprana, profesionales que trabajan, niños atendidos, forma de derivación y tipo de subvención, por lo que no han comprobado realmente la eficacia de la asistencia a un programa de AT. Por lo tanto, sería de gran importancia conocer realmente la eficacia de los mismos en función de los avances conseguidos en el desarrollo de los niños que están siendo intervenidos (GAT, 2011; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Igualmente, queda pendiente mejorar la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el tratamiento que se realiza desde la AT, y la coordinación entre las diferentes administraciones que implican su actuación (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).



Resumen

La *Atención Temprana (AT)*, tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

El *desarrollo infantil en los primeros años* se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está ligada al proceso de maduración del sistema nervioso y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007). El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

El *trastorno del desarrollo* se considera la desviación significativa del *curso* del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

El *principal objetivo* de la AT es favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitándole su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (Candel, 2005). En consecuencia, se trabajan áreas como la cognitiva, autonomía, lenguaje o comunicación, y motora, además de asesorar, orientar e intervenir de manera individual y/o grupal a las familias que tienen un hijo con discapacidad o riesgo de padecerla (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana –FEAPAPT–, 2008; GAT, 2005; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

En la *planificación de la intervención*, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos y no sólo el déficit o discapacidad que pueda presentar. En Atención Temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social (GAT, 2005; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

En consecuencia, se contemplan un conjunto de *actuaciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, pero también a la familia y a la comunidad*. Son numerosas las disciplinas científicas que sustentan la base teórica de la AT, como la Neurología, la Psicología del Desarrollo y del Aprendizaje, la Pediatría, la Psiquiatría, la Pedagogía, Fisioterapia, Logopedia, etc. (De Linares y Rodríguez, 2004; Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Dado que la AT se basa en gran medida en la prevención, podemos relacionarla con la *prevención primaria, secundaria y terciaria*: - La prevención primaria en AT actúa sobre sujetos de "alto riesgo" de padecer un déficit, aunque aún no hayan mostrado síntomas o no hayan sido diagnosticados. Son medidas de carácter universal, dirigidas a toda la población y con la intención de proteger la salud. - La prevención secundaria, actúa para evitar aquello que pueda propiciar la aparición de un trastorno o déficit, reduciendo su evolución y el tiempo de duración o paliando sus efectos, todo ello con el objetivo final de



reducir una enfermedad en la población. En la AT, se intenta detectar de forma precoz las enfermedades, trastornos o las situaciones de riesgo (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013). - La prevención terciaria pretende disminuir la incidencia de las discapacidades crónicas de una población, procurando disminuir al máximo la invalidez causada por una enfermedad. En AT dirige sus actuaciones a minimizar las consecuencias y secuelas de un déficit o enfermedad, una vez diagnosticada. Se intentan paliar las consecuencias derivadas de trastornos o patologías metabólicas, neurológicas, genéticas o evolutivas del niño (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Los *principales ámbitos de actuación* son los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), Servicios Sanitarios, Servicios Sociales y Servicios Educativos

Se debe señalar el gran avance producido en el desarrollo de programas dirigidos tanto a niños, padres como a la comunidad en materias de prevención, detección, tratamiento o información en AT. (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007). No obstante, hay que señalar la importancia de investigaciones interdisciplinarias que permitan llevar a cabo un seguimiento a medio y largo plazo del desarrollo del niño, cuyos resultados sean conocidos por los servicios y programas de intervención que inicialmente atendieron las necesidades del niño y/o su familia para poder valorar las repercusiones reales de esos recursos, así como para promover mejoras en la calidad de todos los servicios (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí y Gómez Artiga, 2007).

Glosario

Prevención primaria: consiste en el conjunto de actividades sanitarias dirigidas principalmente a la población general, encaminadas a evitar el inicio o la aparición de una dolencia. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad.

Prevención secundaria: Hace referencia a la detección y aplicación del tratamiento a las enfermedades en estados muy tempranos. La intervención tiene lugar al principio de la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar el desarrollo de la misma.

Prevención terciaria: busca reducir el grado de invalidez, las secuelas y la muerte prematura, en el caso de que no se haya logrado una recuperación del estado previo a la enfermedad.

Base genética: la genética es el estudio de la herencia, el proceso en el cual un padre le transmite ciertos genes a sus hijos.

Factores ambientales: cada uno de los elementos del medio que actúan directamente sobre el ser vivo (o al menos sobre una fase de su ciclo vital). Entorno es sinónimo de entorno natural pero no de medio ambiente.

Riesgo de carácter biológico: posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades.

Riesgo de carácter social: se entiende por riesgo social a la posibilidad de que una persona sufra un daño que tiene su origen en una causa social. Esto quiere decir que el riesgo social depende de las condiciones del entorno que rodea al individuo.

Observación directa: registro sistemático, válido y fiable de comportamientos o conductas manifiestas. A través de esta técnica el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación.



Bibliografía

- Alonso, J.M. (1997). Atención Temprana. En S. Alonso y D. Casado (Eds.). *Realizaciones sobre Discapacidad en España* (p. 45-67). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Anguera Arginaga, M. T. (2005). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 225-291). UNED y Sanz y Torres.
- Candel, I (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana [Elaboration of a program of early intervention]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), 151-192.
- Costa, M., & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez-Roca.
- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). Bases de la atención familiar en la Atención Temprana. En J. Pérez- López, y A. G. Brito (Eds.), *Manual de Atención Temprana. Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Escorcía Mora, Claudia Tatiana, & García Rodríguez (2019) *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en entornos naturales*. Madrid: UNED
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain]* Madrid: Real Patronato de la Discapacidad
- Gómez Artiga, A., Viquer Seguí P., & Cantero López, M.J. (2013). *Intervención temprana desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Pirámide.
- Gómez Artiga, A., & Viquer Seguí, P. (2007). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. In A. Gómez Artiga, P. Viquer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 21-35). Ediciones Pirámide.
- Gútiez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones. [Early intervention: prevention, detection and intervention in the development (0- 6 years) and their disorders]* Madrid: Editorial Complutense
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005).. *Libro Blanco de la Atención Temprana*. In *Real Patronato sobre Discapacidad*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. In *Real Patronato sobre Discapacidad*. Real Patronato sobre Discapacidad.

- Quirós, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48, 1-8
- Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pons, A. (2007). Atención Temprana en Andalucía, *Vox Paediatrica*, 15, 26-29.
- Polonio-López, B., Castellanos Ortega, M.C., & Viana Moldes, I. (2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica*. Madrid: Panamericana.
- San Salvador, J. (1998). *Estimulación Precoz*. Barcelona: CEAC.
- Sáiz, M.C. *Aplicación y Validación de un programa de desarrollo socio-cognitivo en niños con privación socio-ambiental*. Tesis Doctoral. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Valladolid [Microficha]. [Disponible en el repositorio institucional de la Universidad de Burgos con autorización de la Universidad de Valladolid.
- Saiz Manzanares, M. C., & Escolar-Llamazares, M. C. (2013). *Observación Sistemática e Investigación en Contextos Educativos*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional de la Universidad de Burgos.
- Saiz Manzanares, M. C., Escolar Llamazares, M. C., & Rodríguez Medina, J. (2019). *Investigación cualitativa. Aplicación de métodos mixtos y de técnicas de minería de datos*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional Universidad de Burgos.
- Sarriá Sanchez, E. (2010). La observación. In S. Fontes de Gracia, C. García-Gallego, L. Quintanilla Cobián, R. Rodríguez Fernández, P. Rubio de Lemus, & E. Sarriá Sánchez (Eds.), *Fundamentos de investigación en Psicología* (pp. 311-352). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sarriá Sánchez, E., & Brioso Díez, Á. (2010). Metodología observacional. In M. J. Navas Ara (Ed.), *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica* (pp. 439-482). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Serra Desfilis, E. (2007). Una visión de la Intervención Temprana desde la orientación del ciclo vital. In A. Gómez Artiga, P. Viguer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 53-69).
- Viger Seguí, P., & Gómez Artiga, A. (2007). La Intervención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. In A. Gómez Artiga, P. Viguer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 3-750). Ediciones Pirámide.

Bibliografía básica Módulo

- Anguera Arginaga, M. T. (2005). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 225-291). UNED y Sanz y Torres.



Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad

Sáiz, M.C. Aplicación y Validación de un programa de desarrollo socio-cognitivo en niños con privación socio-ambiental. Tesis Doctoral. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Valladolid [Microficha]. [Disponible en el repositorio institucional de la Universidad de Burgos con autorización de la Universidad de Valladolid.

Viger Seguí, P., & Gómez Artiga, A. (2007). La Intervención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. In A. Gómez Artiga, P. Viger Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 3-750). Ediciones Pirámide.

Recursos

- Iniciativa para la prevención y atención temprana de discapacidades: <http://www.genysi.es/>

- Servicio de Atención Temprana de la Asociación de Padres de Personas con Autismo (APNA): <https://autismomadrid.es/noticias/servicio-de-atencion-temprana-de-la-asociacion-apna/>

- Fundación Iberoamericana Down21. Atención Temprana: <https://www.down21.org/educacion/2262-atencion-temprana.html?showall=1>

- Atención Temprana en niños con parálisis cerebral: <https://fundacionbobath.org/centros-bobath/>

- Parálisis Cerebral Infantil tras el periodo de atención temprana. Intervención del fisioterapeuta en la etapa de Educación Primaria: <https://fundacionsaludinfantil.org/wp-content/uploads/2017/12/IgualBlasco2017.pdf>

- Educación inclusiva ONCE. Atención Temprana: https://educacion.once.es/informacion-general/atencion_temprana

- The Educator. Partnerships in Early Intervention. Julio 2016: http://icevi.org/wp-content/uploads/2017/11/The_Educator_2016_July_Partnerships_in_Early_Intervention_Vol_XXX_Issue_1-1.pdf

- Biblioteca Fundación ONCE. Atención Temprana: <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/etiqueta/atencion-temprana>

