

## ***El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)***

María José JUAN-VERA  
Julio PÉREZ-LÓPEZ

### Correspondencia

María José Juan Vera  
Universidad Miguel Hernández  
de Elche.  
CDIAT APSA de Alicante  
Avenida Salamanca, 27- 03005  
Alicante  
Tel.: 965 25 71 12  
Fax: 965 123 778  
E-mail: mjuan@umh.es

Julio Pérez-López  
Departamento de Psicología  
Evolutiva y de la Educación de la  
Universidad de Murcia.  
Facultad de Psicología.  
Campus de Espinardo 30100  
Murcia.  
Tel.: 968 36 34 35  
Fax: 968364111  
E-mail: juliopl@um.es

Recibido: 09/09/2008  
Aceptado: 25/11/2008

### **RESUMEN**

El trabajo y la composición de los actualmente denominados Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana han cambiado en las últimas décadas, pasando de los equipos multiprofesionales a los equipos interdisciplinarios. También se ha pasado de una intervención centrada exclusivamente en el niño a una intervención que tiene en cuenta a la familia y a los contextos naturales de desarrollo de los niños. En este trabajo se pretenden revisar estos cambios y comentar la situación a la que se enfrentan en la actualidad los profesionales de la atención temprana, tales como las necesidades de formación y de coordinación de todos los componentes del equipo.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Temprana, Composición de un equipo, Proceso de intervención.

## ***The running of a Childhood Development and Early Intervention Centre***

### **ABSTRACT**

The kind of work and the organization of the currently called Childhood Development and Early Intervention Centres have changed in the last decades; this change has meant a shift from multi-professional to interdisciplinary teams. The kind of intervention in those centres has also been modified, from an intervention focused solely on the child to an intervention

which takes into account the children's families as well as their natural developmental contexts. The current work reviews these changes and discusses the situation that early intervention professionals are currently facing up, which points towards a need to update the training and coordination of all the components of the team.

**KEYWORDS:** Early Intervention, Team structure, Intervention process.

## **Introducción**

La controversia sobre si la Atención Temprana es efectiva o no, ha quedado obsoleta, como bien plantea Pérez-López y Brito de la Nuez (2004), y en gran medida nos hace recordar los enfrentamientos que durante años tuvieron los psicólogos genetistas con los ambientalistas (PALACIOS, MARCHESI y COLL, 2004).

La Atención Temprana hoy en día se lleva a cabo en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Éstos, están formados por equipos interdisciplinarios especializados en desarrollo infantil y ofrecen intervención a los niños/as de entre 0 y 6 años con trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo, a su familia y a su entorno, en unas instalaciones concretas y con unos recursos materiales y humanos determinados, según se afirma en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* (GAT, 2000) y en las *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana* (GAT, 2005).

A lo largo de los años, desde la década de los '60 del siglo XX hasta la actualidad, ha ocurrido un gran cambio en su concepción. Los primeros planteamientos de intervención, allá por los años '70 del siglo pasado, tanto en Estados Unidos como en Europa, eran meramente rehabilitadores, centrados en el niño con patología, y generalmente debidos a déficits en el cociente intelectual. En esos momentos se hablaba de Estimulación Precoz. No obstante, todos estos planteamientos y denominaciones comenzaron a variar hacia la mitad de los años ochenta, cuando se empezó a hablar de detección, prevención, equipos, entornos,...

Los motivos de este cambio, tienen que ver, por un lado, con la concepción que desde la OMS se propuso como Salud, considerándola como "un estado completo del bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad o incapacidad" (OMS, 1985). De esta concepción se pueden extraer varias conclusiones, como señalan Juan-Vera, Pérez-López y Estévez (2006):

- La promoción de la salud no afecta sólo a personas enfermas, sino a toda la población.
- Se pretende influir en las causas.

- Esta perspectiva combina métodos y enfoques distintos.
- Se orienta a que todos participen.
- Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel importante en la promoción de la salud.

Por otro lado, los cambios que se inician dentro de la psicología moderna del desarrollo humano, donde alrededor de la segunda mitad de los años '70 del siglo pasado aparecen modelos conceptuales que rompen muchos de los planteamientos teóricos anteriores, y que se convierten, a partir de los años noventa, en un referente obligatorio para la Atención Temprana. Esto resulta evidente en dos casos: con el modelo Ecológico, planteado por Bronfenbrenner (1979), y con el modelo Transaccional, de Sameroff y colaboradores (1975, 1990, 2000). A partir de estos momentos, y con las influencias señaladas, la intervención deja de estar enfocada exclusivamente en el propio niño, y se amplía al resto de los contextos en los que éste se desarrolla.

Además, desde la medicina, y más concretamente desde la neurología, el Dr. Katona, del Instituto Pediátrico de Budapest (MILLÁ y MULAS, 2005) fundamenta la neurohabilitación o rehabilitación temprana en la plasticidad del cerebro desde los primeros meses de vida, basándose en la activación y funcionalidad de las estructuras del sistema nervioso central (SNC). Las lesiones tempranas de las estructuras nerviosas o la privación de la estimulación sensorial procedente del ambiente pueden comprometer la maduración neuropsicológica, por lo que se hace decisivo aprovechar la plasticidad neuronal de los estadios precoces, para optimizar el desarrollo posterior (MULAS y HERNÁNDEZ, 2005).

Todas estas circunstancias hacen que se genere un clima óptimo para abandonar la denominación de Estimulación Precoz e introducir el concepto de Atención Temprana. En este sentido, en España, un grupo de profesionales inician la redacción del denominado *Libro Blanco de la Atención Temprana*, al cual nos adscribimos, y que actualmente nadie discute como máximo referente a nivel nacional. En esta obra, la Atención Temprana se define como:

*“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 considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (GAT, 2000, 13).*

Como se puede observar en la definición, los cambios que se estaban desarrollando tanto en el campo de la psicología, de la medicina y la educación, como social y culturalmente, generaron un “caldo de cultivo” óptimo para que la Atención Temprana no se encorsetara en un concepto meramente rehabilitador, sino que, apoyándonos en estas bases conceptuales, pudiéramos ampliar su ámbito de actuación y por tanto su conceptualización.

Esta evolución del concepto de AT se ha visto reflejada en varias máximas o implicaciones para la intervención:

- La intervención no es sólo sobre el niño, sino que todos sus entornos: familiar, sanitario, escolar y social, han de ser trabajados para poder optimizar el desarrollo de un niño.
- Es sumamente importante que tanto los agentes educativos básicos (padres y/o tutores), como los psicólogos, pedagogos, pediatras, neuropediatras, trabajadores sociales, maestros, logopedas, fisioterapeutas... y todas aquellas personas, organismos e instituciones que tengan relación con el niño, estén en conexión y planifiquen los mismos objetivos y planteamientos educacionales.
- Los niños susceptibles de atención no sólo son los niños con trastornos en su desarrollo, sino que igualmente lo son los niños de riesgo, y la población en general. Concepto éste innovador y que apenas se está desarrollando.
- La intervención no es sólo incidir en una sala de tratamiento, en niños con trastornos en su desarrollo o de riesgo, sino también detectar precozmente cualquier tipo de problemática (social, biológica...), y sobre todo intentar prevenir cualquier tipo de situación que pudiera llegar a ser problemática, un embarazo de riesgo, un neonato con inadecuado peso para la edad gestacional (PEG), un colectivo socialmente desfavorecido (gitanos, drogadictos, inmigrantes...).
- El desarrollo del niño no se basa simplemente en un mero cociente intelectual. Su diagnóstico no es una mera tarea de aplicación de pruebas objetivas o psicométricas, donde la inteligencia se mide a través de unas puntuaciones cognitivas, que son las únicas que indican el desarrollo de un niño/a. Sino que, como señalan Hay y Breiger (2000), se deben cubrir áreas tan diversas del desarrollo del niño como la cognición, el funcionamiento adaptativo, la conducta, el funcionamiento social y el estado emocional del niño/a (en BUCETA, PÉREZ-LÓPEZ y BRITO DE LA NUEZ, 2004), además de las condiciones y características familiares y sociales.

En definitiva, con los más de cuarenta años transcurridos desde la puesta en marcha de la Atención Temprana, creemos que ya ha llegado el momento no sólo de plantearnos qué estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo, sino, y sobre todo, dónde lo estamos haciendo.

Todos estos cambios en la concepción de la Atención Temprana, evidentemente, también han repercutido en la creación de unos nuevos centros de intervención para la praxis de la Atención Temprana, a los que se ha denominado Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT).

### ***Breve reseña histórica (de los Centros de Estimulación Precoz –CEP– a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana –CDIAT–)***

Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana son el resultado de la evolución natural del concepto de Estimulación Precoz a Atención Temprana, como puede desprenderse de lo destacado anteriormente.

Según el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, los CDIAT son “servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0 a 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlo” (GAT, 2000), y que en las *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*, se redefinen como “servicios autónomos, gratuitos, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y sectorizados” (GAT, 2005).

Si asumimos, por consenso, este concepto de Atención Temprana y los CDIAT como servicios que ponen en práctica esta disciplina, podríamos pensar que el desarrollo de este tipo de recursos ha sido homogéneo y que, al día de hoy, tanto en España como en el resto de Europa, serían servicios implementados de igual manera o de formas muy afines. Sin embargo, como bien plantea Soriano (2003), esto no es exactamente así. Es cierto que existe un nexo de unión, como puede ser el hecho de que se intervenga con la población infantil de cero a seis años, con la familia y el entorno, y que se tienda a asegurar una mayor:

- *Disponibilidad*, esto es, que se pueda asegurar que todas las familias puedan solicitar el recurso y que obtengan la misma calidad.
- *Proximidad*. Es decir, que exista igualdad entre las áreas rurales y urbanas.
- *Asequibilidad*. Que sean servicios gratuitos o con el menor coste para la familia.

- *Trabajo interdisciplinario.* Los profesionales que trabajan en el centro poseen distinta formación, pero existe un intercambio de información y de objetivos entre los profesionales.
- *Variedad de servicios.* Participación de los tres servicios implicados en la intervención desde la Atención Temprana: Sociales, Sanitarios y Educativos.

Sin embargo, en los distintos países europeos tanto como en las diversas comunidades autónomas españolas, existe una gran variedad de tipos y centros de intervención, cuya única vinculación sería unir las distintas funciones de los profesionales y planificar su trabajo en función de los deseos y necesidades de las familias. Como la provisión de servicios no es homogénea en todos los países, se hace difícil resumir la complejidad de cada uno de ellos. Así, para tener más información sobre las características de cada país, se puede acceder a la página web de la European Agency for Development in Special Needs Education: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>.

En España, este tipo de centros surgieron alrededor de los años '70, con la denominación de Centros de Estimulación Precoz (CEP), y fueron evolucionando a lo largo de la historia para convertirse en Centros de Atención Temprana (CAT) y, posteriormente, en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Este cambio de denominación ha ido paralelo al cambio epistemológico del concepto de Estimulación Precoz al de Atención Temprana, que ya hemos comentado anteriormente.

El Plan de Prevención de la Subnormalidad (1978-1982), y posteriormente la ambigüedad de la LISMI, no aportaron grandes cambios en Atención Temprana. Sin embargo, fue en el año 1984 cuando se produjo el gran avance. El antiguo INSERSO puso en funcionamiento, en nueve ciudades españolas, los Servicios de Estimulación Precoz en los Centros Base, y es a partir de aquí cuando se empiezan a implantar este tipo de servicios, con ritmos diversos, dependiendo de las transferencias de competencias a cada comunidad autónoma, hecho que gestó un panorama diverso en cada una de ellas.

## ***Panorama actual de los CDIAT***

La creación y evolución de los CDIAT ha sido también paralela al progreso de otros servicios e instituciones que desde los ámbitos sanitario, social y educativo se han ido gestando en las diversas comunidades autónomas, cuyas dependencias administrativas y legislativas son muy diversas. Este hecho ha generado diferentes

modelos de centros, si bien todos ellos tienen un mismo objetivo, siguiendo los planteamientos del *Libro Blanco*, es decir, atender a todos los niños de entre 0 y 6 años, con problemas en su desarrollo o riesgo de padecerlo, a la familia y al entorno mediante un modelo bio-psico-social, llevado a cabo por un equipo interdisciplinar.

Por definición, deberían ser, por la función social que desempeñan, un servicio público y gratuito para todos aquellos que necesitaran utilizar este recurso, pero evidentemente no siempre es así. Existen centros cuya titularidad se adscribe a organizaciones no gubernamentales (ONG); otros, quizás la mayoría, son dependientes de asociaciones de padres; otros están adscritos o son titularidad de ayuntamientos; también existen de titularidad privada; y, los menos, están vinculados a universidades.

Pero estos tipos de centros tienen algo en común:

- Población atendida.
- Intervención familiar y a los distintos entornos.
- Espacio propio.
- Equipo multidisciplinar, con un claro enfoque interdisciplinar o transdisciplinar.
- Coordinación con los diversos recursos, sociales, educativos y sanitarios.

Los CDIAT han pasado de ser servicios meramente rehabilitadores a –como bien comenta Millá (2003)– ser centros donde se lleva a cabo un proceso integral cuyo objetivo final sería conseguir un desarrollo armónico de los niños con trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo y de su familia.

Para no faltar a la verdad, hemos de señalar que en España todavía existen muchos centros denominados Centros de Atención Temprana, término que esperamos que quede obsoleto en breve espacio de tiempo, para unificarse con la denominación de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Como bien se indica en las *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana* (GAT, 2005), se hace necesario impulsar una Red Estatal de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, como servicios públicos (de titularidad pública o concertados), autónomos, gratuitos, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y sectorizados, de manera que se presente una situación homogénea en todo el Estado.

Si partimos de la base de la igualdad de oportunidades que nos reconoce por derecho la Constitución Española (1978), y ya con anterioridad la ONU, en su

artículo 1º de los Derechos del Niño, donde se explicita que “los derechos del niño serán reconocidos para todos sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición ya sea del propio niño o de su propia familia” (1959), se hace prioritario que todos y cada uno de los niños con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlo tengan los mismos derechos y las mismas oportunidades.

### ***Funcionamiento de un CDIAT***

Hemos argumentado que hasta estos momentos no existe un modelo único de centro, aunque sí unos objetivos comunes; este hecho es el que nos permite que planteemos un modelo de base generalista y que intente en mayor o en menor medida amparar a todos los CDIAT que existen en España actualmente. Los centros siguen, como bien indica el LBAT (GAT, 2000), una línea básica, que comprende una valoración inicial, la intervención terapéutica, la evaluación, el seguimiento y la derivación. Estas actuaciones se ponen en marcha gracias a la composición de equipos formados por profesionales de distintas disciplinas y la coordinación de los diferentes ámbitos que configuran la Atención Temprana.

El equipo de profesionales que componen un CDIAT tiene un carácter interdisciplinar o transdisciplinar y es de orientación holística; es decir que comprende en su intervención a todos los aspectos bio-psico-sociales del niño, a la familia y a su entorno. La labor que deben llevar a cabo estos equipos supone trabajar en coordinación, y con distintos enfoques.

Todos los profesionales intervienen, en mayor o en menor medida, en todo el proceso que se desarrolla en un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Todos ellos tendrán una formación altamente cualificada en Atención Temprana, con titulaciones medias o superiores en áreas del conocimiento social, educativo o sanitario, y con posterioridad formados a través de cursos o másters especializados en Atención Temprana; pero sin olvidar que en esta disciplina se hace necesaria la formación continua, dados los cambios a los que se ha visto sometida. Por tanto, esto debería ser requisito imprescindible para poder seguir funcionando como un equipo altamente cualificado y con la responsabilidad de mejorar la calidad de vida de un niño con trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlo, de su familia y del entorno, de manera que los CDIAT pudiesen ofertar las mejores intervenciones posibles para la población con necesidades de Atención Temprana.



La composición del equipo puede variar dependiendo del modelo de actuación que elija el centro, pero básicamente estará formado por:

- Psicólogo.
- Pedagogo.
- Técnico en Atención Temprana.
- Logopeda.
- Fisioterapeuta.
- Terapeuta Ocupacional.
- Psicomotricista.
- Trabajador Social.

Cada uno de estos profesionales actuará, en mayor o menor medida, dependiendo de las características y necesidades del niño, de la familia o del entorno.

Hasta ahora, y en todo momento, hemos hablado de intervención, y seguiremos planteándola como cualquier tipo de actuación que se realice sobre el niño, la familia y el entorno, pero debemos aclarar que ésta se puede realizar no sólo desde el momento que exista una demanda, sino que los CDIAT ahora también pueden hacerlo desde un enfoque preventivo, sobre todo desde la prevención primaria, donde se desarrollen programas de sensibilización a toda la población en general, para evitar posibles situaciones de riesgo. En este sentido, no debemos considerar la definición de riesgo que en el ámbito de la AT plantea Rosseti (1986), según la cual:

*“Un niño de riesgo es aquel que debido a un bajo peso al nacer (< 2.500 gr.), prematuridad (< 37 semanas de gestación), la presencia de graves complicaciones médicas, o condiciones ambientales adversas, tiene una probabilidad mayor que el promedio de padecer un retraso evolutivo, un déficit cognitivo, motor, sensorial, comunicativo, afectivo, social o conductual posterior, o una combinación de ellos” (p. 3).*

Por el contrario, nosotros planteamos una definición de riesgo más completa. Como señala Brito de la Nuez (2004), desde el ámbito de la salud mental, y en un sentido general, un riesgo es cualquier factor o circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona presente posteriormente una deficiencia o

alteración en su capacidad de comunicación, motriz, sensorial, cognitiva, afectiva, de conducta o una mezcla de ellas. Suponemos, además, que la interacción de estos factores de riesgo se suele dar como un proceso dinámico que potencialmente puede modificar, en cualquier momento, el estado evolutivo de la persona.

Con estos principios, el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana se convierte en un generador de recursos no sólo para el niño con algún tipo de problemática o para su familia o para el entorno (de ese propio niño), sino para el entorno histórico-social en el que se encuentra enclavado el centro.

Quizá ésta sea una de las intervenciones más novedosas que pueda llevar a cabo un CDIAT, aunque en estos momentos no entraremos a analizar si realmente son actuaciones generalizadas en los distintos centros.

Finalmente, antes de exponer el trabajo propiamente desarrollado desde un CDIAT en cuanto al niño, la familia y el entorno, queremos apuntar, como hemos comentado, una labor fundamental que se debe llevar a cabo en estos centros. Nos referimos a la prevención, pero para poder ejecutar todas y cada una de sus funciones se necesita, como bien desarrolla la *Guía de Estándares de Calidad de Atención Temprana* (PONTE MITTELBRUN, 2004), una serie de condiciones de las que destacamos las siguientes:

- Se debe mantener un organigrama de gestión y administración que permita conseguir los objetivos establecidos.
- Los recursos técnicos del centro deben integrarse en un equipo interdisciplinar.
- La dirección y coordinación debe contar con un proyecto general de actividades anuales, que cuente con unos estándares de resultados que permitan la evaluación de los logros obtenidos.
- El centro registrará periódicamente el grado de satisfacción de sus profesionales.
- Los profesionales del centro participarán periódicamente en proyectos de evaluación relacionados con la Atención Temprana.
- El CDIAT dispondrá de unas normas básicas públicas en las que se especifican los servicios que se ofrecen y los usuarios que se pueden beneficiar de ellos; además de explicitar la entidad responsable, los profesionales que participan, la ubicación, horarios y medios de contacto.

- Uno de los objetivos básicos será la sensibilización a la población general.
- Es básico establecer unos criterios mínimos de calidad en Atención Temprana, y establecer medidas de valoración de los recursos y procedimientos utilizados.

En resumen, hasta ahora hemos realizado un planteamiento básico de quiénes componen un centro y de las líneas principales de actuación. Como se ha podido apreciar, ya no hablamos sólo del niño patológico, ni siquiera de su Escuela Infantil o colegio, de su familia, de las limitaciones que presenta el niño, de sus capacidades, de sus posibilidades, etc., sino que hemos ido más allá: estamos planteando que el CDIAT se debe ocupar de colaborar en actuaciones de promoción de la salud; en definitiva, de ser capaces de cumplir lo expuesto en la Declaración de los Derechos del Niño publicada hace ya más de cincuenta años.

Los CDIAT hoy deben ser, y en muchos casos ya lo son, espacios físicos donde un equipo multidisciplinar trabaja con una metodología interdisciplinar, alrededor de un espacio común y con un tiempo compartido, para conseguir que los niños con trastornos en su desarrollo o de riesgo, sus familias y sus entornos educativos, sociales y sanitarios, sean capaces de obtener un equilibrio lo más ajustado a las capacidades y a las necesidades de cada individuo.

El trabajo del CDIAT con el niño se inicia en el mismo momento que se demandan nuestros servicios, y por lo general, se realiza desde una prevención secundaria (detección precoz) o terciaria (intervención sobre las patologías), según sea el caso.

La intervención comienza cuando se recibe la solicitud por parte de la familia o por parte de cualquier profesional o institución. Esta intervención consta de varias partes: valoración inicial, diagnóstico o evaluación, planteamiento de la necesidad de tratamiento o no con el niño, y la consiguiente decisión por parte de la familia de trabajar en el CDIAT, seguimiento, coordinación y derivación cuando fuese necesaria.

## ***Fases de la Intervención en un CDIAT***

### ***Proceso de evaluación en un CDIAT***

La intervención con un niño/a y su familia se inicia en el primer momento en el que algún miembro de la familia o profesional se pone en contacto con el centro con una demanda de valoración. Estos primeros instantes son primordiales para

la consecución de nuestro objetivo, una mejora en la calidad de vida del niño/a y de su familia. Es esencial obtener la máxima información por parte del centro, para proporcionar la proximidad, la no tardanza en la atención, y la máxima atención a sus demandas; pero sobre todo mantener una actitud de escucha hacia las preocupaciones familiares, sin imponer ni juzgar, solamente intentando comprender, ya que como bien plantean De Linares y Rodríguez (2004), “las necesidades más importantes de las familias son aquellas que son identificadas por ellas mismas, no las identificadas por los profesionales”.

### *1. Recogida de información*

En esta fase deberemos recoger la máxima información posible: informes médicos, escolares, de otros profesionales, entrevistas con las fuentes de derivación, posibles diagnósticos etiológicos, sindrómicos o funcionales, problemas presentados y razones de la derivación. Todo esto es importante, para tener la máxima información antes de ver al niño. Pero no debemos olvidarnos que ante todo está la información informal (espontánea, natural) que nos puedan dar los padres. En este sentido, hemos de descubrir las prioridades que muestra la familia (nos ayudarán los cuestionarios de preguntas abiertas, a las que los padres puedan responder libremente); para ello será importante que elijamos el dónde y el cuándo. Es decir, necesitaremos tiempo y un ambiente cálido en el que se sientan acompañados.

Deberemos recoger información del niño sobre sus habilidades cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje. Necesitaremos conocer sus niveles de dependencia y de posibilidades. Tendremos que saber la edad, el nivel de atención, el bienestar emocional; el contexto externo (ambiental y socio-cultural) e interno (creencias y valores) en los que se desarrolla el niño.

Todos estos datos son fundamentales para una adecuada evaluación del niño, se recogerán en varias entrevistas con la familia, tantas como se necesiten, tanto de carácter formal como informal, y se realizarán a lo largo de la valoración del niño/a.

### *2. Resumen de los primeros datos*

El equipo deberá reunirse para reflexionar sobre qué niño, familia o entorno estamos evaluando, el dónde, el cómo, el porqué,... A partir de estas preguntas podemos realizar una anamnesis, identificar las fortalezas y problemas que presenta el niño, las habilidades y procesos que posee, identificar las demandas contextuales y de actividad que influyen en su actividad. Si no realizamos un

análisis exhaustivo del porqué de la necesidad de Atención Temprana, quizá nunca podamos alcanzar ninguna respuesta que satisfaga las demandas que tenía la familia cuando llegó al CDIAT. Una vez efectuada la reflexión conjunta sobre estos aspectos, necesitaremos distribuir los roles de los profesionales, seleccionar y preparar los instrumentos objetivos que nos permitan situar al niño con respecto a su grupo de iguales y poder conocer la necesidad o no de intervención, así como su intensidad y amplitud.

### *3. Evaluación sistemática del niño, familia o el entorno*

Una vez analizados los datos básicos del niño, plantearemos una evaluación con distintos instrumentos y desde los distintos contextos, en función de las primeras hipótesis establecidas. La aplicación de estas técnicas nos aportará información correspondiente al funcionamiento general y específico del niño, tanto a nivel físico, como mental o emocional; todas las aportaciones que se recojan más la documentación recogida en los procesos anteriores serán decisivos para confirmar o no las hipótesis diagnósticas en cuanto a su diagnóstico funcional. Los instrumentos a utilizar en estos momentos son diversos, y variarán en cuanto a la edad del niño, a sus limitaciones, capacidades,... Serán escalas de desarrollo, pruebas de inteligencia, screening de determinadas patologías, pruebas específicas de lenguaje, conductuales, de alimentación,...

Las técnicas de evaluación no se centrarán sólo en el niño/a, sino que deberán, también, de realizarse sobre la familia y el entorno. Pruebas referentes al nivel de estrés de los padres, escalas para medir la satisfacción global de éstos, escalas para evaluar el entorno familiar y social...

### *4. Elaboración de hipótesis diagnósticas y del plan de intervención*

Una vez analizados todos los datos obtenidos, formales e informales, el equipo interdisciplinar formulará una hipótesis diagnóstica, preferentemente de carácter funcional, que incluya o coordine las características cualitativas y cuantitativas del trastorno del niño y de los contextos donde interactúa. Esto constituirá la base para comprender la realidad del niño, de su familia y de su entorno, y se hace imprescindible para objetivar y planificar la intervención.

La elaboración de un diagnóstico funcional es compleja, pero es prioritaria, y debe existir el mayor consenso posible entre los miembros del equipo, así como utilizar un lenguaje común.

### *5. Devolución de la información y propuesta de intervención*

Se realizará por escrito, a través de un informe que se ofrecerá en una entrevista con los padres. La reunión se llevará a cabo en un clima de confianza y tranquilidad, donde los padres se sientan acogidos y con la predisposición para compartir la información y las dudas que se puedan plantear. El lenguaje se adaptará en todo momento a los niveles socio-culturales de la familia para que puedan entender todo lo que se plantee.

La propuesta de intervención se realizará en base a toda la información obtenida del niño, la familia y el entorno. Se temporalizarán los objetivos propuestos, los procedimientos y métodos de evaluación, se describirán los materiales y las necesidades de cada caso. Una vez finalizado este primer momento del proceso, los padres “tendrán el derecho y el deber de decidir por sus propios hijos”, y decidirán junto con el equipo de profesionales del CDIAT la mejor intervención posible.

La intervención no será igual en todos los casos, ni todo el equipo participará siempre, ni se deberá llevar a cabo en todos los casos en el centro. Habrá niños que requieran una atención domiciliaria, otros un seguimiento mayor en el centro educativo, otros necesitarán de una coordinación intensiva médica, otros de un apoyo emocional a los padres, otros de una asistencia al centro con una periodicidad de varios días a la semana, o de un solo día, también pueden haber casos de seguimiento de una vez al mes o cada tres meses,... Puede haber tantas situaciones como niños, familias y entornos. Por todo ello, los profesionales del equipo participarán en un grado o en otro dependiendo de todas estas necesidades.

Las sesiones de tratamiento no se quedarán reducidas a la atención de un niño por parte de un profesional, sino que se podrá trabajar también en grupos reducidos; y las familias no sólo tendrán apoyo terapéutico en el despacho, sino que se generarán escuelas de padres con el objeto de consolidar pautas específicas de formación en determinadas áreas, y de compartir experiencias con otros padres en situaciones parecidas a las suyas, así como colaborar con el profesional en el trabajo individualizado con el niño.

### *6. Evaluación, seguimiento y derivación*

La evaluación, tal como la hemos defendido hasta estos momentos, es un proceso integral, a partir del cual se evalúa de manera informal y formal tanto al niño como a su familia y al entorno, con un marco claramente bio-psico-social. Se realizará en el momento de la recepción, y de forma continuada a lo largo de todo

el año, de manera que podamos ir verificando la evolución de la situación y que la familia esté en todo momento informada. Siempre se realizará en los mismos términos que la evaluación inicial.

La función de un CDIAT finaliza en el momento en el que se considere que se han conseguido los objetivos que nos habíamos planteado, o bien que por edad o por otras razones, ha finalizado su atención en el centro. En estos momentos, se volverá a realizar una valoración con su informe correspondiente, para que los padres estén informados y para que los equipos de profesionales que asuman la intervención a partir de los seis años conozcan al niño y a su familia y estén documentados acerca de su evolución en el CDIAT.

### ***Presente y futuro de los CDIAT***

Hemos expuesto lo que en principio debe ser un CDIAT, y hemos planteado que todos los centros con la misma denominación no funcionan igual. Estas descripciones las hemos efectuado sobre un modelo base o ideal de centro, siguiendo los criterios del *Libro Blanco de la Atención Temprana* y las *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*.

En la actualidad, existe una gran variedad de centros, que en un primer momento podría venir determinada por las distintas políticas existentes en cada administración autonómica. A primera vista, ésta podría ser una buena explicación, pero que no justifica las diferencias que existen dentro de cada autonomía.

Estamos convencidos de que con la publicación del LBAT se consiguió unir a diversos profesionales al amparo de un paraguas que nunca habían tenido. Desde el año 2000, los centros han ido creciendo y desarrollándose dependiendo de la directriz técnica que en ese momento asumiera la dirección de estos centros.

Pero el futuro aún es incierto; dependerá en parte de los compromisos que los técnicos asuman para aunar esfuerzos, y de que se haga realidad que las intervenciones coordinadas de la Atención Temprana son el fundamento de los CDIAT. Si se logra una coherencia en el funcionamiento de estos centros, se conseguirá la regulación de los mismos de manera estatal, para garantizar la igualdad y el derecho de oportunidades de los niños con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlo y de sus familias.

## **Conclusiones**

Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana son el lugar idóneo para poner en práctica el modelo de intervención expuesto en el *Libro Blanco*; donde el niño, la familia y el entorno son objeto de intervención, realizado por un equipo de carácter inter o transdisciplinar. Las intervenciones serán tan variadas como distintas las problemáticas a las que nos enfrentemos. La heterogeneidad de políticas administrativas no sólo explica la diversidad de centros, sino los planteamientos técnicos de base. Debemos seguir luchando por hacer realidad que los CDIAT se conviertan en “servicios públicos, autónomos, gratuitos, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y sectorizados”, como bien se plantea en las *Recomendaciones Técnicas* (GAT, 2005). Para ello se hace prioritaria la formación continua de los profesionales y la investigación. Elementos imprescindibles para el buen hacer de los centros.

Que se realice no sólo una intervención terapéutica, sino también preventiva, implicar tanto a los sectores sociales, sanitarios y educativos, encontrarnos con nuevos modelos de familia, movimientos migratorios,... hace que también se haga necesario tener un modelo base de CDIAT que pueda ayudar a hacer realidad los Derechos del Niño, y fomentar una mejora en la calidad de vida durante la infancia y en sus familias.

## **Referencias bibliográficas**

- BRITO DE LA NUEZ, A.G. (2004). “Prevención en el ámbito de las poblaciones de riesgo biológico”. En J. Pérez-López y A.G. Brito de la Nuez (Comps.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 85-102). Madrid: Pirámide.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press. (Traducción castellana en 1987: *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós).
- BUCETA CANCELA, M.J., PÉREZ-LÓPEZ, J. y BRITO DE LA NUEZ, A.G. (2004). “Evaluación y pruebas de evaluación infantil aplicadas a la atención temprana”. En J. Pérez-López y A.G. Brito de la Nuez (Comps.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 135-154). Madrid: Pirámide.
- BUGIÉ, C. (2001). “Conceptos de trastornos en el desarrollo. Aproximación a su prevalencia”. *Revista conmemorativa X Aniversario de la Asociación Catalana de Atención Precoz*.
- BUGIÉ, C. y LORENTE, I. (2003). “Diagnóstico en Atención Temprana”. *Minusval. Nº Especial*, 38-47.



- DE LINARES, C. y RODRÍGUEZ, T. (2004). "Bases de la Intervención Familiar en Atención Temprana". En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.), *Manual de Atención Temprana*, (pp. 333-351). Madrid: Pirámide.
- EZPELETA, L. (2005). "Prevención en Psicopatología del desarrollo". En L. Ezeleta (Ed.), *Factores de riesgo en Psicopatología del desarrollo* (pp. 3-20). Barcelona: Masson.
- GAT (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000.
- GAT (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000.
- HAY, A. y BREIGER, A.G. (2000). "Psychological assessment and the interdisciplinary team". En M. Guralnick (Ed.), *Interdisciplinary Clinical Assessment of young children with Developmental Disabilities* (pp. 183-199). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.
- JUAN-VERA, M.J., PÉREZ-LÓPEZ, J. y ESTÉVEZ, C. (2006). "La formación de padres como herramienta de prevención primaria en Atención Temprana". *Revista de Atención Temprana*, 9, 95-103.
- MILLA, M. G. (2003). "Atención Temprana: Definición y objetivos". *Revista Minusval.*, Número Especial Atención Temprana, Marzo 2003, 48-51.
- MILLÁ, M.G. y MULAS, F. (Coords.) (2005). *Manual de Atención Temprana*. Valencia: Promolibro.
- MULAS, F. y HERNÁNDEZ, S. (2005). "Neurodesarrollo y fundamentos anatómicos y neurobiológicos de la Atención Temprana". En M.G. Millá y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 3-22). Valencia: Promolibro.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington DC, EE.UU.
- PALACIOS, J., MARCHESI, A. y COLL, C. (2004). *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- PÉREZ-LÓPEZ, J. (2004). "Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana". En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 27-44). Madrid: Pirámide.
- PÉREZ-LÓPEZ, J. (2006). "Prevención y programas de prevención en Atención Temprana". *Ponencia verbal en Universidad Internacional del Mar*. Lorca.

- PÉREZ-LÓPEZ, J. y BRITO DE LA NUEZ, A. G. (Coords.) (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- PONTE MITTELBRUN, J. (2004). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. Madrid: IMSERSO.
- ROSSETTI, L.M. (1986). *High risk infants: Identification, assessment and intervention*. Londres: Taylor and Francis.
- SAMEROFF, A.J. y CHANDLER, M.J. (1975). "Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty". En F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek y G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- SAMEROFF, A.J. y FIESE, B.H. (1990). "Transactional regulation and early intervention". En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.
- SAMEROFF, A.J. y FIESE, B.H. (2000). "Transactional regulation: The developmental ecology of Early Intervention". En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention. Second Edition* (pp.135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- SORIANO, V. (2003). *Atención Temprana: Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Comisión Europea: D.G. de Educación, Formación, Cultura y Bilingüismo.
- VV.AA. (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Situación actual y Documentos del grupo Padi*. Genysi.