

ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ESPAÑA

María Auxiliadora Robles-Bello y David Sánchez-Teruel

Universidad de Jaén

Este artículo pretende destacar un ámbito de trabajo de la Psicología Clínica que se ha convertido en una disciplina propia de actuación en la población infantil, para ello se trata de esclarecer el concepto actual de atención temprana y su estructuración territorial vigente en nuestro país. Comenzamos por una definición general de la atención infantil temprana, se continúa especificando los inicios de la atención temprana en España y sus pioneros para finalizar planteando como se estructura este servicio en las diversas Comunidades Autónomas, y en particular en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Palabras clave: Atención temprana, infancia.

This paper seeks to highlight a scope of work of the Clinical Psychology that has become a discipline of performance in the child population, to do so, it is best to clarify the current concept of early attention and its structuring territorial force in our country. We start with a general definition of the early child care, continued by specifying the beginning of the early intervention in Spain and its pioneers to finish raising questions about how you structure this service in the various Autonomous Communities, and in particular in Andalusia.

Key words: Early intervention, Childhood.

Es bien sabido que los primeros años de vida en el ser humano son cruciales para un adecuado desarrollo biológico, psicológico y social de la persona (San Salvador, 1998). Se dice que las experiencias que vivimos en los primeros años de nuestra vida nos marcan para siempre (Alonso, 1997). De ahí, que sea de especial importancia un conocimiento exhaustivo sobre esta etapa infantil del desarrollo del ser humano. Sobre todo, cuando existen ciertos indicios que informan de la existencia de trastornos congénitos, metabólicos, madurativos o de cualquier otra índole o posible riesgo de padecerlos. De hecho, una atención e intervención precoz mejora, en gran medida, las posibilidades de desarrollo biopsicosocial de estos niños y niñas.

Hoy día la Atención Temprana (de ahora en adelante AT) aún se está constituyendo como disciplina científica, podemos remontarnos a sus comienzos en el siglo XX cuando se inicia una atención especial a sujetos que presentan algún tipo de déficits, pero si nos referimos a la AT como la entendemos hoy, deberíamos considerarla sólo desde los últimos 30 años.

En un principio, y gracias a diversos autores que estudiaban las etapas evolutivas del ser humano, se comenzó a dar importancia a la primera etapa del desarrollo, propiciando que se observara de una forma diferente a

las personas con discapacidad (Candel, 2005). Así en los inicios de la AT se aportaba asistencia, rehabilitación y terapias de tipo compensatorio a personas con discapacidad, mientras que en los últimos 30 años se ha sustituido este modelo asistencial por otro de carácter preventivo (Pons, 2007). Así, no se trata de intentar evitar que esos déficits interfieran en la vida del niño, sino de evitar su aparición o actuar sobre factores biológicos o situaciones de privación socioambiental que pudieran provocar la aparición de dichos déficits. Comienza a trabajarse desde una perspectiva multidisciplinar y con la firme creencia de que los niños con estos déficits pueden desarrollar una vida útil e integrarse perfectamente en la sociedad, siempre y cuando reciban las atenciones específicas y necesarias.

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 han mostrado síntomas o no han sido diagnosticados. Son medidas de carácter universal, dirigidas a toda la población y con la intención de proteger la salud. En cuanto a 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. Finalmente, en cuanto a la prevención terciaria que pre-

Correspondencia: María Auxiliadora Robles-Bello. Departamento de Psicología. Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. 23071 Jaén. España.

E-mail: marobles@ujaen.es

tende disminuir la incidencia de las discapacidades crónicas de una población, procurando disminuir al máximo posible la invalidez causada por una enfermedad; en AT dirige sus actuaciones a minimizar las consecuencias y secuelas de un déficit o enfermedad, una vez que ya ha sido diagnosticada. Se intentan paliar las consecuencias derivadas de trastornos o patologías metabólicas, neurológicas, genéticas o evolutivas del niño.

Sin embargo, todavía hoy día sigue existiendo una cierta discrepancia a nivel científico sobre la conceptualización exacta de la atención infantil temprana y que consiste exactamente la atención que reciben niños y niñas dentro del paraguas de la intervención infantil temprana que se realiza en nuestro país. La AT desde sus inicios ha sido un campo controvertido en cuanto a su valoración sociopolítica (nunca para un concepto hubo tanta legislación que clarifique tan poco), en cuanto a los sujetos a los que debe atender (amplio abanico de edad que varía de una comunidad a otra), y también respecto a sus estrategias de intervención. No es hasta mediados de los años ochenta cuando se intensifica la preocupación y se llega a un cierto consenso entre los profesionales implicados. Actualmente se acepta que 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/a.

CONCEPTO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Actualmente se utiliza el concepto de AT, que sustituye al originario de estimulación precoz, que es como inicialmente se llamó a este tipo de intervenciones. Su finalidad fundamental era el tratamiento del niño/a que tenía alguna deficiencia física, psíquica o sensorial, y que aparecía en los inicios de la vida, con lo cual el término estaba muy ligado al de tratamiento de la discapacidad. Las intervenciones se basaban en un modelo clínico. Es por lo que la mayoría de los tratamientos se centraban en métodos conductuales estructurados para poder enseñar al niño/a nuevas habilidades (De Linares y Rodríguez, 2004). La aplicación de modelos teóricos, dentro de la Psicología, como el ecológico y el transaccional, a ámbitos psicoeducativos y las aportaciones de la psicología social, hace que el niño/a sea visto como el resultado de un complejo proceso de interacciones entre el organismo y el ambiente. Hoy es innegable la influencia sobre el niño/a de variables de gran relevancia como el estado emocional de la familia, los apoyos so-

ciales, etc, que van a hacer que el concepto de AT cambie de manera significativa.

Hoy en día 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), sería el que sigue: *"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 interdisciplinaria o transdisciplinaria"*.

En consonancia con el cambio conceptual, existe la necesidad de contemplar un conjunto de actuaciones dirigidas al niño/a 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. Desde la neurología se fundamenta lo que se denomina neurohabilitación o rehabilitación temprana, en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de vida, sobre la base de la activación y aprovechamiento funcional de todas las estructuras del sistema nervioso central que conserven su funcionalidad normal, e incluso de aquellas que presentan funciones incompletas en relación con el daño cerebral. La eficacia de los programas de AT se basa, entonces, 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 es tanto más eficaz cuanto más temprana sea, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales en respuesta a la estimulación del ambiente (Pérez-López y Brito, 2004). Gracias a todas estas disciplinas en las que se fundamenta la AT se obtienen las herramientas necesarias 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).

En la década de los noventa surge por primera vez el

concepto de "Atención Temprana". Según Candel (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. Deja de verse al niño como algo pasivo y se cree en la plasticidad cerebral del sistema nervioso (GAT, 2005), concluyendo de este modo, que el proceso de maduración del cerebro no finaliza con el nacimiento del niño, sino que continúa desarrollándose durante un tiempo, siendo además susceptible de modificación a base de un duro trabajo y esfuerzo (Gútiérrez, 2005). Es en este momento cuando también se comienza a dar importancia a los factores ambientales del niño, creyendo que la escasez de recursos pudiera influir en el desarrollo de un posible déficit.

Durante los años 90 comienza a afianzarse la actividad de la AT gracias a diferentes estudios e investigaciones desde diferentes ámbitos, surge el concepto que se utiliza en la actualidad y que fue consensuado por distintos profesionales en la materia y plasmado en la obra del «Libro de Atención Temprana» (GAT, 2005). Siendo dicha obra un referente para todos los sectores implicados en la AT: asociaciones, profesionales, instituciones, investigadores, familiares o cualquiera que esté aventurado a ofrecer una correcta atención a este colectivo. Hoy en día, 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. Los principales objetivos que se pretenden cumplir son: medidas para la prevención, procurar la detección precoz en la medida de lo posible y la intervención enfocada al desarrollo máximo de facultades físicas, mentales y sociales en los niños diagnosticados.

El modelo descrito por el Grupo de Atención Temprana, tiene una serie de características que se enumeran a continuación (Gutiérrez, 2005):

- a) Niño como principal agente de su desarrollo.
- b) Cambio al modelo educativo.
- c) Atención unida a la primera evaluación diagnóstica.
- d) Protagonismo de la familia.
- e) Entornos naturales con actividades significativas.
- f) Importancia del apoyo de un equipo de profesionales (multidisciplinariedad).

El principal objetivo de la AT es favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitándole de forma más completa su integración en el medio familiar,

escolar y social, así como su autonomía personal (Candel, 2005), es por ello que se trabajan áreas como son la cognitiva, autonomía, lenguaje o comunicación, y motora, además de asesorar, orientar e intervenir de manera individual y/o grupalmente con las familias que tienen un hijo con cualquier 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).

COLECTIVO DESTINATARIO DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

En la actualidad, incluye a niños con "Déficit", "Discapacidad" y "Minusvalía", y niños con alto riesgo en los que puede llegar a instaurarse una discapacidad, en general, son incluidos en los programas de prevención primaria dentro de una política general de protección de la infancia, abandonando el modelo en el que la AT el número de sujetos susceptibles de intervención. Esto ha supuesto un gran paso adelante en la calidad de los servicios de AT, el establecer estos tres niveles de intervención en dicha disciplina. En este sentido, resulta importante destacar que no todos los niños que reciben tratamiento de AT presentan discapacidad y minusvalía, según se entiende en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

La AT, como ya se ha comentado, se dirige por tanto a todos los niños/as entre cero y seis años, la edad varía según comunidad autónoma, que manifiestan algún tipo de deficiencia y además se incluyen aquellos niños con alto riesgo biológico, psicológico o social (Gutiérrez, 2005) que pueda afectar a su desarrollo.

El primer grupo 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 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) (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, negligencia



cias, 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 consigue mejorar el desarrollo del infante o, por lo menos, que no se produzca una influencia negativa sobre el desarrollo del mismo.

Durante el período de elaboración del Libro Blanco de la AT, se puso de manifiesto la necesidad de establecer unos criterios específicos de diagnóstico comunes dentro de la AT que, de forma consensuada, nos pudiera permitir 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. A partir de esta constatación se vio la necesidad de crear la

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-Metabopatías. ✓ Cromosopatías 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)	

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/ Drogadicción. 	<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)	



Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (FEAPAT, 2004, 2008), que basándose en clasificaciones internacionales previas, pudiera permitir 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.

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/a, 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/a, en las interacciones con la familia y con las características del entorno. Incluye:

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

El **tercer nivel** debe incluir los recursos distribuidos en tres ejes: referidos al niño/a, a su familia y a su entorno, que se desarrollará en una fase posterior de las ODAT.

Esta ODAT debe ser utilizada por cualquier profesional de cualquier Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana como un instrumento de recogida de información y como clasificación diagnóstica.

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.

LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ESPAÑA

La atención temprana, inicialmente conocida como "estimulación precoz" (San Salvador, 1998), se originó en nuestro país a finales de los años sesenta y hoy día se contempla como un conjunto de actuaciones de reciente instauración. Aunque se puede señalar como pionero de esta actividad al continente americano, prácticamente sur-

ge de forma simultánea en varios países. El primer programa que se estableció institucionalmente fue el «Headstart» (*Westinghouse Learning Corporation's Assessment of Head Start, 1969*), que se basaba en la estimulación temprana del niño con deprivación sociocultural o con alguna deficiencia en la edad escolar. Este programa ya se aplicaba en EE.UU., con niños de riesgo, de ambientes marginales (San Salvador, 1998)

BREVE HISTORIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA

Como hemos comentado con anterioridad, la AT es muy reciente, y como en la mayoría de procesos similares, comenzó en centros privados o asociaciones de padres cuyos hijos presentaban deficiencias o discapacidades determinadas (Coriat, 1997). El encargado de financiar parte de estos tratamientos fue el SEREM (Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos en 1970) precedente del INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales en 1978), que finalmente pasó a formar parte de una red de servicios propios. No es hasta 1980 cuando se establece la AT como prestación individual para la recuperación.

Las primeras ciudades en trabajar en este tema fueron Madrid y Barcelona (Alonso, 1997). Más tarde comenzaron a desarrollarse actividades en centros de otras comunidades autónomas como Navarra, País Vasco, Murcia, Madrid y Cataluña (San Salvador, 1998). Se cree que el punto de partida de esta disciplina comenzó con un curso celebrado en Madrid, del 6 de Marzo al 11 de Mayo de 1973, en la Escuela de Fisioterapia de Madrid; dicho curso se denominaba "Curso breve teórico-práctico de estimulación precoz para niños menores de cinco años". Es a partir de este momento cuando comienza a darse a conocer la AT en nuestro país y empieza a despertar también el interés de distintos profesionales relacionados con las etapas tempranas del desarrollo. A raíz de este movimiento, se crea la primera Unidad de Estimulación Precoz de España, en el Hospital Santa Cristina de Madrid, concretamente en el área de Maternidad. En este mismo año, se crean los primeros servicios que buscaban desarrollar y potenciar las áreas deficitarias en el niño.

Se realizan distintos trabajos e investigaciones en los últimos treinta años que demuestran la evidente eficacia de estos programas y multitud de profesionales de diferentes ámbitos los encargados en constatar dichos datos (Quirós, 2009). Algunos de los resultados a destacar son la confirmación de la mejora del desarrollo global del niño, que

permite disminuir o eliminar los efectos de las alteraciones que el niño padece, así como los provocados por situaciones de privación social. También se señala una influencia de estos programas en la familia, contribuyendo a formar a los padres en materia de AT (Gutiez, 2005).

Una vez constatada esta eficacia en la estimulación temprana, son los padres de los niños afectados quienes deciden organizarse y recabar información para que sus hijos puedan recibir estos tratamientos. Posteriormente se tomarán medidas jurídicas, administrativas, subvenciones institucionales, creación de centros especializados y ayudas individuales. Todo esto aparece por primera vez en el "Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos" del SEREM (1977) (Alonso, 1997).

Fue el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el responsable de los servicios de AT (Alonso, 1997). Éstos aportaron prestaciones económicas y sociales a niños que lo necesitaban. Así, por un lado, el Ministerio de Trabajo encargó al INSERSO la puesta en marcha del "Plan de Prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales", en el año 1980. Por otro lado, los Servicios Sanitarios que observan la disminución de la mortalidad infantil y de la morbilidad gracias a la AT, demandan también la atención en niños ya diagnosticados o considerados de "alto riesgo".

ASPECTOS LEGISLATIVOS Y ORGANIZATIVOS

Debido a la estructura administrativa característica de España la AT provocó que hubiese diferentes servicios relacionados con la infancia: ámbito sanitario, social y educativo (Tabla 3). Esta situación evidenció ciertas dificultades como problemas de coordinación entre servicios, dificultad para la continuación de los tratamientos por parte de los usuarios o para la creación de canales

de información o el que cada servicio tuviera su propia forma de llevar a cabo sus prácticas terapéuticas.

Para organizar las actuaciones desde estas tres áreas era necesario establecer un marco jurídico que organizara y regulara el funcionamiento y desarrollo de la AT desde dichos ámbitos. Las leyes establecidas en materia de AT son pocas y bastante recientes y se iniciaron con el reconocimiento de los derechos del niño, dando lugar a un nuevo modelo de atención a la infancia.

Con respecto a la normativa internacional existe una regulación sobre AT a la que se suscribe nuestro país (GAT, 2005; GAT, 2011; Gutiérrez, 2005; Quirós, 2009), que se refiere a la Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959), la Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989), ratificada el 30 de Noviembre de 1990 (BOE 30-12-1990) y la Carta Social Europea. Ratificada el 29 de Abril de 1980.

A nivel nacional, España también cuenta con su propia regulación legal sobre la AT a la infancia, aunque como señalábamos en párrafos anteriores, estas leyes aún son escasas y de reciente creación (Quirós, 2009). Sin embargo, cada día crece más la investigación sobre este aspecto y se va desarrollando poco a poco una regulación estatal que abarque la diversidad territorial y legislativa característica de nuestro país (tabla 4).

Existe en nuestro país otra ley importante que debemos destacar: *la Ley 131/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI)*. Esta norma cuenta con una serie de *principios generales* (Artículo 1 y artículo 3.1) que se fundamentan en el artículo 49 y en el artículo primero de la Constitución Española para reafirmar la dignidad y el derecho a que los disminuidos recibieran todos los recursos posibles para atender sus necesidades. En esta misma ley haremos mención de su

TABLA 3
HITOS DE DESARROLLO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO, SOCIAL Y SANITARIO

ÁREA	HECHO	ACTUACIÓN
Área Educativa	Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985) y, sobre todo, de la LOGSE	Se remarcan los principios de individualización y de integración en el contexto educativo ordinario, siendo la práctica más común la del apoyo en el aula.
Área de Servicios Sociales	Vinculación a los Centros Base	En la mayoría de los casos actúan en régimen ambulatorio y dotan de especial importancia a la participación de los padres y otros miembros de la familia.
Área de Salud	Es el modelo menos presente en Atención Temprana fuera de Andalucía.	Es el modelo menos presente en Atención Temprana fuera de Andalucía.
Fuente: Pina, (2007)		

Título Tercero: Prevención de las Minusvalías, en cuyo artículo 8 se especifica el derecho de prevención de las minusvalías como obligaciones prioritarias del Estado, tanto en la Salud Pública, como de los Servicios Sociales.

En su artículo 9.1 se establece la obligación de creación de una Ley que fije normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de minusvalías. También se asegura la creación de un *Plan Nacional de*

TABLA 4
LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA

Ámbito estatal			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constitución Española de 1978. ✓ Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-1982) ✓ Real Decreto 383/1984, de 1 de Febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de abril de integración social de los minusválidos. (BOE 27-2-1984) ✓ Ley 39/1999, de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-1999) 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. (BOE 26-1-2000) ✓ Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE 3-12-2003) 	
Ámbito de las Comunidades Autónomas			
Comunidad Autónoma	Infancia	Servicios Sociales o Igualdad y Bienestar Social	Salud
Andalucía	Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. (BOJA 12-5-98)	Ley 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía. (BOJA 12-4-88). Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía (BOJA 17-04-99).	Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud (BOJA 10-05-86) Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía (BOJA 4-7-98)
Aragón	Ley 12/2001, de 2 de julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón. (BOA 20-07-01)	Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social. (BOA 30-3-87)	Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (BOA 28-4-89). Ley 8/1999, de 9 de abril, de reforma de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (BOA 17-4-99). Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, (BOA19/04/2002)
Principado de Asturias	Ley 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor. (BOPA 9-2-95)	Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. (BOPA 8-3-03)	Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias (BOPA 13-7-92).
Comunidad de Illes Balears	Ley 7/1995, de 21 de marzo, de guarda y protección de los menores desamparados. (BOCAIB 8-4-95)	Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social, (BOCAIB 28-4-87).	Ley 4/1992, de 15 de julio, del Servicio Balear de Salud (BOCAIB 15-8-92) Ley 5/2003 de 4 de Abril, de Salud des Illes Balears (BOCAIB 8-5-03)
Canarias	Ley 1/1997, de 7 de febrero, de atención integral a los menores. (BOC 17-2-97)	Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales (B.O.C. 4-5-87)	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (5-8-94).
Cantabria	Ley 7 1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y Adolescencia. (BOCA 6-5-99)	Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social (BOCA 5-6-92). Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes. (BOC 28-11-01)	Ley de Cantabria 7/2002, De 10 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. (BOCA 18-12-02)
Castilla y León	Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León (BOCYL 7-8-02)	Ley 18/1988, de 28 de Diciembre de Acción Social y Servicios Sociales BOCYL (9-1-89)	Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario (BOCYL 27-4-93). Ley 8/2003, de 8 de abril, de las Cortes de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud
Castilla La Mancha	Ley 3/1999, de 31 de marzo, del menor. (D.O.C.M. 16 -4-99)	Ley 3/1986 de 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (DOCM 20-5-1986) Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (DOCM 25-11-1994) Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha DOCM 21-4-1995	Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (BOCM 19-12-2000)



Prevención de las Minusvalías, en el artículo 9.2 del mismo título. Y, finalmente, en el artículo 9.3 se enumeran aquellos servicios que se consideran más importantes y que deberán estar incluidos detalladamente tanto en el Plan Nacional como en la Ley nombradas anteriormente.

Otra ley trascendente en AT, en la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (LGS). En su Título Primero: Del sistema de salud capítulo primero de los Principios Generales (Artículos 3.1, 6 y 6.3), se describen el tipo de actuaciones que son competencia de las Admi-

TABLA 4
LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA (Continuación)

Comunidad Autónoma	Infancia	Servicios Sociales o Igualdad y Bienestar Social	Salud
Cataluña	Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de menores desamparados y de la adopción. (DOGC 2-8-95) Ley 18/2003, de 4 de julio, de Apoyo a las Familias. (DOGC 16-07-03)	Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1983, de 14 de julio, 26/1985 de 27 de diciembre y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales (DOGC 13-1-95).	Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria en Cataluña (DOGC 30-7-90). Modificada por ley 11/1995, de 29 de septiembre (DOGC 18- 10- 95). Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud (DOGC 8-05-03)
Extremadura	Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores. (DOE 24-11-94)	LEY 5/87, de 23 de abril, de Servicios Sociales (D.O.E. 12-5-87)	Ley 10/2001, de 28 de Junio, de Salud, de Extremadura, (DOE 3-7-01)
Galicia	Ley 3/1997, de 9 de junio, de la familia, la infancia y la adolescencia. (DOG 20-6-97)	Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales (DOG 23-4-93)	
Comunidad de Madrid	Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la Adolescencia (BOCM 7-4-95)	Ley 11/1984, de 6 de Junio, de Servicios Sociales (BOCM 23-6-84) LEY 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (BOCM 14-4-03)	Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad De Madrid (BOCM. 26-12-2001)
Murcia	Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia. (BORM 12-4-95)	Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM 2-5-03)	
Navarra		Ley Foral 14/1983 de 30 de marzo de Servicios Sociales (BON 8-4-1983).	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud Ley Foral 5/2002, de 21 de marzo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud
Comunidad Autónoma del País Vasco		Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (B.O.P.V.12-11- 96) Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social (BOPV 8-6-98)	Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria en Euskadi (BOPV 21-7-
La Rioja	Ley 4/1.998 de 18 de marzo, del Menor (BOR 24 3-98).	Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales. (BOR 7-3-02)	Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (BOLR 18-4-91) Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud de La Rioja (BOLR 3-5-02)
Comunidad Valenciana	Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la infancia. (DOGV 16-12-94)	Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. (D.O.G.V 12-6-89) Ley 5/1997, de 25 de junio por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. (D.O.G.V. 4-7-97) Ley 11/2003, de 10 de Abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad (D.O.G.V. 11-04-03)	Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana(DOGV 14-2-03)

Fuente: GAT (2005; 2011)



nistraciones Públicas Sanitarias, garantizando el que las acciones sanitarias vayan dirigidas tanto a la prevención de enfermedades como a la promoción de la salud. Por otro lado, en el *Capítulo II de las Actuaciones Sanitarias del sistema de salud*, artículo 18 de las Administraciones Públicas (artículo 18.5) muestra que se desarrollarán programas de atención, protección y prevención a población de riesgo, factores de riesgo y deficiencias, respectivamente. Por último, en su *Capítulo II de la Salud Mental, Artículo 20* sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas, vamos a destacar tres principios relevantes (artículos 20.4, 26.1 y 55.2(A)) en los cuales se marcan aspectos de prevención primaria y atención a problemas psicosociales de los Servicios de Salud Mental y de Atención Psiquiátrica de forma coordinada con los Servicios Sociales. Medidas preventivas ante situaciones de riesgo eminente y, por último, se describen de modo generalizado el tipo de actividades a desarrollar por parte de las Áreas de Salud en el ámbito de la atención primaria.

Como se observa de la lectura de la legislación (tabla 4), la inmensa mayoría de las comunidades autónomas contemplan la AT como un conjunto de intervenciones dirigidas a la primera infancia con deficiencias, discapacidades o trastornos del desarrollo, o con riesgo de padecerlos, pero el tramo de edad varía entre los 0-6 (Aragón, Asturias, Castilla-León, Castilla La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia, La Rioja), los 0-3 (Cantabria, País Vasco, Comunidad Valenciana) o soluciones intermedias (0-3 o 0-4 ampliable a 6 años) en Andalucía y Galicia. En este contexto merece destacarse, por su singularidad, el Decreto 54/2003, de 22 abril, de la Junta de Extremadura. Ésta crea el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil, que es el órgano del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y que se encarga de proporcionar la atención que precisan todos los niños de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo. En este caso, el ámbito temporal recorre todas las edades, que van desde los 0 a los 21 años.

Ejemplo de implementación de atención infantil temprana: Andalucía.

En Andalucía la Consejería de Salud es la encargada, desde el 2005, de impulsar el proyecto de AT, con una visión global y un abordaje integral. Pero no es hasta el

verano de 2006, en lo que se refiere a AT, cuando se comienza a desarrollar dicha ley, y a día de hoy, tanto la estructura y organización de este servicio como la dotación económica y presupuestaria, con ayuda e ingenerancia de otras Instituciones, corre a cargo de la Consejería de Salud.

Actualmente no existe legislación específica que regule la AT en la Comunidad Autónoma y sigue vigente la Ley anteriormente nombrada (1/1999, 31 de Marzo) que transfiere las competencias sobre AT a la Consejería de Salud (GAT, 2011). También existe un decreto sobre AT que regula la coordinación entre Consejerías de Salud/Educación/Igualdad de la Junta de Andalucía (GAT, 2011).

La edad contemplada en Andalucía para recibir AT es variable por provincia y tipo de financiación. Por subvenciones o convenios, de 0 a 4 años o hasta 6 años si no existen recursos en otros ámbitos. Los recursos de AT en nuestra comunidad están sectorizados y sólo se admiten los casos derivados por la Administración. No es necesario el dictamen de minusvalía para acceder a ellos. En Andalucía existen 129 Centros de Atención Infantil Temprana, 60 Centros de Educación Especial, 799 Aulas de Educación Especial, 156 Equipos de Orientación Educativa, 8 equipos especializados. 2159 profesionales de Pedagogía Terapéutica, 892 profesionales de Audición y Lenguaje, y 43.292 plazas en Centros Infantiles (GAT, 2011).

En cuanto a los medios humanos, los perfiles profesionales de los recursos de AT van a depender de la provincia y modelo de financiación:

- ✓ Concierto: Psicólogo, Logopeda y Fisioterapeuta.
- ✓ Convenio: Psicólogo, Logopeda y Otros (variable según centros y provincias: Fisioterapeuta, Pedagogo, Psicopedagogo, etc.).
- ✓ Subvenciones: Depende de la asociación subvencionada, la orden de subvenciones no exige perfil determinado.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía existen protocolos que los contemplan. Se ofrece atención al niño (individual, grupal, atención domiciliaria, a la familia (individual y grupal) y al entorno educativo y sociosanitario.

En el proceso asistencial integrado realizado por la Consejería de Salud (2006) la AT requiere el adecuado despliegue de actividades dirigidas a la prevención primaria de las alteraciones del desarrollo (planificación familiar, control del embarazo, vacunación infantil,



prevención de accidentes infantiles, etc.); de las actividades de prevención secundaria (diagnóstico prenatal, detección de las metabolopatías congénitas, detección precoz de signos de alerta del desarrollo en el seguimiento de la salud infantil y en el seguimiento neuroevolutivo del RN de riesgo psiconeurosensorial, detección precoz de la hipoacusia congénita, etc.); y de las correspondientes a la prevención terciaria (fundamentalmente mediante programas de intervención). Todas estas actividades, definidas y desarrolladas bien como Procesos Asistenciales o en el marco de Programas específicos, son las que deben dar el soporte a la AT.

El Proceso de AT hace especial referencia a aquellas intervenciones que desde el sector sanitario pueden contribuir a reducir la incidencia y gravedad de las alteraciones del desarrollo, ya sea evitando su presentación, como reduciendo su progresión, contrarrestando sus consecuencias, y atendiendo a que estas actividades se realicen conforme a criterios de calidad en términos de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas afectadas. Todo ello, en continuidad y complementariedad con las actividades que los servicios sociales, el sistema educativo y otros sectores sociales realizan en el mismo sentido.

CONCLUSIONES

Como hemos observado y comentado a lo largo de este artículo, la legislación en España en cuanto a los servicios de AT, tema principal que nos ocupa, es de muy reciente creación, incluso hay regiones como la andaluza, en la que ni siquiera existe una ley concreta para regularla. Hoy por hoy existen muchas desigualdades entre las distintas comunidades autónomas en nuestro país, como también existen diferencias en la coordinación de los centros dedicados a este servicio (sanitario, educativo y de servicios sociales).

Aún así, debemos 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 cuanto a AT se refiere. 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.

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, sin embargo a pesar de que ha ido pasando el tiempo, esta idea no llega a materializarse.

Es cierto que el desarrollo de 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. Hoy por hoy, más que seguir insistiendo en esto, 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. Se está demandando una mayor implicación práctica en la investigación en el campo de la AT; una investigación de calidad de la que se desprendan consecuencias directas para la mejora de futuras intervenciones. En este sentido, hay que señalar la importancia del desarrollo de investigaciones interdisciplinares 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.

Respecto a la evaluación de un programa 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 (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2011). Con estos conocimientos se podrá llevar a cabo el programa de tratamiento individual más adecuado para cada niño dentro de su familia. Por lo que además de las continuas evaluaciones sobre el desarrollo del niño hay que evaluar a la familia.

En EE.UU. se ha tratado de responder al reto de la evaluación en AT para documentar su eficacia al mismo tiempo que se ha luchado con las limitaciones metodológicas y logísticas de las medidas inadecuadas utilizadas y el inevitable desgaste de la muestra, fondos limitados para sostener este tipo de evaluación a largo plazo, los estudios longitudinales, y las barreras éticas para el



mantenimiento de los grupos de control no tratados de los niños con problemas documentados (Meisels y Shonkoff, 2000).

Históricamente, los profesionales de la AT han utilizado las guías curriculares que describen las habilidades o jerarquías de desarrollo, de tal manera que los elementos de esas jerarquías se pueden utilizar tanto para la evaluación como para la intervención. Este enfoque de desarrollo representa uno de los ejes principales en el seguimiento del progreso de los niños que reciben AT. De este modo podrá evaluarse el progreso del niño. Además se podrá establecer el programa de intervención de acuerdo a tales progresos. Para McConnell (2000), si la evaluación es recoger y analizar la información para tomar decisiones habrá que proporcionar las mejores herramientas para la recopilación y el análisis y de esta manera apoyar las mejores decisiones para contribuir directamente a obtener mejores resultados con niños pequeños en AT.

Para Simeonsson, Cooper y Scheiner (1982), el 93 % de sus estudios defienden desde bases subjetivas la eficacia de los programas de AT. Sin embargo, para Guralnick (1997), existen problemas metodológicos y éticos para demostrar las evidencias empíricas que se observan insalvables desde los años 80 y que corroboramos que en la actualidad es difícil superar. Nos referimos, por ejemplo, al problema ético de no incluir grupo control en las investigaciones (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2011).

Aunque hay que tener en cuenta que todos estos estudios no han seguido un diseño verdaderamente experimental (Candel, 2000). Por ejemplo, de los 57 trabajos sobre programas de AT, sólo el 5 % usaban un diseño verdaderamente experimental. Esto nos lleva necesariamente a ser más prudentes a la hora de exagerar los beneficios que produce la AT, ya que las limitaciones metodológicas reducen la fiabilidad de los datos aportados.

Algunos análisis indican que parecen más eficaces las intervenciones globales e intensivas que empiezan muy pronto (Blair y Ramey, 1997). Los resultados de otros trabajos (Ramey y Ramey, 1998), permiten concluir que los niños de los grupos experimentales obtienen puntuaciones superiores en desarrollo intelectual y en rendimiento académico a las de los niños de los grupos control, y que estos beneficios se mantienen a largo plazo.

García-Sánchez (2002) considera la importancia de la investigación de los programas de AT. Es clave la evaluación en dichos programas para conocer lo que se va consiguiendo o no en cada caso y poder actuar en con-

secuencia de los resultados, ofreciendo de esta manera una mayor calidad del servicio.

Respecto a las evaluaciones de los programas de AT en España, el GAT en su informe del 201, ha 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. De este informe se desprenden las grandes diferencias que existen en España respecto a la AT: en 4 comunidades autónomas aun no está regulada la AT de ninguna manera; no existe consenso en la edad de intervención aunque se tenga como referencia de los 0 a los 6 años, se tiende a dar de alta a los niños cuando comienzan la etapa escolar, es decir a los 3 años; en 3 comunidades todavía es imprescindible que el niño posea el certificado de discapacidad para ser atendido, por lo que tampoco contemplan a los niños en situación de riesgo y la prevención primaria y secundaria; existen diferencias en función de si los centros son concertados o conveniados, incluso siguen existiendo intervenciones que no son subvencionadas de forma pública, en contra de lo que propone el Libro Blanco en cuanto a universalidad y gratuidad del tratamiento; no existe autonomía en los centros para la recepción de los casos, haciendo más largo el proceso para niños y familias; no todos los centros cuentan con los profesionales de las distintas disciplinas necesarios para la intervención; tampoco existe consenso en la forma de intervención.

Y a pesar de todas las diferencias existentes en las distintas comunidades, el avance en el campo de la AT en los últimos años es evidente, aunque hay que seguir trabajando para ir modificando los aspectos a mejorar y se puedan unificar criterios.

Sabiendo lo poco que se ha investigado sobre la evaluación de los programas de intervención de AT, sería de una 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.

La implementación de programas específicos y las investigaciones parece que van avanzando a pasos agigantados, de hecho, se espera que en un futuro se pueda contar con suficientes dotaciones económicas para continuar con este proceso de perfeccionamiento y que las necesidades de todas las familias sean atendidas de una forma coordinada y sostenible.

Queda todavía el reto de la coordinación entre los dife-

rentes agentes implicados en el tratamiento que se realiza desde la AT, y la coordinación entre las diferentes administraciones que implican su actuación.

REFERENCIAS

- Alonso, J.M. (1997). Atención Temprana. En VVAA (1997). *Realizaciones sobre Discapacidad en España* (p. 45-67). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Blair, C. y Ramey, C.T. (1997). Early interention for low-birth-weight infants and the path to second-generation research, En M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 77-97). Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Candel, I. (2000). *Atención Temprana: Eficacia de los programas de atención temprana en niños con síndrome de Down. Apuntes sobre la eficacia de los programas de AT. Investigación en niños con síndrome de Down*. Madrid: Federación Española de Síndrome de Down.
- 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.
- Consejería de Salud, (2006). *Atención Temprana: Proceso Asistencial Integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Coriat, L. (1997). Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos de la Infancia*, 8, 29-45
- 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.
- 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.
- García-Sánchez, F.A. (2002). Investigación en Atención Temprana. *Revista de Neurología*, 34(1), 151-155.
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.
- GAT (2005). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- 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.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. En M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul Brookes.
- Gútiérrez, 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.
- McConnell, S. R. (2000). Assessment in early intervention and early childhood special education: Building on the past to project into the future. *Topics in Early Childhood Special Education* 20, 1-43.
- Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 3-34). New York: Cambridge.
- Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Pons, A. (2007). Atención Temprana en Andalucía, *Vox Paediatrica*, 15, 26-29
- Quirós, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48, 1-8
- Ramey, C.T. y Ramey, S.L. (1998). Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine*, 27(2), 224-232.
- Robles-Bello, M.A. y Sánchez-Teruel, D. (Coord.) (2011). *Evaluación e Intervención en Atención Temprana: Hallazgos recientes y casos prácticos*. Jaén: Publicaciones de la Universidad de Jaén, Huarte de San Juan, Serie Psicología.
- San Salvador, J. (1998). *Estimulación Precoz*. Barcelona: CEAC.
- Simeonsson, R. J., Cooper, D. H. y Scheiner, A. P. (1982). A review and analysis of the effectiveness of early interventions programs. *Pediatrics*, 69, 635-641.