

M^a Auxiliadora Robles Bello
José Antonio Muela Martínez
David Sánchez Teruel
(Eds.)

ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA:
un análisis multidisciplinar sobre su abordaje

Atención infantil temprana : un análisis multidisciplinar sobre su abordaje / M^a Auxiliadora Robles Bello , José Antonio Muela Martínez , David Sánchez Teruel (Eds.). -- Jaén : Editorial Universidad de Jaén, 2021. -- (Psicología ; 1)

344 p.; 17 x 24 cm
ISBN 978-84-9159-434-5

1. Atención en el niño 2. Niños-Psicología I. Robles Bello, María Auxiliadora, ed.lit . II. Muela Martínez, José Antonio, ed.lit. III. Sánchez Teruel, David, ed.lit. IV. Jaén. Editorial Universidad de Jaén, ed.

159.952-053.2

Esta obra ha superado la fase previa de evaluación externa realizada por pares mediante el sistema de doble ciego

COLECCIÓN: Psicología, 1
Directora: Esther López Zafra

© Autores
© Universidad de Jaén
Primera edición, octubre 2021
ISBN: 978-84-9159-434-5
ISBNe: 978-84-9159-435-2
Depósito Legal: J-597-2021

EDITA
Editorial Universidad de Jaén
Vicerrectorado de Proyección de la Cultura y Deporte
Campus Las Lagunillas, Edificio Biblioteca
23071 Jaén (España)
Teléfono 953 212 355
web: editorial.ujaen.es



DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Jorge Torvisco

IMPRIME
Gráficas «La Paz» de Torredonjimeno, S. L.

Impreso en España/*Printed in Spain*

«Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra».

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO	19
1. INTRODUCCIÓN	19
2. LA ATENCIÓN TEMPRANA	20
2.1. Concepto de Atención Infantil Temprana	20
2.2. Colectivo destinatario de la Atención Infantil Temprana	22
3. LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA	25
3.1. Funciones de los CDIAT	27
CAPÍTULO 2. DESARROLLO MOTOR, COGNITIVO Y SOCIOEMOCIONAL DURANTE LA INFANCIA Y NIÑEZ TEMPRANA (0 - 6 AÑOS DE EDAD)	33
1. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DEL DESARROLLO MOTOR	34
1.1. La perspectiva madurativa	34
1.2. La perspectiva ecológica	34
1.2.1. La aproximación de los sistemas dinámicos	35
1.2.2. La aproximación de la percepción-acción	37
2. HABILIDADES MOTORAS BÁSICAS	37
2.1. Estabilidad postural	38
2.1.1. Control cefálico, del tronco y consecución de la posición de sentado	39
2.2. Habilidad manipulativa	40
2.2.1. Conducta de alcance, conducta de agarre y conducta de soltar	41
2.3. Locomoción	42
2.4. Programas especiales para niños y niñas de corta edad	42

3. SECUENCIA EVOLUTIVA DE LOS MOVIMIENTOS FUNDAMENTALES	43
3.1. Movimientos estabilizadores fundamentales	46
3.2. Movimientos locomotores fundamentales	46
3.3. Movimientos manipulativos fundamentales	46
4. DESARROLLO COGNITIVO DE 0 a 6 AÑOS	47
4.1. Desarrollo de los procesos cognitivos básicos	47
4.1.1. Percepción	48
4.1.2. Atención	50
4.1.3. Memoria	51
4.2. Desarrollo del pensamiento	52
4.2.1. Desarrollo conceptual	53
4.2.2. El desarrollo del razonamiento	54
4.3. El desarrollo de la teoría de la mente	56
5. EL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL: LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	57
5.1. El concepto de inteligencia emocional y su relación con las emociones	59
5.2. Pautas de intervención que favorecen la inteligencia emocional en las etapas del desarrollo socioemocional	61
5.2.1. Los primeros tres años de vida	61
5.2.1.1. El primer año	61
5.2.1.2. El segundo año	63
5.2.1.3. El tercer año	64
5.2.1.4. De tres a seis años	65
5.3. Importancia de la inteligencia emocional de los padres - madres y educadores en AIT	65
5.4. Claves para detectar la inteligencia emocional de los niños/as y algunas pautas para potenciar la inteligencia emocional de los niños/as	67
6. EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL COMO CONTEXTO DE DESARROLLO	68
CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y PLASTICIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	71
1. INTRODUCCIÓN	71
2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO	72
2.1. El Sistema Nervioso Central (SNC)	72
2.2. Sistema Nervioso Periférico (SNP)	78
3. DESARROLLO DEL SNC	81
4. MECANISMOS CELULARES REGULADORES DE LA MORFOGÉNESIS DEL TUBO NEURAL	86
5. PLASTICIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO	88

CAPÍTULO 4. PROCESO DE EVALUACIÓN Y TRASMISIÓN DE INFORMACIÓN TÉCNICA EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	89
1. CONTEXTUALIZACIÓN	89
2. GARANTÍAS ÉTICAS EN LA EVALUACIÓN INFANTIL TEMPRANA	91
3. EL PROCESO DE EVALUACIÓN COMO REFLEJO DEL MÉTODO CIENTÍFICO	93
4. EL INFORME PSICOSOCIAL EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	99
4.1. Conceptualización y características	99
4.2. Origen y requisitos previos	101
4.3. Estructura y contenidos concretos del IPAIT	107
CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA Y NUEVAS PERSPECTIVAS	115
1. INTRODUCCIÓN	116
2. BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA	116
3. NUEVAS PERSPECTIVAS DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA	120
3.1. Modelo centrado en la familia	121
3.2. Escolarización temprana	122
3.3. Atención temprana hospitalaria	123
3.4. Visitas domiciliarias	124
CAPÍTULO 6. PREMATURIDAD Y ATENCIÓN TEMPRANA	127
1. INTRODUCCIÓN	127
2. DEFINICIÓN DE PREMATURIDAD	128
3. EPIDEMIOLOGÍA	128
4. PREMATURIDAD Y BAJO PESO	129
4.1. Recién nacido pequeño para la edad gestacional	129
4.2. Recién nacido prematuro con restricción de crecimiento intrauterino	130
5. CONSECUENCIAS DE FACTORES DE RIESGO PERINATALES SOBRE EL DESARROLLO CEREBRAL EN EL NIÑO PREMATURO	130
5.1. Peso al nacer: bajo peso y restricción de crecimiento intrauterino	130
5.2. Edad gestacional al nacimiento	131
5.3. Hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular	132
5.4. Síndrome de dificultad respiratoria y displasia broncopulmonar	132
5.5. Ductus arterioso persistente	133
5.6. Sepsis	133

6. LOS MOVIMIENTOS GENERALES COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA DEL FUTURO DESARROLLO NEUROLÓGICO DEL NIÑO/A PREMATURO O PREMATURA	134
6.1. Movimientos generales anómalos	136
6.2. Valor de la evaluación de los movimientos generales	137
7. EFICACIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA BASADA EN EVIDENCIAS EMPÍRICAS	139
8. ATENCIÓN TEMPRANA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO	141
9. ATENCIÓN TEMPRANA EN EL CONTEXTO FAMILIAR DEL PREMATURO	143
CAPÍTULO 7. DISCAPACIDAD SENSORIAL	145
1. INTRODUCCIÓN	145
2. TRASTORNOS AUDITIVOS	146
2.1. Concepto y clasificación	146
2.2. Desarrollo del niño con un trastorno auditivo	149
2.2.1. Desarrollo del lenguaje y comunicación	149
2.2.2. Desarrollo socioemocional	150
2.3. Detección y evaluación de los trastornos auditivos	150
2.4. Estimulación en los primeros años de vida	152
2.4.1. Desarrollo sensorial (estimulación auditiva, visual y/o vibrotáctil)	152
2.4.2. Desarrollo lingüístico	153
2.4.3. Desarrollo psicomotor	154
2.4.4. Desarrollo socio-afectivo	154
2.5. Intervención para el desarrollo del lenguaje	154
2.6. Intervención desde el ámbito educativo	155
2.7. Ayudas técnicas	155
2.7.1. Tecnologías de apoyo para el aprovechamiento de restos auditivos	156
2.7.2. Tecnologías de apoyo para la comunicación a distancia	156
2.7.3. Tecnologías de apoyo en la escuela	157
2.7.4. Tecnologías de apoyo para la vida cotidiana	158
3. TRASTORNOS VISUALES	158
3.1. Concepto de discapacidad visual	159
3.2. Clasificación de los trastornos visuales	159
3.3. Desarrollo del niño/a con discapacidad visual	161
3.3.1. Desarrollo del área motora	161
3.3.2. Desarrollo del área perceptivo-cognitiva	162
3.3.3. Desarrollo del área del lenguaje	162
3.3.4. Desarrollo del área socioemocional	163
3.4. Detección y evaluación de los trastornos visuales	164

3.4.1. Valoración funcional de la visión	164
3.4.2. Pruebas específicas para niños/as con déficit visual	165
3.5. La estimulación visual.	165
3.6. Intervención en las diferentes áreas de desarrollo	167
3.6.1. Intervención en el área motora	167
3.6.2. Intervención en el área perceptivo-cognitiva	168
3.6.3. Intervención en el área del lenguaje	170
3.6.4. Intervención en el área socioemocional	172

CAPÍTULO 8. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS

PSICOMOTORES, PARÁLISIS CEREBRAL Y EPILEPSIA	175
1. INTRODUCCIÓN	175
2. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.	176
3. LOS TRASTORNOS PSICOMOTORES	177
3.1. Retraso psicomotor simple	178
3.2. Trastorno de la coordinación motriz.	178
3.3. Trastornos de la postura y el equilibrio	179
3.4. Trastornos del esquema corporal.	179
3.5. Trastornos de la percepción espacio-temporal	180
3.6. Trastornos de la lateralidad	180
3.7. Trastornos del control respiratorio	180
4. INTERVENCIÓN EN PSICOMOTRICIDAD	181
4.1. Coordinación motriz	182
4.1.1. Coordinación dinámica general.	182
4.1.2. Coordinación viso-motora	182
4.2. Desarrollo del equilibrio.	183
4.2.1. Equilibrio estático	183
4.2.2. Equilibrio dinámico	183
4.3. Facilitación de la disociación de movimientos	183
4.4. Desarrollo del esquema corporal	183
4.5. Desarrollo de la orientación espacial	184
4.6. Desarrollo de la orientación temporal	184
4.7. Desarrollo de la lateralización	184
4.8. Control de la respiración	185
4.9. Favorecer la relajación	185
4.9.1. Relajación segmentaria	185
4.9.2. Relajación global	185
5. ¿QUÉ ES LA PARÁLISIS CEREBRAL?	186
6. CAUSAS DE LA PARÁLISIS CEREBRAL	187
6.1. Etiología e incidencia de la parálisis cerebral	188

7. PRONÓSTICO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL	188
8. ¿CÓMO PODEMOS DETECTAR ESTA DISFUNCIÓN?	188
8.1. Diagnóstico de la parálisis cerebral	189
8.2. Exámenes complementarios	189
9. EVALUACIÓN	189
9.1. Evaluación psicológica	189
9.2. Evaluación fisioterápica	190
9.3. Evaluación logopédica	191
9.4. Evaluación en terapia ocupacional	191
10. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA PC	191
10.1. Intervención psicológica	192
10.2. Intervención en fisioterapia	194
10.2.1. Escuelas de intervención terapéutica en fisioterapia	195
10.2.2. Intervención mediante el juego	196
10.3. Intervención logopédica	196
10.3.1. Métodos de intervención precoz en el lenguaje	196
10.4. Intervención en terapia ocupacional	198
11. ¿QUE ES LA EPILEPSIA?	198
11.1. Causas de la epilepsia	199
11.2. Clasificación de las crisis	199
11.2.1. Crisis generalizadas	200
11.2.2. Convulsiones focales	202
11.3. Síndromes epilépticos del recién nacido y el infante	202
11.3.1. Período neonatal	203
11.3.2. Infancia	204
11.4. Funcionamiento cognitivo en la epilepsia	206
11.4.1. Perfil neuropsicológico según la localización del foco epiléptico	206
11.4.2. Funcionamiento cognitivo en los síndromes epilépticos generalizados	208
CAPÍTULO 9. TRASTORNOS DE LA RELACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	209
1. INTRODUCCIÓN	209
2. EVALUACIÓN	214
2.1. Procesos de detección y evaluación diagnóstica en TEA	214
2.1.1. Vigilancia del desarrollo	215
2.1.2. Detección específica	215
2.1.3. Diagnóstico y evaluación en TEA	216
2.2. Proceso de evaluación en TEL	217
2.2.1. Métodos de evaluación	217
2.2.1.1. Informes de personas próximas	217
2.2.1.2. Pruebas estandarizadas	217

3. INTERVENCIÓN TEMPRANA	218
3.1. Intervención temprana en TEA	219
3.1.1. Participación de las familias	219
3.1.2. Intervención en el entorno	219
3.1.3. Intervención en el niño o niña	220
3.2. Intervención temprana en TEA-SA	222
3.2.1. Dimensión social y comprensión emocional	225
3.2.2. Dimensión de la comunicación y el lenguaje	226
3.2.3. Dimensión inflexibilidad cognitiva	226
3.2. Intervención en TEL	227
3.3. 1. Educación ajustada/sensible, enseñanza facilitadora prelingüística-re/pmt.	227
3.3.2. Enseñanza facilitada (emt)	230
3.3.3. Se necesitan 2 para hablar. El programa HANEN para padres.	233
3.3.4. Aproximaciones de estimulación focalizada	233
3.3.5. Reformulación conversacional	235
 CAPÍTULO 10. IMPLICACIONES DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SU ABORDAJE DESDE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.	237
1. INTRODUCCIÓN	237
2. EL ENFOQUE FUNCIONAL DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y EL SISTEMA DE APOYOS	239
2.1. Sistemas de apoyos	239
3. TIPOS DE ABORDAJES EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL	244
3.1. El modelo centrado en la persona	244
3.2. Tratamientos con las nuevas tecnologías	246
3.2.1. Rehabilitación cognitiva con soporte informático: ordenadores y consolas de videojuegos (Wii, PlayStation, Nintendo, etc.)	246
3.2.2. Realidad virtual	249
3.3.3. Plataformas de rehabilitación	250
 CAPÍTULO 11. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS EMOCIONALES, DE LA REGULACIÓN Y DEL COMPORTAMIENTO.	253
1. DETECCIÓN PRECOZ DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN NIÑOS Y NIÑAS	254
1.1. Factores de riesgo y protección	254
1.2. Signos de alarma específicos	255
1.3. Exploración diagnóstica	257

2. TRASTORNOS EMOCIONALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ODAT (Organización Diagnóstica para la Atención Temprana)	257
3. ESTRATEGIAS PARA FAVORECER EL DESARROLLO EMOCIONAL	258
3.1. Intervención en niños de 0 a 6 meses	258
3.2. Intervención en niños de 7 a 12 meses	259
3.3. Intervención en niños de 13 a 24 meses	259
3.4. Intervención en niños de 25 a 36 meses	259
4. LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y LA REGULACIÓN	260
4.1. Trastorno de Hiperactividad por Déficit de Atención (THDA)	261
4.1.1. Subtipos	263
4.1.2. Diagnóstico diferencial	263
4.1.3. Prevalencia	264
4.1.4. Etiología	264
4.1.5. Repercusiones	264
4.2. Trastorno Negativista-Desafiante (TND)	264
4.3. Trastorno Disocial	266
4.3.1. Prevalencia, Inicio, Pronóstico y Comorbilidad	267
4.3.2. Etiología	267
5. TRASTORNOS DE LA REGULACIÓN	268
5.1. Hipersensible	268
5.2. Hiporreactivo	268
5.3. Desorganizado, Motorimpulsivo	268
6. INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE REGULACIÓN	269
6.1. Intervención inicial de los profesionales en Atención Temprana	269
6.2. Intervención farmacológica	271
6.2.1. TDAH	271
6.2.2. TND	271
6.3. <i>Neurofeedback</i>	272
6.4. Intervenciones dietéticas	272
6.5. Intervención conductista	272
6.5.1. Técnicas de aumento de probabilidad de conducta	273
6.5.1.1. Programas de reforzamiento directo	273
6.5.1.2. Economía de fichas	274
6.5.1.3. Contratos de contingencias o contrato conductual	274
6.5.2. Técnicas de aprendizaje e instauración de conducta nueva	275
6.5.2.1. Encadenamiento	275
6.5.2.2. Modelado	275

6.5.3. Técnicas de disminución o eliminación de la probabilidad de emisión de una conducta.	275
6.5.3.1. Extinción.	275
6.5.3.2. Sobrecorrección	275
6.5.3.3. Reforzamiento diferencial.	276
6.5.3.4. Coste de respuesta.	276
6.5.3.5. Saciación.	277
6.6. Pautas Educativas e Intervención Psicosocial	277
6.7. Grupos de crianza.	277
6.8. Intervención humanista.	278
CAPÍTULO 12. EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y ENTORNOS.	281
1. INTRODUCCIÓN	282
2. IMPLICACIONES DEL CONTEXTO FAMILIAR EN EL DESARROLLO	283
2.1. La familia y el desarrollo psicológico cognitivo del niño	284
2.2. La familia y el desarrollo socioemocional	285
2.3. El contexto familiar y la optimización del desarrollo psicológico	286
3. AJUSTE Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.	289
3.1. Evaluación del entorno	290
3.1.1. ¿Qué necesidades presenta una familia ante una situación de discapacidad o dificultad en un hijo o hija?	290
3.1.2. ¿Qué variables pueden modular las reacciones y el proceso de adaptación que experimentan los padres y madres, y otros familiares?	292
3.1.3. ¿Cuáles son las fuentes de apoyo social con las que cuenta la familia y el niño o la niña?	295
4. ELEMENTOS CLAVE EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN ATENCIÓN TEMPRANA	297
4.1. Intervención adaptada a cada familia, situación y necesidades.	297
4.2. Profesional de referencia para la familia.	298
4.3. Formación y competencia del profesional que atiende y trabaja con las familias	298
4.4. Aspectos actitudinales y procedimentales a desplegar	298
4.5. Implicación y atención no solo a los padres, sino a otros miembros de la familia	303
4.6. Estrategias de intervención a través de las redes de apoyo social	303
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	307

PRÓLOGO

Realizar el prólogo de este libro, resultado de la transferencia de conocimiento de la implementación del máster propio *online* en Atención Infantil Temprana de la Universidad de Jaén, es un sueño hecho realidad. Este libro viene a concienciar sobre la atención infantil temprana y a divulgar la enorme importancia de esta disciplina en nuestro país, siendo una disciplina de trabajo multiprofesional de gran relevancia para la infancia. Este máster, que cumple ya su sexta edición, ha tenido una gran acogida entre los profesionales de este ámbito de trabajo y entre estudiantes egresados a quienes les ayuda a completar su formación académica. Fruto de este máster es una gran producción científica y docente que deseamos transmitir.

El objetivo de la atención temprana es muy loable: prevenir y evitar que se produzca un determinado trastorno del desarrollo en la infancia, por lo que además trata de promover el desarrollo de programas específicos de estudio e investigación en el campo de las ciencias de la salud, social y educativo, de ahí su carácter interdisciplinar.

Después de 21 años de la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), elaborado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, se puede afirmar que esta obra contribuyó de manera muy eficaz a unificar criterios conceptuales y procedimentales sobre este campo de actividad. Sin embargo, después de este tiempo, es momento de ir generando y desarrollando esta disciplina con un marco específico de actuación, ya que no existe en los programas del Grado de Psicología como asignatura. Todo el trabajo previo desde asociaciones de profesionales y de padres ha sido muy importante para unificar criterios y perspectivas de trabajo y, especialmente, para que la atención temprana haya adquirido un reconocimiento y una consideración como campo científico en nuestro país, que seguramente exportaremos algún día.

Pero toda actuación sobre trastornos multifactoriales en niños no es una tarea fácil de acometer, ya que necesitamos un conocimiento global del niño y de su realidad física y psicológica que se debe comprender holísticamente. Tan compleja perspectiva se intenta plasmar en este libro con la humilde consideración de que serán necesarios más manuales dedicados a esta temática que necesita crecer en producción científica.

Por todo ello, consideramos que es estructuralmente correcto y metodológicamente necesario que el libro comience a partir de una conceptualización de la atención temprana, entendida como intervención para la población infantil que por definición abarca el período de 0 a 6 años, pero que no tiene por qué circunscribirse a esa edad tal y como se justifica en el primer capítulo, desde la perspectiva del desarrollo infantil y del trabajo interdisciplinar. También se muestran tres amplios requisitos o condicionantes de esta actividad que le otorgan verdadero sentido, según la actual conceptualización de la materia, como es la implicación y participación de la familia, el equipo de trabajo y la necesidad de confeccionar programas individualizados para los niños agentes de intervención.

M.^a Auxiliadora Robles Bello

CAPÍTULO 1

ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO

M^a Auxiliadora Robles Bello* y David Sánchez Teruel**

*Departamento de Psicología. Universidad de Jaén

**Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba

RESUMEN

La Atención Temprana (AT) es una joven disciplina que absorbe sus teorías y aplicaciones desde diferentes ciencias psicológicas, sociales y sanitarias. Sin embargo, hoy día sigue siendo una gran desconocida para profesionales e investigadores. Junto al surgimiento de esta disciplina empezaron a crearse los denominados Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) dando respuesta al colectivo de niños y niñas de 0 a 6 años con riesgo o con dificultades en el desarrollo. La evolución de esta disciplina y de los centros donde se implementa ha sufrido diversas transformaciones de las que vamos a dar cuenta en este capítulo.

1. INTRODUCCIÓN

Hoy día la 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 solo 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, 1998). Así, en los inicios de la AT se ofrecía 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.

2. LA ATENCIÓN TEMPRANA

2.1. Concepto de Atención Infantil Temprana

Actualmente se utiliza el concepto de Atención Infantil Temprana como sustituto del tradicional “estimulación precoz” cuya finalidad fundamental era el tratamiento exclusivamente del niño y la niña 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 del tratamiento de la discapacidad. Con el tiempo se ha pasado de la intervención exclusiva desde el modelo médico/clínico, con la que se trataba de rehabilitar áreas afectadas en el niño, pasando por el modelo transdisciplinar del año 2009 con King *et al.* (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2011, 2013). Con este último modelo se proporciona al niño y a su familia todo tipo de servicios integrados y coordinados, se maximiza la comunicación, interacción y cooperación entre miembros del equipo que son necesarios para una adecuada intervención en atención infantil temprana (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015).

En todo este trayecto se han desarrollado diferentes aproximaciones teóricas en la AIT:

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, 2005: 14), que sería el que sigue: “Se entiende por Atención Infantil 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 considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”.

Tabla 1. Diferentes aproximaciones teóricas en la AIT.

Año	Corriente teórica
60	Estimulación precoz. Modelo clínico/médico. Solo se atiende al niño/a.
70	Modelo ecológico de Bronfenbrenner y el transaccional de Samerof y Chandler. Se atiende al niño/a y a la familia.
2000	Publicación del "Libro Blanco de la Atención Temprana" elaborado por el Grupo de Atención Temprana (GAT). Que intenta unificar marcos conceptuales diferentes, pero sin grandes resultados ya que los programas de AIT han estado centrados en el niño/a, como mucho a los padres se les consideraba coterapeutas.
2001 y 2005	Guralnick. Modelo de los sistemas evolutivos. Gran importancia a la interacción familiar padres/hijos para un desarrollo adecuado que proporcione al niño experiencias que provoquen el aprendizaje. Modelo de intervención que no diferencia entre niños con desarrollo típico y niños con discapacidad o que estén en riesgo.
2009	King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud y Shillington. Modelo transdisciplinar. Atención a la familia y al entorno.

Fuente: elaboración propia.

En consonancia con el cambio conceptual, existe la necesidad de contemplar un conjunto de actuaciones dirigidas al niño y la niña, 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 temprano 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).

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 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 (FEAPAPT, 2008).

2.2. Colectivo destinatario de la Atención Infantil Temprana.

El colectivo de niños destinatario de AT varía, así 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) (ver tabla 2).

Finalmente, los niños de riesgo psico-social son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo (GAT, 2011; Pina, 2006). 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 3), 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 niño o niña o, por lo menos, que no se produzca una influencia negativa sobre el desarrollo del mismo (Robles-Bello *et al.*, 2020).

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 una organización diagnóstica que,

Tabla 2. Factores biológicos tempranos de riesgo.

A. RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO

- RN 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).
- Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
- Neuro-Metabopatías.
- Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos.
- Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- Siempre que el pediatra lo considere oportuno.

B. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL – VISUAL

- Ventilación mecánica prolongada.
- Gran prematuridad.
- RN con Peso < a 1500 grs.
- Hidrocefalia.
- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- 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

- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión.
- Gran prematuridad.
- RN con peso < a 1500 grs.
- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central.
- Síndromes malformativos con compromiso de la audición.
- Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central.
- Asfixia severa.

Fuente: GAT (2005; 2011).

basándose en clasificaciones internacionales previas, pudiera permitir identificar no solo 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. Así nace la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) actualizada en el 2008, después de haber sido validada a nivel nacional (Robles-Bello, 2016).

Tabla 3. Factores de riesgo sociofamiliar.

- | | |
|---|--|
| • Acusada deprivación económica. | • Alcoholismo/ Drogadicción. |
| • Embarazo accidental traumatizante. | • Prostitución. |
| • Convivencia conflictiva en el núcleo familiar. | • Delincuencia / Encarcelamiento. |
| • Separación traumatizante en el núcleo familiar. | • Madres adolescentes. |
| • Padres con bajo CI / Entorno no estimulante. | • Sospecha de malos tratos. |
| • Enfermedades graves / Exitus. | • Niños acogidos en hogares infantiles. |
| | • Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente. |
-

Fuente: GAT (2011).

Esta ODAT 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 y la niña, 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 y la niña, 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 y la niña, 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 Libro Blanco de la Atención Temprana ha propuesto tres niveles de posible participación de la AT en la atención a la infancia, los tres con responsabilidades e intensidades diferentes:

- En las tareas de promoción y prevención primaria, contribuyendo a las iniciativas dirigidas a la población infantil en general.
- En las actividades, más selectivas, de prevención secundaria, formando parte de los programas sanitarios, educativos y sociales dirigidos a los grupos de riesgo.
- Finalmente, en la prevención terciaria, mediante la intervención con niños con trastornos del desarrollo y sus familias, tarea en la que los servicios especializados de AT asumen la máxima responsabilidad.

3. LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA

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.

Los CDIAT son servicios autónomos, formados por equipos interdisciplinares especializados en el desarrollo infantil, cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo (biológico, psicológico o social) de padecerlos (GAT, 2000; Pérez-López, 2006). La intervención que desde estos centros se ofrece no solo va destinada a los menores en riesgo o afectados por algún trastorno del desarrollo, sino que también es objeto de intervención su familia y su entorno (GAT, 2005). Según se recoge en las Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana, dichos tratamientos o intervenciones deberán realizarse en centros que posean unas instalaciones concretas y con unos recursos materiales y humanos determinados (GAT, 2011). 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 surge de forma simultánea en varios países. El primer programa que se estableció institucionalmente fue el «Headstart» (*Westinghouse Learning Corporation's Assesment 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).

Podríamos pensar que el desarrollo de este tipo de recursos ha sido homogéneo. Sin embargo, esto no es exactamente así ya que el trabajo del equipo variará dependiendo del modelo de actuación que elija el centro (Soriano, 2003). Aunque, sí 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; que el equipo de profesionales que componen un CDIAT esté básicamente formado por: fisioterapeutas, logopedas, médicos, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales con un funcionamiento de carácter interdisciplinar o transdisciplinar y que sea de orientación holística; es decir, en su intervención se abarcan todos los aspectos bio-psico-sociales del niño, la familia y su entorno. Por tanto, la labor que deben llevar a cabo estos equipos supone trabajar en coordinación, donde 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.

En la Unión Europea de los 27 (UE27) 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. En España, este tipo de centros presentan ritmos diversos, dependiendo de las transferencias de competencias a cada comunidad autónoma, hecho que ofrece un panorama diverso, y a veces casi contradictorio, en cada una de ellas (Juan-Vera y Pérez-López, 2009).

Por definición los CDIAT deberían ser, por la función social que desempeñan, un servicio público y gratuito para todos aquellos niños con discapacidad o en riesgo, 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 todos ellos presentan algunos rasgos en común: la población atendida, la intervención familiar y en los distintos entornos, el espacio propio, el equipo multidisciplinar, con un claro enfoque interdisciplinar o transdisciplinar, y la coordinación con los diversos recursos, sociales, educativos y sanitarios (Robles-Bello *et al.*, 2018).

El trabajo del CDIAT comienza cuando se recibe la solicitud por parte de la familia o por parte de cualquier profesional o institución. Esta intervención, se realizará de acuerdo con toda la información obtenida del niño, la familia y el entorno, y consta de varias partes: valoración inicial, diagnóstico o evaluación, planteamiento de la necesidad de tratamiento o no con el niño y la familia, y el seguimiento, coordinación y derivación cuando fuese necesario (Pérez-López, 2014).

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. Pero también se debe indicar que actualmente, en España, existen muchos centros denominados Centros de Atención Temprana, término que esperamos que quede obsoleto en breve espacio de tiempo, para unificarse con la denominación que algunos autores contemplan como más correcta que sería la de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Hay que luchar por conseguir que los CDIAT se conviertan en servicios públicos, autónomos, gratuitos, interdisciplinarios, participativos, descentralizados y sectorizados, como bien se plantea en las Recomendaciones Técnicas para la Atención Temprana (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 (Shonkoff, 2010).

3.1. Funciones de los CDIAT.

Según algunos autores las funciones de los CDIAT serían las siguientes (GAT, 2011):

A) Diagnóstico de los trastornos en el desarrollo: establecer un diagnóstico es el primer objetivo de la atención en un CDIAT. En su elaboración se consideran los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, de tal forma que el resultado no será un único diagnóstico, sino una constelación de hipótesis diagnósticas, que consideren los factores personales y también los familiares y de entorno social. Es fundamental que la evaluación del desarrollo contemple, además de los aspectos cuantitativos o cronológicos del desarrollo —si existe o no determinada conducta y el momento de su aparición en el tiempo—, los aspectos cualitativos, es decir, cómo y en qué circunstancias aparece determinada conducta. El diagnóstico se basa en una buena historia clínica y en la observación. En función del motivo de consulta y de las primeras hipótesis diagnósticas, participan en la intervención aquellos profesionales que se consideren más adecuados.

Por otro lado, el examen neurológico tiene por objetivo determinar la existencia de una disfunción en este área —sea aislada o asociada a otros trastornos o desviaciones en el desarrollo—, determinar si se trata de un trastorno estático o si existen signos que sugieren su progresión, establecer posibles fenotipos conductuales que puedan orientar a la posible base orgánica de un trastorno, establecer la indicación de exámenes complementarios y de terapia farmacológica, y brindar información sobre el posible riesgo de recurrencia. El considerado examen “clásico” se

acompañará de un examen orientado a la detección de signos de disfunción menor o signos blandos.

A partir de los signos y síntomas que presenta el niño o la niña y su entorno, un buen diagnóstico permite una intervención terapéutica eficaz. Entendiendo así el diagnóstico como la comprensión del proceso que permitirá planificar una adecuada intervención terapéutica. Este diagnóstico estará formado por los diferentes diagnósticos parciales considerados de forma integrada y organizados en diagnóstico principal y secundario. El contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos hace que se precise de la colaboración de profesionales de distintas disciplinas. Se establecen tres niveles de diagnóstico (Millá, 2003):

- El diagnóstico funcional constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. En este diagnóstico se valoran todas las características propias e individuales de cada niño, no solo en relación a sus déficits, sino también a sus capacidades y de cómo estos aspectos pueden afectar a su evolución presente y futura. Estas características se han de estudiar en su interacción con el contexto familiar y social. Es imprescindible para poder elaborar los objetivos de la intervención.
 - El diagnóstico sindrómico lo constituye el conjunto de signos y síntomas que existen a un tiempo y que nos definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome o cuadro sindrómico permite conocer cuáles son las estructuras (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y orienta sobre la etiología del mismo. Orienta hacia los ámbitos sobre los que se debe obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, y si su base es predominantemente orgánica o ambiental (Robles-Bello *et al.*, 2020).
 - El diagnóstico etiológico es el que nos informa sobre las causas (sean de carácter biológico o psicosocial) del trastorno funcional o síndrome identificado. Establecer la etiología orgánica precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios en el contexto sanitario. La etiología relacionada con el entorno requerirá un estudio de las expectativas familiares, el tipo de vinculación establecida, la situación familiar, etcétera.
- B) Intervención terapéutica. Este aspecto se planifica sobre la base de las hipótesis diagnósticas establecidas, en función de las dificultades y potencialidades del niño y del conocimiento de su realidad familiar y social. El objetivo prioritario de la intervención es ayudar a los padres a entender

las dificultades o características de su hijo, sus posibilidades y sus limitaciones, y a encontrar las estrategias más adecuadas para promover su desarrollo. Para conseguir este objetivo se necesita, además del conocimiento del propio niño, estudiar la dinámica de la familia —sus patrones relacionales, expectativas y prioridades—, pues el conocimiento de estas realidades es la clave para hacer propuestas terapéuticas adecuadas que la familia pueda asumir (Buceta *et al.*, 2004).

En todos los casos, se considera y planifica la atención al niño y a la familia. Los padres —la madre más frecuentemente— están presentes en las sesiones, de forma obligada en los menores de 2 años. Esta presencia permite al terapeuta observar la relación del niño con sus padres o referentes, y a ellos observar la relación que el niño establece con el terapeuta: sus propuestas, tiempos de espera, presentación de material, etc. En ocasiones, a partir de los 3 años, se considera más indicado realizar sesiones sin los padres, pero, en cualquier caso, los padres deben conocer y compartir los objetivos y estrategias de la intervención. Se realizan entrevistas periódicas con los padres para tener un tiempo de escucha tranquila fuera del marco de las sesiones con el niño, responder a sus preguntas, valorar la evolución y fijar nuevas metas. En estas entrevistas participarán los miembros del equipo que intervengan en la atención al niño y se considere oportuno. El profesional responsable de la intervención se determina en función de la problemática principal del niño; será la persona de referencia, siempre con el apoyo y asesoramiento del resto del equipo. Cada niño y cada familia se consideran de forma individual y específica, y se evitarán las “recetas” y “programas” universales.

El contenido y objetivos específicos de la intervención serán diferentes en cada caso. Así, en un niño afecto de una hemiparesia congénita, será el fisioterapeuta el profesional referente, que buscará promover la normalización del tono, la postura y, en lo posible, la función; pero, al mismo tiempo, atenderá al desarrollo emocional del niño, a la posible incidencia de esta alteración en la relación u otros ámbitos del desarrollo, a las preocupaciones y ansiedades de los padres, etc., y buscará el asesoramiento y apoyo del psicólogo cuando se considere preciso. En un niño con dificultades en la comunicación será el logopeda el referente principal o en un trastorno en la conducta será el psicólogo. Cuando se considera que las dificultades que presenta el niño o que perciben sus padres las motivan actitudes de estos o situaciones familiares, la intervención se centra en la familia y se intenta modificar esta dinámica que genera las situaciones de conflicto donde el trabajador social será clave. En los niños con plurideficiencia se considera la atención por varios profesionales.

Por otro lado, la intervención se realiza habitualmente en el propio CDIAT, aunque en el primer año de vida algunos equipos intervienen en el domicilio familiar. Cuando el niño asiste a la escuela infantil, la atención considera también este ámbito y se realizan observaciones en el medio escolar; se asesora a educadores y maestros, y se planifica, de forma conjunta, la intervención. En las escuelas infantiles (de 0 a 3 años) que no disponen de equipo psicopedagógico, los profesionales del CDIAT, con frecuencia, realizan asesoramiento a los educadores —a través de la observación de niños que preocupan a estos—, así como de sus relaciones en el grupo, y realizan charlas sobre temas específicos relacionados con el desarrollo infantil. Los pilares de una intervención temprana se basan en la detección precoz de las primeras manifestaciones de un trastorno del desarrollo o de situaciones de riesgo. Condición previa para la detección es la sensibilización a la existencia de estos trastornos y a las posibilidades que ofrece una intervención terapéutica desde los primeros meses de vida.

La evaluación y el seguimiento del diagnóstico y de la intervención terapéutica permitirá confirmar o modificar el diagnóstico inicial y ajustar el programa terapéutico a las necesidades del niño y de la familia. Parte de este trabajo se desarrollará en las reuniones conjuntas del equipo. Incluye cuantas visitas se precisen de los distintos profesionales del equipo al niño y a la familia. Este seguimiento no afecta únicamente a los niños que reciben tratamiento directo, sino también a aquellos niños que estando en situación de riesgo no se ha considerado oportuno empezar con un tratamiento directo, pero sí establecer un calendario de seguimiento. Este seguimiento se puede realizar desde dentro del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, por profesionales especializados (como logopedas, fisioterapeutas, psicólogos, etcétera), o en coordinación con profesionales de otros programas sanitarios o sociales. Como por ejemplo el seguimiento de casos de riesgo biológico o social en el programa del Niño Sano (Martínez-Fuentes *et al.*, 2006)

- C) Coordinación con los recursos de la zona: la participación en la Coordinadora de Atención Temprana del sector debe facilitar el proceso de regularización de las intervenciones, para evitar duplicidades y facilitar el traspaso de información de unos servicios a otros. Posiblemente, la responsabilidad de la gestión de la coordinación de Atención Temprana recaiga sobre el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o sobre estructuras creadas *in situ* por la administración competente en atención temprana según territorio específico.

D) Por último, otra función es la investigación y docencia: se promoverán y desarrollarán tareas de investigación a partir del propio trabajo a nivel individual, de equipo o colaboraciones. Se facilitarán colaboraciones en tareas de docencia con las entidades responsables (Universidad, Colegios Profesionales, etc.). Paralelamente se ha de establecer un programa de formación continuada para los profesionales del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana que implique, por un lado, el conocimiento de diferentes técnicas y experiencias, y, por otro, el análisis y la discusión de la propia metodología de trabajo individual y en equipo. El equipo de profesionales que ha de componer un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana ha de garantizar que los aspectos médicos, psicológicos, educativos y sociales sean considerados en el establecimiento del diagnóstico y seguimiento del plan de tratamiento. En estas funciones participan, entre otros, psicólogos, neuropediatras y trabajadores sociales. También se requiere la presencia de profesionales con formación específica para atender la problemática tanto del niño (maestros especializados, fisioterapeutas, pedagogos, psicomotricistas y psicoterapeutas), como de la familia (psicoterapeutas con formación en trabajo con familias y consejo familiar).