

## PRÓLOGO

---

O desenvolvemento infantil é un proceso dinámico, sumamente complexo, que se sustenta na evolución biolóxica, psicolóxica e social. Os primeiros anos de vida constitúen unha etapa da existencia especialmente crítica xa que nela se van configura-las habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, lingüísticas e sociais que posibilitarán unha equilibrada interacción co mundo circundante.

A Atención Temperá, dende os principios científicos sobre os que se fundamenta: Pediatría, Neuroloxía, Psicoloxía, Psiquiatría, Pedagogía, Fisiatría, Lingüística, etc, ten como finalidade ofrecerlles ós nenos con déficits ou con risco de padecelos un conxunto de accións optimizadoras e compensadoras, que faciliten a súa axeitada maduración en tódolos ámbitos e que lles permita alcanza-lo máximo nivel de desenvolvemento persoal e de integración social.

Transcorridas tres décadas dende que se puxeron en funcionamento os primeiros centros de Atención Temperá (antes denominados de Estimulación Precoz), é necesario contar cun referente normativo que aborde a problemática específica do sector e que estableza a súa axeitada planificación en todo o territorio estatal. Constitúese o Grupo de Atención Temperá (GAT), co fin de elaborar de xeito consensuado o Libro Branco da Atención Temperá. Este documento ha de ser unha referencia para as administracións públicas, os profesionais, as asociacións e as familias, que permita supera-la descoordinación institucional e que resolva as deficiencias organizativas e de recursos. O GAT conta con representación de especialistas das diversas comunidades autónomas e co respaldo do Real Patronato de Prevención y de Atención a Persoas con Discapacidad. Así

mesmo recibiu o apoio da Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Atraso Mental (FEAPS) e da Fundación ONCE, entre outras entidades.

Existe gran variabilidade de situacións en materia de Atención Temprá nas comunidades autónomas, orixinadas polos distintos niveis de competencias transferidas dende a administración central ás administracións autonómicas; mentres unhas posúen unha rede de centros consolidada, outras aínda non dispoñen da infraestrutura básica. O mapa de recursos da Atención Temprá debe harmoniza-las diferencias territoriais e os modelos de funcionamento, establecendo unha sectorización estatal que aproveite a rede de centros xa existente e creando os que sexan necesarios nos lugares onde non os haxa, para chegar a toda a poboación necesitada deste tipo de accións preventivas e asistenciais.

A delimitación das competencias e das responsabilidades dos diferentes estratos da administración estatal e autonómica deben definirse e concretarse nun marco legal que estableza los límites competenciais e as directrices para a ordenación do sector. As coordenadas marcadas nesta materia pola administración europea deben servir de referencia obrigada para lograr unha adecuación normativa a este novo contexto. A nosa incorporación á Unión Europea supuxo un impulso decisivo para os sectores económicos e productivos, así como para a sanidade e a educación. Este avance debe ser aproveitado tamén para impulsa-la Atención Temprá e para logra-la súa plena homologación.

As administracións autonómicas deben lograr un alto grado de eficacia na planificación, na racionalidade da xestión e no financiamento, identificando as carencias comarcais en Atención Temprá e asumindo a dotación dos recursos que se requiran para garanti-la resposta máis axeitada

ós nenos que os necesiten. Tamén han de ser permeables ós avances científicos e ás achegas dos que afrontan como profesionais, investigadores, entidades e asociacións de pais a problemática específica da Atención Temperá, para assimilar aquelas solucións que melloren os aspectos nos que aínda son deficitarias.

Os fondos destinados a financia-los centros de Atención Temperá son insuficientes e urxe un incremento das dotacións económicas que nos homologue coas partidas orzamentarias que dedican a este fin os países dos nosos veciños europeos. Non debemos esquecer que moitas alteracións do desenvolvemento poden previr-se se son tratadas a tempo e iso supón unha mellora substancial da calidade de vida, non só dos que as padeceron, senón tamén do conxunto da sociedade. Por esta, entre outras razóns, a intervención temperá ten unha grande rendibilidade económica, social e persoal.

Ó longo do documento, faise referencia a "interdisciplinabilidade", "globalidade", "coordinación" e "calidade". Todos estes conceptos non se poden levar á práctica sen un seguimento nin unha coordinación de tódalas entidades administrativas públicas e privadas implicadas na atención do neno como suxeito central das intervencións e da súa familia. Non existe ningunha argumentación técnica nin de calquera outra índole para interromper unha intervención en función de factores tan aleatorios coma a data de nacemento, as dificultades económicas familiares, o lugar de residencia ou depender dun ámbito da administración ou outro. Aqueles nenos que necesitan da Atención Temperá teñen o dereito a dispoñer dos recursos para o seu tratamento, evitando que poidan existir diferencias por nacer nunha comunidade autónoma ou outra, e mesmo dentro da mesma comunidade, en zonas nas que non existen recursos deste tipo. Trátase de garantir o principio de igualdade de oportunidades dun sector da poboación especialmente indefenso e

sensible ós efectos das minusvalías, nas cales presenta niveis de prevalencia significativos a poboación infantil.

No organigrama actual da Administración Pública os ámbitos competentes en materia de Atención Temprá son: Sanidade, Servicios Sociais e Educación. Faise necesario un sistema que regule e arbitre as relacións entre estas tres áreas, creando un marco legislativo de carácter estatal e autonómico que estableza a coordinación e a actuación conxunta en favor da gratuidade e universalización dos centros de Atención Temprá en todo o territorio do Estado. A organización da Atención Temprá, polo tanto, debe posibilitar:

A adopción de medidas encamiñadas á prevención.

A detección precoz dos riscos de deficiencias.

A intervención como proceso tendente a conseguir-lo máximo desenvolvemento físico, mental e social.

A Atención Temprá non pode ser vista exclusivamente como unha vertente da rehabilitación, da intervención psico-social ou da educación senón que debe formar parte dun proceso integral que ten como fin último o desenvolvemento harmónico dos nenos integrados no seu ámbito. Para lograr este labor é necesario que dende o sector se ofrezan uns niveis satisfactorios de eficiencia e de calidade na atención.

A publicación deste volume ha de converterse nun referente para tódolos sectores implicados na Atención Temprá: institucións, asociacións, profesionais, investigadores, pais e calquera outro que estea comprometido en garantir unha axeitada atención a este colectivo. Polo

tanto, ha de ser un documento para a reflexión e para o avance. Este é o punto de partida para lograr liñas de actuación que cubran as necesidades nesta materia de tódolos nenos do territorio español sen ningunha exclusión.

Obviamente a adecuada planificación do sector require dun compromiso político que, mediante o consenso, permita da-lo paso decisivo para alcanzar unha regulación legal que sirva de modelo común, que posteriormente se desenvolva e adapte ás singularidades de cada comunidade autónoma. Neste sentido, é necesario crear unha Comisión Estatal para a Atención Temperá ou un Instituto da Atención Temperá que promova o desenvolvemento lexislativo para superar esta carencia histórica. Trátase de establece-la andamiaxe común sobre o que cada comunidade autónoma definirá as súas normativas específicas. Dende unha primeira pauta reguladora xenérica estatal débese acata-lo compromiso e as responsabilidades autonómicas cunha orientación eficiente e pragmática.

É necesario atende-los gastos que orixinan os diferentes sectores da vida social e económica do país. Sen embargo, hai que resalta-la grave necesidade de financiamento do sector da Atención Temperá que aínda non posúe unha tradición presupostaria e polo tanto non consolidou suficientemente a súa situación financeira que dista moito comparativamente da que teñen outros países das nosas proximidades xeográficas, sendo precisamente a Atención Temperá unha das actuacións máis rendibles a longo prazo, pola súa eficacia, carácter preventivo e repercusión directa na calidade de vida presente e futura dos atendidos.

A sociedade e o aparato administrativo hanse de flexibilizar para que ó neno que presenta algunha deficiencia ou que ten risco de padecela se lle faciliten os recursos e os medios necesarios

para a interacción neno-familia e para o desenvolvemento das súas capacidades. Os nenos con problemas no seu desenvolvemento son suxeitos de pleno dereito da nosa sociedade que deben estar amparados polos principios da Declaración Universal dos Dereitos do Neno. É necesario que os organismos públicos implicados en garanti-la saúde, a protección social e a educación se coordinen para dar unha eficaz resposta institucional a estes dereitos, en maior medida, cando existen uns condicionamentos que supoñen que estes se atopan nunha situación de desprotección e inferioridade.

A indefinición normativa e competencial en materia de Atención Temperá continúa deixando en terra de ninguén este sector estratéxico para conseguir que a poboación infantil con algún atraso no seu desenvolvemento dispoña dos recursos e as atencións oportunas para superalo. Convén recordar que a Constitución Española confíalles ós poderes públicos a garantía dos dereitos e a igualdade de tódolos españois. Nos artigos 27 e 49 encoméndaselles a estes o desenvolvemento dunha política de integración e atención especializada para as persoas que a requiran polas súas minusvalías físicas, sensoriais ou psíquicas.

A intervención na poboación infantil susceptible de sufrir algunha limitación no seu proceso de desenvolvemento vai se-lo mellor instrumento para supera-las desigualdades individuais que se derivan das minusvalías. O logro das competencias que son propias do proceso evolutivo vai situar los nenos en condicións favorables para comprende-lo mundo circundante e para adaptarse ó ámbito natural e social.

Chegou o momento de reflexionar e de aproveita-la experiencia acumulada para establece-las bases do futuro da Atención Temperá. Corresponde, tras este longo recorrido, defini-los dereitos

e deberes dos usuarios destes centros, establece-lo perfil dos estándares organizativos e funcionais, optimiza-los recursos, contrastar modelos, investigar, potencia-la prevención e introducir melloras significativas no tratamento da poboación infantil que o requira. Este Libro Branco, froito dun dilatado e laborioso traballo, ha de servir para canalizar esforzos detrás da mellora da Atención Temperá e da calidade de vida dos que máis a necesitan.

## **1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPERÁ**

---

*Enténdese por Atención Temperá o conxunto de intervencións, dirixidas á poboación infantil de 0-6 anos, á familia e ó medio, que teñen por obxectivo atender o máis axiña posible as necesidades transitorias ou permanentes que presentan os nenos con trastornos no seu desenvolvemento ou que teñen o risco de padecerlos. Estas intervencións, que deben considerala globalidade do neno, han de ser planificadas por un equipo de profesionais de orientación interdisciplinar ou transdisciplinar.*

### **Desenvolvemento infantil**

O desenvolvemento infantil nos primeiros anos caracterízase pola progresiva adquisición de funcións tan importantes como o control postural, a autonomía de desprazamento, a comunicación, a linguaxe verbal e a interacción social. Esta evolución está estreitamente ligada ó proceso de maduración do sistema nervioso, xa iniciado na vida intrauterina e á organización emocional e mental. Require unha estrutura xenética adecuada e a satisfacción dos requirimentos básicos para o ser humano a nivel biolóxico e a nivel psico-afectivo.

O desenvolvemento infantil é froito da interacción entre factores xenéticos e factores ambientais:

A **base xenética**, específica de cada persoa, establece unhas capacidades propias de desenvolvemento e ata o momento non nos é posible modificala.

**Os factores ambientais** van modular ou mesmo determina-la posibilidade de expresión ou de latencia dalgunhas das características xenéticas. Estes factores son de orde biolóxica e de orde psicolóxica e social.

Son factores ambientais de orde biolóxica o mantemento da homeostase, estado de saúde, ausencia de factores de agresión ó S.N...., condicións necesarias para unha axeitada maduración.

Son factores ambientais de orde psicolóxica e social a interacción do neno co seu medio, os vínculos afectivos que establece a partir do afecto

estabilidade nos coidados que recibe, a percepción de canto o rodea (persoas, imaxes, sons, movemento...). Estas condicións, que son necesidades básicas do ser humano, son determinantes no desenvolvemento emocional, funcións comunicativas, conductas adaptativas e na actitude ante a aprendizaxe.

O sistema nervioso atópase na primeira infancia nunha etapa de maduración e de importante plasticidade. A situación de maduración condiciona unha maior vulnerabilidade fronte ás condicións adversas do medio e as agresións, polo que calquera causa que provoque unha alteración na normal adquisición dos fitos que son propios dos primeiros estadios evolutivos pode poñer en perigo o desenvolvemento harmónico posterior, pero a plasticidade tamén dota o Sistema Nervioso dunha maior capacidade de recuperación e reorganización orgánica e funcional, que decrece de forma moi importante nos anos posteriores.

A evolución dos nenos con alteracións no seu desenvolvemento dependerá en boa medida da data da detección e do momento de inicio da Atención Temprá. Canto menor sexa o tempo de privación dos estímulos mellor aproveitamento haberá da plasticidade cerebral e potencialmente menor será o atraso. Neste proceso resulta crucial a implicación familiar, elemento indispensable para favorece-la interacción afectiva e emocional así como para a eficacia dos tratamentos.

### **Trastornos no desenvolvemento**

O desenvolvemento é o proceso dinámico de interacción entre o organismo e o medio que dá como resultado a maduración orgánica e funcional do sistema nervioso, o desenvolvemento de funcións psíquicas e a estruturación da personalidade.

O trastorno do desenvolvemento debe considerarse como a desviación significativa do "curso" do desenvolvemento, como consecuencia de acontecementos de saúde ou de relación que comprometen a evolución biolóxica, psicolóxica e social. Algúns atrasos no desenvolvemento poden compensarse ou neutralizarse de xeito espontáneo, sendo a miúdo a intervención a que determina a transitoriedade do trastorno.

### **Risco biolóxico - social**

Considéranse de risco biolóxico aqueles nenos que durante o período pre, peri ou posnatal, ou durante o desenvolvemento temperán, estiveron sometidos a situacións que poderían altera-lo seu proceso madurativo, como pode se-la prematuridade, o baixo peso ou a anoxia ó nacer.

Os nenos de risco psico-social son aqueles que viven nunhas condicións sociais pouco favorecedoras, como son a falta de coidados ou de interaccións adecuadas cos seus pais e familia, maltrato, negligencias, abusos, que poden altera-lo seu proceso madurativo.

### **Carácter global**

Na planificación da intervención, débese considera-lo momento evolutivo e as necesidades do neno en tódolos ámbitos e non só o déficit ou minusvalía que poida presentar. En Atención Temprá hase de considera-lo neno na súa globalidade, tendo en conta os aspectos intrapersoais, biolóxicos, psico-sociais e educativos, propios de cada individuo, e os interpersoais, relacionados co seu propio medio, familia, escola, cultura e contexto social.

### **Equipo interdisciplinar**

O equipo interdisciplinar é o formado por profesionais de distintas disciplinas, no que existe un espazo formal para comparti-la información, as decisións tómanse a partir dela e téñense obxectivos comúns.

**Equipo transdisciplinar**

O equipo transdisciplinar é aquel no que os seus compoñentes adquiren coñecemento doutras disciplinas relacionadas e as incorporan á súa práctica. Un só profesional do equipo asume a responsabilidade da atención ó neno e/ou o contacto directo coa familia.

## 2. OBXECTIVOS DA ATENCIÓN TEMPERÁ

---

O principal obxectivo da Atención Temperá é que *os nenos que presentan trastornos no seu desenvolvemento ou teñen risco de padecelos, reciban, seguindo un modelo que considere os aspectos bio-psico-sociais, todo aquilo que dende a vertente preventiva e asistencial poida potencia-la súa capacidade de desenvolvemento e de benestar, posibilitando da forma máis completa a súa integración no medio familiar, escolar e social, así como a súa autonomía persoal.*

A Atención Temperá debe chegar a tódolos nenos que presentan calquera tipo de trastorno ou alteración no seu desenvolvemento, sexa esta de tipo físico, psíquico ou sensorial, ou se consideren en situación de risco biolóxico ou social. Tódalas accións e intervencións que se levan a cabo en atención temperá deben considerar non só o neno, senón tamén a familia e o seu medio.

Deste amplo marco despréndese o seguinte conxunto de obxectivos propios á Atención Temperá:

1- Reduci-los efectos dunha deficiencia ou déficit sobre o conxunto global do desenvolvemento do neno.

- 2- Optimizar, na medida do posible, o curso do desenvolvemento do neno.
- 3- Introduci-los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreiras e adaptación a necesidades específicas.
- 4- Evitar ou reduci-la aparición de efectos ou déficits secundarios ou asociados producidos por un trastorno ou situación de alto risco.
- 5- Atender e cubri-las necesidades e demandas da familia e o medio no que vive o neno.
- 6- Considera-lo neno como suxeito activo da intervención.

### 3. NIVEIS DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPERÁ

---

Do modelo bio-psico-social da Atención Temperá dérvase a necesidade de establecer relacións cos programas e servizos que actúan no contexto do neno e da súa familia. Os centros e servizos de Atención Temperá deberán realiza-las súas actuacións de maneira que se procure a coincidencia con aqueles esforzos sociais que dende outras instancias da administración e a comunidade favorecen a saúde, a educación e o benestar social. De xeito esquemático podemos diferenciar tres niveis nos que tería que basearse esta colaboración.

#### **Prevención primaria en saúde (\*)**

Correspóndenlle á prevención primaria as actuacións e protección da saúde, orientadas a promover-lo benestar dos nenos e as súas familias. Son medidas de carácter universal con vocación de chegar a toda a poboación. Abrangue dereitos como a asistencia sanitaria, o permiso por maternidade ou situacións de acollida ou adopción. Os dereitos que xera a recente Lei de Conciliación da Vida Familiar e Laboral (BOE 6 de novembro de 1999) tamén poden incluírse neste nivel.

---

\* A saúde defínese pola OMS como un estado de completo benestar físico, mental e social e non só como a mera ausencia de enfermidade ou doenza (Organización Mundial da Saúde. Oficina Rexional para Europa: *Salud para todos*, 1985)

Á Atención Temprá, neste nivel, correspóndelle identificar e sinalar, ante as institucións sociais, aquelas circunstancias que poidan ser relevantes para a elaboración de normas ou dereitos universais no ámbito da promoción e protección do desenvolvemento infantil. A propia universalización, gratuidade e precocidade da Atención Temprá que neste documento se reclaman sería unha medida moi transcendente de prevención primaria.

#### **Prevención secundaria en saúde**

#### **Prevención secundaria en saúde**

A prevención secundaria baséase na detección precoz das enfermidades, trastornos, ou situacións de risco. Instrumentase a través de programas especiais dirixidos a colectivos identificados en situación de risco, como os nenos prematuros de menos de 32 semanas ou de menos de 1.500 gr, as unidades familiares con embarazos de adolescentes menores de 18 anos, en risco de disfunción relacional; as unidades familiares con embarazos a partir dos 35 anos, con risco de cromosomopatías; os nenos con tetraplexías espásticas e risco de luxación de cadeira. Nos anexos detállanse os factores de risco máis relevantes.

A investigación epidemiolóxica permítenos identifica-los colectivos de risco que serán obxecto dunha atención especial que inclúa un sistema de alerta social, como son as campañas de sensibilización dos profesionais das distintas redes e da propia sociedade para a súa detección

precoz, así como uns protocolos de actuación para cada un dos colectivos incluídos nos devanditos programas. Na maioría destes protocolos, especialmente cando os factores de risco se relacionen directamente co desenvolvemento, será necesaria a participación e intervención dos servizos de Atención Temprá.

#### **Prevención terciaria en saúde**

A prevención terciaria correspóndese coas actuacións dirixidas a remedia-las situacións que se identifican como de crise bio-psico-social. Exemplos destas situacións son o nacemento dun fillo con minusvalía ou a aparición dun trastorno no desenvolvemento. A instrumentación social para evitar que esta crise afonde e impulsar solucións é precisamente tarefa do servizo de Atención Temprá, no que recae a máxima responsabilidade de activar un proceso de reorganización traballando co neno, coa familia e co medio no que vive. En ocasións pódese lograr un novo equilibrio de forma máis ou menos rápida, pero noutras pódense precisar períodos moi longos de tempo para a súa superación, ó vérense afectados proxectos familiares e persoais, ó limitarse as posibilidades de mobilidade, de comunicación e de autonomía dun membro da familia. A complexidade destas situacións fai necesaria a intervención dun equipo interdisciplinario.

### **3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA EN ATENCIÓN TEMPERÁ**

A prevención primaria dos trastornos no desenvolvemento infantil ten por obxectivo *evitar as condicións que poden levar á aparición de deficiencias ou trastornos no desenvolvemento infantil*. Os servizos competentes nestas accións son, prioritariamente, os de Saúde,

Servicios Sociais e Educación. Outros departamentos como Traballo e Medio Ambiente teñen tamén importantes responsabilidades neste ámbito.

***SON COMPETENCIA DOS SERVICIOS DE SAÚDE*** os programas de planificación familiar, de atención á muller embarazada, os de saúde materno-infantil, detección de metabolopatías e vacinacións, información dos factores de risco e da súa prevención, atención pediátrica primaria e as actuacións hospitalarias e sanitarias en xeral. Foron as actuacións neste ámbito as que permitiron a práctica erradicación da poliomielite, diminución drástica dalgunhas infeccións intrauterinas, eliminación dos cadros de parálise cerebral infantil secundarios a incompatibilidade Rh, detección e tratamento precoz dalgunhas metabolopatías, etc. Os avances máis recentes están a evitárle-la infección na etapa fetal do Virus da Inmunodeficiencia Adquirida ós nenos de nais afectadas.

Os servicios de Pediatría en Atención Primaria, de utilización por toda a poboación infantil dende o nacemento ata os 14 ou 18 anos de idade, ocupan un lugar especial na prevención dos trastornos no desenvolvemento e situacións de risco, ó estaren dirixidos a toda a poboación infantil, a través dos programas de revisións regulares e control do neno san.

Os programas de seguimento de nenos con alto risco de presentar trastornos neuro-psico-sensoriais, realizados dende as unidades neonatais, servicios de Pediatría e Neuroloxía Infantil diríxense de forma específica a un grupo especialmente vulnerable da poboación infantil.

Os servicios de Saúde Mental Infantil teñen un papel importante na prevención primaria, colaborando cos equipos de saúde e de planificación familiar en programas materno-infantís, que

deberían permitir evitar, en moitas ocasións, a aparición de situacións de risco. Participan tamén estes servizos na elaboración de recomendacións e na adopción de medidas para fomentar a saúde mental en xeral e para reducir a exposición dos nenos a situacións de privación psico-social.

***SON COMPETENCIA DOS SERVICIOS SOCIAIS*** as intervencións destinadas á prevención de situacións de risco social e de maltrato, por acción ou omisión, ó menor. A actuación dos Servizos Sociais enmárcase moitas veces nun labor de atención á familia, sendo estes programas, ó considera-lo conxunto familiar, especialmente relevantes, pola importancia recoñecida da familia no benestar e desenvolvemento do neno. Nesta liña sitúanse os centros materno-infantís.

Os Servizos Sociais interveñen tamén de forma especial na prevención dos trastornos do desenvolvemento infantil, a través dos programas dirixidos a colectivos que se atopan en situación de risco por condicións sociais, como nais adolescentes, poboación emigrante, etc.

***SON COMPETENCIA DOS SERVICIOS EDUCATIVOS*** as actuacións de apoio ó neno e á familia dende os centros de Educación Infantil, utilizados de forma maioritaria pola poboación a partir dos 3 anos de idade e por unha parte da mesma en idades anteriores. O labor destes centros na prevención dos trastornos do desenvolvemento pode ser fundamental para as poboacións de alto risco, ó ofrecerlle un medio estable e estimulante a un sector da poboación infantil que a miúdo sofre de condicións adversas no seo da familia.

Un importante nivel de actuacións preventivas dende Educación ten lugar a través da formación dos alumnos e alumnas de secundaria, bacharelato e formación profesional, nos ámbitos de saúde, educativos e sociais, e especialmente en planificación familiar.

***OS CENTROS DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL E ATENCIÓN TEMPERÁ*** deben participar na prevención primaria colaborando nas campañas de información/formación da

poboación en xeral nos aspectos relativos ó desenvolvemento infantil e tamén como parte do seu traballo con nenos afectados de trastornos permanentes, ó evita-la aparición de patoloxías engadidas á inicial.

### **3.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN TEMPERÁ**

A prevención secundaria en Atención Temperá ten por obxectivo a *detección e o diagnóstico precoz* dos trastornos no desenvolvemento e de situacións de risco.

#### **DETECCIÓN**

A detección das posibles alteracións no desenvolvemento infantil é un aspecto fundamental da Atención Temperá na medida en que vai posibilita-la posta en marcha dos distintos mecanismos de actuación dos que dispón a comunidade. Canto antes se realice a detección, existirán maiores garantías de previr patoloxías engadidas, lograr mellorías funcionais e posibilitar un axuste máis adaptativo entre o neno e o seu medio.

A detección temperá dos trastornos no desenvolvemento infantil constitúe o paso imprescindible para o diagnóstico e a atención terapéutica. A detección temperá é fundamental para poder incidir nunha etapa na que a plasticidade do sistema nervioso é maior e as posibilidades terapéuticas mostran a súa maior eficacia. Cómpre detecta-los trastornos do desenvolvemento infantil no momento en que aparecen os seus primeiros signos indicadores, se é posible antes de que as diferentes síndromes se estruturen de forma completa e estable. A detección de *signos de alerta*, que constitúen posibles indicadores de trastornos no desenvolvemento infantil, debe estar presente no traballo cotián de todos aqueles que traballan con poboacións infantís.

A detección debe ir seguida do inicio do proceso diagnóstico e da intervención terapéutica, pero hai unha serie de circunstancias que a miúdo impiden ou evitan a detección e o diagnóstico dos trastornos no desenvolvemento, especialmente os psicopatolóxicos, do ámbito emocional e cognitivo, nos primeiros anos da vida:

As tendencias banalizadoras ou contemporizadoras que deixan en mans do "xa lle pasará" a responsabilidade terapéutica ante problemas que ben merecen unha atención e avaliación serias.

As tendencias reduccionistas, que levan a interpretar incorrectamente numerosos comportamentos atípicos dos nenos, ó atribuílos de forma exclusiva a deficiencias ou inadecuacións educativas dos pais ou, pola contra, a factores físicos ou biolóxicos illados.

O temor ou a resistencia a iniciar un proceso diagnóstico e terapéutico para evitar "etiquetar" de forma precoz, aínda recoñecendo a existencia de "problemas".

O descoñecemento ou esquecemento da existencia de problemas relacionais ou interaccionais precoces e a negación do sufrimento psíquico do neno.

A necesidade de creación de programas específicos de detección e eliminación das condicións de risco.

Todos estes factores contribúen a que bo número de nenos e nenas que presentan trastornos no seu desenvolvemento non sexan detectados e poida producirse un agravamento das súas disfuncións e conflitos ó non accederen á axuda terapéutica que precisan. Ignorar signos de alerta e síntomas precoces de psicopatoloxía pode levar a que estes se organicen en formas máis estruturadas tales como autismo, psicose, procesos deficitarios, estados depresivos ou disharmonías evolutivas precoces.

Na detección dos trastornos no desenvolvemento ou situacións de risco podemos considerar distintas etapas e axentes.

## **Etapa prenatal**

### **Servicios de Obstetricia**

A prevención secundaria dos trastornos no desenvolvemento infantil debería iniciarse nos servicios de Obstetricia, coa atención á embarazada por parte dos profesionais sanitarios (obstetras e matronas), sobre os que recaen as funcións de detección de situacións de risco e as de información, apoio e orientación ás futuras nais. Cando sexa oportuno procederáse á derivación ou coordinación con servicios especializados en atención a embarazos de alto risco biolóxico, psicolóxico ou social, que achegarán as axudas sanitarias, sociais e psicolóxicas necesarias.

Na etapa prenatal existe a posibilidade de detectar distintas condicións e situacións de risco:

- a) Presencia dunha alteración que con seguridade conducirá a un trastorno no desenvolvemento e/ou minusvalía posterior: espiña bífida, cromosomopatía, focomiela, etc.
- b) Características ou circunstancias presentes no feto ou na nai, que se asocian con frecuencia a alteracións no desenvolvemento: determinadas alteracións estruturais do sistema nervioso central, infeccións maternas, etc.
- c) Condicións de elevado risco biolóxico: antecedentes familiares, idade ou factores de saúde maternos, condicións do embarazo, etc.
- d) Condicións de elevado risco psico-afectivo e social: nai adolescente, enfermidade mental dos pais, escasos recursos familiares, familias multiproblemáticas, etc.

A detección de trastornos de orixe biolóxica asociados a minusvalía posterior, detectables no período prenatal, é función interdisciplinar, na que xinecólogos, tocólogos, ecografistas, xenetistas, bioquímicos e pediatras colaboran estreitamente para poder ofrecerlle á familia unha ampla información sobre a situación, prognóstico, posibilidades de prevención e actuacións posibles. A información á familia sobre posibles consecuencias, recursos terapéuticos, etc, debe ser temperá, obxectiva e o máis completa posible, a fin de que esta poida decidir libremente a súa opción.

Cando se realiza o diagnóstico prenatal de deficiencia e prosegue o embarazo, será necesario destinalles unha atención psicolóxica ós pais, en especial á nai, debido á alteración que pode sufrir-lo vínculo nai-fillo, ó comunicarse o diagnóstico. Estas circunstancias supoñen un factor de risco para a adaptación parenteral ó neonato no período neonatal.

Cando o diagnóstico prenatal de deficiencia vaia seguido dunha interrupción do embarazo, deberá tamén brindarse apoio psicolóxico ós pais, que terá carácter preventivo sobre posibles embarazos futuros.

### **Etapa perinatal**

#### **Servicios de Neonatoloxía**

Nas unidades ou servicios de Neonatoloxía reciben atención nenos con alto risco de presentar deficiencias, trastornos ou alteracións no seu desenvolvemento en función de

determinadas condicións xenéticas e de situacións adversas no ámbito biolóxico ou orgánico: infeccións intrauterinas, baixo peso, hipoxia, hemorraxias cerebrais, infeccións postnatais.

A necesaria permanencia destes nenos na unidade neonatal, precisando a miúdo de coidados intensivos e de illamento prolongado en incubadora, engade outros factores de risco, de carácter ambiental e psico-afectivo, ós xa previos. No ámbito de estímulos ambientais atopamos entre as situacións máis frecuentes un exceso de ruído ambiental, de intensidade e tempo de exposición a luz intensa, inmovilización, etc. No ámbito psico-afectivo é norma a limitación e en ocasións carencia de contacto cos pais, con estimulación social non adecuada debido á presenza de múltiples coidadores, condicións de hipo ou hiperestimulación asociadas ás necesidades de coidados, controis, exames, etc. Debe considerarse que mesmo cando o contacto cos pais é posible, a súa adecuación ás necesidades e posibilidades do neno é difícil ou limitada, debido á situación de bloqueo e alteración emocional destes.

Durante o período de estancia na unidade neonatal a miúdo non é posible determinar con certeza a futura evolución do neno, pero si establece-la condición de risco e a necesidade dun seguimento evolutivo. Cando se poñen de manifesto signos compatibles cun trastorno no seu desenvolvemento poranse en marcha as medidas terapéuticas oportunas e posibles, adaptadas sempre á situación vital do neno.

## **Etapa postnatal**

### **Servicios de Pediatría**

O equipo pediátrico, a través das visitas regulares ó neno nos primeiros anos de vida e dos programas de control do neno san debería ser sen dúbida o principal axente da detección temperá. A observación directa do neno e a información achegada polos pais nunha entrevista aberta ás súas inquietudes e dirixida a obter aqueles datos máis relevantes, permite confirma-la normalidade do desenvolvemento infantil ou establece-la situación de sospeita de desviación nel.

Este nivel de detección é fundamental, xa que os nenos con problemas graves no seu desenvolvemento teñen antecedentes de patoloxía pre ou perinatal nunha elevada proporción e a miúdo existen programas de seguimento específicos ós que deberían acudir. Tan só unha minoría dos nenos que presentan problemas de grao medio ou leve no seu desenvolvemento ten antecedentes perinatais e polo tanto a maioría non se inclúe nun programa específico de seguimento. A detección debe realizarse nestes casos no marco da consulta regular pediátrica.

Un axeitado seguimento evolutivo da poboación infantil en xeral debería conducir a unha adecuada detección dos trastornos do desenvolvemento, ó poñer en evidencia signos e desviacións no desenvolvemento que permiten a identificación dos correspondentes trastornos nos primeiros anos:

- a) Durante o *primeiro ano* poderanse diagnosticar a maioría dos trastornos máis graves do desenvolvemento: formas severas e medias de parálise cerebral, de atraso mental e déficits sensoriais.
- b) Ó longo do *segundo ano*, poden detectarse as formas moderadas ou leves dos trastornos anteriores, así como os correspondentes ó espectro autista.
- c) Entre os *dous e os catro* anos vanse poñer de manifesto os trastornos e atrasos da linguaxe. Os trastornos motores menores e os de conducta, a miúdo xa presentes en etapas previas, fanse máis evidentes e constitúense en motivo de consulta.
- d) *A partir dos 5 anos* fanse evidentes na escola, se non se detectaron previamente como é posible e desexable, a deficiencia mental leve, as disfuncións motoras finas, as dispraxias, etc, ó ocasionar dificultades na aprendizaxe escolar.

Xa dende os primeiros meses e ó longo dos primeiros anos, é posible a aparición de alteracións emocionais e relacionais, así como disfuncións interactivas precoces, que a miúdo se expresan a través de alteracións psicossomáticas no ámbito do sono e a alimentación.

Unha importante función dos centros de Atención Temprá e Desenvolvemento Infantil e dos equipos de Saúde Mental Infantil consiste no seu apoio ós equipos de Primaria no labor de detección dos trastornos do desenvolvemento infantil nos distintos ámbitos.

É importante a coordinación e desenvolvemento de programas conxuntos que faciliten a detección, por parte dos profesionais de saúde, daqueles trastornos que a miúdo pasan desapercibidos ou son mal interpretados nas súas primeiras etapas, como son os trastornos

xeneralizados do desenvolvemento, as disfuncións interactivas significativas na relación dos pais cos fillos, os trastornos de expresión somática ou o atraso mental leve.

### **Servicios educativos**

Cando o neno ou nena asiste á escola infantil, os mestres e educadores constitúen un importante axente de detección. Nesta etapa poden apreciarse problemas nas capacidades e comportamentos básicos para a aprendizaxe: habilidades motoras, de socialización, de linguaxe, dificultades atencionais e perceptivas e limitacións cognitivas ou emocionais que antes non foran detectadas.

As condicións da Escola Infantil e as interaccións que se producen no contexto escolar, diferentes ás do medio familiar, permiten, na maioría dos casos, poñer de manifesto a presenza de desviacións no proceso evolutivo, desaxustes no desenvolvemento psico-afectivo do neno e/ou alteracións no seu comportamento, que polo seu propio carácter ou pola menor gravidade do trastorno, pódennles pasar facilmente inadvertidas ós pais e tamén ó persoal sanitario e non son detectadas ata que o neno accede ó contexto educativo.

Cando o educador ou mestre detecta a posible presenza dun trastorno, comunicarlle a súa inquietude á familia e a partir dos datos achegados polo medio escolar e familiar deberíanse establecer pautas de observación e actuación coordinadas, así como a derivación e consultas oportunas ó pediatra do neno ou nena e ó centro de Desenvolvemento Infantil e Atención Temprá, para poder establecer un diagnóstico completo e iniciar unha intervención terapéutica axeitada.

Situacións de risco social, inadecuada atención, carencias afectivas e sospeita de maltrato infantil, poden ser detectadas tamén no medio escolar, sendo nestes casos fundamental a coordinación cos profesionais de Servicios Sociais.

### **O medio familiar**

O medio familiar constitúe sen dúbida unha vía importante de detección, pois en moitas ocasións son os propios pais ou persoas próximas ó neno os que na interacción diaria co seu fillo no seu contexto natural poden observar que existe unha diferenza ou desviación entre o comportamento do seu fillo e o doutros nenos.

Unha maior atención e información ós pais sería un elemento que sen dúbida facilitaría a detección temperá dos trastornos no desenvolvemento, así como unha maior dispoñibilidade de tempo por parte do pediatra que recibe a consulta dos pais, para poder valora-lo desenvolvemento do neno e dar resposta axeitada ás súas posibles inquietudes.

### **Servicios Sociais**

Os Servicios Sociais, a partir da súa relación con familias con problemática psico-social e coa comunidade en xeral, atópanse nunha posición óptima para a detección de factores de risco social para o desenvolvemento infantil, como poden ser as situacións de moi baixos ingresos económicos familiares, nais adolescentes, drogodependencia, marxinação social familiar, etc.

### **Outros servizos sanitarios**

Con frecuencia os nenos e nenas que presentan trastornos no seu desenvolvemento que non foron identificados realizan a súa primeira consulta a outros servizos sanitarios, ó seren derivados a

un especialista. Estas consultas brindan a oportunidade de recoñece-la existencia dun trastorno global no desenvolvemento do neno, do cal o síntoma polo cal é referido constitúe un elemento. Son estes profesionais da saúde os que derivarán a familia ó centro de Desenvolvemento Infantil e/ou hospital de referencia para un diagnóstico completo da súa problemática e inicio de intervención terapéutica.

## **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico dunha alteración no desenvolvemento consiste na posta en evidencia dunha alteración no desenvolvemento así como o coñecemento das súas supostas causas, permitíndono-la comprensión do proceso e o inicio dunha axeitada intervención terapéutica.

Ante a sospeita dun trastorno no desenvolvemento infantil é fundamental formular un diagnóstico amplo, que considere distintos ámbitos e niveis, pois a problemática que presenta o neno é, na maioría de casos, múltiple, afectando a distintos ámbitos e de orixe multifactorial:

froito da interacción de factores xenéticos, aspectos de saúde, atención psico-afectiva e condicións do medio en xeral.

O diagnóstico das dificultades que presenta un neno será o resultado de considerar, de forma integrada, os diferentes diagnósticos parciais, identificando os diagnósticos principais e os secundarios.

### **Ámbitos do diagnóstico**

O diagnóstico en Atención Temprá debe considera-los ámbitos biolóxicos, psicolóxicos, sociais e educativos, sendo precisa a colaboración de profesionais de diferentes disciplinas e ámbitos: medicina, psicoloxía, pedagogía e ciencias sociais.

### **Niveis do diagnóstico**

No diagnóstico dos trastornos do desenvolvemento debemos considerar tres niveis diagnósticos: funcional, síndrome e etiolóxico.

#### **Diagnóstico funcional**

O diagnóstico funcional constitúe a determinación cualitativa e cuantitativa dos trastornos ou disfuncións. Constitúe a información básica para comprender a problemática do neno, considerando a interacción familiar e a do seu ámbito cultural, as súas capacidades e a súa posibilidade de desenvolvesas. O diagnóstico funcional é imprescindible para poder elaboralos obxectivos e estratexias da intervención.

#### **Diagnóstico síndrome**

O diagnóstico síndrome está constituído por un conxunto de signos e síntomas que definen unha entidade patolóxica determinada. A miúdo a identificación dunha síndrome ou cadro síndrome permítenos coñecer cales son as estruturas, (neurolóxicas, psíquicas ou sociais) responsables do trastorno e oríentanos sobre a súa etiología.

O diagnóstico síndrome orienta cara ós ámbitos sobre os que debemos obter maior información para establecer o diagnóstico etiolóxico e

axuda a establecer se se trata dunha patología estable, transitoria ou evolutiva, de base predominantemente orgánica ou ambiental.

### **Diagnóstico etiológico**

O diagnóstico etiológico é o que nos informa sobre as causas, ben de carácter biolóxico ou ben psico-social, dos trastornos funcionais ou da síndrome identificada.

En tódolos casos intentaremos establece-la etiología dos diferentes trastornos identificados, considerando sempre a súa probable multifactorialidade, nun enfoque amplo que considere os aspectos biolóxicos, psicolóxicos, educativos e do medio en xeral.

A miúdo, e con maior frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos do espectro autista e trastornos da linguaxe, non é posible realizar con absoluta certeza o diagnóstico etiológico, pero en tódolos casos intentaremos establecer un diagnóstico de presunción.

Delimita-la etiología orgánica precisará na maioría dos casos de exames complementarios adecuados ás hipóteses diagnósticas, se ben é importante considerar que a normalidade dos devanditos exames non indica a ausencia dunha base orgánica do trastorno.

Defini-la etiología relacional cando esta se sitúa nas condicións do medio requirirá un axeitado coñecemento das condicións sociais, vinculacións temperás, organización e expectativas familiares, etc.

O diagnóstico funcional constitúe a base imprescindible para unha planificación terapéutica; os diagnósticos sindrómico e etiológico permiten facilitarlle información biomédica á familia e nalgún caso un tratamento específico.

O seguimento evolutivo é fundamental para poder chegar a confirma-las hipóteses diagnósticas iniciais.

## **Comunicación da información diagnóstica**

A información diagnóstica ós pais ante unha situación de risco, ou ante a presenza probable dun trastorno no desenvolvemento do seu fillo, constitúe un tema moi importante da Atención Temprá. Informa-los pais da posibilidade de que o seu fillo presente un trastorno ou minusvalía xera neles unha significativa conmoción emocional, con ansiedade e angustia, medos, sentimentos de rexeitamento e negación; iniciándose un proceso de dó que será distinto en cada familia e para cada membro desta.

As familias destacan a importancia que ten a forma en que se lles comunica o diagnóstico, sendo necesario coidar todo o proceso informativo e as formas de levalo a cabo, incluíndo a atención dos profesionais, os espazos e momentos seleccionados.

Unha boa información facilita que a familia poida chegar a ter unha mellor comprensión e asimilación da realidade do seu fillo e poida adecua-lo seu ámbito a as necesidades e posibilidades físicas, mentais e sociais do neno.

É recomendable que o pai e a nai reciban a información diagnóstica de forma simultánea e conxunta, tras ver, e se fose posible, ter nos brazos o seu fillo.

O profesional ou a institución deberá dispoñer dun lugar reservado que posibilite que este encontro teña a necesaria privacidade e que os pais poidan sentirse fisicamente cómodos, compartí-los seus sentimentos e brindarse mutuo apoio emocional.

É importante ofrece-la información tendo en conta a evolución máis probable, o pronóstico a longo prazo e as posibilidades terapéuticas do neno, pero tamén considerando o feito de que cada familia é distinta. Haberá que considera-las diversas variables: situacións persoais dos cónxuxes e demais membros da familia, aspectos da propia institución familiar, a súa rede de relacións, situación económica, número de fillos, orixe e proxección cultural, etc. A información diagnóstica

terá que acomodarse a esta realidade, considerando non só a realidade do neno senón tamén a da súa familia e ámbito social.

Convén considera-la situación de información diagnóstica máis como *un proceso* que como un acto puntual. O diagnóstico provoca nos pais incertezas cara ó futuro, desorientación ante o presente ou sentimentos de culpa polas súas actuacións no pasado. Será necesario ofrecer dispoñibilidade para novas entrevistas, na que os pais poidan solicitar aclaración a tódalas dúbidas e expoñe-los medos ou preocupacións que sintan.

En canto á información en si, **recoméndase un enfoque directo, evitando os termos técnicos incomprensibles**, ofrecendo, se se considera necesario utilízalos, a súa tradución nun léxico apropiado a cada familia. Convén realizar unha **exposición global da problemática** en lugar de expoñer un catálogo exhaustivo de problemas presentes e futuros. O proceso diagnóstico tenderá a ser *descriptivo e funcional*, e ó informar dunha determinada lesión ou alteración, establecerase o seu significado funcional e o pronóstico implícito.

Un **perfil diagnóstico ben definido** "tranquiliza", aínda que o diagnóstico e pronóstico poida considerarse grave. O mantemento de dúbidas sobre o futuro do neno, situación ás veces inevitable nos primeiros anos da vida, cando se inicia unha intervención sen unha certeza diagnóstica absoluta, pode crear ansiedade, pero esta situación pode ser menos nociva se se establecen prazos concretos para a súa resolución, evitando informacións contradictorias e expectativas indefinidas e inustificadas. Ó irse asentando o pronóstico ou diagnóstico funcional, a familia vai facéndose unha "idea" máis precisa do inmediato futuro, o que facilitará a súa reorganización, a toma de decisións e o reparto ordenado de novos roles e tarefas que facilitarán a saída da situación de crise. Unha vez que os pais saben e recoñecen a existencia dunha minusvalía irreversible importante, como pode se-la xordeira ou a cegueira, éles máis doado **buscar**

*alternativas de comunicación* e de relación que cando se manteñen expectativas de "curación" afastadas da realidade. Cabe sinala-la importancia de apelar á *prudencia* antes de realizar afirmacións que poidan pechar ou abrir, inxustificadamente, o horizonte do neno e a súa familia.

É conveniente que exista un *profesional estable* que cumpra a función de *acompañamento no proceso diagnóstico*, aínda que nalgúns ocasións o seu papel se limite a estar presente, mentres outro profesional fala coa familia. Esta persoa debería entrar en contacto cos profesionais que van atender-lo neno cando este sexa derivado, coa finalidade de segui-lo proceso de comunicación e información de xeito correcto e coordinado.

A información do diagnóstico dun trastorno deberá ir sempre acompañada da información á familia dos diferentes recursos terapéuticos, sociais, educativos, económicos, etc. existentes na zona e da forma de poder acceder a eles, así como da existencia de asociacións de pais. É importante garanti-la coordinación entre profesionais e institucións e poder ofrecer un acompañamento ó longo do proceso de derivación.

En realidade, coa información diagnóstica iníciase a primeira transición na familia, posiblemente a máis importante, xa que dela dependerá en boa medida a capacidade de acoller e dar respostas axeitadas ás características e necesidades do seu novo membro.

Sobre o profesional que lles transmite a información diagnóstica ós pais recae unha importante responsabilidade. Debería ter unha adecuada formación e experiencia neste tema, estando preparado para entender, tolerar e conte-los diversos sentimentos que se poidan producir nos pais, así como facerse cargo dos seus propios sentimentos (ansiedade do propio profesional ante un diagnóstico de patoloxía), coa finalidade de poder mante-la distancia emocional necesaria para transmitir-lles ós pais unha información ponderada e real ó tempo que se lles ofrece comprensión e apoio.

### 3.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

A prevención terciaria en Atención Temprada agrupa todas las actividades dirigidas hacia al niño y al su medio con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Diríjese al niño, a su familia y al su ámbito. Con ella débense atenuar o superar los trastornos o disfunciones de desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el ámbito inmediato del niño.

A intervención dirigida a los niños que presentan trastornos de desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo. Cuando la detección se realiza en la unidad de Neonatología, o existir un período de hospitalización en la etapa neonatal, la intervención iniciase ya en la propia unidad.

Quando a detección se realiza a través de las consultas pediátricas, de las escuelas infantiles o de los propios padres, la atención iniciase en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprada o en las unidades de Atención Temprada, que dan continuidad a la atención cuando esta se inició en la unidad neonatal.

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su medio a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social.

A intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos de desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el ámbito social.

Cando o neno asiste á escola infantil, esta ofrece importantes posibilidades de incidir positivamente sobre os procesos de socialización e aprendizaxe, ó actuar reforzando o proceso terapéutico específico, polo que é fundamental establecer unha axeitada coordinación.

## 4. PRINCIPAIS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

---

### 4.1. CENTROS DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL E ATENCIÓN TEMPERÁ

Os *Centros de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá (CDIAT)* son servicios autónomos que teñen como obxectivo a atención á poboación infantil de 0-6 anos que presenta trastornos no seu desenvolvemento ou que ten risco de padecelos.

Estes centros, de carácter interdisciplinar, xurdiron arredor dos anos 70 e experimentaron unha constante evolución ó longo da súa traxectoria histórica, adecuándose ás crecentes demandas de atención por parte da poboación infantil e das súas familias. Este proceso estivo motivado pola mellor detección e diagnóstico dos distintos trastornos do desenvolvemento, e polo recoñecemento da súa orixe multifactorial, factores ámbolos dous que destacaron a importancia capital dunha intervención temperá.

A creación e evolución dos CDIAT foi paralela á existencia e orientación doutros servicios e institucións que dende os ámbitos sanitario, social e educativo nas respectivas Comunidades Autónomas, deron e dan respostas a determinados colectivos ou a necesidades específicas deles. Esta adecuación, e a diversa dependencia administrativa, xerou diferentes modelos de CDIAT, se ben se mantén un mesmo obxectivo: proporciona-la atención que precisan tódolos nenos que presentan trastornos ou disfuncións no seu desenvolvemento (sen exclusión en función da súa orixe, tipo e grao), ou que están nunha situación de risco biolóxico, psicolóxico ou social.

O modelo de CDIAT cobre principalmente a atención dos nenos con diversas patoloxías ou disfuncións no seu desenvolvemento, e as necesidades de atención que presentan aqueles nenos que se atoparon ou atopan nunha situación de alto risco, biolóxico, psicolóxico ou social.

En determinadas comunidades ou zonas xeográficas, en función da súa historia e recursos asistenciais, algúns colectivos de nenos con trastornos específicos no seu desenvolvemento son atendidos ben en CDIAT ou en programas ou unidades de Atención Temperá que están articulados con outros servicios ou centros, como algúns centros de saúde mental infantil, centros de rehabilitación de trastornos motores e centros de atención a persoas con deficiencia auditiva ou visual. Todos eles con características moi similares ás dos CDIAT.

En canto ó seu emprazamento, é conveniente que os CDIAT sexan de doado acceso ás familias e estean situados na proximidade doutros servicios de atención primaria, como as escolas infantís, centros de saúde ou de servicios sociais. Iso facilita a relación entre os diferentes axentes profesionais, o coñecemento do medio natural dos nenos atendidos e as súas familias e o da realidade económica e social das familias que conforman cada comunidade. Cando os CDIAT compartan a súa situación ou dependencia con outros recursos é importante que estean ben diferenciados para a súa correcta identificación.

**O equipo dos CDIAT** será multiprofesional de carácter interdisciplinar e de orientación holística, considerando que a intervención abrangue aspectos *intrapersoais*, biolóxicos, psíquicos, sociais e educativos, propios de cada individuo, e *interpersoais*, relacionados co seu propio medio, como son a familia, a escola e a cultura.

O equipo estará constituído por especialistas en Atención Temperá procedentes do ámbito médico, psicolóxico, educativo e social.

A formación dos profesionais, ademais da titulación propia, será específica en intervención temperá, obtido mediante ciclos formativos de postgrao. A formación continua é un requisito imprescindible no labor desempeñado como membro do equipo.

### **PREVENCIÓN PRIMARIA E SECUNDARIA**

As funcións dun CDIAT inclúen os labores de sensibilización, prevención e detección. O centro de Atención Temperá colaborará coas institucións, asociacións e con outros profesionais da zona na elaboración de programas que teñan como obxectivo a sensibilización da poboación en xeral en aspectos de prevención relacionados co desenvolvemento infantil.

#### **Programas dirixidos a familias e futuros pais**

Englóbense aquí todas aquelas actividades dirixidas a proporcionarlles unha mellor información e orientación ás familias e sociedade en xeral co fin de evita-la aparición de desviacións do desenvolvemento normal do neno:

- Programas de sensibilización dirixidos á poboación en idade fértil. Embarazos en adolescentes e embarazos en poboacións que se identifiquen como de alto risco.
- Programas de información sobre o desenvolvemento normal do neno a familias e futuros pais nos centros de atención primaria (centros de saúde e planificación familiar), centros de servizos sociais, garderías e escolas infantís.

### **Programas dirixidos a profesionais**

Estes programas pretenden ofrecerlles a aqueles profesionais que están nunha situación de privilexio pola súa relación cos pais unha información operativa. O obxectivo é que eles poidan ser os primeiros axentes de promoción da saúde e da educación do neno, así como de detección de posibles alteracións no desenvolvemento normal. Estarán dirixidos a:

- Profesionais da saúde.
- Profesionais de servizos sociais.
- Profesionais da educación infantil.

### **PREVENCIÓN TERCIARIA**

A intervención planifícase e prográmase de forma individual, considerando as necesidades e posibilidades de cada neno en cada área do desenvolvemento, a situación e as posibilidades da súa familia e as do medio escolar. O programa deberá incluí-la temporalización dos obxectivos, a modalidade metodolóxica e a avaliación dos obxectivos propostos ou do resultado da aplicación do programa.

A intervención no centro de Atención Temprá iníciase cando se recibe a solicitude por parte da familia ou por parte de calquera outro profesional ou institución. Esta intervención consta de diferentes momentos: valoración inicial, intervención terapéutica, seguimento e control, e derivación.

## **Proceso de valoración inicial**

O proceso de valoración inicial supón un estudio global e con detemento do desenvolvemento do neno, da súa historia individual e familiar e do seu ámbito.

Para realizar dunha forma axeitada e completa a valoración necesitarase a colaboración dos profesionais das diferentes disciplinas que compoñen o equipo, así como a colaboración e coordinación das institucións que derivaran o caso, ou ben daquelas que participen en exploracións ou exames complementarios.

Na valoración inicial podemos distinguir estes catro momentos: a recollida de información, a avaliación do neno e o seu medio, a elaboración de hipóteses diagnósticas e elaboración dun plan de intervención e a entrevista de devolución á familia.

### **1. Recollida de información**

A adecuada recollida de información constitúe, sen dúbida, o elemento máis importante de un proceso diagnóstico, o instrumento que vai guía-los pasos posteriores do proceso de avaliación. Obtémola información a través da acollida, da recollida sistemática de información e das achegas doutros profesionais.

#### **1.1. Acollida**

O primeiro contacto coa familia, constitúe o momento de acollida, no que o profesional, a través dunha actitude de escoita, vai ir recollendo as preocupacións, os recordos, os proxectos, as expectativas, as dificultades que os pais van ir expoñendo con respecto ó seu fillo e a si mesmos, así como os antecedentes familiares e persoais do neno.

A entrevista de acollida, ademais de ser unha ferramenta de traballo moi importante para levar a cabo a valoración inicial, establece as primeiras directrices do deseño da intervención.

### 1.2. Recollida sistemática de información

Baseándonos na información da entrevista de acollida, recóllense de forma sistemática aqueles datos que a familia non achegou espontaneamente, pero que son necesarios para unha axeitada comprensión do desenvolvemento do neno e do seu momento evolutivo, así como das posibles causas de alteración no proceso.

### 1.3. Información doutros profesionais

A través de informes escritos ou entrevistas obtérase información doutros profesionais que coñecen o neno e a súa familia, como o pediatra, psicólogo escolar, educador, traballadores sociais, etc.

Os datos organizaranse nunha historia común, de forma que cando un profesional deba tomar contacto coa familia coñeza os datos achegados previamente e evite solicitar de forma innecesaria a información que xa foi facilitada.

## **2. Avaliación do neno e do seu medio**

Para realiza-la avaliación dispoñemos de distintos instrumentos, que utilizaremos de forma discriminada en cada neno, a partir das primeiras hipóteses establecidas baseándose na historia:

- Observación da conducta espontánea e reactiva ante determinadas situacións e estímulos presentados. Relación cos propios pais e co profesional que realiza a avaliación.

- Relación cos outros nenos e co educador cando o neno estea escolarizado.
- Exame físico e valoración neurolóxica e funcional do neno.
- Probas estandarizadas.
- Observación no domicilio.
- Exames complementarios, consultas especializadas.

A aplicación destas técnicas achegaráo-la información correspondente ó funcionamento xeral e específico do neno, tanto a nivel físico, como mental ou emocional. Esta información reflectirá non só as posibles limitacións e déficits presentados polo neno, senón tamén o conxunto das súas capacidades e posibilidades.

### **3. Elaboración de hipóteses diagnósticas e dun plan de intervención.**

Concluída a etapa de recollida da información, cada profesional achegará nunha reunión de equipo os datos e conclusións da súa avaliación, co fin de establecer de forma conxunta e tendo en conta tódolos factores bio-psico-sociais, os diagnósticos ou hipóteses diagnósticas, nos tres niveis, funcional, sindrómico e etiolóxico, definidos no capítulo anterior.

Estableceranse as necesidades do neno e da familia e os recursos existentes na comunidade. É importante establecer prioridades de actuación, posibles prognósticos a curto, medio e longo prazo. Concretaranse, xerarquizaranse e temporalizaranse os obxectivos da intervención terapéutica, determinándose o profesional ou profesionais que se responsabilizarán de levalo a cabo. Este primeiro plan terapéutico estará supeditado á opinión e posibles elementos novos que a familia poida achegar na entrevista de devolución.

#### **4. Entrevista de devolución**

Na entrevista de devolución ofrecerémoslles ós pais a información diagnóstica elaborada polo equipo, para o que teremos en conta as consideracións realizadas no capítulo anterior no apartado correspondente a "Información diagnóstica".

O obxectivo principal da entrevista será ofrecerlles ós pais, utilizando unha linguaxe axeitada e comprensible para eles, toda a información que lles sirva para comprender a situación presente do seu fillo, as posibles perspectivas de futuro e os medios **terapéuticos** que podemos proporcionarlles dende o centro tanto a eles como ó seu fillo, brindándolle-lo noso apoio e acompañamento. Proporase e establecerse de forma conxunta o plan de actuación e determinarase a función ou funcións que os pais poden asumir nel. Considerarase o prognóstico probable e a posibilidade de recorrencia do trastorno.

#### **Intervención terapéutica**

A intervención agrupa tódalas actividades dirixidas cara ó neno e o seu medio co obxectivo de mellora-las condicións do seu desenvolvemento. Os ámbitos de actuación e a modalidade de intervención estableceranse en función da idade, características e necesidades do neno,

do tipo e grao de trastorno, da familia, do propio equipo e da posible colaboración con outros recursos da comunidade.

A intervención planificarase e programará de forma global e individual, formulando pautas específicas adaptadas ás necesidades de cada neno e cada familia en cada unha das áreas do desenvolvemento.

O programa deberá incluí-la temporalización dos obxectivos así como a avaliación e os seus modos de consecución. A intervención **terapéutica** en atención temperá vai dirixida ó neno, á familia, á escola infantil cando o neno asiste a ela e ó ámbito social e institucional en xeral.

#### Atención ó neno

Cada neno, unha vez finalizada a valoración, terá un **programa de atención global e individualizado**, que recollerá as achegas dos diversos profesionais do Servicio.

Este programa realizarase sempre que sexa posible, coa participación dos pais ou titores, o cal lles permitirá a estes descubri-los seus propios recursos e, á vez, reforza-la relación co seu fillo, aspecto moi importante para a súa evolución madurativa e afectiva.

En función das necesidades do neno e tamén das da familia, a intervención poderase realizar ben no CDIAT no propio domicilio ou noutro lugar, como no centro educativo ou no hospital, no caso dos neonatos ou nenos que pola súa problemática estean obrigados a permanecer durante longos períodos de tempo ingresados. O profesional ou profesionais que se farán cargo da intervención contarán con preparación específica en función do tipo de trastorno do neno.

O número de sesións e o tempo de duración de cada unha delas dependerá das necesidades do neno. Nalgúns casos, en función da súa idade e características o tratamento poderase realizar en grupos reducidos, tres ou catro nenos como máximo.

#### Atención á familia

Unha das principais tarefas que se ha de propoñer un Centro de

Desenvolvemento Infantil e de Atención Temperá é coñece-las necesidades da familia (pais, irmáns e familia extensa) e pensar qué tipo de intervención ou intervencións poden se-las máis eficaces para dar unha resposta coherente.

A intervención coas familias debe ter como finalidade axuda-los pais na reflexión e na adaptación á nova situación, ofrecéndolle-la posibilidade de comprender mellor a situación global, evitando que se considere o problema centrado exclusivamente no trastorno que padece o neno. Todo iso favorecendo as actitudes positivas de axuda ó neno, interpretando as súas condutas en función das súas dificultades e intentando restablece-lo feed-back na relación pais-neno.

Hase de facilitar que cada familia poida adecua-las súas expectativas ás posibilidades reais da intervención e situar correctamente dende o inicio o papel que lle corresponde ó profesional e o protagonismo que eles tamén deben tomar.

A atención á familia poderase realizar de forma individual ou en grupo, en función da realidade e necesidades do momento.

A atención individualizada terá como obxecto prioritario poder abrir un espacio no que tanto os profesionais como os mesmos pais poden dialogar e intercambiar información referente ó tratamento do neno, a dinámica no fogar, aspectos familiares xerais ou escolares. Esta atención pode se-lo medio propicio, para a familia, de transmisión de sentimentos, dificultades respecto ó trastorno do fillo, ou esperanzas e ilusións con relación ós avances alcanzados.

É importante que os profesionais poidan atender non só os aspectos referentes ó neno, senón tamén aquelas outras demandas familiares, non sempre doadas de manifestar, relacionadas coas súas relacións de parella, cos vínculos establecidos cos outros fillos e coa familia extensa. A finalidade de todo iso é a de axudarlles a entende-los seus sentimentos e recoñece-las súas competencias en canto á educación dos seus fillos.

Deberase informa-los pais debidamente de calquera cambio que estea relacionado na intervención, así como por exemplo, o concernente a

obxectivos, metodoloxía ou os diferentes contactos establecidos con outros profesionais da sanidade ou a educación.

Do mesmo xeito, deberase facilitar información de tódolos recursos administrativos, tanto a nivel asistencial, axudas económicas e legais coas que os pais poden contar. Ofreceráselle-la posibilidade de poñerse en contacto coas diferentes asociacións de pais de nenos con dificultades que existan na comunidade, así como contactos con outros profesionais ou dispositivos asistenciais.

Para todo iso, cómpre utilizar unha linguaxe comprensiva, axustándose ó marco social e cultural de cada familia e respectando as súas diferencias.

O traballo en grupo pode organizarse como un espacio aberto no que se favorece e posibilita o encontro entre varios pais, dándolle-la oportunidade de poder expresar e, á súa vez, escoita-las vivencias, sentimentos e dificultades que leva consigo esta situación.

#### Atención á escola

Os profesionais dos CDIAT deben informa-la escola sobre a situación do neno e da familia no momento de integrarse nela. Posteriormente e en colaboración co equipo escolar e os educadores poderanse fixar espazos nos que se revisen ou discutan os obxectivos pedagóxicos, as estratexias de aprendizaxe, e a utilización de suficientes recursos materiais ou persoais para poder cumprir-los obxectivos prefixados. Tamén convirá participar no proceso de toma de decisións sobre a modalidade de escolarización.

#### Intervención no medio

A intervención, tendo como obxectivo a superación de barreiras físicas e sociais, débese realizar tendo en conta o medio natural de cada neno e familia, para obter así a súa integración no medio social onde se desenvolve.

Dende os CDIAT deséñanse estratexias para a adaptación do medio ás necesidades dos nenos actuando de forma coordinada para facilita-la

integración socio-ambiental. Esta actuación sobre o medio ten por obxectivo supera-las diferencias, cambia-las actitudes e eliminar barreiras físicas e socioculturais, de forma que sexa posible a participación activa na sociedade de tódolos seus membros.

### **Avaliación e seguimento**

Entendemos por avaliación o proceso integral a partir do cal se valoran os cambios producidos no desenvolvemento do neno e no seu medio, a eficacia dos métodos utilizados. A súa finalidade é verifica-la adecuación e efectividade dos programas de actuación en relación ós obxectivos planificados.

A avaliación debe incidir sobre tódolos aspectos da intervención e nela poden considerarse dous tempos:

Avaliación continuada que permitirá ir axustando o programa ás necesidades e introduci-las modificacións pertinentes.

Avaliación final que determina se se cumpriron os obxectivos marcados no inicio da intervención e que servirá tamén para concretar se esta se considera finalizada ou se se ten que realizar unha derivación.

O equipo deberá determina-los procedementos obxectivos e contrastables de avaliación e seguimento.

### **Derivación**

O período de atención dun neno nun servizo de Atención Temperá finaliza cando se considera que pola súa positiva evolución non precisa deste Servizo ou no momento en que por

razóns de idade ou de competencias, debe continuarse a súa atención por outro dispositivo asistencial.

En ámbolos dous casos, a familia ten dereito a recibir información oral e un informe escrito que sintetice a evolución do neno e a situación actual así como as necesidades que se consideren precisas.

Cando se deba continua-la atención noutro equipo ou dispositivo asistencial, é fundamental a coordinación entre os dous e, sempre co coñecemento da familia, cómpre proceder a un axeitado traspaso de información. Deberá valorarse e planificarse de forma coidadosa o momento e modo da derivación, tendo en conta a vinculación da familia e o neno co servico anterior.

O cambio de equipo de profesionais non debe en ningún caso comportar unha discontinuidade na atención ó neno e á familia, debéndose garantir a coherencia e a súa continuidade a partir da necesaria coordinación entre profesionais e unha axeitada flexibilidade administrativa.

## **4.2. SERVICIOS SANITARIOS**

### ***SERVICIOS DE OBSTETRICIA***

O importante labor preventivo destes profesionais, basicamente en prevención primaria, é indiscutible. Lévese a cabo mediante:

- A detección e diagnóstico de factores de risco previos ó embarazo.
- A atención á muller embarazada de alto risco biolóxico, psicolóxico ou social, achegando as axudas sanitarias, psicolóxicas e/ou sociais necesarias.

- A información que se imparte nas consultas de preparación ó parto onde os futuros pais reciben información sobre o normal desenvolvemento do neno e as súas necesidades, así como sobre posibles signos de alerta.
- A detección de posibles situacións de risco no parto e a axeitada atención a elas.
- A divulgación e participación en programas de prevención e detección de deficiencias
- No caso de diagnóstico prenatal de deficiencia é necesario proporcionarlles dende o primeiro momento unha atención psicolóxica ós pais, en especial á nai, de natureza preventiva, debido á alteración que pode sufrir-lo vínculo nai-fillo.

### ***SERVICIOS DE NEONATOLOXÍA***

No ámbito perinatal con frecuencia atopamos nenos que sofren alto risco de presentar deficiencias, en función da súa inmadurez, consecuencia do baixo peso ó nacemento ou doutros factores, hereditarios e/ou pre-peri-natais. A incidencia de nenos que ó nacer pasan por unha "unidade de coidados neonatais" é do 10% ó 12%, e entre un 3% e un 5% dos nados son considerados de risco psico-neuro-sensorial.

Esta realidade converte o servizo de Neonatoloxía nun importante instrumento de prevención primaria ó evitar en moitos casos coas súas actuacións a aparición de deficiencias nos nenos atendidos.

O servizo de Neonatoloxía realiza tamén un importante labor de prevención secundaria ó realizarse a detección e diagnóstico de condicións patolóxicas, establecidas xa no nacemento, que se asocian a trastornos no desenvolvemento, así como por ser unha das principais fontes de detección de condicións biolóxicas e sociais de alto risco.

Durante o período de estancia do neno nas unidades neonatais pode poñer de manifesto algún dos signos propios dun trastorno no desenvolvemento do neno, obrigando así á posta en marcha dun conxunto de actuacións co fin de iniciar-lo tratamento oportuno que tratará de eliminar ou reduci-los efectos desta sintomatoloxía. Niso os pais teñen un papel decisivo.

É no servizo de Neonatoloxía onde debe iniciarse a Atención Temprá ós nenos que se presume ou coñece que presentarán diminucións ou trastornos no seu desenvolvemento ou risco de padecelos dentro da poboación atendida no servizo. Planificarase esta atención, xunto co médico neonatólogo, nos seguintes ámbitos: Ámbito clínico, ecolóxico e social.

1º Actuacións no ámbito clínico. Están baseadas en evitar no posible as situacións que poden xerar deficiencias para o neno e en procurarlle aquelas condicións que o favorezan e actúen de forma "protectora".

2º Actuacións no ámbito ecolóxico. Van dirixidas, en primeiro lugar, a coida-los factores ambientais que favorecen o desenvolvemento do neno, controlando ó máximo posible aqueles que supoñemos son moi invasivos para o seu estado madurativo (luz intensa, ruídos, manipulacións constantes, etc) e tendo en conta a prescrición do facultativo sanitario.

3º Actuacións no ámbito social. Están destinadas a axuda-los pais ou a reduci-los efectos dunha situación de alto risco social que afectará ó desenvolvemento do neno.

Este conxunto de actuacións, á súa vez, supón unha función ou tarefa específica do corpo de profesionais do Servizo, á vez que un conxunto de actuacións sobre o núcleo ou unidade familiar, fundamentalmente sobre os pais, e sobre o neno.

### **Atención á familia**

A atención á familia fai referencia a actuacións destinadas sobre todo ós pais, sendo esta atención prioritaria, xa que é un dos factores que máis vai condiciona-lo desenvolvemento e

evolución do neno. Por iso o programa de Atención Temperá Neonatal debe establecerse sobre os seguintes obxectivos:

- Valorar dende o primeiro momento o estado emocional, situación social, necesidades e capacidade de aprendizaxe (referida ós coidados que precisa o seu fillo) dos pais, para así poder planificar unha intervención que achegue os elementos e recursos máis necesarios en cada caso.
- Favorece-la vinculación pais-fillo xa que será a mellor garantía do benestar e dunha axeitada estimulación. Iso requirirá a entrada libre dos pais á Unidade durante todo o día para que poidan axustarse ás necesidades do neno.
- Servir de continente emocional para os pais, o que lles permitirá a estes ir creando un espacio intrapsíquico que lles posibilite elimina-la angustia e irse identificando co seu fillo e cos delicados coidados que necesita, por un tempo ás veces prolongado. Esta contención é necesaria sempre, dada a separación precoz nai-fillo e a alteración emocional consecuenta que sofren os pais.
- Valorar no momento da alta do Servicio a capacidade dos pais de responder axeitadamente ás necesidades do neno e a calidade do vínculo establecido, xa que esta circunstancia determinará a adaptación ó fogar, así como posibles reingresos deste, no caso que persista a ansiedade e a angustia inicial en relación ó neno e arredor dos seus coidados.
- Valora-las súas necesidades socio-familiares facilitándose, se é o caso, as axudas necesarias dende os primeiros momentos xa que a situación socio-familiar dos pais condiciona en boa medida o seu propio equilibrio emocional.

### **Atención ó neonato**

A atención ó neonato determinarase sempre priorizando o seu estado de saúde e as posibilidades que este ofrece, tanto no ámbito rehabilitador como preventivo. Será o propio estado do neno o que condicione gran parte das actuacións a el dirixidas no ámbito da Atención Temprá, polo que a valoración dos diferentes estados propios do neonato, segundo a súa idade xestacional, debe ser coñecida polos pais e profesionais, principalmente enfermeiras, que lle procuran todos os cuidados, para que estes se adecúen á súa maduración e evolución nos ámbitos biolóxico e psico-social.

Basicamente, tódolos pais necesitan axuda na interpretación das sensacións internas e externas do seu fillo, que son favorecedoras de experiencias de benestar e satisfacción.

Estas intervencións son consideradas dentro do marco da Atención Temprá de acordo ós seguintes criterios:

- Toda actuación profesional sobre o neno debe adecuarse no posible ó seu estado madurativo, non só clínico, valorando os seus estados de desorganización, estrés ou benestar para orientala nosa práctica.
- persoal de enfermería debería facer unha función de maternaxe co neno; isto supón: empatía, adecuarse ós seus sinais corporais nos cuidados (temor, incomodidade, benestar, etc) e atopar satisfacción mutua.
- Se temos en conta esta función materna de enfermería, as súas actuacións deben ter criterios de estabilidade e permanencia, e polo tanto experimentaranse os menores cambios de persoal posibles. É un aspecto básico a ter en conta dende unha perspectiva de organización sanitaria

- Débese facer partícipes ós pais dos coidados dos seus fillos dentro da Unidade, malia o grande esforzo e disposición que iso supón por parte dos profesionais.

#### **Alta do servicio**

O momento de alta do servicio debe ser programado considerando todos os factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais do neno e da súa familia.

Facilitaráselle á familia a información persoal, clara e precisa da situación do neno e as súas necesidades, así como un informe escrito de alta cos datos máis significativos e aclaratorios sobre o estado clínico e funcional do neno e a atención que require. A información será sempre personalizada: adaptada á situación persoal e sociocultural da familia para a súa mellor comprensión.

Hai que salientar a importancia de mante-los criterios de Atención Temperá dentro das unidades de lactantes, Pediatría e Atención Primaria co fin de dar continuidade á atención, seguimento e control do neno e da familia iniciados dentro do servicio de Neonatoloxía.

#### **Derivación**

Cando exista indicación de atención nun centro de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá, así como ante a necesidade de atención social (servicios sociais) ou escolar no momento da alta do servicio, utilizaranse os mecanismos de derivación. Para isto deberase facilitar toda a información necesaria. O establecemento de determinados concertos de colaboración e programas de seguimento e control entre institucións sanitarias, educativas e sociais facilita este labor.

## UNIDADES DE SEGUIMIENTO MADURATIVO OU DE DESENVOLVEMENTO

Os programas de seguimento protocolizados dos nenos de risco psico-neuro-sensorial en unidades de Maduración foron impulsados en España a partir de 1977 polo *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad* co fin primordial de controla-lo desenvolvemento de tódolos nenos con risco neuro-psico-sensorial así como dos nenos con lesións do sistema nervioso central xa establecidas, para poder detectar o máis axiña posible anomalías no desenvolvemento e poder orientar e inicia-lo tratamento oportuno.

O concepto de neonato de risco defínese como aquel neno que, como consecuencia dos seus antecedentes durante o embarazo e/ou parto, ten máis probabilidades de presentar, nos primeiros anos de vida, problemas de desenvolvemento, xa sexa cognitivos, motores, sensoriais ou de comportamento, podendo ser transitorios ou definitivos. Na actualidade o concepto de risco debe ser ampliado ó período postnatal e lactante pois en moitas ocasións o factor que pon en risco o desenvolvemento actúa tralo nacemento.

Para a selección de criterios de risco séguense as pautas dadas en 1982 polo Comité de Perinatoloxía del *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad*, modificados posteriormente pola Sección de Perinatoloxía da Asociación Española de Pediatría. (Ver ANEXO).

Os programas de seguimento garanten que os lactantes e nenos de curta idade reciban a atención recomendada polas asociacións de Pediatría do noso país e pola Academia Americana de Pediatría. Os nenos con certeza ou sospeita de estar afectados dunha deficiencia deben recibir coidados nun sistema que:

- Recoñeza a necesidade dunha detección precoz e tratamento dos trastornos incluíndo a identificación dos cadros con probabilidade de causar un atraso no desenvolvemento e proporcione medios para a detección precoz.

- Desenvolva un plan de servizos que considere as necesidades do neno e a súa familia por medio de avaliacións interdisciplinarias periódicas.
- Achegue información ós pais ante a sospeita ou diagnóstico do atraso do desenvolvemento ou minusvalía e respecte o papel clave dos pais no desenvolvemento do neno e o seu dereito a participar nas decisións que lle afecten.
- Promova e desenvolva servizos comunitarios de prevención.

Estes obxectivos pódense levar a cabo no marco hospitalario creando unidades de seguimento vinculadas ós servizos de Neonatoloxía e Neuropediatría, nos centros de Desenvolvemento Infantil e Atención Temprá, ou en centros da rede de servizos de Saúde, Educación e Servizos Sociais, etc, de tal maneira que o servizo quedará doadamente accesible ó neno e a familia para facilita-lo seguimento. O importante é que exista este tipo de atención; a situación e organización dependerán dos diferentes recursos de cada comunidade.

Os programas de seguimento encádranse dentro da prevención secundaria das deficiencias como un conxunto de actividades que, ó intervir nas etapas precoces da vida sobre as situacións de risco ou cando existen lesións establecidas, favorecen o desenvolvemento óptimo do neno.

Tamén se exerce prevención primaria mediante a información continuada ós pais o que dá lugar a que a actuación sobre o seu fillo mellore en tódolos aspectos; facilita coñece-las súas necesidades e presta-las axudas que precisen mediante a participación en programas de sensibilización, prevención e detección.

O programa de seguimento facilita a *detección temprá* dos trastornos de desenvolvemento mediante os controis periódicos que se realizan e permite coñece-las necesidades de cada familia precozmente, orientándoas axeitadamente.

O seguimento debe ser realizado por profesionais con formación e experiencia en desenvolvemento infantil, é conveniente que unha persoa do equipo sexa o referente para a familia

para preservar a visión global do neno, que en ocasións ten que ser valorado por varios especialistas. Debe ser protocolizado, abrangendo tódolos aspectos do desenvolvemento de neno e a atención á familia.

O lugar onde se leve a cabo ten que reunir unha serie de condicións que lles faciliten ás familias o cumprimento dos controis sen que iso sexa causa dunha grande alteración da dinámica familiar.

Ademais da avaliación do desenvolvemento realízanse, nos nenos que o precisan, exames complementarios neurofisiolóxicos, ecográficos, oftalmolóxicos, etc. Cómpre darlles apoio ás familias para axudarlles a comprender os problemas do seu fillo, darlles seguridade nas súas actuacións, ofrecerlles información veraz e adaptada á súa situación emocional e cultural, establecer un clima de confianza que constitúa un marco apropiado para a toma de decisións.

É esencial establecer un bo fluxo de información entre os equipos polos que esta sendo atendido o neno e cara ós que se deriva.

## **COORDINACIÓN**

A coordinación establécese, en primeiro lugar, co equipo ou centro que deriva o neno ó programa de seguimento. Para os nenos que estiveron ingresados na unidade neonatal ou unidade de lactantes a coordinación debería comezar coa planificación da alta hospitalaria. Nos casos que proveñen de servizos de Pediatría Primaria, servizos sociais, escolas infantís, etc. a coordinación será con cada un deles.

O fluxo de información debe ser continuado entre a unidade de seguimento e os distintos profesionais que derivaron o neno e ós que o neno é derivado: centros de desenvolvemento infantil e atención temperá, centros de acollida, asociacións, escolas infantís, etc

## **PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

É importante o novo concepto de Pediatría do Desenvolvemento que está dedicada ó proceso de maduración con tres obxectivos: promove-la saúde mental e física, poder realizar un diagnóstico temperán e un tratamento efectivo e estudia-las causas dos trastornos no desenvolvemento e a súa prevención. A Pediatría do Desenvolvemento é unha parte esencial da práctica pediátrica que se leva a cabo nos centros de saúde.

Os profesionais do ámbito da Saúde que teñen un contacto máis regular co neno e as súas familias son o pediatra e a enfermeira de Pediatría, ocupando unha posición central na rede dos servizos sanitarios e sendo referencia dos pais e dos distintos programas e servizos da comunidade (programas de atención ó embarazo e preparación ó parto, seguimento madurativo, screening sensorial, etc). O pediatra solicita os exames complementarios e as consultas cos especialistas e/ou servizos hospitalarios, recibe os diferentes informes e transmítellelos ás familias cunha visión integrada.

A prevención primaria en Pediatría realízase por medio dos controis de saúde do programa do neno san, nos que o equipo pediátrico realiza unha función de consultor e educador das familias e promove actitudes preventivas de trastornos no desenvolvemento. A súa intervención esténdese á comunidade a través de actuacións en asociacións de pais, escolas infantís, colexios, etc.

A **detección** realízase a través dos exames de saúde do neno, aplicando métodos de screening para detectar signos de alerta de trastornos no desenvolvemento. Os pediatras constitúen o nivel esencial para a detección e axeitada derivación dos nenos cara ós centros de diagnóstico, seguimento e intervención. No diagnóstico, só ou en colaboración cos especialistas, o pediatra está

en condicións de realizar un primeiro enfoque da situación, contribuíndo a través do coñecemento do neno e da familia a establecer ou descarta-la presenza de alteracións.

Para valorar axeitadamente o neno existen métodos de observación e de screening obxectivos suficientemente contrastados que se poden utilizar na práctica diaria. Cómpre valorar e concederlles especial importancia ós datos de observación que ofrece a familia, que coñece o neno e está en contacto con el diariamente.

A *coordinación* entre o pediatra e os demais servicios (de saúde, sociais, educativos, CDIAT...) nos nenos atendidos na unidade neonatal, debería iniciarse coa planificación da alta hospitalaria e continuar posteriormente cos demais equipos que atendan o neno.

A formación permanente do persoal que pode realizar detección das situacións de risco e signos de alerta de trastornos no desenvolvemento é fundamental, ó tratarse de aspectos da Pediatría aínda mal coñecidos. É importante a detección precoz de anomalías ou desviacións do desenvolvemento e promove-las adecuadas actuacións que faciliten un óptimo desenvolvemento. O equipo de Pediatría ten asignada a tarefa de dar pautas e aconsella-la familia sobre as actitudes máis favorecedoras para o desenvolvemento do neno. Actualmente non se pode acepta-la actitude de "esperar a ver que acontece" ou a que "o neno teña síntomas claros" xa que está demostrado que unha actuación temperá, cando a patoloxía non se mostra definitivamente establecida, pode mellorar notablemente o curso evolutivo).

Un aspecto específico do pediatra é que, ó ser un profesional de referencia para a familia ó longo dos anos, posúe un amplo coñecemento do

nenos e da súa familia que debería facilita-lo seu labor de coordinación entre os diferentes servicios.

## **SERVICIOS DE NEUROPEDIATRÍA**

Os servicios de Neuropediatría interveñen na Atención Temprá en diversos ámbitos:

- Actúan de forma conxunta cos profesionais da Unidade Neonatal en canto a detección, diagnóstico e atención terapéutica que precisan os neonatos de risco.
- Participan nos programas de seguimento do desenvolvemento formando parte do equipo que atende os nenos considerados de alto risco bio-psico-social.
- Desenvolven un labor insubstituíble en relación cos CDIAT para a detección de signos de alerta e o diagnóstico de trastornos neurolóxicos. Esta tarefa pode realizarse como servicio de consulta, de apoio ou como participación directa nos equipos. A neuropediatría é unha das especialidades médicas de base máis axeitadas para formar parte dos equipos de atención temprá.

O neuropediatra establece o diagnóstico funcional, síndrome e etiolóxico dos nenos con trastornos no seu desenvolvemento e de forma específica naqueles procesos de base orgánica. A dispoñibilidade de acceso ós diferentes exames complementarios dende o medio hospitalario facilita a elaboración do diagnóstico.

Ademais da atención global do neno e a familia o neuropediatra pauta o tratamento médico naqueles procesos que son susceptibles de mellora con fármacos ou dietas especiais.

A súa participación activa nos programas de formación e docencia para incrementa-lo coñecemento do desenvolvemento infantil e as súas alteracións facilita a detección e derivación axeitada. É importante a coordinación cos servicios que derivaron o neno e os centros onde vai ser atendido.

## SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL

Os servicios de Rehabilitación téñense vinculado en España a tres tipos de experiencias:

1. Experiencia hospitalaria, na que predominan as accións de terapéutica física e tratamento de "patoloxías agudas"; deriva da demanda de recuperación das secuelas ortopédicas, traumáticas e neurolóxicas que se rexistran nas institucións hospitalarias.
2. Experiencia dende os servicios sociais, na que se incluía a dimensión psico-social, a través de programas personalizados para responder ás necesidades de integración social e autonomía das persoas con minusvalía. Tivo como escenario a rede de Centros Base do INSERSO.
3. Experiencia derivada do movemento asociativo, xerou centros especializados de tratamento integral e intensivo para determinadas patoloxías.

No que se refire á infancia de 0 a 6 anos, os equipos dos centros base foron unha parte moi importante do impulso ós programas de Estimulación Precoz e Atención Temperá durante as dúas últimas décadas. O seu destino natural, en xeral, foi incorporarse nas redes de Atención Temperá das distintas Comunidades Autónomas. Neste sentido, no noso país véñense configurando dende hai anos a especialidade de rehabilitación infantil. Esta é outra das disciplinas médicas de base que pode ser adecuada para formar parte dos equipos dos CDIAT.

Pola súa banda, os centros específicos de asociacións ocuparon, en moitos casos, o espacio de centros para a atención a nenos con minusvalía a partir sobre todo da primeira infancia.

Polo que atinxe ós servicios sanitarios de rehabilitación, na súa estrutura actual, especialmente coa creación de servicios de fisioterapia nos centros de saúde de atención primaria, constitúen un recurso complementario para a valoración e tratamento dalgunhas situacións de minusvalía infantil. A área ortoprotésica, particularmente, é unha competencia moi importante destes servicios.

## SERVICIOS DE SAÚDE MENTAL

Os profesionais que compoñen as unidades de Saúde Mental Infantil interveñen en tódolos niveis da Atención Temprada.

As medidas xerais de prevención primaria dende Saúde Mental infantil abranguen:

- A coordinación e desenvolvemento de programas con outros servizos, sanitarios, educativos, sociais e xudiciais.
- Colaboración en programas preventivos de detección de factores de risco psíquico.
- Participación en programas de formación e coordinación con outros profesionais de atención primaria.
- Docencia e investigación en todo o relacionado con saúde mental infantil.

A detección e avaliación diagnóstica baséase nos criterios que se describiron no apartado 4.1, entrevista de acollida, diagnóstico e devolución.

O proceso diagnóstico das dificultades no desenvolvemento psíquico debe centrarse basicamente na observación, análise e avaliación de:

- Os síntomas (somáticos, comportamentais e psíquicos) do neno e das modalidades do seu funcionamento mental.
- As interaccións pais neno.
- As características do medio familiar.

A intervención terapéutica nas unidades de Saúde Mental infantil é prioritaria nos casos que a precisan e engloba diferentes modalidades básicas de actuación:

- Intervención directa co neno de forma individual ou en pequeno grupo, nos casos de psicopatoloxía precoz grave, basicamente, psicose, autismo, desharmonías evolutivas...

- Intervencións familiares co fin de facilitárle-la comprensión dos trastornos, dificultades do neno e a importancia da adecuación do medio familiar ás súas necesidades.
- Actividades de coordinación con outros servicios e profesionais relacionados.

Ante a posible derivación a outros centros de desenvolvemento infantil e atención temperá, servicios sociais ou escolares será preciso establecer criterios de colaboración e programas de seguimento e control con eles.

#### **OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Existen outras especialidades, ademais das que se consideraron anteriormente, que interveñen en Atención Temperá, fundamentalmente no diagnóstico e atención terapéutica. Aínda que non se lle deu a importancia debida, o labor de detección que poden exercer algunhas destas especialidades é un aspecto a sinalar.

Entre as distintas especialidades cabe salienta-la importancia da *Oftalmoloxía, Otorrinolaringoloxía (ORL) e Cirurxía Ortopédica*, que reciben nenos derivados por problemas concretos e que poden realiza-la detección de problemas globais de desenvolvemento. Estas especialidades participan tamén no seguimento do desenvolvemento dos neonatos de risco nos que é fundamental o control periódico sensorial e neuromotor. Outro aspecto é o diagnóstico e tratamento específico dos nenos que o precisan. A coordinación con outros especialistas e co equipo que atende o neno é fundamental e debería ser facilitada a través da interdisciplinidade.

*Radioloxía, Neurofisioloxía, Bioquímica e Xenética* son outras especialidades que frecuentemente interveñen no proceso diagnóstico e prevención de complicacións.

Existen outras especialidades médicas non citadas anteriormente, pero non por iso menos importantes, que desempeñan o seu papel na Atención Temprá na detección, diagnóstico, tratamento e derivación.

#### **4.3. SERVICIOS SOCIAIS**

Tendo en conta a importancia que **ten o contexto social** e as condicións do medio na existencia dun déficit no desenvolvemento ou no risco de que se poida producir, os servizos sociais teñen unha función e unha responsabilidade clara tanto nos programas de prevención como nas tarefas de detección, diagnóstico e intervención en todos aqueles casos que o requiran.

Os servizos sociais e os seus profesionais interveñen en todos e en cada un dos niveis da atención primaria, e a súa actuación en Atención Temprá considérase de vital importancia e realízase a través da promoción do benestar social das familias e da elaboración de programas de prevención e intervención.

##### **Promoción do benestar social das familias**

Os profesionais dos servizos sociais han de velar por que os procesos de xestación, adopción, crianza e socialización se realicen en condicións idóneas para o equilibrio emocional e adaptación cognitiva a esas tarefas, de modo que os principios establecidos na Convención de Dereitos do Neno atopen reflexo na realidade. A Atención Temprá contribuíu ó recoñecemento da importancia para o desenvolvemento infantil de factores como os seguintes:

- ✓ A dedicación afectiva
- ✓ A suficiencia económica
- ✓ A estabilidade laboral

- ✓ A estabilidade das relacións familiares
- ✓ A participación en redes sociais
- ✓ A coherencia dos estilos educativos

A protección das primeiras relacións entre pais e fillos debe ser unha prioridade social. Por iso cómpre afondar en medidas que, dende o respecto á diversidade cultural, animen, formen e lles faciliten ós pais o exercicio das súas funcións e permitan concilia-la vida laboral e familiar mediante:

- a) A organización de novos espazos de intercambio e formativos para pais que sirvan como alternativa ó illamento e nuclearización da familia, redes sociais pre e postparto, escolas maternais para o coñecemento doutras experiencias, etc.
- b) O apoio ás administracións locais e ás entidades asociativas para a extensión e creación de novos recursos de acollemento temporal que faciliten, por unha banda, a compatibilidade coa vida laboral e tamén co aproveitamento do ocio para os pais; e pola outra, as relacións entre os nenos facilitando a súa interacción e comunicación. Hanse de poñer a disposición das familias que o precisen servizos como asistentas maternais, centros de día, axuda a domicilio, "canguros", ludotecas, etc, estimulando a participación das redes familiares (avós, irmáns...) e veciñais (familias coidadoras) nas tarefas de apoio e coidado dos fillos.
- c) A revisión das prestacións sociais e económicas, das melloras fiscais e doutras medidas de apoio á crianza familiar han de considerar:
  - A ampliación dos permisos retribuídos de paternidade (días para acompañala nai no momento do parto, para coidalos fillos se a nai e o neno teñen que permanecer no hospital, para reorganiza-la vida familiar durante os dous primeiros meses de vida do neno, para o coidado temporal de nenos con enfermidades crónicas, para o coidado dos períodos de transición á escola

ou gardería, a facilitación de situacións de excedencia e redución da xornada para coidado do fillo ata os tres ou seis anos.

- A ampliación das prestacións económicas por fillo creando unha asignación ata os tres anos e un cadro de medidas de apoio económico ós servizos de acollemento temporal, incremento das reducións fiscais, etc.
- d) A educación e aproximación dos adolescentes ás realidades da crianza e a súa formación en criterios flexibles e equilibrados de relación. Esta educación deberá ter un perfil teórico pero sobre todo práctico, de achegamento á realidade dos nenos, de visita ás maternidades e escolas infantís, espazos de diálogo temático, etc.
- e) A configuración do hábitat urbano e dos medios audiovisuais como espazos de diálogo social e a divulgación de boas prácticas de crianza.
- f) A promoción da igualdade ante as tarefas domésticas e a súa revalorización social.
- g) A oferta de vivendas dignas e suficientes.
- h) A integración e acceso de tódolos nenos, incluídos os non residentes e transeúntes, ás medidas de protección social.

Todos estes son exemplos, entre outros, de liñas de orientación posibles para as políticas de protección das primeiras relacións. É aconsellable a elaboración, co máis amplo consenso político, dunha disposición con rango de Lei na que se actualicen e determinen estas medidas xerais de protección.

### **Programas de prevención**

A prevención primaria pode realizarse a través de intervencións (individuais ou grupais de apoio e soporte) dirixidas a contextos definidos previamente "con dificultade/risco social" así como

a través de proxectos comunitarios dirixidos a promover-lo benestar e a saúde integral da primeira infancia.

Partindo dos indicadores de risco social, os programas de prevención secundaria terán como obxectivo a detección de situacións familiares e/ou de factores ambientais e sociais que poidan incidir na aparición de trastornos no desenvolvemento da poboación infantil ou a poñan en situación de risco.

De igual forma que na etapa anterior, estes obxectivos poderanse traballar a nivel individual ou a través de programas comunitarios en colaboración con outras entidades ou institucións.

Son programas dirixidos a colectivos sociais cunha situación que se identifica como un factor comprobado de risco para o desenvolvemento infantil e que por iso acentúa a necesidade de contar con importantes recursos de apoio á vida familiar, como a maternaxe en situacións de adolescencia, indixencia, multiparidade, toxicomanías, illamento social, étnico ou cultural, violencia socio-familiar, entre outros.

Nestas situacións acentúanse as necesidades de contar con recursos de apoio á vida familiar. Os programas de prevención implican medidas de atención selectiva a colectivos de risco. En xeral non se trata de crear liñas diferentes de protección á familia senón de incrementa-las súas contías ou intensidade protectora, de facilita-la súa tramitación e de establecer un control máis rigoroso da súa utilidade e evolución. Trátase de estende-los programas de salario social, de inserción socio-laboral, de educación familiar, de axuda a domicilio, programas de respiro en familias de acollida e grupos específicos de pais. É conveniente que os profesionais

que traballan nestes programas dende os servizos sociais de base especializados das diferentes administracións públicas, as entidades asociativas e os servizos de Atención Temprá, manteñan unha coordinación interinstitucional estable e regular para a achega de experiencias, formación e información recíprocos e, no seu caso, derivación por necesidade de intervención.

### **Programas de intervención temperá no ámbito psico-social**

Os obxectivos dos programas de intervención temperá no ámbito psico-social diríxense a:

- a) A reconstrucción e reorganización da familia de orixe, se se valora como un obxectivo viable.
- b) A protección e acompañamento dos tránsitos cando se produce un proceso de disolución dos vínculos familiares ou a constitución doutros novos.
- c) A reinserción familiar, acollemento e/ou adopción.
- d) A protección e acompañamento dos nenos institucionalizados sen perspectivas e referencias familiares.
- e) A Atención Temperá de calquera trastorno do desenvolvemento que poida detectarse e a elaboración dos procesos de dó ou estrañamento social para pais e fillos.

A esixencia dunha intervención temperá en nenos entre 0 e 6 anos que padezan situacións de crise familiar atopa soporte na evidencia de que, para un neno, vivi-la experiencia familiar resulta un compoñente decisivo da súa organización simbólica e que a separación da súa estrutura familiar é un problema tan serio que só cabe admitila como unha circunstancia de tránsito.

A organización das actuacións de intervención temperá require:

- A constitución dos servizos sociais de atención primaria como lugar de referencia e detección destas situacións.
- A articulación dos servizos sociais de atención primaria cos equipos especializados de menores ou de infancia e adolescencia, e saúde mental.

A coordinación dos equipos de menores cos centros de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá para elaborar un proxecto de intervención.

### **Diagnóstico e intervención social no equipo de atención temperá.**

A intervención do traballador social en Atención Temperá enmárcase dentro da atención global ó neno e a súa familia, colaborando como un membro máis do equipo multidisciplinar no seu tratamento e posterior integración e socialización na comunidade.

A partir da recollida de información socio-familiar poderá elabora-lo diagnóstico social e establece-lo plan de traballo e as estratexias necesarias que permitan axudarlle á familia a incorporar elementos de mellora que posibiliten un maior benestar ó neno, á súa familia e o seu medio.

Estas estratexias de intervención estarán dirixidas basicamente a:

- Activar e potencia-los recursos internos da propia familia.
- Introduci-los recursos necesarios, externos á familia, en función da problemática do neno e o momento do seu ciclo vital.
- Orienta-la familia sobre os medios legais e sociais existentes, facilitándolle o coñecemento dos dereitos, servicios, prestacións económicas ou doutra índole e informándoos das condicións e forma de acceso a elas.
- Traballa-la derivación da familia a outros servicios específicos cando esta non poida resolver por si mesma unha problemática concreta.
- Promove-la coordinación con profesionais doutros ámbitos e institucións para poder traballar conxuntamente estratexias de intervención en casos e situacións concretas.

#### 4.4. SERVICIOS EDUCATIVOS

Partindo do principio de que tódalas persoas teñen o dereito a participar na sociedade, a escola convértese nun fito importante no proceso de integración e de socialización dos nenos, de xeito moi significativo naqueles con problemas no desenvolvemento.

A educación infantil reviste unha especial transcendencia xa que os primeiros anos de vida son determinantes para un desenvolvemento físico e psicolóxico harmonioso do neno, así como para a formación das facultades intelectuais e o desenvolvemento da personalidade. A educación a estas idades ten un marcado carácter preventivo e compensador, debido á importancia que ten a intervención temperá para evitar problemas no desenvolvemento, na poboación en xeral e especialmente naqueles nenos que presentan necesidades educativas especiais.

O servizo de atención ós nenos na etapa de 0-6 anos desenvólvese baixo modelos distintos, con responsabilidades e fins diferentes. Así, nun primeiro momento e a medida que se producían cambios na nosa sociedade e na familia, especialmente coa incorporación da muller á vida laboral, a sociedade afronta o problema de atender estes nenos na etapa previa á escolaridade obrigatoria dende un modelo meramente asistencial. Este é o momento no que xorden as garderías como un servizo de asistencia social para as familias, sen unha clara intencionalidade educativa.

A escola infantil no noso país, como no resto de Europa, desenvólvese a partir da evolución das garderías, debido por unha banda, á demanda social e, pola outra, ó seu afianzamento como servizo público aberto á comunidade infantil, cun enfoque marcadamente educativo. Desta forma a escola infantil convértese nunha entidade que sistematiza programas e que organiza a educación infantil formal.

Actualmente, e segundo a Lei de Ordenación Xeral do Sistema Educativo (LOXSE), a educación infantil supón o primeiro nivel do sistema educativo cunha duración de seis anos, e dividido en dous ciclos, o primeiro de 0-3 anos e o segundo de 3-6 anos. O segundo ciclo está máis

xeneralizado có primeiro, aínda que é unha etapa que aínda ten carácter voluntario e polo tanto presenta unha realidade distinta segundo as comunidades autónomas. Non obstante, as administracións públicas deben garantir para este primeiro ciclo de 0-3 anos unha oferta suficiente de prazas para tódolos nenos que o soliciten.

A partir desta Lei a educación infantil establece unha serie de obxectivos xerais coa finalidade de que os nenos desenvolvan capacidades como: coñece-lo seu propio corpo, relacionarse cos demais a través de distintas formas de expresión comunicación, adquirir certa autonomía nas actividades que realizan habitualmente e observar e explora-lo seu medio familiar e social.

#### **PREVENCIÓN PRIMARIA**

É importante destaca-lo marcado carácter educativo como mediador e facilitador de posteriores aprendizaxes deste período escolar. A educación infantil debe contribuír ó desenvolvemento afectivo, físico, social e moral do neno. Isto supón un novo xeito de afronta-la actuación cos nenos destas idades afastándose da función de garda que tradicionalmente se viña desempeñando con nenos pequenos.

Dende esta nova perspectiva, as escolas infantís convértense nun lugar privilexiado dende onde realizar unha tarefa de prevención de posibles atrasos no desenvolvemento, á vez que de compensación de carencias relacionadas co medio social, cultural ou económico.

#### **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

A detección das posibles necesidades educativas especiais dos nenos durante a etapa infantil é unha das funcións que deben realiza-los profesores de aula, en colaboración cos equipos

psicopedagógicos. Estes equipos van se-los encargados de facer unha avaliación das necesidades detectadas nos nenos, co obxectivo de determina-la natureza destas, así como cuestións relativas á súa escolarización, á elaboración de adaptacións curriculares, e ás axudas técnicas que poidan necesitar.

Na avaliación psicopedagóxica débese reunir información do alumno, así como do contexto escolar e familiar. Das conclusións desta avaliación derivaranse as futuras accións, que dentro do ámbito educativo, se levarán a cabo para que o neno poida seguir, na medida das súas posibilidades, os obxectivos establecidos para esta etapa educativa.

Desta forma, as propostas e decisións sobre a escolarización basearanse na avaliación psicopedagóxica, tendo en conta os aspectos bio-psico-sociais, así como a opinión das familias e outros profesionais implicados no tratamento de Atención Temprá. En calquera caso, estas medidas teñen un carácter reversible, atendendo tanto ás circunstancias que poden afectar ós alumnos como ós resultados doutras avaliacións.

Estes equipos psicopedagógicos poden recibir distinta denominación segundo a comunidade autónoma pero, en xeral, teñen como labor coordinar, supervisar e facilita-lo proceso de integración dos nenos con necesidades educativas especiais na escola infantil.

### **PREVENCIÓN TERCIARIA**

Dentro desta etapa da educación infantil, considérase que a escolarización dos alumnos con necesidades educativas especiais debe iniciarse nun contexto o máis normalizado posible co fin de apoiar e favorece-lo proceso de desenvolvemento e aprendizaxe.

Isto supón que, na práctica, a escolarización destes alumnos se realice de forma preferente en centros ordinarios. Para iso adáptase o currículo ás necesidades de cada alumno, deixando a

escolarización en unidades ou centros de educación especial para as situacións nas que o alumno necesite unhas adaptacións significativas e en grao extremo do currículo ordinario, así como uns medios persoais e materiais pouco comúns nos centros ordinarios; a aula convértese nun espazo estruturado que ha de poñer-lo neno en contacto con experiencias, materiais e recursos que doutro xeito non estarían ó seu alcance. Por iso, e de forma excepcional e cando a proposta do equipo psicopedagóxico así o aconselle, estes alumnos escolarizaranse en centros de educación especial durante o segundo ciclo de educación infantil (3-6 anos).

Durante esta etapa infantil, os alumnos con necesidades educativas especiais deben ter a posibilidade de prolongar a súa escolarización se a avaliación psicopedagóxica así o indica.

Existen centros de educación infantil que integran preferiblemente alumnos cunha minusvalía determinada. Isto permite, dalgún xeito, rendibilizar as axudas técnicas que requiran estes alumnos á vez que se favorece a especialización do profesorado e se facilita a relación social entre os nenos e as súas familias.

Os equipos establecen en cada caso plans de actuación en relación coas necesidades educativas dos alumnos e é o profesor-titor, dentro da aula, o responsable de levar a cabo estes plans así como de realizar as adaptacións curriculares que sexan necesarias. Estas adaptacións tenden a que os alumnos alcancen os obxectivos propios da educación infantil, sempre de acordo coas súas posibilidades.

Neste sentido, e para todo o proceso educativo na escola infantil, os equipos psicopedagóxicos son un elemento esencial para a integración, xa que lle ofrecen unha axuda directa tanto ó neno como ó profesor e coordinan as diferentes intervencións que poidan necesitar os nenos cos seus profesores ou ben lle facilitan axuda directa ó neno por parte de profesionais como o logopeda, o psicomotricista ou o profesor de apoio.

Os problemas no proceso de integración adoitan aparecer cando non hai unha intervención temperá, anterior ó ingreso na escola infantil, e cando ó aumenta-la idade e o nivel educativo, as esixencias escolares son maiores. En xeral, os alumnos con necesidades educativas especiais que acoden á escola infantil na idade de 0-3 anos, fano por recomendación dos equipos psicopedagóxicos, ou dos centros de Desenvolvemento Infantil e de Atención Temperá, que valoran positivamente as posibilidades que ofrece a escola para o desenvolvemento do neno aínda que continúe cos programas de intervención temperá xa iniciados. En xeral a integración do neno na escola infantil vén a completa-lo traballo que se realiza dende estes servicios.

Hai que ter en conta que os centros de educación infantil, polos seus obxectivos e pola especial atención que se lles outorga ós aspectos afectivos e sociais, son lugares idóneos para conseguir que os alumnos con necesidades educativas especiais desenvolvan ó máximo as súas capacidades.

Por todo o exposto obsérvase a importancia que ten manter unha estreita relación entre a escola infantil e os centros de Desenvolvemento Infantil e de Atención Temperá. Esta relación debería te-los seguintes obxectivos:

- a) Os profesionais das escolas infantís e dos centros de Desenvolvemento Infantil e de Atención Temperá, poden colaborar na elaboración de programas de intervención e na delimitación de obxectivos, materiais e procedementos máis adecuados no proceso de ensino-aprendizaxe.
- b) Determina-las necesidades educativas dos nenos entre 0 e 6 anos, localizando e derivando os nenos que presenten anomalías no seu desenvolvemento, así como contribuír na elaboración do currículo desta etapa.
- c) Procurar unha continuidade na educación dos nenos cubrindo tódalas súas necesidades dende o momento do seu nacemento e que á súa vez sirva como enlace, preparación e reforzo da súa integración na escola infantil.

- d) Coordinar e comparti-la información sobre a situación do neno no momento no que este ingresa no sistema educativo.
- e) Intercambia-la información sobre as actividades e comportamento do neno durante a súa escolarización.
- f) Prestarlles apoio técnico ós programas de escolarización de alumnos con necesidades educativas especiais.
- g) Colaborar na orientación ás familias, no seu coñecemento e apoio ás súas necesidades.

A relación entre os centros de Desenvolvemento Infantil e de Atención Temprá e a escola infantil debe ir encamiñada a proporcionarlle unha atención educativa global, sistematizada e adecuada á poboación infantil de 0 a 6 anos, a contribuír á reflexión e debate sobre propostas organizativas e orientacións na escola infantil, a apoiar, asesorar e formar tanto o mestre de apoio como o profesor da aula ordinaria e, fundamentalmente, a apoiar e facilita-lo proceso de integración e o pleno desenvolvemento de nenos con necesidades educativas especiais.

## 5. ACCIÓNS NA COMUNIDADE

---

A problemática que deriva dos trastornos no desenvolvemento da poboación infantil non é unha cuestión que deba abordarse exclusivamente nos centros de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá, nos servizos sanitarios ou nos de protección social. Debe implicar tamén os recursos comunitarios e a sociedade no seu conxunto, por tratarse dun colectivo social especialmente desfavorecido. Existen, máis alá do aproveitamento e optimización das posibilidades de aprendizaxe, razóns de dereito que así o xustifican, como son o principio de igualdade de oportunidades, a mellora da calidade de vida do neno e da súa familia e a preparación destes nenos e do seu futuro como cidadáns.

Para poder desenvolver accións comunitarias en relación á poboación susceptible de Atención Temperá é necesario contar con:

- Delimitación territorial.
- Localización de recursos que complementan e/ou melloran as actuacións da atención primaria.
- Establecemento de fluxos de información que permitan unha axeitada coordinación dos recursos.
- Accións para a divulgación das intervencións e formación de profesionais.
- Mecanismos de comunicación cos responsables institucionais da área de intervención.

### ACCIÓNS

1. Coñece-lo espazo e a poboación obxecto de atención, a través da análise de datos: pirámides de poboación, distribución da renda, niveis de estudo, estilos de vida, etc.

2. Identifica-los recursos da área e o seu funcionamento, evitando interferencia nas actuacións e conseguindo sinerxías de esforzos.
3. Participar na elaboración interdisciplinar dos "indicadores de risco" na poboación e o seu medio, co fin de establece-los parámetros que van servir de guía para a detección, a derivación, a intervención e o seguimento de casos.
4. Participar na elaboración dos fluxos de intervención de maneira que se configure:
  - Un modelo de coordinación entre os profesionais, de modo que os usuarios perciban a intervención de modo global.
  - Circuitos documentais que dean soporte á intervención de casos: o profesional que actúa sobre un caso, faino coñecendo tódolos datos dispoñibles sobre el, de maneira que a intervención alcance un alto grao de eficacia.
  - Reunións de valoración de casos e coordinación de profesionais.
5. Elaborar memorias que poñan de manifesto as demandas de intervención, a súa natureza, as actuacións e o nivel de obxectivos alcanzados. Axudan á detección dos colectivos máis vulnerables e as condicións bio-psico-sociais que os favorecen, e serven para a planificación de medidas preventivas.
6. Organizar e participar en foros de debate e formación relacionados coa atención temperá e a poboación infantil en xeral.
7. Promover accións comunitarias a favor da infancia de alto risco, a través de proxectos de investigación, recursos de divulgación, publicacións, etc.
8. Participar en reunións de coordinación interdisciplinar e interinstitucional que promoven o debate sobre distintos aspectos da infancia e, nese contexto, comunicarles ós responsables institucionais a situación en que se atopa a Atención Temperá na área, de forma que se dinamicen as actuacións sobre os recursos co obxecto de optimiza-lo seu uso.

9. Proporcionarles apoio e asesoramento técnico ós profesionais dos servicios educativos de 0-6 anos.
10. Conciencia-la sociedade das peculiaridades e necesidades da poboación de alto risco e as súas familias.
11. Dispoñer das dotacións económicas necesarias para desenvolver campañas de prevención e sensibilización social sobre os trastornos do desenvolvemento na poboación infantil.

## 6. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

---

O *Libro Branco da Atención Temperá* debe suscitar unha reorganización das infraestructuras administrativas e da redistribución ou creación dos recursos económicos, materiais e persoais necesarios para garantir unha eficiencia satisfactoria na cobertura que dende os centros de Atención Temperá cómpre darlle á poboación infantil que o requira. As disfuncións que presentan as administracións deben superarse introducindo, nos estamentos e niveis que sexa necesario, aquelas medidas de racionalización pertinentes para mellora-la xestión dos recursos dispoñibles e para crear aqueles que non existan.

A dificultade primordial xorde cando o neno con atraso no seu desenvolvemento pode ser obxecto de intervención dende a Sanidade, os Servicios Sociais ou a Educación. Se a súa problemática implica dous ou tres dos sectores mencionados, a devandita intervención non debe darse dende compartimentos estancos, senón que a transferencia da información ha de fluír entre eles e tódalas accións que se desenvolvan deben ter un denominador común: o neno, que, alleo ós organigramas administrativos, vive a súa propia realidade, a súa problemática específica e debe ser beneficiario das atencións que poden prestarlle estes servicios. O neno ten entidade biolóxica, psicolóxica e social e cando algún destes aspectos se ve afectado, tendo en conta a interrelación entre eles, as institucións deben ofrecerlle unha resposta integrada que garanta a súa saúde, o seu desenvolvemento intelectual, emocional e as súas capacidades adaptativas.

## NIVEIS DE COORDINACIÓN

En Atención Temperá débense establecer as canles de coordinación que posibiliten unha planificación eficaz e sirvan de canle para a transferencia da información entre os axentes implicados. Esta coordinación debe lograrse ó redor das seguintes dimensións:

- **Interinstitucional e intrainstitucional:** que abrangue dende os ministerios implicados ás consellerías das comunidades autónomas, ás administracións locais e ás organizacións dos usuarios.
- **Interprofesional:** que implica a coordinación das áreas e sectores profesionais especializados.  
Débense considerar tres niveis de coordinación:
  - **Nivel estatal:** dende o Goberno Central débese promover a coordinación dos Ministerios de Sanidade, Traballo e Asuntos Sociais e Educación para trazar unha política común que estableza canles interministeriais para a planificación do sector da Atención Temperá.
  - **Nivel autonómico:** as comunidades autónomas que teñan transferidas as competencias en materia de Sanidade, Asuntos Sociais e Educación, e as administracións locais, deben asumir a creación e organización dos recursos necesarios para ofrecer uns centros sectorizados de Atención Temperá que posibiliten a universalización, a gratuidade e a calidade dos tratamentos para quen os necesite, como expoñente de solidariedade, de igualdade e de xustiza social.
  - **Recursos de Atención Temperá:** este nivel de coordinación abrangue tanto os profesionais que nas áreas da Saúde, Asuntos Sociais e Educación van incidir no desenvolvemento infantil como os propios profesionais dos centros de Atención Temperá nos equipos inter, trans e multidisciplinares.  
A complexidade para a abordaxe da problemática específica dos nenos con alteracións no seu desenvolvemento de etiología social, psíquica, sensorial ou física segue sendo un reto para os

profesionais, as administracións públicas e a sociedade no seu conxunto. O certo é que os diferentes ámbitos do coñecemento tenden a detallar un corpus teórico-experimental propio para achegar solucións ós problemas de saúde, ós de carácter social e ós educativos. A finalidade dende tódalas vertentes da intervención da Atención Temperá é a mellora da calidade de vida destes nenos e por conseguinte a normalización das súas capacidades adaptativas. A especialización científica permite afondar cada vez máis no coñecemento de aspectos das alteracións do desenvolvemento que hai uns anos presentaban unha criptoxénese que hoxe en día, nalgúns casos, se resolveu e noutros permitiu non só o coñecemento dos factores biolóxicos e sociais que poidan orixinar trastornos no desenvolvemento, senón alternativas adecuadas para a súa prevención e resolución.

Faise indispensable a coordinación dos ámbitos de investigación e dos sectores que inciden na poboación infantil susceptible de intervención. A estrutura actual do Estado ofrece situacións heteroxéneas en canto á capacidade normativa, decisoria e orzamentaria, segundo a comunidade autónoma da que se trate; por tal motivo, é necesario, respectando a diversidade social de cada Autonomía, ofrecer un servizo de Atención Temperá de calidade. A creación ***dunha Comisión Estatal da Atención Temperá ou un Instituto da Atención Temperá*** contribuiría decisivamente á regulación do sector, establecendo criterios comúns e promovendo o desenvolvemento legislativo para supera-las carencias que aínda persisten.

Debemos referi-la necesidade de regulariza-la coordinación, basicamente a través da protocolización da detección, derivación e dos programas de seguimento e control. Para iso, é importante ter presente tanto os sectores implicados na Atención Temperá como a relación e intercomunicación entre eles.

## 7. INVESTIGACIÓN

---

A investigación en Atención Temprá é unha necesidade para o desenvolvemento de programas de intervención cada vez máis eficaces.

Esta investigación servirá para aumenta-lo coñecemento sobre as características propias das distintas minusvalías ou trastornos no desenvolvemento, as súas repercusións na dinámica familiar, fontes de estrés, así como para avaliar cáles son as modalidades de intervención máis eficaces. A investigación é necesaria tamén para o apoio empírico de decisións políticas ou administrativas sobre o reparto dos recursos económicos e materiais dispoñibles, de cara a potencia-las aproximacións de maior efectividade e con mellor relación calidade-custo.

As temáticas de estudio en Atención Temprá son moi diversas, xa que o estado actual de coñecementos e disciplinas xera en cada unha delas necesidades de avanzar en diferentes liñas de investigación. Nalgúns casos segue sendo necesario o desenvolvemento de investigacións epidemiolóxicas que permitan coñecer en profundidade os axentes etiolóxicos e circunstancias psico-sociais dos problemas que afectan ó neno xa que só a partir dese coñecemento poden establecerse verdadeiros programas de prevención. Noutros casos é necesario o desenvolvemento de investigacións que leven á obtención de novos métodos diagnósticos que permitan unha detección máis precoz dos problemas para posibilitar así unha intervención máis temprá (trastornos xeneralizados do desenvolvemento, algunhas deficiencias sensoriais ou problemas de privación socio-ambiental), mesmo maiores posibilidades de detección prenatal dos problemas (véxanse os resultados obtidos en erros conxénitos do metabolismo, síndrome de Down, disrafismos espinais...).

A investigación epidemiolóxica ten importancia en Atención Temperá xa que axuda, a partir dos datos achegados, a coñece-los factores de risco e así poder planificar accións de prevención primaria e secundaria. Permite coñece-lo número de nenos e de familias que precisan destes servicios e adecua-los recursos ás necesidades detectadas.

Durante moito tempo, a investigación en Atención Temperá centrouse case exclusivamente en demostra-la eficacia da intervención, calquera intervención, fronte á non intervención. Dende as distintas disciplinas que integran o eido da Atención Temperá achegáronse xa múltiples probas empíricas desa efectividade nos primeiros anos de vida e da importancia da súa instauración temperá. Aínda que sempre será conveniente insistir na demostración da eficacia das diferentes aproximacións ó neno, a súa familia e o seu contexto, estamos nunha etapa na que é necesario dar un paso máis e dedicar esforzos para analizar e comprende-las estratexias máis axeitadas e efectivas de intervención para coordinar e organiza-los distintos servicios implicados na atención integral en Atención Temperá.

Hoxe por hoxe, máis que seguir insistindo na demostración da eficacia da intervención fronte á non intervención, é necesario demostrar qué aproximacións específicas de intervención son máis efectivas, qué aspectos concretos de cada forma de intervención leva a uns mellores resultados, qué características dos programas son máis eficaces, así como qué características do neno e da familia contribúen á obtención de mellores resultados. Estase a demandar unha maior implicación práctica na investigación no campo da Atención Temperá; unha investigación de calidade da que se desprendan consecuencias directas para a mellora de futuras intervencións.

A aplicación ó eido da Atención Temperá das investigacións sobre a intervención nos diferentes ámbitos onde vive o neno (familia, escola, etc) demostrou a súa eficacia para o coñecemento de factores potenciadores ou inhibidores do desenvolvemento do neno, segundo a teoría xeral dos sistemas, teoría ecolóxica, etc. Neste senso, é especialmente necesario sinala-la

importancia do desenvolvemento de investigacións interdisciplinares que permitan levar a cabo un seguimento a medio e longo prazo do desenvolvemento do neno, e que os seus resultados sexan coñecidos polos servizos e programas de intervención que inicialmente atenderon as necesidades do neno e/ou a súa familia para poder valora-las repercusións reais deses recursos así como para promover melloras na calidade de tódolos servizos.

Convén dispoñer de canles para a comunicación de experiencias e para o acceso ás fontes documentais. Cómpre contar con foros, con publicacións especializadas e cun órgano científico da Atención Temperá que incentive e canalice axeitadamente a investigación. As achegas das diferentes disciplinas permitirán avanzar na mellora dos programas de prevención e intervención e na dispoñibilidade de medios técnicos.

O desenvolvemento da investigación en Atención Temperá ha de partir do coñecemento das limitacións e dificultades que son propias da investigación neste eido e, en xeral, no mundo da minusvalía. Algúns dos problemas teñen unha natureza puramente metodolóxica e, alomenos teoricamente, deberíamos ser capaces de poder solucionarlos. Entre outros aspectos, cabe sinala-las dificultades que se atopan á hora de operativiza-las variables a estudar.

Unha cuestión metodolóxica a ter en conta é a presenza dunha multiplicidade quizais excesiva de aproximacións, mesmo dende distintos contextos institucionais, que poden chegar a ser aparentemente contradictorias nalgúns aspectos. De novo aquí, debe se-lo propio desenvolvemento da investigación o que permita, como xa se vai facendo, ir acoutando marcos ou modelos teóricos que nos guíen cara a unha intervención temperá cada vez máis efectiva e de maior calidade.

Outras dificultades metodolóxicas que atopamos na investigación en Atención Temperá son intrínsecas ó obxecto de estudo; por iso, adoitan ser máis difíciles de evitar, sendo necesario telas en conta para busca-lo xeito de controlalas. Así na literatura pertinente atopamos referencias a problemas como:

1. Heteroxeneidade dos grupos de suxeitos a tratar, das súas circunstancias familiares, institucionais e sociais, o cal leva á utilización de mostras experimentais pequenas ou pouco homoxéneas e dificulta enormemente a posibilidade de extrapolación dos resultados. Neste sentido, só a unificación de esforzos e criterios pode, xunto cun coñecemento o máis exhaustivo posible da etiología do problema que presenta o neno, levar a solucionar esta limitación metodolóxica.
2. Gran variabilidade intrasuxeito. Novamente, esta variabilidade intrasuxeito, unida á heteroxeneidade dos grupos ou variabilidade intersuxeitos, limita as posibilidades dos deseños experimentais e mesmo estatísticos a utilizar na investigación da eficacia das aproximacións terapéuticas.
3. Natureza dinámica do propio proceso de intervención que obriga, loxicamente, á continua reconsideración de obxectivos terapéuticos ou evolutivos segundo a resposta individual de cada neno ou cada familia ó programa de intervención.

Por último, podemos sinalar tamén algúns problemas éticos que limitan as posibilidades de investigación no eido da Atención Temperá e das deficiencias en xeral. Céntranse fundamentalmente na dificultade para comparar grupos, xa que, de existila posibilidade, non sería eticamente admisible negarlle a un grupo de nenos a súa participación nun programa de intervención, e na imposibilidade de manipulación experimental; por este motivo sempre se ha de recorrer a investigación de campo ou no contexto natural, onde aparecerán necesariamente tódolos problemas metodolóxicos intrínsecos ó obxecto de estudio xa descritos.

Independentemente destas limitacións, faise necesario un esforzo político, institucional e profesional para potenciar, afianzar e desenvolve-las liñas de investigación en Atención Temperá xa existentes no noso país que, se ben son aínda escasas, veñen desenvolvéndose de forma productiva dende hai anos en distintas universidades e centros de Atención Temperá do territorio

nacional. É evidente a necesidade de promover a articulación de ambas dúas partes nas tarefas de análise, reflexión e investigación.

Para todo iso, é imprescindible que as administracións públicas poñan e faciliten os mecanismos e os medios que permitan esta colaboración entre a universidade e os centros e servizos destinados á Atención Temprá para que sexa posible levar a cabo programas de atención aumentando a eficacia das estratexias de intervención, afondamento no coñecemento de procesos cognitivos e emocionais implícitos na aprendizaxe e no desenvolvemento de habilidades, todo iso dende puntos de vista tanto descritivos como experimentais. Cómpre que dende as administracións públicas se faciliten tempos e espazos para a investigación en tódolos centros e a disposición dos instrumentos adecuados para fomentar os intercambios de experiencias e establecer os recursos económicos que o fagan posible.

As distintas administracións deben tomar conciencia da necesidade de crear proxectos de investigación neste ámbito, que consideren os aspectos biolóxicos, psicolóxicos e sociais. Unha medida inicial neste sentido é a inclusión da Atención Temprá entre as prioridades das convocatorias de axudas á investigación.

## 8. FORMACIÓN

---

Para que se cumpran de forma axeitada os obxectivos da Atención Temperá, os profesionais que forman parte dos equipos interdisciplinares han de posuír unha formación especializada que lles proporcione unha alta cualificación para exercer as súas funcións coa máxima eficacia. Ó mesmo tempo, dadas as circunstancias que envolven ós nenos e as súas familias cando existen problemas no desenvolvemento, o perfil dos que traballan neste campo debe ter, ademais dos coñecementos científicos necesarios, unha especial predisposición vocacional e actitudinal, xa que o obxecto do seu traballo son seres humanos nunhas circunstancias especialmente complexas.

A intervención en Atención Temperá implica profesionais con distintos itinerarios formativos que deben traballar nun ámbito interdisciplinar. O concepto de interdisciplinariedade vai máis alá da suma paralela de diferentes especialidades e, por este motivo, a preparación deste colectivo implica tanto a formación académica nunha disciplina específica, cunha titulación de base, como a formación nun marco conceptual común a todas elas. Esta dobre vertente da formación debe ter o seu propio espacio de desenvolvemento a través da reflexión e o traballo en equipo, incluíndo unha visión integral do neno, a súa familia e o seu medio. A confluencia dos diversos ámbitos do coñecemento permitirá o óptimo exercicio da práctica profesional.

As particularidades da Atención Temperá e a necesidade de traballar en equipo fan necesaria unha formación específica e común, á que debe chegarse a través de cursos de especialización ós que poden acceder licenciados e diplomados que procedan dos ámbitos universitarios da saúde, a educación e os servizos sociais (Ciencias Médicas, Psicoloxía, Pedagogía, Maxisterio, Fisioterapia, Logopedia, Traballo Social, etc).

Os ensinos conducentes á obtención do título oficial de especialista en Atención Temprá, trala licenciatura ou diplomatura de base correspondente, deberán proporcionar unha formación científico-técnica axeitada. Os contidos a desenvolver para este traballo en común poden identificarse, entre outras, coas seguintes áreas:

- Desenvolvemento infantil, incluíndo un amplo coñecemento sobre as distintas etapas e ámbitos do desenvolvemento e tamén sobre os factores que inflúen nel, as evolucións consideradas típicas e as variacións na normalidade, períodos críticos e claves evolutivas das distintas idades.
- Coñecemento dos diferentes cadros clínicos de trastornos no desenvolvemento infantil, posible etioloxía ou causas deles, a súa natureza, características, evolución e prognóstico, así como as medidas preventivas e terapéuticas máis eficaces en cada caso.
- Análise e revisión das correntes filosóficas e científicas que foron influíndo historicamente no desenvolvemento de diferentes modelos de intervención e tamén nos modelos de avaliación de resultados.
- Psicoloxía infantil, o coñecemento da cal vai permitirles ós profesionais responder axeitadamente ás necesidades e características emocionais do neno en cada etapa evolutiva.
- Neurobioloxía do desenvolvemento e Neuroloxía infantil para facilitarlle ó profesional coñecementos sobre os principios funcionais do sistema nervioso, a súa evolución e plasticidade.
- Principios de psicopedagogía da aprendizaxe e da motivación aplicados á etapa infantil.
- Principios de intervención educativa, bases didácticas e metodolóxicas.
- Técnicas de intervención na área da comunicación e metodoloxías e sistemas de intervención específicos nos diferentes trastornos.
- Estudio da dinámica familiar, no seu dobre papel de facilitadora do desenvolvemento do neno e tamén como receptora de servizos. Comprende-lo sistema familiar, as súas peculiaridades culturais, económicas, organizativas, etc.

- Coñecemento teórico e práctico sobre o papel dos diferentes profesionais que compoñen un equipo de Atención Temperá, tendo en conta a distribución de roles, a dinámica propia dun grupo, as estratexias na toma de decisións.
- Tecnoloxía de rehabilitación e bio-enxeñería.
- Aproximacións á investigación, metodoloxía, busca de información, que xeren actitudes positivas cara á experimentación, e que fomenten entre os profesionais o espírito crítico, permitíndolles contrastar empiricamente as distintas posibilidades da intervención.
- Análise da realidade lexislativa, institucional, normativa, características sociais e antropolóxicas, variables do medio e recursos existentes.

A elaboración de plans regulares formativos que cubran suficientemente as necesidades do sector e a esixencia de experiencia profesional supervisada e continua é unha condición *sine qua non* para a organización de servizos cualificados de Atención Temperá, ó nivel adecuado á súa responsabilidade. Para iso, cómpre habilitar CDIATs como Unidades Docentes cualificadas para participar activamente na formación aplicada e práctica supervisada destes futuros profesionais.

É necesario sinala-la conveniencia de favorecer e motivar actitudes positivas cara á investigación xa na etapa de formación. Igualmente, hai que fomentar entre os profesionais o espírito crítico que os leve a senti-la necesidade de contrastar empiricamente as distintas posibles modalidades de intervención, así como a preocupación por coñecer, seleccionar e poñer en marcha as propostas de eficacia demostrada.

Para poder desenvolver efectivamente un programa de formación en Atención Temperá a través de cursos de especialización e de postgrao, estes han de ser accesibles ás distintas titulacións requiridas para a configuración dun equipo interdisciplinar destas características. As administracións públicas han de establecer liñas de financiamento para facilita-lo acceso a este tipo

de formación. As universidades deben asumir este reto formativo, xa que é unha peza clave para ofrecerlle á sociedade unha intervención de calidade en Atención Temprá.

## 9. PRINCIPIOS BÁSICOS DA ATENCIÓN TEMPERÁ

---

### 1. Diálogo, integración e participación

A integración familiar, escolar e comunitaria do neno que presenta un trastorno do desenvolvemento implica o respecto á súa condición de suxeito activo. A Atención Temperá debe facilita-lo coñecemento social do neno e o acceso á súa forma de comunicar e expresa-los seus desexos, promovendo modelos de crianza, educativos e relacionais coherentes e estables, baseados en actitudes de dialogo e na aceptación dos modos alternativos de ser.

A colaboración coa familia é unha actitude básica da Atención Temperá, dende o respecto da cultura, valores e crenzas dos pais, irmáns e avós. Débese estimula-la expresión das súas necesidades e intereses, o dereito a recibir información de maneira adecuada e a participar en cantas decisións lles atinxen. A Atención Temperá tamén ten que estar centrada na familia, na achega dos medios que precisa para resolve-las súas dificultades e asumi-las súas responsabilidades.

Outro aspecto a considerar é a participación social no desenvolvemento dos plans e programas dirixidos ós nenos con trastornos do desenvolvemento, esta participación debe concretarse a través do movemento asociativo profesional e dos usuarios en cada área ou distrito territorial.

## **2. Gratuidade, universalidade e igualdade de oportunidades, responsabilidade pública**

A presenza dunha minusvalía ou un trastorno do desenvolvemento implica un alto risco de marxinación social. A Atención Temperá actúa para previr e, no seu caso, evitar estes riscos facilitando a igualdade de oportunidades no acceso ós distintos contextos da vida social, a incorporación a unha familia onde ser amado, a convivencia e socialización nunha escola aberta a tódolos nenos, o deseño do hábitat comunitario dunha forma comprensiva cara á diferenza.

Polas súas orixes e obxectivos é necesario que a Atención Temperá sexa un servizo público, universal, de provisión gratuíta para tódolos nenos e familias que o precisen. A gratuidade da Atención Temperá ha de ser completa e debe alcanza-las axudas técnicas e a eliminación de barreiras á integración.

## **3. Interdisciplinabilidade e alta cualificación profesional**

O concepto de interdisciplinabilidade vai máis alá da suma paralela de distintas disciplinas. A preparación dos profesionais que participan na Atención Temperá implica tanto a formación nunha disciplina específica como nun marco conceptual común a todas elas que debe ter o seu propio espazo de desenvolvemento a través da reflexión e o traballo en equipo. Para este marco común poden identificarse catro áreas:

- A especialización en desenvolvemento psicomotor infantil: comprende-los procesos típicos e atípicos, as claves evolutivas das distintas idades, as formas de relación en cada unha delas.
- afondamento en psico-socioloxía da dinámica familiar: comprende-lo sistema familiar, as súas peculiaridades culturais, económicas, organizativas, os ciclos vitais, etc.

- coñecemento da realidade lexislativa, institucional, normativa, características sociais e antropolóxicas, hábitat e medio xeográfico da comunidade.
- Unha formación e experiencia suficientes sobre o traballo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estratexias de toma de decisións, etc.

A elaboración de plans regulares de formación e a esixencia de experiencia profesional supervisada e continua é unha condición *sine qua non* para a organización de servizos cualificados de Atención Temperá, ó nivel adecuado á súa responsabilidade.

#### **4. Coordinación**

A atención ós nenos con trastornos do desenvolvemento e as súas familias realízase nun marco institucional concreto. As familias adoitan salienta-la necesidade de que os servizos e orientacións que cada entidade ou cada profesional ofrece resulten coincidentes e teñan en conta o conxunto da súa situación á hora de planificar actuacións. Correspóndelles ós servizos de Atención Temperá promover-lo traballo en redes locais que se complementen e faciliten a calidade da vida familiar. Esta coordinación convén asentala sobre protocolos básicos de derivación e intercambio de información e rexistros informáticos de contido equivalente para o conxunto do Estado. Estes rexistros deberán acordarse coas asociacións de pais e federacións de usuarios e conter cláusulas de salvagarda da intimidade persoal.

A coordinación atinxe tamén á continuidade dos servizos. Organiza-lo proceso de información diagnóstica ou de transición á escola son dous fitos inescusables. É moi conveniente que cada familia teña un profesional de referencia ó que se dirixir para resolver dúbidas ou interrogantes, que lle ofrezca confianza e lle sirva para reorganizar de forma coherente a vida cotiá.

Evita-la fragmentación que pode darse como consecuencia da intervención de múltiples axencias, entidades ou profesionais é un obxectivo principal da coordinación.

### **5. Descentralización**

O principio de descentralización refírese ó establecemento dun sistema organizado ó redor das necesidades da familia, na súa proximidade, incluíndo a prestación de servizos a domicilio. Implica a inserción da Atención Temprá nas redes de atención primaria de saúde e de servizos sociais, na inmediatez das escolas infantís e na veciñanza da familia.

A descentralización ten que ser compatible cunha boa organización do acceso ou apoio dende os servizos máis especializados de área ou rexión (servizos de terceiro nivel, centros de recursos, centros específicos) cando sexa necesario. O respecto á vida cotiá da familia, a salvagarda e promoción da calidade de vida teñen que presidi-la organización e funcionamento dos servizos.

### **6. Sectorización**

A sectorización fai referencia á necesidade de limita-lo campo de actuación dos servizos para garantir unha correlación equilibrada entre proximidade e coñecemento da comunidade e o hábitat, funcionalidade e calidade operativa dos equipos e volume suficiente da demanda para os efectos de que se facilite a inclusión de todo tipo de servizos sanitarios, educativos ou sociais na área de referencia que se constitúa.

### **Anexo A. Normativa sobre Atención Temprá**

---

Este capítulo puido elaborarse gracias a anteriores traballos de recompilación. Do capítulo sobre Atención Temprá, de José María Alonso Seco, no Documento "Realizaciones sobre minusvalidez en España. Balance de 20 años" do Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad, obtivemos numerosos apuntamentos lexislativos e valiosos comentarios. De Jesús Sebastián (Zaragoza) e do "Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana", de FEAPS, moitas referencias de lexislación internacional. Finalmente, queremos agradecerlles ós profesionais do Centro Español de Documentación sobre Discapacidad do Real Patronato a colaboración e suxestións achegadas, sen as cales non se podería realizar este ANEXO.

#### **NORMATIVA VIXENTE EN ATENCIÓN TEMPERÁ (A 31 DE XANEIRO DE 2000)**

##### **Normas internacionais subscritas por España**

- Declaración dos Dereitos do Neno (ONU 1959).

- Convención dos Dereitos do Neno (ONU 1989). Ratificada o 30 de novembro de 1990 (BOE 30 decembro).
- Carta Social Europea. Ratificada o 29 de abril de 1980.

**Lexislación xeral de ámbito estatal**

- Constitución Española de 1978.
- Real Decreto 620 /1981, do 5 de febreiro, de réxime unificado de axudas públicas a minusválidos. (BOE 6-4-81)
- Orde, do 5 de marzo de 1982, pola que se desenvolve o RD 620/1981. (BOE 8-382)
- Lei 13/1982, do 7 de abril, de integración social dos minusválidos. (BOE 30-4-82)
- Real Decreto 383/1984, do 1 de febreiro, polo que se establece e regula o sistema especial de prestacións sociais e económicas previsto na Lei 13/1982 do 7 de abril de integración social dos minusválidos. (BOE 27-2-84)
- Lei 39/1999, do 5 de novembro, para promover a conciliación da vida familiar e laboral das persoas traballadoras. (BOE 6-11-1999)
- Real Decreto 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de minusvalía. (BOE 26-1-2000)

## **Legislación xeral de Comunidades Autónomas**

### **Andalucía**

- Lei 1/1999, do 31 de marzo, de atención ás persoas con minusvalía en Andalucía. (BOJA 17-4-99). Cabe destaca-lo Título II que se refire á prevención das deficiencias, asistencia sanitaria e rehabilitación médico-funcional e o Título III dedicado ás necesidades educativas especiais.

### **SANIDADE**

## **Legislación de ámbito estatal**

- Lei 14/1986, do 25 de abril, Xeral de Sanidade. (BOE 29-4-86)
- Real Decreto 63/1995, do 20 de xaneiro, sobre ordenación de prestacións sanitarias do Sistema Nacional de Saúde. (BOE 10-2-95)
- Orde do Ministerio de Sanidade e Consumo, do 23 de xullo de 1999, pola que se modifica a Orde do 18 de xaneiro de 1996 de desenvolvemento do RD 63/1995 do 20 de xaneiro, para a regulación da prestación ortoprotésica (BOE 5-8-99).

## **Legislación de Comunidades Autónomas**

### **Andalucía**

- Decreto 101/1995, do 18 de abril, polo que se determinan os dereitos dos pais e dos nenos no ámbito sanitario durante o proceso de nacemento. (BOJA 17-5-95). Establécese como un dos dereitos do neonato hospitalizado o tratamento de estimulación precoz (art. 3.j).
- Lei 2/1998, do 15 de xuño, de Saúde de Andalucía. (BOJA 4-7-98)
- Decreto 195/1998, do 13 de outubro, polo que se regula a prestación ortoprotésica. (BOJA 3-11-98)

### **Aragón**

- Lei 2/1989, do 21 de abril, do Servicio Aragonés de Saúde. (BOA-4-89)
- Lei 8/1999, do 9 de abril, de reforma da Lei 2/1989, do 21 de abril, do Servicio Aragonés de Saúde. (BOA 17-4-99)

### **Canarias**

- Lei 11/1994, do 26 de xullo, de Ordenación Sanitaria de Canarias. (BOC 5-8-94)
- Decreto 3/1997, do 21 de xaneiro, polo que se aproba o Plan de Saúde de Canarias (BOC 31-3-97)

### **Cataluña**

- Lei 15/1990, do 9 de xullo, de Ordenación Sanitaria en Cataluña. (DOGC 30-7-90). Modificada pola Lei 11/1995 do 29 de setembro. (DOGC 18-10-95)

- Decreto 79/1998, do 17 de marzo, polo que se dictan normas relativas ás prestacións ortoprotésicas. (DOGC 30-3-98)

#### **Comunidade Autónoma de Illes Balears**

- Lei 4/1992, do 15 de xullo, do Servicio Balear de Saúde. (BOCAIB 15-8-92)

#### **Comunidade de Castilla e León**

- Lei 1/1993, do 6 de abril, de Ordenación do Sistema Sanitario. (BOCL 27-4-93)
- Decreto 16/1998, do 29 de xaneiro, polo que se aproba o Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla e León. (BOCL 3-2-98)
- Decreto 212/1998, do 8 de outubro, polo que se aproba o 2º Plan de Saúde da Comunidade de Castilla e León. (BOCL 14-10-98)

#### **Galicia**

- Decreto 69 /1998, do 26 de febreiro, polo que se regula a atención temperá a minusválidos na CA de Galicia. (DOG 10-3-98)

#### **A Rioja**

- Lei 4/1991, do 25 de marzo, de creación do Servicio Rioxano de Saúde. (BOLR 18-4-91)
- Decreto 11/1995, do 2 de marzo, polo que se regulan os controis de saúde na infancia. (BOLR 8-4-95)

### **Navarra**

- Decreto Foral 17/1998, do 26 de xaneiro, polo que se regula a prestación ortoprotésica do Servicio Navarro de Saúde-Osasunbidea, relativa a próteses externas, cadeira de rodas, ortese e próteses especiais. (BON 23-2-98)
- Orde Foral 170/1998, do 16 de novembro, do Conselleiro de Saúde pola que se establece o programa de detección precoz de hipoacusias no período neonatal (BON 30-12-98).

### **País Vasco**

- Decreto 175/1989, do 18 de xullo, polo que se aproba a carta de dereitos e obrigas dos pacientes e usuarios do Servicio Vasco de Saúde/Osakidetza. (BOPV 4-8-89)
- Decreto 9/1997, do 12 de febreiro, polo que se regula a prestación ortoprotésica relativa a próteses externas, cadeira de rodas, ortese e próteses especiais. (BOPV 12-2-97)
- Lei 8/1997, do 26 de xuño, de Ordenación Sanitaria en Euskadi. (BOPV 21 -7-97)

### **Principado de Asturias**

- Lei 1/1992, do 2 de xullo, do Servicio de Saúde do Principado de Asturias. (BOPA 13-7-92)

### **SERVICIOS SOCIAIS**

#### **Legislación de ámbito estatal**

- Lei Orgánica 1/1996, do 15 de xaneiro, de protección xurídica da menor; de modificación parcial do Código Civil e da Lei de Axuizamento Civil. (BOE 17-1-96)

## **Legislación de Comunidades Autónomas**

### **Cantabria**

- Lei 5/1992, do 27 de maio, de acción social. (BOCA 5-6-92)

### **Castilla-La Mancha**

- Orde, do 15 de maio de 1998, pola que se regulan os servizos dos centros base de atención persoas con minusvalía en Castilla-La Mancha. (DOCM 22-5-98)

### **Cataluña**

- Decreto Legislativo 17/1994, do 16 de novembro, polo que se aproba a fusión das Leis 12/1983; 26/1985 e 4/1994 en materia de asistencia e servizos sociais, establece os servizos de atención precoz dentro da atención especializada a persoas con diminución (art. 11.b)2.2). (DOGC 13-1-95)
- Decreto 206/1995, do 13 de xuño, polo que se adscribe a atención precoz ó Departamento de Benestar Social. (DOGC 24-7-95)
- Decreto 96/1998, do 31 de marzo, da Comisión Interdepartamental de Coordinación de Actuacións da Administración da Generalitat dirixidas a nenos e adolescentes con minusvalía ou con risco de sufrila. (DOGC 14-4-98). Modificado por Decreto 211/1999, do 27 de xullo (DOGC 4-8-99)

### **Comunidade de Castilla e León**

- Decreto 16/1998, do 29 de xaneiro, polo que se aproba o plan de atención sociosanitaria de Castilla e León. (BOCEL 3-2-98)

### **Comunidade de Madrid**

- Lei 11/1984, do 6 de xuño, de Servicios Sociais. (BOCM 23-6-84)

### **Comunidade Valenciana**

- Decreto 8/1996, do 4 de xuño, polo que se adscriben á Consellería de Traballo e Asuntos Sociais as funcións relativas a estimulación precoz de minusválidos. (DOGV 7-6-96)
- Lei 5/1997, do 25 de xuño, pola que se regula o sistema de servicios sociais no ámbito da Comunidade Valenciana. (DOGV 4-7-97)

### **Galicia**

- Lei 4/1993, do 14 de abril, de Servicios Sociais. (BOE 11 -5-93)

### **Rexión de Murcia**

- Lei 8/1985, do 9 de decembro, de Servicios Sociais. (BORM 19-12-85)

### **EDUCACIÓN**

#### **Lexislación de ámbito estatal**

- Real Decreto 334/1985, do 6 de marzo, de Ordenación da Educación Especial. (BOE 16-3-85)  
Modificacións en Real Decreto 696/1995 do 28 de abril.

- Lei Orgánica 1/1990, do 3 de outubro, de Ordenación Xeral do Sistema Educativo (LOXSE). (BOE do 4 de outubro). Modificacións: Lei Orgánica 9/1995, de 20 novembro (BOE 21-11-95); Lei 13/1996, do 30 de decembro (BOE 31-12-96); Lei 66/1997, do 30 de decembro, (BOE 31-12-97); Lei 50/1998, do 30 de decembro (BOE 31-12-98).
- Real Decreto 1333/1991, do 6 de setembro, polo que se establece o currículo de educación infantil. (BOE 9-9-91)
- Orde, do 9 de decembro de 1992, do Ministerio de Educación e Ciencia, pola que se regulan a estrutura e funcións dos equipos de orientación educativa e psicopedagóxica. (BOE 18-12-92)
- Real Decreto 696/1995, do 28 de abril, de ordenación da educación dos alumnos con necesidades educativas especiais. (BOE 2-6-95)

### **Legislación de Comunidades Autónomas**

#### **Canarias**

- Decreto 286 /1995, do 22 de setembro, de ordenación da atención ó alumnado con necesidades educativas especiais. (BOC 11-10-95)
- Orde, do 9 de abril de 1997, da Consellería de Educación, Cultura e Deportes, sobre escolarización e recursos para alumnos/as con necesidades educativas especiais por minusvalía derivada de déficit, trastornos xeneralizados do desenvolvemento e alumnos /as hospitalizados. (BOC 25-4-97)

#### **Cataluña**

- Decreto 299/1997, do 25 de novembro, sobre atención educativa ó alumno con necesidades educativas especiais. (DOGC 28-11-97)

### **Comunidade Valenciana**

- Decreto 39/1998, do 31 de marzo, de ordenación da educación para a atención do alumnado con necesidades educativas especiais. (DOGV 17-4-98)

### **Galicia**

- Decreto 320 /1996, do 26 de xullo, de ordenación da educación de alumnas e alumnos con necesidades educativas especiais. (DOG 6-8-96)
- Decreto 120/1998, do 23 de abril, polo que se regula a orientación educativa e profesional na Comunidade Autónoma de Galicia. (DOG 27-4-98)

### **Navarra**

- Decreto Foral 153/1999, do 10 de maio, polo que se regula a orientación educativa nos centros públicos da Comunidade Foral de Navarra. (BON31-5-99)

### **País Vasco**

- Decreto 118/1998, do 23 de xuño, de ordenación da resposta educativa ó alumnado con necesidades educativas especiais no marco dunha escola comprensiva e integradora. (BOPV 13-7-98)
- Orde, do 30 de xullo de 1998, do Departamento de Educación, Universidades e Investigación, pola que se establecen criterios de escolarización do alumnado con necesidades educativas especiais e dotación de recursos para a súa correcta atención en diversas etapas do sistema educativo. (BOPV 31-8-98)

## **INFANCIA**

### **Legislación de Comunidades Autónomas**

#### **Andalucía**

- Lei 1/1998, do 20 de abril, dos dereitos e a atención ó menor. (BOJA 12-5-98)

#### **Aragón**

- Lei 10/1989, do 14 de decembro, de protección de menores. (BOA 20-12-89)

#### **Canarias**

- Lei 1/1997, do 7 de febreiro, de atención integral ós menores. (BOC 17-2-97)

#### **Cantabria**

- Lei 7 1999, do 28 de abril, de protección da infancia e adolescencia. (BOCA 6-5-99)

#### **Castilla-La Mancha**

- Lei 3/1999, do 31 de marzo, do menor. (DOCM 16 -4-99)
- Cataluña

- Lei 8/1995, de 27 de xullo, de atención e protección dos nenos e adolescentes e de modificación da Lei 37/1991, do 30 de decembro, sobre medidas de protección de menores desamparados e da adopción. (DOGC 2-8-95)

**Comunidade Autónoma de Illes Balears**

- Lei 7/1995, do 21 de marzo, de garda e protección dos menores desamparados. (BOCAIB 8-4-95)

**Comunidade de Madrid**

- Lei 6/1995, do 28 de marzo, de garantías dos dereitos da infancia e a adolescencia, (BOCM 7-4-95)

**Comunidade Valenciana**

- Lei 7/1994, do 5 de decembro, da infancia. Formula como obxectivo a promoción da igualdade de oportunidades. (DOGV 16-12-94)

**Extremadura**

- Lei 4/1994, do 10 de novembro, de protección e atención a menores. (DOE 24-11-94)

**Galicia**

- Lei 3/1997, do 9 de xuño, da familia, a infancia e a adolescencia. (DOG 20-6-97)

**Principado de Asturias**

- Lei 1/1995, do 27 de xaneiro, de protección do menor. (BOPA 9-2-95)

## **Rexión de Murcia**

- Lei 3/1995, do 21 de marzo, da infancia da Rexión de Murcia. (BORM 12-4-95)

### **PLAN DE ACCIÓN PARA AS PERSOAS CON MINUSVALÍA (1997-2002) (\*)**

Plan sectorial I: Promoción da saúde e prevención de deficiencias.

Programa de prevención de deficiencias perinatais.

Programa de saúde materno-infantil.

Programa de saúde escolar.

Programa de prevención da Inadaptación infanto-xuvenil.

Plan sectorial II: Asistencia sanitaria e rehabilitación integral.

Programa de prevención e atención precoz.

#### **A) Obxectivos**

- Detección precoz dos nenos con deficiencias ou problemas do desenvolvemento.
- Atención integral a familias e nenos con problemas de desenvolvemento por causas biolóxicas ou ambientais.

---

\* Ministerio de Trabajo e Servicios Sociais, IMSERSO. Madrid, 1996

### **B) Medidas**

1. Xeneraliza-la detección e diagnóstico neonatal a tódolos neonatos.
2. Establecer un réxime de rexistro de nenos de alto risco e procedementos protocolizados de derivación.
3. Implantar servicios de despistaxe do retardo evolutivo ó inicio da escolarización.
4. Ofrecer servicios de apoio ás familias con nenos de alto risco ou con deficiencias.
5. Garanti-la asistencia sanitaria e a rehabilitación ós nenos con deficiencias dentro de programas de atención integral.
6. Reforza-la integración nas escolas infantís mediante apoios e adaptacións.
7. Establecer programas combinados de saúde e servicios sociais para zonas e grupos sociais vulnerables.
8. Impulsa-lo programa "Hospital e Escola" de atención integral a nenos hospitalizados de longa duración.

### **C) Liñas de actuación**

1. Crear en cada hospital de referencia un rexistro de nenos con defectos e malformacións conxénitas e dotar tódolos servicios de Neonatoloxía de unidades especializadas na detección neonatal de deficiencias.
2. Organizar en cada área de saúde un programa socio-sanitario de atención precoz a pais e menores de catro anos con problemas no desenvolvemento por causa dunha deficiencia ou por factores ambientais.

### **FACTORES DE RISCO BIOLÓXICO**

#### **A. NEONATO DE RISCO NEUROLÓXICO**

- Neonato con Peso < P 10 para a súa idade xestacional ou con Peso < a 1500 grs ou idade xestacional < a 32 semanas. (\*)
- APGAR < 3 ó minuto ou < 7 ós 5 minutos.
- Neonato con ventilación mecánica durante máis de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Convulsións neonatais.
- Sepsis, Meninxite ou Encefalite neonatal.
- Disfunción Neurolóxica persistente (máis de sete días).
- Dano cerebral evidenciado por ECO ou TAC.
- Malformacións do Sistema Nervioso Central.
- Neuro-Metabolopatías.
- Cromosomopatías e outras Síndromes Dismórficas.

---

\* (Este criterio debería ser modificado xa que na experiencia hospitalaria os nenos < 35 semanas e < 2.000 grs poden ser tamén de alto risco)

- Fillo de nai con Patoloxía Mental e/ou Infeccións e/ou Drogas que poidan afecta-lo feto.
- RN con irmán con patoloxía neurolóxica non aclarada ou con risco de recorrencia.
- Xemelgo, se o irmán presenta risco neurolóxico.
- Sempre que o Pediatra o considere oportuno.

#### **B. NEONATO DE RISCO SENSORIAL-VISUAL**

- Ventilación mecánica prolongada.
- Gran Prematuridade.
- Neonato con Peso < a 1500 grs.
- Hidrocefalia.
- Infeccións conxénitas do Sistema Nervioso Central.
- Patoloxía cranial detectada por ECO/TAC.
- Síndrome Malformativo con compromiso visual.
- Infeccións postnatais do Sistema Nervioso Central.
- Asfixia severa.

#### **C. NEONATO DE RISCO SENSORIAL - AUDITIVO**

- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión.
- Gran Prematuridade.
- Neonato con peso < a 1500 grs.
- Infeccións conxénitas do Sistema Nervioso Central.

- Inxesta de aminoglucósidos durante un período prolongado ou con niveis. plasmático elevados durante o embarazo.
- Síndromes Malformativos con compromiso da audición.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Infeccións postnatais do Sistema Nervioso Central.
- Asfixia severa.

#### **FACTORES DE RISCO SOCIAL**

*O risco socio-familiar* é valorado sempre, xa que é quizais a variable de risco que máis afecta á mortalidade perinatal aguda e tamén á morbilidade perinatal a longo prazo. Os criterios de risco socio-familiar que deben ser seguidos expóñense a continuación.

- Acusada deprivación económica.
- Embarazo accidental traumatizante.
- Convivencia conflictiva no núcleo familiar.
- Separación traumatizante no núcleo familiar.
- País con baixo CI / Medio non estimulante.
- Enfermidades graves/Exitus.
- Alcohólico/Drogadicción.
- Prostitución.
- Delincuencia/Encarceramento.
- Nais adolescentes.
- Sospeita de malos tratos.

- Nenos acollidos en fogares infantís.
- Familias que non cumprimentan os controis de saúde repetidamente.

### **Anexo C. Trastornos e alteracións do desenvolvemento**

---

**Trastorno no desenvolvemento motor.** Aplícase este diagnóstico cando consideramos que se presenta unha patoloxía a nivel de vías, centros ou circuitos nerviosos implicados na motricidad. Inclúense as diferentes formas e graos de parálise cerebral, espiña bífida, miopatías, etc. e tamén diferentes disfuncións motoras menores (atraso motor, hipotonía, dificultades na motricidade grossa ou fina...).

**Trastorno no desenvolvemento cognitivo.** Inclúense neste grupo os trastornos referidos a diferentes graos de minusvalía mental, funcionamento intelectual límite e disfuncións específicas no procesamento cognitivo.

**Trastorno no desenvolvemento sensorial.** Inclúense neste grupo os déficits visuais ou auditivos de diferente grao.

**Trastorno no desenvolvemento da linguaxe.** Inclúense neste grupo as dificultades no desenvolvemento das capacidades comunicativas e verbais tanto a nivel de comprensión da linguaxe como das súas capacidades expresivas ou de articulación.

**Trastorno xeneralizado do desenvolvemento.** Este grupo comprende os nenos que presentan alteracións simultáneas e graves das diferentes áreas do desenvolvemento psicolóxico (autismo e formas menores relacionadas co autismo e a psicose).

**Trastorno da conducta.** Inclúense neste grupo aqueles nenos que presentan formas de conducta inapropiadas e, ás veces, perturbadoras.

**Trastornos emocionais.** Inclúense aquí os nenos que presentan manifestacións de angustia, de inhibición, síntomas e trastornos do humor, etc...

**Trastorno no desenvolvemento da expresión somática.** Neste grupo inclúense os nenos que presentan patoloxías funcionais na esfera oral alimentaria, respiratoria, do ciclo sono-vixilia, no control de esfínteres, etc

**Atraso evolutivo.** Neste grupo consideramos aqueles nenos que presentan un retardo evolutivo e non se sitúan en ningún dos apartados anteriores. Constitúe a miúdo un diagnóstico provisional, que evoluciona posteriormente cara á normalidade (evolución frecuente no caso de nenos que padeceron ou padecen enfermidades crónicas, hospitalizacións, atención inadecuada), e noutros casos a diferentes disfuncións, sendo a máis frecuente o trastorno no ámbito cognitivo.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra J. De, Marcelli, D. (1982): *Manual de Psicopatología de niño*. Toray Masson, Barcelona.
- Allen, M.C. (1993): "EI lactante de alto riesgo". *Clin. Pediatr.N.A.*, 505-518.
- Alonso Seco, J.M. (1997): "Atención Temprana". En: *Realizaciones sobre Discapacidad en España*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad, Madrid.
- Alonso Seco, J. M. E Casado, D. (Coord.) (1999): *Curso sobre Prevención de Deficiencias*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad. Colección Documentos 33/99.
- Als, H. E. Brazelton, T.B. (1981): "A new modal of assessing the behavioral organization of preterm and full-term infants", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 239-263.
- Andrea, M. T. (1997): *Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la CAM*. Tese de Doutoramento, Universidad Complutense, Madrid.
- Andrea, T. (1996): "Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de la atención temprana". *Revista de Educación Especial*, 22, 55-66.
- Arizcun, J., Gerra, R., e Val, M., (1994): "Programa de Control Prospectivo, Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias", *Anales Españoles de Pediatría*, Suplemento 63: 26-32.
- Arizcun, J. e Val, M. (1999): "Prevención de Deficiencias en Período Perinatal". En: *Curso sobre prevención de deficiencias*, (3ª ed.), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad. Colección Documentos 33/99.
- Avellañosa, I., Outeiro, A. e Pastrana, C. (1988): "A relación madre-recién nacido. Análisis de un momento particular". *Revista Devenir*.

- Bauer, C.R. (1987): "Nuevas perspectivas en la evolución de los recién nacidos de muy bajo peso". En: *IV Curso Internacional de Medicina Perinatal* (117-126). Pamplona.
- Blackman, J., Lindgreen, S, Hein H. e Harper, D. (1987): "Long term surveillance of high-risk children". *Am. J. Dis. Child.* 141, 1293-1299.
- Bleger, J.(1985): *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*. Nueva Visión, Bos Aires.
- Bowlby, J. (1980): *A perda afectiva*. Paidós, Bos Aires.
- Bowlby, J. (1993): *Vínculos afectivos*. Paidós, Barcelona.
- Boyle, C.A., Decoufle, P., Yearguin-Alisopp, M. (1994): "Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children". *Pediatrics*, 93, 399-403.
- Brazelton, T.B. y Cramer, B.G. (1993): *La Relación más temprana. Padres, Bebés y el Drama del Apego Inicial*. Paidós, Barcelona.
- Bronfenbrenner, B. (1987): *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. Barcelona.
- Bugle, C. (1998): "Atención Precoz". *Revista de Ciencias Sociales de la Diputación de Barcelona* 13, 72-77.
- Cabaleiro Fabeiro, L.F. (1995): I Xornada Municipal sobre Salud Materno Infantil.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F.A. e Mendieta, P. (2000): *La estimulación sensoriomotriz desde el modelo integral de intervención en Atención Temprana*. Siglo Cero 31 (en prensa).
- Cohen Solal, J. (1 986): *Los dos primeros años de vida*. Granica.
- Committee on Children with Disabilities (1993): "Servicios pediátricos para lactantes y niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria". *Pediatrics* (ed. Esp.), 36, 50-52.
- Consello de Europa (1984): *Una política coherente para la rehabilitación de las personas minusválidas*. Estrasburgo.

- Coriat, H.O. (1997).: "Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil". *Escritos de la Infancia* 8, 29. Fundación para el Estudio de Problemas de la Infancia, Bos Aires.
- Cramer, B. (1982).: "A Psychiatrie du bébé". En: Brazelton, T. B., Cramer, B. Kreisler, B. Schappi, B e Souie, M. (1982).: *A dynamique du noucrison*. Editores ESF, París.
- Departamento de Sanidade e Seguridade Social do Governo Vasco. (1984).: *Psiquiatría infantil*. Vitoria.
- Dolto, F. (1971).: *Psychoanalyse et pédiatrie*. Sevil, Paris.
- Druon, C. (1991).: "L'aide au bébé et à ses parents en réanimation neonatale". *Devenir. Rev. Européenne du Developement de l'Enfant*. Outubro, 47-63.
- Fava Viziolo, G. (1997).: "Representaciones maternas, apego y desarrollo en los niños prematuros". *Relatorio presentado en el XI Congreso Nacional de SEPYMA*. Lleida.
- Fernández Álvarez, E. (1983).: "El seguimiento del niño de alto riesgo". *Anuario de Neurología Evolutiva Aspace*, 41-65. Guipuzcoa.
- Flórez, J. e Troncoso, M. V. (1991).: *Síndrome de Down. Avances en acción familiar*. Fundación Síndrome de Down de Cantabria. Santander
- Fundación Ramón Rey Ardid (1996). *Proyecto para la creación de un centro de desarrollo infantil y atención precoz*.
- Garanto, J. e del Canto, D. (1992).: "El estudio de los casos", En: C. García Pastor (Coord.), *La investigación sobre a integración: tópicos, aproximaciones y procedimientos*. Salamanca, Amarú.
- Garbarino J. Stott F. M. (1989).: *Lo que nos pueden decir los niños*. Ministerio de Asuntos Sociais. Madrid.

- García Sánchez, F.A. (1998).: *Manual guía de la Ficha Individual de Seguimiento para Atención Temprana*. FEAPS, Murcia.
- García Sánchez, F.A. e cols. (1998).: *Ficha individual de Seguimiento para Atención Temprana y plantilla de datos para investigación. Cuadernillo de trabajo*. FEAPS, Murcia.
- García Sánchez, F.A. e Mendieta, P. (1998).: "Análisis del tratamiento integral de Atención Temprana". *Revista de Atención Temprana*, 1 (1), 37-43.
- García-Sánchez, F.A. e Caballero, P.A. (1999).: "Atención Temprana en Parálisis Cerebral y Síndrome de Down: necesidad de intervención en Hospital desde un Modelo Integral". *Siglo Cero* 30 (2), 5-15.
- García-Sánchez, F.A. e Caballero, P.A. (1998).: "Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario". *Anales de Pedagogía* 16, 249-268.
- García-Sánchez, F.A. e Radrigan, J. (1997).: "Posibilidades educativas y terapéuticas de la alimentación en el niño pequeño con deficiencias". *Revista de Educación Especial*, 23, 89-99.
- García-Sánchez, F.A., Castellanos, P. e Mendieta, P. (1998).: "Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral". *Revista de Atención Temprana* 1 (2), 57-62.
- Grupo Eurllyaid (1991).: *Atención precoz para niños que presenten trastornos del desarrollo. Manifiesto del Grupo Eurllyaid para una política futura de la Comunidad Europea*. Elsemborn (Bélgica).
- Grupo Helios (1996).: *Intervention Precoce. Information, orientation et guidance de familles*.
- Grupo Helios II.: *La Buena Práctica en rehabilitación funcional. Prevención, detección temprana, intervención e integración. Una perspectiva global para los niños con discapacidad*
- Grupo PADI (1999).: *La Atención Precoz en la Comunidad de*

- *Madrid. Situación actual.* Madrid, Genysi.
- Grupo PADI (1996):. Criterios de calidad en Centros de Atención Temprana. Madrid.
- Gurainick, M.J. (1997):. *The effectiveness of early intervention.* Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore.
- Haley, J. (1989):. "El ciclo vital de la familia". En: HALEY, J.: *Terapia no convencional.* C.2. Amorrortu, Bos Aires.
- Jerusalinsky, A.: "Bases neuropsicológicas de la estimulación temprana". *Revista Escritos de Infancia* 8, 65-70.
- Jerusalinsky, A.: "Cuántos terapeutas para cada niño". *Revista Escritos de Infancia* 8, 11-27.
- Kenneth T.S., Cornwell J., Ridener Gottwald (1997):. *Contexts of Early Intervention.* Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore.
- Kevin, J. Connolly e Heinz F.R. Prechtl.: *Maturation and Development (Biological and Psychological Perspectives).* C.D.M. 77/78 (SIMP).
- Klaus, M.H y Kennell, J.H. (1976):. *Maternal-infant bonding.* Mosby, St. Louis.
- Kreisler, L., Fain, M., Soule, M. (1974):. "Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia". En: *El niño y su cuerpo.* Ed. Amorrortu, Bos Aires.
- Kreisler, O. (1985):. *La desorganización psicósomática en el niño.* Herder, Barcelona.
- Lasa Zulueta, A. (1987):. *Identificación de signos de alarma precoces de la psicosis infantil.* Tese de Doctoramentol na Universidad del País Vasco. Bilbao.
- Lebobici, S (1988):. *El lactante, su madre y el psicoanálisis. Las interacciones precoces.* Amorrortu, Bos Aires.
- Lebobici, S., Diatkine, R., Souie, M. (1989):. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente.* Biblioteca Nova.

- Mahler, M. (1984).: *El Nacimiento Psicológico del Infante Humano*. Ed. Maryman, Bos Aires.
- Mahler, M. e outros. (1977).: *El nacimiento psicológico del infante humano*. Ediciones Miramar, Bos Aires.
- Maceira, J. (1980).: *Les formes d'evolució de la psychose infantile*. Tese de Doutoramento de medicina da Faculdade de medicina de Xenebra. Ed. Medicine et Hygiene, Xenebra
- Marchioni, M.: Programa de seguiment del nen sa. Servei Catalá de la Salut. Departament de Sanitat i Seguritat Social de la Generalitat de Catalunya.
- Marchioni, M. (1994).: *La utopia posible. La intervenció comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. Ed. Benchomo.
- Mazer, P. e Stoleru, S. (1990).: *Psicopatología de la primeira infancia*. Masson, Barcelona.
- McConachie, H., Smyth, D., Bax, M. (1997).: "Services for Children with Disabilities in the European Countries". *Developmental Medicine and Child Neurology*. Supplement °g 76. October.
- McGauhey, P. e Starfield, B. (1991).: "Social environment and vunerability of low birth weight children: A social epidemiological perspective". *Pediatrics*, vol.88 n°5.
- Meisels, S. J. e Shonkoff J. P. (1997).: *Handbook of early Childbood Intervention*. Cambridge University Press, New York.
- Mendieta, P. e García-Sánchez, F.A. (1998).: "Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios". *Siglo Cero* 29 (4), 1 1-22.
- Miller, D., e Holditch-Davis, D. (1992).: "Inteactions of parents and nurses with highrisk preterm infants". *Research in Nursing &Health*. 15:187-197.
- Misses, R. (1998).: "Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Factores de riesgo". *Psiquiatrie Infant* 31, 67-133.

- Molina, E., Mateo, M. D., Ronquillo, A., Pardo, R., Reboló, J., Márquez, A. e Ramos, I. (1996).: "Influencia del riesgo sociofamiliar en el seguimiento neuroevolutivo de recién nacido de alto riesgo neurológico pre perinatal". *Rev. Neurol.* 24, 1148-1 149.
- Motos, J., García-Sánchez, F.A., Checa, F.J. y cols. (1999).: "Líneas de actuación y perspectivas de futuro de la Atención Temprana en la Región de Murcia". *Revista de Atención Temprana* 2 (1), 3-10.
- Nixon, K. e Avison, W.R. (1995).: "Admisión to a Neonatal Intensive Care Unit as a Predictor of Long-Term Health: a 12 year follow up". *Rev. Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol 16 n° 6, 397-405.
- "Neonatología centrada en la familia" (1999). Mesa redonda. XVII Congreso Español de Medicina Perinatal. *Rev. Latinoamericana de Neonatología*. setembro. Suplemento1, 85-115.
- Nugent, J.K. e Brazelton, T.B. (1989).: "Preventive intervention with infants and families:The NBAS Model. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 10, N° 2, 84-97.
- Pardo, A.M., Agulló, C. (1995).: *Reto a un equipo. Minusvalidez, familia y profesional*. Editorial Polibea, Madrid.
- Pedreira Massa, J.O.: Reflexiones en torno a la teoría y práctica de la salud mental.
- Pérez Sánchez, M. (1983).: *Observación de bebés*. Paidós. Barcelona.
- Pérez-Mínguez, C. (1998).: "Análisis de las relaciones interpersonales tempranas. Un modelo de observación y su aplicación terapéutica en un programa de intervención. *Infancia y Aprendizaje*. 83, 3-28.
- Ponte J. e Beado, X. (1997): "Ritos de Paso. Apuntes para otro modelo de atención temprana". *Cultura y Educación* 5, 119-132. r

- Ramos, I., Márquez, A. e Lluch, M<sup>a</sup> D. (1991).: "Control psico-. Esp neuroevolutivo de recién nacido de alto riesgo pre perinatal". *An. Esp. Pediatr.* 35, 313-318.
- Ramos, I., y Márquez, A.. "Seguimiento psico-neuroevolutivo de recién nacido de riesgo". *Vox Paediatr.* (en prensa).
- Ranieri, L. eFoster, O.H. (1993).: "La entrevista de admisión". *Revista Escritos de la Infancia* ( 1), 13-20.
- Ripoll Millet, A., Rubiol, G. (1990).: *El acogimiento familiar*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Ruiz Extremera, A., Carballos, C., Ocete, E. e cols. (1997).: "Atención y seguimiento a recién nacido con problemas en el período neonatal". *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud*, 91-122, Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Sanahuja, J.M. (1996).: "Aplicación del estudio de caso en el ámbito de la Educación Especial". *Revista de Educación Especial*, 21, 27-37.
- Schaffer, H.R. (1993).: *El contexto sociofamiliar en la educación de la infancia*. A.M Rosa Sensa, Barcelona
- SIIS. (1999).: *Legislación relativa a la política para la discapacidad*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad. Colección Documentos 5 1/1 999.
- Soriano, V. (DIR.) (1999).: *Intervención Temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo y la Educación Especial. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad, Madrid.
- Soule, M (1986).: *Lles soignante a risque dans les interactions de la petite enfance*. Paris.
- Stern, D. (1997).: *La Constelación Maternel*. Paidós, Barcelona.
- Stern, D. (1978).: *La primera relación madre-hijo*. Ed. Morata, Madrid.
- Tizón García, J. (1982).: *Apuntes para una Psicología basada en la relación*. Ed. Hora, Barcelona.

- Tizón J. O. (1992).: *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Doyma, Barcelona.
- Tizón J. O., San Jose, J., Nadal, D. (1997).: *Protocolos y programas elementales para la atención primaria en Salud Mental*. Herder, Barcelona.
- Torras de Bea, E. (1991).: *Entrevista y Diagnóstico*. Paidós (Psiquiatra), Barcelona.
- Val, M. (1991).: *Intervención Precoz en Poblaciones de Alto Riesgo Biológico*. Tese de Doutoramento. Universidad Complutense.
- VV.AA. (1993).: *L'Atenció precoç a Catalunya. Programa Sectorial D 'Atenció Precoç*. Document del Departament de Benestar Social i L'Associació Catalana d 'Atenció Precoç.
- VV.AA. (1997).: "L'Atenció precoç en el llindar del nou millenni". En: *Jornadas de l'Associació Catalana d 'Atenció Precoç*, Barcelona.
- VV.AA. (1999).: *L'Atenció precoç a Catalunya. Document del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya*.
- VV.M. (1990).: *Bases Técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y promoción de la salud mental en la Comunidad del País vasco*. Servicios de Salud Mental, Vitoria.
- VV.AA. (1996).: *Guía Regional de Atención Temprana de Murcia: Prevención de deficiencias na poboación infantil de 0 a 6 años*. Dirección Xeral de Benestar Social de Murcia.
- VV.M.(1988).: "Sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría. Atención neonatal. Recomendaciones y bases para una adecuada asistencia". *An. Esp. Pediatr.* 28, 335-344.
- VV.AA. (1987).: *Simposio Iberoamericano de experiencias en estimulación temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Discapacidad. Colección Documentos 5/1987.
- Winnicott, D.W. (1990).: *Los bebés y sus madres*. Paidos, Barcelona.
- Winnicott, D.W.(1980).: *Clínica psicoanalítica infantil*. Ed. Paidos, Bos Aires

- Zamarrigo, J. e Arizcun, J. (1981).: "Introducción al Simposium Internacional sobre Experiencias y Resultados en Programas de Prevención de la Subnormalidad". *Libro de Actas*, 20-41. Madrid.

## **LISTA DE COLABORADORES**

---

### **Comisión de Redacción**

Teresa Andrea Hemández, Pedagoga, Profesora Asociada Facultade de Psicología-Logopedia Madrid

Conxa Bugié Albarrán, Neuropediatra, CDIAP Sant Cugat- Barcelona

M<sup>a</sup> Gracia E. Milla Romeira, Pedagoga, Centro de Atención Temprana, Villena (Valencia)

M<sup>a</sup> Luisa Poch Olive, Neuropediatra, Adxunto en Pediatría, Hospital San Millán, Logroño (a Rioja)

Jaime Ponte Mittelbrunn, Rehabilitador, Centro Base, O Ferrol (a Coruña)

### **Autores**

Juan Carlos Belda, Psicólogo, Alcoy (Alacant)

M<sup>a</sup> Isabel Casbas Gómez, Psicóloga, Centro de Atención Temprana, Lorca (Murcia)

Mercedes del Val Trapeiro, Psicóloga, Unidade de Neonatología, Hospital Universitario San Carlos, Madrid

Francisco Alberto García Sánchez, Psicólogo, Facultade de Psicología, Murcia

Piar Gutiez Cuevas, Pedagoga-Profesora Titular, Facultade de Educación, Universidade Complutense Madrid

Eugenia Lara Quesada, Psicóloga, Centro de Rehabilitación Asprodesa, Almería

Carmen Linares von Schmitterlow, Psicóloga, Centro Atención Temprana Doce Nome, Málaga

Carmen Manjón Ortega, Psicóloga Clínica , Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio Vasco de la Salud Álava  
Antonia Márquez Luque, Psicóloga, Hospital Univ. Virxe Macarena, Sevilla  
Rosa Maio Taga, Psicóloga, Unidade de Atención Temprana, Centro de Salud Sabugo, Avilesino Asturias)  
Carmen Maza Sisniega, Terapeuta en At. Temprana, Departamento de Servicios Sociais, Deputación de Guipúzcoa, San Sebastián  
Aurelia Mena, Médica Rehabilitador, Aspace, Pamplona  
Julia Muiñeiro San, Pedagoga, Facultade de Educación Universidade Complutense, Madrid  
Eva Muñoz, Psicóloga, Centro de Minusválidos Pamplona  
Carmen Narváez Ruiz, Terapeuta, Amica, Cantabria  
Carlos Pajuelo, Equipo de Atención Temprana, Badajoz  
Fátima Pegenaute Lebrero, Psicóloga, EIPI de Nou Barris, Esplugues (Barcelona)  
Inmaculada Ramos Sánchez, Neuropediatra, Unidade de Maduración, Hospital Univ. Virxe Macarena, Sevilla  
Elena Ruiz Vesga, Técnico Atención Temprana, Centro Base de Minusválidos, Badajoz  
Jesús Sebastián, Médica Psicanalista, Centro de Atención Temprana, Fundación Ramón Ardid, Zaragoza  
Xavier Tapia Lizeaga, Asociación Altxa, Bilbao  
Conchita Vázquez, Servicio Atención Personas con Minusvalidez Valladolid

### **Coordinación y Xestión del Proyecto**

José Arizcun Pineda, Neonatólogo Hospital Clínico Madrid

Miquel Angel Rubert Bestard, Psicólogo, Associació Catalana D 'atenció Precoç, Castelidefels (Barcelona)

Merçe Vellido Pereila, Associació Catalana D 'atenció Precoç, Barcelona

Felipe Retortillo Franco, Psicólogo, Servicio de Educación Infantil Consejería de Educación, Madrid

### **Colaboradores de Agat**

Elisa Martínez Palacios

José Cardama Barrientos

Marisa Pendás Sánchez

Luisa Cid Domínguez

Teresa Busto Domínguez

Marta Rodríguez Lorenzo

Xoana Baladó Fernández

### **Colaboradores:**

Luis Enrique Alarcón Madrid

Ignacio Avellañosa Caro

Piar Bedia

Josefina Bonbeh

Josefina Bonillo Gómez

Carmen Brotones  
Alicia Campos  
Isidoro Candel Gil  
Francisco Manuel Cara Fernández  
Javier Checa Benito  
Cristina Elósegui Larrañeta  
Rosa Farriol Faixa  
Francisco Javier Fernández Rego  
Maia Fraga Pena  
Julia Gil Mangado  
Estrela Gomara Los Arcos  
Rosa González  
Adela Gruñas Alarcón  
Gador Gutiérrez Salmerón  
Gloria Icart  
Petra Moldes Núñez  
Belén Molina Ortega  
Empar Moratal Pellicer  
Josefina Motos Lajara  
Xullo Muñoz Madrid  
François Naubrón  
Javier Orteso  
Xullo Pérez López  
Felipe Retortillo Franco

Piar Rivera  
Rosa Rodríguez Lajarin  
Paquita San José  
Elena Sans  
Jordi Sirvent  
Carmen Taberner Navarro  
Manuel Tejero  
Juan Carlos Valero Martínez  
Isabel Yago Sansano

1 A salud foi definida pola OMS como un estado de completo benestar físico, mental y social, y non só como a mera ausencia de enfermidade ou doenza (Organización Mundial de la Salud. Oficina Rexional para Europa: Salud para todos. 1985).