



EQUIPO DE REDACCIÓN

Desde la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Mayores Dependientes:

Carmen Domínguez
Ana Elisa Fernández
Teresa Martínez

Desde el grupo de trabajo: Diseño Historia Unica en Atención Infantil Temprana

Coordinadoras:
Belén Braga (UAIT de Gijón)
Inmaculada Fernández (UAIT de Oviedo)

Mª Jesús López (UAIT ASPACE Oviedo)
Felisa Luna (UAIT de Gijón)
Mª José Martínez (UAITs de Cangas de Narcea y Tapia de Casariego)
Paula Menéndez (UAIT SPACE Gijón)
Josefa Muñiz (UAIT de Avilés)
Silvia Palamarchuk
Alicia Portilla (UAIT Vinjoy)

Desde el grupo de trabajo: Modelo de coordinación en Atención Infantil Temprana

Coordinadoras:
Mar Marcos (UAIT de Gijón)
Elvira Martínez (UAIT de Avilés)

Gloria Acevedo (UAIT de Oviedo)
Emilio García-Miranda (UAIT de Oviedo)
Susana González (UAITs de Cangas de Narcea y Tapia de Casariego)
María Marcos (UAIT ASPACE Oviedo)
Silvia Palamarchuk
Alicia Portilla (UAIT Vinjoy)

COORDINACIÓN GENERAL DEL DOCUMENTO

María Jesús Elizalde Sánchez. Directora General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes

Promueve:
Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes

Edita:
Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social

Diseño: Publidisa

Imprime: Gráficas Eujoa, S.A.

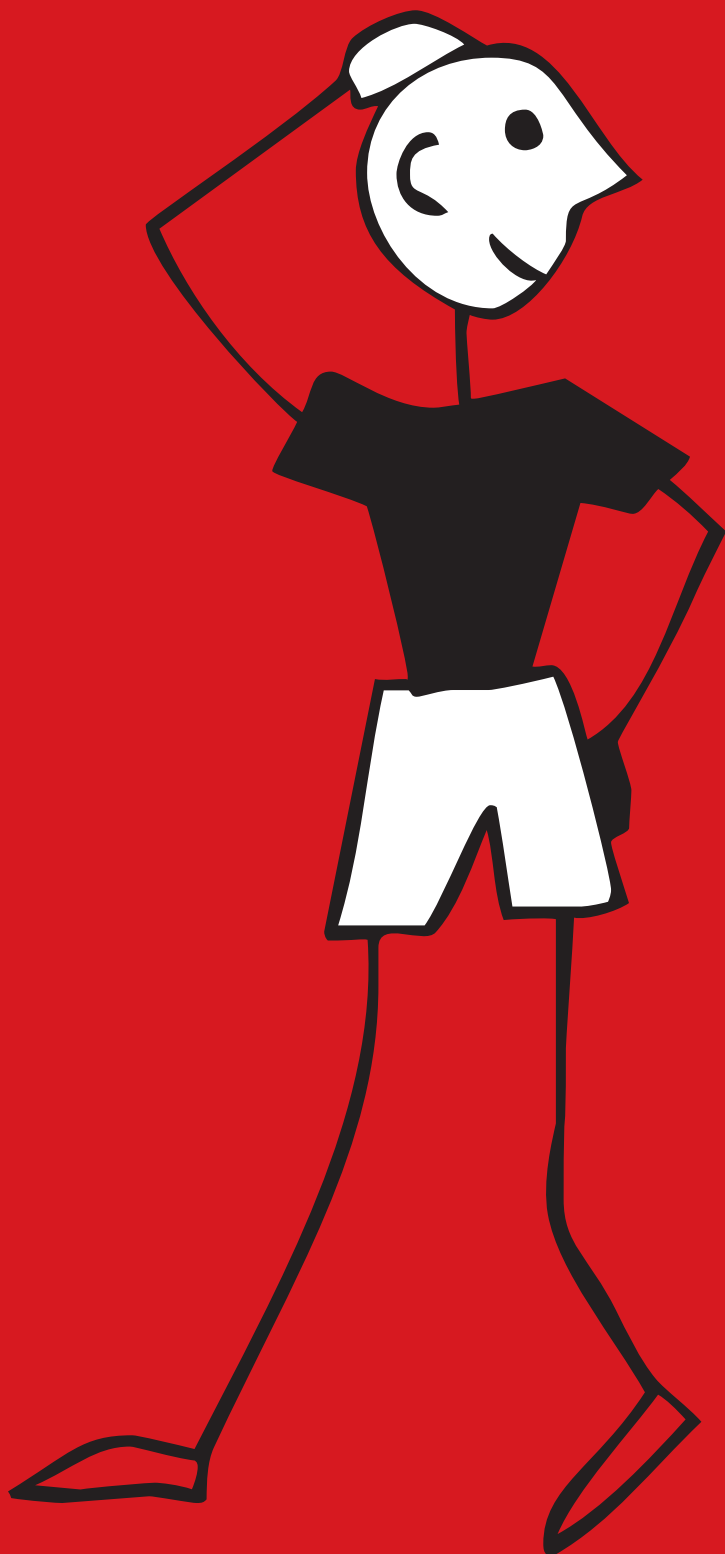
Depósito Legal: AS/291-2004

La Atención Infantil Temprana en Asturias



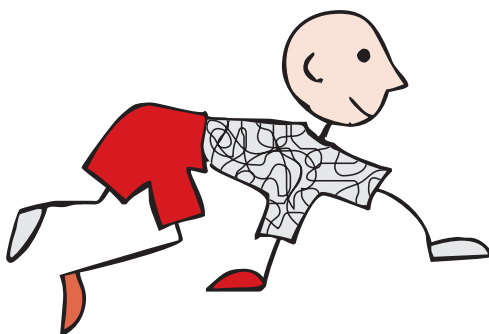
GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE VIVIENDA Y BIENESTAR SOCIAL



INDICE

Presentación	7
1. Origen y evolución de la Atención Infantil Temprana	9
2. Definición de Atención Infantil Temprana	12
3. Objetivos de la Atención Infantil Temprana	13
4. Ámbitos y niveles de intervención en Atención Infantil Temprana	13
5. Análisis de la situación Asturias y detección de necesidades	15
6. El modelo de Atención Infantil Temprana en el Principado de Asturias	18
6.1. Principios básicos y características del modelo	
6.2. Las Unidades de Atención Infantil Temprana	
6.2.1. Definición	
6.2.2. Principales actuaciones	
6.2.3. Composición	
6.2.4. Metodología de trabajo	
6.2.5. Evaluación	
6.3. Niveles y sistemas de coordinación en Atención Infantil Temprana	
7. Anexos	35
7.1. Factores de riesgo biológico y social	
7.2. Historia Única para las Unidades de Atención Infantil Temprana	
7.3. Propuestas para la coordinación desde las Unidades de Atención Infantil Temprana: Acciones, Detección Temprana y Modelos de informes	





PRESENTACIÓN

La atención infantil temprana es una estrategia de intervención imprescindible para prevenir, atenuar y recuperar las distintas discapacidades que pueden producirse, como consecuencia de diversas causas o factores, en el transcurso del desarrollo infantil. Una atención infantil temprana de calidad debe proporcionarse desde una concepción global de la intervención proporcionando a los niños/as y sus familias, desde los momentos iniciales a la detección del riesgo, disfunción o trastorno, una atención integral y desde contextos y servicios cercanos a donde vive el niño y su familia.

El Documento Técnico que aquí presentamos es el resultado de un intenso trabajo realizado contando con la indispensable colaboración del conjunto de profesionales de las Unidades de Atención Infantil Temprana de Asturias. Tras un periodo de valoración y análisis de la situación, de intercambio de propuestas y enfoques, se ha logrado consensuar un modelo para ser aplicado en nuestra comunidad autónoma, reconociendo como referencia fundamental el Libro Blanco de Atención Temprana elaborado por el GAT (Grupo Atención Temprana) a petición del Real Patronato sobre Discapacidad donde diferentes expertos de ámbito nacional elaboraron una propuesta marco conceptualizadora de la atención temprana para ser aplicada en los diferentes territorios.

En este Documento se presentan diferentes aspectos conceptuales, metodológicos y organizativos del modelo a implantar y seguir en nuestra comunidad. En él incluye una propuesta de Historia Única para ser utilizada homogéneamente por el conjunto de Unidades existentes en el territorio, instrumento de gran importancia ya que va permitir tanto homogeneizar los procesos de intervención como sentar las bases para la evaluación de los diferentes servicios. También en él se recoge una propuesta de acciones y estrategias para potenciar y formalizar la coordinación entre los diferentes sistemas (educativo, sanitario y social) que intervienen en la atención infantil temprana.

Mi máximo reconocimiento y agradecimiento a todos/as los/as profesionales que han participado en la elaboración de este documento aportando sus conocimientos, su experiencia profesional y su dedicación, estando segura de que este esfuerzo va a contribuir de un modo muy importante a seguir avanzando en la mejora de la calidad de los servicios de atención a las personas.

Laura González Álvarez
Consejera de Vivienda y Bienestar Social



I. Origen y evolución de la Atención Infantil Temprana en España

La Atención Infantil Temprana (en adelante AIT), denominada anteriormente Estimulación Precoz, ha adquirido singular importancia en los últimos 20 años en nuestro país, por lo que resulta pertinente hacer una breve referencia al proceso de su nacimiento y consolidación.

La implantación de la denominada Estimulación Precoz en España no tiene una fecha precisa ya que no constituye un acontecimiento concreto que puede considerarse su inicio, sino que se realiza de forma paulatina con el entusiasmo de unos y la prevención inicial de otros. Sus predecesores en el ámbito técnico son las investigaciones en el campo de la neurología evolutiva, de la psicología del desarrollo y de la psicología del aprendizaje.

Las fechas en las que podría situarse el inicio y fin del proceso de recepción de la Estimulación Precoz en nuestro país pueden establecerse entre 1973 y 1980. En concreto la primera unidad de estimulación precoz fue la creada en Madrid, en la Maternidad Santa Cristina en 1974, seguida por la Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de la Clínica Universitaria de Navarra.

En el ámbito institucional de servicios sociales fue el SEREM, Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, quien a raíz de las Jornadas Internacionales sobre Estimulación Precoz de 1979, impulsó la creación de Equipos profesionales formados en la materia y creó la figura del Estimulador Precoz en todos los Centros Base de Atención a Minusválidos de España. Asimismo se instauró un sistema de subvenciones, tanto institucionales como individuales. En el año 1981, los Equipos de Estimulación Precoz, se encontraban integrados como unidades funcionales en los Centros Base, como servicios de atención integral a niños mediante la modalidad de tratamiento ambulatorio, en interrelación más o menos eficaz con los servicios de neonatología y pediatría de los hospitales, con los centros de educación infantil y con la especial participación de las familias.

En el ámbito sanitario institucional, aunque no se diseñaron programas específicos de atención temprana, desde los Equipos de Rehabilitación y desde las unidades de Pediatría y Neonatología se desarrollaron intervenciones dirigidas a niños prematuros o con signos de deficiencia física y psíquica; como ejemplo tenemos las aportaciones del Equipo de Rehabilitación del Hospital La Fe de Valencia.

Desde la Administración educativa, el Plan Nacional de Educación Especial de 1978, previó la estimulación precoz con la creación de Equipos Multiprofesionales para detección precoz de deficiencias, valoración pluridimensional, elaboración de programas de desarrollo individual y seguimiento, en colaboración con el profesorado de los Centros Educativos. Posteriormente en 1982, en el Decreto de Ordenación de la Educación Especial, se contempla la atención educativa precoz, y desde 1990 se crearon Equipos de Atención Temprana y Equipos Especializados de Apoyo.

Desde el movimiento asociativo, las asociaciones de padres desempeñaron un importante papel en la implantación de la atención temprana en España. Algunas de ellas crearon sus propios centros de estimulación precoz y clara manifestación de este interés fue el importante número de solicitudes de ayudas institucionales para el tratamiento de estimulación precoz; no fue menor el interés de los padres que a nivel individual se beneficiaron, y aún hoy lo hacen, de los Planes de ayudas para tratamiento que desde el año 1980, concedía el INSERSO.

Con el desarrollo de las competencias autonómicas en 1981, fue la Generalitat de Cataluña, la Comunidad pionera en la creación de los primeros programas institucionales autonómicos, constituyéndose en 1985 el programa sectorial de Estimulación Precoz gestionado por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.

Desde la creación de la primera unidad de Estimulación Precoz en España, se puede afirmar que globalmente la AIT en nuestro país ha ido evolucionando, afortunadamente, acorde con los avances científicos y la extensión del Estado de Bienestar.

Sin embargo, la situación actual en nuestro país viene caracterizada por una importante variedad en lo que se refiere a al nivel de implantación y a la situación de los servicios de AIT en las diferentes Comunidades Autónomas. Si algún aspecto común tuviéramos que seleccionar para describir la situación actual en la materia que nos ocupa, éste sería, sin lugar a dudas, el proceso de cambio y reorganización en que están inmersas la mayoría de las comunidades.

La gran variabilidad de situaciones con que nos encontramos es consecuencia, fundamentalmente, del proceso seguido por cada Administración Autonómica desde la sucesiva asunción de las distintas competencias transferidas desde la Administración Central, teniendo en cuenta que en AIT dichas competencias se vienen desarrollando desde diferentes ámbitos como son la Sanidad, los Servicios Sociales y la Educación.

Dentro de este escenario heterogéneo y de cara a proponer una reorganización de la AIT en el Principado de Asturias, es importante destacar las líneas de actuación que están siendo seguidas por la mayor parte las Comunidades.

En primer lugar, se constata que en la mayor parte de las comunidades las competencias y responsabilidad principal en materia de AIT se sitúa dentro de los Servicios Sociales, estando habitualmente adscritos los servicios o unidades de AIT a organismos pertenecientes a esta Consejería, salvo excepciones como Galicia o la Comunidad Valenciana donde adscribieron este servicio al sistema sanitario.

Otro elemento común es el reconocimiento de la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes ámbitos que desarrollan actuaciones en AIT fundamentalmente salud, educación y servicios sociales y el esfuerzo en elaborar tanto normativa reguladora como la puesta en funcionamiento de mecanismos que posibiliten y optimicen dicha coordinación.

Respecto a los modelos de gestión, existe un consenso generalizado sobre la concepción de unos servicios de AIT pública, universal y gratuita, desarrollando un modelo de gestión mixto donde conviven unidades adscritas a organismos públicos (la mayoría equipos procedentes de los Centros Base del INSERSO) con servicios concertados tanto con entidades sin ánimo de lucro como con entidades privadas.

Aunque los modelos organizativos son diferentes, en la mayoría de las Comunidades Autónomas se hace referencia a los principios de normalización, globalidad, sectorización, proximidad y respuesta inmediata en la atención.

De un modo más concreto, conviene destacar algunas propuestas planificadas o ya puestas en marcha por alguna de las Comunidades Autónomas que sirvan como referencia en la reorganización de los actuales servicios en nuestro territorio. Los elementos de interés, unos relacionados con el ámbito de la planificación y otros con el de la intervención son los siguientes:

1) Los dispositivos de coordinación. Es uno de los aspectos que en la actualidad está requiriendo más atención, dada su dificultad de implantación. En general cabe distinguir diferentes niveles de coordinación, uno fundamentalmente político y otro técnico. Así en Cataluña, existe como mecanismo de coordinación, la Mesa de Coordinación Territorial donde están presentes Bienestar Social, Educación, Sanidad y

Justicia. En Castilla-León, se han establecido las Comisiones Interministeriales a nivel provincial, así como una Comisión de Equipos Técnicos.

2) Los criterios de sectorización. Se trata de establecer criterios que delimiten el ámbito territorial de actuación de cada equipo o unidad de tratamiento en Atención Temprana. En esta línea, tenemos en Cataluña, el Programa Sectorial de Estimulación Precoz, que fija para cada Unidad de Tratamiento, un área de acción entre 200.000 y 300.000 habitantes.

3) Los niveles de intervención. Se trata de establecer diferentes niveles de atención en función de las necesidades de cada caso, variando tanto el tipo de apoyo como la intensidad del mismo. Como ejemplo, en Cataluña se habla de Nivel de atención intensiva, Nivel de atención regular y Nivel de atención de seguimiento. En Castilla-La Mancha se proponen tres niveles de intensidad en la atención: Actuación preventiva (o apoyo intermitente), Apoyo psicosocial (apoyo limitado) e Intervención terapéutica (apoyo extenso).

4) El modelo estándar de protocolo individual de valoración, intervención y seguimiento del niño. El objetivo es instaurar un protocolo consensuado y unificado que recoja tanto la fase de valoración inicial del caso como el programa individual de intervención y el seguimiento, para recoger información sobre los casos de una manera homogénea y facilitar un proceso global y continuado de intercambio y de intervención. En Comunidad de Madrid, se denomina, Programa Individual de Recuperación. En Castilla-La Mancha, se recoge en el Programa de Intervención Global Individualizada.

5) La metodología para el proceso de cambio. Los sistemas preferentemente seguidos, para la reestructuración y mejora de los servicios, han sido el desarrollo de grupos de trabajo técnicos y la puesta en marcha de programas formativos para los profesionales responsables de los equipos de AT. En Castilla-León se instauró un Programa de formación interna y en Castilla-La Mancha grupos de trabajo con seminarios de formación.

2. Definición de Atención Infantil Temprana

Siguiendo la definición propuesta en el Libro Blanco podemos definir *la Atención Infantil Temprana como el conjunto de actuaciones planificadas que con carácter global e interdisciplinar se dirigen a la prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos de desarrollo del niño/a en pro-*

ceso de crecimiento y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso.

En este sentido, la intervención en AIT se dirige tanto a los niño/as entre 0 y 6 años con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlo como a sus familias y al entorno, partiendo de un modelo globalizador de atención que abarca tanto los aspectos intrapersonales (biológicos, psicosociales y educativos) como los interpersonales relacionados con el entorno.

3. Objetivos de la Atención Infantil Temprana

Citando literalmente el Libro Blanco, el objetivo principal de la AIT se dirige a que los niño/as que presentan trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que contemple los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social así como desarrollar su autonomía personal.

4. Ámbitos y niveles de intervención

Desde esta conceptualización de la AIT, basada en un modelo de atención integral, ésta no puede ser vista exclusivamente como una vertiente de la rehabilitación, de la intervención psicosocial o de la educación, sino que debe formar parte de un proceso global tendente a conseguir el desarrollo armónico del niño y la integración en su entorno.

Desde esta concepción los ámbitos principales que debe contemplar las actuaciones coordinadas en materia de AIT son el familiar, educativo, sanitario y social. Las actuaciones a desarrollar dentro de un plan integral y coordinado de AIT dirigido a una comunidad pueden agruparse entorno a los diferentes niveles de intervención donde los diferentes servicios con competencias en esta materia, es decir Sanidad, Servicios Sociales y Educación, deben desarrollar de un modo complementario, coordinado y eficiente diferentes programas y actuaciones.

En los siguientes cuadros aparecen resumidos para cada nivel de intervención los objetivos básicos a los que se dirige y las diferentes actuaciones que deben ser desarrolladas.

PREVENCIÓN PRIMARIA EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Objetivo general

Evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil a través de actuaciones preventivas y de sensibilización dirigidas a la población general

Actuaciones desde los ámbitos sanitario, educativo y social

- Planificación familiar
- Atención embarazo
- Salud materno-infantil
- Información y sensibilización factores de riesgo
- Vacunaciones
- Atención pediátrica Atención I°
- Atención pediátrica especializada
- Información desarrollo evolutivo normal

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Objetivo general

Evitar o reducir las consecuencias negativas de las condiciones detectadas en grupos o situaciones considerados de riesgo que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.

Actuaciones desde los ámbitos sanitario, educativo y social

- Detección prenatal, perinatal y postnatal de alteraciones, condiciones o situaciones de riesgo.
- Detección en el ámbito social y educativo de desviaciones en el desarrollo, desajustes psicoafectivos o comportamentales o situaciones de riesgo social.
- Diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico

PREVENCIÓN TERCARIA EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Objetivo general

Eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones detectadas en el desarrollo del niño/a, así como prevenir trastornos secundarios y los factores de riesgo existentes en su entorno.

Actuaciones

Intervención terapéutica especializada dirigida a niño/os, familia y entorno desde una adecuada coordinación entre:

- Servicios sanitarios (Unidades Neonatología, Pediatría, Rehabilitación...).
- Unidades de Atención Temprana
- Sistema educativo (Guarderías y Escuela)
- Servicios Sociales

5. Análisis de la situación actual de la Atención Infantil Temprana en Asturias y detección de necesidades

La AIT en el Principado de Asturias se viene desarrollando desde los tres ámbitos citados anteriormente: el sistema sanitario, el sistema educativo y los servicios sociales.

Desde el sistema sanitario, cabe destacar la existencia de un conjunto de programas ubicados fundamentalmente en los objetivos y actuaciones propios de los niveles de la prevención primaria y secundaria. Estos programas preventivos se dirigen tanto a la fase prenatal como postnatal y se centran, por un lado en proporcionar a las madres elementos de información para la detección precoz de posibles anomalías, así como por otro lado en el desarrollo de acciones directas sobre la población infantil (vacunaciones, revisiones pediátricas...).

Desde el sistema educativo se crearon Equipos de Atención Temprana derivados de los Equipos multiprofesionales de Educación, con acciones de detección de deficiencias y seguimiento para niños escolarizados.

Desde los Servicios Sociales, la AIT en el Principado de Asturias se viene prestando desde los equipos de tratamiento adscritos a los Centros

Base transferidos del INSERSO ubicados respectivamente en Oviedo y Gijón así como desde diferentes entidades privadas y sin ánimo de lucro que mantienen un servicio concertado con la Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Además, existe anualmente una convocatoria de ayudas públicas individuales e institucionales donde se contempla la subvención para tratamientos de estimulación precoz.

Con el objeto de realizar un diagnóstico de la situación actual de la AIT en nuestra Comunidad que posibilitara por un lado delimitar las necesidades prioritarias en este campo y por otro establecer las medidas correspondientes para la reordenación y correspondiente mejora, se realizó una valoración de la situación actual recogiendo las diferentes aportaciones y sugerencias valoraciones de los servicios existentes en la actualidad. Con este propósito se constituyó un grupo de trabajo encargado de elaborar propuestas para la definición de un nuevo modelo de atención.

Concluido este periodo de valoración y debate inicial, y tras realizar un análisis global de la evolución del recurso y de su situación actual, reconociendo la cualificada labor que los profesionales vienen desarrollando desde los distintos dispositivos con los niños/as y familias, cabe destacar diversos aspectos susceptibles de mejora:

- Los criterios y cauces de derivación a los servicios de AIT, no son suficientemente claros, hecho que puede acarrear arbitrariedad y falta de racionalidad en la prestación del servicio.
- Los criterios funcionales y organizativos de los diferentes dispositivos son muy diversos sin que esta diversidad responda a un criterio planificado de flexibilidad sino más bien a la falta de un modelo referencial que defina el recurso.
- Se echa en falta una procedimentación explícita y consensuada del proceso de intervención que establezca el proceso genérico a seguir en la atención a los casos.
- Existe una variada gama de profesionales que prestan sus servicios sin que esté garantizado el necesario abordaje interdisciplinar que proporcione un tratamiento integral a la par que globalizador del niño/a. En algunos de los servicios existentes el proceso de intervención en los diferentes contextos del niño ámbito familiar y ámbito educativo no está suficientemente desarrollado, con el consecuente riesgo de conducir a abordajes parciales.

- Se detecta la necesidad de mejorar los procedimientos y mecanismos que posibiliten la coordinación tanto de los diferentes servicios o dispositivos de AIT así como la indispensable coordinación de los diferentes sectores públicos con competencias en esta materia. Al respecto no existen protocolos estándares de valoración ni modelo unificados de informes que permitan establecer tanto los criterios de atención como facilitar la necesaria continuidad en la intervención.

- Finalmente cabe reconocer la ausencia de un sistema adecuado de evaluación de los servicios que permita desarrollar un sistema de control de la calidad de los mismos.

En resumen, y a modo de conclusión general, podemos afirmar la falta de un modelo claro que conceptualice y oriente los servicios de AIT existentes en nuestro territorio. De este modo, para abordar la actual situación de partida de la AIT en nuestra Comunidad Autónoma es básico proponer y definir un modelo que mejore y optimice la atención en este ámbito a la población infantil y sus familias, contemplando y los siguientes criterios:

- 1)** Establecimiento de criterios de acceso y canales de derivación claros a los Servicios de AIT.
- 2)** Definición y desarrollo de servicios de AIT con criterios organizativos y funcionales congruentes con la conceptualización teórica del modelo.
- 3)** Procedimentación del proceso genérico de intervención.
- 4)** Creación de un protocolo estándar de valoración y seguimiento del niño/a.
- 5)** Diseño de modelos unificados de informes de alta, derivación y seguimiento.
- 6)** Desarrollo de procedimientos y mecanismos de coordinación que posibiliten la coordinación en los tres niveles: coordinación interdisciplinar del propio equipo de AIT, coordinación de los diferentes servicios o dispositivos de AIT y coordinación interinstitucional.
- 7)** Implantación de un sistema de evaluación periódica de los servicios y de control de la calidad.

6. El modelo de Atención Infantil Temprana en el Principado de Asturias

6.1. Principios básicos y características del modelo

El modelo que va a reorientar y definir la AIT en nuestra Comunidad Autónoma se basa en los siguientes principios y características:

- **Servicio público, universal y gratuito.** Existe una responsabilidad pública desde un modelo de gestión mixto que combina los servicios desde recursos adscritos a la Consejería de A. Sociales con recursos concertados, proporcionando una atención gratuita a todos los niño/as y sus familias objeto de este tipo de intervención.

- **Servicios descentralizados.** Se establecen Unidades de AIT descentralizadas, de ámbito de actuación territorial, coordinadas con los recursos sociales, sanitarios y educativos del área, y con gestión autónoma tanto en la derivación de casos, en la valoración inicial como en el proceso intervención de los casos atendidos.

- **Atención próxima y sin demora.** Una premisa fundamental de la intervención temprana es posibilitar una atención cercana al lugar de residencia del niño/a, ofreciendo una propuesta inmediata a la detección evitando demoras contrarias a los principios fundamentales de la atención temprana. Con esta finalidad, existirán Unidades de Atención Infantil Temprana repartidas por el territorio procurando una distribución de los servicios que posibilite una adecuada intervención en coordinación con el propio contexto socioeducativo del niño.

- **Coordinación.** La coordinación de los recursos del área es otra premisa fundamental desde un modelo básicamente comunitario donde deben prevalecer los mecanismos de coordinación con los recursos comunitarios para dar respuestas a las necesidades terapéuticas, sociales y sanitarias de los casos. El logro de esta coordinación debe ser una de las directrices básicas de las Unidades de AIT de cada zona. Así mismo es indispensable desarrollar los cauces oportunos que faciliten una adecuada coordinación entre las diferentes unidades de AIT y las diferentes instituciones con responsabilidad esta materia.

- **Sectorización.** Se proponen Unidades de AIT que presten sus servicios a un sector de población concreto bajo criterios que respondan en regla general a la cercanía geográfica.

- **Interdisciplinariedad.** Las Unidades de AIT estarán compuestas por equipos multidisciplinares con profesionales procedentes de los ámbitos sanitario, social y educativo que proporcionen una atención integral y globalizadora.

- **Globalidad.** Todo el proceso de intervención ha de conceptualizarse bajo un enfoque globalizador del niño y esto se debe plasmar tanto en la amplitud de la intervención como en la metodología de trabajo que se lleve a cabo en las Unidades de AIT.

- **Especialización.** Los profesionales que integren las Unidades de AIT deberán ser especialistas en esta materia teniendo una formación específica en los contenidos y técnicas propias de este campo de intervención.

6.2. Las Unidades de Atención Infantil Temprana

6.2.1. Definición

Se definen las Unidades de AIT como recursos descentralizados y especializados, que compuestos por equipos multiprofesionales, prestan servicios de atención temprana dentro de un ámbito territorial en estrecha coordinación con el conjunto de recursos sociales, sanitarios y educativos de cada área.

Las Unidades de AIT tendrán un funcionamiento autónomo, manteniendo una dependencia funcional de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, bien desde la gestión directa de los recursos del Principado o bien regulada desde conciertos con entidades privadas o entidades sin ánimo de lucro.

Desde los criterios de planificación de la Consejería de Asuntos Sociales se determinará anualmente el número de Unidades de AIT distribuidas en la diversidad del territorio, el ámbito territorial de actuación de las mismas, así como, en su caso, la especificidad de la población atendida.

6.2.2. Actuaciones principales de la Unidad de Atención Infantil Temprana

Desde cada Unidad de AIT adscrita a un área territorial concreta se desarrollarán diversas actuaciones que deberán ser desarrolladas por el equipo del centro en coordinación con los recursos comunitarios de la zona de influencia, entendiendo estas competencias como un continuo de atención donde el conjunto del equipo multidisciplinar desarrollará su labor, variando según la competencia a desarrollar el grado de implicación de las figuras componentes de cada equipo.

A continuación se señalan los diferentes cometidos y actuaciones a desarrollar por las Unidades de AIT:

a) Prevención y detección de los casos

Las Unidades de AIT colaborarán y serán a su vez impulsoras de programas comunitarios dentro del ámbito preventivo y de detección precoz de la población con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo.

b) Diagnóstico y valoración inicial

Desde las unidades de AIT se establecerá el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de cada caso, bien realizando directamente las valoraciones oportunas o bien coordinando los diferentes niveles especializados para los casos que requieran una valoración complementaria.

c) Diseño, coordinación y desarrollo del plan de intervención

Desde las Unidades de AIT, teniendo en cuenta la valoración efectuada, se realizará una propuesta de intervención, elaborando un plan personalizado de desarrollo que contemple los diferentes contextos donde se desenvuelve el niño/a.

d) Seguimiento y evaluación

Desde las Unidades de AIT se establecerá un plan de seguimiento para cada caso fijando evaluaciones periódicas del desarrollo del niño/a así como revisiones del plan personalizado de desarrollo.

e) Coordinación

Con relación a este punto desde las Unidades de AIT se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Establecer canales de derivación de los recursos del área al servicio, así como canales de devolución de la información a los mismos.
- Recepción de la demanda.
- Planificación y organización de la acogida y primera valoración de los casos.
- Desarrollar y mantener los cauces y mecanismos de coordinación con los recursos del área implicados en los ámbitos de desarrollo del niño/a que faciliten una comunicación entre los mismos.
- Organización y coordinación de las reuniones interdisciplinarias del equipo de la unidad.
- Organización y coordinación de las reuniones interdisciplinarias con los recursos del área.
- Control de la base de datos de casos atendidos en el centro
- Servicio de información
- Colaboración en la creación de un fondo de documentación en AIT.

6.2.3. Composición de la Unidad de Atención Infantil Temprana

Cada Unidad contará con equipo multidisciplinar básico compuesto por los siguientes profesionales:

- Psicólogo/a
- Fisioterapeuta
- Logopeda
- Otros técnicos/as en estimulación (psicomotricista, estimulador/a o maestro/a)

Asimismo, se contará con las oportunas intervenciones de los profesionales de los equipos de valoración de personas con discapacidad, (pedagogo/a, trabajador/a social, médico/a rehabilitador/a), para la valoración, intervención o derivación, de aquellos casos en los que la Unidad de Atención Infantil Temprana, requiera su intervención profesional.

Cada uno de ellos, serán lo/as responsables de realizar las valoraciones y tratamientos de su especialidad. Cuando sean designado/as como terapeuta de referencia del caso serán los/as encargado/as de coordinar el seguimiento del caso así como el profesional de contacto tanto para la familia como para el resto de profesionales vinculados a los diferentes contextos de desarrollo del niño.

En cada Unidad de AIT existirá la figura de un/a Coordinador/a de la Unidad, quien será el/la responsable de la misma, estando entre sus cometidos fundamentales los que hacen referencia a las diferentes actuaciones anteriormente citadas en el apartado de coordinación.

Deberá tener una titulación Media o Superior relacionadas con los ámbitos Social, Educativo o Sanitario, así como formación y experiencia específica en el ámbito de la Atención Infantil Temprana.

La figura del coordinador/a puede ser compartida a su vez con las competencias propias de alguno de los profesionales que se incluyen en el equipo multidisciplinar.

Por otro lado, en la Unidad de AIT deberán tomar parte tanto en labores de diagnóstico y evaluación como de apoyo a la intervención, complementando la actuación de este equipo básico de intervención, otros profesionales que desarrollen su labor en diferentes puntos de la red de recursos sanitarios, educativos y sociales de cada área próximos al domicilio del niño y su familia. Cabe citar la importancia de coordinar colaboraciones de profesionales como Médicos Especialistas (Rehabilitador, Pediatra, Neurólogo Infantil...); Pedagogos/as; Educadores y Trabajador/as Sociales. El tipo de colaboración de los mismos podrá variar en cada Unidad Atención Infantil Temprana y se concretará en función de las necesidades y de los recursos comunitarios de cada área a través de sistemas de coordinación generados para estos efectos en cada unidad.

6.2.4. Metodología de trabajo

6.2.4.1. Canales de detección y solicitudes de atención

La intervención en la unidad de AIT se debe iniciar cuando se reciba la solicitud por parte de la familia o por parte de cualquier otro profesional o institución.

La detección temprana carece de toda efectividad sino va seguida inmediatamente de las medidas de atención e intervención precisas en cada caso. Es por eso que la prontitud en la detección ha de acompañarse de la inmediatez en la respuesta, sin que medie intervalo temporal que demore la puesta en marcha de las actuaciones que cada niño/a requiere. Con este objetivo se considera que el servicio que ha detectado la alteración o deficiencia, o situación de riesgo es quien se encuentra en

mejor posición para establecer si de ello se deriva la necesidad de una respuesta de atención temprana.

Este sistema evidentemente posibilita el acceso a las diferentes Unidades desde diversos ámbitos y servicios, quedando bajo la valoración del equipo de la Unidad, basándose en los criterios de adecuación al servicio, la conveniencia y el tipo de propuesta de intervención. Además de la posibilidad de acceso directo de las familias a las Unidades de AIT, se podrán derivar caso y en este sentido desde las diferentes Unidades se deberán desarrollar cauces tanto de difusión como de posterior coordinación con los siguientes servicios:

Desde el ámbito de los servicios sociales:

- Centros de Valoración
- Servicios Sociales Municipales
- Equipos Territoriales

Desde el ámbito de la salud:

- Centros de Atención Primaria
- Servicios de atención especializada ambulatoria
- Servicios de atención especializada hospitalaria

Desde el ámbito educativo:

- Equipos de atención temprana y maestros de las escuelas infantiles y colegios

La sistematización y reglaje de canales de derivación directa de los casos detectados como posibles subsidiarios del servicio de AIT se hará mediante la elaboración de un protocolo de derivación justificando sobre la base del diagnóstico y la necesidad de atención provisional por parte de la Unidad de AIT.

6.2.4.2. Niveles de intervención

Desde cada Unidad de AIT se desarrollarán actuaciones dirigidas a cada caso, una vez valorado, y que se pueden agrupar en torno a tres niveles de intervención que vienen diferenciados, fundamentalmente, por la intensidad de la misma.

a) Actuación preventiva o de seguimiento:

Esta actuación está dirigida a niños y niñas con determinados factores de

riesgo biológico, psicológico, familiar o del entorno, que no precisen intervención terapéutica directa, pero sí una evaluación de su situación lo más precoz posible y un seguimiento periódico, tanto en el ambiente familiar como, en su caso, en el ambiente escolar, para prevenir la acumulación de factores de riesgo que lleguen a constituir una situación de alta vulnerabilidad.

b) *Apoyo psicosocial limitado*

La finalidad de esta intervención es conseguir, mediante sesiones familiares, actividades grupales u otras acciones técnicamente adecuadas, que la familia tenga una mejor comprensión de la realidad de su hijo o hija y adecue su entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño o la niña.

También comprenderá acciones dirigidas al entorno social del niño para evitar o aminorar los factores de riesgo social y especialmente al entorno educativo (centro de educación infantil o centro de atención materno-infantil) para favorecer los procesos de socialización y aprendizaje del niño.

c) *Apoyo intensivo o intervención terapéutica*

La intervención terapéutica agrupará todas las actividades dirigidas al niño mediante sesiones terapéuticas individuales o en grupo de los diferentes tratamientos que configuren su plan personalizado.

La intervención incluirá asimismo el apoyo a la familia, al entorno educativo y al entorno social, con la finalidad de atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir la aparición de trastornos secundarios y eliminar o atenuar los factores de riesgo ambiental en el entorno inmediato del niño.

6.2.4.3. Fases de desarrollo de la intervención

a) *Acogida y primera evaluación*

En cada unidad de AIT un profesional será el encargado de la recepción del caso y guía del proceso de acogida al grupo familiar.

Realizará la primera entrevista, con una actitud de escucha y empatía, recogiendo las preocupaciones, demandas y expectativas de los padres

respecto a su hijo/a y respetando las dificultades para afrontar la situación.

El profesional responsable de esta fase de acogida pautará el proceso de evaluación inicial, con la colaboración de los profesionales que juzgue necesarios.

b) Valoración interdisciplinar del caso y propuesta de plan personalizado de desarrollo

Después de la acogida y de las sesiones iniciales de evaluación, los profesionales del equipo multidisciplinar realizarán la valoración del caso desde una reunión interdisciplinar. En dicha reunión se establecerá el diagnóstico del caso así como la propuesta inicial de intervención. Asimismo, tras la misma se propondrá a los padres la intervención que resulte más conveniente estableciéndose el Plan Personalizado de Desarrollo, en el cual se recogerá explícitamente:

- La delimitación, priorización y temporalización de los objetivos
- La propuesta de intervención, la cual incluirá:
 - El nivel de intervención previsto. En función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad, pueden establecerse distintos niveles de intervención: actuación preventiva, apoyo limitado y apoyo intensivo.
 - Propuesta de tratamientos. Incluirá a los profesionales que intervengan, número y duración de las sesiones terapéuticas, acciones, medios a utilizar y metodología de la intervención.
 - El diseño de las pautas y apoyos en los diferentes contextos de desarrollo del niño.
- El profesional que actuará como Terapeuta de referencia.
- El sistema de seguimiento de la evolución del niño/a y la revisión

del plan de desarrollo previsto. El sistema de evaluación se establecerá con criterios objetivos de éxito o fracaso, que responderán a criterios científicos contrastados.

c) Devolución de la información a la familia

Supone la transmisión de la impresión diagnóstica, la valoración

efectuada y la propuesta de Plan Personalizado de Desarrollo.

Así mismo es el momento de conexión con el Terapeuta de referencia, quien en un futuro va a ser el profesional básico para el seguimiento del caso y punto principal de contacto con la familiar.

En esta fase se concretará el plan de desarrollo propuesto contando con la participación de los padres. El contenido finalmente consensuado del plan personalizado de desarrollo, que contemplará los aspectos enumerados anteriormente, se dará por escrito a los padres o tutores de los niños y solamente podrá transmitirse a otras personas o instituciones ajenas al Centro con autorización expresa de los padres.

d) Desarrollo del plan personalizado de desarrollo

Es la fase de desarrollar la intervención propuesta. Intervención que agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

En esta fase existirá un estrecho contacto entre la familia y el Terapeuta de referencia del caso, quien a su vez será el encargado del seguimiento continuado del niño/a y el soporte básico para lograr una coordinación eficaz de los distintos profesionales, tanto de la unidad como del resto de recursos de la comunidad donde viva el niño/a, que intervienen en los distintos contextos de desarrollo del mismo.

e) Evaluación y seguimiento

Como ya se ha indicado la evaluación es un proceso continuado a lo largo de toda la intervención. Desde este proceso evaluativo se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño/a y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados y la efectividad del programa de actuación planificado.

En la evaluación pueden considerarse dos momentos:

Uno de, evaluación continuada o seguimiento cuyo objetivo es valorar los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno, ir adecuando el programa de intervención a las necesidades, ver la eficacia de los métodos utilizados en la aplicación del Plan personalizado de desarrollo y del grado de cumplimiento de los objetivos programados e ir introduciendo las modificaciones pertinentes y otro, de evaluación final para determinar el cumplimiento de los objetivos marcados y que servirá para concretar el final de la intervención o si se tiene que realizar una derivación.

f) Derivación

El periodo de atención del niño/a en los servicios de AIT finalizará cuando se considere que por su positiva evolución no precisa de ese servicio, o en el momento que por razones de edad o de competencias, deba continuarse su atención por otro dispositivo asistencial.

En ambos casos la familia tiene derecho a recibir información oral y escrita de la evaluación y de la situación actual del niño, así como de las necesidades que se consideren precisas.

Cuando deba continuar en otro equipo o institución será fundamental la coordinación entre ambos, y siempre con el consentimiento de la familia, se procederá al adecuado traspaso de información.

Se valorará y planificará de manera cuidadosa el momento y el modo de la derivación, teniendo en cuenta la vinculación de la familia y del niño con la unidad de atención.

6.2.4.4. Instrumentos recogida de información

Existirá un protocolo estándar de valoración, intervención y seguimiento de los casos, de uso común en todas las Unidades de AIT adscritas o concertadas con la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.

También existirán modelos de informes para el seguimiento de los casos, así como para la derivación de los mismos o prescripción de altas.

6.2.5. Evaluación anual de las Unidades

La evaluación de todo servicio se debe dirigir, fundamentalmente, a determinar en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos inicialmente, así como a analizar la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. La evaluación ha de realizarse de forma constructiva con el fin de orientar la posterior toma de decisiones respecto a los aspectos evaluados.

Para desarrollar un sistema de evaluación en las Unidades de Atención Temprana, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Que los profesionales y los usuario/as participen en el proceso de evaluación comprendiendo sus objetivos.
- Que la evaluación no sea excesivamente complicada ni difícilmente asumible.
- Que existan procedimientos de evaluación unificados e

instrumentos de recogida de la información homogéneos para las diferentes Unidades.

- Que se tengan en cuenta diferentes niveles de análisis: la gestión de la Unidad, los servicios terapéuticos, los programas de intervención así como los agentes del proceso (los niño/as, las familias, los profesionales y los recursos comunitarios relacionados)
- Que se contemplen las diferentes fases o componentes de la intervención: la entrada, el proceso y los resultados.
- Que la responsabilidad de la evaluación debe ser complementaria recayendo tanto en evaluaciones internas de los participantes en la intervención de cada centro como en agentes externos de evaluación.

Combinando estos aspectos se ha elaborado un modelo de evaluación para las Unidades de AIT, recogiendo diferentes apartados complementarios: la evaluación de la cobertura, la evaluación del esfuerzo, la evaluación del proceso, la evaluación de los resultados y la evaluación de la calidad de la atención.

El proceso de evaluación de cada Unidad será continuo, a través de la pertinente recogida de información y se concretará anualmente cumplimentando el protocolo de evaluación diseñado al efecto, el cual se incluirá en la Memoria anual de actividad de la Unidad.

A continuación aparecen resumidamente definidos los diferentes apartados de la evaluación propuesta, así como una indicación general sobre el tipo de datos que pueden ser interpretados con relación a los objetivos definidos respecto a cada aspecto de evaluación.

6.2.5.1. Evaluación de la cobertura

Este aspecto de la evaluación se centra en el análisis de la población objeto de la intervención y la situación asociada a la misma. Se dirige a responder a las siguientes preguntas: ¿llega la Unidad a la población objeto de la misma?, ¿llega al grupo de población prioritario?, ¿cuál es el grado de utilización de la Unidad?

Para contestar a estas preguntas deberemos recoger diferentes datos que hagan referencia a:

- Situación demográfica de la zona de influencia en la que se ubica la Unidad

- Demanda del servicio que ofrece la Unidad
- Estadística sobre el movimiento de la Unidad
- Datos sobre el perfil de los niño/as que han accedido al recurso y sobre sus familias

6.2.5.2. Evaluación del esfuerzo

Este apartado trata de analizar los inputs del servicio necesarios para desarrollar la atención prevista en la planificación de las intervenciones. Concretamente se dirige a responder la siguiente pregunta ¿existe adecuación entre las actividades realizadas y los recursos humanos y materiales disponibles?.

Para responder a la misma deberemos incluir datos relacionados con:

- Recursos humanos relacionados con las diferentes servicios y programas.
- Recursos materiales adscritos al desarrollo de los servicios y programas: instalaciones, equipamiento y recursos financieros.

6.2.5.3. Evaluación del proceso

Se refiere al análisis del funcionamiento de la Unidad en cuanto al desarrollo y la ejecución de las tareas. Se trata de dar respuesta a preguntas como ¿el sistema de organización es acorde al desarrollo de los servicios/ programas y la gestión?, ¿el sistema de participación y la metodología de trabajo se adaptan a las necesidades de gestión del mismo?, ¿se desarrollan los servicios y los programas de intervención según el modo previsto?.

Para contestar a estas preguntas deberemos recoger diferentes datos que hagan referencia a:

- Actuaciones desarrolladas dentro de los diferentes servicios y programas de intervención.
- Actuaciones desarrolladas dentro de la metodología de trabajo profesional propuesta.
- Actuaciones relacionadas con los sistemas de participación.

6.2.5.4. Evaluación de los resultados

La evaluación se dirige en este apartado, teniendo como referencia la situación de partida de los agentes implicados en el proceso de interven-

ción, a comprobar en qué grado los resultados confirman haber conseguido los objetivos previamente establecidos. También deben ser evaluados aquellos resultados no queridos o esperados.

Se centra en responder a preguntas como ¿es efectivo la intervención de la Unidad en lo referente a la consecución de los objetivos previstos?, ¿cómo se ha visto modificada la situación de los niño/as atendidos y sus familias?, ¿existen factores externos que pueden explicar las modificaciones halladas?, ¿aparecen resultados no previstos tras la intervención?, ¿cuál es la opinión y el nivel de satisfacción de los niño/as y sus familias respecto a la Unidad y sus programas?, ¿cuál es la opinión y satisfacción laboral de los profesionales que han participado en la intervención?, ¿Cuál es la opinión de los recursos sociosanitarios del área implicados en la AIT?

Para ello se deberá obtener información sobre los siguientes aspectos:

- Evaluación periódica del grado de desarrollo global del niño/a.
- Opinión y grado de satisfacción de los niño/as y sus familias.
- Opinión y grado de satisfacción de los profesionales de la Unidad.
- Opinión y grado de satisfacción de los profesionales de los recursos sociosanitarios del área.
- Resultados no deseados o no previstos.

6.2.5.5. Evaluación de la calidad de la atención

Por último y complementariamente a estos aspectos anteriores de evaluación interna de la Unidad, anualmente se realizará una valoración externa sobre la calidad de los servicios del centro, en función de estándares de calidad previamente establecidos para este tipo de recursos.

6.2.5.6. Memoria anual de la actividad del centro

Todo este proceso de evaluación se realizará de un modo continuado mediante la recogida de información pertinente y anualmente se debe elaborar una Memoria de la actividad de la Unidad. Dicha Memoria debe incluir como mínimo:

- Resumen de los servicios y programas de intervención llevados a cabo en la Unidad durante el año.
- Protocolo de evaluación anual de la Unidad cumplimentado (según modelo diseñado por la Consejería de Vivienda y

Bienestar Social para la evaluación de las Unidades propias y con certadas).

- Datos sobre la gestión económica de la Unidad.
- Valoración cualitativa global incluyendo sugerencias o propuestas de modificación para el próximo periodo incluyendo la valoración de su viabilidad.

6.3. Niveles y sistemas de coordinación en Atención Infantil Temprana

Se hace indispensable para la implantación del modelo de AIT aquí propuesto, establecer canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para un adecuado intercambio de información entre los agentes implicados.

Así pues esta coordinación es necesaria en distintos niveles: desde la coordinación interna de los propios equipos multidisciplinares de cada Unidad así como con los recursos sociosanitarios implicados del territorio, pasando por la coordinación entre las Unidades de AIT existentes en el Principado de Asturias, hasta llegar a un nivel político general donde se coordinen y tomen decisiones entre los tres ámbitos relacionados con esta materia: sanidad, servicios sociales y educación.

Concretamente se propone un siguiente sistema de coordinación que contempla los anteriores niveles creando distintas comisiones o actuaciones:

a) *Comisión Interinstitucional Regional de Atención Infantil Temprana*

Composición:

- Responsable de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Responsable de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Responsable de la Consejería de Educación y Ciencia
- Otros: Organizaciones de usuarios, ONGS relacionadas, A. Local.

Competencias:

- Toma de acuerdos relacionados con la distribución de competencias y de actuaciones coordinadas en materia de AIT.

Frecuencia de las reuniones:

- Mínimo anual

b) Subcomisión Técnica Regional de Atención Infantil Temprana

Composición:

- Coordinadores de las Unidades de AIT o técnicos de las mismas en quien se delegue en función del contenido de la reunión.

Competencias:

- Desarrollo instrumentos consensuados
- Puesta en común de cuestiones relacionadas con la planificación, organización y funcionamiento de las Unidades.
- Análisis y consenso de procedimientos de actuación coordinados

Frecuencia de las reuniones:

- Mínimo trimestral

c) Reuniones interdisciplinarias internas de la Unidad

Composición:

- Profesionales de la Unidad de AIT

Competencias:

- Valoración de nuevos casos
- Seguimiento de las intervenciones
- Abordaje de cuestiones relacionadas con la planificación, organización y funcionamiento de la propia Unidad

Frecuencia de las reuniones:

- Mínimo semanal

d) Reuniones Interdisciplinarias del equipo de la Unidad con otros profesionales de los recursos sanitarios, educativos y sociales del área

Composición:

- Profesionales de la Unidad de AIT
- Profesionales de recursos sanitarios, educativos y sociales del área.

Competencias:

- Análisis y seguimiento de casos
- Análisis y consenso de procedimientos de actuación coordinados

Frecuencia de las reuniones:

- A determinar

SISTEMA DE COORDINACIÓN EN ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA: NIVELES

CONSEJERÍA
SANIDAD



CONSEJERÍA
V. B. SOCIAL



CONSEJERÍA
EDUCACIÓN



I Interinstitucional: Comisión Regional de Atención Infantil Temprana

Composición: Responsables de las Consejerías

Competencias: Acuerdos respecto a la distribución de competencias y de actuaciones coordinadas

Frecuencia reuniones: Mínimo anual



2 Técnico: Subcomisión Técnica Regional de Atención Infantil Temprana

Composición: Coordinadores de las Unidades o técnicos delegados

Competencias: Consensuar y poner en común: el desarrollo de instrumentos; cuestiones de planificación, organización y funcionamiento de las Unidades; Procedimientos de actuación coordinados...

Frecuencia reuniones: mínimo trimestral



3.a -Reuniones Interdisciplinarias internas de la UNIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA

Composición: Profesionales de la UAIT

Competencias: Valoración de nuevos casos
Seguimiento de intervenciones
Cuestiones generales de organización y funcionamiento de la Unidad

Frecuencia reuniones: mínimo semanal

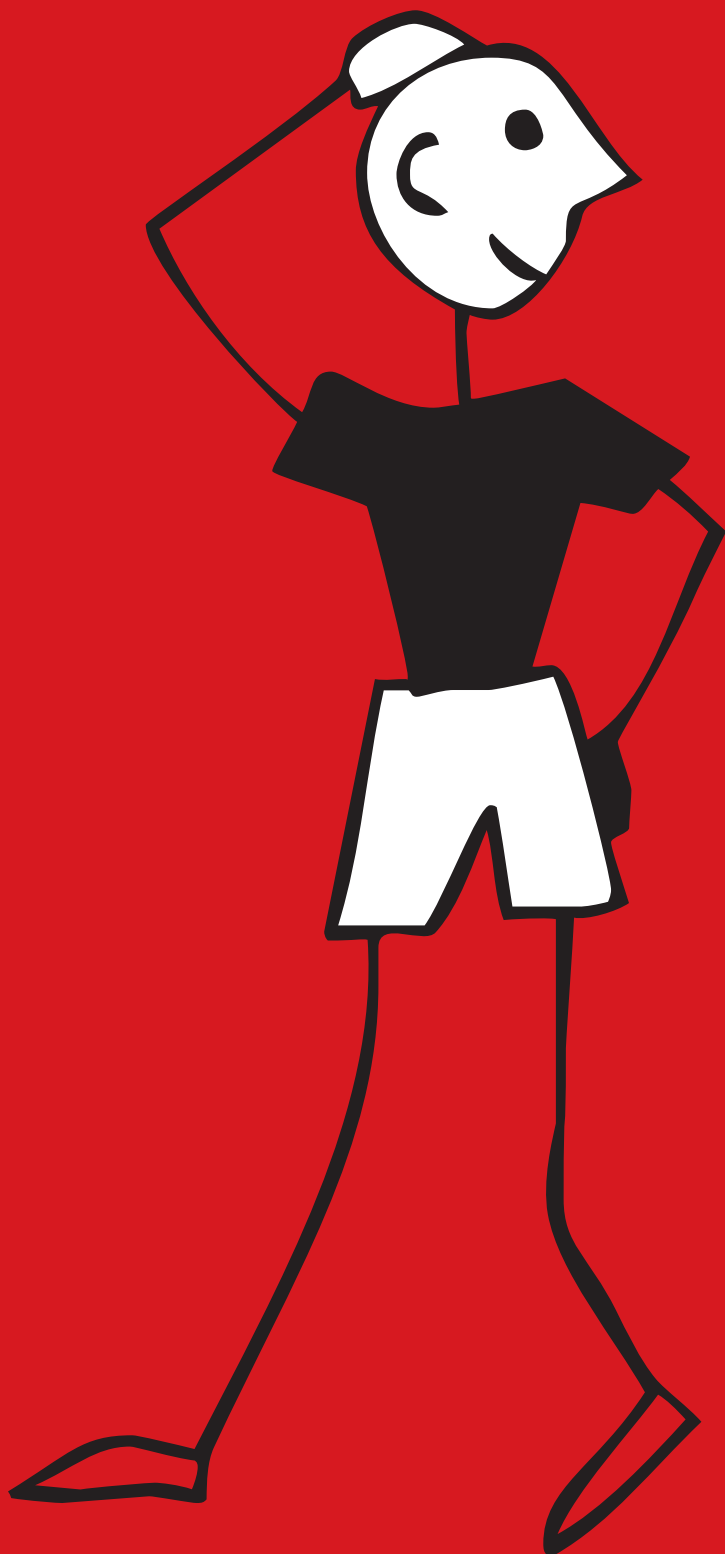
3.b Territorial o Comunitario: Reuniones interdisciplinarias del equipo de la Unidad con otros profesionales de los recursos sanitarios, educativos y sociales del área

Composición: profesionales de la UAIT con otros profesionales de recursos sanitarios, educativos y sociales.

Competencias:

- Análisis y seguimiento de casos
- Análisis y consenso de procedimientos de actuación coordinados

Frecuencia reuniones: a determinar



A N E X O S



7. Anexos

7.1. Factores de riesgo biológico y social

Factores de riesgo biológico

a. Recién nacido de riesgo neurológico

- R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o Edad Gestacional < a 32 semanas.
- APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
- RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Convulsiones neonatales.
- Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal.
- Disfunción Neurológica persistentes (más de siete días).
- Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
- Neuro-Metabolopatías.
- Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos.
- Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones y/o Drogas que puedan afectar al feto.
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- Siempre que el Pediatra lo considere oportuno.

b. Recién nacido de riesgo sensorial visual

- Ventilación mecánica prolongada.
- Gran prematuridad.
- RN con Peso < a 1500 grs.
- Hidrocefalia.
- Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central.
- Patología craneal detectada por ECO/TAC.
- Síndrome Malformativo con compromiso visual.
- Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central.
- Asfixia severa.

C. *Recién nacido de riesgo sensorial auditivo*

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

Factores de riesgo social

El riesgo socio-familiar es valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal a largo plazo. Los criterios de riesgo socio-familiar que deben ser seguidos se exponen a continuación:

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

7.2. Historia Única para las Unidades de Atención Infantil Temprana

DATOS PERSONALES

Fecha de entrada de la solicitud: _____

Nº Expediente: _____

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

DATOS DE LA FAMILIA:

Nombre de la madre: _____ F.N.: _____

Nombre del padre: _____ F.N.: _____

Lugar de Nacimiento/Nacionalidad del padre: _____

Lugar de Nacimiento/Nacionalidad de la madre: _____

Idioma del padre: _____ Idioma de la madre: _____

Trabajo de la madre: _____ Horario: _____

Trabajo del Padre: _____ Horario: _____

Hermanos: Nº: _____ Edades: _____ Lugar que ocupa: _____

Personas con las que convive el niño: _____

Personas que cuidan habitualmente al niño: _____

SERVICIOS QUE ATIENDEN AL NIÑO:

CENTRO DE SALUD: _____

Pediatra: _____

Enfermera pediátrica: _____

Teléfono: _____

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS:

Servicio: _____ Hospital: _____

Nombre del Especialista: _____ Teléfono: _____

Servicio: _____ Hospital: _____

Nombre del Especialista: _____ Teléfono: _____

Servicio: _____ Hospital: _____

Nombre del Especialista: _____ Teléfono: _____

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES:

Nombre del/a Trabajador/a Social: _____

Teléfono: _____

ESCUELA INFANTIL/GUARDERÍA:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Tutora/Educadora: _____ Horario de asistencia: _____

Usuario de comedor escolar: ☐ SI ☐ NO Transporte: ☐ SI ☐ NO

OTROS TRATAMIENTOS QUE RECIBE:

MOTIVO DE LA SOLICITUD

LA FAMILIA SOLICITA DIRECTAMENTE LA VALORACIÓN: _____

SON DERIVADOS POR: _____

☐ Sistema Sanitario: _____ ☐ Sistema Educativo: _____ ☐ Servicios Sociales: _____

PROFESIONAL QUE HACE LA DERIVACIÓN: _____

Informe de derivación ☐ SI ☐ NO Fecha: _____

DESCRIPCION DE LA SITUACION POR PARTE DEL PROFESIONAL _____

(Antecedentes y situación actual, signos y síntomas de alarma detectados): _____

Diagnóstico Sindrómico (si lo hubiera): _____

Diagnóstico Etiológico (si lo hubiera): _____

¿Se corresponde con alguno de los siguientes apartados?:

- ☐ Población de Riesgo Biológico _____
- ☐ Población de Riesgo Social _____
- ☐ Retraso Psicomotor _____
- ☐ Disfunción motórica _____
- ☐ Problema relacional/comunicación _____
- ☐ Dificultades de Aprendizaje _____
- ☐ Retraso/Alteraciones del Lenguaje _____
- ☐ Discapacidad sensorial _____
- ☐ Alteración emocional o de la conducta _____

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN POR PARTE DE LA FAMILIA:

¿Coincide con la descripción de los profesionales? ☐ SI ☐ NO

En caso negativo, ¿Por qué? _____

EXPECTATIVAS EN RELACIÓN CON NUESTRA INTERVENCIÓN:

Por parte de los profesionales que hacen la derivación: _____

Por parte de la familia: _____

¿Qué profesional del Equipo ha realizado la 1ª entrevista? _____

Personas que acudieron a la entrevista: _____

OBSERVACIONES: _____

PROPUESTA DEL EQUIPO EN RELACIÓN AL CASO

Fecha: _____

☐ **Derivar a otro recurso más idóneo:** _____ ¿Por qué? _____

Diseño de la derivación: _____

Seguimiento: ☐ SI - ☐ NO En caso afirmativo, ¿Quién lo va a realizar y con qué frecuencia?

☐ **Realizar la valoración inicial:** ¿Quiénes la van a realizar? _____

Fechas programadas: _____

Metodología: _____

Petición de nuevos informes o pruebas diagnósticas: _____

VALORACIÓN INICIAL

1ª FASE: (Recogida de datos a través de informes, entrevista a los padres, a otros profesionales, visita domiciliaria, etc...)

HISTORIA VITAL:

EMBARAZO:

PARTO:

DATOS DEL RECIEN NACIDO:

COMPLICACIONES POSTERIORES:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

ALIMENTACIÓN:

Tipo de lactancia: _____

Cambios de alimentación: _____

CAMBIOS EN LA HISTORIA FAMILIAR QUE PUDIERON AFECTAR AL NIÑO

DESARROLLO EVOLUTIVO:

Edad en que sostuvo la cabeza: _____

Edad en que se sentó sólo: _____

Edad en que le salió el primer diente: _____

Edad en que gateó: _____

Edad en que se mantuvo de pie agarrado: _____

Edad en que dio los primeros pasos: _____

Edad en que dijo las primeras palabras: _____

Empleo de la frase en su lenguaje: _____

Control de esfínteres: _____

SITUACION ACTUAL:

Sueño: _____

Alimentación: _____

Aseo y control de esfínteres: _____

Juego: _____

Relación/contacto con otros niños: _____

Relación con los adultos: (especificar padres, familiares, otros cuidadores,...)

Asistencia a guardería: _____

Medicación que toma actualmente: _____

Apoyos técnicos que utiliza: _____

Descripción de un día normal/un día festivo: _____

Descripción de la vivienda: (adaptación a las características del niño, lugares más frecuentados por él...)

DINAMICA FAMILIAR:

Relaciones familiares: (clima afectivo, relación de pareja, relación con el niño, con la familia extensa, reparto de roles,...) _____

Relaciones sociales y redes de apoyo informal: _____

Estilo educativo: _____

Conciencia/reconocimiento del problema: _____

Actitud ante el diagnóstico: _____

Motivación /disposición para colaborar con el Servicio: _____

Capacidad de respuesta del sistema familiar ante las crisis: _____

Puntos fuertes y débiles del funcionamiento individual/familiar de cara a la intervención: _____

Necesidades de apoyo de cara al éxito del programa: _____

2ª FASE: (exploración del niño por parte de los profesionales de la Unidad de A.T.)

¿Quién realiza la exploración?

Fecha: _____

Instrumentos utilizados: _____

DESARROLLO ACTUAL: _____

Global: _____

Áreas: _____

Conductas inadecuadas: (patológicas, inadecuadas, signos de alarma,...)

FACTORES QUE CONDICIONAN O LIMITAN EL DESARROLLO:

FACTORES FÍSICOS O BIOLÓGICOS:

Genéticos: _____

Neurológicos: _____

Enfermedades físicas que afectan el funcionamiento o la estructura de determinados órganos:

Motóricos: _____

Sensoriales: _____

FACTORES AFECTIVO-EMOCIONALES: (relación con las figuras de apego, cuidados parentales, pérdidas...)

FACTORES SOCIALES-AMBIENTALES: (Ambiente familiar poco estimulante, inadecuadas pautas de crianza, Stress socio-familiar, desestructuración familiar, Abandono/maltrato parental, Etc.).

3ª FASE: Reunión del equipo de fecha:

Interpretación global de los datos obtenidos: _____

[illegible]

Diagnóstico Funcional, Sindrómico y Etiológico: _____

[illegible]

Propuesta de Intervención:

- Derivar el caso: (Diseñar el proceso en caso afirmativo)

[illegible]

- Intervención directa por parte del Equipo

Nivel de intervención que se propone: _____

Profesional que realiza la devolución a la familia: _____

[illegible]

PLAN PERSONALIZADO DE DESARROLLO

Fecha: _____

Nombre y apellidos del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: Cronológica _____ Corregida _____

Diagnóstico Funcional / Sindrómico / Etiológico: _____

NIVEL DE DESARROLLO ACTUAL

Motriz _____

Social / Afectivo _____

Cognitivo / Adaptativo _____

Comunicación _____

SITUACIÓN FAMILIAR:

NIVEL DE INTERVENCIÓN PREVISTO:

☐ A) Preventivo

☐ B) Apoyo limitado

☐ C) Apoyo intensivo

P.D. 1

• A R E A S •

	MOTRIZ	COGNITIVA ADAPTATIVA	COMUNICATIVA	SOCIAL
PRIORIDADES				
REQUISITOS				
OBJETIVOS				
METAS				

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

PROFESIONAL	FRECUENCIA	DURACIÓN

Posibles modificaciones: _____

Terapeuta de Referencia: _____

PAUTAS Y/O APOYOS QUE SE PROPONEN (técnicos, económicos, humanos...)

INTERVENCIÓN FAMILIAR

APOYO EMOCIONAL

¿Quien lo va a hacer?

Derivar a otro recurso

ORIENTACIÓN FAMILIAR

¿Quien lo va a hacer?

Derivar a otro recurso

REVISIONES DEL PLAN PERSONALIZADO DE DESARROLLO

Frecuencia prevista

Modificaciones del plan

DEVOLUCIÓN A LA FAMILIA

(La devolución se hará en un informe por parte de la unidad correspondiente)

SEGUIMIENTO DEL PLAN PERSONALIZADO DE DESARROLLO

Nombre y apellidos _____

REVISIÓN

Fecha de revisión: _____ Edad del niño: _____

Programada _____

A demanda _____

Motivado por _____

• A R E A S •				
	MOTRIZ	COGNITIVA ADAPTATIVA	COMUNICATIVA	SOCIAL
PRIORIDADES				
REQUISITOS				
OBJETIVOS				
METAS				

Evaluación global:

Niño _____

Familia _____

Profesionales _____

Adhesión al tratamiento _____

Propuestas

☐ **Alta** _____

Motivo _____

☐ **Derivación** _____

Dónde _____

Seguimientos _____

Profesional _____

☐ **Continuidad** _____

☐ Sin modificación del Plan

☐ Con modificación del plan (Realizar un nuevo plan personalizado de intervención)

Revisión de Pautas y/o Apoyos

Adhesión al tratamiento

Devolución a la familia

¿Quién lo hace?

7.3 Propuestas para la coordinación desde las Unidades de Atención Infantil Temprana: Acciones, Detección Temprana y Modelos de Informes

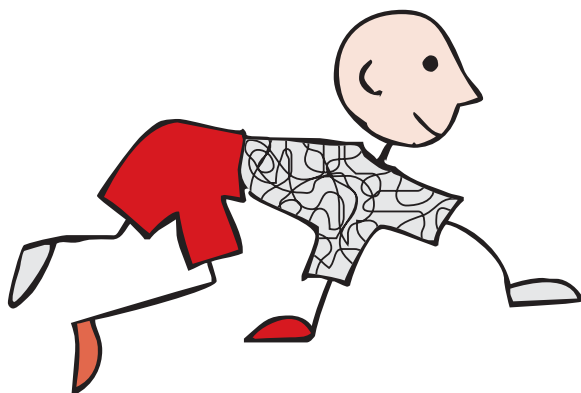
Un proceso de análisis y reflexión realizado por un grupo de trabajo constituido por profesionales de la Atención Infantil Temprana en Asturias, ha dado como resultado la propuesta que se presenta a continuación y que tiene como objetivo, una vez consensuada con el sistema sanitario y educativo, formalizar unos procedimientos y canales de coordinación que posibiliten el necesario enfoque comunitario que requiere una atención infantil temprana global de las intervenciones y que sirvan de cauce para la transferencia de información entre los agentes implicados.

En este anexo se incluye la Propuesta de Acciones e instrumentos para la Coordinación desde las Unidades de Atención Infantil Temprana elaborada por este grupo de expertos.

Propuestas de acciones para la coordinación

a) Acciones del Equipo de la Unidad de Atención Infantil Temprana en la tarea de la Coordinación:

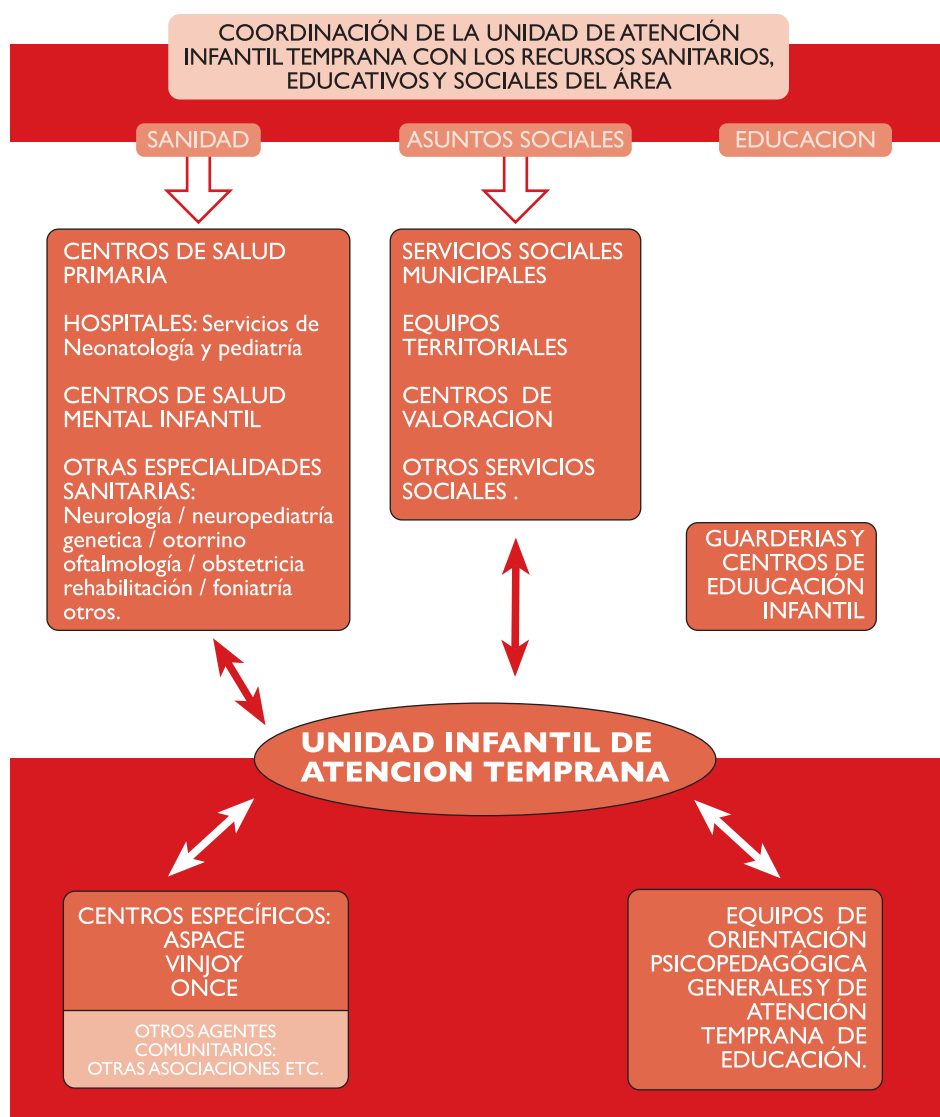
- Formalizar un circuito claro para la derivación: establecer cauces para la demanda de atención, la recepción de la misma en la UAIT y la retroinformación a l@s derivantes, la Devolución, la Evolución y en definitiva la Coordinación de las intervenciones en los casos





- Clarificar los criterios y cauces de derivación a las Unidades. En este sentido se presentaron distintos instrumentos de screening para la Detección en los distintos tipos de problemáticas que se tratan en las Unidades de Atención Infantil Temprana.
- Discutir y proponer Protocolos de actuación.
- Protocolo de *Recepción de la Demanda* en las Unidades (protocolo (AT1))
- Protocolo de *Derivación* a las Unidades (AT2)
- Protocolo de *Devolución de Información* a l@s derivantes (AT2)
- Protocolo de *Derivación desde las Unidades* hacia los otros servicios de atención (AT3).
- Establecer mecanismos de comunicación con los responsables institucionales del Área de intervención. Cuestión que ser facilitada desde el Nivel Interinstitucional, desde los responsables institucionales del programa de Atención Infantil Temprana.

- Identificar y localizar los recursos de cada Área Sociosanitaria, implicados en la atención a la población infantil en los diversos ámbitos de desarrollo del niño. Establecer relaciones y flujos de información que faciliten la comunicación entre los mismos y que permitan una adecuada Coordinación entre los distintos ámbitos.



- Conocer el funcionamiento de los recursos evitando interferencias y duplicidades en las actuaciones y procurando aunar sinergias y complementar actuaciones.
- Organizar las reuniones interdisciplinarias internas del Equipo

de la Unidad para diseñar acciones de coordinación como programar encuentros, definir qué miembros del Equipo asistirán, quién hará el contacto de la convocatoria, con quién, cuándo y de qué modo, definir los contenidos del encuentro etc...

- Intervenir en la elaboración, divulgación y presentación de los indicadores de riesgo en la población a fin de establecer los parámetros que van a servir de guía para la Detección, la Derivación y la atención de los casos.
- Participar en las reuniones de Coordinación Interdisciplinar e Interinstitucional que promuevan el debate sobre la Atención Infantil Temprana en el Área y en la Comunidad.

Todo ello de forma que se dinamicen las actuaciones y se optimicen los recursos en que trabajamos y la atención que prestamos a los niñ@s y sus familias.

b) Acciones para la coordinación en atención infantil temprana desde los diferentes ámbitos:

Ámbito Sanitario

Considerando que el proceso de Detección debe iniciarse lo más tempranamente posible, será el *medio hospitalario* y más concretamente los diferentes Servicios de Neonatología, los que puedan garantizar una Detección verdaderamente temprana. También, otros servicios del ámbito hospitalario (Neuropediatría, Oftalmología, Otorrinolaringología...) pueden contribuir a la Detección de alteraciones neurológicas o sensoriales.

Parece relevante introducir en el Programa de Sesiones Clínicas del Hospital de referencia una sobre la Atención Infantil Temprana, para dar a conocer el proyecto, el recurso y divulgar y sensibilizar a las distintas especialidades Sanitarias.

Con la *Red Primaria de Centros de Salud* es preciso trabajar a fondo el Protocolo de Detección e informar sobre la población infantil potencial susceptible de recibir Atención Temprana y los cauces de Derivación a las Unidades de Atención Infantil Temprana, ya que desempeñan un papel decisivo en el proceso de Detección de las alteraciones del desarrollo que no se han manifestado en el momento del nacimiento. Este momento del encuentro es bueno para distribuir Trípticos Informativos y Posters.

Con *Salud Mental Infantil* es necesario coordinar actuaciones, dentro de una planificación global de la atención al caso individual, cuando sea precisa la intervención de ambos Equipos.

Ámbito de los Servicios Sociales:

Con los *Centros de Servicios Sociales*, es importante mantener encuentros para informar sobre el recurso de la Atención Temprana y trabajar sobre los Protocolos de Detección de niños de riesgo social susceptibles de recibir Atención Temprana, ya que a través de sus programas de intervención social pueden colaborar como un agente de Detección de situaciones de riesgo social para el desarrollo infantil.

Así mismo, son fundamentales las actuaciones coordinadas en los casos de las familias más desestructuradas. Actualmente, en la práctica diaria, existen dificultades para que algunas familias (sobretudo mono-parentales) puedan organizarse para acudir con sus hij@s a Tratamiento en las Unidades, y sería importante articular algún sistema de acompañamiento o canguro que les permitiera tener un apoyo para acudir a los tratamientos prescritos con regularidad.

Ámbito Educativo

En este ámbito la Coordinación tiene que enfocarse a dos tramos bien diferenciados:

Ciclo de 0-3 años : Se debe encauzar a través de los Directores de los centros educativos.

Las Escuelas Infantiles pueden considerarse así mismo como un recurso con probabilidad de Detección de Trastornos en el Desarrollo, ya que pueden observar diferentes alteraciones en las diferentes áreas de la conducta del niño/a (Motora, Cognitiva, Comunicativa y de la Autonomía Personal), así como sus reacciones personales y sus relaciones interpersonales.

Además, las Unidades de Atención Infantil Temprana deben actuar como soportes a la Escuela Infantil, asesorando desde un principio el proceso de la integración e informando a l@s educador@s sobre las características del niñ@ (sus posibilidades y sus dificultades) para facilitar la

aceptación e integración, en los casos en los que sea posible la escolarización, como parte del proceso de socialización.

Ciclo de 3-6 años: La Coordinación se debe canalizar a través de los Equipos de Atención Infantil Temprana de la Consejería de Educación. En las Unidades de Atención Temprana deben existir canales de comunicación directa y fluida con los *profesionales de la Consejería de Educación* encargados de las primeras escolarizaciones, ya que la Unidad de Atención Infantil Temprana debe contemplar como otro de sus objetivos prioritarios el fomentar y colaborar, como medida normalizadora, en la integración del niño en el medio escolar.

La LOGSE contempla la escolarización a partir de los tres años, pero en el caso de l@s niñ@s usuari@s de Atención Infantil Temprana, pensamos que debería mantenerse un diseño flexible, para ofertar soluciones de ajuste a las distintas necesidades que puedan presentar l@s niñ@s. La variedad de situaciones y necesidades con las que nos podemos encontrar en la ratio de la población infantil que nos compete, hacen necesario que los canales de Coordinación entre ambos ámbitos de actuación, el educativo y el de la UAIT, sean flexibles y fluidos en pro de dar la solución más adecuada a cada caso, en función de sus necesidades específicas. En Atención Infantil Temprana deben establecerse los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de información entre los diferentes estamentos relacionados con el niñ@ de estas edades: Educación, Sanidad, y Servicios Sociales. Todas las acciones deberán tener un denominador común: *La calidad de atención al niño y su familia.*

Con todos ellos es imprescindible establecer un calendario de encuentros para el seguimiento conjunto de casos y darle continuidad. Independientemente de los contactos puntuales a propósito de situaciones particulares que van surgiendo en el curso de las intervenciones.

c) Acciones para la Coordinación de las Unidades de Atención Infantil Temprana de Centros Específicos en Asturias : Fundación Vinjoy y ASPAC.

Estas Unidades de Atención Temprana atenderán a la población infantil afectada por la discapacidad específica del que son especialistas: Hipoacusia y Patología Motora, especialmente de su zona de referencia, según el principio de la proximidad geográfica.

Aspectos que es preciso tener en cuenta:

En los casos de niños y niñas que presentan dichas patologías y que residan en una localidad diferente a donde están ubicadas las Unidades Específicas, es necesario informar a la familia sobre las dos posibilidades de tratamiento (en la Unidad de Atención Infantil Temprana más próxima a su lugar de residencia y en la Unidad Específica), para que pueda decidir la alternativa que le parezca más adecuada.

En casos de niños y niñas con plurideficiencias se debe mantener un estrecho contacto entre la Unidad de Atención Temprana de la zona y la Unidad de Atención Infantil Temprana Específica tanto para el estudio previo del caso como para la propuesta de intervención.

Es necesario articular algún sistema para que las Unidades Específicas puedan funcionar como Centros de Asesoramiento y Recursos, para aquellas Unidades más alejadas geográficamente, de forma que los niños@s que lo precisen también se puedan beneficiar de la atención más específicas.

La detección temprana desde los distintos ámbitos

Los Servicios Comunitarios que atienden a la población infantil, asumen un papel determinante en la Atención Infantil Temprana al ser ámbitos por los que normalmente y en algún momento concreto pasa la mayoría de la población infantil de la Comunidad. La Detección no termina en sí misma, sino que obliga a una Derivación, teniendo en cuenta donde se dan los tratamientos de Atención Infantil Temprana. Cuanto antes se realice la Detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el/la niño/a y su entorno

La Detección temprana de los Trastornos en el Desarrollo Infantil constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica, siendo fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia.

En este sentido, numerosos estudios han insistido en las últimas décadas sobre la diferente evolución psicomotriz de l@s niñ@s cuyas alteraciones de desarrollo son detectadas e inmediatamente tratadas, respecto a aquéll@s que inician el tratamiento más tarde. La detección de signos de alerta, que constituyen posibles indicadores de Trastornos en el Desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquell@s que trabajan con poblaciones infantiles

Sanidad

Los estudios relacionados con los trastornos en las primeras edades destacan la existencia de un elevado número de niñ@s que son detectad@s y derivad@s a tratamiento excesivamente tarde. El Ministerio de Sanidad siguiendo las directrices de la O.M.S, propone el seguimiento del desarrollo psicomotor por profesionales sanitari@s (Pediatras, Enfermeras, ...) desde los Centros de Atención Primaria dentro del Programa de Seguimiento del niño Sano.

En la actualidad, en nuestra Comunidad, se utiliza como método de cribado del Desarrollo Psicomotor el Test de Denver o Denver Developmental Screening Test, que sin embargo está empezando a ser cuestionado por la mayoría de los Pediatras y que está siendo sustituido ya en otras Comunidades Autónomas (Aragón, Navarra, Galicia, La Rioja, Cataluña y el País Vasco) por el Test de Haizea-Llevant (Fernández E, 1988), editado por el Servicio de Publicaciones del País Vasco. Además de estar diseñado teniendo en cuenta las peculiaridades físicas, psicológicas y sociales de los niñ@s españoles, suma el hecho de que es más completa que el Test de Denver.

También es preciso destacar los *signos de alerta en el desarrollo* del lenguaje, puesto que aunque cada niñ@ tiene un ritmo de aprendizaje propio, existen parámetros establecidos como conductas esperadas con un límite de edad, que nos permiten considerar la necesidad de ayuda

profesional. Por ejemplo:

- Si en los primeros 6 u 8 meses, no presenta juegos vocálicos y/o sus respuestas hacia sonidos en el ambiente o la voz no son claras.
- Si a los 18 meses, no posee una variedad de palabras cotidianas sencillas.
- Si el niño tiene 2 años de edad y aún no hace uso de frases de 2 palabras.
- Si a los 3 años de edad no es entendido con claridad por los demás.
- Si a los 4 años y medio, la estructura de sus oraciones (gramática) es deficiente.
- Si a los 5 años, aún presenta dificultad para producir ciertos sonidos del habla /s/ /r/ u otros.
- Si a cualquier edad se observa dificultad del niño para comprender a los demás.
- Si el niño tiene dificultad para mirar a los ojos del interlocutor, o tiene dificultad para establecer una comunicación clara y eficiente con los demás.
- Si presenta tartamudez, disfonía.....

En el caso concreto de los Trastornos Generalizados del Desarrollo este deseable y necesario diagnóstico temprano se hace muy difícil en la práctica. Muy pocos niños con signos de alarma son derivados a los profesionales o servicios especializados antes de los tres años de edad, habiéndose perdido un tiempo precioso para la implementación de un programa de atención.

La Asociación Adansi propone como Protocolo de Detección el CHAT elaborado por Baron-Cohenn, Allen y Gilblberg en 1992, y nos informan que además esta misma escala, está en proceso de validación para edades más tempranas (desde los 18 m). Se aporta un Dossier elaborado por Adansi sobre este tema.

Servicios Sociales

Los Servicios Sociales a partir de su relación con familias con problemática psicosocial y con la comunidad en general, se hallan en una posición óptima para la Detección de factores de riesgo social para el desarrollo infantil.

Un *factor de riesgo* por si solo no es explicativo, pero la asociación de varios de ellos potencian el riesgo, por tanto con su *Detección* debe empezar el desarrollo de una intervención mas especializada:

- Factores socio-económicos.
- Familias con problemas económicos (Precariedad económica, carencia de domicilio).
- Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales).
- Otros hij@s con medidas de protección (guarda tutela).
- Dificultad social (Prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad).
- Factores familiares.
- Padre/madre con problemas de drogodependencias, alcoholismo.
- Familias con historia de violencia (física o verbal) y/o maltrato infantil (entre adult@s y adult@s- niñ@s).
- Padres muy jóvenes (menores de edad).
- Situación de ruptura de familiar o familias monoparentales.
- Padre/madre con enfermedad orgánica crónica que afecta a la armonía familiar.
- Padre/madre con minusvalía ídem anterior.
- Padre/madre con historia de enfermedad mental.
- Embarazos no controlados/ocultados.
- Embarazos en adolescentes y menores, donde se ignore la identidad del padre(sospecha de abuso sexual).
- Embarazos no suficientemente espaciados y/o familias con número elevado de hij@s.

Como método de cribado de posibles retrasos en el Desarrollo Psicomotor para los Servicios Sociales, es adecuada la *Escala Haizea-Llevant* reducida, puesto que proporciona indicadores para saber cuándo los factores de riesgo social están incidiendo negativamente sobre el desarrollo psicomotor. Por ello es conveniente facilitarles dicha escala.

Educación

Es necesario asesorar a las Escuelas Infantiles en la Detección de Signos de Alarma en el desarrollo de l@s niñ@s escolarizad@s en el Ciclo de 0-3 años para la Derivación a las Unidades de Atención Temprana de

aquell@s niñ@s que lo precisen.

En este sentido, también podría ser de utilidad la Escala Haizea-Llevant en su versión reducida, orientada específicamente para la Detección de alteraciones en el Desarrollo Psicomotor en las Escuelas Infantiles.



FICHA DE ADMISION ATENCION TEMPRANA ATI REGISTRO DE ENTRADA UAIT

Datos a rellenar por el solicitante:

Unidad de Atención Infantil Temprana:		
Nombre y Apellidos:		
Dirección:		
Localidad:	Teléfono/s	C.Postal
F. Nacimiento	Edad:	
Nombre padre/madre/tutores:		

DECLARO bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen interconsultas con otros servicios que tienen relación con mi hijo/a, para acreditarlos y con el fin de ayuda en la clarificación del diagnóstico y de la intervención.

La Consejería de Vivienda y Bienestar Social le informa que todos los datos facilitados por Vd. van a ser tratados informáticamente, teniendo usted derecho a su acceso, rectificación y cancelación de conformidad con la Ley de Protección de datos de carácter personal.

En..... a de de 2003

Firma

MODELO DE INFORME DE DERIVACION AT2 **de los Servicios Educativos y Sociales a las Unidades de** **Atención Infantil Temprana (UAIT)**

ORIGEN	
Centro origen:	
Remitido por:	
Dirección:	Fax:
Teléfono:	Horario de Contacto
DESTINO	
Centro destino:	
Dirección:	
DATOS DEL NIÑO	
Nombre y Apellidos:	
Domicilio:	
Nombre: madre/padre	
Motivo de la Demanda según el profesional:	
Pruebas realizadas y/o aportadas y, otros datos de interés:	
Fecha:	Firmado

DEVOLUCION DE LA UAIT AL SERVICIO DEMANDANTE

Responsable del caso: horario de contacto:	Teléfono o Fax:
Datos de la exploración:	
Tipo de Intervención propuesta y Frecuencia:	
Fecha:	Firmado:

Observaciones para el uso de este informe (AT2):

- Es aconsejable que ambas partes (derivación y devolución) del documento (AT2) vayan juntos, en la misma hoja, de manera que se visualicen juntos, para dar más información y efecto de feedback.
- Una vez conocido el caso, la UAIT procedería a rellenar este documento y reenviar un duplicado o fotocopia del mismo al servicio derivante, dando cuenta de la propuesta de intervención e impresión del caso. Esta información debería seguir el cauce de profesional a profesional y no a través de la familia (AT2).
- Con los profesionales del sistema sanitario lo más operativo es hacer uso para la Derivación y la Devolución de la Hoja de Interconsulta por triplicado, con el mismo procedimiento que ya se viene usando, siempre que dicho procedimiento sea consensuado previamente.
- Con los profesionales de centros educativos es necesario que de una forma formalizada se devuelva información sobre los niños que previamente han sido derivados desde las UAITs para nuevas escolarizaciones. Ésta Devolución podría consistir en todo o en parte del Informe o Dictamen de escolarización.

INFORME DE DERIVACION AT3

De las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) a los Servicios Educativos, Sanitarios y Sociales

Nombre UAIT:		
Destino:		
Dirección:		Teléfono
Motivo		Fecha
DATOS DEL NIÑO/A		
Nombre y Apellidos:		
F. Nacimient	Edad	Teléfono/s:
Nombre: Padre/Madre/Tutores:		
Dirección:		Población:
DATOS APOTADOS POR LA U.A.I.T.		
Remitido/a esta U.A.I.T. desde		Fecha
Fecha 1ª consulta en la U.A.I.T.		
Tipo de intervención:		
Responsable del caso:		
Datos relativos a la problemática que presenta: (exploración, diagnóstico, evolución, otras intervenciones...)		
Situación actual y observaciones:		

Observaciones para el uso de este informe (AT3):

- Cuando sea preciso a este informe pueden ser adjuntados otros más detallados.

alta; evolución; derivación, devolución; solicitud de valoración para centro específico, para nueva escolarización, para recibir minusvalía, etc....

