

Coordinación interdisciplinar en atención temprana en la Comunidad de Madrid (área 10)

(Interdisciplinary coordination in early care in the community of Madrid (area 10))

ISSN (Ed.Impr.): 1889-4208
Recepción: 01/01/2011
Aceptación: 01/02/2011

Patricia Grande Fariñas
Centro Universitario Villanueva

RESUMEN

Los niños con discapacidad o con riesgo biopsicosocial de 0 a 6 años se encuentran escolarizados con riesgo de exclusión, dadas sus dificultades y necesidades educativas, a veces especiales, que requieren una alta cualificación y un trabajo en equipo coordinado entre todos los profesionales implicados en su desarrollo. Son tres ámbitos los que tienen competencia en Atención Temprana (educativo, sanitario y social), por lo que la coordinación entre ellos se vuelve indispensable si lo que buscamos es proporcionar una atención integral, global y de calidad. Coordinación e Inclusión Educativa reconocen el principio de igualdad de oportunidades, un derecho internacionalmente reconocido en la normativa y en la bibliografía. El objetivo de este estudio es conocer cómo se coordinan los profesionales en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid, detectar sus necesidades y demandas profesionales y plantear propuestas de mejora, considerando el área 10 como referente del modelo de coordinación que se intenta implantar en toda la comunidad.

ABSTRACT

Children with disabilities or biopsychosocial risk from 0 to 6 years of school are at risk of exclusion, given its difficulties and educational needs, sometimes special, which require high skill and coordinated teamwork among all professionals involved in development. There are three areas which have competence in Early Childhood Intervention (education, health and social), so that coordination between them becomes essential if we are looking to provide an integral, global and quality comprehensive care. Inclusion and Coordination Educational recognize the principle of equal opportunities, an internationally right recognized in regulation and in the bibliography. The aim of this study is determine how to coordinate Early Childhood Intervention professionals in the Community of Madrid, identify their needs and professional demands and make proposals for improvement, considering the area 10 as a coordination reference model which seeks to establish throughout the community.

(Pp. 43-64)

PALABRAS CLAVE

Atención Temprana, coordinación, inclusión educativa, atención a la diversidad, primera infancia, interdisciplinariedad, protocolos.

KEYWORDS

Early Attention, coordination, educational inclusion, attention to diversity, early childhood, interdisciplinarity, protocols.

1. Cómo evoluciona la atención a la infancia y cómo empezamos a hablar de coordinación interinstitucional e interprofesional

La atención educativa a la infancia se ha caracterizado hasta bien entrado el siglo XIX por una desconsideración y olvido de esta etapa, por la explotación infantil en el trabajo, el maltrato y el abandono (Scheeremberger, 1984; Aguado, 1995).

Aún hoy persisten situaciones de pobreza, marginación y explotación infantil en muchos países en los que la falta de recursos materiales y humanos obliga al trabajo infantil como medio para poder subsistir.

En el siglo XIX comienza a darse una sensibilización social y científica hacia la infancia, al principio asistencial y, mucho más tarde, educativa, y es así como se van generando los primeros estudios del niño desde la Psicología, la Pedagogía y la Pediatría como ramas independientes.

Es este interés el que lleva a considerar la infancia "anormal" desde disciplinas y ámbitos profesionales muy diferentes, ámbitos que evolucionan e intervienen en el desarrollo del niño de forma paralela.

El modelo que respalda la atención a los deficientes en el siglo XIX es el modelo médico, centrado en conocer las causas orgánicas y en atender el déficit biológico, orgánico o funcional en sí mismo, con lo cual se ofrece un tratamiento especializado en contextos específicos (Torres, 1999).

En el ámbito socioeducativo, la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral trae consigo la agrupación de los niños en guarderías, con funciones esencialmente asistenciales y de cuidado de los menores (Moss, 1990).

Un amplio desarrollo normativo legitima los derechos básicos del niño: la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Declaración de los Derechos del Retrasado

Mental de 1971, los Derechos de los Impedidos en 1975, la Convención de Derechos del Niño de 1989 o el Tratado de Amsterdam de 1997, entre otros. Esta normativa vela por la dignidad y la protección en la infancia y para favorecer su acceso a la educación y a la sanidad.

A finales de los 60 el movimiento de Normalización, propuesto por Bank-Mikkelsen en 1959, admite que el niño con limitaciones es capaz de desarrollar una vida normal si se le proporcionan los medios adecuados para desarrollar sus capacidades y superar sus limitaciones. Es primer paso para la inclusión social y educativa.

En España, es a partir de la Ley General de Educación de 1970 cuando se empieza a dar una consideración pedagógica en la etapa infantil. Comienza a reconocerse la necesidad de proporcionar respuestas educativas específicas para la primera infancia.

Las guarderías pasan a denominarse Escuelas Infantiles, acorde a un avance conceptual de esta consideración (Moss, 1990), que intenta remarcar el aspecto educativo sobre el asistencial.

Los niños con déficits en su desarrollo ingresan en un sistema educativo paralelo al ordinario y son evaluados en función de su Cociente de Desarrollo. Pero pronto se empieza a hablar de segregación y de inadaptación social y se evidencia la insuficiencia de este modelo y la necesidad de especialización del profesorado (Arnáiz, 1988; CNREE, 1989).

Con este panorama, surge en España en los años 70 la Atención Temprana (AT desde ahora) con el nombre de Estimulación Precoz, dirigida a niños entre 0 y 6 años, que presentan trastornos en su desarrollo.

Estas asociaciones de padres de niños afectados impulsan la puesta en marcha de programas sociales y educativos para dar respuesta a las discapacidades que presentan sus hijos, a través de equipos interprofesionales.

Aunque el ámbito hospitalario se considera pionero en proporcionar una atención precoz preventiva y de seguimiento a niños de riesgo (Valle, 1989; Casado, 2005; Gútiérrez, 2005; Arizcun, Gútiérrez y Ruiz, 2006; Andreu,

1997), ambos tipos de atención (educativa y sanitaria) siguen caminos paralelos.

Organismos como SEREM-INRSO y el Real Patronato de Educación Especial realizan importantes esfuerzos por unificar criterios de atención y de organización de servicios de atención a la infancia, estableciendo medidas importantes a nivel informativo, asistencial y normativo para la infancia con discapacidad. Entre estas medidas se encuentran El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad en el ámbito perinatólogico y el Plan Nacional de Educación Especial de 1975.

Se habla ya de la integración a nivel preescolar, de prevención y de tratamiento educativo, así como de la necesidad de equipos de profesionales que impulsen el desarrollo de los niños inadaptados o deficientes.

Este Plan de Educación Especial refleja la filosofía del trabajo en equipo y nombra los principios de Integración y de Normalización como pilares de esta atención.

Por su parte, el informe Warnock (1979) da paso a una concepción de las respuestas educativas en función de las necesidades educativas de los niños, transitorias o permanentes, y, con ello, a una concepción de integración, inclusión y atención a la diversidad, que se desliga de prácticas asistenciales y del modelo médico-rehabilitador tradicional, para dar paso a una concepción más amplia de la respuesta y apoyo al niño.

Desde el ámbito social, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos o LISMI (1982) enuncia los principios de Integración, Normalización y Sectorización en la atención a la discapacidad (arts. 23 y 31).

Esta ley abre la atención a la discapacidad a la prevención y a una atención globalizada e integral como un derecho y un deber social (título III, art. 8).

Para llevar a cabo esta atención globalizada se pone de manifiesto la necesidad de equipos multiprofesionales, los cuales se conforman en Centros Base y en las Asociaciones de Padres mencionadas (Resolución de 27 de enero de 1981, de la Dirección General del INRSO).

Sobre estas bases y dentro del ámbito educativo, tiene lugar el movimiento de *integración escolar*, que se extiende más tarde al ámbito social y laboral. Esta nueva fórmula de atención introduce a los niños con discapacidad en las escuelas y supone un punto de reflexión de todos los agentes educativos y de toda la sociedad sobre las ventajas o desventajas de estas experiencias.

El movimiento de integración permite también detectar necesidades y analizar la sensibilización y actitudes de toda la comunidad hacia la discapacidad, así como evaluar carencias en la formación profesional docente y en la dotación de recursos.

Por su parte, la Ley Orgánica General del Sistema Educativo, Ley 13/1990 (LOGSE), promulga una Educación Infantil para los niños y niñas de 0 a 6 años, como etapa bien diferenciada, con características y necesidades propias y específicas. Esta ley aplica los principios de la LISMI al ámbito educativo (art. 36.3), de modo que nos encontramos con que los alumnos con discapacidad tienen cabida dentro del mismo sistema educativo ordinario común, porque comparten los mismos fines generales de la educación y porque tienen necesidades comunes al resto de los niños.

La escolarización en centros de educación especial sólo se efectúa cuando las necesidades del alumno no puedan ser atendidas en un centro ordinario, procurando en todo momento favorecer el acceso de los alumnos a un régimen de mayor integración (art. 37.3). Pero ¿se encuentran los centros escolares y sus profesionales preparados para este gran cambio?

La LOGSE establece los recursos educativos para la atención de estos alumnos con necesidades educativas especiales (art. 36.1).

De esta forma son los equipos multiprofesionales los que deben identificar y valorar las necesidades educativas especiales, establecer planes de actuación coherentes a las mismas (art. 36.2) así como orientar la modalidad de escolarización más adecuada (art. 37.2).

Podemos hablar ya de prevención escolar y de compensación educativa en el ámbito de la discapacidad, pero ello exige la con-

sideración de criterios de atención globales y obliga a *replanteamientos profesionales interdisciplinarios*.

La actual Ley Orgánica de Educación, Ley 2/2006, de 3 de mayo (LOE) reconoce los planteamientos de la LOGSE desde una política basada en la equidad, que trata de garantizar la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación (art. 74).

Hablar de estos términos implica la consideración de recursos personales cualificados y materiales precisos (arts. 72.1 y 72.2).

Todos estos cambios son coherentes con los estudios sobre las influencias entre el niño y sus contextos de otros países (Bronfenbrenner, 1979; Dunst y Trivette, 1998; Sameroff y Chandler, 1975; Samerhoff y Fiese, 1990).

Ahora ya no es el niño el que debe adaptarse a la escuela sino la propia institución educativa la que tiene la necesidad de ofrecer respuestas diferenciadas en función de las necesidades que presenten los distintos alumnos que a ella acuden.

La escuela se erige como un contexto de normalización para atender a la diversidad y optimizar las potencialidades de todos y de cada uno de los niños. He ahí el verdadero valor de la inclusión educativa.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad y la Carta de Derechos de Personas con Discapacidad (2006) resaltan la necesidad imperiosa de asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar desventajas.

Por su parte, la Atención Temprana debe estar adaptada a las necesidades de niños, familia y entorno; unas necesidades, por cierto, que no son estáticas, que no son todas especiales, y que demandan la aplicación, ejecución y generalización de medidas globales, coordinadas y eficaces.

Escuela, Centros de Atención Temprana y el ámbito sociosanitario han de buscar respuestas coordinadas para asegurar el bienestar de niños y familias.

2. Coordinación Interinstitucional y Atención Temprana

En el contexto europeo, la AT se entiende como “un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias” y abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño” (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, 2005: 17).

Shonkoff y Meisels (2000) identifican la AT con los *servicios multidisciplinares* que se les ofrecen a los niños desde su nacimiento hasta los cinco años para fomentar su salud y bienestar, mejorar las competencias emergentes, reducir los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades, prevenir los deterioros funcionales, fomentar la paternidad responsable y favorecer la funcionalidad familiar.

El enfoque de la AT es amplio y no se puede desligar de un trabajo en equipo, multidimensional: traspasa al niño para atender a su familia y al entorno.

La familia es considerada piedra angular de todas las acciones que deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio y bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional (Informe de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, Peterander et al., 1999).

Se evidencia la necesidad de coordinación de todos los miembros de la comunidad, profesionales y familia como agentes activos en el desarrollo del niño.

La AT reconoce la multidisciplinariedad en la propia definición de AT y confirma que estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño y que han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT, 2000:10; GAT, 2005:12).

Trabajo en equipo, trabajo con familias y coordinación, tres claves para alcanzar co-

tas más altas de coherencia y calidad en la atención prestada.

Los problemas son multicausales, también la discapacidad y ello requiere una previsión de respuestas interdisciplinares.

Los niños con discapacidad son atendidos en el sistema escolar ordinario pero requieren, a menudo, de una atención sanitaria, educativa, psicoemocional o social que se les presta paralelamente desde ámbitos diferentes pero de forma simultánea.

Estas respuestas no pueden concebirse como acciones independientes, aisladas o sucesivas en el tiempo, sin coordinación ni conexión entre sí (Miangolarra, 2003) sino que han de estar coordinadas entre sí para proporcionar una atención coherente, organizada y de calidad.

El compromiso de los profesionales junto con esta evolución conceptual pone de manifiesto, hace apenas dos décadas, la necesidad de coordinación en AT (PADI, 1996; Andreu, 1997; AEDEE, 2000).

Es muy reciente, pues, el compromiso y la puesta en marcha de mecanismos de coordinación que se pretende sean eficaces, ágiles y enriquecedores para todos.

La sensibilización social y el paulatino cambio de actitudes hacia la discapacidad, se ha visto reflejada en la constitución de *grupos de trabajo* sobre la infancia (GENMA, PADI, GENYSI) y en *documentos-marco*, que constituyen un referente para todos los profesionales que trabajan en la primera infancia (Programa Helios II-1994-96, Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil de 1990, los Módulos de Criterios de Calidad de Centros de AT de INSERSO, CM y FADEM de 1990 y PADI-1996, el Libro Blanco de AT del 2000 y 2005, el Manual de Buenas Prácticas en AT de FEAPS de 2001, la Guía de Estándares de Calidad de AT de Ponte en 2004, las Recomendaciones Técnicas para el Desarrollo de la AT (GAT, 2005), el Plan de Actuación del CERMI de 2004, etc.

Todos estos documentos recogen el principio de coordinación y señalan la interdisciplinariedad como criterio de calidad. *Resaltan la necesidad de coordinación interinstitucional e interdisciplinar.*

Centrándonos ya en la Comunidad de Madrid (CM) tenemos que destacar que se suceden dos Planes de Acción para Personas con Discapacidad.

El primero se centra en el diagnóstico precoz y en el tratamiento integral, mostrando un esfuerzo de planificación de servicios de AT que se imparten en distintos centros y servicios (MTAS, 1999/2002).

El II Plan de Atención a Personas con Discapacidad (2002-2007) formula como objetivo específico *favorecer la coordinación institucional*. Surgen, de este modo, Grupos de Trabajo integrados por técnicos y expertos del grupo PADI para la elaboración de propuestas técnicas. Se constituye, a partir de ello, la Comisión de Atención a la Infancia y Adolescencia (más tarde Comisión de Discapacidad) con una línea de trabajo muy clara: la coordinación interinstitucional e interprofesional en AT. En este *marco se ubica nuestro estudio*.

3. La escolarización de los niños susceptibles de Atención Temprana y su Inclusión Educativa: necesidad de coordinación interinstitucional e interprofesional

Existe una gran variabilidad de datos sobre la incidencia de la discapacidad debida, entre otros factores, a la inexistencia de censos actualizados sobre discapacidad, a la disparidad de las muestras de estudio, de los instrumentos de recogida de información y de los criterios de evaluación empleados, lo cual cierra la puerta a cualquier posibilidad de generalización de resultados.

La cifra de incidencia de la discapacidad infantil que marca el II PAPD es del 2-3%, pero esta cifra no incluye las dificultades de aprendizaje ni las dificultades que no están recibiendo apoyos actualmente.

El MEC señala que un 21% del alumnado total que presenta necesidades educativas especiales (nee) se encuentra en la etapa de Educación Infantil, siendo Madrid la Comunidad Autónoma que más alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo tiene integrados en estos centros (MEC, 2007).

Estos datos nos conducen al debate sobre la dotación de centros, la cualificación del profesorado y la coordinación entre profesionales.

La Escuela Infantil es considerada como un elemento indispensable e idóneo para la detección, prevención y compensación de alteraciones, para la atención directa del niño y también para la coordinación de las intervenciones con la familia y con otros profesionales (Gútiérrez, 2005:40).

Esta idoneidad se manifiesta no sólo en los apoyos que recibe de los Equipos de Atención Temprana sino también en sus propios recursos.

Si consideramos las Escuelas Infantiles como un contexto donde, de forma natural, van a encontrarse todos los niños, con y sin discapacidad, un contexto ideal para atenderlos a todos (De Francisco, 2005: 189) es necesario que estos centros escolares se encuentren preparados, suficientemente dotados y coordinados con otros ámbitos y profesionales.

De otra forma, no se podrá garantizar la detección precoz de alteraciones del desarrollo, indispensable para poder atender adecuadamente a los niños y para saber derivarlos si fuera preciso.

La idoneidad de la Escuela Infantil como contexto de AT, es también puesta de manifiesto en el documento "Educación Temprana y Prevención de las Desigualdades" resultante del debate *Una Educación de Calidad para Todos y Entre Todos* (MEC, 2005).

Se entiende así, que es posible estimular el aprendizaje de cada niño aunque su ritmo de progreso sea diferente. Todos los niños se pueden beneficiar de una atención y de una educación que se adecue a su desarrollo. Pero la observación profesional resulta clave para ayudar al niño.

Retortillo (2005) resalta las funciones de la escuela ante situaciones de riesgo y también

en la derivación de estos niños a los profesionales de otros ámbitos o instituciones, que deben atenderlos cuando las necesidades que presentan no se pueden cubrir con los recursos escolares.

Pero ¿quién realiza funciones de detección, evaluación y atención, además de la escuela? Profesionales del ámbito sanitario y social se encuentran también implicados, de modo que la coordinación interinstitucional e interprofesional constituye una necesidad en todas y en cada una de estas fases del proceso de atención.

La Declaración de Salamanca (1994) viene a generalizar el término *Escuela Inclusiva*, considerándose la formación del profesorado y la coordinación de recursos como piezas clave para su consecución (UNESCO, 2006; AEDEE, 2000 y 2003).

Europa apuesta también por los principios de una evaluación inclusiva, una práctica innovadora que pueda ser válida para todos los alumnos, pero aún no se encuentra bien entendida ni, por supuesto, generalizada.

Deberíamos acercar terminología y conceptos entre todas las disciplinas para poder estar hablando de los mismos y, por tanto, poder poner en marcha protocolos de actuación consensuados y útiles.

En educación se entiende que la inclusión resalta los valores del alumno, no su déficit, permitiendo aplicar la información de la evaluación directamente a las estrategias de la enseñanza-aprendizaje para optimizar procesos (AEDEE, 2005).

Entendemos que si optimizamos procesos en la Educación Infantil, estaremos rentabilizando recursos para las siguientes etapas.

El Informe Nacional de Estrategias para la Protección Social y la Inclusión del Reino de España (2008-2010) contempla la Educación Infantil como estrategia para lograr la equidad en la educación impulsando medidas como la *coordinación* de todas las administraciones para garantizar su gratuidad en el 2.º ciclo, atención inclusiva del alumno con dificultades o la escolarización completa en 2010 (MEC, 2006:35).

A partir de estas directrices, cada centro, en su proyecto educativo, tiene que asumir

y concretar la atención a la diversidad como principio de funcionamiento, *contemplar tiempos de coordinación*, distribución de espacios, agrupamientos flexibles, empleo eficaz de los recursos disponibles y aplicar un estilo dinámico de dirección y de trabajo en equipo (Garrido y Santana, 1999).

Pero, una importante barrera a la inclusión es la falta de preparación de los profesores (Vitello, 1998: 32, en Gento y Gútiez, 2003:140).

Protocolos de actuación, tiempos de coordinación y formación profesional son algunos de los aspectos que hemos estudiado en el presente trabajo.

Entendemos la responsabilidad que la Escuela Infantil y los profesionales de otros ámbitos tienen en la atención de alumnos con discapacidad, pero diferentes estudios muestran, a su vez, una indeterminación profesional y vacíos formativos, tanto en la formación inicial, como continua y de postgrado en Magisterio, Medicina, en Psicopedagogía e incluso en los Libros Blancos de las nuevas titulaciones (Ruiz, 2009).

El Decreto 18/2008, de 6 de marzo, *que establece los requisitos mínimos de los centros que imparten primer ciclo de Educación Infantil en el ámbito de la CM*, es un ejemplo de esta indeterminación de titulación (cap. III, art. 9).

Nosotros entendemos que *sin formación, no puede haber una coordinación ni una atención a la diversidad adecuadas*. La formación no sólo es condición imprescindible para proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades de los niños y de sus familias, sino también para saber detectar dificultades del desarrollo infantil y solicitar una evaluación o para saber derivar. No basta con estar alerta.

Es necesario generar mecanismos para realizar actuaciones preventivas específicas que mejoren la detección temprana, pero esto, al igual que los seguimientos, *debe hacerse en coordinación* con servicios hospitalarios, de Atención Primaria y Servicios Sociales y Centros de Atención Temprana, pues, en muchos Trastornos del Desarrollo son las Escuelas Infantiles -contextos de atención y espacios en los que los niños pasan gran

parte de su tiempo- los colectivos que dan la voz de alarma. Es por ello por lo que reiteramos la importancia de que estén bien formados en desarrollo infantil.

Gento (1996) considera que coordinación implica motivación de los profesionales, una formación adecuada, actitudes de responsabilidad y autosatisfacción por el trabajo bien hecho y una comunicación ágil y flexible que dé cabida a las sugerencias de todos para lograr la efectividad en el trabajo.

Así pues, consideramos suficientemente justificada la necesidad de coordinación interinstitucional e interprofesional en AT en cuanto a que:

- La coordinación interdisciplinar se constituye como línea de trabajo marcada por la AEDEE, que realiza recomendaciones para el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad que aluden a la necesidad de cooperación y trabajo conjunto con las familias y profesionales de modo que cada uno aporte sus propias competencias y se unifiquen esfuerzos y responsabilidades.
- La misma complejidad de la problemática propia de los niños en AT requiere la intervención coordinada de diferentes profesionales (Guralnick, 2000).
- Es imprescindible coordinar los numerosos recursos que existen para la AT, coordinar sus actuaciones y difundir sus buenas prácticas.

En la CM, solo en el ámbito educativo, existen, 1.189 centros de Educación Infantil (376 pertenecen a la Red Pública de EI, 22 son de integración preferente de discapacidad auditiva, 58 de motóricos y 57 de Alteraciones Graves del Desarrollo). A ellos se suman 1437 centros privados de Educación Infantil y 480 centros privados concertados; 28 centros públicos de Educación Especial, 25 Equipos de Atención Temprana y 4 Equipos Específicos Provinciales.

En el ámbito sanitario, la CM cuenta con 31 hospitales públicos y más de 400 centros de salud, pero ningún recurso específico de AT, a excepción de muy pocas unidades de AT incluidas dentro de algunos hospitales.

En el ámbito social, se cuentan 27 Centros de Atención Temprana y 72 centros de servicios sociales, sin contar centros de acogimiento, de adopción y residenciales, servicios para familias y 9 Centros Base (aunque sólo 4 de estos prestan tratamientos directos de AT).

A este engranaje hay que sumarle las instituciones y entidades que a nivel público y privado se ocupan de la infancia.

¿Cómo coordinar todos estos recursos y profesionales? ¿Cómo lograr una distribución adecuada de dichos recursos para que no se dupliquen tratamientos y para asegurar que cubran las necesidades y sean accesibles a toda la población infantil en riesgo o con discapacidad?

La OCDE entiende la *Interdisciplinariedad* como interacción entre disciplinas, basada en una intercomunicación y enriquecimiento mutuo (OCDE, 79).

En el Encuentro Nacional de Profesionales de la Estimulación Temprana, celebrado en Ávila en 1991 se define que en esta interdisciplinariedad, cada profesional cumple una función dentro de los objetivos y ejecuta una parte del programa global, con un sistema de coordinación y respeto hacia las aportaciones de los demás.

En cada ámbito de atención observamos disciplinas muy diferentes, con formación de base muy distinta, que ejercen su trabajo en contextos muy diferenciados entre sí (hospitales, centros de salud, escuelas y colegios, centros de atención temprana, etc).

Bien sabemos que la coordinación ha de darse a nivel interinstitucional y a nivel intrainstitucional (GAT, 2005:41), que hay que promover la Coordinación Interministerial y entre las Consejerías de Sanidad, Trabajo y Asuntos Sociales y Educación, pues necesitamos una política común que impulse y permita la planificación de la coordinación y que avale y facilite su aplicación.

La sectorización, como principio básico, facilita una adecuada distribución de recursos y permite la accesibilidad de los servicios para todos los niños.

La coordinación es un proceso de mejora continua, un reto que cada profesional debe asumir dentro de su práctica; una tarea

compleja, no exenta de dificultades (Arizcun, Gútiérrez y Ruiz, 2003): dificultades para delimitar funciones y competencias profesionales, dificultades para sistematizar canales de coordinación y dificultades para establecer cauces para la transferencia fluida de información.

La falta de coordinación interprofesional dificulta la posibilidad de establecer objetivos comunes y de encontrar un lenguaje común (Arizcun y Arrabal, 2002).

Pero, para los niños con discapacidad o con riesgo y para sus familias, el derecho a una atención global y coordinada debe prevalecer (Arizcun, 2005: p. 25).

Cuando los recursos y las actuaciones están coordinados se favorece la accesibilidad de los usuarios a los mismos, la coherencia y la continuidad en la atención.

A nivel interprofesional, es necesario generar y/o difundir protocolos de intercambio de información que permitan entender la coordinación como una función básica inherente al propio trabajo de cada uno de los profesionales, centros y servicios de la AT. Sólo así abrimos la puerta a una retroalimentación y a una autoevaluación completa y permitimos completar nuestro trabajo, condición imprescindible para mejorar la calidad educativa.

El respeto al trabajo de los demás, junto con un afán por enriquecer nuestro trabajo y el referente de objetivos comunes, nos debe guiar para no perder la perspectiva de globalidad, evitando así, un trabajo fragmentado y claramente insuficiente, de cada profesional con el niño y con la familia.

Las familias evidencian la necesidad de que las orientaciones que se les ofrece desde distintas instancias resulten coincidentes, no se contradigan y consideren, globalmente, su situación o sus necesidades a la hora de planificar actuaciones (GAT, 2000).

La coordinación tanto en la orientación de la intervención como en las distintas fases del proceso de atención, es rentable: evita la duplicidad de pruebas de evaluación, evita la duplicidad de tratamientos, ayuda a una buena distribución de recursos, ahorra tiempo, hace más eficaz la intervención.

En este marco teórico vamos a considerar el estudio que presentamos.

3.1. Objeto de estudio

El objeto de nuestro estudio es conocer cómo se está llevando a cabo la coordinación entre los distintos profesionales del ámbito educativo, sanitario y social de AT en la Comunidad de Madrid, concretamente en el área 10, haciendo referencia a lo que se está haciendo, en cuanto a coordinación interprofesional en AT, en otras zonas de la Comunidad de Madrid.

¿Realizan los profesionales de AT una coordinación planificada y sistemática mediante protocolos de acceso, de evaluación, de derivación, de seguimiento y control del tratamiento como parte de sus funciones laborales?

¿Los profesionales de AT manifiestan necesidad de dicha coordinación? ¿Están formados en esta materia?

¿Conocen los distintos profesionales los recursos de zona en relación a la AT?

Queremos conocer cuáles son sus demandas y partir de esta detección de necesidades como punto de partida de mejoras en la atención que prestan.

3.2. Variables e hipótesis

Estudiamos la coordinación interinstitucional/interprofesional en la AT a través de 5 ejes o indicadores que consideramos definen la coordinación en los distintos ámbitos profesionales. Se reflejan en los ítems del cuestionario aplicado y son los siguientes:

- a) *Sensibilización, percepción profesional de necesidad de coordinación interprofesional en su desempeño laboral.* Preguntamos a los profesionales sobre si realizan funciones de coordinación en su trabajo y si encuentran necesaria la coordinación interprofesional para el desempeño de sus tareas.
- b) *Organización y tiempos reconocidos para funciones de coordinación como parte integrante de sus funciones de AT.* Preguntamos

si tienen, dentro de su horario laboral, reconocido un tiempo específico para desempeñar funciones de coordinación.

- c) *Intencionalidad: planificación intencional de la comunicación de la información.* Preguntamos sobre la modalidad en la que se coordinan y sobre los protocolos tanto de evaluación, como de coordinación interna y externa, de derivación y seguimiento de los casos.
- d) *Comunicación y apertura del propio trabajo a los demás.* Preguntamos a los profesionales de AT sobre si el procedimiento de acceso a su servicio o centro se encontraba explicitado y sobre la existencia de protocolos que favorezcan los procedimientos de evaluación conjunta, coordinación, derivación, etc. La protocolización del trabajo nos da una idea sobre la formalización de dicha coordinación.
- e) *Cualificación profesional,* referida no solo a contenidos de la AT sino también al trabajo en equipo. En nuestro cuestionario preguntamos sobre si los profesionales han recibido formación específica en AT en los últimos 5 años.

4. Metodología

4.1. Procedimiento metodológico y descripción de la muestra

Empleamos una metodología cualitativa, descriptiva e interpretativa, que nos permite avanzar en la comprensión del significado de algunos hechos e identificar problemas (Buendía, 2003), acorde al objeto de nuestra investigación: describir la realidad de la coordinación que se realiza en AT en la CM y detectar necesidades.

Esta metodología nos permite estudiar la realidad recurriendo a los puntos de vista de los sujetos implicados (Bernardo y Calderero, 2000).

Realizamos un muestreo intencional, no probabilístico y por cuotas de los servicios

sanitarios, educativos y sociales correspondientes al área 10 de la Comunidad de Madrid, seleccionando previamente la población que considerábamos más representativa en relación a las variables que pretendíamos medir y al conocimiento previo que poseíamos de dichas poblaciones.

Distribuimos el cuestionario a profesionales de los ámbitos educativo, sanitario y social, que participaban en la Comisión de Coordinación de AT del área 10 de la CM, concretamente, Hospital de Getafe, Centros de Salud, Centro de Salud Mental, EAT y Servicios Sociales Municipales, así como al Centro de Atención Temprana APANID.

En un segundo momento aplicamos el cuestionario a una muestra aleatoria de profesionales de AT, en los ámbitos sanitario, educativo y social, de otras zonas de Madrid, pensando que ello podría ser un indicador de cómo se está llevando a cabo la coordinación en otros municipios de la CM

Complementamos, de esta manera, la muestra del área 10 con profesionales de otros Centros de AT, como los de la Asociación de Profesionales de Espina Bífida (AMEB) o el Centro de Atención Temprana APANSA, Hospital de Fuenlabrada, EAT de la zona sur de Madrid, Red de Escuelas

TABLA 1. - CENTROS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Nombre del centro	Localidad	Dirección
"CENTRO SALUD DE A. PRIMARIA "SECTOR III"	Getafe	AVDA DE JUAN CARLOS I
"CENTRO SALUD DE A. PRIMARIA "JUAN DE LA CIERVA"	Getafe	JUAN DE LA CIERVA AV
"CENTRO SALUD DE A. PRIMARIA "EL GRECO"	Getafe	REYES CATÓLICOS AV
"CENTRO SALUD DE A. PRIMARIA "LOS PINTORES"	Parla	CUENCA CL
"CENTRO DE SALUD DE A.PRIMARIA "SAN BLAS"	Parla	SAN BLAS CL
"CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA "APANID"	Getafe	PZA. JIMÉNEZ DÍAZ,5
"EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA"	Getafe	AVDA. ANGELES, 20
"ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ESPINA BÍFIDA "AMEB"	Chamartín	PRÁDENA DEL RINCÓN, 4
"ESCUELA INFANTIL "RUIZ JIMÉNEZ"	Madrid- Bº Salamanca	JOSÉ PICON, 17
"GABINETE "PALABRAS"	Chamartín	CALERUEGA, 12
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA EN MADRID	Chamartín	GENERAL LOPEZ POZAS, 10
"CENTRO INTEGRAL DE SALUD"	Pozuelo de A.	CTRA. HÚMERA
"CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA "APANSA"	Alcorcón	GUADALAJARA, 2-8
"EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA"	Móstoles	SAHAGÚN, S/N.
CEIP JULIÁN BESTEIRO	Carabanchel	AVDA. ABRANTES, 79
CENTRO MÉDICO ROSALES	Moncloa	MARTÍN DE LOS HEROS, 33

Infantiles del Ayuntamiento de Madrid, y psicopedagogos y pedagogos que atienden esta población desde otras instancias (clínicas, gabinetes,...), etc.

Más del 45% de profesionales de nuestra muestra pertenecen al área 10, concretamente, Getafe y Parla, mientras que el resto pertenecen a la zona de Chamartín y Alarcón, municipios de Moncloa, Barrio de Salamanca, Fuenlabrada, Pozuelo de Alarcón y Carabanchel.

Por ámbitos y servicios de AT, el porcentaje mayor de participación en nuestro estudio, corresponde a Servicios Sociales.

Servicios sanitarios y educativos se encuentran bastante equiparados en cuanto a su participación en el estudio.

Tenemos más alta participación de los Centros de Salud (Pediatras) frente a otros servicios hospitalarios en el ámbito sanitario.

Dentro del ámbito de los Servicios Sociales hay una participación masiva de los CATs frente a otros sectores del Ayuntamiento.

Y también se observa una mayor diversificación, en cuanto a la participación de los Servicios Educativos, repartida entre gabinetes, Escuelas Infantiles, EAT y Profesorado de Apoyo.

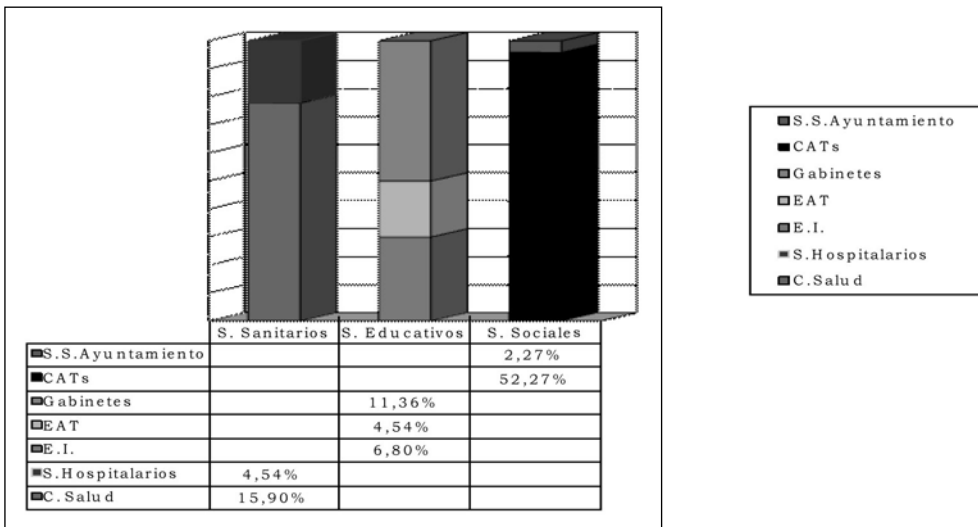


Gráfico 1. Distribución de la muestra por ámbitos y servicios de A.T.

3.2. Instrumentos

Los instrumentos de recogida de datos que seleccionamos, dada la naturaleza de esta investigación, fueron la encuesta y, más concretamente, el cuestionario. Empleamos una encuesta de autoadministración, que cada profesional de la muestra seleccionada cumplimenta personalmente.

El cuestionario está constituido por preguntas cerradas o de base estructurada y por algunas preguntas semicerradas o semiestructuradas, de menor incidencia.

Fue validado a través de juicio de expertos.

3.3. Procedimiento

Los cuestionarios fueron distribuidos desde la coordinadora del grupo de trabajo del área 10 a través de la modalidad de acceso del correo electrónico y devueltos cumplimentados por parte de cada profesional o centro de trabajo a una dirección de correo electrónico que se les facilitó. En dicha distribución se les adjuntó:

- a) Una breve carta de presentación que incluía información sobre la presentación del estudio, su objetivo, características y entidad que lo avala y dirige (Universidad Complutense de Madrid,

Facultad de Educación, Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Este estudio se realiza para la obtención del DEA).

- b) El cuestionario encabezado con una breve introducción sobre su objetivo, modo de cumplimentación y modalidad de devolución una vez cumplimentado.

Temporalización: El estudio se llevó a cabo durante el año 2006.

3.4. Tratamiento de datos

Para la organización y tratamiento de los datos utilizamos el *sistema estadístico informático SPSS* y la Estadística Descriptiva.

Codificamos las respuestas del cuestionario para facilitar la organización de datos y poder describir e inferir la información.

4. Resultados

En la revisión bibliográfica realizada encontramos que, aunque se han hecho avances importantes en las últimas décadas, no se está dando una respuesta coordinada y eficaz a la discapacidad en la CM

La continuidad de la atención no está asegurada. Es necesario homogeneizar criterios de calidad y agilizar los procesos de derivación.

En el ámbito educativo existen profesionales cualificados de apoyo escolar, pero con atención itinerante, a veces insuficiente para poder cubrir las necesidades que presenta la población de AT de forma precoz y continuada.

Aunque se tiende a la escolarización en Escuelas Infantiles de 0-3 años, hay niños con discapacidad o gran riesgo que no son detectados de forma temprana.

Con aquellos que sí se ha realizado un diagnóstico y atención precoz, consideramos que la etapa con techo en los 3 años se queda corta e induce indirectamente a tomar decisiones precipitadas hacia una modalidad de escolarización en centro específico.

La lentitud de su desarrollo, la falta de maduración, las dificultades añadidas, la frecuente falta de recursos coordinados, hacen que en este tiempo el niño no pueda optimizar sus capacidades en las distintas áreas de su desarrollo.

De otra manera hay que indicarle que inicie una escolaridad ordinaria para la que posiblemente no esté preparado ni para la que los apoyos de la escuela puedan responder.

Hemos visto que quedan perfiles profesionales por definir (Terapeuta en Estimulación Precoz, Psicomotricista, Psicopedagogo,...) y que no ha habido una adecuada formación inicial ni permanente por parte de los profesionales de los distintos ámbitos que trabajan en la AT.

Existe una base legal en los distintos ámbitos (sanitario, educativo y social) que fundamenta la actividad de AT, pero no existe una legislación propia, a nivel estatal, que facilite o garantice la puesta en marcha de medidas y programas de coordinación interinstitucional.

También encontramos acciones concretas sobre coordinación interprofesional en AT que han favorecido encuentros entre distintos profesionales: grupos de trabajo que cada vez han sido más y mejor organizados a favor de la calidad en AT, de la prevención y la coordinación (GENMA, PADI, GENYSI, GAT,...), instituciones como el CERMI o FE-APS, plataformas virtuales como el SIDIS o protocolos como el SEN-1500 que, desde la red, pretenden dar a conocer distintas experiencias en AT y unificar criterios también con Europa.

Desde 1996 la coordinación interprofesional en AT comienza a ser una práctica a investigar: las aportaciones de Andreu (1997), Retortillo (1998), Pina (2004) y Ruiz (2006) así lo demuestran.

También han ido apareciendo experiencias puntuales en otras comunidades autónomas (Osuna, Extremadura, Principado de Asturias,...) que suponen intentos de extender la coordinación como una práctica común dentro de las funciones de AT.

Pero, en general, son acciones con escaso respaldo administrativo.

En la CM la coordinación interprofesional se empieza a considerar una práctica preventiva y necesaria para aumentar la calidad de la atención prestada a partir del I y II Plan de Acción para la Discapacidad.

En nuestro estudio encontramos que existe información suficiente sobre AT en general y sobre recursos comunitarios en AT. Preguntamos al profesional de los distintos centros y servicios, sobre si ha recibido en los últimos 5 años formación relacionada con AT. Un 68.2% de los profesionales afirman haber recibido algún curso de formación específica en AT.

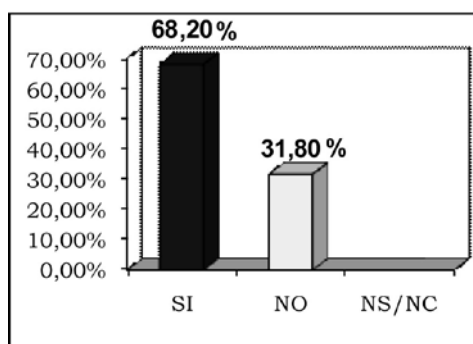


Gráfico n.º 2. Formación de A.T. recibida en los últimos 5 años.

Si tenemos en cuenta que un alto porcentaje de la muestra corresponde al área 10, que ya es un área con experiencia de trabajo en coordinación interdisciplinar en AT, el resultado de los profesionales que no han recibido formación específica en AT nos parece alto, sugiriendo la necesidad de ofrecer alternativas al respecto.

Por otro lado, preguntamos a los distintos profesionales de AT sobre si conocen los recursos y servicios de la zona, correspondientes a la misma.

Las respuestas obtenidas muestran que sí existe un conocimiento al respecto de los recursos de la AT. Solamente un 16.3% reconoce no conocerlos.

A la luz de estos resultados, podríamos decir que, para la muestra estudiada, existe suficiente información respecto a la AT en general y respecto a los recursos y servicios existentes en particular.

Coordinación: Un 88.6% de los profesionales consultados dicen desempeñar funciones de coordinación en su trabajo.

Parece que los profesionales de AT desempeñan funciones de coordinación en su trabajo independientemente del conocimiento que tengan sobre los recursos de su zona, pero los resultados que hemos obtenido no son concluyentes a este respecto, siendo necesario realizar estudios más detallados con una muestra más amplia.

Conocimiento de recursos en AT y consideración de necesidad de coordinación interprofesional: Un 79,5% de profesionales de la muestra encuestada dicen conocer los recursos y servicios de AT.

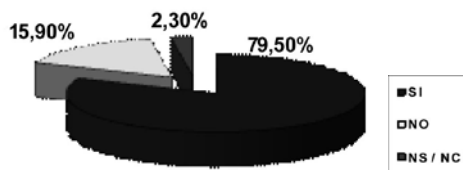


Gráfico n.º 3. Conocimiento de recursos sociosanitarios y educativos de AT

Cuando se les pregunta si consideran necesaria la coordinación con otros profesionales en su trabajo prácticamente la totalidad de profesionales contestó que sí lo consideraba necesario.

Podríamos pensar que a mayor conocimiento de recursos y servicios de AT, mayor sensibilidad existe entre los profesionales de la AT hacia funciones de coordinación para mejorar la atención de los servicios que prestan. O a la inversa, que a mayor sensibilidad de los profesionales hacia funciones de coordinación más interés existe por conocer los centros y servicios que prestan esta AT. La determinación de la dirección de esta relación entre ambas variables sería motivo de investigaciones más complejas.

Tiempo específico, dentro del horario laboral, para desempeñar funciones de coordinación: El 77.3% de los casos consultados responden que sí tienen establecido en su horario laboral un tiempo específico para funciones de coordinación interprofesional.

Algunos profesionales de servicios hospitalarios especifican que les gustaría disponer de este tiempo.

Interesaría conocer en otras investigaciones de cuánto tiempo específico disponen para estas funciones de coordinación interprofesional, si se cumplen estos tiempos para estas funciones de coordinación y si se dan en todos los profesionales de distintos ámbitos y centros de AT del resto de la C. M.

Variabilidad de la Coordinación por ámbitos y Protocolos comunes de coordinación en AT: Más de un 88% de los profesionales de AT consultados dicen que desempeñan funciones de coordinación en su trabajo -un porcentaje alto-.

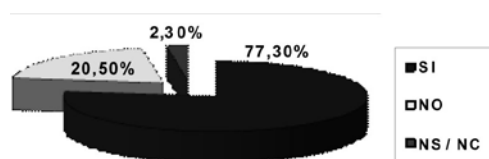


Gráfico 4. Tiempo de coordinación interprofesional en el horario laboral.

El ámbito educativo en nuestra muestra de estudio es el que más se coordina, seguido del ámbito sanitario y del social.

Observamos una mayor participación del ámbito sanitario en cuanto a funciones de coordinación interprofesional si lo comparamos con datos obtenidos al respecto por Andreu, 1997; Pina, 2004; Morell y Botana del Arco, 2004.

Los resultados obtenidos sí apuntan a que existe una coordinación variable en función del ámbito en el que se lleve a cabo.

Pero no solamente nos interesa saber si los profesionales de AT de los distintos ámbitos se coordinan, sino cómo lo hacen y si esta coordinación se da de forma protocolizada.

Para ello analizamos algunos parámetros como son si tienen explicitado el procedimiento de acceso a su centro o servicio, si tienen protocolos de detección/evaluación, si tienen programas concretos para coordinar su intervención con la de otros profesionales implicados de otros ámbitos profesionales y si tienen programas de seguimiento.

También preguntamos si adjuntan el informe de evaluación al expediente o historial del niño y si lo informan y cómo se coordinan.

Consideramos que la explicitación del procedimiento de acceso a un servicio de AT, sea del ámbito que fuere, favorece el conocimiento de los recursos por parte de los distintos profesionales y de las familias y propicia procesos de derivación más eficaces.

El 72.7% de los profesionales de nuestra muestra dicen tener explicitados los procedimientos de acceso a su centro o servicio; casi el 16% no lo tienen explicitado y un 11.4% no contesta.

Un 93,20% de los profesionales dicen disponer de protocolos de detección/evaluación en su centro o servicio, lo cual denota la importancia que estos profesionales otorgan a este momento de la detección y evaluación.

También preguntamos si el informe de evaluación se adjuntaba al expediente del alumno o del paciente y/o se comunicaba a la familia o a otros profesionales.

La mayoría de los profesionales (un 86.4%) afirman adjuntar los resultados de la evaluación realizada al expediente o historial del niño. Un 79.5% dicen comunicarlo a la familia y un 65.9% envían los resultados de la evaluación realizada a otros servicios implicados en la atención del niño para que respondan en consecuencia a la intervención.

Habría que considerar la confidencialidad de la evaluación y el respeto a la intimidad, de modo que puede ser que algunos profesionales lo comuniquen a la familia para que sea ésta la que transmita la información a otros profesionales o servicios.

Protocolos de Coordinación Interna: nos interesa conocer si los profesionales de la AT se coordinan con los profesionales que trabajan dentro de su mismo centro o servicio y, en caso afirmativo, cómo lo realizan (de manera informal o planificada o a través de protocolos de coordinación establecidos).

Parece que los profesionales de la AT en general se coordinan internamente dentro de su propio centro (88.6%), es decir, que el porcentaje de coordinación interna en nuestra muestra de estudio es muy alto.

Protocolos de Derivación Interna: Cuando preguntamos a los profesionales de los distintos centros de AT si disponían de protocolos de derivación internos en su centro o servicio los resultados nos muestran un porcentaje muy igualado entre los profesionales que sí dicen disponer de estos protocolos (43,20%) y los que dicen que no (47,70%), siendo también relativamente alto el porcentaje de abstención (9,10%).

En función de los resultados obtenidos parece ser que sí existe una coordinación interprofesional dentro del propio centro de trabajo, pero los resultados apuntan a que esta coordinación no se esté llevando a cabo de forma protocolizada.

Para conocer mejor cómo se coordinan y si la coordinación interna se realiza de forma informal, es decir, no protocolizada, también preguntamos sobre la *Modalidad de Coordinación:* el informe escrito es la forma predominante de coordinación interprofesional, seguido de las reuniones y de la modalidad telefónica.

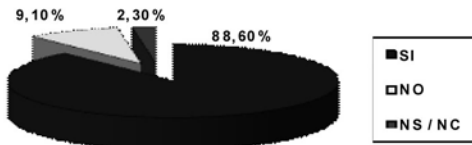


Gráfico 5. Funciones de coordinación en el trabajo.

Este estudio sugiere que la coordinación interprofesional empieza a ser una práctica regular en las funciones de los profesionales de la AT pues un 56.8% de los profesionales así lo consideran, pero obviamente no es una práctica generalizada.

Aunque un 43.2% de los profesionales de AT consideran que se coordinan de forma sistemática y un 56.8% considera que se coordinan de forma regular, dicha coordinación no se realiza de forma protocolizada en casi un 60% de los casos.

La mayor parte de los profesionales se coordinan vía telefónica (un 81.8%). Sin embargo, sólo un 20.5% reconocen que se coordinan de forma informal y no planificada.

Protocolos de Derivación Externa: Cuando se les preguntó a los profesionales sobre si tenían protocolos de coordinación con otros profesionales de otros centros o servicios la mayoría de los profesionales consultados de los distintos ámbitos de AT responden que sí que disponen de protocolos de derivación externa (un 75%).

En el GRÁFICO N.º 6 podemos ver cómo se distribuyen estos porcentajes de respuestas respecto a los protocolos de derivación externos en AT, por ámbitos profesionales, en la muestra seleccionada.

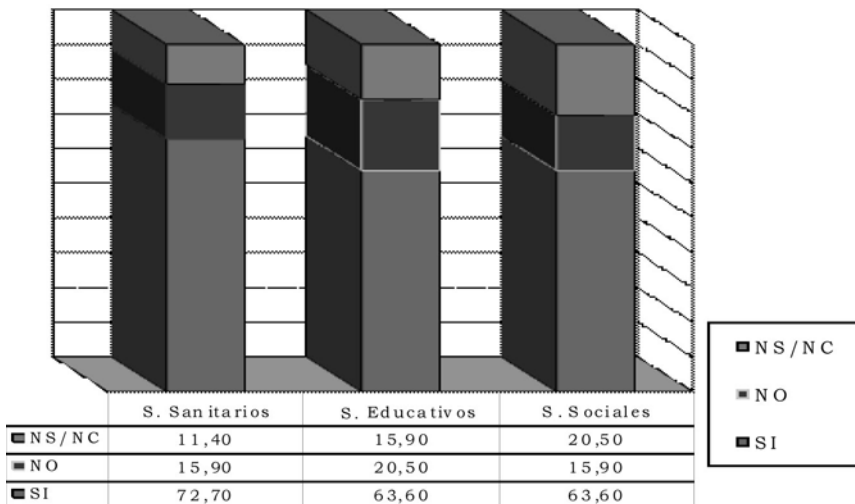


Gráfico 6. Protocolos de derivación externa por ámbitos de AT.

El ámbito sanitario, aunque según nuestros datos se coordina menos, apunta a una mayor protocolización en la coordinación que realizan, por encima del ámbito educativo y sanitario que se muestran muy igualados.

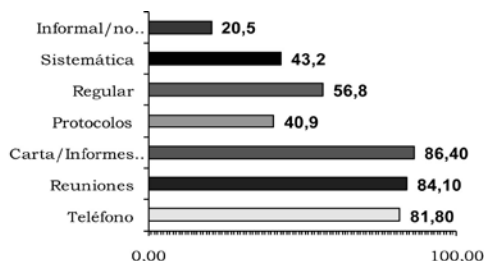


Gráfico 7. Modalidad de coordinación interprofesional.

Cuando preguntamos cuáles son estos protocolos, destacan el Protocolo de Control y Seguimiento del Niño Sano (test de Denver) y los partes interconsultas o informes en el ámbito sanitario.

En el ámbito de los Servicios Sociales, el protocolo más utilizado es el PADI, sobre todo en los CATs, aunque, en menor proporción, también aluden a Programas de Atención al Menor y a la Familia del Ayuntamiento.

En el Ámbito Educativo, el protocolo más empleado en nuestra muestra es el Dictamen de Escolarización de los EOEPs.

Objetivos de la Coordinación Interprofesional: Preguntamos a los profesionales de nuestra muestra de AT para qué se coordinaban, con qué objetivos y les planteamos distintas opciones: para obtener información o diagnósticos complementarios, para ofrecer información que ayude en la intervención desde otros ámbitos, para derivar el caso a otras instancias institucionales, para contrastar la evaluación del caso, para pedir ayuda u orientaciones técnicas u otros (opción abierta).

Prácticamente todos los profesionales consultados en los distintos ámbitos se suman a todas las opciones de objetivos de coordinación propuestos en el cuestionario.

Profesionales de EATs añaden como objetivos de coordinación interprofesional la

colaboración conjunta de diseños de planes integrales de Atención a la Infancia, la formación conjunta, el análisis de casos o la supervisión interprofesional. Profesionales del ámbito educativo privado dicen coordinarse también para la toma de decisiones que afecta al programa de intervención y convenir los objetivos del mismo.

Protocolos de seguimiento al alta en AT: prácticamente la mitad de los profesionales consultados en los distintos ámbitos de AT dicen disponer de protocolos de seguimiento, pero la cifra que nos llama la atención es que un 47.7% de profesionales no disponen de ellos.

Cuando se les pregunta que durante cuánto tiempo establecían dicho seguimiento, las respuestas obtenidas fueron imprecisas y difíciles de sistematizar.

En Escuelas Infantiles y CATs suelen indicar que se realiza un seguimiento durante el tiempo que dure la escolaridad, de forma continua, por ciclos o hasta los 6 años.

En otros ámbitos y centros, las respuestas las establecen en función de la necesidad del niño o del paciente, o bien, en algunos Servicios Sociales del Ayuntamiento marcan un techo a los 18 años, edad que, obviamente está fuera de la AT.

Lo que parece claro es que estos programas de seguimiento no se encuentran suficientemente sistematizados ni generalizados. No existen en número suficiente si bien esta afirmación deberíamos someterla a estudios más amplios.

Encontramos un porcentaje muy alto de profesionales que dicen realizar una coordinación interna en su propio centro o servicio de AT, pero de forma protocolizada solamente la realizan un 43.2%.

Protocolos de Coordinación Externa: Si nos atenemos a los datos obtenidos respecto a los Protocolos de Coordinación Externa en los distintos ámbitos de AT parece que el porcentaje es algo menor, aunque también alto (un 75%), pero es un porcentaje que se mantiene en cada uno de los ámbitos sanitario (72.7%), educativo (63.6%) y social (63.6%) y de forma protocolizada.

Por tanto, parece que existen diferencias respecto a la coordinación interna (aparen-

temente más alta pero menos protocolizada) y la coordinación externa con otros ámbitos y centros de AT (aparentemente algo menor pero más protocolizada).

5. Discusión

Aunque la muestra de nuestro estudio no permite una generalización de los resultados sí nos ofrece parámetros de reflexión que pueden abrir nuevas y más complejas vías de investigación.

Parece que los profesionales de AT se encuentran sensibilizados respecto a la necesidad de coordinarse con otros profesionales.

El siguiente paso es la conciencia sobre el beneficio de dar a conocer su trabajo y respecto a la necesidad de encontrar canales de comunicación fluidos que permitan agilizar los procesos de detección, evaluación, seguimiento y derivación. Es una meta común, ligada, necesariamente, a un cambio de actitudes favorables a la coordinación.

La mejora en la formación de los profesionales es otro de los pilares que van a permitir coordinarnos con mayor eficacia y conocimiento. Un programa formativo para favorecer o mejorar la coordinación interprofesional en AT debería plantear unos mínimos curriculares sobre el trabajo en equipo y conjunto con las familias y sobre habilidades comunicativas, entre otros, e invitar a la reflexión de los profesionales sobre su propia práctica profesional, sobre las actitudes que subyacen en el trabajo en equipo y sobre fórmulas de evaluación y de interrelación efectivas.

El conocimiento de los recursos y servicios de AT es básico para poder derivar e intervenir conjuntamente, por lo que iniciativas como DESDE o plataformas como el SIDIS son un referente en estos temas.

La protocolización de la coordinación obliga a una sistematización del propio trabajo y a un acercamiento entre las disciplinas, asegurando unos criterios y contenidos mínimos de calidad.

El momento de la detección/evaluación parece que se encuentra muy considerado entre los distintos profesionales. Debemos

trabajar en la protocolización de seguimientos y derivación de casos.

Un buen aprovechamiento y distribución de los recursos evita, sin duda, un solapamiento de funciones y favorecerá la inclusión escolar del niño de AT.

6. Referencias

- AGENCIA EUROPEA para el Desarrollo de la Educación Especial (2000). *Intervención Temprana en Europa: Organización de Servicios y Asistencia a los Niños y sus familias. Tendencias en 17 países europeos*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- AGENCIA EUROPEA para el Desarrollo de la Educación Especial (2005). *Atención Temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Recuperado el 1 de octubre de 2009 de www.european-agency.org/publications/flyers/.../cat-of-pubs-ES.pdf
- AINSCOW, M. (1995). *Necesidades especiales en el aula*. Madrid. Narcea-UNESCO.
- AGUADO, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid. Escuela Libre
- AGUILA, A. M^a & MOLERO, A. (2003). *Historia del Afrontamiento de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía*. En Miangolarra Page, J. C. *Rehabilitación Clínica Integral. Funcionamiento y Discapacidad*. Barcelona. Masson.
- ANDREU, M. T. (1997). *Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la CAM*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid.
- ARIZCUN, J. y RETORTILLO, F. (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Situación Actual y Documentos del Grupo PADI*. Madrid. Genysi. Caja Madrid Obra Social.
- ARIZCUN, J. y ARRABAL, M. C. (2002). *El enmarque en los Servicios de Neonatología de los Problemas y programas de las discapacidades pediátricas*. Madrid: GENYSI. Recuperado en febrero de 2006 de <http://paidos.rediris>.

- es/genysi/recursos/document/informes/Enmarque.pdf
- ARIZCUN, J.; GÚTIEZ, P.; RUIZ, E. (2004). Perfiles de Formación de los profesionales de la Atención Temprana (en <http://paidos.rediris.es/genysi/>)
- ARNÁIZ, P. (2003). Educación Inclusiva: una escuela para todos. Málaga. Aljibe.
- BERNARDO, J. y CALDERERO, J. F. (2000). Aprendo a investigar en educación. Madrid. Rialp.
- BUENDÍA, L.; COLÁS, P. y HERNÁNDEZ, F. (2003). Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Madrid. McGraw-Hill.
- CASADO, D. (2004). La Atención Temprana en España. Jalones en su desarrollo organizativo (Conferencia). XIV Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Madrid, 11 y 12 de noviembre, 2004. Recuperado el 1 de octubre de 2009 de paidos.rediris.es/genysi/actividades/.../Historia_ATDemetrio.pdf
- C.N.R.E.E. (1990). Las necesidades educativas especiales en la Reforma del Sistema Educativo. Madrid. MEC.
- GARRIDO, J. y SANTANA, R. (1999). Cómo elaborar Adaptaciones Curriculares de centro, de aula e individuales. Madrid. CEPE.
- GAT (2000). Libro Blanco de AT. Documentos 55/2000. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Gento Palacios (1996). Instituciones Educativas para la Calidad Total. Madrid. La Muralla, S.A.
- GENTO, S. y GÚTIEZ, P. (2003). Aspectos Didácticos y Organizativos de la Educación Especial: el desarrollo de las medidas de Atención a la Diversidad. Curso de Especialista Universitario en Educación Especial: Pedagogía Terapéutica. Módulo 1
- GUIJO, V. (2008). Los derechos de la primera infancia (0-6 años): atención socioeducativa. Septiembre-Diciembre, 2008. Revista de Educación, n.º 347. En http://www.revistaeducacion.mec.es/re347/re347_03.pdf el 14 de septiembre de 2009.
- GURALNICK, M. (2000). Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities/Evaluación Clínica Interdisciplinar de niños con discapacidades en el desarrollo. Maryland (USA). Rookes Publishing.
- GÚTIEZ, P. (1995). La educación infantil: modelos de atención a la infancia. Revista Complutense de Educación, (6) 1, pp. 101-113
- GÚTIEZ, P. (Ed) (2005). Conceptualización. Atención Temprana En Gútiez, P. Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid. Complutense.
- MIANGOLARRA, J. C. (1995). Rehabilitación Clínica Integral. Funcionamiento y Discapacidad. Barcelona. Masson.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE (2002). Atención a la Diversidad (1). Alumnado con necesidades educativas especiales. Resumen Informativo. Marzo, 2002. Instituto Nacional de Calidad y Evaluación INCE.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE (2008). Informe Nacional de Estrategias para la protección social y la Inclusión social del Reino de España (2008-2010). Madrid. MEPSyD.
- MEC (2005). Una educación de calidad para todos y entre todos. Informe de debate. Madrid. MEC.
- MEC (2008). Las cifras de la Educación en España. Estadística de la Enseñanza en España niveles no universitarios. Madrid. MEC
- MOSS, P. (1990). Cuidado de los Hijos e Igualdad de Oportunidades. Red Europea de Formas de Atención a la Infancia. Infancia. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales-Centro de Estudios del Menor. MTAS, I Plan Acción personas con discapacidad 1999/2002
- MTAS (2003) IV Plan de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Madrid. MTAS.
- OCDE Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Sección Educación y Cuidado de la Infancia Temprana. En <http://www.oecd.org/document/3/>

- PADI, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Atención Temprana (1996). Documento de Criterios de Calidad en Centros de Atención Temprana. Recuperado en enero de 2005 en <http://paidos.rediris.es/genysy/modulos.htm>
- PETERANDER, F. (1999). El Futuro de la intervención temprana: calidad y profesionalidad. En IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Madrid, 18 y 19 de Noviembre. Genysi – Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado en marzo de 2006 de <http://paidos.rediris.es/genysi/framjor.htm>
- RETORTILLO, F. (2005). La EI como contexto normalizado. Modelos de Intervención en entornos naturales. En Gútiérrez Cuevas, P. Coord. (2005) Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo de 0 a 6 años y sus alteraciones. Pp. 281-292.
- SCHEEREMBERGER, R.C. (1984). Historia del Retraso Mental. Madrid: Pirámide.
- SIERRA, B. (1985). Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios. Madrid. Paraninfo.
- TORRES, J. A. (1999). Educación y Diversidad. Bases didácticas y organizativas. Archidona (Málaga). Aljibe.
- VALLE, M. (1991). Intervención Precoz en niños de Alto Riesgo Biológico. Tesis

Doctoral. Dpto. de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid.

UNESCO (2005). Orientaciones para la inclusión: asegurar el acceso a la Educación para Todos.

7. Normativa

- LEY 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).
- LEY ORGÁNICA 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad
- LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES: I y II Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la CAM. Recuperados en www.madrid.org el 3 de septiembre de 2009.
- RESOLUCIÓN de 27 de enero de 1981, de la Dirección General del INSERSO
- DECRETO 18/2008, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos mínimos de los centros que imparten primer ciclo de Educación Infantil en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Datos de la autora

Patricia Beatriz Grande Fariñas

Doctora en ciencias de la educación. Máster en logopedia. Especializada en atención temprana y coordinación interprofesional. Profesora en el Centro Universitario Villanueva (desde 2004 hasta la actualidad).

