



Función y perspectiva de los Centros de Atención Temprana (CAT)

Fátima Estévez Montero

Estudiante del Máster de Educación Inclusiva
de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
fatima.estevez@mail.ucv.es

Alba García Fajardo

Estudiante del Máster de Educación Inclusiva
de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
alba.garcia@mail.ucv.es

Resumen

La Atención Temprana (AT) se ha consolidado tanto en la teoría como la práctica, gracias al empeño y la coordinación de los diferentes profesionales e instituciones, obteniéndose una AT de calidad y en continua mejora.

En este artículo, se pretende exponer la evolución de tales conceptos, los cambios que ha habido, describir de manera exhaustiva el funcionamiento de un CDIAT, realizando una pequeña visión a la situación de éstos en la Comunidad Valenciana, y reflexionando si se está interviniendo de forma inclusiva.

Los centros que actualmente conocemos como Centros de Atención Temprana (CAT), Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) surgen de la importancia que se comenzó a dar en las intervenciones de Atención Temprana a la familia y al impacto favorable que el entorno brinda en el desarrollo del niño.

Palabras clave: *Atención temprana, centro de atención temprana, centro de*



desarrollo infantil y atención temprana, educación inclusiva, intervención, familia.

1. Introducción

La definición que hoy en día concebimos de Atención Temprana no siempre ha sido así. Este ha ido evolucionando, atendiendo a las diferentes demandas y necesidades (Juan y Pérez, 2008).

En el contexto de avances, se ha producido una serie de modificaciones desde sus inicios, relacionadas con las prácticas impartidas en los centros de atención temprana, hasta ahora. Esta progresión se produjo con el objeto de acabar con la exclusión, atender a las familias y sus demandas, al entorno en el que se mueven, así como la necesidad de más reconocimiento de la diversidad, aportando, de este modo, una visión inclusiva.

La UNESCO (2005) define inclusión como:

Un proceso para abordar y responder a la diversidad de necesidades de todos los alumnos mediante una mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y la reducción de la exclusión dentro y fuera de la educación. Implica cambios y modificaciones en los contenidos, enfoques, estructuras y estrategias, con una visión común que abarca a todos los niños del rango de edad adecuado y el convencimiento de que es responsabilidad del sistema regular educar a todos los niños. (p. 13)

2. Evolución de la Atención Temprana

Para poder entender y saber a qué y a quiénes nos referimos cuando hablamos de *Atención Temprana* (en adelante, AT), hemos de atender ágilmente a su evolución y a la labor que han ejercido los profesionales en este campo.

Si nos situamos en los años sesenta, el foco únicamente estaba en el niño sin tener en cuenta a la familia, no eran partícipes, dominaba el modelo médico. En la década de los setenta comienza a hablarse de estimulación precoz (Belda, 2016), y se comienza a tener en cuenta a la familia. Es en los años ochenta, cuando ya no se emplea el término estimulación precoz, sino que pasa a llamarse intervención temprana, demandando las familias información de los profesionales para adquirir habilidades y estrategias. En este transcurso, pasan



de ejercer un poder sobre la familia a un modelo de prestación de servicios centrados en la familia (Cañadas, 2012). Desapareciendo a la entrada de los noventa estos conceptos para adentrarnos en la noción de AT término utilizado hasta la actualidad (Belda, 2016).

En este contexto, la normativa de la AT manifestaba un visible vacío a nivel institucional, que junto con la necesidad de formalizar la problemática de esta, provocó el surgimiento de asociaciones de profesionales involucrados, originándose el Grupo de Atención Temprana (GAT, 2000) con el fin de elaborar de manera consensuada el Libro Blanco de la Atención Temprana (en adelante, LBAT).

El LBAT fue publicado en el año 2000 por el Real Patronato sobre Discapacidad, cuyos miembros comparten identidad y denominación con la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (Belda, 2016). Este marcó un hito en lo concerniente a la AT en nuestro país, convirtiéndose en un referente normativo para las administraciones públicas, los profesionales, las asociaciones y las familias, con el fin de superar la descoordinación institucional, siendo utilizado como el andamiaje común sobre el que cada comunidad autónoma definirá sus normativas específicas.

3. Concepto y Objetivos de la Atención Temprana

El Libro Blanco de la Atención Temprana, define la AT como:

El conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (GAT, 2000. p. 13)

Asimismo, en el LBAT (2000), quedan establecidos los objetivos de la AT orientados a los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, que exponemos a continuación:

- Disminuir los efectos de una deficiencia o déficit en el desarrollo global.
- Optimizar el proceso del desarrollo del niño.
- Incluir mecanismos de compensación, de eliminación de barreras y de adaptación.



- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y del entorno.

Cabe señalar, que estos objetivos llevan implícito la necesidad de que las acciones de apoyo se desarrollen en los llamados entornos naturales.

4. Niveles de Intervención

La AT requiere y necesita de la implicación de las familias en los programas y servicios que actúan en los diferentes contextos del del niño.

Atendiendo a las indicaciones del LBAT (2005) podemos diferenciar tres niveles en los que se basa tal intervención.

El primer nivel engloba la prevención primaria de los trastornos en el desarrollo infantil. Tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son: los de Salud, Servicios Sociales y Educación.

Seguidamente, la prevención secundaria tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.

Y, por último, el tercer nivel de prevención agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño, su familia y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

5. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

La constitución de lo que ahora denominamos CDIAT, ha sido fruto de una evolución del concepto y cambio de mejora de lo que es la AT, como acabamos de ver.

En este sentido, alrededor de los años 70 se hablaba sobre Centros de Estimulación Precoz (CEP) donde se realizaban intervenciones meramente rehabilitadoras en niños generalmente con patologías relacionadas con déficits en el cociente intelectual. Sin embargo, en los años 80 se comenzó a hablar sobre detección, prevención y otros nuevos conceptos como salud y plasticidad neuronal; sobre nuevas teorías del desarrollo humano que destacaban la influencia que ejercen las relaciones sociales, así como los entornos donde uno



crece, como explica la Teoría de Bronfenbrenner (1979) entre otras; que hicieron que se cambiara el concepto a Centros de Atención Temprana (CAT). De esta manera, los centros se adecuaban cada vez más a las demandas de atención de los infantes y de sus familias. Aunque todavía existe este tipo de centros, en algunas comunidades autónomas han evolucionado a Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), con la diferenciación de no parecer tanto una atención ambulatoria.

Estos centros, los CDIAT, han pasado de estar compuestos por equipos multidisciplinares a equipos interdisciplinares, de efectuar una intervención centrada únicamente en el niño a valorizar positivamente la intervención de las familias y a la necesidad de intervenir en los diferentes contextos naturales en los que se desarrolla el niño.

Por lo tanto, los CDIAT son “servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos” (GAT, 2005, p. 23). Las situaciones de riesgo pueden ser biológicas, psicológicas o sociales, por lo que se necesita intervenir con un modelo biopsicosocial.

6. Tipos y Profesionales que Forman el CDIAT

Partiendo de la base de igualdad de oportunidades que nos reconoce la Constitución Española (1978) y la no distinción o discriminación de ningún tipo de los niños que registra la ONU en los Derechos del Niño (1959), no cabría duda, de que al igual que cualquier otro infante, los niños con trastorno o riesgo de padecerlo tengan las mismas oportunidades y derechos. Esta declaración de igualdad y oportunidades es esencial hacerla notoria en la actualidad, para reflexionar si se está cumpliendo.

Dependiendo de la comunidad autónoma y la dependencia administrativa a la que esté sujeta el CDIAT, existen centros con titularidad pública o privada. Los centros privados se adscriben a organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones de padres, o incluso, aunque en menor número, a universidades. Si bien, comparten el mismo objetivo: responder a la atención que precisa el niño sin ningún tipo de exclusión.



En cuanto a su localización, es conveniente que los CDIAT sean de fácil acceso para las familias y estén situados próximos a otros servicios de atención primaria como centros de salud o escuelas infantiles para facilitar la coordinación entre los diferentes agentes profesionales, conocer mejor el entorno de los niños y familiares atendidos, así como los aspectos relevantes de la comunidad en la que se encuentran.

Respecto a los profesionales, es imprescindible contar con un equipo multiprofesional y de orientación holística, que esté formado por especialistas de AT procedentes del ámbito médico, educativo, psicológico y social. Este equipo, puede ser interdisciplinar o transdisciplinar, siendo la formación continua un requisito imprescindible.

De igual manera, en el centro debe haber un mínimo de agentes que lo compongan: técnico de AT, psicólogo, pedagogo, logopeda, fisioterapeuta, trabajador social, psicomotricista y terapeuta ocupacional. Algunos de ellos pueden estar a media jornada.

7. Funcionamiento: Niveles de Intervención

Hasta ahora, hemos visto que pueden existir diferentes tipos de CDIAT, pero que todos ellos comparten un objetivo común, y, por tanto, deben seguir una línea básica de intervención que comprenda los tres niveles de actuación anteriormente nombrados: prevención primaria, secundaria y terciaria. Este modelo de actuación es el aconsejado en el LBAT (2005).

7.1. *Prevención Primaria y Secundaria.*

Entre las funciones del CDIAT se incluye la labor de sensibilizar, prevenir (prevención primaria) y detectar (prevención secundaria). Y, para ello, crean programas en colaboración con otras instituciones, asociaciones u otros profesionales, con el objetivo de sensibilizar a la población sobre la prevención de aspectos relacionados con el desarrollo infantil.

Por un lado, existen programas dirigidos a familias para proporcionarles información y orientaciones con la finalidad de evitar anomalías en el desarrollo normal del niño.



Por otro lado, elaboran programas dirigidos a profesionales que puedan estar en contacto con estas familias para promocionar la salud y educación del niño, así como para detectar las posibles alteraciones en su desarrollo.

7.2. Prevención Terciaria.

Una vez recibida una solicitud de intervención por parte de la familia o de cualquier otra institución o profesional, los CDIAT son los que asumen la total responsabilidad del proceso. Los pasos que sigue cada uno de los centros, y que veremos de forma más detallada, son: valoración inicial, intervención terapéutica, evaluación, seguimiento y derivación.

Sin duda, la planificación de tal intervención se debe ajustar a las características individuales de cada niño, a su situación familiar y del entorno. Además, estos programas deben incluir los objetivos, temporalización, metodología a aplicar y evaluación de los objetivos propuestos y resultados.

7.3. Proceso de Valoración Inicial.

Es el primer paso que se da cuando se ha recibido una solicitud de intervención. Los profesionales del CDIAT deben recoger la máxima información posible del niño, realizar un estudio global que abarque su desarrollo personal, su familia y entornos. Para ello, es necesario que se coordine e intercambie información con otros profesionales, y, sobre todo, las demandas por parte de la familia, ya que “las necesidades más importantes de las familias son aquellas que son identificadas por ellas mismas, no las identificadas por los profesionales” (De Linares y Rodríguez, 2004, p.32).

Esta valoración inicial está compuesta por cuatro momentos:

- Recogida de información: mediante entrevistas de acogida a las familias, donde se establecen las primeras directrices de la intervención; recogida sistemática de información de la familia; y recogida de información de otros profesionales. De todos los datos recogidos en esta fase, se elabora una historia común.
- Evaluación del niño y su entorno. Se realiza una evaluación a través de distintos instrumentos como: observar su conducta espontánea y pruebas estandarizadas, entre otras. Todas estas pruebas aportan al



- profesional: información sobre las capacidades, posibilidades y limitaciones del infante.
- Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención. Se reúnen los profesionales y aportan sus datos y conclusiones de la evaluación, teniendo en cuenta todos los factores biopsicosociales. Se comienza a realizar el plan de intervención teniendo en cuenta los recursos de la comunidad, las características propias de la familia y del niño.
 - Entrevista de devolución. Se informa a la familia de los datos recogidos y de la propuesta de intervención. Pudiendo esta modificar, e informándoles de las funciones que puedan asumir.

7.4. Intervención Terapéutica.

Una vez recogidos los datos necesarios y diseñado el plan de intervención, se pasa a la actuación. Esta fase recoge todas las actividades del proceso.

Cada uno de los niños a los que se atiende tiene un “Programa de atención global e individualizado” (GAT, 2005, p. 26). Además, dependiendo de las características, la intervención se puede llevar a cabo en los CDIAT, en el domicilio o en otro lugar; y pueden ser realizadas individual o grupalmente.

Las intervenciones con las familias también pueden ser de forma individual o grupal. En las individuales los profesionales les ofrecen información sobre todo lo que necesitan saber: asociaciones, ayudas económicas, proceso de intervención de su hijo, etc. El objetivo principal de la intervención con el grupo familiar es que reflexionen, que se adapten a la nueva situación, que adquieran actitudes positivas, etc., evitando que el problema no esté centrado en el trastorno que padece el niño, sino en entender a su hijo como lo que es, fundamentalmente un niño. Por otra parte, las intervenciones grupales hacen referencia a espacios abiertos donde las diferentes familias exponen sus sentimientos, cuentan sus experiencias y se apoyan mutuamente. El hecho de conocer experiencias de otras familias con circunstancias similares ayuda a organizarse y generar otros recursos para lograr mayor adaptación a la situación.

Seguidamente, si el niño está en edad escolar, es esencial que el CDIAT esté en continuo contacto con el equipo educativo del centro, y que colaboren e intercambien datos imprescindibles del niño. Igualmente, los CDIAT pueden participar en la decisión de la modalidad de escolarización que más convenga.



No debemos olvidar que los CDIAT intervienen también en el entorno del infante y de la familia mediante el diseño de estrategias de adaptación, con el objetivo de eliminar barreras físicas y socioculturales.

7.5. Evaluación y Seguimiento.

Después de llevar a cabo el procedimiento, es necesaria una evaluación. En ella se valoran todos los ámbitos donde se ha intervenido, la metodología aplicada, los recursos, etc. Puede hacerse de dos formas: realizar una evaluación continua, es decir, durante la intervención se puede ir modificando y ajustando, o evaluación final, la cual determina si se han conseguido los objetivos propuestos y finaliza la intervención o si hay que realizar una derivación.

7.6. Derivación.

Se llega al fin de la intervención cuando se considera que el niño ha evolucionado positivamente, y, por lo tanto, no necesita más el servicio de Atención Temprana, o, por el contrario, que por razones de edad o de otra índole, el niño deba continuar en otro centro.

En caso de que ocurra la derivación a otra institución, debe ser con el conocimiento de los padres, garantizando la continuidad del niño y con el envío de toda la información necesaria.

Sea derivación o fin de intervención, siempre debe haber un informe redactado donde esté recogido todos los datos del proceso.

7.7. Participación de la Familia

Uno de los aspectos principales de los CAT, es la participación e implicación de las familias en el proceso, puesto que los padres son los únicos que pueden dar a su hijo un espacio real, físico y afectivo. Por ello, es prioritario conocer las necesidades de la familia y plantearse qué tipo de intervención es la más adecuada, para poder dar una respuesta coherente a sus necesidades.

El objetivo fundamental (GAT, 2005) es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones,



sintiéndose partícipes, actuando de este modo como agente potenciador del desarrollo del niño.

8. Los Centros de Atención Temprana en la Comunidad Valenciana

En nuestro país existen grandes diferencias, debidas posiblemente a las políticas de descentralización y a la historia sociocultural propia de cada Comunidad Autónoma.

En lo que se refiere a la Comunidad Valenciana, en base a la *ORDEN de 21 de septiembre de 2001*, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz, los centros de entidad tanto pública como privada, actualmente se denominan Centros de Atención Temprana (CAT). Muchos de ellos hoy en día mantienen el nombre antiguo, por ello es posible que sigamos viendo la referencia CDIAT, lo que en ocasiones puede provocar confusión, siendo una realidad que los nombres y atribuciones varían según la Comunidad Autónoma (GAT, 2010).

Hay que señalar que, en la Comunidad Valenciana, según el GAT (2010), la mayoría de estos centros, alrededor del 94%, están concertados con la administración, siendo un porcentaje mínimo el que corresponde a centros de titularidad pública.

Los CAT de la comunidad, están destinados al tratamiento asistencial y/o preventivo de niños con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos con edades comprendidas entre 0 y 6 años.

Los recursos tienen autonomía propia para la recepción de casos y no es necesario el dictamen de minusvalía para acceder a ello. Siendo la Consejería de Bienestar Social la que interviene a nivel de valoración de la discapacidad en los Centros de Diagnóstico y Minusvalías.

9. Conclusión

Es evidente, la importancia que tienen los Centros de Atención Temprana o Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana en el sistema estatal para conseguir un desarrollo óptimo en el niño y su inclusión total en el entorno. De ellos, cabe destacar que el valor que más les identifica después de su evolución conceptual es la unión de todos y cada uno de los miembros.



El camino ya ha comenzado, y poco a poco, va prosperando hacia un enfoque inclusivo. Se requiere de un compromiso todavía más fuerte que haga que todos vayan en una misma dirección, teniendo como finalidad garantizar el desarrollo del niño cumpliendo con sus derechos, abarcando el ámbito cultural, social, sanitario y educacional.

En el sistema estatal actual, y como hemos podido observar de forma más concreta en la Comunidad Valenciana, existen más centros de entidades privadas y/o concertadas que públicas; excluyendo de esta manera a numerosas familias por motivos de diversa índole, entre ellos, económicos. Si de verdad queremos conseguir una íntegra inclusión, debemos empezar a eliminar las barreras que impiden el acceso a este tipo de servicios.

Referencias Bibliográficas

Belda, J.C. (2016). Niveles de desarrollo de la Atención Temprana. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (1), 219-224. <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.12>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press. (Traducción castellana en 1987: *Ecología del desarrollo humano*. Paidós).

Cabrerizo de Diago, R., López Pison, P., Peña Segura, J.L. (2014). Atención Temprana. Recursos. Criterios de derivación. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 7 (3), 133-8. <https://fapap.es/articulo/304/atencion-temprana-recursos-criterios-derivacion>

Cañadas Pérez, M. (2012). La Familia, principal protagonista de los centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Edetania*, 41, 129-141.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

Convención de los Derechos del Niño (ONU 1989). Ratificada el 30 de noviembre de 1990 (BOE 30-12-1990).



- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). "Bases de la Intervención Familiar en Atención Temprana". En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.), Manual de Atención Temprana, (pp. 333-351). Pirámide.
- Generalitat Valenciana. Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. (2015). *Centro de atención temprana (CAT)*. <http://inclusio.gva.es/es/web/discapacitados/centro-de-atencion-temprana2df>
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Atención Temprana. (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana. (2010). *La realidad actual de los recursos de Atención Temprana en el ámbito estatal*. Real patronato sobre Discapacidad
- Juan Vera, M. y Pérez López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65 (23,2), 21-38.
- ORDEN 9607 de 2001 [Conselleria de Bienestar Social]. Por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz. 21 de septiembre de 2001.
- UNESCO. (2005). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Guidelines for inclusion: Ensuring Access to education for All*.