



## **Atención Temprana: un cambio hacia la intervención centrada en la familia**

**Esther Bruixola Chirivella**

Estudiante del Máster de Educación Inclusiva  
de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir  
[ebruchich@mail.ucv.es](mailto:ebruchich@mail.ucv.es)

**M<sup>a</sup> Nieves Liberós Pérez**

Estudiante del Máster de Educación Inclusiva  
de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir  
[nliberos@mail.ucv.es](mailto:nliberos@mail.ucv.es)

### **Resumen**

Este artículo pretende aproximar al lector a una disciplina de gran relevancia para la infancia, se trata de la Atención Temprana. Constatamos que la misma ha ido evolucionando por el surgir de diversos enfoques que han puesto de manifiesto la importancia de intervenir sobre un determinado colectivo de niños en sus primeros años de vida, concretamente de 0 a 6 años, los cuales resultan determinantes para su desarrollo integral.

Consecuencia de esta evolución surge la necesidad de considerar a la familia y a su contexto próximo como agentes esenciales que, junto con los profesionales formados que componen la Atención Temprana, contribuirán al desarrollo interdisciplinar y global del niño.



Es por esta razón por lo que las intervenciones están centradas en el núcleo familiar donde la familia adquiere un papel activo y colaborador dotando a ésta de una serie de capacidades que le permita actuar de forma precisa en sus acciones cotidianas, convirtiendo éstas en oportunidades de aprendizaje constante mejorando la calidad de vida tanto del infante como de su entorno próximo.

**Palabras clave:** *Atención temprana, infancia, deficiencia, riesgo, Libro Banco de la Atención Temprana, Modelo centrado en la familia.*

## 1. Introducción

La constante preocupación por la infancia hace posar la mirada de la comunidad científica en los primeros años de vida de un niño al marcar estos el devenir de sus restantes años de vida. Este es el motivo para desarrollar el conocimiento sobre esta etapa de desarrollo del niño especialmente “cuando existen ciertos indicios que informan de la existencia de trastornos congénitos, metabólicos, madurativos o de cualquier otra índole o posible riesgo de padecerlos” (Robles y Sánchez, 2013, p. 132). Los seis primeros años de vida del niño son cruciales pues en estos años es cuando más crece y madura el Sistema Nervioso considerándose este periodo de vida vital para la salud, el bienestar y aprendizaje como apunta la Organización Mundial de la Salud, radicando aquí la importancia para actuar en la infancia (Martínez y Calet, 2015).

La necesidad de propiciar un cambio en los servicios de Atención Temprana para lograr una intervención de mayor calidad, conduce a ser preciso el planteamiento y cambio del paradigma hacia una intervención en la que la familia sea agente activo y colaborador (Castellanos et al., 2003).

## 2. Concepción de la Atención Temprana

Para aportar un concepto sobre el objeto del presente artículo es conveniente contemplar cómo a lo largo del tiempo se han empleado diferentes terminologías para hablar de un mismo concepto: “Estimulación precoz, atención infantil precoz o estimulación temprana y Atención Temprana han sido algunos de ellos. En la actualidad se utiliza el término intervención o Atención Temprana” (Gutierrez y Ruiz, 2012, p. 108).



Varias son las concepciones de Atención Temprana que conducen a una más consensuada, la aportada en el Libro Banco de la Atención Temprana, pero son dignas de reseñar por su gran importancia mostrando los avances en nuestra conceptualización. La primera de estas es la aportada por Gutiez, Sáenz-Rico y Valle (1993), citado en Gutiez y Ruiz (2012), en la que indica que la Atención temprana, de ahora en adelante AT, consiste en:

el conjunto de técnicas educativas que tienen por objeto al niño y su familia, y por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño, mediante la estimulación regulada, sistemática y continuada, llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los cero a los tres años de edad.

La siguiente conceptualización de AT la proporciona en 1999 el grupo PADI quien la define como “el conjunto de actuaciones planificadas con carácter global e interdisciplinar, para dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes, originadas por alteraciones en el desarrollo o por deficiencias en la primera infancia” (Gutiez y Ruiz, 2012, p. 108).

La AT según la definición formulada por un grupo de expertos interdisciplinar del Grupo de Atención Temprana (GAT) recogida en el año 2000 en el Libro Banco de la Atención Temprana es:

el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar por 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 y transdisciplinar (GAT, 2000, p. 13).

De esta definición extraemos como características esenciales que el niño es el eje de su propio desarrollo, que hay un cambio hacia un modelo de actuación más educativo, que se concede mayor protagonismo a la familia, y la multidisciplinariedad del equipo que forma la AT (Robles y Sánchez, 2013).



De las definiciones expuestas de AT extraemos como colectivo destinatario de las actuaciones a los niños de entre 0 a 6 años, pero que presenten alguna deficiencia o discapacidad documentada y/o riesgo biológico, psicológico o social que de algún modo afecta a su desarrollo (Robles y Sánchez, 2013). Concebida así la AT como una atención global al niño y sus familiares, podemos deducir la razón o fundamento de ésta partiendo de dos premisas: que los problemas de origen genético o biológico pueden vencerse o mitigarse y que la experiencia adquirida en los primeros años de vida es crucial para el desarrollo (Perera, 2011).

Surgen aquí 3 afirmaciones básicas en AT: los niños con dificultades en su desarrollo requieren un número mayor y variado número de experiencias cuando más pronto mejor, que serán necesarios programas con especialistas formados que les aporten experiencias facilitadoras para su desarrollo y constatamos que su progreso evolutivo avanza si participan en programas de AT (Perera, 2011).

### **3. Importancia y objetivos de la Atención Temprana**

La AT, como disciplina en plena formación, adquiere su gran relevancia por ser un modelo de intervención con una enorme “concienciación por parte de todos los sectores implicados en su implementación sobre la necesidad de trabajar con unos criterios bien definidos para prestar una atención óptima al infante” (Martínez y Calet, 2015, p. 34).

La evolución de la concepción de la AT ha variado hasta ser un concepto aglutinador de actuaciones o medidas sociales, sanitarias y educativas que, y aquí radica su importancia, garanticen las mismas oportunidades a los niños con alguna discapacidad o se encuentren en situación de vulnerabilidad donde prima el trabajo conjunto con el niño, familiares y centros escolares (Aranda y Andrés, 2015).

Es por este motivo que Guralnick (1998), citado en Perera (2011), manifiesta que la “atención consiste en un tratamiento médico, educativo y social que influye directa o individualmente en el funcionamiento de los padres, de la familia y del propio niño” (p. 140) configurándose la AT como la forma de hacer frente a las necesidades que presentan estos niños.

Así pues, encontramos un objetivo principal en la AT y una serie de



objetivos propios a tener presentes. El objetivo primordial de la AT es:

El principal objetivo de la AT es favorecer el desarrollo y el bienestar del niño y su familia, posibilitando de forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (Candel, 2005), es por ello que se trabajan áreas como son la cognitiva, autonomía, lenguaje o comunicación, y motora, además de asesorar, orientar e intervenir de manera individual y/o grupalmente con las familias que tienen un hijo con cualquier discapacidad o riesgo de padecerla según los diferentes diagnósticos recogidos en la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (Robles y Sánchez, 2013, p. 134).

Perera (2011) nos indica que son objetivos propios de la AT según el Libro Banco de la Atención Temprana (2000): minimizar los efectos consecuencia de la deficiencia en el desarrollo del menor, perfeccionar el proceso de desarrollo del infante, insertar todos aquellos mecanismos esenciales para efectuar una compensación, eliminación de barreras, así como adaptación de necesidades del niño, intentar que no aparezcan carencias secundarias por su discapacidad o riesgo, satisfacer las necesidades que requieran los familiares o el entorno próximo del menor, concebir al menor como eje central de la AT y concebir a la familia como un importante agente de la intervención.

Enunciados los objetivos de la AT encontramos unos principios esenciales para poder hablar de una AT de alta calidad como son el diálogo y participación de todos aquellos intervinientes en la AT, ofrecerla sin coste ni discriminación a todos los que la requieran, interdisciplinariedad y alta formación y responsabilidad de los profesionales e instituciones y, en último lugar, la descentralización de los servicios necesarios para cubrir las necesidades cerca del su residencia (Gutiez y Ruiz, 2012).

#### **4. Orígenes y evolución de la Atención Temprana**

Como ya hemos comentado la AT es una disciplina reciente (Tabla 1) cuyo origen se encuentra en centros privados o asociaciones de progenitores de niños con discapacidades siendo el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos en 1970 su agente financiador, para después formar parte de una red de servicios propios. Será en 1980 cuando la AT pasa a ser una prestación individual y con el tiempo a concebirse la AT tal y como la conocemos actualmente (Robles y Sánchez, 2013).



**Tabla 1**

*Evolución de la Atención Temprana*

Año	Hito	Aportación
Años 70	Especialización disciplinar e investigaciones	Los primeros años de vida es un “periodo con necesidades y características específicas que son diferentes a cualquier otro momento y que existen posibilidades de intervenir para tratar de modificarlo” <sup>a</sup>
1973	Curso de estimulación precoz para niños menores de cinco años	Origen de la AT en España. <sup>b</sup>
1978	<i>Informe Warnok</i>	Cambios en la intervención infantil y en la educación especial. <sup>a</sup>
70-80	Corriente de la Estimulación Precoz en España	Pasa de actuaciones asistenciales a actuaciones preventivas, coordinadas, globales e interdisciplinares. <sup>a</sup>
80-90	INSERSO inicia la Atención Precoz	Carácter sistemático y secuencial de la estimulación en los primeros años. <sup>b</sup>
1980-1985	Creación centros de estimulación	Se crean la mayor parte de los existentes. <sup>b</sup>
1982	Ley de Integración Social de los Minusválidos	Las unidades de estimulación precoz se integran en los Centros Base generalizando los servicios de estimulación. <sup>c</sup>
1991	<i>Manifiesto Eurlyaide</i>	Evolución de la Atención Temprana en 3 niveles: teórico, práctico y político. <sup>a</sup>
1999	<i>Intervención temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos</i>	Apuesta por trabajar con las familias como herramienta básica. <sup>d</sup>
2000	<i>Libro Blanco de AT</i>	Intento de unificación de criterios y referente normativo. <sup>a</sup>

Nota: <sup>a</sup> Martínez y Calet, 2015. <sup>b</sup> Gutierrez y Ruiz, 2012. <sup>c</sup> Giné, Gràcia, Vilaseca y Balcells, 2009.

**5. Modelos de intervención de la Atención Temprana**



Podríamos afirmar que en la AT es necesario el trabajo con el niño de forma conjunta entre el profesional y la familia, además de otros agentes que puedan intervenir en su contexto natural. Este planteamiento ha llevado con el tiempo a una clara evolución de los diferentes modelos de AT; existiendo diferencias en los roles que desempeñan los profesionales involucrados, como las familias. Los modelos de intervención comprenden desde enfoques en los que el profesional sea el foco de atención de forma primordial, hasta alcanzar un enfoque centrado en la familia, que de un tiempo a esta parte va adquiriendo mayor relevancia.

Respecto al modelo centrado en el profesional, se entiende que éste es el experto primordial que conoce y determina las necesidades del niño y la familia, así como el método a llevar a cabo para la mejora de dichas necesidades (García-Sánchez et al. 2014). Se trata de un modelo en el cual la familia adquiere un papel pasivo y en el que dotará al profesional de su confianza plena dado que toma las decisiones y organiza las soluciones de los problemas que ha ido detectando a lo largo de su intervención.

Con el tiempo ha sido necesario considerar a la familia en la intervención de la AT, pues ésta tiene el papel principal en el desarrollo del niño, y no podemos dejarla al margen en las decisiones que se tomen en torno a su hijo, puesto que se trata de su responsable legal, además de acompañarle a lo largo de toda su vida en su desarrollo (Castellanos et al., 2003).

Por tanto, se consideró imprescindible cambiar el papel de la familia, considerado hasta entonces como pasivo, a un papel totalmente activo. De Linares, y Rodríguez (2004), citado en Juan-Vera et al. (2009), surge el modelo centrado en la familia. Los profesionales en este modelo entienden las familias como iguales, considerando que de este modo se facilitan y mejoran las posibilidades de desarrollo del niño, por medio de unos objetivos consensuados y acordados entre la familia y el profesional; por lo que ambos comparten un mismo compromiso. Podemos decir que el niño encuentra en la familia apoyos tanto económicos, nutritivos, sanitarios, como aquellos personales y emocionales; además, la familia favorece la construcción de sus sueños, puesto que es responsable de promover en el niño un proyecto de vida y felicidad (Castellanos et al., 2003). Estos dos aspectos son imprescindibles en la AT, por lo que es necesario que sean fomentados para facilitar la integración del niño en la familia, colaborando en el proceso de



aproximación y adaptación al niño y en la planificación de ese proyecto de vida para su hijo (Castellanos et al., 2003).

## **6. Atención Temprana Centrada en las Familias**

El trabajo centrado en las familias se fundamenta en la teoría de los sistemas familiares y ecológicos. Turnbull (2003), citado en Giné et al. (2009), afirma que la familia forma parte de un sistema social complejo formado por unas características y necesidades que le son propias, en las que las diferentes relaciones y experiencias de los miembros que la forman van a influir en el desarrollo de cada uno de ellos; además, esta teoría considera el entorno en el que se desarrollan, considerando que todos estos aspectos influyen en la intervención de AT. Entendiendo que tanto la familia del niño con necesidades de AT, como el entorno, son aspectos en los que podemos encontrar y potenciar los recursos y competencias; con el fin de crear un entorno con las competencias adecuadas que posibiliten el desarrollo del niño, creando oportunidades de aprendizaje en actividades rutinarias, centradas en un contexto (Perpiñan, 2009). Así pues, por medio de esta práctica conseguimos la existencia de mayores oportunidades de aprendizaje, a diferencia del modelo centrado en el profesional.

Comprender que existen diferentes tipos de familias, familias compuestas por diferentes personas, que pueden cambiar a lo largo del tiempo, con culturas diferentes; facilita el respeto y el entendimiento de que éstas son recursos y que deben participar en la identificación de sus necesidades, prioridades y fortalezas. Así, por el modelo de trabajo centrado en la familia se consigue una intervención en la que se conozcan las necesidades que éstas precisan, para facilitar estrategias que respondan a sus demandas, favoreciendo la colaboración y comunicación entre ambas partes.

Según Brown et al. (2007), citado en Giné et al. (2009), una de las características básicas del trabajo centrado en la familia es concebir la familia como unidad de apoyo, considerandola el centro de la atención, adquiriendo importancia su bienestar, siendo necesaria la comprensión de sus necesidades y preocupaciones, aunque no estén relacionadas directamente con el niño que requiere AT. Este cambio de paradigma supone comprensión y apoyo a cada miembro de la familia.



Por otra parte, *la familia tiene capacidad de elección*, siendo el profesional el que anima a los padres a expresar sus preferencias para que puedan dar respuestas a estas necesidades. Esto supone un cambio en la relación entre el profesional y la familia donde los especialistas toman decisiones de forma colaborativa. Además, por parte del profesional se abandona la orientación “patológica” basada en los déficits de los individuos y de las familias para centrarse en sus fortalezas; esto consiste en identificar los puntos fuertes tanto del niño como de su familia, promoviéndose así las capacidades para ser utilizadas de manera positiva y efectiva en su día a día, al mismo tiempo que crece la confianza en sus posibilidades y se favorece la calidad de vida.

En dicho enfoque adquieren prevalencia las actividades centradas en el entorno natural a partir de la participación activa de las familias o cuidadores principales. De este modo se pretende favorecer el aprendizaje y el desarrollo del niño con necesidades de AT, implicando a las familias y considerándolos agentes totalmente competentes, resultando necesario que las familias se encuentren motivadas y se consideren parte principal del programa de intervención

## **7. Logros del Modelo Centrado en la Familia**

Como hemos ido indicando a lo largo del artículo, el modelo de AT centrado en la familia responde de forma más efectiva a las necesidades y objetivos que el profesional ha de programarse en la intervención con el niño y con su familia o cuidador principal. Considerando que cada niño es único, éste precisará de necesidades diversas, siendo la mayoría de éstas atendidas independientemente del modelo que se haya seleccionado. Pero debemos considerar la existencia de algunas necesidades que serán atendidas de forma más precisa desde el modelo centrado en la familia (Giné et al., 2006). Algunas de ellas las vamos a conocer en este apartado:

Por medio de la implicación activa de la familia y otros agentes presentes en su día a día, como puede ser la Escuela Infantil, desde un enfoque centrado en la familia y el entorno se alcanza un máximo aprovechamiento de oportunidades de aprendizaje contextualizadas, ya que el cerebro del niño mediante la motivación e interés dirigirá las interacciones con objetos y personas (GAT, 2000).



Los sistemas de aprendizaje dentro de un contexto tienen un valor que posibilita el trabajo de forma globalizada y multidisciplinar. Así pues, en el entorno natural, se crean oportunidades de aprendizaje de forma espontánea que, en una sala sería imposible; por tanto, el niño puede desarrollar de este modo su capacidad motora al mismo tiempo que se comunica y desarrolla las habilidades sociales.

Por otro lado, este enfoque incide en la importancia de atender a las necesidades de la familia o cuidador principal (García-Sánchez, 2003), puesto que considera necesario el trabajo tanto con la familia como con educadores de Educación Infantil y maestros de los centros escolares, con el fin de que los logros y los objetivos planteados puedan avanzar de forma más efectiva. Para ello es necesario, que los agentes se involucren en el entorno natural del niño y se sientan capaces y protagonistas, para poder realizar acciones que favorezcan al niño. Además, deben sentirse motivados para trabajar en colaboración con el profesional de AT, aprovechando las orientaciones indicadas por éste.

Un aspecto que en otros modelos en ocasiones es olvidado es la importancia que tiene ayudar a que aprendan a identificar y valorar los avances del niño.

Dentro de este enfoque se considera necesario que el cuidador principal se sienta partícipe de la intervención, considerando que los objetivos y necesidades marcados por éstos como primordiales para con el niño, son tenidos en cuenta en la intervención. A su vez, se conseguirá que sean competentes, para de este modo apreciar las oportunidades de aprendizaje que de forma rutinaria se dan en el entorno natural del niño para que sean capaces de decidir la actuación precisa a llevar a cabo y aprovechar al máximo cada oportunidad.

Todos estos logros no pueden alcanzarse desde el resto de los enfoques, puesto que en el desarrollo del niño se debe tener en cuenta la globalidad y transversalidad.

## **Conclusiones**

Como hemos comentado en el presente artículo, la AT es una disciplina reciente pero rica en su bagaje, donde destaca el gran avance en los



programas dirigidos a niños y niñas, familias o custodios, así como a la comunidad en general en materia de prevención, detección, tratamiento o información sobre las necesidades, dificultades o barreras que presentan determinados niños en sus primeros años de vida, resultando esencial para su desarrollo, como hemos visto, la AT.

La participación de la familia en el ámbito de la AT ha ido evolucionando hasta adquirir mayor relevancia, puesto que son agentes principales en el desarrollo del niño. Gracias a la intervención en los contextos en los que participa el niño, se consigue el enriquecimiento de las familias al proporcionarles recursos para la elección de decisiones satisfactorias que mejorarán su calidad de vida.

Así pues, como en cualquier cambio, el camino hasta su consecución está lleno de retos, pero es imprescindible que los profesionales miren con ilusión al objetivo; Con este enfoque, se alcanza la evolución no únicamente del niño, sino también de la familia.

### **Referencias bibliográficas**

- Aranda, R. y Andrés, C. (2015). La organización de la atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-246.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F., Mendieta, P. & Gómez-Rico, M. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de Atención Temprana. *Siglo Cero*, 34, 5-18.
- García-Sánchez, F. (2003). Objetivos del futuro de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 6, 32-37
- García-Sánchez, F., Escorcía, C., Sánchez-López, M., Orcajada, N. y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana Centrada en la Familia. *Siglo Cero*, 45 (3), 6-27
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Atención a la Discapacidad. Madrid.



- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65, 95-113
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. y García-Díez, M. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 297-313
- Gutiez, P. y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. *Psicología Educativa*, 18, 107-122
- Juan-Vera, M., Heras, M. y Pérez-López, J. (2009). Niveles de estrés en madres de niños atendidos en un centro de desarrollo infantil y atención temprana y niños de población general. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 159-166
- Martínez, A. y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología*, 8, 33-42
- Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 28, 140-152.
- Perpiñan, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Nárcea
- Robles, M. y Sánchez, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34, 132-143