

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Facultad de Formación del Profesorado y Educación

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN
SOCIOEDUCATIVA

Curso 2022-2023

**Determinantes Sociales de la Atención
Temprana: Un Estudio Longitudinal de la
Unidad de Atención Infantil Temprana de
Gijón**

**Social Determinants of Early Care: A
Longitudinal Study from the Early
Childhood Care Unit of Gijón**

Autora: Marta Vázquez Fernández

Tutora: María de las Mercedes Inda Caro

Mayo de 2023

AGRADECIMIENTOS

Como autora de este Trabajo Fin de Máster me gustaría expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que han formado parte de este proceso.

En primer lugar, quiero agradecer a Marta, mi tutora de prácticas y actual coordinadora de la UAIT, por la propuesta de un tema tan interesante y por la información aportada sobre el contexto en el que se enmarca el Trabajo. Agradecimiento que hago extensivo a todos los profesionales de la Unidad por compartir su larga experiencia y sus conocimientos en el campo de la Atención Temprana.

No puedo dejar de mencionar a Mercedes, mi tutora, por ayudarme en todo momento, por sus ideas, indicaciones y por su máxima implicación. Sus sugerencias han contribuido a mejorar tanto la rigurosidad como la calidad del Trabajo desarrollado.

Así mismo, agradecer a la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, por haberme autorizado para desarrollar el estudio de investigación en la UAIT, uno de sus centros dependientes.

Por último y de forma muy especial, a mi familia, en concreto a mis padres y a mis hermanas, por apoyarme y comprenderme siempre, en cada paso de mi formación y por animarme en los momentos más difíciles.

Atentamente,

Marta.

Índice¹

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL TEMA Y OBJETIVOS	5
2.1. EVALUACIÓN DE NECESIDADES	5
2.2. OBJETIVOS	7
3. REVISIÓN ACTUALIZADA DE LA LITERATURA	7
3.1. CONCEPTO DE ATENCIÓN TEMPRANA	7
3.2. COLECTIVO DE MENORES DESTINATARIOS DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	12
3.3. LA FAMILIA COMO PRINCIPAL AGENTE SOCIALIZADOR	13
3.3.1. <i>La Importancia de la Parentalidad Positiva</i>	17
3.3.2. <i>Evolución del Papel de la Familia en Atención Temprana</i>	19
3.3.3. <i>Roles de la Familia en Atención Temprana</i>	22
3.3.4. <i>El Enfoque Centrado en la Familia</i>	24
3.4. LA ECOLOGÍA DEL DESARROLLO HUMANO	25
3.5. LAS NECESIDADES DE LOS MENORES DURANTE LA INFANCIA	26
3.6. LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL	27
3.7. FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES	29
3.7.1. <i>Factores de Alto Riesgo Biológico</i>	30
3.7.2. <i>Factores de Riesgo Psicosocial</i>	32
3.8. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN	35
3.8.1. <i>Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana</i>	35
3.8.2. <i>Servicios Sanitarios</i>	36
3.8.3. <i>Servicios Sociales</i>	36
3.8.4. <i>Servicios Educativos</i>	37
3.9. ESTUDIOS EN TORNO A LA PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	37
4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA E HIPÓTESIS	38
5. DESCRIPCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL Y/O INSTITUCIONAL DE LA INVESTIGACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	39

¹ En el presente Trabajo de Fin de Máster se hace alusión al género masculino y al femenino con el uso genérico del masculino en la mayoría de los términos empleados. Por ejemplo: “los cuidadores” o “los hermanos”. Sin embargo, en ciertos apartados se hace un desdoblamiento en forma masculina y femenina de los sustantivos “niño” y “niña”, al igual que “padre” y “madre” ya que, la distinción por sexo será relevante en el contexto analizado, cuando se hace referencia a datos reales.

6. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	41
6.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
6.2. VARIABLES.....	42
6.3. MUESTRA Y MUESTREO.....	43
6.4. PROCEDIMIENTO.....	44
6.5. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	44
6.5.1. <i>Organización de la Información Recogida</i>	46
6.6. ANÁLISIS DE DATOS	47
7. RESULTADOS	47
8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA SOCIOEDUCATIVA. PROPUESTAS DE MEJORA.....	57
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
10. ANEXOS	67

RESUMEN

La etiología de los trastornos y de las alteraciones del desarrollo es compleja y en ella influyen factores genéticos y ambientales, siendo estos últimos condicionantes de vulnerabilidad infantil cada vez más frecuentes. Uno de los retos de futuro que se plantea la Atención Temprana es la detección y la intervención en las situaciones que suponen un riesgo para el desarrollo de los menores. Por ello, en el presente Trabajo Fin de Máster, se profundiza en los determinantes sociales de la Atención Temprana. En concreto, y a demanda de la Unidad de Atención Infantil Temprana de Gijón, se realizó una investigación longitudinal utilizando sus Memorias anuales de 11 años, lo que permitió conocer tanto el perfil de usuarios como la evolución de ciertas variables sociales en este contexto. Los resultados obtenidos en el estudio muestran que el sistema sanitario es la principal fuente de origen de las demandas; el riesgo biológico y los trastornos y alteraciones del desarrollo son el motivo primordial de derivación; que hay más niños que niñas y por edad se ha visto que las niñas suelen entrar con 0-6 meses, mientras que los niños entran con 25-36. En cuanto a los progenitores, hay mayor número de madres que de padres y en ambos casos, suelen ser de procedencia española y de edad entre 31-40 años.

Palabras clave: Atención Temprana, primera infancia, familia, riesgo social, Unidad de Atención Infantil Temprana.

ABSTRACT

The etiology of disorders and developmental alterations is complex and is influenced by genetic and environmental factors, the latter being determinants of child vulnerability. One of the future challenges facing Early Care is the detection and intervention in situations that pose a risk to the development of minors. Therefore, in this Master's Thesis, we delve into the social determinants of Early Childhood Intervention. Specifically, and at the request of the Early Childhood Care Unit of Gijón, longitudinal research was carried out using its annual reports of 11 years, which allowed us to know both the profile of users and the evolution of certain social variables in this context. The results of the study show that the health system is the main source of demand; biological risk and developmental disorders and alterations are the primary reason for referral; that there are more boys than girls and by age it has been seen that girls usually enter with 0-6 months, while boys enter with 25-36. As for the parents, there are more mothers than fathers and, in both cases, they are usually of Spanish origin and aged between 31-40 years.

Key words: Early Childhood Care, Early Childhood, family, social risk, Early Childhood Care Unit.

1. INTRODUCCIÓN

El Trabajo Fin de Máster que se presenta sigue la siguiente estructura: el punto de partida es la selección de un tema o área a investigar, que permite plantearse cuál es el problema. En segundo lugar, se realiza la revisión de la literatura. Una vez que es posible fundamentar la investigación, se formulan el problema y las hipótesis. Seguidamente, se decide el diseño metodológico. Después se pasa a la recogida de datos, y posteriormente se efectúa el análisis de estos y se interpretan los resultados, lo que permite llegar a enunciar las conclusiones sobre el problema. A lo largo de los siguientes apartados se concretan cada una de las etapas.

2. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL TEMA Y OBJETIVOS

2.1. Evaluación de Necesidades

Hoy día es esencial comprender e identificar los determinantes sociales en la etapa temprana del desarrollo infantil por varios motivos.

En primer lugar, la infancia vulnerable es un tema de estudio cada vez más frecuente. De hecho, el Grupo de Atención Temprana en una de sus publicaciones del año pasado basada en los retos de la Atención Temprana, dedica todo un capítulo a la infancia vulnerable en España (Díaz, 2022; Ibarra, 2022; Macipe, 2022; Perpiñán, 2022; Poch y Ramos, 2022).

Al hilo de lo anterior, cabe resaltar que la vulnerabilidad infantil es la situación que se produce por la interacción de varios factores que aumentan con el paso del tiempo: por un lado, los individuales como las capacidades emocionales, físicas o cognitivas, tener discapacidad, pertenecer a una minoría étnica, tener origen migrante o sufrir maltrato; y, por otro lado, los factores ambientales, especialmente, los referidos al contexto familiar, como la pobreza de ingresos, las conductas de salud o el nivel educativo de los progenitores, el estrés familiar, o la exposición a la violencia de pareja íntima (The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). Muchos de estos factores se corresponden con los factores de riesgo social de la Atención Temprana, tales como el maltrato o la acusada deprivación socioeconómica.

Se observa que la OECD (2019) también se orienta en esta misma línea y propone reforzar los factores de protección y minimizar los riesgos para que los menores adquieran mayor capacidad de resiliencia. Por este motivo se considera necesario saber cuáles son esos riesgos que hacen que un menor se encuentre en situación de vulnerabilidad y, por ende, cada vez es más necesario estudiar los factores sociales/riesgo social, asociados a la aparición de trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos.

Por otra parte, se sabe que en la actualidad muchos estudios analizan los factores de riesgo biológico en Atención Temprana, por tanto, estos están bien definidos, pero no ocurre lo mismo con los de riesgo social. Sin embargo, situaciones como el maltrato, la

violencia o la pobreza, han aumentado en los últimos años y afectan al desarrollo de los menores. Al respecto, Macipe (2022) dice que “en lo relacionado con nuestra salud, está demostrado que nuestro código postal es más importante que nuestro código genético” (p. 110). En este sentido, Poch y Ramos (2022) también insisten en el tema de los determinantes sociales; señalan la importancia de estudiar los factores ambientales para detectar situaciones de vulnerabilidad o de riesgo social que puedan presentar los menores. Además, es uno de los retos de futuro de la Atención Temprana.

A continuación, se presentan algunos datos que respaldan la necesidad de realizar esta investigación. Sobre la pobreza de ingresos se ha visto que, aunque existen diferencias entre los países y las familias, ha aumentado en cerca de dos tercios de los países de la OCDE desde la crisis de 2008 y, además, esta situación se ha agravado desde la crisis sociosanitaria generada por la COVID-19 en 2020 (Díaz, 2022; OECD, 2019). Al respecto, la organización *Save the Children* ha estimado que en España se necesitan unos 479 euros mensuales para cuidar a un menor de 0-3 años, pero muchas familias están por debajo de esta cuantía (Ibarra, 2022). Díaz (2022) indica que “2,26 millones de personas menores de edad se encuentran en el umbral de la pobreza y la situación de los niños/as menores de 6 años es preocupante” (p. 83-84).

Acerca de la exposición a la violencia de pareja, se ha visto que en los países de la OCDE cada vez es más frecuente ver esta situación como un grave problema. Muchas de las mujeres que la sufren, suelen ser madres, lo que supone un riesgo para los menores por estar continuamente expuestos a estas situaciones. También se menciona que suele ser común la presencia conjunta de maltrato infantil cuando también hay violencia de pareja (OECD, 2019).

En lo referido al maltrato infantil, según el Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia, en 2021 en España, de los datos referentes a la aplicación online del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI), el 16% de las notificaciones correspondieron al grupo de edad de 0-3 años y el 11% al grupo de 4-6 (Dirección General de Derechos de la Infancia y la Adolescencia. Observatorio de la Infancia, 2023).

En este sentido, es necesario analizar los determinantes sociales de la Atención Temprana para poder identificar cuáles son los menores en situación de riesgo y poder intervenir y prevenir estos casos. Al respecto, Martínez y Villar (2019) plantean que la identificación de los menores en situación de riesgo psicosocial es imprescindible para poder incluirlos en programas que mejoren su situación tales como programas de seguimiento o de Atención Temprana. Añaden que las cifras referidas al número de menores que se encuentran en situación social de riesgo y al maltrato infantil, están infraestimadas debido a su difícil detección. Es cierto que detectar casos de riesgo social no resulta sencillo, pero es muy urgente. En este sentido, hace falta “animar y formar a los profesionales para detectar situaciones, sobre todo de riesgo social” (Poch y Ramos, 2022, p. 46).

Asimismo, es muy importante señalar al Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard, el cual en muchas de sus publicaciones incide en este mismo tema de la importancia de abordar los factores de riesgo por causas sociales.

También se considera fundamental analizar dichos factores para replantearse la atención que se está ofreciendo al sector infantil. Resulta imprescindible buscar las causas (muchas veces de tipo social) de situaciones que afectan a la infancia y que actualmente están en aumento. Por ejemplo, Perpiñán (2022) indica que en las Escuelas Infantiles ha aumentado el número de casos de menores con dificultades de comunicación y alteraciones de la atención desde etapas tempranas.

2.2. Objetivos

El objetivo general, de este trabajo, es analizar los determinantes sociales de los usuarios de la UAIT de Gijón.

Este se operativiza en los siguientes objetivos específicos:

- Definir las características de los destinatarios de la UAIT.
- Describir el perfil de los padres y de las madres con hijos e hijas en la UAIT.
- Profundizar acerca de la fuente de derivación y origen de la demanda de los usuarios a las UAIT.

Así pues, se comenzará con el planteamiento del problema de investigación.

Bisquerra (2004) señala que el comienzo de cualquier tipo de investigación viene dado por el interés en un área temática amplia o en un determinado tema. Cabe destacar que hay diferentes fuentes que pueden generar una idea de investigación. En este caso, la cuestión de estudio se ha formulado desde la Unidad de Atención Infantil Temprana de Gijón, que ha sido el centro donde la alumna que realiza la investigación para su Trabajo de Fin de Máster ha cursado el periodo de prácticas.

Este mismo autor sugiere que una vez que se tiene el área temática, es preciso delimitar ese tema en uno más concreto. En este trabajo, la idea inicial de investigación fue la Atención Temprana y, se ha sugerido investigar sobre los determinantes sociales de la Atención Temprana porque a la Unidad le interesa conocer cuáles son los factores sociales que más influyen en los menores que precisan este servicio para ver si se está llegando a ellos y, en función de los resultados, tomar las medidas que sean necesarias.

3. REVISIÓN ACTUALIZADA DE LA LITERATURA

3.1. Concepto de Atención Temprana

La Atención Temprana se basa en la detección de diferentes necesidades que puedan originarse en la población infantil de 0 a 6 años y, por este motivo, toda intervención realizada desde este ámbito debe dirigirse a los menores, pero también a su

familia (García y López, 2021). En esas intervenciones se atiende a la globalidad de la persona de forma inter y transdisciplinar (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2003). La Neurología, la Pediatría, la Psicología del Desarrollo y del Aprendizaje, la Fisioterapia y la Logopedia, entre otras, son algunas de las disciplinas que sustentan el marco teórico de la Atención Temprana (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Actualmente se emplea el concepto de Atención Temprana, pero desde su origen ha recibido otras denominaciones, tales como estimulación precoz, atención infantil precoz o estimulación temprana (Gutiez y Ruiz, 2012).

Al iniciar la conceptualización de la Atención Temprana no se pueden dejar pasar por alto los cambios que se han generado en la sociedad a lo largo de la historia, y que han llevado hasta lo que hoy se conoce como Atención Temprana. En estos cambios se pueden ver las diferentes respuestas que la sociedad ha dado a la infancia y a las personas con discapacidad, en función del momento, de las creencias y de los recursos sociales que existían. Ejemplos claros de estas respuestas son la marginalización y la eliminación sistemática de aquellos menores que presentaban algún problema en el desarrollo. Se utilizaban instituciones represivas y marginales como manicomios, asilos, cárceles, etc. Aun así, también se ha dado una postura de proteccionismo y beneficencia, pero no se podía hablar de una Atención Temprana como práctica intencionada. Precisamente, no es hasta más allá de la segunda mitad del siglo XX cuando ya puede hablarse de Atención Temprana como una práctica similar a cómo se entiende en la actualidad (Gutiez y Ruiz, 2012).

En concreto, no es hasta finales de los años 70 del siglo XX cuando comienzan a emerger en España diferentes actuaciones de estimulación precoz -según se denominaba en aquel momento-. La alta tasa de mortalidad en el primer año de vida suponía un grave problema en el ámbito pediátrico, pero una vez que esta tasa se redujo, desde este sector fue posible afrontar nuevos retos, entre ellos el de proporcionar más atención a los menores candidatos a recibir estimulación precoz. Hay que mencionar, además el incremento de nacimientos de menores prematuros y de bajo peso. En un primer momento, dichas actuaciones se desarrollaron principalmente por iniciativas autónomas en centros hospitalarios. Conviene subrayar que el movimiento asociativo también fue muy relevante en lo que respecta al desarrollo de la Atención Temprana (Casado, 2008).

También se ha de tener en cuenta que en los últimos años la demanda de este tipo de intervenciones es mucho mayor, ya que como se ha dicho, los avances en el campo de la medicina suponen un aumento de la supervivencia de niños y niñas vulnerables o de alto riesgo en comparación con épocas anteriores (Gutiez et al., 1993).

La Atención Temprana es un tema relativamente reciente. Realizando un análisis de la evolución conceptual de la Atención Temprana, se observa que comienza siendo un concepto referido a intervenciones de tipo asistencial y termina aglutinando un conjunto de intervenciones de carácter preventivo, coordinadas desde distintos ámbitos para

ofrecer una atención integral y eficaz, ajustada a todas las necesidades tanto de los menores como de sus familias. Así pues, se ha pasado de un modelo asistencial a un modelo de prevención. También existen otras formas de analizar la evolución conceptual de la Atención Temprana como, por ejemplo, el paso de la estimulación precoz a la estimulación temprana. La primera de ellas pretendía forzar el ritmo del desarrollo evolutivo de los niños y las niñas, mientras que la segunda, busca potenciar al máximo las posibilidades de los sujetos a través de la estimulación regulada (Alonso, 2020).

En un primer momento la Atención Temprana poseía un carácter asistencial y clínico más que preventivo. Se comenzó destinando únicamente a los menores con discapacidad. Sin embargo, a lo largo de los últimos años ha experimentado ciertas transformaciones encaminadas a sustituir ese modelo de carácter asistencial por un modelo preventivo. De esta forma, las actuaciones de Atención Temprana pasan a centrarse en evitar que aparezcan y en actuar sobre los factores biológicos y las situaciones de privación socioambiental que puedan generar en los menores la aparición de déficits que interfirieran en la vida del niño o niña; a diferencia de las actuaciones que se realizaban en un principio, cuyo fin era intentar evitar que los déficits de tipo biológico, psicológico o social interfiriesen en la vida del menor (Romero-Galisteo et al., 2015).

Al hilo de lo mencionado, se puede observar que las intervenciones que se planteaban desde un enfoque más clínico solo se centraban en los menores y no se hacía referencia a la familia como sujeto receptor de las intervenciones. Al respecto, el Grupo de Atención Temprana en el año 2000 acotó mejor la definición (GAT, 2003); se encargó de incluir a las familias de los menores dentro de la definición de Atención Temprana e incorporó otros cambios (Alonso, 2020).

En la actualidad la definición de Atención Temprana que se maneja es la propuesta por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT, 2003):

Se entiende por atención temprana 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. (p. 12)

La definición anterior viene recogida en el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, un documento clave para sectores implicados en el ámbito de la Atención Temprana, tales como profesionales, administraciones públicas, familias y asociaciones (GAT, 2003).

Cabe resaltar que durante la elaboración del *Libro Blanco de la Atención Temprana* surgió la necesidad de redactar una serie de criterios de diagnóstico comunes en Atención Temprana que permitiesen identificar las dificultades o trastornos en el desarrollo y los factores etiológicos de tipo biológico, psicológico y/o social. Por lo que

posteriormente se creó la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

Resulta conveniente, por su gran bagaje en Atención Temprana, aportar algunos datos acerca del Grupo de Atención Temprana (GAT). Este se constituye con la finalidad de realizar de manera consensuada un documento de bases de la Atención Temprana conocido como el *Libro Blanco de la Atención Temprana* publicado por el Real Patronato. Su redacción se concluye en el año 2000 y, hasta la fecha actual, se han realizado tres ediciones y cinco reimpresiones. Cabe resaltar que en el año 2001 el GAT se constituyó como Federación de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (Casado, 2008).

Tal y como se ha mencionado anteriormente, conforme se ha ido desarrollando la sociedad y el conocimiento de las distintas disciplinas que estudian al ser humano, se han ido cambiando las actuaciones que se destinaban a los menores con alteraciones en su desarrollo. No obstante, conviene tener presente que la Atención Temprana en España se trata de un modelo de intervención que todavía se sigue consolidando (Gutiez y Ruiz, 2012).

Es cierto que a lo largo de las últimas décadas la Atención Temprana ha experimentado una gran evolución. De esta forma, la atención que se presta a los menores que necesitan un mayor cuidado por el hecho de tener diferencias en lo que respecta a sus características personales es una cuestión actual clave, pero hay que tener en cuenta que, aunque la atención a la infancia con dificultades haya experimentado grandes avances en los últimos años, aún falta mucho por hacer con este colectivo de riesgo. Del mismo modo, es oportuno indicar que, aunque se esté hablando de un ámbito en auge y que experimenta varias transformaciones, en muchos momentos los menores y las familias que necesitan este recurso se encuentran desamparados (García y López, 2021).

La Atención Temprana, tal y como indica el GAT (2003), se dirige a los menores en situación de riesgo social o biológico, y a los menores que poseen alguna alteración o trastorno en su desarrollo, siendo este psíquico, sensorial o físico. Así pues, se dirige a los niños y las niñas de 0 a 6 años, pero también a su entorno y a su familia. Para ello se ha de garantizar el principio de igualdad de oportunidades por el que todo niño o niña que precise de este recurso tiene derecho a recibir intervención y, por consiguiente, recursos para que se lleve a cabo el tratamiento, independientemente de factores como las dificultades económicas familiares, el lugar de residencia, que no haya recursos de este tipo en su zona, por haber nacido en una comunidad autónoma o en otra, etc.

Resulta importante señalar que el último fin de la Atención Temprana es el desarrollo armónico de los menores integrados en su propio entorno, lo cual repercute directamente tanto en la calidad de vida actual de los menores atendidos como en la futura. Al respecto, la intervención con menores que poseen algún tipo de limitación en el desarrollo evolutivo sin duda permitirá que se superen un amplio número de desigualdades derivadas de las discapacidades, trastornos u otros problemas posteriores

(GAT, 2003). Los primeros años de vida son un momento crucial para el desarrollo humano de la persona. Se trata de un periodo durante el que se crean las bases del desarrollo posterior de la persona y se adquieren las habilidades sociales y personales (Gutierrez y Ruiz, 2012).

Según el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, el principal objetivo de la Atención Temprana es:

Que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (GAT, 2003, p.14)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se debe señalar el gran avance que se ha producido en lo que respecta a la creación e implementación de programas. En este sentido, distintas investigaciones que se han realizado en los últimos años confirman la eficacia de los programas de Atención Temprana. Afirmar que sirven para disminuir o eliminar las consecuencias de las alteraciones que posee el menor o que son ocasionadas por estados de privación social y que demuestran una mejora en el desarrollo global del niño o niña, así como cambios en las competencias parentales de las familias como consecuencia de la formación en Atención Temprana (Robles-Bello y Sánchez-Teruel, 2013).

En cualquier caso, la intervención en Atención Temprana gira en torno a la prevención, que puede ser primaria, secundaria o terciaria. La prevención primaria hace referencia a iniciativas orientadas a la infancia en general que se proponen antes de que aparezca el trastorno, cuando se pretende proteger la salud del menor pero aún no se ha desarrollado una alteración. Por su parte, la prevención secundaria, es aquella que actúa en las primeras etapas del diagnóstico y su objetivo es la detección y el diagnóstico precoz, tratando de minimizar las condiciones detectadas en grupos o situaciones de riesgo que puedan originar trastornos o problemas en el desarrollo. Por último, la prevención terciaria consiste en actividades que se dirigen al niño o niña y a su entorno una vez que se ha detectado un problema para mejorar las condiciones en las que tiene lugar su desarrollo, tratando de prevenir posibles complicaciones que puedan ocasionarse asociadas al trastorno ya desarrollado (Alonso, 2020; GAT, 2003).

En otro orden de ideas, en cuanto a la atención multidisciplinar que se realiza en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (en adelante CDIAT), se destaca que los equipos suelen estar compuestos por profesionales de las siguientes especialidades: Psicomotricidad, Pedagogía, Psicología, Logopedia, Atención Temprana, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Trabajo Social (García y López, 2021).

En lo que respecta a la normativa sobre Atención Temprana a nivel internacional cabe citar la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, la Carta Social Europea

ratificada en 1980 y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 (García y López, 2021).

3. 2. Colectivo de Menores Destinatarios de la Atención Infantil Temprana

En lo que respecta a la población de 0 a 6 años a la que se dirige la Atención Temprana, como ya se ha indicado, se dirige a los niños y niñas de ese rango de edad que tienen algún tipo de alteración o discapacidad documentada y a los niños y niñas considerados de alto riesgo biológico y/psicosocial. Conviene distinguir claramente tres amplios grupos objeto de intervención: los niños y niñas en situación de mayor riesgo ambiental, los niños y niñas en situación de mayor riesgo biológico, y los niños y niñas con retrasos, desviaciones o discapacidades establecidas (Gutierrez et al., 1993). A continuación, siguiendo a GAT (2003), se detallará cada uno de estos grupos:

a) Niños y niñas de alto riesgo biológico.

Por un lado, como se mencionó anteriormente, el GAT define a los niños y niñas de alto riesgo biológico como aquellos que durante el desarrollo temprano o durante el periodo pre, peri o posnatal, se han encontrado en situaciones que pueden influir en su desarrollo madurativo, como son el bajo peso, la anoxia al nacer o la prematuridad, entre otras.

b) Niños y niñas con riesgo psicosocial.

Por otro lado, plantea que los niños y las niñas con riesgo psicosocial son aquellos que viven en condiciones desfavorecedoras que pueden afectar al proceso de maduración como, por ejemplo, maltrato, pobreza, abusos, negligencia, padres y madres con problemas de salud mental, etc.

c) Niños y niñas con discapacidades o alteraciones documentadas.

La Atención Temprana también se dirige a los niños y niñas con discapacidades o alteraciones documentadas. Dicho grupo en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* se denomina Trastornos y alteraciones del desarrollo e incluye a menores con:

- Trastorno en el desarrollo motriz.
- Trastorno en el desarrollo del lenguaje.
- Trastorno en el desarrollo cognitivo.
- Trastorno en el desarrollo sensorial.
- Trastorno de la conducta.
- Trastorno generalizado del desarrollo.
- Trastorno en el desarrollo de la expresión somática.
- Trastornos emocionales.
- Retraso evolutivo.

3.3. La Familia Como Principal Agente Socializador

En primer lugar, es necesario analizar qué es la familia. En cuanto al concepto de familia, desde una perspectiva psicopedagógica se plantea que:

Idealmente, la familia representa para el individuo un sistema de relación y convivencia, un ambiente de participación y exigencias, un contexto donde se generan y expresan emociones, del que se esperan satisfacciones y donde se desempeñan funciones de crianza, de educación y de cuidado de todos sus miembros. (Martínez, 1996, como se citó en Martínez, 2008, p. 2)

Asimismo, Torío (2018a) señala que la familia “ofrece grandes posibilidades de desarrollo personal y fuente de bienestar; y es el agente socializador básico y escenario de aprendizaje, por excelencia” (p.17).

La familia y los cuidadores son quienes más influencia tienen en lo que respecta a la primera infancia, puesto que pueden crear un contexto que favorece los vínculos, las oportunidades de aprendizaje temprano, la estimulación, la protección, etc. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2022). Del mismo modo, la familia cumple funciones como, por ejemplo, enseñar a los menores para que ocupen ciertos roles en la sociedad, para que adquieran valores, etc., preparándolos para que se desenvuelvan en la sociedad en un futuro (Suárez y Vélez, 2018). Igualmente, la familia es considerada como una entidad educativa ya que es el ámbito en el que se generan las primeras interacciones sociales y, además, se establecen las bases de la futura personalidad del menor (Torío, 2018a).

Es indiscutible que, para conseguir un desarrollo adecuado de los niños y niñas de este rango de edad de 0 a 6 años, la familia es un elemento clave, un recurso principal en todo el proceso de intervención. En la bibliografía más reciente publicada sobre Atención Temprana, se hace referencia a la importancia de la implicación familiar en todas las intervenciones que se desarrollen. Resulta fundamental interactuar con la familia para lograr los cambios que le lleven a poder establecer vínculos afectivos con su hijo o hija, incentivar y facilitar la comunicación, además, de contribuir en otras adquisiciones propias del desarrollo evolutivo (García-Sánchez, 2014).

Al respecto, cabe destacar, tal y como indican De Andrés y López (2012), que “la primera infancia es el período de responsabilidades parentales más amplias e intensas en relación con todos los aspectos del bienestar del niño” (p. 131).

Así pues, es en la familia donde comienza el desarrollo del niño o niña como individuo social. Resulta fundamental tener debidamente en cuenta las influencias del contexto. En la infancia se generan interacciones con los familiares y experiencias de importante valor en el proceso de desarrollo del menor (Torío, 2018b). Tal y como afirman De Linares y Rodríguez (2005) el contexto adquiere gran importancia para potenciar el desarrollo de cualquier menor, pero en especial cuando ese niño o niña nace con alguna discapacidad o riesgo. Estos mismos autores también hacen referencia al concepto de

permanencia de la familia a lo largo del tiempo en comparación con el resto de las personas que forman parte del proceso de intervención, como por ejemplo los profesionales. Esta es otra de las razones que justifican la importancia de la estructura familiar ya desde el nacimiento.

Es evidente que las familias tienen un papel fundamental en la promoción del desarrollo de sus hijos e hijas y que estas son muy diferentes a la hora de desempeñar este papel. En este sentido, los progenitores ponen en práctica distintas formas de crianza, pero dichas prácticas varían de una familia a otra, al igual que lo son los efectos que tienen en los menores. Según se ha demostrado en numerosas investigaciones realizadas a lo largo de la historia, las prácticas de crianza tienen diferentes efectos en la conducta de los menores (Ramírez, 2009).

En Atención Temprana resulta fundamental que la intervención no se centre solo en la discapacidad que tenga el menor, también se deben tener en cuenta las necesidades que pueda tener en los diferentes ámbitos y el momento evolutivo en el que se encuentre. Se ha de considerar al menor en su globalidad, analizando los aspectos interpersonales y los intrapersonales. Tal y como indica GAT (2003), es importante saber que en la actualidad todo aquello que se proponga en Atención Temprana debe considerar también a la familia y al entorno; no se trata de planificar intervenciones solo para los menores.

En relación con lo mencionado hasta el momento, cabe destacar que, la familia se considera el primer escenario de socialización. Resulta de especial relevancia la función socializadora que tiene la familia en la primera infancia puesto que los menores necesitan que se les proteja, que se garanticen sus derechos y precisan sostén social y emocional. Además, es en el entorno familiar donde se debe promover un ambiente adecuado para el desarrollo de los menores. Sin duda la familia o la persona cuidadora favorecen al menor tanto a nivel social como afectivo del niño o niña (Valarezo et al., 2020). Cabe destacar, tal y como indica Perpiñán (2009), que la familia es quien mayor interés posee en potenciar el desarrollo de su niño o niña y, además, el vínculo afectivo que se origina entre ambos resulta muy positivo.

En varios estudios se insiste en la afectividad como una de las principales fuentes del desarrollo de toda persona. Se ha de tener presente que el establecimiento de vínculos afectivos es de gran importancia para cualquier persona. No obstante, autores como De Linares y Rodríguez (2005) insisten en que las relaciones paternofiliales son elementos claves en el desarrollo de los menores durante la primera infancia. Estos mismos autores indican que el establecimiento de vínculos afectivos es de gran importancia para cualquier persona. La afectividad es muy importante para los menores y una de las formas mediante las que se manifiesta es con la interacción existente entre el padre o la madre y su hijo o hija.

Al hilo de lo anterior, hay que señalar que el interés por analizar la relación existente entre los primeros entornos sociales y el desarrollo humano no es un tema novedoso, pero es clave en Atención Temprana. En ese sentido, para valorar la relevancia

de los vínculos afectivos que se establecen con las personas que forman parte del entorno más próximo del menor, es necesario referirse a la teoría del apego. Se afirma que existen lazos firmes con ciertas personas de forma muy temprana, concretamente, a partir del segundo semestre de vida. Dichos lazos no son los mismos en todos los menores, puesto que su calidad dependerá de las características del bebé y del contexto, y de la forma en que el adulto responde a esas señales (con prontitud, sensibilidad...). Este apego permite que el bebé poco a poco pueda representar de forma mental el tipo de interacción que puede anticipar con las personas más relevantes en el proceso de crianza, fruto de las experiencias acumuladas que tenga (Alonso, 2005). De hecho, Mendieta (2005) plantea que una de las necesidades básicas del menor es la persona cuidadora (familiar o cuidador), la cual representa la figura de apego que lo protege, lo instruye y lo alimenta.

Los vínculos con la madre, padre o persona cuidadora también adquieren gran importancia en la primera infancia puesto que cuando se crea un vínculo positivo, este contribuye a adquirir habilidades sociales como la reciprocidad en las relaciones, la conciencia sobre sí mismo, etc. Cabe destacar que, aunque el vínculo está presente durante todo el proceso de desarrollo, no siempre es igual puesto que va cambiando conforme a una necesidad de mayor autonomía (UNICEF, 2022).

Según se ha mostrado, la familia se trata de la primera y más cercana red de apoyo de las personas y por eso se ha de dar prioridad a los ambientes familiares sanos desde los que se puedan ofrecer los recursos que necesitan los menores para poseer un buen desarrollo personal y social (Suárez y Vélez, 2018). Es preciso destacar que el contacto humano con personas significativas de su entorno tiene que ser de calidad para que contribuya al buen desarrollo del menor, ya que esto no siempre ocurre. Al respecto, si la relación no es adecuada puede influir de forma negativa en el desarrollo del menor (De Linares y Rodríguez, 2005).

A colación de lo anterior, es preciso referirse a la Teoría de la Autodeterminación (en adelante TAD), la cual se sustenta en los principios de Parentalidad Positiva. Se encarga de estudiar las condiciones que dificultan o facilitan el bienestar y el desarrollo psicosocial de las personas (Torío-López et al., 2022). La TAD indica que las personas han de tener satisfechas tres necesidades básicas para poder desarrollarse plenamente y, en este sentido, la familia influye directamente a la hora de satisfacer dichas necesidades. Estas son: la necesidad de autonomía, competencia y pertenencia. Tal y como recogen Torío-López et al. (2022) existen prácticas educativas parentales que dificultan o facilitan lograr estas necesidades básicas. Por una parte, tres estrategias que facilitan que los menores puedan llegar a satisfacer las necesidades anteriores son el afecto, autonomía y estructura aportadas por su familia, ya que ese ambiente familiar favorece la integridad, el crecimiento y el bienestar del menor. Por otra parte, el rechazo, el control psicológico y la desorganización, son tres estrategias que dificultan el logro de dichas necesidades, puesto que hacen que sean más propensos a tener un funcionamiento psicológico desajustado.

En cuanto a la autonomía, Torío-López et al. (2022) señalan que los menores que se educan en entornos donde se fomenta su autonomía pueden trasladar esta capacidad a otros ámbitos como, por ejemplo, decidir sobre sus amistades, sus actividades favoritas, etc. En cambio, aquellos que se educan en ambientes en los que deben asumir lo que se ha decidido o se les piden tareas que no son capaces de lograr hace que su frustración aumente (Torío-López et al., 2022).

Acerca de los entornos, cabe destacar tal y como indican Torío-López et al. (2022), que se debe proporcionar un entorno familiar estructurado que permita que los menores puedan anticipar conductas y actuar conforme a ellas. No obstante, hay entornos familiares caóticos o desorganizados en los que los menores pueden sentirse incompetentes porque no se aclara qué se espera de ellos, no pueden controlar las consecuencias que tienen sus actos, los roles no suelen estar bien definidos, no suele haber disciplina o si la hay varía mucho, etc.

En lo que respecta al afecto, estos mismos autores señalan que cuando en el entorno familiar el afecto es un componente básico, la conexión y la afinidad entre los menores y sus progenitores aumenta considerablemente. En cambio, hay entornos en los que los progenitores actúan con rol de rechazo hacia sus hijos, lo cual produce un desapego entre ambas partes (Torío-López et al., 2022).

Tomando como referencia a De Linares y Rodríguez (2005), se observa la necesidad de conocer al niño o niña y de saber cuáles son sus necesidades y sus posibilidades, para que desde el inicio exista una relación adecuada entre los progenitores y su hijo o hija, de forma que posibilite el pleno desarrollo del menor.

Continúan estos mismos autores afirmando que es necesario que cada familia realice un ajuste de las expectativas con respecto a su hijo o hija, de forma que estas se adecuen a las potencialidades reales del menor. Generalmente, cuando se da un desajuste en las expectativas, este suele deberse a los efectos que provoca la no aceptación de ese menor. De hecho, cabe destacar que hay ciertas etiquetas y prejuicios sobre las personas con discapacidad que todavía son bastante frecuentes como, por ejemplo, las bajas expectativas sobre el futuro. Todo ello genera incertidumbre y desorientación en los progenitores. El funcionamiento de las familias se ve afectado cuando en estas se producen ciertos cambios, entre los que se incluye, el nacimiento de un hijo o hija con trastorno en el desarrollo o riesgo de poseerlo. Al respecto, se ha de tener presente que la aceptación inicial puede originar cambios y malestar en el contexto familiar, pero algo muy común y que no puede pasar desapercibido es la falta de confianza en sí mismos y los sentimientos de ineficacia o de incompetencia que poseen las familias durante el proceso. En este sentido, la Atención Temprana desempeña un papel fundamental para superar esa fase de aceptación lo más tempranamente posible (De Linares y Rodríguez, 2005). No obstante, en la actualidad, como consecuencia de los cambios acontecidos en la consideración del papel de las familias en la Atención Temprana, se puede constatar un cambio de gran importancia en torno a estos sentimientos que posee la familia ya que se

busca mejorar sus competencias parentales y reducir la dependencia de estas hacia los profesionales.

A colación de la idea anterior, es preciso indicar que en un primer momento la principal línea de intervención de un programa de Atención Temprana era con el menor pero en la actualidad, han de articularse en dos líneas: por un lado, la intervención con el menor y, por otro lado, la intervención con el entorno (principalmente el familiar y el escolar). Ambas son de gran importancia (Perpiñán, 2009).

En la actualidad son muchos los cambios que afectan al núcleo familiar y que, en gran medida, condicionan la respuesta que las familias realizan ante determinadas situaciones.

Considerando todo lo que se indicó anteriormente, resulta clara la importancia de las familias en Atención Temprana. Se ha visto que la figura parental es clave en el proceso de Atención Temprana. Las familias suelen ser quienes comienzan a identificar señales de comunicación del niño o niña, de igual forma que dan significados a ciertas conductas. Sin embargo, conviene recordar que la familia no ha de ser vista solo como la encargada de proporcionar recursos sino como una parte activa del proceso de Atención Temprana (Perpiñán, 2009).

3.3.1. La Importancia de la Parentalidad Positiva

En cuanto a la Parentalidad Positiva, el enfoque tradicional de trabajo con las familias se basaba en eliminar los factores de riesgo y corregir las deficiencias, pero este enfoque ha sido reemplazado por uno basado en la prevención y promoción en el trabajo con familias (Torío, 2018b). Desde el punto de vista personal se considera que en un primer momento estos programas no eran demasiado eficaces en lo que respecta al ámbito de la Atención Temprana, porque se asemejaban más al enfoque clínico y asistencial que se realizaba en la intervención con menores, pero se considera que el enfoque de la Parentalidad Positiva basado en la prevención y en la promoción, sin duda, repercute de forma positiva en el desarrollo de los menores porque se eliminan o se reducen factores de riesgo social que afectan a su proceso de desarrollo.

Tener un hijo o hija es un hecho común en la vida adulta, pero a lo largo de la historia se han producido ciertos cambios en lo que atañe a este proceso (Torío, 2018b). Como se viene manifestando, la tarea parental es compleja, sin embargo, se trata de una tarea para la que no se exige tener aprendizajes previos o algún tipo de formación. Cabe destacar que todas las familias necesitan apoyos para desempeñar su rol parental, pero varían en la modalidad e intensidad de estos (Rodrigo et al., 2015; Torío, 2018b). En la actualidad, los cambios han hecho que el ejercicio de la parentalidad se esté volviendo más complicado; en este sentido ha aumentado el número de publicaciones sobre temas de Educación Parental puestas a disposición de las familias con el objetivo de ofrecerles formación o educación parental (Torío, 2018b).

Por su relación con la Parentalidad Positiva, es pertinente referirse a los modelos de formación parental. Existen numerosos programas sobre la tarea de educar desde la Parentalidad Positiva dirigidos a las familias, profesorado y a otros profesionales que trabajen en el ámbito de menores (Torío-López et al., 2022).

En lo que respecta a la formación de los progenitores, en España se ha centrado principalmente en la formación ofrecida en las Escuelas de padres y madres puesto que se creía que al igual que las familias enseñaban a los menores, ciertos profesionales podrían enseñar a los progenitores para minimizar y evitar el fracaso escolar (Torío, 2018b). Existen diferentes programas de formación a familias. Estos comparten dos finalidades: por un lado, ofrecer apoyo a los progenitores en la labor de educativa y de crianza y, por otro lado, estimular el desarrollo de los menores.

Se plantean tres modalidades de atención a las familias: la atención comunitaria, la atención grupal y la visita domiciliaria. La primera de ellas pretende capacitar a las personas de una comunidad mediante programas o proyectos propuestos, partiendo del análisis de la realidad, detección de necesidades, planificación y evaluación. La segunda modalidad parte del modelo educativo de los padres, es decir de su modo de actuar y no de lo que se cree que debería ser correcto, para que estos reflexionen y analicen sus ideas, acciones, sentimientos y creencias diarias. Por último, la tercera modalidad, la visita domiciliaria, ofrece una atención de forma individual que permite conocer el contexto familiar, las interacciones, rutinas, adaptar actividades en las que pueden participar, etc. Con esta medida principalmente se plantean opciones para cubrir las necesidades de aprendizaje, emocionales y de estimulación, y también, para reducir el estrés familiar y la atención (Torío, 2018b).

Por otra parte, conviene subrayar que el enfoque de la Parentalidad Positiva insiste en las actuaciones de prevención y de fortalecimiento de las competencias parentales y opta por interacciones familiares en las que predominen la empatía, la comunicación o el diálogo con la finalidad de proporcionar apoyo para que las familias desempeñen el rol parental (Torío-López et al., 2022).

Profundizando más en este concepto, el nuevo enfoque de la Parentalidad Positiva se refiere “al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño” (Consejo de Europa, 2006, p. 3).

Las familias sienten que no disponen de apoyos suficientes para ejercer el rol parental, entendiendo por apoyos, los recursos económicos y los de carácter psicoeducativo (Torío, 2018b). Tal y como indica esta misma autora, la tarea parental se aprende y, por este mismo motivo, se considera necesario plantear programas de educación parental que sirvan de orientación y apoyo a los progenitores.

Como se ha visto, los primeros años de vida son determinantes en el desarrollo y en el aprendizaje de cualquier persona y los progenitores tienen una función clave en todo

esto. Sin embargo, aunque cada vez en mayor medida, se reconoce lo importante que resulta la primera infancia, las familias se encuentran con ciertas dificultades para ejercer las labores de crianza y educación de sus hijos o hijas. Algunas de estas limitaciones son: falta de asesoramiento pedagógico sobre crianza, problemas para conciliar la vida familiar, personal y laboral, falta de tiempo, etc. (Torío, 2018a).

Al respecto, se hace necesario comentar que tal y como ejemplifican Stewart et al. (2022), los progenitores que trabajan y en concreto, los que tienen que cuidar a un menor con discapacidad o con algún tipo de problema, pueden encontrarse con dificultades para cumplir con las exigencias familiares y laborales. La responsabilidad del cuidado de menores repercute en la capacidad de los adultos para trabajar. En este sentido, se considera que se deberían tener en cuenta apoyos familiares, personales y laborales que puedan ser factores de protección para aquellas familias que trabajan y tienen hijos o hijas con discapacidad o con dificultades en el proceso de desarrollo o riesgo de padecerlas. No cabe duda de que cuando se tiene un hijo o hija y en concreto un hijo o hija con discapacidad o alteración en el desarrollo, las responsabilidades de cuidado específico son mayores al igual que ocurre con los recursos, las demandas, etc., lo cual afecta a la situación de estas familias y, en especial, a las familias que trabajan, en las que son frecuentes el estrés y los conflictos. En estas familias, las demandas emocionales, sociales, financieras y físicas son mayores que en el resto.

Desde el punto de vista personal, se cree que lo mencionado guarda especial relación con la Atención Temprana, puesto que afecta a la situación de los menores con dificultades en su proceso de desarrollo o riesgo de padecerlas. El hecho de un menor se desarrolle en un contexto en el que existan conflictos o estrés parental va a influir de forma negativa en la calidad de las intervenciones que se le proporcionen. Por consiguiente, se considera necesario prevenir estas situaciones y, se piensa que los programas de formación parental basados en el enfoque de la Parentalidad Positiva pueden ser una buena medida.

3.3.2. Evolución del Papel de la Familia en Atención Temprana

A lo largo de la historia el papel de la familia en Atención Temprana ha ido evolucionando.

Tal y como plantean García-Sánchez et al. (2014), hasta el momento la mejor solución que se ha planteado en lo que respecta a la intervención de la familia en la Atención Temprana es el servicio centrado en la familia. Dicho servicio no se fundamenta en reproducir en el contexto familiar las pautas de intervención que se han realizado a nivel ambulatorio, sino en garantizar oportunidades de aprendizaje contextualizadas e incorporadas en las rutinas del día a día de esa familia. Desde dicho enfoque se mejora la responsabilidad parental y se potencia el sentimiento de competencia de las familias.

Se hace necesario comentar brevemente cómo han evolucionado los modelos de intervención y la importancia que cada uno de los modelos de intervención ha ido otorgando al rol familiar. A continuación, se explican algunos de los modelos de intervención recogidos en estudios de autores como Espe-Sherwindt (2008) y García-Sánchez et al. (2014):

- Modelo centrado en el profesional. En este modelo, los profesionales son considerados los expertos que establecen lo que el menor y su familia necesitan y también señalan la forma más adecuada de dar respuesta a estas necesidades. Se trata de un modelo que conduce a una dependencia de la familia hacia la persona experta (profesional). En este modelo la familia adquiere un rol pasivo, ya que no participa en el tratamiento.
- Modelo familia-aliada. Al igual que en el modelo anterior, los profesionales son quienes identifican las necesidades del menor y de su familia, pero la diferencia se encuentra en que, en este modelo, se forma a la familia en el tratamiento para que luego repita en su casa las intervenciones. Este modelo continúa haciendo que la familia tenga una relación de dependencia hacia el profesional, puesto que este es el encargado de dar las orientaciones sobre las intervenciones que se han de realizar.
- Modelo enfocado a la familia. Este modelo comparte con el anterior el hecho de que los profesionales son quienes identifican las necesidades del menor y de su familia. Lo que lo diferencia de los modelos anteriores es que se busca que las familias no sean tan dependientes del profesional, pudiendo elegir entre un repertorio de opciones (propuestas por el profesional).
- Modelo centrado en la familia. Los profesionales ven a las familias como socios iguales. Las familias son quienes van tomando las decisiones y las intervenciones que se realizan son individualizadas. Se trata de un modelo que no se basa en reproducir pautas sino en generar oportunidades de aprendizaje contextualizado partiendo de las rutinas del entorno natural. Hay un compromiso compartido. Debido a la gran importancia de este último modelo centrado en la familia, se analizará en mayor profundidad en otro apartado.

No cabe duda de que la Atención Temprana ha cambiado mucho en todos los sentidos. En los años 70 y 80 las familias se limitaban a reproducir las pautas que el profesional les daba, puesto que el modelo imperante en aquel momento era el tradicional centrado solo en el niño o niña. Sin embargo, se veía que sin que la familia se implicase, las intervenciones no resultaban eficaces y era muy difícil generalizar los aprendizajes. Por ello, ha sido necesario diseñar un nuevo modelo que considerase a la familia como agente y participante activo del proceso seguido. El modelo actual da especial importancia a la interacción. Con este modelo basado en la concepción biopsicosocial, la intervención se dirige al menor, al entorno y a su familia (Perpiñán, 2009).

De todos los modelos, lo deseable es que se pretenda conseguir instaurar el modelo centrado en la familia, el cual permitiría el máximo nivel tanto de implicación como de colaboración en la triada terapeuta-niño-familia. Recientemente se ha comenzado a instaurar en el país, pero aún queda mucho por hacer (García y López, 2021).

Por su relación con la Parentalidad Positiva, es preciso comentar tres modelos de formación parental que se han ido planteando a lo largo de la historia. Se ha de tener en cuenta que los programas de educación parental se han ido modificando en función del enfoque conceptual que se seguía y de las necesidades de las familias de cada una de las diferentes generaciones. En lo referido al ámbito de la investigación educativa se han generado tres modelos de formación parental: el modelo tradicional, el modelo técnico y el modelo experiencial. Dichos programas de formación parental son importantes porque las familias necesitan aprender a desempeñar su rol parental. Tal y como plantea Torío (2018b) las familias “necesitan ‘aprender a ser padres y madres’ adaptados a las exigencias de los tiempos que les ha tocado vivir” (p. 32). Los tres modelos de formación parental son los siguientes (Torío, 2018b):

- El modelo tradicional o académico. Este modelo traslada a la formación de padres y madres el modelo de la escuela. Está basado en el rol de profesorado y alumnado. Por una parte, un profesional asume el rol de profesorado que transmite conocimientos mediante una serie de clases que imparte al alumnado, y, por otra parte, las familias adquieren el rol de alumnado. Cabe destacar que la formación que reciben las familias es muy general y no se ajusta a cada caso, ya que no se tiene en cuenta en qué etapa educativa se encuentran los menores ni las diferentes necesidades que esto tiene para cada grupo familiar.
- El modelo técnico. En este modelo, hay un profesional que entrena a las familias en un conjunto de estrategias y acciones y se pretende que los progenitores apliquen aquellos procedimientos y técnicas ante ciertos comportamientos específicos del desarrollo de sus hijos e hijas. El rol que desempeñan las familias es el de técnicos que han de dominar determinadas técnicas y estrategias a desarrollar para modificar la conducta de los menores.
- El modelo experiencial. En este modelo, se pretende que, en interacción con otras familias, los progenitores logren adquirir habilidades de comunicación y habilidades para afrontar o resolver problemas que surjan en su contexto, partiendo de las propias vivencias personales y reflexionando y analizando sobre lo que cada familia hace. Desde este modelo se promueve un aprendizaje cooperativo, puesto que las familias participantes comparten sus inquietudes, intereses, se aconsejan, etc., lo que permitirá que vayan logrando un sentimiento de competencia parental. Cabe destacar que en este modelo el profesional actúa negociando con la familia ya que establecen acuerdos en situación de igualdad. La persona formadora regula las aportaciones de las familias y construye el conocimiento como un miembro más.

Se ha visto que, de los tres modelos de formación parental, el tercer modelo, el modelo experiencial, es el que se ha valorado como más eficaz desde el punto de vista de los profesionales y de las familias a las que se les aplica.

3.3.3. Roles de la Familia en Atención Temprana

Siguiendo a Castellanos et al. (2003), es conveniente reflexionar sobre los diferentes roles simultáneos de agente, cliente y colaboradora que la familia desempeña en la Atención Temprana. Estos roles o papeles son:

- **Recurso imprescindible.** Por lo que ya se ha mencionado anteriormente sobre la importancia de los vínculos afectivos establecidos entre los progenitores y sus hijos e hijas, la familia es considerada como un recurso imprescindible en Atención Temprana. Igualmente, favorece la comunicación y se considera también una actuación de carácter preventivo para la futura salud mental del menor, además de ser un elemento motivador.
- **Agente de Atención Temprana.** La familia ha de verse como un agente activo aliado de los profesionales. Ha de ser vista como un pilar fundamental para desarrollar la estimulación del menor. Al respecto, cabe destacar su gran papel en cuanto a los méritos que se consiguen como resultado de la intervención temprana, ya que no sería correcto pensar que dichos méritos se han alcanzado únicamente por las sesiones esporádicas realizadas en los centros.
- **Cliente del servicio de Atención Temprana.** No se debe pasar por alto que la familia por el hecho de acudir a los servicios de Atención Temprana y por ser familia del niño con necesidades de Atención Temprana ya necesita apoyo; se trata de un cliente con necesidades propias. A lo largo del proceso debe ir pasando por una serie de etapas como, por ejemplo, la del afrontamiento de la noticia.
- **Responsable/tutor del niño o niña.** Al igual que se mencionó anteriormente, la familia es el único agente que va a permanecer junto al niño o niña a lo largo de su vida. Se han de tener en cuenta sus derechos y han de respetarse.

El contexto familiar es, pues, uno de los más importantes en lo que respecta al desarrollo humano. Es preciso destacar que los programas de Atención Temprana deben dar una respuesta a las necesidades que presentan los niños y las niñas, pero también a las necesidades de las familias.

Profundizando algo más en este último aspecto que se indicaba, la familia es uno de los usuarios de la Atención Temprana. La familia atraviesa diferentes estados y situaciones durante todo el proceso que supone tener un hijo o hija con retraso en el desarrollo o riesgo de padecerlo. La reacción afectiva de los progenitores también varía por las circunstancias del diagnóstico emitido desde que el menor ya ha nacido o antes de que nazca. Es evidente que la aceptación de la noticia en un primer momento no es algo sencillo para la familia. De hecho, tampoco es un proceso fácil visto desde un papel

secundario, dado que es diferente en cada familia. Hay varios tipos de reacciones de las familias en función de las circunstancias en las que se produce el diagnóstico y del momento. Estas reacciones se han venido diferenciando en función de si el diagnóstico se da en el periodo de embarazo, si se da en el parto o justo después, si surge por sospechas familiares o si éste se produce en controles médicos rutinarios (De Linares y Rodríguez, 2005).

Del mismo modo conviene tener presente que comunicar a las familias la posibilidad de que su hijo o hija tenga una discapacidad o un retraso en el desarrollo es muy complejo y por ello, se ha de realizar con delicadeza. GAT (2003) indica que los profesionales en Atención Temprana tienen un gran papel en este proceso. Esta etapa, caracterizada por miedos, incertidumbre, angustia, un proceso de duelo, y otras muchas emociones, se percibe de diferente forma en cada familia y también dentro de esta, cada miembro no lo afronta de la misma forma. Por ello, se ha de proporcionar una adecuada atención a este colectivo, orientándoles en todo el proceso porque los menores son el centro de la intervención, pero esta intervención no se puede realizar de forma eficaz sin la figura familiar, la cual también necesita pautas, acompañamiento y orientación. En este sentido, hay que ayudar a las familias, para que sepan qué competencias poseen para la educación de sus hijos e hijas, además de poder reconocer y controlar sus propios sentimientos. Es importante atender estas demandas familiares además de los aspectos centrados en el niño o la niña. La atención a la familia se trata de uno de los factores que más condiciona el desarrollo y la evolución del menor. Las actuaciones planteadas para los padres como destinatarios han de ser prioritarias.

Según indica GAT (2003), la finalidad de la intervención con las familias ha de ser proporcionar ayuda a los padres para adaptarse a una situación novedosa, tratando de que no se centren solo en el trastorno que posee el niño o la niña; todo ello favoreciendo el desarrollo del menor, aprendiendo a interpretar conductas, etc.

Según Castellanos et al. (2003) las necesidades y demandas que presentan las familias en los servicios de Atención Temprana son principalmente buscar ayuda para la superación de los miedos, dudas y otros sentimientos que conlleva el nacimiento de un niño o niña con discapacidad (exigen información sobre la evolución del problema y pronóstico); para comprender la condición de discapacidad del niño o niña y lo que supone; para poder sentirse competentes en lo que respecta a poder satisfacer sus necesidades; y para recibir asesoramiento sobre el acceso a los recursos y servicios que se ofrecen en la comunidad.

Así pues, estos mismos autores plantean algunas de las estrategias que pueden implementarse para conseguir estos objetivos anteriores. Entre ellas se incluyen que la familia sepa identificar avances que realiza su hijo o hija, reducir la desorientación resolviendo las dudas que tenga, hacer que la familia se perciba como protagonista de la intervención, reducir el estrés que genera la situación de tener un niño o niña que precise

servicio de Atención Temprana y, fomentar un sentimiento de confianza entre la familia y los profesionales.

Tal y como se mencionaba anteriormente, es evidente que en los últimos años la Atención Temprana ha otorgado un papel fundamental a la familia, reconociendo su potencial para contribuir al desarrollo del menor. Los nuevos modelos contrastan con enfoques tradicionales en los que las sesiones de intervención realizadas por profesionales eran más intensas y se creía que la familia era solo un agente al que solo se le consultaba alguna cuestión, de forma que adquiriría un rol pasivo en lo que a la intervención se refería. Afortunadamente, los enfoques han cambiado y, en la actualidad se considera que los resultados significativos en el desarrollo de los menores se producen por la intervención que proporcionan los profesionales de Atención Temprana, pero también por todas aquellas acciones que se llevan a cabo en el seno familiar (Zamora y Gortázar, 2021). Por ello, es muy importante capacitar a la familia, formándoles, informándoles, enseñándoles modelado de intervenciones, partiendo de sus puntos fuertes y siempre buscando el empoderamiento. Es decir, se trata de darles poder para que ellas mismas sean capaces de aprovechar todas las situaciones que contribuyen al desarrollo evolutivo de sus hijos e hijas. En esto se resume el enfoque centrado en la familia.

3.3.4. El Enfoque Centrado en la Familia

Siguiendo a García-Sánchez (2014), en lo referido al enfoque centrado en la familia es preciso comenzar explicando las prácticas que los profesionales de Atención Temprana pueden desarrollar con las familias: prácticas relacionales y prácticas participativas. Las primeras, denominadas prácticas relacionales se refieren a las interacciones que realiza el profesional con la familia en lo que respecta a relaciones interpersonales. Se basan en la escucha activa, en la empatía, etc. con el objetivo de construir relaciones efectivas con las familias. Las evidencias empíricas constatan que estas prácticas relacionales se están desarrollando en Atención Temprana. Las segundas, conocidas como prácticas participativas, consisten en la implicación real de las familias en las actuaciones a realizar. Es frecuente dar a las familias pautas para que realicen ejercicios en casa y esto no es incorrecto, pero es necesario reflexionar acerca de si esas pautas reproducen sesiones de tratamiento que se realizan en las Unidades de Atención Infantil Temprana o si se integran en actividades de la vida diaria de la propia familia. En esto se sitúa el cambio de paradigma hacia el que se tiende en Atención Temprana. Desde estas prácticas participativas es la familia la que debe utilizar sus conocimientos y capacidades y, además, compartirá toda la información con el profesional.

Es frecuente que se considere que últimamente se están llevando a cabo prácticas participativas, pero existen ciertos matices sobre los que se ha de reflexionar para ver si las prácticas que se realizan son de este tipo. Es necesario preguntarse si se les deja participar en el proceso de planificación de lo que se quiere que hagan en casa, si se les ha permitido participar en ver cuál es el principal problema y en diseñar la solución, etc.

Es decir, es preciso analizar si las orientaciones que se les dan a las familias para que hagan cosas en casa reproducen las sesiones o se integran en las rutinas diarias (García-Sánchez, 2014).

Lo primero que se ha de tener en cuenta es que el enfoque centrado en la familia busca contribuir tanto al desarrollo del niño o de la niña como al de la familia. No se trata de que los miembros de la familia se conviertan en terapeutas profesionales, sino que se pretende que desarrollen competencias para el presente y el futuro, puesto que la discapacidad del niño o niña no desaparece con la intervención, ni con el tiempo; puede mejorar, pero sigue estando y, en este sentido, la familia del menor es el único agente que siempre permanecerá con él. Por eso, trabajar en Atención Temprana con el niño o niña y con su familia, debe basarse en hacer a la familia competente para poder acompañar y ayudar a su hijo o hija, haciendo a los padres conscientes de que pueden hacerlo y evitando que surja una relación de dependencia hacia los profesionales. No se trata de que la familia haga sesiones de Fisioterapia, Logopedia y demás en su casa, sino que sea capaz de aprovechar oportunidades que se producen en el hogar para responder a necesidades reales del menor (García-Sánchez, 2014).

Este mismo autor menciona que estas oportunidades suponen una especie de aprendizaje basado en problemas, puesto que se aprovechan situaciones autodirigidas por los intereses del niño o niña; situaciones contextuales de gran riqueza. El propósito de interaccionar con otros miembros de la familia como sus progenitores o hermanos, sus juguetes favoritos y otros elementos que le motiven son los que realmente dirigen el aprendizaje en el ambiente natural. Por ello, es importante enseñar a la familia a aprovechar esos momentos y lugares en los que el niño o niña tiene intención de comunicar, desplazarse, interaccionar socialmente, etc. Además, aunque las sesiones sean intensas o, aunque estén muy bien organizadas, fuera de contexto a los niños y niñas les resulta más difícil aprovechar bien esas sesiones aisladas que cuando se realiza en el hogar. Es importante que la familia sepa hacer y que haya coordinación.

Por último, es destacable un enunciado de García-Sánchez (2014) que dice que la tarea en Atención Temprana “pasa por crear e interiorizar la idea de que los padres siempre tienen capacidades que pueden ser aprovechadas y potenciadas. Y nuestro trabajo es hacerlas crecer y aprovecharlas” (p. 297).

3.4. La Ecología del Desarrollo Humano

La característica más destacable de la perspectiva ecológica en lo que respecta a la Atención Temprana es el hecho de estudiar el desarrollo del individuo en el contexto. Dicha perspectiva refuerza la tendencia a mirar dentro de la propia persona, pero también hacia más allá de la persona, hacia el ambiente, que incluye la familia, escuela y sociedad (Sánchez, 2006).

La perspectiva ecológica se centra en estudiar el desarrollo de la persona en el contexto. Es importante hacer referencia a la aproximación de sistemas para ver su influencia en el desarrollo temprano. Desde esta perspectiva se analiza el organismo individual y el ambiente en cuatro niveles. Bronfenbrenner (1987) plantea que cada una de las estructuras concéntricas está contenida en la siguiente y las denomina el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. En este sentido, el microsistema se refiere a la interacción existente entre el organismo individual y las circunstancias ambientales inmediatas como la familia. El mesosistema se trata de un sistema de microsistemas, es decir, comprende las relaciones entre varios contextos en los que está la persona. Un ejemplo es las relaciones entre la escuela y la familia o el centro de Atención Temprana. El exosistema comprende a un entorno o más que no incluyen a la persona como un participante activo, pero en los que surgen hechos que sí afectan a la persona en desarrollo. El lugar de trabajo de los padres y madres es un ejemplo. Por último, el macrosistema comprende las correspondencias que existen entre los sistemas de menor orden, es decir, el microsistema, el mesosistema y el exosistema, que o bien existen o bien podrían existir en el plano de la cultura o subcultura, junto con otras ideologías o creencias que las sustente (Bronfenbrenner, 1987; Sánchez, 2006).

3.5. Las Necesidades de los Menores Durante la Infancia

López (2008) plantea una clasificación en la que señala cuáles son las necesidades de los menores durante la infancia, además de las formas mediante las que se pueden evitar los riesgos y las carencias más comunes en esta etapa. Dichas necesidades se incluyen en tres grupos diferenciados: necesidades de carácter físico-biológico, cognitivas y socioemocionales.

En cuanto a las necesidades de carácter físico-biológico, cabe citar la alimentación, el sueño, la actividad física, el tipo de juguetes que se le ofrecen, etc. Tal y como indica Torío (2018b), se sabe con certeza que el menor que está bien atendido y tiene cubiertas las necesidades anteriores (crece en un ambiente en el que predomina el afecto, tiene una adecuada alimentación e higiene, un sueño regular y las vacunas necesarias a esa edad), alcanzará un nivel de desarrollo físico e intelectual mejor que un menor que no esté atendido.

Acerca de las necesidades cognitivas, se ha de tener presente la importancia de esta primera etapa de vida porque en ella se comienzan a asentar las bases de la adquisición de conocimientos y la inteligencia, en las que, sin duda, las estructuras mentales que se vayan formando desde el nacimiento tendrán un importante papel. Se inicia con exploraciones que el menor realiza con los sentidos, mediante la manipulación de objetos, el movimiento y la exploración física (Torío, 2018b).

En cuanto a las necesidades socioemocionales de los menores, estos necesitan sentir seguridad emocional y social y en este sentido, resulta fundamental el afecto. Tal y

como indica Torío (2018b), un desarrollo afectivo adecuado impulsa el desarrollo del menor en otros aspectos como la inteligencia o el lenguaje, entre otros.

Al respecto, para que los menores logren un desarrollo adecuado de su personalidad, también se han de tener en cuenta otro tipo de dimensiones: el autoconcepto realista y positivo, el desarrollo de la autonomía, el hecho de tener capacidad para convivir con otras personas y la formación de la conciencia moral (Torío, 2018b).

3.6. La Importancia del Desarrollo Infantil

Se puede observar que el desarrollo infantil se trata de un concepto clave en lo referido al ámbito de la Atención Temprana.

Como se ha comentado con anterioridad, la Atención Temprana puede considerarse como una estrategia de intervención que se destina a atender a los menores que poseen alguna alteración en el desarrollo o que están en riesgo de padecerla por causas biológicas o socioambientales. En este sentido, conviene recordar qué es el desarrollo y qué se entiende por trastorno del desarrollo. En el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, GAT (2003) define el desarrollo como “el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad” (p. 12) y el trastorno del desarrollo como “la desviación significativa del ‘curso’ del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social” (pp. 12-13).

El desarrollo infantil es el resultado de la interacción existente entre dos tipos de factores, los genéticos y los ambientales. Por un lado, los factores genéticos son propios de cada persona y hasta el momento no es posible modificarlos. Por otro lado, los factores ambientales incluyen los factores de orden biológico y los de orden psicológico y social (Romera, 2016).

Profundizando algo más en los factores ambientales, tal y como propone GAT (2003), son factores ambientales de orden biológico la ausencia de factores de agresión al sistema nervioso, el estado de salud, el mantenimiento de la homeostasis, etc., así como otras condiciones óptimas para que se produzca el proceso de maduración de forma adecuada. Por otra parte, son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del menor con el entorno; la percepción de todo aquello de lo que está rodeado como, por ejemplo, sonidos, personas o movimientos; y los vínculos afectivos generados por la estabilidad y afecto que se le proporcionan en los cuidados. Todas estas condiciones son necesidades básicas de las personas y determinan las funciones comunicativas, el desarrollo emocional, la actitud que se tenga ante el aprendizaje y las conductas adaptativas.

Hay que tener en cuenta que en los primeros años de vida se produce una etapa de maduración en la que predomina la plasticidad. Al respecto, el desarrollo futuro del menor

puede estar en peligro por el hecho de sufrir algún tipo de alteración en la adquisición de los hitos propios de los estadios evolutivos. Este es uno de los motivos por el que los menores se encuentran en situación de vulnerabilidad durante esta etapa de maduración. Sin embargo, la elevada plasticidad que se posee en los primeros años y que va decreciendo conforme va pasando el tiempo, hace posible que los menores dispongan de mayor capacidad tanto de reorganización orgánica y funcional como de recuperación. Es por ello, que en los niños y las niñas con alteraciones en su desarrollo debe aprovecharse al máximo la plasticidad cerebral, iniciando tan pronto como sea posible la Atención Temprana. Cabe resaltar que en todo este proceso es fundamental la implicación de la familia del menor debido al fuerte vínculo afectivo y emocional, así como para que el tratamiento que se realice sea eficaz (GAT, 2003). Numerosos estudios subrayan que intervenir lo más temprano que sea posible en la primera infancia es más efectivo que realizar intervenciones tardías (Center on the Developing Child, 2007). Al respecto, varios autores como Romera (2016) o Perpiñán (2009) también hacen hincapié en la importancia de aprovechar la plasticidad cerebral; se ha de procurar que el tiempo que transcurre entre la detección y el momento en que se inicia la intervención de Atención Temprana sea el menor posible porque de esta forma se aprovecha la plasticidad cerebral del menor y el retraso en el desarrollo será potencialmente menor.

Cabe destacar que a lo largo de la historia se ha producido un cambio en lo referido a la concepción del bebé. Inicialmente, durante los primeros meses se entendía al bebé como un ser pasivo, pero en la actualidad, se ha pasado a considerarlos como seres activos, lo cual demuestra la capacidad de respuesta de estos ante la estimulación sensorial externa (De Linares y Rodríguez, 2005).

Los seis primeros años de vida son muy importantes dado que condicionan toda la vida de un ser humano (Alonso, 2020). Suponen una etapa crítica porque en este periodo tiene lugar la configuración de las habilidades perceptivas, cognitivas, motrices, lingüísticas, afectivas y sociales que harán posible la interacción equilibrada del menor con los contextos que le rodean. Resulta fundamental responder de forma eficaz ante la infancia y ante las familias. En estos primeros años, el desarrollo infantil se caracteriza por la adquisición progresiva del control postural, la comunicación, la autonomía de desplazamiento, el lenguaje verbal y la interacción social (GAT, 2003). Resulta importante destacar la gran importancia que tiene el desarrollo cerebral en la primera infancia puesto que permite que el niño o niña adquiera las habilidades citadas anteriormente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017).

Cabe destacar que la familia tiene un papel fundamental en este proceso. Durante el periodo perinatal y en la primera infancia los entornos que influyen en el desarrollo cerebral guardan una fuerte relación con los cuidadores y el hogar. Tal y como se indica en el *Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia de 2021*, las consecuencias que tienen las experiencias y entornos tanto positivos como negativos son acumulativas (UNICEF, 2022). Por este mismo motivo, los entornos resultan un tema de especial relevancia en el curso del desarrollo de los menores.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que los descubrimientos en la neurociencia durante los últimos años han permitido comprender cómo se produce el desarrollo del cerebro de los bebés, siendo principalmente fruto de una combinación de lo adquirido y lo innato (UNICEF, 2017).

Otros autores han afirmado lo siguiente acerca de la plasticidad:

Hoy en día, también sabemos que el impacto de una lesión cerebral hay que entenderlo en términos de vulnerabilidad evolutiva en vez de incapacidad inevitable. Esto supone que cualquier lesión del SNC está potencialmente mediatizada por un amplio rango de factores protectores que incluyen tanto los propios de cada sujeto como los del ambiente en el que se desenvuelve, y ello nos llevará a hablar de la plasticidad neural. (Sánchez, 2006, p. 79)

Tal y como se recoge en el *Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia de 2021*, “el cerebro de los niños [...] se desarrolla en respuesta a una combinación de determinantes biológicos y psicosociales” (UNICEF, 2022, p. 56). Partiendo de esta base, los entornos y las experiencias positivas pueden contribuir a un buen desarrollo cerebral en el niño o niña, pero, por el contrario, los negativos pueden suponer factores de riesgo (UNICEF, 2022). También conviene resaltar que en la definición actual de la Atención Temprana se recoge que las intervenciones se dirigen a los menores, pero también se plasma la importancia de la intervención con la familia y con el entorno. En este sentido, es preciso mencionar el entorno escolar si el menor está escolarizado en Educación Infantil (Perpiñán, 2009).

3.7. Factores de Protección y de Riesgo Biológicos, Psicológicos y Sociales

Corresponde indicar ahora los factores de riesgo y de protección concernientes a la Atención Temprana.

En el apartado anterior se hacía referencia a que el desarrollo infantil es el resultado de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. En cuanto a los ambientales, no hay duda de que la interacción existente entre los factores biológicos, psicológicos y sociales incide en el desarrollo de las personas. En esta misma línea, la Atención Temprana ha de ser entendida como un elemento que debe proporcionarse a los niños y niñas con alteraciones en el desarrollo o con riesgo de padecerlas durante el proceso evolutivo (Gutierrez y Ruiz, 2012).

Según indica Ezpeleta (2005) existe una gran relación entre los términos factor de riesgo, factor de protección y prevención. Los factores de riesgo y los de protección limitan o facilitan el desarrollo de la persona y más en concreto, la acumulación y la intensidad de estos factores que interaccionan con las características del propio niño o niña es lo que impulsa el desarrollo del menor en un sentido favorable o desfavorable (Ponte, 2005).

Cabe destacar que una intervención preventiva puede proponerse para eliminar los factores de riesgo o evitar sus consecuencias y de esta forma potenciar los factores de protección (Ezpeleta, 2005). En este sentido, para referirse a la prevención de los factores de riesgo, se emplean los términos de “atención e intervención temprana”.

Por una parte, un factor de protección “disminuye la probabilidad de que aparezca un trastorno o de que se dé un resultado negativo ante una determinada adversidad” (Ezpeleta, 2005, p. 10). Dichos factores de protección suelen ser características de la persona como son, la autoestima o del ambiente como, por ejemplo, una buena relación familiar (Ezpeleta, 2005).

Por su relación con la Atención Temprana, cabe señalar, de acuerdo con Torío (2018b), que con los trabajos de prevención que se realizan en el ámbito de la formación parental se pretende reducir el grado de influencia de los factores de riesgo y potenciar la influencia de los factores de protección del ámbito familiar.

Por otra parte, un factor de riesgo se trata de “aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno” (Ezpeleta, 2005, p. 10). Es importante tener en cuenta que el riesgo es más elevado cuanto mayor resulta la acumulación de factores (Sánchez, 2006).

Por otra parte, en cuanto a los factores de riesgo que afectan a este colectivo e inciden en el desarrollo del niño o de la niña, es preciso destacar, por un lado, los factores de riesgo biológico y, por otro lado, los factores psicosociales.

A colación de lo anterior, sobre el riesgo psicosocial y el riesgo biológico, es preciso mostrar que varios autores afirman que:

El riesgo psicosocial tiene una mayor influencia a largo plazo, al crecer el niño, ya que van empobreciéndose los resultados en todas las áreas evaluadas, mientras que el riesgo biológico decrece en influencia a medida que el niño va creciendo, pese a que puedan manifestarse peores resultados en el desarrollo motor en los primeros períodos de vida del niño. (Sánchez, 2006, p. 47)

En el *Libro Blanco de la Atención Temprana* se recogen clasificados cuáles son los factores de riesgo (GAT, 2003). En los siguientes apartados se indicará la clasificación de los factores de alto riesgo biológico y de riesgo psicosocial.

3.7.1. Factores de Alto Riesgo Biológico

Los factores de riesgo biológico son aquellos factores que presentan los niños y las niñas que han vivido alguna situación durante el periodo prenatal, perinatal, postnatal, o durante el desarrollo temprano que provocó cambios en su proceso de maduración como la anoxia durante el parto, el bajo peso o la prematuridad (GAT, 2003).

La Tabla 1 recoge los factores de riesgo biológico definidos en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* (GAT, 2003).

Tabla 1

Los factores de riesgo biológico en Atención Temprana

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

A. RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO

- R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 g o edad gestacional < a 32 semanas. (Este criterio debería ser modificado ya que en la experiencia hospitalaria los niños de < 35 semanas y < 2000 g pueden ser también de alto riesgo).
 - APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
 - Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos.
 - R.N. con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
 - Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
 - Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
 - R.N. con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
 - Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
 - Convulsiones neonatales.
 - Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal.
 - Disfunción neurológica persistente (más de siete días).
 - Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.
 - Neuro-Metabolopatías.
 - Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.
 - Siempre que el pediatra lo considere oportuno.
-

B. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - VISUAL

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

C. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - AUDITIVO

- Gran prematuridad.
 - R.N. con peso < a 1500 g.
-

-
- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión.
 - Síndromes malformativos con compromiso de la audición.
 - Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central.
 - Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central.
 - Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo.
 - Antecedentes familiares de hipoacusia.
 - Asfixia severa.
-

Nota. Elaborada a partir de GAT (2003, pp. 57-58).

3.7.2. Factores de Riesgo Psicosocial

Los factores psicosociales hacen referencia a situaciones que provocan que el menor no se encuentre en un entorno favorecedor para su desarrollo, como la falta de interacción con los familiares, que no se le proporcionen cuidados, situaciones de maltrato, abusos, negligencia, entre otras (GAT, 2003).

En la Tabla 2 se describen los factores de riesgo psicosocial definidos en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* (GAT, 2003).

Tabla 2

Los factores de riesgo psicosocial en Atención Temprana

FACTORES DE RIESGO SOCIAL

El riesgo sociofamiliar es valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo. Los criterios de riesgo sociofamiliar que deben ser seguidos se exponen a continuación.

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

Nota. Elaborada a partir de GAT (2003, p. 58).

Por una parte, según indican Valle et al. (2011), existen estudios de diferentes autores que reflejan la relación existente entre el desarrollo y el factor de nivel socioeconómico. También hay trabajos que indican que condiciones poco favorables de nacimiento repercuten más en familias que se encuentran en entornos sociales de riesgo o familias desfavorecidas. Dichos estudios han llevado a estos mismos autores a indicar que un grupo especialmente vulnerable es el de las poblaciones inmigrantes con problemas de desarraigo social y afectivo y que además cuentan con pocos recursos económicos.

Por otra parte, tal y como indica Macipe (2022), “se sabe que, a menor nivel de estudios en el hogar, más pobreza infantil” (p. 113). Dicha pobreza incide en todo el proceso de desarrollo.

En cuanto al factor social referido al riesgo de ser madre adolescente, UNICEF (2022) indica que algunos de los riesgos que acompañan la paternidad en la adolescencia son la falta de atención durante el periodo prenatal y asistencia social y la pobreza, lo cual dificulta el establecimiento de un vínculo seguro entre el padre o la madre y el menor.

Sobre el factor de convivencia conflictiva en el núcleo familiar y el de sospecha de malos tratos, se ha encontrado que la exposición a determinados riesgos como pueden ser la violencia en la primera infancia o el abandono, pueden originar en un futuro situaciones conflictivas en el ámbito educativo, en especial, problemas con otros alumnos o alumnas (UNICEF, 2022).

En lo que respecta a las experiencias de maltrato en la niñez, resulta conveniente saber que una de las necesidades intrínsecas de las personas es la necesidad de apego y todos los niños y niñas la desarrollan, incluso aquellos que sufren maltrato han podido desarrollar durante su primer año un vínculo de apego con personas de su contexto. Se ha visto que existe relación entre la calidad del vínculo de apego que desarrollan los menores y la interacción temprana. En cuanto a los niños o niñas que han tenido durante su primera infancia experiencias de apego basadas en el maltrato se encuentran en riesgo de presentar trastornos del desarrollo porque poseen muchas dificultades para poder explorar el contexto cognitivo, emocional y social debido a que no han obtenido el apoyo emocional necesario para sentirse seguros y poder explorar el contexto (Simó, 2003).

Al hilo de lo mencionado, UNICEF (2017) subraya que experiencias negativas como el estrés, el abandono, la exposición a la contaminación o la violencia dificultan el desarrollo infantil, puesto que alteran la forma en la que se realizan las conexiones neuronales en el cerebro de los menores. A esto se añade que dichas experiencias debilitan la resiliencia de la persona y aumentan la situación de vulnerabilidad; a diferencia de las experiencias positivas que fortalecen la resiliencia (UNICEF, 2022).

UNICEF (2022) hace referencia en una de sus publicaciones a la agrupación de los riesgos, pero es destacable lo que señala acerca de ciertos grupos sociales, puesto que indica que la acumulación de estos riesgos es notable para los menores procedentes de

minorías étnicas, comunidades inmigrantes o aquellos que viven en situaciones de extrema pobreza.

En la actualidad, los avances científicos se dirigen a la mejora de la calidad de vida de la población. En ese sentido, conviene saber que la mayoría de los niveles de calidad de vida y potencial de desarrollo de las personas reside en la actividad cerebral, donde se contextualizan las Neurociencias, en las cuales se aglutinan otras disciplinas como la neuroeducación y el neurodesarrollo, relevantes en el campo de la Atención Temprana. En este sentido, la plasticidad cerebral resulta positiva, pero también se está viendo que convierte a los menores en más vulnerables de los efectos negativos del entorno, en particular, respecto a poder desarrollar estrés crónico. En dicha plasticidad cerebral influyen en especial, la motivación y las emociones. A este respecto, generar vínculos de apego resulta algo esencial para el desarrollo de una Atención Temprana de calidad que ayude al menor a desarrollarse de forma integral (García y López, 2021).

También es preciso referirse, tal y como indica el Center on the Developing Child (2007), a que las relaciones de afecto y estables son fundamentales para el desarrollo saludable. Mantener relaciones de apoyo y receptivas durante la niñez hace que sea posible revertir o prevenir los efectos perjudiciales del estrés tóxico. Dichas relaciones comienzan en el contexto familiar y luego se extienden a otras personas de la comunidad. Es destacable un planteamiento realizado por el Center on the Developing Child (2007) sobre los problemas a lo largo de la vida como consecuencia de adversidades tempranas. Cuantas más situaciones adversas tenga un menor durante la primera infancia, mayor será la probabilidad de que tenga retrasos en el desarrollo y otro tipo de problemas. Se indica que la pobreza, la negligencia o el abuso, el abuso de sustancias por parte de los progenitores y la exposición a situaciones de violencia, entre otros, son predictores comunes de estrés tóxico en menores. También se indica en este estudio que los adultos que durante su primera infancia estuvieron expuestos a este tipo de situaciones, es más probable que en la edad adulta tengan problemas de salud tales como depresión, alcoholismo, diabetes y enfermedades cardíacas.

El estrés crónico puede ser un componente tóxico para el cerebro que se encuentra en proceso de desarrollo. El estrés es un componente presente durante el desarrollo del niño o niña. Cuando una persona se siente amenazada, su cuerpo activa diferentes respuestas fisiológicas, entre las que se encuentran el aumento de la presión y del ritmo cardíaco y de las hormonas del estrés como el cortisol. Con relación a esto es necesario aclarar qué tipos de estrés plantean en este estudio. Por un lado, se encuentra el estrés positivo, que es aquel que está presente en ciertas ocasiones, pero gracias a la protección de las relaciones de apoyo que los adultos brindan al niño o niña, el estrés vuelve a estabilizarse ante situaciones de adversidad. Por otro lado, está el estrés tolerable, aquel que aparece cuando surgen dificultades más graves como por ejemplo la pérdida de un ser querido, durante las que las personas adultas reducen los efectos del estrés y enseñan a los menores a adaptarse a la nueva situación. Sin embargo, cuando las situaciones de adversidad son intensas y se producen de forma constante sin estar presente el apoyo de

la figura adulta, el estrés se convierte en tóxico, lo cual afecta al cerebro en desarrollo (Center on the Developing Child, 2007).

En otro orden de ideas, se ha de tener en cuenta que el lugar en el que una persona crece y vive la define y afecta a su cerebro y a otros factores del desarrollo. Por tanto, el lugar importa y, en consecuencia, las oportunidades y los riesgos no están repartidos de forma equitativa en todos los lugares (National Scientific Council on the Developing Child, 2023).

En la actualidad se sabe que la situación de la infancia con dificultades en España era complicada ya cuando se inició la crisis económica en el año 2008, pero en los últimos dos años, ha empeorado, especialmente por la crisis sociosanitaria ocasionada por la COVID-19, que ha agravado las condiciones de los niños y niñas que habitan en hogares vulnerables. Cabe destacar que las situaciones de adversidad provocan que en ciertas ocasiones las entidades competentes en lo referido a la protección del menor tengan que intervenir puesto que se generan situaciones de riesgo o de desamparo que requieren poner en marcha una medida especial de protección. El acogimiento familiar suele ser la medida de protección que más se adopta en estas situaciones (Díaz, 2022).

Por una parte, se ha visto que las familias más desfavorecidas suelen tener prejuicios sobre la Atención Temprana, estimulan menos a sus hijos e hijas, no pueden pagar los recursos que no son gratuitos, les resulta complicado acudir a las sesiones de intervención, etc. En cambio, las familias de niveles socioeconómicos más altos estimulan más a sus hijos e hijas, se pueden pagar los recursos que no son gratuitos y no les resulta complicado acudir a las sesiones de intervención (Macipe, 2022)

3.8. Ámbitos de Actuación

En lo que respecta a los ámbitos competentes en materia de Atención Temprana, según el organigrama de la Administración Pública son tres: Servicios Sociales, Sanidad y Educación (GAT, 2003). Desde estos ámbitos que atienden las necesidades de los menores, la Atención Temprana tiene un amplio marco de realización en las diferentes unidades, servicios y centros; en concreto, en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, los Servicios Sanitarios, los Servicios Sociales y los Servicios Educativos (Gutiez, 2005).

3.8.1. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (en adelante CDIAT) son servicios autónomos destinados a la atención a menores con una edad comprendida entre los 0 y los 6 años y que poseen trastornos en el desarrollo o que tienen riesgo de poseerlos. Al igual que el concepto y el enfoque de la Atención Temprana, los CDIAT también han ido evolucionando a lo largo de la historia, adecuándose al resto de cambios de este

campo. El carácter de estos centros es interdisciplinar y, en cuanto al equipo, este es multiprofesional (GAT, 2003).

Existen diferentes tipos de CDIAT, pero todos ellos comparten un objetivo común: “Proporcionar la atención que precisan todos los niños que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo (sin exclusión en función del origen, tipo y grado de estos), o que están en una situación de riesgo biológico, psicológico o social” (GAT, 2003, p. 23).

La intervención que se realiza en el CDIAT sigue unas determinadas fases. Comienza con la valoración inicial que incluye la recogida de información, la evaluación del menor y su entorno, el planteamiento de hipótesis de diagnóstico y la realización de un plan de intervención y la entrevista de devolución a la familia (GAT, 2003).

En ciertas zonas o en algunas comunidades, debido a los recursos, y en función de su historia, ciertos colectivos de menores con trastornos más específicos son atendidos en CDIAT o en programas o unidades de Atención Temprana coordinados con otros servicios o centros con un funcionamiento muy similar a los CDIAT, tales como los centros de atención a menores con problemas visuales o auditivos, los centros de salud mental infantil o los centros de rehabilitación de trastornos motores (GAT, 2003).

Según señala GAT (2003), las labores de sensibilización, prevención y detección están incluidas en las funciones que posee un CDIAT. Estos centros han de colaborar en la realización de programas para sensibilizar a la población en lo referido a la prevención relacionada con menores.

3.8.2. Servicios Sanitarios

Los servicios sanitarios tienen un importante papel en lo referido a la prevención ya desde el inicio con el control durante el embarazo y en particular, cuando se observan factores de riesgo biológico, social o psicológico. En estos servicios se hacen las pruebas de detección, así como la información y orientación acerca del pronóstico y de los recursos para realizar la intervención (Gutierrez, 2005).

Están constituidos por servicios de neonatología, servicios de obstetricia, servicios de neuropediatría, pediatría en atención primaria, unidades de seguimiento madurativo o de desarrollo, servicios de salud mental, servicios de rehabilitación infantil y otras especialidades médicas (GAT, 2003).

3.8.3. Servicios Sociales

Tienen un papel fundamental en lo referido a los programas de prevención, tareas de detección, diagnóstico e intervención. Se ha de tener presente que los servicios sociales actúan en todos los niveles de la atención primaria, y su papel en Atención Temprana es clave. Estos servicios actúan en Atención Temprana mediante la elaboración de

programas tanto de prevención como de intervención, así como mediante la promoción del bienestar social de las familias (GAT, 2003).

En cuanto a la promoción del bienestar social de las familias, es destacable que gracias a la Atención Temprana se haya podido constatar la importancia que tienen para el desarrollo infantil factores como la estabilidad de las relaciones familiares, la estabilidad laboral, la dedicación de afecto, la coherencia de los estilos educativos, etc. (GAT, 2003).

3.8.4. Servicios Educativos

En particular, la Educación Infantil supone una etapa de gran importancia para el desarrollo de los niños y de las niñas, puesto que, como ya se ha mencionado, los primeros años de vida son críticos. En esta etapa la intervención temprana es imprescindible para evitar problemas en el desarrollo en la población, pero específicamente en aquellos menores con necesidades educativas especiales. En España las escuelas infantiles surgen como una evolución de las guarderías, que habían sido creadas como un servicio de asistencia social para las familias, tras la incorporación de las mujeres al trabajo y la necesidad que esto conllevaba de atender a los niños y niñas en la etapa previa a la escolaridad obligatoria de los menores (GAT, 2003). La educación destinada a la población infantil de este rango de edad posee un carácter preventivo y compensador del desarrollo infantil. No obstante, se ha de tener presente la calidad de esta, puesto que, si este criterio no se cumple, la escuela puede tener un efecto contrario (Bolsanello, 2009).

3.9. Estudios en Torno a la Problemática de la Atención Temprana

No cabe duda de que la Atención Temprana ha sido y es objeto de estudio de diferentes investigaciones. En un primer momento, las investigaciones más frecuentes se relacionaban con el ámbito clínico debido al modelo imperante del momento histórico. Sin embargo, en la actualidad, partiendo de los avances conceptuales y metodológicos que ha ido experimentando la Atención Temprana, las investigaciones se centran en la calidad del servicio que se presta en la Atención Temprana. Esto no se trata de una tarea sencilla. La finalidad de este tipo de investigaciones que evalúan la satisfacción de los usuarios (tanto de los menores como de las familias) es ofrecer una mejora del servicio en forma de recomendaciones a las propias instituciones públicas. La participación de las familias ha sido el tema central, pero los resultados obtenidos siguen indicando que se ha de enfatizar el papel de las familias, dándoles un mayor protagonismo en el proceso y mejor formación (García y López, 2021).

Hoy en día no hay datos por parte de la administración pública acerca de la situación de la Atención Temprana en España. Se plantea que en España solo se está prestando este servicio a un 40% del total de menores que necesita este recurso (Escorial y Ibarra, 2022).

Es preciso destacar que tal y como indican Escorial y Ibarra (2022), la Atención Temprana todavía no se define como uno de los derechos universales y gratuitos de los menores. En la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (2021), se recoge que los servicios sociales y las administraciones sanitarias y educativas deben garantizar la Atención Temprana desde los 0 a los 6 años a menores con alteraciones o trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos, no obstante, a día de hoy no se recoge como un derecho de la infancia.

Es necesario reconocer que muchos de los derechos básicos de salud de la infancia se están vulnerando a raíz de las carencias que presenta el sistema de Atención Temprana en España como, por ejemplo, que no existan programas de acceso a otros servicios una vez que finaliza el servicio de Atención Temprana, que no se realice la intervención en el contexto natural del menor, los obstáculos para acceder a servicio, la carencia de recursos económicos, etc. (Escorial y Ibarra, 2022).

La Atención Temprana necesita ser entendida como un derecho subjetivo y, además, se ha de garantizar que sea universal, de calidad, gratuito y accesible para cualquier menor y familia que lo necesite, pero en especial para los que se encuentran en situación de vulnerabilidad más grave (Escorial y Ibarra, 2022)

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA E HIPÓTESIS

En la fase del planteamiento del problema se acota mejor el tema inicial de la investigación, ya que se recogen elementos más específicos; se explica con mayor detalle qué es lo que se estudiará, qué información se recogerá y con quién se realizará el estudio, entre otras cuestiones (Bisquerra, 2004).

En concreto, el problema que se plantea es analizar cuáles son los factores sociales asociados a la aparición de trastornos del desarrollo o al riesgo de padecerlos que más influyen en los usuarios de la UAIT de Gijón y, para poder llegar a unos resultados que den respuesta al problema planteado, es necesario realizar un estudio longitudinal de datos de la Unidad.

Por otro lado, las hipótesis de esta investigación se han formulado partiendo de los objetivos específicos. En la Tabla 3 (Anexo 1) puede observarse la relación entre el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis. Se trata de hipótesis descriptivas que intentan predecir el valor de las variables. Son las siguientes.

- Los menores con alto riesgo biológico tienen más probabilidad de ser usuarios de la UAIT.
- Los menores entrantes tienden a tener entre 0 y 6 meses en la fecha de entrada a la UAIT.
- El número de padres y madres de procedencia extranjera con hijos que asisten a la UAIT está en aumento.

- A los servicios de la UAIT asisten más padres y madres de edad comprendida entre 31 y 40 años.
- Los menores que son derivados a las UAIT provienen mayoritariamente del sistema sanitario.
- Desde el ámbito educativo se realizan un amplio número de demandas para que un menor acuda a la UAIT.

5. DESCRIPCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN SOCIAL Y/O INSTITUCIONAL DE LA INVESTIGACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La investigación se contextualiza en la UAIT de Gijón, centro en el que se han realizado las prácticas del Máster de Intervención e Investigación Socioeducativa y del que se han extraído y analizado los datos recogidos en su archivo de las Memorias anuales que realizan cada año.

La Unidad fue abierta por primera vez el 1 de agosto de 2005. Se encuentra en la Calle Pedro Pablo de Gijón, 40-42. Es de carácter público y está gestionada por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Al respecto, es preciso referirse al Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales (2011), y en particular a su artículo 3 sobre la tipología de centros. En dicho artículo se recoge la clasificación de los centros de Servicios Sociales en diferentes modalidades, siendo una de ellas la de los centros para personas con discapacidad y/o dependencia, en la que se incluyen las Unidades de Atención Infantil Temprana.

Teniendo en cuenta que en cada una de las áreas sociosanitarias existe una UAIT de carácter generalista, para conocer en cuál se ubica la Unidad, es necesario hacer referencia al Decreto 108/2005, de 27 de octubre, por el que se aprueba el Mapa Asturiano de Servicios Sociales (2005), ya que en él se recogen las áreas de Servicios Sociales, coincidentes con las áreas establecidas en el Mapa Sanitario. Así pues, la UAIT de Gijón se ubica en el área V (municipios de Gijón, Villaviciosa y Carreño).

Una vez que se ha contextualizado la Unidad, se procede a describirla. En primer lugar, se ha de tener en cuenta que en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* se indica que la edad de los menores usuarios de Atención Temprana en las UAIT sería de 0 a 6 años (GAT, 2003), pero dicha atención se ha reducido a menores desde el nacimiento hasta el momento en que se escolarizan (tengan o no cumplidos los 3 años). Dicha situación se debe a la generalización de la escolarización a los niños y niñas de 3 años o a los que son menores por haber nacido de septiembre a diciembre.

En cuanto a los medios profesionales, actualmente la UAIT cuenta con personal laboral fijo o interino de la Administración del Principado de Asturias, pertenecientes a

diferentes categorías profesionales: un coordinador, un psicólogo, dos fisioterapeutas, dos logopedas, un psicomotricista, dos estimuladores, y un ordenanza.

En relación con lo anterior, un punto negativo que afecta al servicio que se proporciona en la UAIT es la lista de espera de Logopedia. En concreto, la de este año comienza en el mes de noviembre y no se podrá recuperar hasta que se realicen altas por escolarización en septiembre. Esto justifica la necesidad de un mayor número de profesionales de esta especialidad. También es preciso referirse a la pérdida de la figura de psicólogo en las intervenciones en la Unidad debido, por una parte, a la combinación de la figura de coordinador y psicólogo (son la misma persona, la cual ejerce ambas categorías profesionales) y, por otra parte, a su dedicación a tareas administrativas debido a la carencia de un auxiliar administrativo en la plantilla de la Unidad, lo que provoca que, en particular, el conserje y la coordinadora se tengan que encargar de todas las tareas administrativas.

En lo que respecta a los medios físicos, la UAIT dispone de un despacho, una sala para el ordenanza, ocho salas de tratamiento, tres de Fisioterapia, dos de Logopedia, una de Psicomotricidad, dos de Estimulación Temprana, una sala de espera, una sala de lactancia, cinco aseos, y una sala de reuniones. Se ha visto que la Unidad no cumple unos requisitos mínimos de salida de emergencia, ventilación de espacio y conservación (problemas de goteras y falta de mantenimiento). También se necesitaría un lavabo en cada una de las salas de tratamiento.

Como se ha dicho, en Atención Temprana se consideran como ámbitos de intervención Sanidad, Servicios Sociales y Educación, pero desde la UAIT no se realiza una coordinación tal y como se desearía con las Escuelas de Educación Infantil y con Servicios Sociales debido a la sobrecarga de tareas administrativas y a la carga asistencial de la Unidad. En concreto, la coordinación con Servicios Sociales es casi inexistente y con Educación se realiza o bien para la derivación, asegurando así la continuidad de atención a los usuarios o bien de forma puntual con algunas Escuelas de Educación Infantil.

Por otra parte, conviene indicar que en la UAIT se establecen tres niveles de intervención, tal y como se señala en el *Documento Técnico de La Atención Infantil Temprana en Asturias* coordinado por Elizalde et al. (2004):

- Actuación preventiva o de seguimiento. En la Unidad se les llama controles evolutivos.
- Apoyo psicosocial limitado. Son las sesiones a familias y la coordinación establecida con las Escuelas de Educación Infantil.
- Apoyo intensivo o intervención terapéutica. Son los tratamientos que se realizan en la Unidad.

Profundizando más en este tema, se puede concretar que desde la UAIT se realizan los siguientes procesos de trabajo: derivación y solicitud de Atención Temprana, citación

y primera valoración, reunión del equipo multiprofesional, revisiones de tratamiento, controles evolutivos, Programa Personalizado de Desarrollo, tratamientos, derivaciones y bajas en la Unidad, coordinaciones, recogida de información interna, evaluación anual de la UAIT, actividades complementarias, y la gestión y administración de la Unidad.

Por otra parte, cuando llega un caso a la Unidad, el proceso seguido es el siguiente: la solicitud parte siempre de pediatría, que realiza una interconsulta a la UAIT, pero esta interconsulta no llega directamente, sino que es la propia familia la que debe acudir a entregar esta documentación (junto a otros informes) para solicitar una valoración inicial de su hijo o hija. La solicitud se realiza de forma presencial y con cita. Dicha solicitud es digitalizada por el conserje y, seguidamente, la coordinadora abre una historia única en Word sobre el menor, puesto que no existe una base de datos electrónica para gestionar los expedientes. En la Unidad se custodian los expedientes en papel y para suplir la inexistencia de base de datos se utilizan diferentes hojas Excel.

Tras esto, se realiza la valoración inicial del menor por parte del personal de la UAIT, pero también es fundamental la información que aporta la familia. Semanalmente el equipo de la UAIT realiza una reunión interna para organizar las valoraciones iniciales (establece quién o quiénes la realizarán), los controles evolutivos y las revisiones de tratamiento. En estas reuniones se reflejan las pautas para establecer los apoyos que cada niño y niña necesitará, así como el profesional de referencia. Además, se realiza previamente un orden del día y se recoge todo lo tratado en un acta.

Una vez que se realiza la valoración inicial y se aborda el caso en la reunión, se procede a realizar la devolución de la información a la familia y al pediatra. Para ello se elabora un escrito en el que se indica el nivel de intervención que se dará desde la UAIT.

El siguiente paso, cuando ya se comienza el tratamiento y se va conociendo al menor, es la elaboración de un Plan Personal de Desarrollo, el cual se le explica a la familia. El profesional junto con la familia realiza continuamente la evaluación y el seguimiento del niño o niña, pero en ciertos momentos la psicóloga realiza una valoración externa del menor. Por otra parte, cabe señalar que en la UAIT también se comunica por escrito todo lo referido al proceso de altas. Se puede considerar oportuno establecer una baja por normalización, escolarización o por derivación a una UAIT especialista. Al igual que son motivos de alta los abandonos por falta de asistencia sin aviso o por petición y firma de baja voluntaria.

6. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Diseño de la Investigación

La investigación propuesta se trata de un estudio cuantitativo, realizado mediante un diseño no experimental, de corte longitudinal y descriptivo.

Según el enfoque o paradigma el diseño es preordenado; según la dimensión temporal es longitudinal; y según la existencia de manipulación y el grado de control, se trata de un diseño no experimental y dentro de estos, es un diseño ex-post-facto. Se trata de una investigación realizada desde una perspectiva cuantitativa característica de un paradigma positivista. A continuación, se describirá en mayor detalle.

Latorre et al. (1996) señalan que las modalidades de investigación bajo el paradigma positivista se pueden agrupar en tres tipos: metodología experimental, cuasiexperimental y ex-post-facto o no experimental. La investigación desarrollada se corresponde con una investigación ex-post-facto ya que se describen las relaciones de causa que se originan entre variables que la persona investigadora no puede manipular. Además, dichas causas se estudian una vez que han ocurrido (McMillan y Schumacher, 2006). Este tipo de investigaciones se limitan a describir una situación ya dada en la que la persona investigadora adquiere una actitud pasiva (Latorre et al., 1996).

Asimismo, existen tres métodos no experimentales: comparativo-causal, descriptivo y correlacional (Latorre et al., 1996). En esta investigación se sigue un método descriptivo, ya que se quiere describir el perfil y la evolución de los diferentes usuarios de la UAIT de Gijón según ciertas variables sociales.

Dentro de los métodos descriptivos se incluyen varios tipos de estudios; entre ellos, el que se sigue en esta investigación, conocido como estudio de desarrollo. Siguiendo la definición de Latorre et al. (1996) “este tipo de estudios describe la evolución de las variables durante un periodo de tiempo determinado” (p. 180). En concreto, la investigación es un estudio de desarrollo centrado en describir cuál es la evolución de ciertas variables en los usuarios de la UAIT desde 2012 hasta 2022.

A su vez, los estudios de desarrollo pueden ser longitudinales, transversales o de cohortes. En la presente investigación, se propone un estudio longitudinal puesto que se trata de una descripción de la población a través de la comparación en diferentes momentos temporales utilizando diferentes muestras, es decir, muestras independientes sucesivas (Montero y León, 2007). En particular, en este caso, la unidad de análisis es la UAIT de Gijón y esta se analiza durante 11 años sucesivos (desde 2012 hasta 2022), de tal manera que se hace una descripción de la población de los usuarios de la UAIT a través de las muestras independientes de cada año.

6.2. Variables

Este trabajo considera como variables criterio las asociadas a factores de riesgo (origen de la demanda, motivo de la derivación, edad de los menores entrantes en el año evaluado y de los progenitores, y procedencia de estos últimos).

Estas variables son de tres tipos: nominales o cualitativas, ordinales y cuantitativas. En la Tabla 4 (Anexo 2), se describirán cada una de ellas.

Los datos hacen referencia al total de personas. En cuanto a la construcción de las variables, cabe destacar que en el caso de las referidas a los menores atendidos a lo largo del año y en las de los menores entrantes en la Unidad en el año evaluado, se han respetado los criterios que se siguen en las Memorias y en los Excel, ya que no se han modificado los valores que toma cada una de las variables.

Sin embargo, ha sido necesario modificar una de las variables referidas al perfil de las familias, en concreto, la de la procedencia de los progenitores, ya que no seguía el mismo criterio en todos los Excel y Memorias e incluso, en algunos años no se disponía de datos. No obstante, se ha decidido utilizarla porque es una variable importante para el análisis.

Corresponde describir brevemente cómo se ha empleado la variable anterior. El número de padres y el de madres de procedencia extranjera se desglosa por países, entonces se ha comenzado realizando una lista por orden alfabético de todos los países que se mencionaban, pero debido al número reducido de personas en alguna de las categorías de la variable, finalmente, se ha decidido agruparlos por continentes en cuatro categorías: Europa, América, África y Asia.

6.3. Muestra y Muestreo

La población hace referencia al conjunto de todos los individuos en los que se desea estudiar un determinado fenómeno; además de ser a los que se pretende que se hagan extensivos los resultados de la investigación.

En este caso, la población es el total de menores de 0 a 4 años de Gijón en esos años analizados (desde 2012 hasta 2022). Para ello se ha consultado en el Instituto Nacional de Estadística (2023) la población por sexo, municipios y edad. Se tomarán los datos del total de niñas y del total de niños de 0-4 años de cada uno de los años analizados y se realizará el sumatorio.

$$\Sigma = 96.103 \text{ menores de 0 a 4 años en Gijón desde 2012 hasta 2022.}$$

Cabe mencionar que se ha cogido hasta 4 años de edad porque es el grupo que más se ajusta a los usuarios de la UAIT ya que en la Unidad también hay menores que han entrado con 37-48 meses, por lo que encajan en este intervalo de edad.

Otro paso importante en la elaboración del diseño de la investigación es la selección de la muestra. Siguiendo la propuesta de Bisquerra (2004), desde la perspectiva cuantitativa esta primera fase para realizar la selección de la muestra se basa en acotar las características de contenido (quiénes son las unidades de análisis), de lugar (dónde se encuentran las unidades de análisis), y de tiempo de la población. Así pues, en este caso, la unidad de análisis es la UAIT de Gijón, analizada durante 11 años sucesivos.

El método de muestreo fue no probabilístico e intencional. Se ha calculado realizando el sumatorio del total de menores entrantes cada año evaluado. Así pues, tal y

como se muestra en la Figura 1 (Anexo 3), la muestra está formada por 1.693 menores, de los cuales 1.100 son niños y 593 son niñas.

$$\Sigma = 1.693 \text{ menores entrantes en la UAIT desde 2012 hasta 2022.}$$

6.4. Procedimiento

En este apartado se indicará cómo se ha llegado a obtener las bases con los datos correspondientes a cada uno de los años que se analizan en la investigación propuesta.

Teniendo en cuenta que el Trabajo Fin de Máster aquí propuesto parte de los datos pertenecientes a la UAIT de Gijón, cabe señalar que la Unidad se muestra especialmente interesada en los resultados de esta investigación, puesto que, como ya se ha indicado, no dispone de base de datos y dicho análisis permitirá ver cuál es la tendencia que se está siguiendo en Atención Temprana desde el año 2012 hasta la actualidad.

Para ello se ha cumplimentado en un primer momento un documento del proyecto formativo que se realizaría durante este periodo, consensado y firmado por la alumna, la tutora académica y la tutora del centro de prácticas; además de la persona responsable de prácticas de la Facultad de Formación del Profesorado y Educación. En dicho documento se recogieron las competencias a adquirir durante las prácticas.

Para poder realizar la investigación previamente fue necesario solicitar autorización a la Consejería de Servicios Sociales para el desarrollo de un estudio de investigación en un centro dependiente de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Una vez realizado todo este trámite, la alumna pudo acceder a cada una de las bases de datos de cada año desde el 2012 hasta el 2022. La coordinadora de la Unidad fue quien proporcionó las bases tal y como estaban archivadas.

6.5. Instrumentos de Recogida de Información

En esta investigación se han utilizado fuentes de información cuantitativa; en concreto, las bases de datos de la UAIT desde el año 2012 hasta el año 2022. Finalmente, se obtuvieron 11 bases de datos proporcionadas por la coordinadora de la Unidad. Cabe destacar que unas bases están en formato Word (la Memoria anual firmada por el coordinador correspondiente cada año) y, otras, en formato Excel (la plantilla cumplimentada del Protocolo de Evaluación Anual de las Unidades de Atención Temprana); hay años en los que están disponibles ambos documentos, la Memoria y el documento Excel con los indicadores del Protocolo cumplimentados.

Las bases de datos proporcionadas se cumplimentan en la Unidad de forma anual, pero para proceder a realizar un análisis de estas, se necesitaba conocer más datos como por ejemplo el motivo de su realización o los criterios que seguían para establecer qué indicadores se recogían. Al respecto, según se ha ido realizando la revisión bibliográfica

sobre el tema de estudio, se ha encontrado que dichas bases tienen una justificación, la cual se explicará a continuación.

En Asturias no se dispone de normativa específica sobre Atención Temprana, pero se sigue como base un documento técnico o guía denominado *La Atención Infantil Temprana en Asturias* coordinado por Elizalde et al. (2004) y en el que han participado muchos profesionales de Unidades de Atención Infantil Temprana de Asturias.

En dicho Documento se indica que se ha diseñado un modelo común de evaluación para las UAIT en el que se recogen los siguientes aspectos: cobertura, esfuerzo, proceso, resultados, y calidad de la atención. Además, participan tanto el equipo de profesionales como los usuarios.

Así pues, se ha visto que el proceso de valoración de cada UAIT se realiza recogiendo información y concretándola anualmente cumplimentando el modelo diseñado con esa finalidad, denominado Protocolo de Evaluación Anual de las Unidades de Atención Temprana. Cabe señalar que continúa vigente después de casi 20 años, ya que solo se han realizado en el año 2018 ciertas modificaciones de estructura y contenidos.

En la Unidad de Gijón (al igual que en el resto de las unidades de Asturias) se recoge información para cumplimentar dicho protocolo, la cual se incluye posteriormente en la Memoria anual que cada UAIT debe realizar. En la UAIT de Gijón, el Protocolo mencionado se cumplimenta en un documento Excel (una plantilla en blanco que los profesionales deben ir completando con la información recogida en la Unidad. Cada documento incluye una hoja con tablas por cada ítem evaluado).

Este Protocolo consta de tres partes: una primera introductoria general de contenidos básicos; una segunda parte de evaluación de la cobertura de la Unidad, que es la que se emplea para este Trabajo Fin de Máster y que, por tanto, se describirá en mayor detalle; y, finalmente, una tercera parte de evaluación de la actividad en la Unidad. A continuación, se explicarán las tres partes del Protocolo con más en detalle.

En la primera parte, que es la introducción, se recoge la definición, objetivos de trabajo, la estructura organizativa y el organigrama de la Unidad (medios profesionales y físicos, así como el proceso de trabajo).

En cuanto a la segunda parte, cabe resaltar que es la que se ha empleado en la investigación, puesto que los datos que se han utilizado se han extraído de este apartado incluido en cada una de las Memorias anuales. Dicho apartado se refiere a la evaluación de la cobertura de la Unidad. En él se recogen diferentes ítems: la procedencia original de la demanda (origen y derivación); el tiempo transcurrido entre el primer contacto con la familia hasta la fecha de la cita para la primera consulta de acogida y/o valoración inicial; las altas, motivos de alta y prórrogas; el reconocimiento del grado de discapacidad y/o resolución de dependencia; el número de niños y niñas con entrada antes del año evaluado (número de niños y niñas cuya entrada en la Unidad fue anterior al 1 de enero

del año evaluado); rango de edad de los niños y niñas con entrada durante el año evaluado (hace referencia sólo a los casos nuevos del año evaluado. Se recoge el número de niños y niñas por rangos de edad diferenciando por sexo y en función de la edad que tienen en la fecha de entrada); motivos por los que los menores son derivados al servicio de Atención Temprana; la situación de riesgo y dificultades en el desarrollo evolutivo apreciadas en la Unidad (se recogen los datos de todos los niños/as atendidos durante el año evaluado); el perfil de las familias (edad y procedencia al margen de si han obtenido o no la nacionalidad española); el perfil de hermanos y hermanas; y la lista de espera.

En la tercera parte constan las intervenciones terapéuticas realizadas en el año evaluado (cada profesional debe hacer su registro del número de sesiones y del total de casos atendidos, así como de otros aspectos importantes sobre los tratamientos); los tipos de intervención y los casos atendidos en el año evaluado; las intervenciones grupales con familias que acuden a la Unidad (acciones de orientación, apoyo psicológico y/o terapéutico, formación e información); los informes realizados; la coordinación interna de la UAIT y con otras entidades; y por último, las actividades de formación, asesoramiento y difusión realizadas por los profesionales.

Finalmente, cabe mencionar que las Memorias anuales en las que se incluyen los datos recogidos en los Excel poseen un contenido similar al que se ha visto en los documentos Excel.

Además, es importante tener presente que se trata de instrumentos ya creados, en los que recogen solo el total y no se conocen los datos desagregados, de persona en persona.

6.5.1. Organización de la Información Recogida

En cuanto a cómo se ha organizado la información disponible cabe destacar que primero la alumna ha realizado una labor de revisión de todas las variables de los informes de la UAIT, debido a que al no tener los datos reunidos en un mismo documento (ya se ha mencionado la inexistencia de una base de datos, siendo este el motivo de que existan tantas hojas de Excel), resultaba complicado saber qué variables podían emplearse en el análisis.

Por este motivo, la alumna creó un documento en el que realizó una tabla donde registró los datos por año de todas las variables, es decir, los datos desde el 2012 hasta el 2022 extraídos de cada Excel o Memoria de cada año. De esta forma, se pudieron observar en una misma tabla por variable los datos de cada año.

Cabe mencionar que, una vez realizada la revisión de las variables, no se han podido emplear todas las que se deseaba puesto que se han encontrado ciertas limitaciones durante el proceso de organización de la información recogida, las cuales se indicarán en el apartado dedicado a las limitaciones de la investigación. Además, se ha realizado un

acuerdo con la coordinadora sobre qué variables de las que se tenían completas, eran las que interesaban a la Unidad, esto es todas aquellas relacionadas con los factores de riesgo social y que disponían información de todos los años.

En este sentido, las variables que se ajustan al objetivo de la investigación son algunas de las que hacen referencia a los ítems de evaluación de la cobertura de la Unidad. En concreto, se emplearon para el análisis los siguientes ítems: la procedencia original de la demanda (origen), el rango de edad de los niños y niñas con entrada durante el año evaluado, los motivos por los que los menores son derivados al servicio de Atención Temprana, y el perfil de las familias (edad y procedencia al margen de si han obtenido o no la nacionalidad española). Posteriormente, con esos ítems se han construido las variables recogidas en la Tabla 4 (Anexo 2).

6.6. Análisis de Datos

Para realizar los análisis de los resultados de la investigación se ha utilizado el programa estadístico informático IBM SPSS, versión 22. Por un lado, se calcularon estadísticos descriptivos de tendencia central (mediana y moda) y de dispersión (mínimo y máximo); también la suma. Por otro lado, se realizaron análisis de frecuencias para cada variable a lo largo de los años. En SPSS se ha asignado el valor 999 a los casos en los que no se indicaba el valor de un dato en un año, y 0 cuando se indicaba que no había casos. Por esta razón N, que es el número total de casos (años) de los que se tienen datos, tal y como se registra en las tablas de estadísticos para cada variable, no siempre es 11. Finalmente se hicieron correlaciones de Spearman (ρ) para ver la relación lineal de las variables en los años analizados. También se empleó Excel para hacer los gráficos correspondientes. Cabe resaltar que Excel representa gráficamente los valores perdidos como si fuesen valor 0. Se han utilizado estos análisis debido a la naturaleza de las variables y al reducido tamaño de la muestra.

7. RESULTADOS

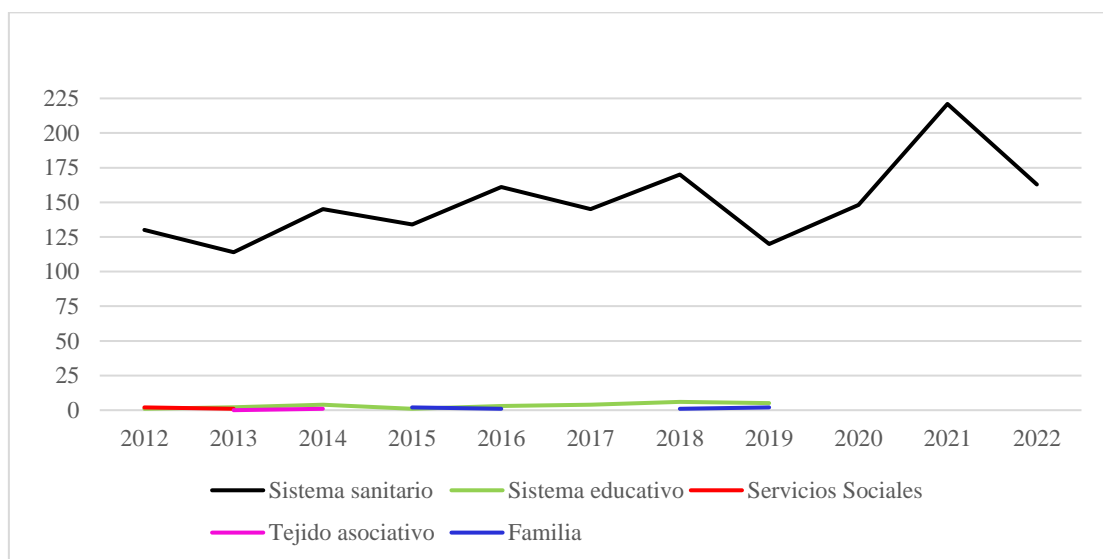
Se comenzará describiendo y explicando en conjunto las tablas de frecuencia y los estadísticos descriptivos más relevantes de cada una de las variables, así como la evolución de cada una.

- **Origen de la demanda**

El total de demandas con origen sanitario en la UAIT desde 2012 hasta 2022 es 1651, con un promedio de 145 por año (Tabla 5, Anexo 4). Como puede verse en la Figura 2 el año en que se hicieron más demandas sanitarias fue en 2021, un total de 221, mientras que el mínimo fueron 114 demandas en 2013.

Figura 2

Evolución de la variable origen de la demanda desde 2012 hasta 2022



Analizando la tendencia de esta variable, se observa que la mayoría del origen de las demandas proceden del sistema sanitario, mientras que las demandas originadas en el resto de ámbitos son muy bajas. El segundo origen del mayor número de demandas es el educativo, aunque con menor número de demandas que el ámbito anterior. El tercer origen es el familiar. Le sigue Servicios Sociales y, finalmente, se observa que casi no se producen demandas en el tejido asociativo (Tabla 5, Anexo 4).

En cuanto a la evolución de la variable en los años analizados se observa una relación bastante alta, $\rho = .50-1.00$.

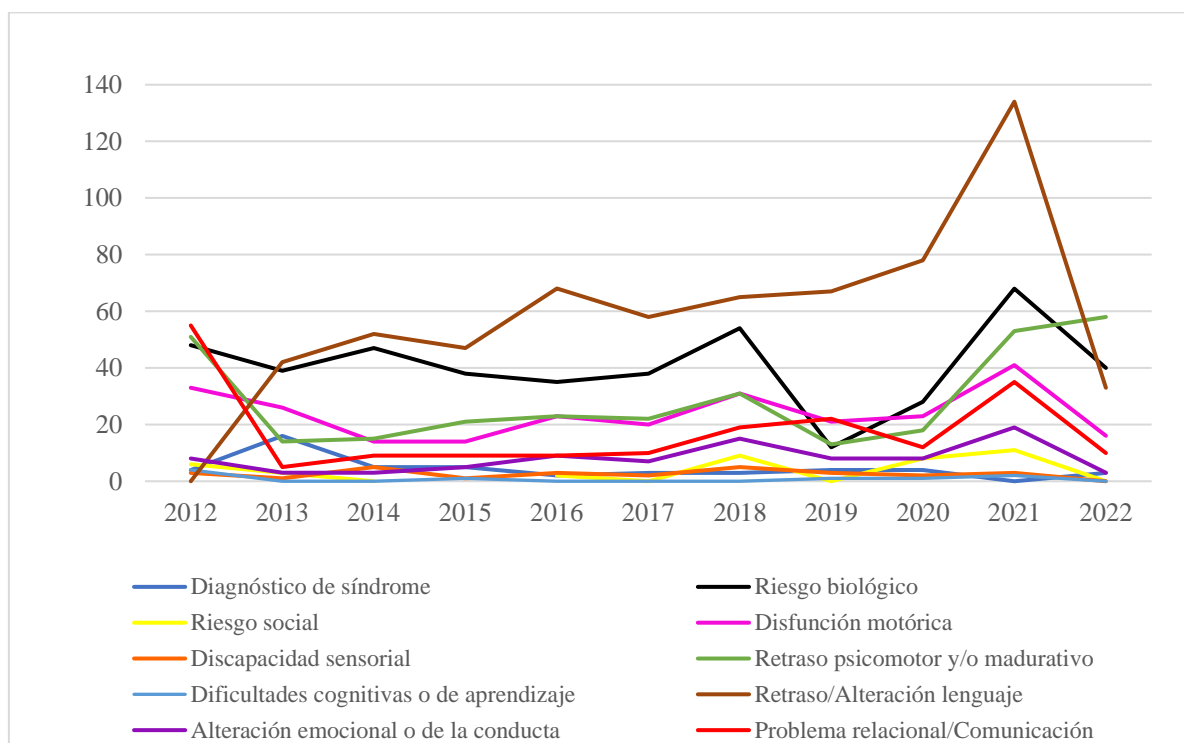
- **Motivo de la derivación**

En primer lugar, los registros muestran que presentar retraso o alteración del lenguaje es el motivo del mayor número de derivaciones a lo largo de los 11 años, concretamente un total de 644 con un promedio 58 y un máximo de 134 en 2021 (Tabla 6, Anexo 5). Cabe señalar que las derivaciones por riesgo biológico también son elevadas, a diferencia del riesgo social, que suele ser un motivo de derivación poco frecuente. En este sentido, el menor número de derivaciones se produce por presentar dificultades cognitivas o de aprendizaje.

Con respecto a la evolución temporal de la variable, como puede verse en la Figura 3, sigue un patrón similar a lo largo de los años. Se han calculado las correlaciones y se ha visto que el valor de ρ fue de entre .122 y 1.00. El año que más se diferencia del resto es 2012 donde la correlación se reduce hasta alcanzar un valor de $\rho = .122$, por ejemplo, con el año 2013. Las correlaciones de este año con el resto son bajas, pero las correlaciones entre los demás años adquieren valores más altos e incluso significativos por ser $p = .000$. El patrón más estable que se observa es desde 2014 hasta 2018.

Figura 3

Evolución de la variable motivo de la derivación desde 2012 hasta 2022

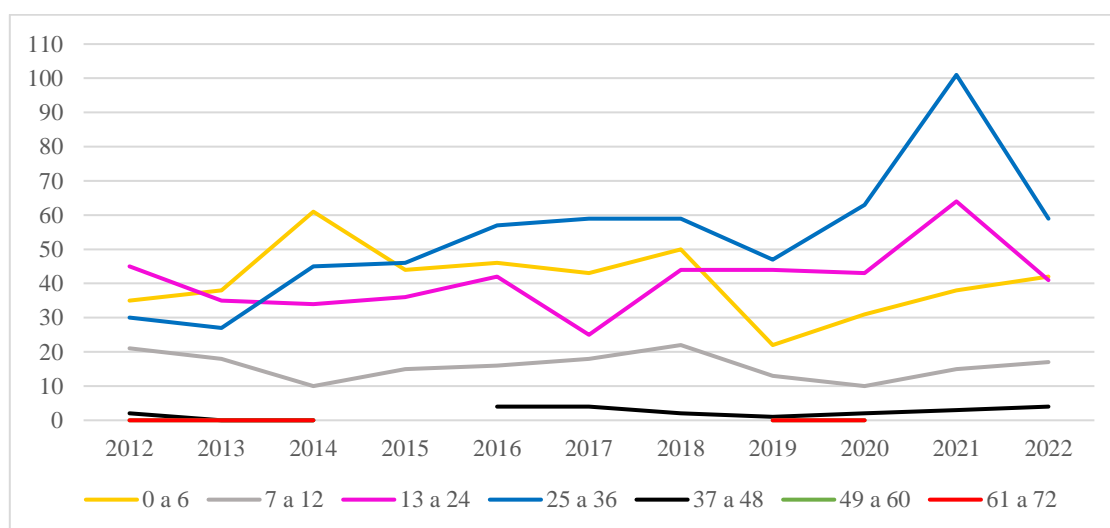


- **Edad de entrada del total de los menores y por sexo**

El intervalo de edad en el que se concentra un mayor número de menores entrantes es en el de 25-36 meses, un total de 593, de los cuales 436 son niños y 157 niñas (Tabla 7, Anexo 6). Como se observa en la Figura 4, el máximo de menores entrantes de este rango de edad fue en 2021, un total de 101 menores (Tabla 7, Anexo 6).

Figura 4

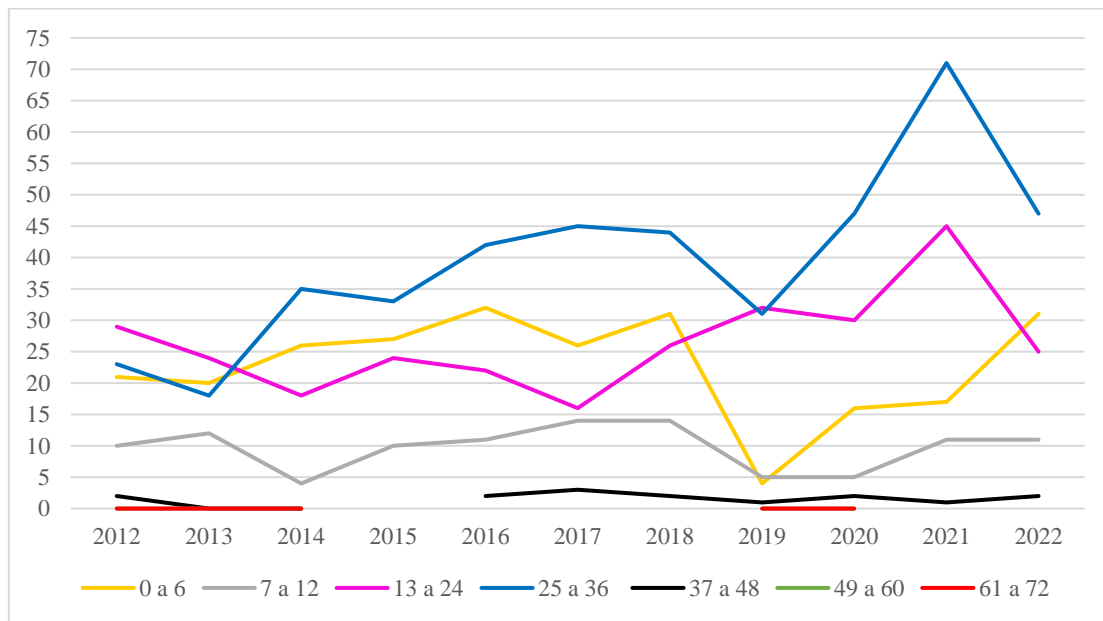
Evolución de la variable edad de entrada del total de menores desde 2012 hasta 2022



Por un lado, en cuanto a la evolución de la variable edad de entrada de los niños, la relación entre los años fue entre .20 y 1.00, siendo el intervalo de edad en el que se ha concentrado el mayor número de niños entrantes el de 25 a 36 meses, un total de 436 niños (Tabla 7, Anexo 6). Como se puede ver en la Figura 5, el máximo de niños entrantes en ese intervalo de edad es en 2021, un total de 71 niños (Tabla 7, Anexo 6). Se observa un patrón más estable desde 2014 a 2018. Las correlaciones más bajas se encuentran en 2015 y puede ser debido a que no se dispone de datos en tres casos.

Figura 5

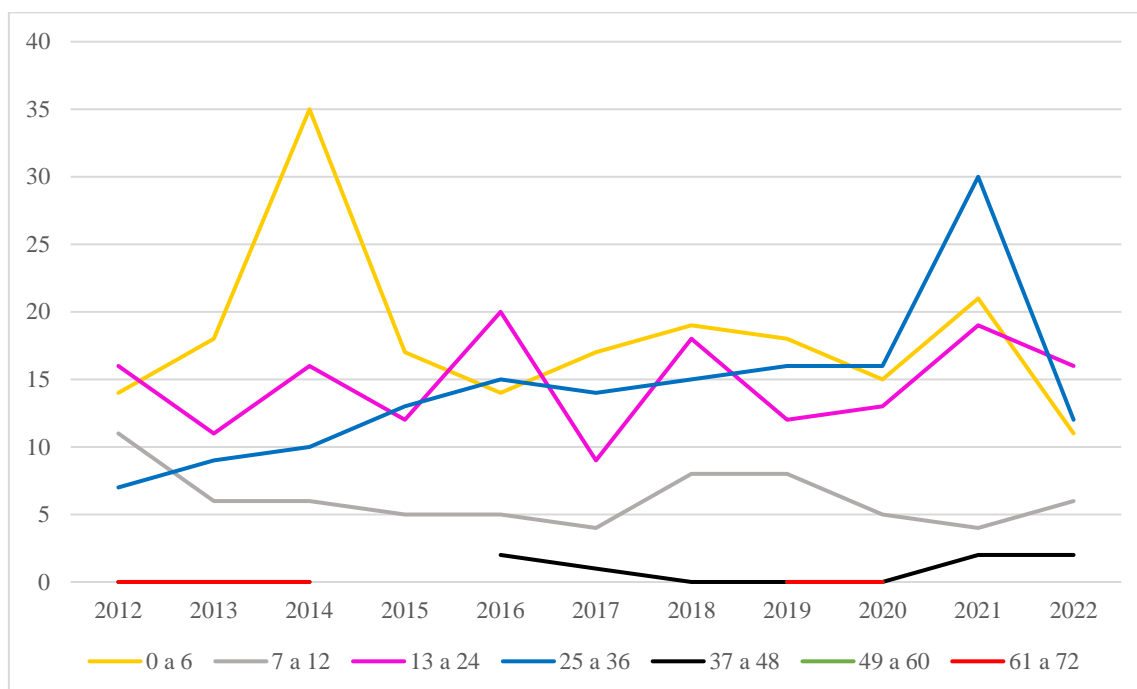
Evolución de la variable edad de los niños entrantes desde 2012 hasta 2022



Por otro lado, en cuanto a la evolución de la variable edad de entrada de las niñas se observa una relación más variable en comparación con los niños, siendo el intervalo de edad en el que se ha concentrado el mayor número de niñas entrantes el de 0-6 meses, un total de 199 niñas (Tabla 7, Anexo 6). Como se puede ver en la Figura 6, el máximo de niñas entrantes en ese intervalo de edad es en 2014, un total de 35 niñas (Tabla 7, Anexo 6). Se puede ver que 2013 y 2014 siguen un patrón bastante similar, al igual que 2018, 2019 y 2020, mientras que los valores más bajos de ρ se encuentran en 2015 porque bajan los valores y no se aportan datos del número de niñas en tres intervalos de edad.

Figura 6

Evolución de la variable edad de las niñas entrantes desde 2012 hasta 2022



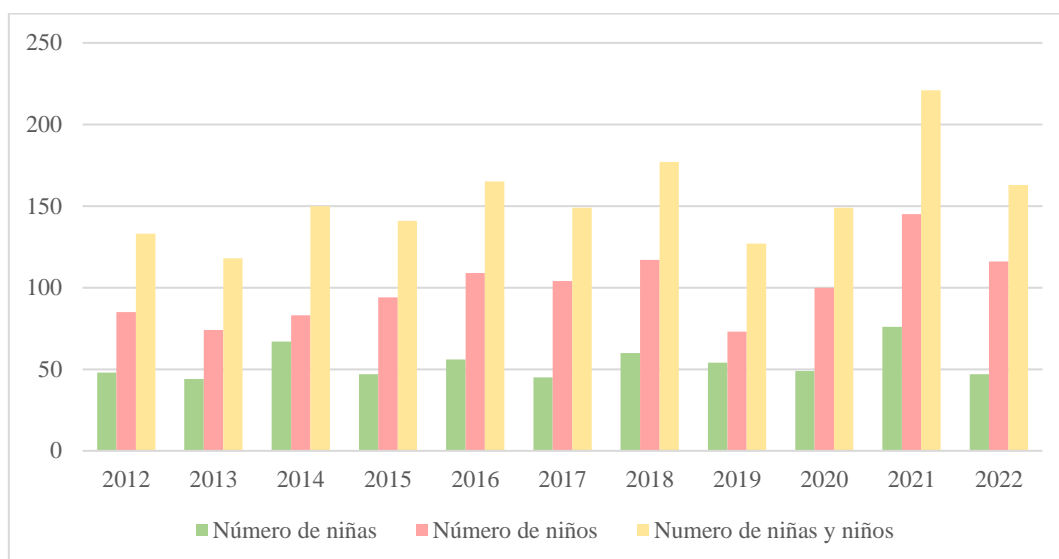
- **Número total de menores entrantes y por sexo**

El total de menores entrantes en la UAIT en los años analizados es 1693, con un promedio de 149 por año. Como puede verse en la Figura 7 el máximo de niños y niñas entrantes es 221 en 2021 y el mínimo 118 en 2013 (Tabla 8, Anexo 7). Cabe destacar que el total de niños entrantes es 1100, mientras que el total de niñas 593. El promedio en el caso de los niños es 100 niños por año, mientras que en el caso de las niñas es 49. Como puede verse en la Figura 7, el máximo de niños entrantes es 145 en 2021 y el de niñas 76 en 2021. El mínimo de niños entrantes es 73 en 2019, mientras que el de niñas es 44 en 2013.

En cuanto a la tendencia de esta variable, se aprecia que hay mayor número de niños que de niñas entrantes (Tabla 8, Anexo 7).

Figura 7

Evolución de la variable número total de menores entrantes por sexo desde 2012 hasta 2022



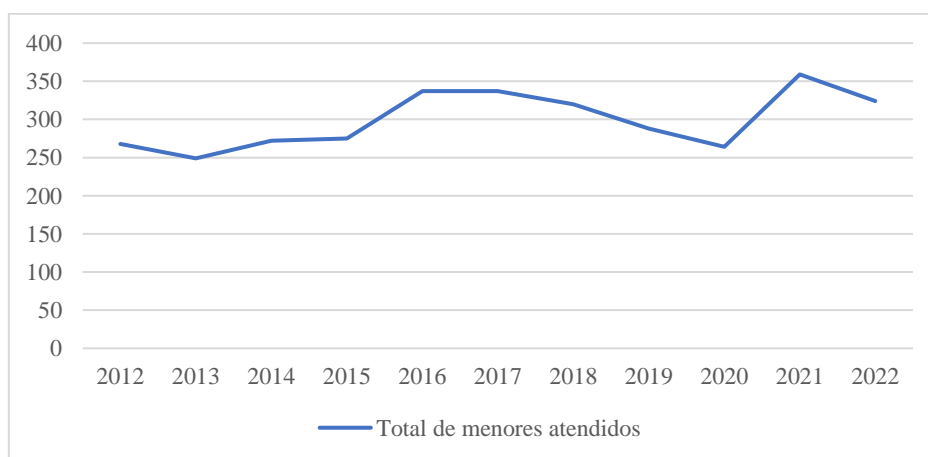
- **Número de menores atendidos**

El total de menores atendidos en la UAIT desde 2012 hasta 2022 es 3293, con un promedio de 288. El año que más menores se han atendido fue en 2021 (Figura 8), un total de 359 y 2013 (Figura 8) es el año en que menos, concretamente 249 (Tabla 9, Anexo 8).

En cuanto al desarrollo temporal de la variable como puede verse en la Figura 8, el periodo en que más aumenta el número de menores atendidos es desde 2013 hasta 2016 y el tramo en que más disminuye es de 2017 a 2019. Se mantiene estable entre 2016 y 2017.

Figura 8

Evolución de la variable número total de menores atendidos desde 2012 hasta 2022



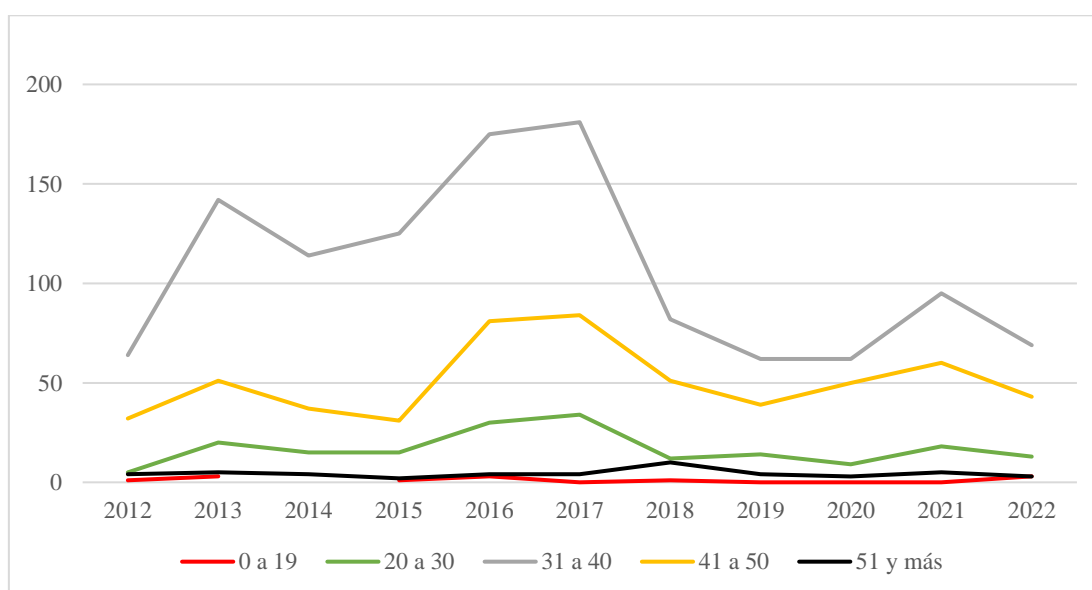
- **Edad de los progenitores según sexo**

El mayor número de padres y de madres se concentra en el intervalo de 31-40 años, un total de 1171 padres y 1441 madres. En la Figura 9 se aprecia que el máximo de padres del intervalo 31-40 se produce en 2017, un total de 181 (Tabla 10, Anexo 9), mientras que en la Figura 10 se observa que el máximo de madres en ese mismo intervalo de edad ocurre en el mismo año, 2017, un total de 216 (Tabla 10, Anexo 9). El segundo intervalo de edad más frecuente en padres es el de 41-50, mientras que el de madres es 20-30 (Tabla 10, Anexo 9).

Por un lado, en cuanto al desarrollo temporal de la variable edad de los padres el valor de la correlación también muestra una relación alta ($\rho = .975-1.00$), siendo el intervalo donde se ha concentrado en todos los años la mayor edad de los padres el de 31 a 40 (Tabla 10, Anexo 9) tal y como se ha mencionado. Es decir, tienden a ser padres de edad media, ni jóvenes ni mayores en cuanto a paternidad. El año 2022 es donde la correlación bajó a un nivel de $\rho = .975$ y se muestran relaciones significativas con el resto de los años, salvo con 2014 en el que no se indica el dato de padres de 0-19 años.

Figura 9

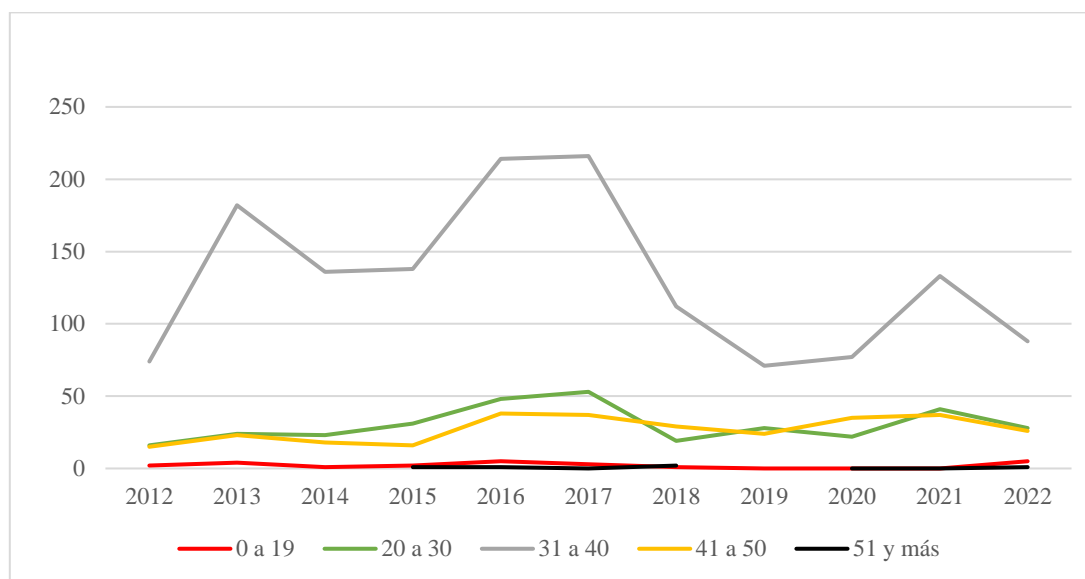
Evolución de la variable edad de los padres desde 2012 hasta 2022



Por otro lado, en cuanto al desarrollo temporal de la variable edad de las madres, el valor de la correlación muestra una relación alta entre los años ($\rho = .800-1.00$), siendo el intervalo donde se ha concentrado en todos los años la mayor edad de las madres el de 31 a 40 (Tabla 10, Anexo 9) como se ha mencionado. Es decir, al igual que los padres, tienden a ser madres de edad media en cuanto a maternidad. El año 2018 es donde la correlación bajó a un nivel de $\rho = .800$, aunque también es bastante similar al resto, pero se pareció especialmente a los años 2020 y 2022, en los que las correlaciones son altas, pero no son significativas.

Figura 10

Evolución de la variable edad de las madres desde 2012 hasta 2022



- **Procedencia de los progenitores por sexo y continente**

Por un lado, la procedencia americana es la mayoritaria de los progenitores de nacionalidad extranjera, con un total de 69 padres y 86 madres, mientras que la asiática es la minoritaria en ambos casos (Tabla 11, Anexo 10).

Como se puede ver en la Figura 11 y en la Figura 12 a lo largo de estos años en el caso de progenitores con procedencia extranjera el perfil predominante en la UAIT de Gijón es el de padre y madre procedente de América, seguido de los procedentes de Europa, África y, finalmente de Asia.

Figura 11

Evolución de la variable procedencia de los padres por continente desde 2012 hasta 2022

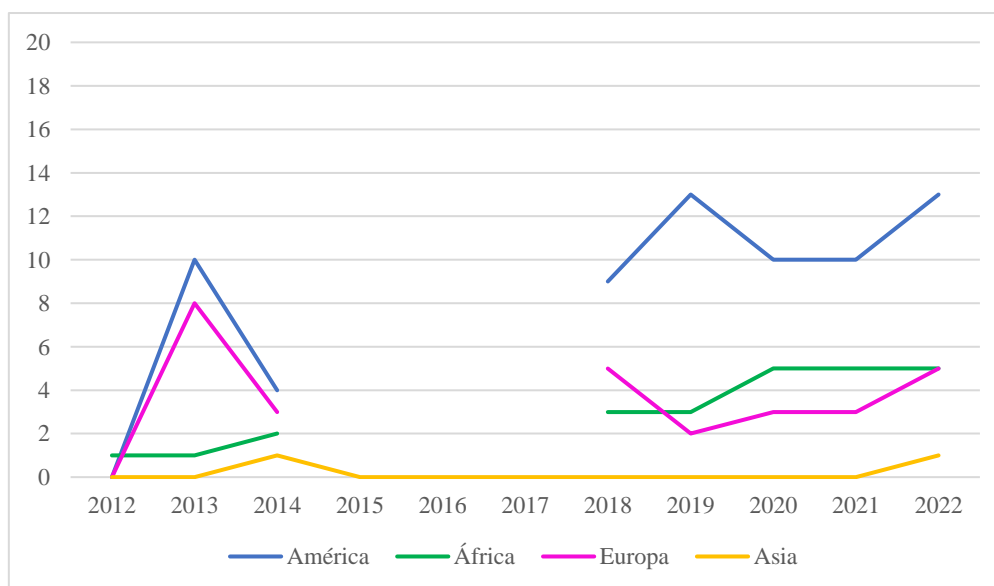
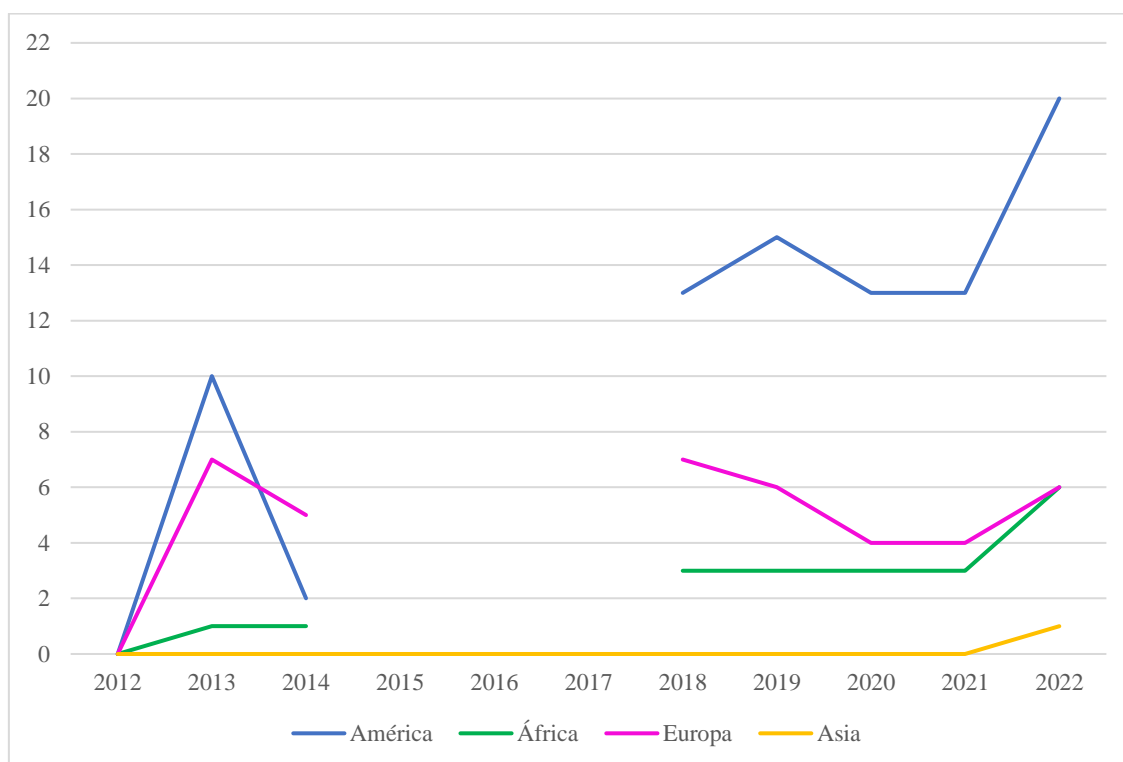


Figura 12

Evolución de la variable procedencia de las madres por continente desde 2012 hasta 2022



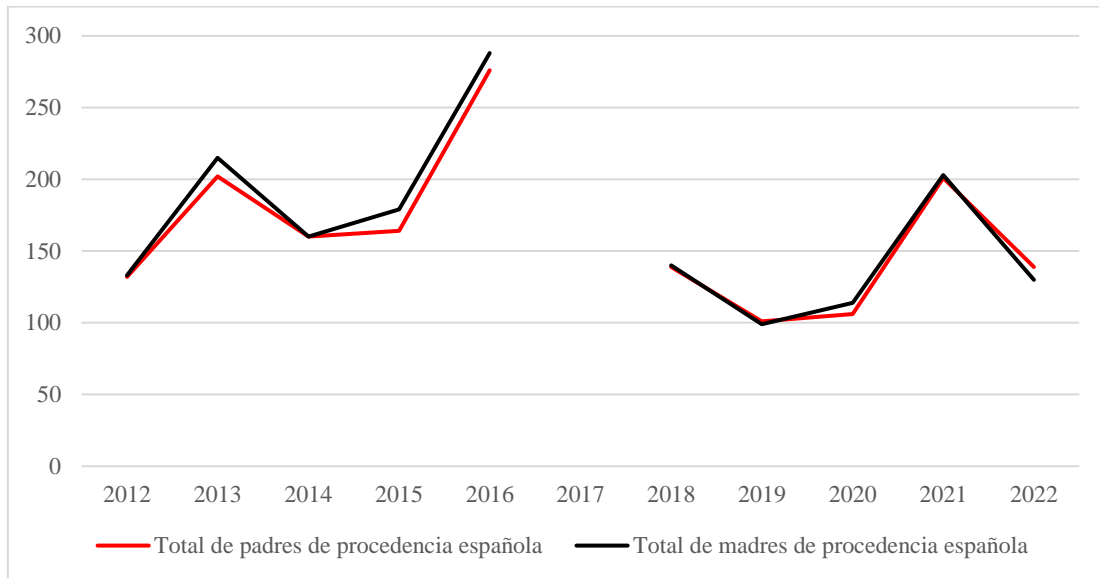
- **Número de progenitores por sexo y nacionalidad**

En el caso de progenitores de procedencia española, el total de padres es 1620 con un promedio de 149, mientras que el de madres es 1661 con un promedio de 150. En 2016 se da el máximo de padres y de madres, 276 padres y 288 madres. El mínimo se da en 2019 con 101 padres y 99 madres. En el caso de progenitores de procedencia extranjera, el total de padres es 152 con un promedio de 17, mientras que el total de madres es 173 con un promedio de 19. En 2022 se da el máximo de padres y de madres, 24 padres y 33 madres. El mínimo se da en 2012 con 1 padre y 0 madres (Tabla 12, Anexo 11).

Como puede verse en la Figura 13 el número de padres y madres de procedencia española tuvo el mismo patrón en los años que se tenían registros (Figura 13). Es verdad que desde el 2013 al 2016 se observan un incremento ligero de madres de procedencia española.

Figura 13

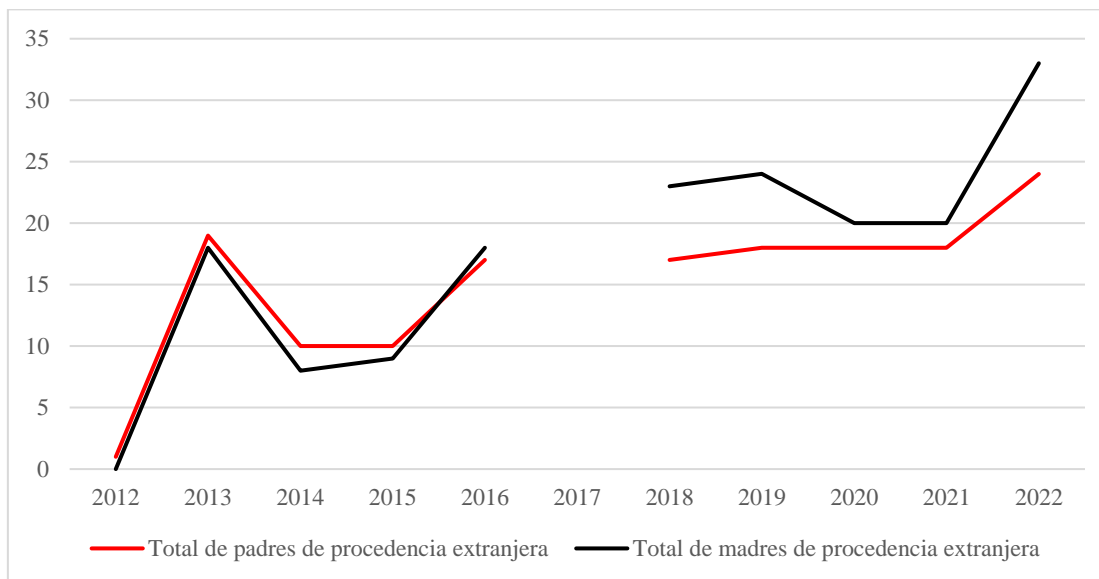
Evolución de la variable número de progenitores de procedencia española desde 2012 hasta 2022



En relación al número de progenitores de procedencia extranjera, se observa que entre 2013-2015 hay un incremento de padres de procedencia extranjera, mientras que entre 2018-2022 son mayor número de madres (Figura 14).

Figura 14

Evolución de la variable número de progenitores de procedencia extranjera desde 2012 hasta 2022



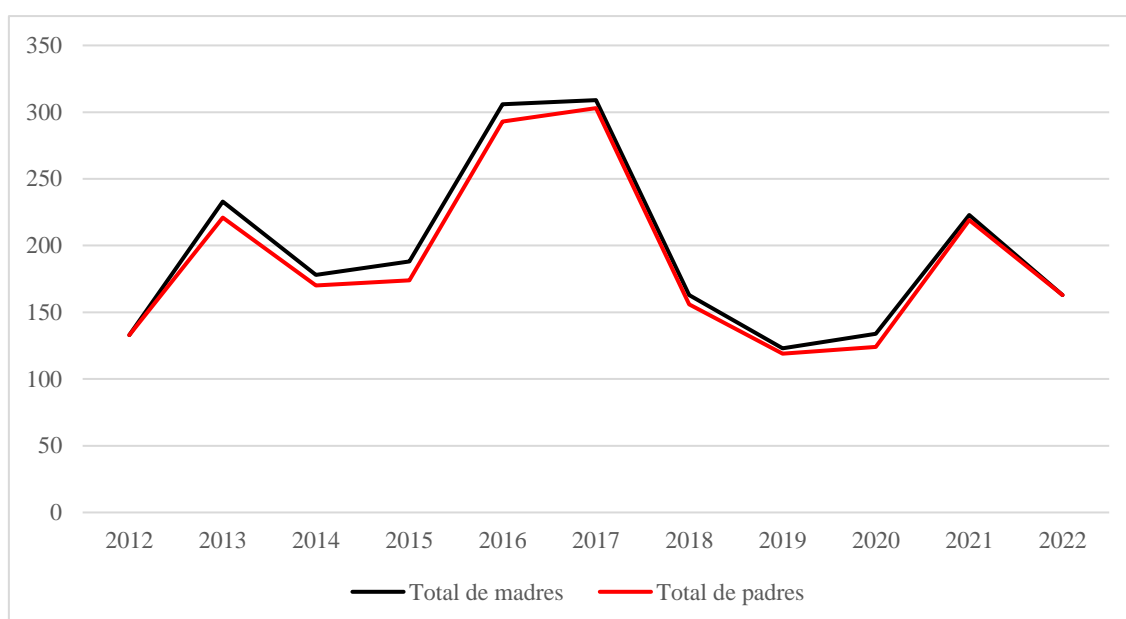
- **Número total de progenitores por sexo**

El total de padres en los 11 años analizados es 2075, con un promedio de 170 y el total de madres es 2153 con promedio de 178 (Tabla 13, Anexo 12). Finalmente, como puede verse en la Figura 15, el máximo de padres fue 303 en 2017 y el de madres fue 309 en 2017. El mínimo de padres fue 119 en 2019, mientras que el de madres fue 123 en 2019.

Dicho análisis deja ver que el número de madres en la UAIT es mayor que el número de padres.

Figura 15

Evolución de la variable número de padres y de madres desde 2012 hasta 2022



8. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA SOCIOEDUCATIVA. PROPUESTAS DE MEJORA

En conclusión, tras la realización del trabajo de investigación se ha dado respuesta a los objetivos e hipótesis planteados.

Respecto al primer objetivo, en cuanto al número de usuarios, en general hay más niños que niñas. Y, en lo que respecta a la edad de entrada, la mayoría de los niños son de entre 25-36 meses, mientras que las niñas son más jóvenes, de 0-6 meses. Esto deja ver que, tal y como planteaban Gutiez et al. (1993) es cierto que los avances en medicina incrementan la supervivencia de los menores vulnerables desde el nacimiento, de ahí que, en el caso de las niñas, entren con muy pocos meses de edad. Es interesante ver que, de los tres tipos de destinatarios de la Atención Temprana, en la UAIT, el menos frecuente a lo largo de los 11 años analizados es el de menores con riesgo social, ya que tal y como plantean Martínez y Villar (2019) son casos difíciles de detectar. En medio están los

menores con riesgo biológico. En cambio, el grupo de destinatarios más frecuente en la UAIT es el de menores derivados por trastornos y alteraciones del desarrollo. Se cree que esto se debe a que como ya hay un diagnóstico se busca intervenir lo más temprano que sea posible, y no transcurre tanto tiempo desde la detección hasta que comienza la intervención (GAT, 2003).

En cuanto al segundo objetivo, cabe destacar que hay mayor número de madres que de padres, siendo ambos de procedencia española y de edad entre 31-40 años. Además, cuando son de procedencia extranjera es más frecuente que los dos sean de América. Por lo que se ha visto, este planteamiento es contrario al hecho de que ser madre adolescente suponga un factor de riesgo (GAT, 2003), puesto que como se observa en la UAIT son de edad media. Por otro lado, tal y como plantea GAT (2003), se respeta el principio de igualdad de oportunidades porque, aunque la mayoría de los progenitores sean de procedencia española, también se ha visto que se presta este servicio a los que son de origen extranjero.

Y acerca del tercer objetivo, se ha visto que, aunque la derivación siempre proceda de sanidad (excepto las derivaciones entre unidades específicas), el origen de la demanda también es el sistema sanitario. Gutiez (2005) mencionaba la importancia de los servicios sanitarios en Atención Temprana, especialmente por las pruebas de detección que realizan. No obstante, se ha observado que los tres ámbitos de actuación en Atención Temprana responden a cada uno de los factores de riesgo y de vulnerabilidad, ya que también se han identificado casos cuyo origen ha venido de los servicios educativos y de Servicios Sociales (GAT, 2003).

Todo este trabajo ha servido para plantear un esbozo sobre los determinantes sociales de la Atención Temprana contextualizado en la UAIT de Gijón. Los resultados de la investigación pueden servir para varias cuestiones: en primer lugar, para aumentar el conocimiento, ya que el estudio de los factores sociales de la Atención Temprana es un tema con muchas lagunas. En segundo lugar, contribuye a mejorar problemas prácticos, en particular, en la UAIT de Gijón, ya que se ha detectado la necesidad de replantearse la recogida de los datos para realizar las memorias anuales. En tercer lugar, la investigación invita a tomar decisiones sobre el servicio que se está ofreciendo en Atención Temprana en función de la tendencia que sigue en la actualidad. En concreto, incita a que desde un nivel superior de organización se analicen la causas de por qué las derivaciones por riesgo social son bajas, si numerosos estudios manifiestan que las situaciones de vulnerabilidad infantil han aumentado exponencialmente y que, en gran medida, se deben a factores sociales según plantean autores como Díaz (2022).

Al hilo de lo anterior, cabe destacar que una de las situaciones que más ha afectado a la infancia vulnerable es la crisis sociosanitaria ocasionada por la COVID-19 (Díaz, 2022). En este sentido, en los resultados obtenidos en la investigación se ha visto que el menor número de menores entrantes en la Unidad se produce en los años 2013 y 2019. Se piensa que en 2019 puede ser debido a que estuviese haciendo efecto la COVID-19,

en el sentido de que los adultos prestasen menos atención a los menores. Cabe destacar que también se observa una posible relación del aumento de menores derivados por alteración del lenguaje como consecuencia de la pandemia, porque muchos de estos menores tuvieron sus primeras experiencias sociales muy limitadas y marcadas por el miedo y el estrés percibido en su ambiente familiar; en concreto, en 2020 fueron derivados a la Unidad 78 menores por este motivo y en 2021 un total de 174.

Teniendo en cuenta los hallazgos contextualizados en la UAIT, se piensa que no se está llegando de manera adecuada a prevenir y detectar estos casos a nivel general, tal y como indicaban Escorial y Ibarra (2022), por lo que sería recomendable revisar los criterios y ampliar la formación a todos los profesionales de los ámbitos de actuación en Atención Temprana en Asturias para identificar factores de riesgo social. Sin embargo, para ello sería necesario plantear una investigación mucho más extensa y que tuviese en cuenta la situación en otras unidades.

Finalmente, cabe resaltar que las principales limitaciones del presente Trabajo Fin de Máster han sido en primer lugar, la propia distribución de los datos, ya que hubiera sido interesante que los datos no hiciesen referencia solo al total de personas sino persona a persona. En segundo lugar, la incongruencia entre las Memorias y los Excel cuando ambos estaban disponibles, ya que al compararlos se vio que en muchas variables no había correspondencia entre los datos. Asimismo, la falta de información sobre algunas variables que no estaban descritas en su totalidad también ha supuesto una limitación. También cabe mencionar que en esta investigación no es posible generalizar los resultados más allá del contexto de la investigación, ya que todos los datos pertenecen solo a una UAIT.

Debido a las limitaciones de precisión y fiabilidad de los instrumentos, cabe señalar que para evitar interpretaciones confusas sobre los datos se decidió no coger las variables incompletas, de tal forma que no se pudieron hacer análisis de mayor profundidad, especialmente en el caso de las características de las familias.

En este sentido, el Trabajo Fin de Máster ha permitido conocer el estado y la tendencia de la UAIT en cuanto a algunas variables de tipo social. Sin embargo, como propuesta de mejora se plantea que dicho Trabajo sirva de base para plantear una investigación similar a nivel autonómico, analizando las variables en cada una de las UAIT del Principado de Asturias.

Por último, en cuanto a las implicaciones futuras de este Trabajo se indicarán las aportaciones del mismo, por un lado, a la UAIT y, por otro lado, a la Atención Temprana, así como líneas de investigación que se podrían abrir.

En primer lugar, con respecto a las aportaciones a la UAIT, cabe señalar que la investigación ha proporcionado una descripción de diferentes aspectos como son las características de los usuarios que acuden a la Unidad, el perfil de progenitores y la fuente de derivación, entre otros. Esto les permitirá realizar modificaciones internas para concretar mejor el nivel de respuesta que se ofrece en función del perfil. Por otra parte,

se considera que dichos resultados también pueden ser utilizados para justificar la necesidad de disponer de más profesionales en la plantilla de la UAIT; en concreto, el elevado número de motivos de derivación por retrasos o alteración del lenguaje pone de manifiesto la necesidad de ampliar el número de logopedas. Asimismo, el bajo número de derivaciones por riesgo social podría emplearse para reflexionar, por ejemplo, acerca de si la información recogida en la solicitud inicial y en la primera valoración se corresponden con la realidad de cada familia. Es decir, puede que haya casos de riesgo social que pasen más desapercibidos y que no se estén identificando porque exista otro factor que resalte y al que quizás se le esté dando más importancia.

En segundo lugar, sobre las aportaciones a la Atención Temprana, la investigación puede servir para plantear estudios centrados en la necesidad de establecer patrones comunes de identificación de factores de riesgo social desde los diferentes ámbitos de actuación de este campo, ya que como se ha visto, las derivaciones por riesgo social son bastante bajas en comparación con la creciente cantidad de situaciones de vulnerabilidad infantil. Algunos de los resultados que se han hallado confirman que no se está llegando a toda la población. En este sentido cabe preguntarse, por ejemplo, por qué el origen de las demandas realizadas desde Servicios Sociales es bajo si numerosos estudios demuestran que los programas de prevención y de intervención son eficaces. Quizás sea necesario concretar más los factores de riesgo que afectan al colectivo de usuarios de Atención Temprana. Estas cuestiones que se derivan del Trabajo realizado pueden entenderse como algunas de las implicaciones futuras de esta investigación que ponen de manifiesto la necesidad de estudiar los factores sociales de este ámbito, por su difícil detección y porque no se está llegando a identificar todos los casos derivados por riesgo social que precisan de este servicio.

En ese sentido, una de las líneas de investigación que se abren es estudiar la evolución de los menores que han sido derivados por riesgo social, pero por separado, es decir, analizar cómo responden los menores que han sido derivados por cada uno de los factores de riesgo social propuestos por GAT (2003) como ser madre adolescente, el nivel de estudios de los progenitores, las situaciones de maltrato, etc. Para ello sería necesario conocer datos más específicos de las características de las familias.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J. (2005). Primeros entornos sociales y autoestima. Estudio en el contexto familiar con niños y niñas de tres, cuatro y cinco años. En P. Gutiez (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 121-134). Editorial Complutense.
- Alonso, M. (2020). *Adopción internacional y atención temprana* [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional de la Universidad Complutense de Madrid. <https://cutt.ly/WwqKXLbx>
- Bisquerra, R. (Coord.). (2004). *Metodología de la Investigación Educativa*. La Muralla.
- Bolsanello, M. A. (2009). Prevención desde la escuela infantil: Desafíos en la realidad brasileña. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65(23,2), 73-82.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Casado, D. (2008). *La Atención Temprana en España. Jalones de su Desarrollo Organizativo*. Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención. <https://cutt.ly/5wqKVjYt>
- Castellanos, P., García, F. A., Mendieta, P., Gómez, L., y Rico, M. D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de atención temprana. *Siglo Cero*, 34(207), 5-18. <https://cutt.ly/pwqXWWUY>
- Center on the Developing Child. (2007). *The Impact of Early Adversity on Children's Development*. InBrief. <https://cutt.ly/jwqKB6B0>
- Consejo de Europa. (2006). *Recomendación REC (2006)19 del Comité de Ministros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*. <https://cutt.ly/XwqKNrnr>
- De Andrés, C., y López, C. (2012). La Atención a la Familia en Atención Temprana: Retos Actuales. *Psicología Educativa*, 18(2), 123-133. <http://dx.doi.org/10.5093/ed2012a13>
- De Linares, C., y Rodríguez, T. (2005). La familia como sujeto agente en la actual concepción de la Atención Temprana. En M. G. Millá y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana: Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 767-788). PROMOLIBRO.
- Decreto 108/2005, de 27 de octubre, por el que se aprueba el Mapa Asturiano de Servicios Sociales. (2005). En *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, núm. 255 de 4 de noviembre de 2005.
- Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales. (2011). En *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, núm. 128 de 4 de junio de 2011.

- Díaz, A. (2022). La primera infancia en el acogimiento familiar y la adopción. En J. L. Peña, S. Perpiñán, M. L. Poch, y J. Ponte (Eds.), *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil* (pp. 83-88). Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. <https://cutt.ly/mwqKGCnj>
- Dirección General de Derechos de la Infancia y la Adolescencia. Observatorio de la Infancia. (2023). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia* (Boletín No 24. Datos 2021). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <https://cutt.ly/RwqK1kBL>
- Elizalde, M. J. (Coord.), Domínguez, C., Fernández, A. E., Martínez, T., Braga, B., Fernández, I., Marcos, M., y Martínez, E. (2004). *La Atención Infantil Temprana en Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. <https://cutt.ly/jwqXUVTa>
- Escorial, A., y Ibarra, R. (Coords.). (2022). *La situación de la Infancia en España 2022*. Plataforma de Infancia. <https://cutt.ly/2wqKNCsc>
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-Centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- Ezpeleta, L. (2005). Prevención en psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 3-18). MASSON.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2003). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. <https://cutt.ly/mwqKHQvj>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. <https://cutt.ly/ywqXIQoP>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://cutt.ly/3wqKMxMu>
- García, M., y López, E. (2021). Atención Temprana: Propuesta de intervención educativa basada en neuroeducación. En A. I. Luaces y C. Vázquez (Dirs.), *Sociedad, Justicia y Discapacidad* (pp. 241-274). ARANZADI.
- García-Sánchez, F. A. (2014). Atención Temprana: Enfoque centrado en la familia. En Acosta, V. y Cabello, F. (Coords.), *XXIX Congreso AELFA. Logopedia: evolución, transformación y futuro* (pp. 286-302). <https://cutt.ly/PwqXmsLw>
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(251), 6-27. <https://cutt.ly/fwqXEZ8h>

- Gutiez, P. (2005). Atención Temprana. En P. Gutiez (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 3-64). Editorial Complutense.
- Gutiez, P., Sáenz-Rico, B., y Valle, M. (1993). Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental y con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4(2), 113-129. <https://cutt.ly/NwqKM1Yf>
- 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(2), 107-122. <https://doi.org/10.5093/ed2012a12>
- Ibarra, R. (2022). Prestaciones frente a la pobreza y la exclusión en la primera infancia. En J. L. Peña, S. Perpiñán, M. L. Poch, y J. Ponte (Eds.), *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil* (pp. 89-94). Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. <https://cutt.ly/mwqKGCnj>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales)* [Base de datos]. <https://cutt.ly/ZwqKM8xL>
- Latorre, A., Del Rincón, D., y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. GR92.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. (2021). En *Boletín Oficial del Estado*, núm. 134 de 5 de junio de 2021.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social*. Pirámide.
- Macipe, R. (2022). De códigos postales y códigos genéticos. Los determinantes sociales de la salud y la Atención Temprana. En J. L. Peña, S. Perpiñán, M. L. Poch, y J. Ponte (Eds.), *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil* (pp. 109-114). Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. <https://cutt.ly/mwqKGCnj>
- Martínez, L., y Villar, G. (2019). Recién nacido con riesgo social. *Pediatría Integral*, 23(3), 154-160. <https://cutt.ly/iwqK1p9f>
- Martínez, R.-A. (2008). Educación para la Convivencia desde el Ámbito Familiar. En Sociedad Española de Pedagogía (Ed.), *Educación, Ciudadanía y Convivencia. Actas del XIV Congreso Nacional y III Iberoamericano de Pedagogía* (pp. 67-84). Sociedad Española de Pedagogía.
- McMillan, J. H., y Schumacher, S. (2005). *Investigación Educativa: Una Introducción conceptual* (5ª ed.). PEARSON EDUCACIÓN.

- Mendieta, P. (2005). Intervención familiar en Atención Temprana. En M. G. Millá y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana: Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 789-804). PROMOLIBRO.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2023). *Place Matters: The Environment We Create Shapes the Foundations of Healthy Development* (working paper No. 16). Center on the Developing Child at Harvard University. <https://cutt.ly/ZwqK2CaZ>
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y Familia: Cómo Intervenir Creando Entornos Competentes*. Narcea Ediciones.
- Perpiñán, S. (2022). Adaptación, cuidados e inclusión en la escolarización de la primera infancia. En J. L. Peña, S. Perpiñán, M. L. Poch, y J. Ponte (Eds.), *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil* (pp. 95-102). Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. <https://cutt.ly/mwqKGCnj>
- Poch, M. L., y Ramos, I. (2022). Programas de detección en primera infancia. En J. L. Peña, S. Perpiñán, M. L. Poch, y J. Ponte (Eds.), *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil* (pp. 45-54). Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. <https://cutt.ly/mwqKGCnj>
- Ponte, J. (2005). Aspectos sociales de la Atención Temprana. En M. G. Millá y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana: Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 351-380). PROMOLIBRO.
- Ramírez, M. A. (2009). Familia: Escenario de Socialización. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 427-434.
- Robles-Bello, M. A., y Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 132-143. <https://cutt.ly/BwqK9PRL>
- Rodrigo, M. J. (Coord.), Amorós, P., Arranz, E., Hidalgo, V., Máiquez, M. L., Martín, J. C., Martínez, R. A., y Ochaíta, E. (2015). *Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. Federación Española de Municipios y Provincias y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://cutt.ly/7wqK3uPN>
- Romera, J. A. (2016). *Familia, Atención Temprana y Riesgo de Discapacidad en la Infancia* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia. <https://cutt.ly/1wqXAbex>
- Romero-Galisteo, R. P., Gálvez-Ruiz, P., Belda, J. C., y Millá-Romero, M. G. E. (2015). Percepción de la calidad en Centros de Atención Temprana: Resultados de un análisis comparativo. *Escritos de Psicología*, 8(2), 71-76. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v8i2.13239>

- Sánchez, J. (2006). *La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. Estudio sobre los efectos de un programa de Atención Temprana en niños prematuros en su primer año de vida* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia. <https://cutt.ly/BwqKC5cW>
- Simó, S. (2003). Algunas indicaciones de la Teoría del Apego para la comprensión de los efectos socio-emocionales del maltrato infantil en la primera infancia. *Informació psicològica*, 82, 21-29. <https://cutt.ly/pwqXA4IL>
- Stewart, L. M., Sellmaier, C., Brannan, A. M., y Brennan, E. M. (2022). Employed Parents of Children with Typical and Exceptional Care Responsibilities: Family Demands and Workplace Supports. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 1048-1064. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02363-5>
- Suárez, P. A., y Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: Una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 153-172. <https://doi.org/10.25057/21452776.1046>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Changing the Odds for Vulnerable Children: Building Opportunities and Resilience*. <https://doi.org/10.1787/a2e8796c-en>
- Torío, S. (2018a). Educación Familiar. Introducción al monográfico. *RELADEI: Revista Latinoamericana de Educación Infantil*, 7(2-3), 17-18. <https://cutt.ly/HwqK0RYe>
- Torío, S. (2018b). La educación Parental desde el enfoque de la Parentalidad Positiva. Modalidades y recursos en la etapa de Educación Infantil. *RELADEI: Revista Latinoamericana de Educación Infantil*, 7(2-3), 19-39. <https://cutt.ly/xwqK0Ydu>
- Torío-López, S., Fernández-García, C. M., Inda-Caro, M., Viñuela-Hernández, M. P., García-Pérez, O., Rodríguez-Menéndez, M. C., Martínez-García, M. L., Rodríguez-Álvarez, M., y Rivoir-González, M. E. (2022). *Guía para promover una Parentalidad Positiva. Estrategias educativas de apoyo para padres y madres con hijos e hijas entre 0-12 años de edad*. Universidad de Oviedo.
- Valarezo, C. M., Rodríguez, D. B., Celi, S. Z., y Sánchez, V. C. (2020). Caracterización general y evolución de la personalidad en la primera infancia. *Horizontes*, 4(16), 469-482. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v4i16.130>
- Valle, M., Cano, C., Sierra, P., y Gutiez, P. (2011). La atención temprana a niños con factores de riesgo biológicos o sociofamiliares. Modalidades educativas de intervención para niños con necesidades educativas especiales. *Revista de Educación Inclusiva*, 4(1), 11-26. <https://cutt.ly/AwqK2die>

Zamora, M., y Gortázar, M. (2021). Atención temprana y autismo desde la evidencia y el desarrollo temprano. En D. Valdez (Comp.), *Autismo. Intervenir desde el desarrollo* (pp. 15-59). Antonio Machado Libros.

10. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 3

Relación objetivo general, específico e hipótesis

Objetivo general	Objetivo específico	Hipótesis
	<ul style="list-style-type: none"> - Definir las características de los destinatarios de la UAIT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los menores con alto riesgo biológico tienen más probabilidad de ser usuarios de la UAIT. - Los menores entrantes tienden a tener entre 0 y 6 meses en la fecha de entrada a la UAIT.
<ul style="list-style-type: none"> - Analizar los determinantes sociales de los usuarios de la UAIT de Gijón. 	<ul style="list-style-type: none"> - Describir el perfil de los padres y de las madres con hijos o hijas en la UAIT. 	<ul style="list-style-type: none"> - El número de padres y madres de procedencia extranjera con hijos que asisten a la UAIT está en aumento. - A los servicios de la UAIT asisten más padres y madres de edad comprendida entre 31 y 40 años.
	<ul style="list-style-type: none"> - Profundizar acerca de la fuente de derivación y origen de la demanda de los usuarios a las UAIT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los menores que son derivados a las UAIT provienen mayoritariamente del sistema sanitario. - Desde el ámbito educativo se realizan un amplio número de demandas para que un menor acuda a la UAIT.

ANEXO 2

Tabla 4

Variables que se utilizarán en la investigación

Variables referidas a...	Los menores atendidos a lo largo del año.	<p>Número de menores atendidos: es una variable cuantitativa discreta.</p>
		<p>Origen de la demanda: es una variable cualitativa nominal que se operativiza en las siguientes categorías: Sanitaria, Educativa, Servicios Sociales, y Familia.</p>
		<p>Motivo de la derivación: es una variable cualitativa nominal que se operativiza en las siguientes categorías: diagnóstico de síndrome, riesgo biológico, riesgo social, disfunción motórica, discapacidad sensorial, retraso psicomotor y/o madurativo, dificultades cognitivas o aprendizaje, retraso o alteración del lenguaje, alteración emocional o de conducta, y problema relacional de comunicación.</p>
	Los menores entrantes en la Unidad en el año evaluado.	<p>Edad de entrada de los menores en la Unidad: la variable edad (medida en meses) era una variable cuantitativa y se ha transformado en una variable ordinal estableciendo los siguientes niveles o categorías: 0-6, 7-12, 13-24, 25-36, 37-48, 49-60, 61-72. Se dice número de menores en cada nivel de edad.</p>
	<p>Edad de las niñas y niños.</p>	
	<p>Edad de las niñas.</p>	
	<p>Edad de los niños.</p>	
	<p>Número de niñas y niños entrantes.</p>	
	<p>Número de menores entrantes en la Unidad: es una variable cuantitativa discreta.</p>	
	<p>Número de niñas entrantes.</p>	
	<p>Número de niños entrantes.</p>	

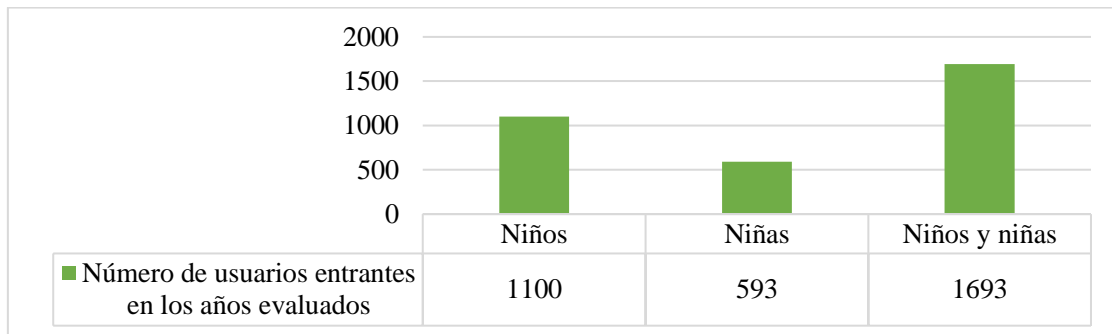
Perfil de las familias.	Edad de los progenitores: la variable edad (medida en años) era una variable cuantitativa y se ha transformado en una variable ordinal estableciendo las siguientes categorías: 0-19, 20-30, 31-40, 41-50, 51 y más. Se dice número de padres o madres en cada nivel de edad.	Edad de las madres.
		Edad de los padres.
	Procedencia de los progenitores: es una variable cualitativa nominal que se operativiza en las siguientes categorías: América, África, Europa y Asia.	Procedencia de las madres.
		Procedencia de los padres.
	Número de progenitores según la nacionalidad: es una variable cuantitativa discreta.	Número de madres de procedencia española.
		Número de padres de procedencia española.
	Número de madres de procedencia extranjera.	
	Número de padres de procedencia extranjera.	
Número de progenitores: es una variable cuantitativa discreta.	Número de madres.	
	Número de padres.	

Nota. La tabla recoge el total de variables que se utilizarán en la investigación. Aparecen diferenciadas en función de a quién hacen referencia.

ANEXO 3

Figura 1

Número total de usuarios entrantes desde 2012 hasta 2022



Nota. El gráfico representa la muestra, que es el total de menores entrantes en la Unidad desde el 2012 hasta el 2022. Para obtener este dato, se ha realizado el sumatorio de los usuarios entrantes cada año. A su vez, se indica diferenciado por sexo, es decir, número total de niños y número total de niñas de forma independiente.

ANEXO 4

Tabla 5

Estadísticos de la variable origen de la demanda

Origen de la demanda	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
Sistema sanitario	11	145	114	221	1651
Sistema educativo	9	3	0	6	26
Servicios Sociales	5	1	0	2	4
Tejido asociativo	4	0	0	1	1
Familias	6	1	0	2	7

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 5

Tabla 6

Estadísticos de la variable motivo de la derivación

Motivo de derivación	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
Riesgo biológico	11	39	12	68	447
Riesgo social	10	2	0	11	39
Disfunción motórica	11	23	14	41	262
Discapacidad sensorial	11	3	0	5	28
Retraso psicomotor y/o madurativo	11	22	13	58	319
Dificultades cognitivas o de aprendizaje	11	0	0	4	9
Retraso o alteración del lenguaje	11	58	0	134	644
Alteración emocional o de conducta	11	8	3	19	88
Problema relacional/Comunicación	11	10	5	55	195

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 6

Tabla 7

Estadísticos de la variable edad de entrada de los menores y por sexo desde 2012 hasta 2022

Edad de entrada (en meses)		N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
0-6	Niños y niñas	11	42	22	61	450
	Niños	11	26	4	32	251
	Niñas	11	17	11	35	199
7-12	Niños y niñas	11	16	10	22	175
	Niños	11	11	4	14	107
	Niñas	11	6	4	11	68
13-24	Niños y niñas	11	42	25	64	453
	Niños	11	25	16	45	291
	Niñas	11	16	9	20	162
25-36	Niños y niñas	11	57	27	101	593
	Niños	11	42	18	71	436
	Niñas	11	14	7	30	157
37-48	Niños y niñas	10	2	0	4	22
	Niños	10	2	0	3	15
	Niñas	10	0	0	2	7
49-60	Niños y niñas	6	0	0	0	0
	Niños	6	0	0	0	0
	Niñas	6	0	0	0	0
61-72	Niños y niñas	6	0	0	0	0
	Niños	6	0	0	0	0
	Niñas	6	0	0	0	0

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 7

Tabla 8

Estadísticos de la variable número total de menores entrantes y por sexo

Variable	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
Número de menores entrantes	11	149	118	221	1693
Número de niños entrantes	11	100	73	145	1100
Número de niñas entrantes	11	49	44	76	593

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 8

Tabla 9

Estadísticos de la variable número de menores atendidos

Variable	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
Número de menores atendidos	11	288	249	359	3293

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 9

Tabla 10

Estadísticos de la variable edad de los progenitores según sexo desde 2012 hasta 2022

Edad (en años)		N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
0-19	Padres	10	1	0	3	12
	Madres	11	2	0	5	23
20-30	Padres	11	15	5	34	185
	Madres	11	28	16	53	333
31-40	Padres	11	95	62	181	1171
	Madres	11	133	71	216	1441
41-50	Padres	11	50	31	84	559
	Madres	11	26	15	38	298
51 y más	Padres	11	4	2	10	48
	Madres	8	1	0	2	5

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 10

Tabla 11

Estadísticos de la variable procedencia de los progenitores por sexo y continente desde 2012 hasta 2022

Procedencia		N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
América	Padres	8	10	0	13	69
	Madres	8	13	0	20	86
Asia	Padres	11	0	0	1	2
	Madres	11	0	0	1	1
África	Padres	8	3	1	5	25
	Madres	8	3	0	6	20
Europa	Padres	8	3	0	8	29
	Madres	8	5	0	7	39

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 11

Tabla 12

Estadísticos de la variable número de progenitores por sexo y nacionalidad desde 2012 hasta 2022

Procedencia		N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
Española	Padres	10	149	101	276	1620
	Madres	10	150	99	288	1661
Extranjera	Padres	10	17	1	24	152
	Madres	10	19	0	33	173

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.

ANEXO 12

Tabla 13

Estadísticos de la variable número total de progenitores por sexo desde 2012 hasta 2022

Número total de progenitores	N	Mediana	Mínimo	Máximo	Suma
Número de padres	11	170	119	303	2075
Número de madres	11	178	123	309	2153

Nota. N es el número total de casos (años) de los que se tienen datos.