

Hacia un modelo comunitario en la atención infantil

Equipo ATICO *
Marchena (Sevilla)

El presente artículo trata sobre una experiencia de atención infantil temprana que se lleva a cabo en la zona rural de la Campiña (Sevilla). La experiencia surgió por iniciativa del antiguo INSERSO –actual ASERSASS– y de ella son responsables hoy dos equipos de la zona: CEFAL (de Arahal) y ATICO.

Narra sus experiencias el equipo psicopedagógico ATICO, responsable del desarrollo del programa en la población de Marchena.

Necesidad de la Experiencia

Surgió el programa como respuesta a una serie de necesidades creadas, como eran:

– Dar solución a la masificación que había en el centro base de Sevilla y a la enorme lista de espera que existía de niños minusválidos para ser atendidos.

– Evitar desplazamientos –a veces muy largos y fatigantes– de niños y padres al centro base, ya que un gran número eran de la zona rural de la provincia de Sevilla.

– Resolver el problema de la integración y seguimiento del niño en su comunidad, cosa prácticamente imposible desde el centro base.

Objetivos de la Experiencia

Los objetivos a lograr por el proyecto de atención infantil temprana son:

1. Sensibilizar a todos los sectores relacionados con la población infantil, de cara a propiciar la detección precoz de cualquier minusvalía física, psíquica y sensorial.

2. Dar a conocer la existencia del Servicio de Atención Infantil Temprana a todos aquellos agentes implicados directa o indirectamente con la población infantil, a la que va dirigida el servicio.

3. La prevención de cualquier minusvalía.

4. La atención al niño minusválido en una triple vertiente: individual, familiar y dentro de su propia comunidad, ya que no es posible integrar a un niño en la escuela y luego en la sociedad sobre la base de desintegrarle previamente de su familia y de su medio natural de vida y convivencia.

Desarrollo de los objetivos

Los objetivos anteriormente enumerados se desarrollan con actividades de este tipo:

– Conferencias a padres, alumnos (futuros padres y madres), maestros, madres embarazadas,...

– Visitas periódicas a guarderías, reuniones con pediatras, puericultora.

– Información a través de los medios de comunicación del pueblo.

– Campaña publicitaria de prevención, atención y detección de minusvalías.

– Atención individual, familiar y social a niños afectados con minusvalías.

– Apoyo a educadoras responsables de la integración de niños minusválidos

Metodología

El programa se lleva a cabo siguiendo un modelo de actuación comunitario consistente en que el profesional no espere la llamada de unos padres angustiados por el

(*) El equipo psicopedagógico ATICO está compuesto por Rosario Pérez Román y Carlos Rosa Fernández (psicólogos), Antonio Guisado Baco (pedagogo) y José L. Frías Pulido (médico)

problema de un niño minusválido, sino que se adelante a los acontecimientos, previniendo y detectando minusvalías, acercándose al niño afectado por tal, a su familia, a su entorno,... atendiendo no en forma de ambulatorio sino y además en su casa, guardería, etc.

Frente a los modelos de actuación clínicos surge el *modelo comunitario* para dar respuesta a la problemática de los minusválidos.

Los *principios básicos* que aplicamos de este nuevo modelo son:

1. Trabajo en una comunidad bien delimitada, entendida como un ecosistema y dotada de su propia idiosincrasia (cultura, economía, lenguaje,...).

2. Enfoque integral en el análisis de las necesidades y problemas que presentan un individuo, grupo o colectividad.

3. Actuación basada en el tratamiento simultáneo de todos los problemas actuales (asistencia social) de sus cauces (prevención) y de aquellas condiciones ambientales que puedan favorecer el bienestar de los individuos o colectividades (promoción).

El trabajo comunitario busca la mejora del bienestar personal de los individuos y del bienestar colectivo de una comunidad, basado en el fomento del desarrollo personal y comunitario.

4. Actuación interprofesional no jerarquizada. El trabajo comunitario exige las aportaciones de diferentes especialidades: psicología, pedagogía, medicina... por lo que es imprescindible el trabajo de un equipo interdisciplinario de estructura simple y no jerarquizada con una actuación profesional polifacética en función de la variedad de problemas con que debe enfrentarse.

Aunque los *objetivos del programa* atienden a una triple vertiente (prevención, detección y atención de minusvalías) actualmente se trabaja sólo la detección y atención.

La *detección* de niños minusválidos se realiza fundamentalmente con los contactos permanentes con las principales fuentes de detección: los pediatras, las guarderías, preescolares y *migas*.

La *atención* se realiza en tres dimensiones:

- Familiar: tratando temas como la angustia de los padres, integración del niño minusválido, sus posibilidades de desarrollo, tratamiento de sus hijos,...

- Social: centrado fundamentalmente en el trabajo en guarderías o escuelas infantiles.

Dos principios justifican a nuestro entender la importancia de las escuelas infantiles en la **atención infantil temprana**: el de normalización y el de socialización.

Por el primero, el niño minusválido debe disfrutar de los servicios comunes que corresponde a todo niño. En cuanto al segundo, la escuela infantil proporciona al niño un espacio rico de experiencia para el mejor desarrollo de su yo.

- Individual, que atiende a sesiones de psicomotricidad, logopedia, estimulación precoz, fisioterapia,... según sea la minusvalía a tratar.

Las sesiones de trabajo individual siguen los principios propios de toda atención infantil temprana: programación, secuenciación, individualización, motivación y refuerzo continuo, actividad lúdica,...

Minusvalías atendidas

Actualmente se atienden Síndromes de Down (4

casos), hipoacusia (2), Síndrome de West (1), parálisis cerebral (2), retrasos de lenguaje (2), síndrome malformativo congénito múltiple (1); espina bífida (2), hidrocefalia y psicosis infantil (1).

Todos los casos están comprendidos en edades inferiores a seis años, y de ellos sólo cuatro no están integrados en escuelas infantiles.

Procedimiento a seguir para la atención de niños en el programa de atención infantil temprana

Una vez detectado el problema se solicita el reconocimiento de minusvalía por el Equipo de Exploración, Valoración y Orientación (EVO) del centro base de ASER-SASS. Requisito para solicitar este reconocimiento por el EVO, es ser beneficiario de la Seguridad Social y tener una edad comprendida de cero a seis años.

El EVO formado por médico, psicólogo y asistente social estudiará globalmente al niño, dando al final una visión conjunta del diagnóstico o valoración (médico--funcional, psicológico y situación personal y ambiente socio-familiar). También calificarán el tipo y grado de disminución en relación con los derechos, beneficios o servicios que pudieran corresponderle.

Una vez valorado el niño, se toman unos acuerdos unitarios respecto al futuro abordaje del problema a tratar para el que se elabora el programa terapéutico oportuno.

A partir de aquí se inicia nuestra labor de atención directa del niño, a su familia y a su entorno, según queda detallado en la metodología, y siguiendo las orientaciones dadas por el equipo de valoración y orientación (EVO) del centro base, complementada por nuestras experiencias en el contacto directo con la problemática de la minusvalía que se trata.

Recursos

Los recursos con los que cuenta para el programa de atención infantil temprana, son:

Humanos: el equipo ATICO; el EVO, con las funciones ya detalladas; el equipo de seguimiento y asesoramiento, formado por dos especialistas del centro base, cuya misión es la revisión conjunta con ATICO de los programas que se están realizando, así como asesorar sobre distintos problemas que se van planteando: ayudas económicas, nuevas detecciones, relaciones con el centro base,...; personal de guardería; pediatras; padres.

Materiales: Las guarderías que constituyen los principales centros de integración; la sede del servicio de **atención infantil temprana** (SAIT) o local donde se atiende las sesiones individuales; los materiales o útiles de trabajo para la realización de todas las actividades ya citadas en la metodología.

Aunque no estamos trabajando actualmente la dimensión preventiva de la minusvalía (se está en contacto con la administración local para ello), la consideramos factor prioritario.

Como conclusión de nuestra experiencia, hemos de reseñar la necesidad de un cambio de aptitudes sociales frente a la problemática del minusválido a la hora de su integración total. Estas nuevas aptitudes deben suponer un cambio en la administración, los profesionales, padres, y en general de toda la sociedad. Pensamos que ello sólo es posible a través de la asunción por los profesionales del modelo comunitario.