

La organización de la atención temprana en la educación infantil

Rosalía ARANDA REDRUELLO

Profesora Titular del Opto. de Didáctica y T. de la Educación de la UAM

Carmen de ANDRÉS VILORIA

Profesora asociada del Opto. de Didáctica y T. de la Educación de la UAM

RESUMEN

La escuela de hoy se encuentra ante un reto importante para atender a todos los niños de la Etapa Infantil. Estos son la escolarización temprana y una escuela para todos los niños.

La idea de integración, inclusión en este caso, ha sido una realidad en los primeros años de escolaridad. Pero, la atención a la diversidad, implica una atención individualizada para que el niño pueda estar en la escuela como un alumno más y requiere de apoyos no solo educativos sino sanitarios y sociales.

Por eso, es necesaria la coordinación de las diversas administraciones públicas a fin de prestar las ayudas y atenciones necesarias.

Una atención Temprana en la escuela debe participar de principios esenciales como son:

El diálogo entre las familias y las administraciones; la gratuidad e igualdad de oportunidades evitando riesgos y previniendo discapacidades. Interdisciplinariedad que debe identificar los diferentes ámbitos (físicos, psicológicos y pedagógicos) y la coordinación de los profesionales que intervienen: Una buena sectorización que haga limitar los campos de actuación a los diversos servicios.

El tutor/a de aula debe realizar una intervención didáctica que tenga en cuenta todos los factores que intervienen en el desarrollo infantil (físico, neurológicos, psicológicos y pedagógicos) para intervenir desde el punto de vista educativo.

Es decir, es necesario proceder en primer lugar a una valoración de las necesidades del niño y de su entorno, para realizar posteriormente un tratamiento educativo rehabilitador que tenga en cuenta el curriculum común de su edad al mismo tiempo que los programas de apoyo específicos

ABSTRACT

Nowadays the school faces a great challenge to be able to pay attention to every child in the early stages of education. These challenges are basically the early schooling of children and a schooling which includes ALL the children.

The idea of integration (inclusion in this case) has been something real in the early stages at school. But paying attention to diversity implies an individualised attention for the different or special child to stay at school as any other student. This attention requires not only educative support but also sanitary and social support. For this reason, it is necessary to coordinate different public entities in order to fulfil these necessities.

The Early attention at school must follow the following tenets: dialogue between the families and the administration; free and equal opportunities avoiding risks and preventing disabilities; interdisciplinary interaction that must identify the different fields (the physic, psychological and pedagogical fields). Finally, coordination among all the professionals intervening in this process: a good distribution will help to limit the sphere of activity each service must work on.

The tutor of the classroom has to make a didactic intervention taking into account all the factors that intervene in the child development (physic, neurological, psychological and pedagogical factors) to intervene from the educative point of view.

That is to say, first of all, the teacher must value and list all the needs the child and his environment have. Having done this, he/ she will be able to carry out a rehabilitating educative treatment. This treatment will take into account both the curriculum established for that age and the programmes for specific support.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los centros educativos de primaria están incluyendo aulas de alumnos de tres, cuatro y cinco años. Esto supone que dentro del centro se debe organizar la etapa infantil.

Esta etapa, es considerada por la Ley y desarrollado su currículum en el R/ d correspondiente.

En la organización de toda etapa educativa se deben considerar aspectos formales como son las leyes y planificación docente; aspectos personales como profesionales que inciden en la etapa y aspectos materiales.

Pero, la atención a niños de niños de 3 a 6 años en nuestro país, ha ido evolucionando en cuanto a su organización. Antes de los años setenta las guarderías pertenecían a diversos estamentos o ministerios, a partir de los ochenta las Comunidades Autónomas unifican esta pertenencia instaurando la escuela infantil (0 a 6 años).

Actualmente, la grave bajada de la natalidad hace que la escuela comience a tener vacantes en las plazas escolares y es por eso por lo que se rehabilitan aulas para dar paso a la escolarización de niños de tres, cuatro y cinco años progresivamente.

La gratuidad y concertación en estas edades hace que las Escuelas infantiles se queden con la Etapa Preescolar (0-3 años) y la Etapa Infantil se instaure en el marco de las escuelas primarias.

La escuela se ve obligada a adaptar el currículum para aquellos niños con necesidades educativas especiales o en riesgo de padecerlas y es aquí donde va a necesitar los apoyos de otras administraciones y sectores implicados. Se trata de que las diferentes administraciones (sanidad, educación, y asistencia social), que intervienen en la evolución y desarrollo del niño, se coordinen para realizar una buena intervención. Por eso, es necesario conocer los diferentes niveles de intervención que ambas administraciones tienen.

En el ámbito de la escuela y los apoyos educativos que recibe, es de destacar los Equipos de Atención Temprana como personal especialista en necesidades educativas especiales. En el aula, el educador debe conocer los factores físico-neurológicos y psicopedagógicos que intervienen en el desarrollo del niño y las consecuencias educativas que de ello se derivan.

Una vez valorados dichos factores, se plantea la intervención temprana que comenzará con un buen diagnóstico y seguirá con un tratamiento educativo, y en su caso rehabilitador. Estos tratamientos educativos se deberán apoyar en metodologías y programas específicos que estimulen el aprendizaje, desarrollando capacidades y habilidades.

No todas podrán adecuarse al aula, por tanto, el tutor, deberá conocer, seleccionar y adaptar aquello que le ayude al niño en su maduración y ser un apoyo para evitar riesgos posibles.

1. ANTECEDENTES y LEGISLACION SOBRE ATENCION TEMPRANA

La Atención temprana, ha ido evolucionando en un concepto integrador de las actuaciones sociales, médicas y educativas, dirigidas a garantizar la igualdad de oportunidades de los niños con discapacidad o en situación de-riesgo. Es una actividad muy compleja en la que se ve necesario el trabajo colaborativo de las distintas instancias con la familia y con la escuela.

No todas las administraciones públicas han tomado las mismas medidas, ni se lo han encargado a los mismos estamentos, por eso, nosotros, vamos a referirnos esencialmente a la Comunidad de Madrid.

Haciendo un breve recorrido legislativo podemos remitirnos al artículo de Jaime Ponte (2003) y al libro de Alonso Seco (1997).

En los años setenta a los ochenta, donde se acuña el término de "Estimulación precoz", se publica La Ley 13/1982 de 7 de Abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). La cual establece como obligación del Estado "la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral y la garantía de unos derechos económicos, jurídicos y sociales mínimos y de seguridad social (art. 3.1).

En el artículo 51.2 se habla sobre "orientación a la familia"; en el 52.3, sobre atención a domicilio incluyendo si fuera necesario la prestación rehabilitadora. En el 50.4, se habla de respetar lo más posible al minusválido en su familia y su medio.

En los años 90 a 2000 el concepto se sustituye por "Atención Temprana", y el Libro Blanco de la Atención Temprana, da un estilo de prestaciones centrados en la familia y en los entornos naturales. Se manifiesta así:

"El principal objetivo de la atención Temprana es que los niños... reciban siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo, bienestar y posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal"

La ley a la que nos referimos anteriormente, de abril del 82 estaba más centrado en prestaciones económicas, que en aspectos como la prevención, la función de los equipos multidisciplinares, la organización de la rehabilitación.

La ley 14/1986 de Sanidad, tampoco hizo mención a la A. Temprana.

Posteriormente, en Junio de 1990 en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se aprueba un documento sobre Criterios Básicos de Salud materno-Infantil, que sirvió de referencia para la elaboración de los programas autonómicos que iban implantando progresivamente el programa de niño sano y formulaba asuntos relativos a la detección y atención precoz de las discapacidades. La atención a los grupos de alto riesgo, el plan de salud perinatal, el plan de prevención de accidentes infantiles, hasta que el R/D 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema nacional de Salud, no se regula el programa del niño sano, que incluye el examen neonatal y la aplicación de procedimientos terapéuticos y de rehabilitación. Este R/ D se completa más con la promul-

gación de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema nacional de Salud, y se estandarizan los contenidos de las prestaciones sanitarias en el ámbito de la atención primaria.

Otra ley referida a protección social de las familias con menores discapacitados es la del 39/1999, que nos habla del cuidado, adopción y acogimiento de menores de seis años, sin hacer mención a ser discapacitado o no. Sin embargo, se contempla en las ayudas familiares, el tener un hijo menor con discapacidad.

Dentro de las Autonomías, es la comunidad Autónoma de Cataluña la primera que promulga una ley 18/2003 en la que hace referencia expresa a la atención precoz. Es una ley de apoyo a la familia.

En la comunidad de Madrid, podemos registrar las siguientes leyes:

Sobre infancia: Ley 6/ 1995 de 28 de marzo de garantía de los derechos de la infancia y la adolescencia (BOCM 7-4-95)

En Sanidad: Ley 12/2001 de 21 de Diciembre de ordenación sanitaria de la comunidad de Madrid (BOCM de 26 -12-2001);

En Servicios Sociales: Ley 11/1984 de 6 de Junio de Servicios sociales (BOCM-23-6-84); Ley 11/2003 de 27 de marzo de Servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

En líneas generales todas las comunidades autónomas (CCAA,) contemplan la Atención Temprana como un conjunto de intervenciones dirigidas a la primera infancia con deficiencias, discapacidades o trastornos del desarrollo o con riesgo de padecerlos.

Los beneficiarios de estas leyes y Reales decretos son los niños en el tramo de edad de 0 a 6 años.

En cuanto a las prestaciones la mayoría de las CC.AA contemplan la posibilidad de ofrecer prestaciones de estimulación temprana en: fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, ayudas técnicas hacia la familia, apoyo psicosocial, coordinación de recursos.

En resumen, hay comunidades que priman la descentralización hospitalaria, otras, al apoyo terapéutico a domicilio con en la familia, otras en orientaciones iniciales con equipos centralizados e interdisciplinarios.

En la Comunidad de Madrid, se parte de desarrollos normativos como son:

1. el Plan de acción para personas con discapacidad de 1997.
2. Orden 14/2003 de 17 de Febrero de la Consejería de Servicios sociales (BOCM 21-2-03), y las líneas de actuación que promulgan son:
 - A. Crear centros base y red de centro subvencionados de Atención Temprana territoriales.
 - B. Generalizar la detección y el diagnóstico neonatal.
 - C. El seguimiento durante los primeros años de vida con especial incidencia en los grupos de riesgo.
 - D. Establecer un registro y procedimientos protocolizados de derivación.

- E. Garantizar un programa individual de Rehabilitación .ofrecer apoyos a las familias con niños de alto riesgo o con discapacidad.

1.2 Organigrama actual de la Administracion Pública

A finales de la década de los sesenta, en España se producen importantes modificaciones en el ámbito social, político y económico .Aparece un nuevo enfoque en la política de bienestar social, se producen cambios en la familia nuclear tradicional, se inicia lentamente la incorporación de la mujer al trabajo y hay una mayor sensibilización hacia la intervención con niños con dificultades en su desarrollo. Todo esto da lugar a que se empiece a hablar de la Estimulación temprana entendida como un "tratamiento" con base científica que se le da al niño en los primeros años de su vida a través de programas sistematizados que abarcan las cuatro áreas del desarrollo y con el objetivo de favorecen al máximo sus capacidades

Como hemos dicho, desde hace más de veinte años existen centros y servicios de Atención Temprana, que fueron previamente denominados de Estimulación Precoz. Estos centros que surgieron alrededor de los años 70, han experimentado una constante evolución a lo largo de su trayectoria histórica, adecuándose a las crecientes demandas de atención por parte de la población infantil y de sus familias.

La puesta en marcha de muchos de estos servicios en España ha sido por iniciativa de las Asociaciones de padres de niños con discapacidad, y sin duda ha condicionado la implantación de un determinado modelo de intervención.

A nivel oficial, empezó en 1980, a través de los Centros Base del SEREM en nueve provincias diferentes, entre ellas Madrid. La valoración de estas primeras experiencias fue muy satisfactoria, prueba de ello es que, a finales de 1981, la experiencia inicial se amplía a más provincias y es a partir de 1983, cuando la Atención precoz se inicia en el INSERSO.

En el organigrama actual de la administración pública los ámbitos competentes en materia de Atención Temprana son: Sanidad, Servicios Sociales y Educación

Se hace necesario un sistema que regule y arbitre las relaciones entre estas tres áreas, creando un marco legislativo de carácter estatal y autonómico que establezca la coordinación y la actuación conjunta a favor de la gratuidad y universalización de los centros de Atención Temprana en todo el territorio del Estado. La organización de la atención Temprana ,por tanto, debe posibilitar:

- a) la adopción de medidas encaminadas a la prevención
- b) b) la detección precoz de los riesgos de deficiencias
- e) La intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social

La atención temprana, no se puede ver solo como una vertiente de rehabilitación, de intervención psico-social o de la educación sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños

integrados en su entorno Para lograr este cometido es necesario que desde el sector se ofrezcan unos niveles satisfactorios de eficiencia y de calidad en la atención.

La planificación requiere un compromiso político ,la grave necesidad de financiación del sector de Atención Temprana, todavía no posee una tradición presupuestaria y dista mucho comparativamente de la que tienen otros países. Por tanto, es necesario que los organismos públicos implicados en garantizar la salud, la protección social y la educación se coordinen para dar una eficaz respuesta institucional a estos derechos, en mayor medida, cuando existen unos condicionamientos que suponen que éstos se encuentran en una situación de desprotección e inferioridad.

El Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), plantea los niveles de coordinación de la siguiente manera.

Niveles de coordinación

La coordinación entre los agentes implicados debe lograrse en torno a las siguientes dimensiones:

Interinstitucional e intrainstitucional que abarca desde los ministerios implicados a las consellerías de las Comunidades Autónomas, a las administraciones locales y a las organizaciones de los usuarios.

Interprofesional: Implica la coordinación de las áreas y sectores profesionales especializados.

Por tanto deben considerarse tres niveles de coordinación:

Nivel estatal

Desde el gobierno se debe promover la coordinación de los Ministerios de Sanidad, Trabajo y Asuntos sociales y Educación para trazar una política común.

Nivel autonómico

Las Comunidades Autónomas que tengan transferidas las competencias en materia de sanidad, asuntos sociales y educación y las administraciones locales deben asumir la creación de los recursos necesarios para ofrecer los centros sectorizados de Atención temprana. Deben ser gratuitos, y deben mantener una gran calidad de los tratamientos.

Recursos de Atención Temprana

Este nivel abarca tanto a los profesionales que en la áreas de la Salud, Asuntos Sociales y Educación van a incidir en el desarrollo infantil y a los propios profesionales de los centros de atención Temprana en los equipos inter, trans y multidisciplinarios.

Actualmente se regulariza la coordinación a través de la protocolización de la detección, derivación y de los programas de seguimiento

Sectores implicados en la atención temprana

ÁREA DE SALUD

En las áreas de salud, se produce la atención pediátrica. Tnterésándose por los factores evolutivos del niño y las acciones preventivas.

ÁREA DE EDUCACIÓN

Se realiza como apoyo a la integración en el contexto ordinario de la educación. Se actúa en régimen ambulatorio o individualizado, pero toda la acción se desarrolla como acción de apoyo en el entorno del aula.

ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES

Los centros de atención Temprana actúan en régimen ambulatorio desarrollando programas de facilitación del desarrollo motor, de la comunicación y de la relación interpersonal y hacen partícipes de la actividad a los miembros del grupo familiar y se plantean, no solo la atención *individualizada sino que prestan especial atención al grado en que los padres y otros miembros de la familia conocen interpretan, integran y aplican pautas y orientaciones que se derivan del programa de atención al niño.*

De aquí se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia, por ello podemos diferenciar tres niveles en los que debería basarse la actuación.

Niveles de intervención en atención temprana

Cada uno de los servicios, realizan su actuación teniendo en cuenta tres niveles de menor a mayor complejidad en el tiempo para realizar la intervención temprana:

1. En un primer nivel

En el área de salud

A la Atención temprana, le corresponde identificar y señalar, ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de o derechos universales en el ámbito de la **promoción y prevención del desarrollo infantil.**, así como la detección de enfermedades.

Aquí se enmarcan los programas de planificación familiar, atención a la mujer embarazada, salud materno-infantil, vacunaciones información de los factores

de riesgo, atención pediátrica primaria, actuaciones hospitalarias y sanitarias en general.

Todos estos programas han ayudado a erradicar enfermedades infantiles, infecciones intrauterinas que consiguen eliminar cuadros de parálisis cerebral, etc...

Otros programas importantes son los que se realizan a través de los servicios de Pediatría, utilizados por toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años de edad. Estos se encargan de la prevención de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo. Se utiliza para ello los programas de control del niño sano.

Los programas de seguimiento de niños con alto riesgo o que presentan trastornos neuropsicosensoriales, se realizan en las unidades hospitalarias de neonatología y Pediatría.

En el área social

Las intervenciones están dirigidas a prevenir las situaciones de riesgo social como maltrato por acción u omisión. Se dedican esencialmente a la atención a la familia en programas como :ayuda a madres adolescentes, emigrantes, etc...

En el área educativa

La labor de los centros es ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en la familia.

Los centros de Atención Temprana, participan en campañas de información/formación de la población en general en los aspectos relativos al desarrollo infantil y la detección de patologías.

2. Nivel secundario

Entendemos por un segundo nivel de Atención Temprana a la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo.

La detección de los signos de alerta son un inicio de diagnóstico y de la pronta intervención terapéutica.

A este nivel están implicados los servicios de:

Obstetricia

Es importante cuidar los embarazos de alto riesgo como son:

Alteraciones que conducirán a un trastorno y/o discapacidad posterior (Espina bífida cromosomopatía, focomielia, etc.

Circunstancias presentes en el feto de la madre que se asocian con frecuencia a alteraciones en el desarrollo como determinadas alteraciones estructurales del sistema nervioso central.

Condiciones de elevado riesgo biológico como antecedentes familiares, edad condiciones del embarazo, etc...

Condiciones de elevado riesgo psico-afectivo y social: madre adolescente, enfermedad mental de los padres, etc.

Cuando se realiza el diagnóstico prenatal de deficiencias y prosigue el embarazo es necesario destinar una atención a los padres, en especial a la madre.

Cuando el diagnóstico prenatal de deficiencia vaya seguido de una interrupción de embarazo, se debe brindar también apoyo psicológico que tendrá carácter preventivo-curativo.

Servicios de Neonatología

En estos servicios reciben atención los niños con alto riesgo de presentar deficiencias o alteraciones en su desarrollo. Estas pueden ser entre otras infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales.

La hospitalización prolongada de estos niños añade al cuadro factores de riesgo psicoafectivo.

Su misión consiste en poner en marcha las medidas terapéuticas oportunas y posibles, adaptadas siempre a la situación vital del niño.

Servicios de Pediatría

Estos servicios en los programas de control del niño sano son el principal agente de la detección temprana. La observación directa del niño y la información de los padres permite obtener los datos más relevantes y confirmar la normalidad del desarrollo o situar las sospechas de desviación.

El adecuado seguimiento permite detectar y diagnosticar:

Durante el primer año la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, retraso mental, y déficit sensoriales.

En el segundo año, formas moderadas o leves de los trastornos anteriores y los autismos.

De dos a cuatro años se van a poner de manifiesto los trastornos y retrasos de lenguaje. Los trastornos motores menores y los de conducta.

A partir de los 5 años, se hacen evidentes en la escuela, la deficiencia mental leve, las disfunciones motoras finas y las dificultades en los aprendizajes escolares.

Los servicios sociales

Los servicios sociales tienen la posibilidad de detectar los factores de riesgo social para el desarrollo infantil, cuando observan las situaciones de las familias: ingresos muy bajos, madres adolescentes, drogodependencias, marginación social y familiar etc...

Los servicios educativos

Los maestros/as de la escuela infantil son unos agentes de detección muy importantes. Ellos pueden observar y apreciar: problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje, habilidades sociales, de lenguaje, motoras, difi-

cultades atencionales y perceptivas y limitaciones cognitivas, desajustes del desarrollo psico-afectivo etc, que con frecuencia pueden pasar inadvertidos a los padres.

Igualmente se pueden apreciar en su relación con la familia situaciones de riesgo social, inadecuado.

3. Nivel terciario de atención temprana

La prevención terciaria en Atención Temprana, se refiere a todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al niño, a su familia y a su entorno.

La intervención va dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo desde el momento en que se detecta la dificultad o riesgo.

Esta atención puede comenzar en los propios servicios de Neonatología y posteriormente en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

También se atiende a las familias para que conozcan la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, ya que la familia puede actuar como agente potenciador del desarrollo del niño.

Esta intervención debe ser planificada y debe tener carácter global e interdisciplinar. Se deben considerar las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos de desarrollo y sus procesos evolutivos así como sus posibilidades.

Los centros de desarrollo infantil y atención temprana CDIAT. SON SERVICIOS AUTÓNOMOS CUYO OBJETIVO ES LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE 0-6 AÑOS QUE PRESENTAN TRASTORNOS EN SU DESARROLLO.

Estos centros tienen carácter interdisciplinario cubre principalmente la atención de los niños con diversas patologías o disfunciones en su desarrollo y las necesidades de atención que presentan aquellos niños que se han encontrado o encuentran en una situación de alto riesgo, biológico, psicológico o social.

Entre sus labores están las de sensibilización, prevención y detección.

2. PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA ESCUELA INFANTIL

Los alumnos de educación infantil, además de acudir a los centros de desarrollo infantil y A. Temprana, están integrados en sus propios centros de educación, ya sea en Escuelas infantiles, o en centro de Primaria con aulas de e. Infantil. En este entorno, también se tiene en cuenta la Atención Temprana.

2.1 La legislación establecida

A partir del R/D de Marzo de 1985, se establece la posibilidad de atender por parte del Ministerio de Educación y ciencia a los niños con necesidades EDUCATIVAS ESPECIALES.

Hasta ese momento los servicios existentes eran fundamentalmente gabinetes privados de estimulación precoz y la atención pública se dispensaba en hospitales o centros de rehabilitación.

La importancia de la atención temprana es por todos aceptada pero no es un hecho muy extendido que esta se dé en el medio donde se desenvuelve el niño.

El trabajo preventivo y adaptador de los niños deficientes tiene su mayor sentido y eficacia en las edades tempranas y su más amplia perspectiva en la posibilidad de la presencia normalizadora de éstos entre sus iguales en los centros de educación infantil.

Este desarrollo supone las siguientes medidas:

El reconocimiento por la Ley de la Educación Infantil como un nivel educativo, no obligatorio desde los 0 a los 6 años.

La potenciación de una Red Pública de centros de educación Infantil, que garanticen la atención de las zonas preferentes y que son las que suponen un carácter compensador de desigualdades y diferencias.

El mantenimiento en la medida que sea posible de la unidad pedagógica de la etapa de 0- a 6 años.

La modificación del carácter asistencial de algunos centros.

La LOGSE (1990) contempla los Equipos de atención Temprana como apoyos a los centros.

LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Son aquellos que tienen su origen legislativos en el R.D. de regulación de la E. Especial de 1985.

Nacieron para poder ayudar a los alumnos con deficiencias específicas y poder realizar con ellos la integración en los centros de educación infantil, para favorecer la intervención y atención educativa temprana, y posibilitar su continuidad en etapas sucesivas dentro del sistema ordinario.

Su objetivo es por tanto contribuir a mejorar las condiciones educativas de los centros y dar los apoyos necesarios que facilitaran el desarrollo integral del niño.

Están formados por: psicólogo, pedagogo y Asistente Social y Logopeda.

Sus funciones en un principio, respecto al sector son:

- Conocer la realidad educativa del sector.

Detectar la población con necesidades educativas especiales en la edad infantil.

Identificar los recursos psicopedagógicos y sociales existentes en la zona y procurar su coordinación.

Respecto a la escuela infantil, sus funciones son:

Colaborar en la elaboración del Proyecto educativo.

Orientar al equipo docente en todos aquellos aspectos psicopedagógicos y organizativos que afecten al buen funcionamiento del centro y que favorezcan la integración.

Fomentar los cauces que potencien el acercamiento familia-escuela.

Respecto al niño con necesidades educativas especiales, los equipos de atención temprana tienen entre sus funciones:

Identificar y valorar la problemática especial de los alumnos.

Aplicar la parte del programa que suponga intervención individual.

Orientar y formar a la familia, para que los padres realicen programas educativos de adquisición de hábitos y habilidades.

Pero estas funciones van experimentando una evolución y así, en las Orientaciones del MEC PARA EL CURSO 1990-91 DE LA D.G.R.P. con fecha 14 de septiembre, se especifica algo muy importante:

"Los equipos que actualmente intervienen sobre todo en relación con necesidades educativas especiales, se verán llamados a una intervención educativa mas amplia en beneficio de todos los alumnos"...

...por otro lado, como consecuencia de la implantación de Departamentos de Orientación en muchos centros, los Equipos se ven parcialmente liberados de sus actuales funciones y pasan a realizar su intervención principalmente a través del equipo docente de cada centro y en particular, del profesorado especializado, del mismo profesor orientador, profesor de apoyo, etc.

Posteriormente en la O.M. de 9 de diciembre de 1992, se regula la estructura y funcionamiento de los equipos de O. Educativa y Psicopedagógica.

Aquí se nos manifiesta el sentido y las funciones de los equipos, en el contexto general de la reforma educativa, y en particular del nuevo curriculum establecido para los diferentes niveles de alumnos.

Las funciones generales de los equipos respecto al sector de su responsabilidad son entre otras:

Colaborar en el apoyo y asesoramiento a los profesores.
Difundir materiales e instrumentos de orientación.
Facilitar el acceso de los alumnos de E. Infantil a Primaria.
Contribuir a la coordinación de los P.C- en los centros.
Impulsar la colaboración entre los centros del sector. <
Atender a las demandas de evaluación psicopedagógica,

LA LOCE (23 Diciembre 2002). En el Cap 11, sobre educación preescolar e infantil, art 10 y 11, dice entre otras cosas

"...corresponde a las CCAA la organización de la atención dirigida a los niños de esta etapa educativa y el establecimiento de las condiciones que habrán de reunir los centros donde se preste".

"...se atenderá al desarrollo del movimiento, el control corporal, las primeras manifestaciones de lenguaje.."

"...Las Administraciones educativas promoverán la escolarización en este nivel educativo de los alumnos con necesidades educativas especiales."

En el cap VII, sobre la atención a los alumnos con n.e. específicas, nos dice:

"el Estado podrá impulsar, mediante convenios con las Comunidades Autónomas, actuaciones preferentemente orientadas al logro efectivo de sus metas y objetivos en materia de igualdad de oportunidades y de compensación en educación."

En los R/D 828/2003 de desarrollo de la LOCE, dice...

... "la educación preescolar debe garantizar el desarrollo emocional equilibrado y que a la vez, garantice la respuesta a sus necesidades fisiológicas, intelectuales y de socialización..."

"... Los alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, precisan, en este periodo básico de su vida, por cuanto determinarán su desarrollo futuro, de una atención temprana contando con una respuesta apropiada y adaptada de carácter preventivo y compensador por las distintas Administraciones"

2.2 La organización en el centro escolar

¿Cómo se realiza la A. Temprana en el centro?

Es una parte de la atención psicológica/pedagógica que debe prestarse en general a toda la infancia y con la que designamos la atención concreta a los niños con necesidades educativas especiales.

Cuando nos referimos a centros de educación infantil, concebimos la atención Temprana dentro de un marco más amplio de apoyo psicopedagógico global a las instituciones educativas de las que forman parte el conjunto de padres, niños y educadores. Esto es en definitiva mejorar la calidad educativa.

Estos apoyos deben ser llevados a cabo por el equipo de profesionales del centro ayudados por los equipos especialistas.

¿Cuáles son las dificultades de planificación de la atención temprana en los centros?

Podemos destacar la existencia de tres dificultades que condicionan de manera importante la organización y la eficacia de la atención temprana.

1. La falta de realidad en cuanto a la unidad de la etapa (0-6), pues los niños permanecen en la escuela infantil de Oa 3 ó de Oa 4 años y después pasan a los centros de Primaria.
2. La permanencia de dos titulaciones distintas en la educación Infantil, que dificulta a veces gravemente la constitución de equipos estables y el trabajo con los educadores por parte de los equipos de Atención Temprana.
3. La propia reorganización de los equipos.

Para soslayar estas dificultades sería conveniente tener en cuenta en la planificación estos aspectos:

La creación de más equipos psicopedagógicos básicos de atención temprana por cada sector.

La asignación de maestros de apoyo a la integración especializados en técnicas de atención personalizada en edades tempranas formando parte del propio equipo, o de la escuela, según realicen su trabajo en uno o varios centros.

La ampliación progresiva de estos servicios con otros especialistas en distintas técnicas de tratamiento, o en su defecto, la conclusión de acuerdos con servicios de estas características dependientes de otras administraciones o entidades.

La previsión de necesidades en cuanto a eliminación de barreras y aportación de ayudas técnicas para niños con minusvalías específicas.

La distribución de tareas entre todos los profesionales de cada equipo, y el ritmo de asistencia a los diferentes centros transcribiéndolo en su plan de trabajo anual.

¿A quien se dirige?

Los alumnos de Atención Temprana

Todos los niños/as de edades comprendidas entre el nacimiento y los 6 años, es decir, hasta el inicio de su escolaridad en la etapa obligatoria, que presenten una problemática definida en su desarrollo psicomotor, en su capacidad de relación y comunicación o alteraciones de la conducta que dificulten o interfieran sus posibilidades de desarrollo.

Igualmente, se atienden a los niños que, en función de sus condiciones socio-ambientales, se asocian a condiciones personales de alteración, vean dificultadas las posibilidades actuales de mantener un ritmo adecuado de desarrollo o puedan estar restringidas las posibilidades de integración y progresión futuras en el ámbito familiar, educativo y social.

Finalmente se consideran sujetos de atención, desde el ámbito de la prevención, los niños que son portadores de condiciones de riesgo para su futuro desarrollo personal, tanto si se definen desde un nivel de riesgo biológico, psicológico como de tipo ambiental.

También, las propias familias, que desde un enfoque global de tratamiento, se verán implicados en la colaboración directa y activa, de las sesiones de tratamiento, así como, de todas las actividades propuestas desde el Centro.

¿Quiénes la llevan a cabo?

Los profesionales:

- Para realizar Atención Temprana, se requieren, además del tutor de aula ayuda de otros profesionales, de los Equipos de Atención Temprana, que inciden en el centro o con sesiones externas al centro. Estos profesionales son los que permiten realizar los tratamientos adecuados a las citadas problemáticas. La intervención en Atención Temprana implica a profesionales con distintos itinerarios formativos que deben trabajar en un ámbito interdisciplinar. Es necesaria una formación específica y común, a la que se llega a través de cursos de especialización y postgrado.

Trabajador Social: El cometido de esta figura será: Primer contacto, entrevista (social). Apoyo e intervención socio-familiar, información, orientación y derivación sobre los recursos existentes para la familia.

Psicólogo/Pedagogo: Este profesional tendrá entre sus cometidos: Entrevista (Psicológica). Diagnóstico y evaluación, lectura informes previos, pruebas psicométricas, observación en sala de exploración, pruebas complementarias, elaboración juicio diagnóstico, entrevista de devolución inicial a padres, orientación de la intervención, orientación e información sobre recursos para el tratamiento, diseño del programa individual de intervención e intervención terapéutica.

Logopeda: Es el profesional que trabaja la estimulación del lenguaje comprensivo y expresivo. Ayudará a iniciar a los niños en la masticación y en la facilitación de todas las vías que van a posibilitar una correcta expresión de lenguaje, mejorando su respiración.

Psicomotricista: Trabaja el movimiento, a través del cuerpo y la relación.

Fisioterapeuta: Este profesional trabaja esencialmente en técnicas metodológicas de rehabilitación, se suele utilizar es el método BÜBATH. El concepto del tratamiento esta basado en la importancia de 2 factores:

1. La interferencia de la lesión en la maduración normal del cerebro, que conduce al retraso o interrupción del desarrollo motor.
2. La presencia de patrones anormales de postura y movimiento debido a la liberación de la actividad refleja postural anormal.

Es un tratamiento neuroevolutivo, puesto que tiene en cuenta 2 aspectos fundamentales: déficit evolutivo y déficit neurológico. Determinar que es lo que impide el tono y el movimiento normal.

Estimulador: Trabaja directamente con el niño cumpliendo unos objetivos concretos del programa de desarrollo.

Neurólogo Infantil: Aporta su criterio diagnóstico así como la posible evolución del tratamiento. No tiene dedicación exclusiva al equipo, pero sí de forma periódica.

Estos profesionales realizan los distintos tratamientos: estimulación, logopedia, fisioterapia, psicomotricidad, evaluación psicológica, psicoterapia, atención a familias, asistencia social y revisiones neurológicas.

2.2.1 Los principios básicos de la Atención temprana: Según el Libro Blanco de la Atención Temprana podemos enumerar:

1. Diálogo, integración y participación: La atención temprana debe tener en cuenta el conocimiento social del niño, la colaboración con la familia, el respeto a su cultura, valores y creencias.
2. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades : La atención temprana actúa para la prevención y, en su caso, evitación. de riesgos facilitando la igualdad de oportunidades.
3. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional:
Se deben identificar al menos estas áreas: desarrollo motor. Psicología de la dinámica familiar, el conocimiento de la realidad legislativa, la formación sobre el trabajo en equipo.
4. Coordinación: la coordinación de los trabajos locales debe estar asentada sobre protocolos y registros de información.
5. Descentralización: Esto se refiere a un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia incluyendo las redes de Atención primaria de Salud y las Escuelas Infantiles.
6. Sectorización: La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios.
7. La coordinación interdisciplinar.

Dado que el niño tiene una entidad biológica, psicológica y social, la intervención ha de fluir de los diversos sectores.

3. INTERVENCIÓN DIDACTICA

3.1 Factores que influyen en el desarrollo del niño y consecuencias educativas

a) Factores físicos

En un desarrollo normal, se sabe, que el niño heredará factores físicos de sus progenitores, pero la herencia determina totalmente sus posibilidades, y será la educación quien asuma el reto de mejorar la herencia y los factores endocrinológicos

Por otro lado, también la educación ayudará a mejorar el ambiente, la familia, la nutrición.

Si el desarrollo de este niño ofrece problemas, la escuela será un agente decisivo para esa mejora en todos los factores.

En un primer momento contemplamos la herencia y los factores endocrinológicos como factores internos.

La nutrición y el metabolismo como factores externos.

Consecuencias educativas

Del estudio de estos factores, podemos concluir diciendo que el niño español, en general, es un niño bien alimentado, pero los factores ambientales y de herencia, tan peculiares en cada uno, van a determinar un tipo de desarrollo en cada bebé que beneficiará en mayor o menor grado su aprendizaje.

No hay que olvidar, según Pérez Quesada, que existen factores de riesgo en niños aparentemente bien alimentados, con un alto nivel de colesterol, debido al consumo de productos saturados de ácidos grasos.

El ambiente familiar sano permitirá al niño rodearse de experiencias positivas que le sirvan para su peculiar aprendizaje. Cuanto más enriquecido sea el ambiente mejores posibilidades tendrá de aprender.

La herencia no va a determinar las posibilidades del niño y será la educación quien asuma el reto de mejorarla. La escuela infantil debe promover la educación para la salud, desarrollando actitudes y hábitos de comportamiento positivos y valiosos para la sociedad.

b) Factores neurológicos

La educación no puede influir en el código genético pero sí en la aportación de estímulos sensoriales, mayores y mejores.

Para ello es necesario que el profesional conozca el papel tan importante del sistema nervioso central, la importancia de su patrimonio neuronal, la maduración del propio sistema nervioso, la función del cerebro en cada una de sus divisiones.

El patrimonio neuronal: Sabemos que hay tres elementos esenciales para el desarrollo apropiado de las neuronas: La herencia con sus códigos, el soporte alimenticio, las recepciones sensoriales.

La maduración del sistema Nervioso central.

El S.N.C, madura por medio de la MIELINIZACIÓN.

Antes de nacer comienza la mielinización en el Sistema Nervioso Periférico.

Al nacer, se produce la mielinización en los sistema sensoriales.

Después de nacer, la mielinización se realiza dentro de los hemisferios cerebrales.

El fin de la mielinización se calcula que se produce hacia los dos años de vida.

El desarrollo del S.N.C, nos ayuda a saber como se va adquiriendo y desarrollando las capacidades en el niño.

El niño nace con una serie de circuitos, pierde algunos de los cuales cuando no los usa y por otra parte va generando más a medida que los va necesitando.

Usar un circuito es lo que hace que este se genere y lo mantenga vivo. Al nacer las posibilidades de formar conexiones ente los circuitos son ilimitadas y esto se conserva hasta los diez años, donde las posibilidades de crear nuevos circuitos es prácticamente nula.

El reto educativo es desarrollar, mantener y usar todos estos circuitos.

Se debe empezar a estimular desde que el niño nace pues desde este momento todos los órganos sensoriales son accesibles.

El educador debe aplicar en cada momento el estímulo que, por una parte, pueda comprender y asumir, y por otra aquel estímulo que sea más útil.

La función del cerebro en cada una de sus divisiones:

El lóbulo frontal, es donde se realizan los movimientos voluntarios y el lenguaje expresivo y de comunicación; el lóbulo parietal donde se realizan la recepción de las sensaciones somáticas y el aprendizaje y desempeño de la organización espacial; el lóbulo occipital donde se realizan las funciones viso-motoras; el lóbulo temporal donde se realizan las funciones de escuchar, el lóbulo Límbico donde se reflejan las conductas del individuo respecto al medio externo, como resultado de recibir una información a través de todas las modalidades sensoriales.

La función educativa, consiste en conocer si existe alguna dificultad por la que el niño no pueda desarrollar cada una de estos aspectos de manera normal.

e) Factores psicopedagógicos

En este aspectos nos fijaremos en conocer el desarrollo temprano de conductas y capacidades en el bebe.

Las conductas: Respecto a las conductas adaptativas, motriz gruesa y fina, de lenguaje, sociales, la tarea del educador es observar el comportamiento del niño .El

diagnóstico consiste en una observación discriminada de las formas de conducta y de la apreciación de estas en comparación con las manifestaciones normales.

Las conductas se han tipificado con un criterio de madurez, definido mediante estudios sistemáticos que permiten determinar las tendencias medias de su desarrollo conductual.

Los modos de conducta típicos nos permiten comparar el comportamiento total del niño en términos de niveles de maduración.

Las capacidades: Existen al menos, desde el punto de vista del aprendizaje, cinco grandes capacidades para desarrollar en el Niño: La capacidad psicomotora, la capacidad cognitiva, la capacidad de comunicación, la capacidad de inserción social, la capacidad afectiva.

La educación debe propulsar programas que desarrollen cada una de ellas.

d) Factores didácticos

Creemos que es la Escuela Infantil quien puede y debe facilitar los aprendizajes que posteriormente realizará el niño, sentando las bases de desarrollo y procurando el aprovechamiento máximo de todas sus capacidades. A esto le podemos llamar intervención temprana.

Estimular desde el punto de vista didáctico, es abrir un mayor número de canales sensoriales que contribuyan a aportar información sobre el mundo que rodea al niño.

Por tanto es imprescindible ofrecer múltiples experiencias al niño que le sirvan como introductorias y desencadenantes de situaciones que conlleven aprendizajes-

Esencialmente los factores que influyen en el proceso de aprendizaje de un sujeto son: la inteligencia del sujeto y su motivación para aprender,

La motivación va a depender del estímulo, y la capacidad de aprender va a depender del desarrollo cerebral y la actitud mental para el aprendizaje donde influyen esencialmente: la atención, la memoria y la formación del concepto.

3.2 Intervención temprana

La intervención Temprana dentro del centro escolar tiene un doble carácter:

Preventivo y terapéutico.

El aspecto preventivo supone que el educador será quien observe las dificultades del alumno y el aspecto terapéutico hace referencia a que se atiende a los niños con una patología instaurada para potenciar al máximo sus habilidades y facilitar una mejor adaptación al medio.

Esta intervención se basa en dos pilares esenciales, el diagnóstico y el tratamiento.

3.2.1 Valoración, evaluación y diagnóstico: Se trata de determinar los procedimientos que permiten realizar la recogida de información, evaluación y valoración de las problemáticas planteadas.

Recogida de información sobre aspectos evolutivos, médicos, conductuales y ambientales
Valoración y diagnóstico
Propuesta de atención
Elaboración y emisión de informes
Orientación Familiar
Revisiones periódicas de los niños
Participación en las revisiones clínicas

Proceso de valoración inicial: supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño, de su historia individual y familiar y de su entorno. Son Objetivos de la evaluación: desarrollar unos objetivos individuales y familiares con el fin de dirigir el desarrollo de la programación individual.

En la valoración inicial podemos distinguir varios momentos:

1. Recogida de información: Constituye el elemento más importante del proceso diagnóstico. Obtenemos la información a través de:

Primer contacto con la familia, constituye el momento de acogida, en el que el profesional, a través de una actitud de escucha, va a ir recogiendo las preocupaciones, los recuerdos, los proyectos, las expectativas, las dificultades... que los padres van a ir exponiendo con respecto a su hijo y a sí mismos, así como los antecedentes familiares y personales del niño
Recogida sistemática de información: se recogen de forma sistemática aquellos datos que la familia no ha aportado espontáneamente, pero que son necesarios para una adecuada comprensión del desarrollo del niño y de su momento evolutivo, así como de sus posibles causas de alteración en el proceso

2. La evaluación del niño y su entorno: se utilizan distintos instrumentos, que utilizaremos de forma discriminada en cada niño, a partir de las primeras hipótesis establecidas en base a la historia. La evaluación de la conducta infantil presenta nº problemas, que se ven acrecentados en el caso de los niños más pequeños y en los que, además presentan algún tipo de déficit o alteración. La situación de test al ser muy artificial puede no sacar a flote el verdadero potencial del niño en un momento determinado.

Pruebas más utilizadas

Escala para la evaluación de la conducta del recién nacido de Brazelton
Escalas Bayley de Desarrollo Infantil
Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lézine
Inventario de desarrollo Battelle
Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños
WPPSI
WISC-R
Batería Kaffman para niños (K-ABe)
(PEDI) Programa de Estimulación del Desarrollo Infantil de 0-4 años.
Escala de Madurez de Columbia
Test de vocabulario en imágenes PEABODY
J.K.REYNELL
PLON:Prueba de lenguaje oral Navarra.
Pata Negra ,CAT

3. La evaluación en las áreas: La mayoría de los programas de AT centran sus evaluaciones en las áreas cognitiva, de lenguaje y motora, al dar por hecho que la estimulación en estas áreas constituye el objetivo prioritario de la intervención. No deben faltar otros aspectos de enorme importancia como los psicosociales, los afectivo-emocionales o los familiares.
En resumen: Para comprender mejor la competencia del niño y su relación con su entorno socio-familiar hay que ampliar el abanico de la exploración, buscando información en estas tres dimensiones:

- La organización evolutiva del niño: habilidades comunicativas, desarrollo socio-emocional, procesos cognitivos, estilo de aprendizaje, capacidad de respuesta al medio, habilidades de juego.
- Las características de su entorno familiar y social.
- La relación entre el niño y su entorno: interacción padres-niño.

Se debe prestar mucha atención a los aspectos de interacción entre el niño y su medio ambiente y examinar las conductas funcionales y las habilidades de solución de problemas que sirvan al niño para su adaptación a las situaciones reales de cada día.

Se trata de prestar más atención a los aspectos cualitativos de la evaluación, no poniendo tanto énfasis en los que el niño hace (resultado) sino más bien en como lo hace.

Observamos el nivel de conexión con el medio físico y social, tipo de relación o interacción, nivel de motivación, atención a los estímulos y a las actividades respuestas de evitación, gustos y preferencias hacia actividades o materiales, estilo de conducta (planificador, impulsivo, atento, disperso, constante, inhibido, activo, espontáneo...)

También nos interesa registrar aspectos socio-cognitivos del niño, como contacto ocular, habilidades de comunicación, características del juego, capacidad de influir sobre el ambiente, habilidad de solución de problemas.

Es importante hacer observación del comportamiento del niño cuando está solo, acompañado de los padres o en grupo...

Centrarnos en cuales son las posibilidades, las potencialidades, las características del niño que tenemos entre manos.

En la evaluación es importante las conductas del niño en respuesta a unos estímulos determinados y registrar conductas que van surgiendo de forma espontánea.

3.2.2 El tratamiento educativo y rehabilitador

El tipo de tratamiento y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno y de la familia.

La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo. Cada niño, una vez finalizada la valoración, tendrá un programa de atención global e individualizada

El PROGRAMA deberá incluir la temporalización de los objetivos así como los modos de consecución de los mismos. Para una mejor toma de datos y análisis, así como para la evaluación del progreso, dividimos el programa en 4 áreas fundamentales:

Área motora: para facilitar el desarrollo motor, así como la coordinación y el equilibrio estático y dinámico

Área perceptivo-cognitiva: para mejorar el área sensorial, la prensión, la coordinación óculo-manual, la cognición y el juego simbólico.

Área socio-comunicativa: el objetivo prioritario será la comunicación. Para ello se facilitará desde el principio la aparición de un vínculo seguro entre la familia y su hijo. Transmitimos a la familia la posibilidad de identificar e interpretar las señales comunicativas de su hijo y como consecuencia darles la respuesta adecuada y contingente.

Área de autonomía personal: para mejorar la autonomía en alimentación, vestido, sueño, autocuidado...

3.3 Otros Programas específicos

Existen diversos programas diseñados para la atención a los alumnos en edad infantil. Podemos destacar dos grandes grupos:

- A) Programas de escolarización temprana: Preescolar por correspondencia (Alemania); Preescolar na casa (España), etc...
- B) Programas de estimulación precoz
Proyecto Andras Peto (Budapest; Proyecto de educación conductiva de los disminuidos psíquicos (Doman y Delacato (USA); Proyecto kepahrt de adiestramiento de funciones sensomotrices; Método de desarrollo intelectual temprana de (Breslavisky y Zoltvit); Programa de desarrollo de la visión (Dra Barraga); Programa de desarrollo motriz (Bobath. Inglaterra); Programa de desarrollo auditivo (Peter Guberina), I. Bustos.
- C) Programas de estimulación de aprendizajes
Programa de estimulación de aprendizajes de Aranda Redruello, R. (1996) diseñado alrededor de cinco áreas: motricidad, amplia y fina, Estimulación del lenguaje, estimulación auditiva, estimulación visual.
- D) Programas de atención a diferentes discapacidades
Programas en español:
 - Carmen Gayarre. "(1977) Para la mejora de los niños con mongolismo"
 - Villa Elizaga (1992). Niños con síndrome de Down.
 - Guía Portage de Shearer y Shearer (1969) de Winsconsin para niños de 0-5 años."Método Zulueta y Mollla (1982). Para niños con síndrome de Down.
- E) Programas de estimulación de capacidades y habilidades

1. Programas para el desarrollo de habilidades sociales.

Ejemplos: PPC (1990) de M. a. Verdugo. Destinado a deficientes mentales.
Tiene varios programas: Para infantil solo utilizamos
Programa de habilidades sociales (PHS)

2. programas para el desarrollo de habilidades psicomotoras.

Aquí nos fijamos en dos escuelas:

a) Modelos psicopedagógicos (escuela francesa)

- Picq y Pierre Vayer: Proviene del campo de la Educación física. Introducen la psicomotricidad en la escuela.

Aspectos a trabajar:

Percepción del propio cuerpo. Equilibrio postural.

Identidad definida y afirmada. Independencia de los diferentes segmentos.

Dominio de la pulsión.

- Boucher: Programas de tipo terapia relacional por medio de la exploración motriz.
- Bemard Aucouturier y A. Lapierre.

Programa:

Reapropiación del placer sensorial.

Tratamiento de las producciones agresivas.

Tratamiento de las producciones fantásticas que afectan a la comunicación del niño.

b) **Modelos psicopedagógicos (ámbito anglosajón)**

Programas perceptivos motores que tienen como objetivo aliviar o remediar las incapacidades para el aprendizaje.

- Kephart: Técnicas para la exploración de las funciones motoras. La reeducación de los procesos perceptivo-motores como preparatorios para la lectura.
- Bryant, J. Carthy: Proponer un modelo integrado del comportamiento perceptivo motor, basado en los resultados de los distintos análisis realizados sobre modelos de otros autores.
- Marina Frostig: Elaboró los Tes. de percepción visual porque considera que unas adecuadas habilidades visual-perceptivas son imprescindibles para la lecto-escritura.

3. **Programas de desarrollo lingüístico**

- El programa Bender y Vallett (1976). Son técnicas conductuales de (reforzamiento, imitación, modelado). Tiene dos secciones: verbal y no verbal.
- Programa de Berreiter y Engelman (1977). Programas de entrenamiento lingüístico. Dos partes: Inicial, superior con tareas jerarquizadas. Hay un método de enseñanza.
- Modelo Cooper (1982), para favorecer el desarrollo del lenguaje. Un método de desarrollo para niños con una problemática del lenguaje en edades tempranas.
- Programa INNEE Instituto de educación especial) Programa sin jerarquizar objetivos, sin profundizar en metodología y evaluación.
- Programa DISTAR (1981). Utiliza los principios de aprendizaje junto con estrategias avanzadas de programas educativos. Engloba programas de lenguaje, lectura y aritmética.
- *PROGRAMA PAPEL (De adquisición del lenguaje (1984). Tiene tres fases: Preverbal. Receptivo verbal. Productivo verbal.
- PROGRAMA DE BUSH y GILES (1974). Se desarrolla a partir de las pruebas de diagnóstico de Kirt y Kirt.

Está integrado por tres subprogramas: Recepción auditiva. Recepción visual. Expresión verbal. Expresión manual. Cierre gramatical. Memoria secuencial (auditiva y visual). Actividades perceptivo-motoras. Actividades recreativas e integración intermodal.

4. Programas de desarrollo cognitivo

- a) programas centrados en operaciones o procesos: Clasificación, inferencia, comparación (programas de operaciones cognitivas)
 - PEI. Enriquecimiento trumental de Feuerstein.
 - ARPA (actividades para el refuerzo potencial de aprendizajes.
 - APDI (aprendo a pensar desarrollando mi inteligencia.
 - PAI. Proyecto de activacion de la inteligencia
- b) Programa heurísticos: (procedimiento de resolución de problemas.)
 - la enseñanza heurística.-Schoeufeld en la solución de problemas matemáticos.
 - Estudios cognitivos-Whimbey y Lochhead
 - El pensamiento productivo-Covington.
 - P.I.H.-son 99 lecciones vinculadas a un área cognitiva (razonamiento, lenguaje, razonamiento oral, solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento inventivo.

Otros Programas cognitivos elaborados por autores españoles:

- Programas para el desarrollo de estrategias básicas de aprendizaje (Molina 1993).
- Programas de adiestramiento y maduración mental elaborado por Glez Mas (1978).
- Aprendo a pensar-Pascal (para final de infantil y final de primaria). Tienen un manual del profesor. Son actividades que abarcan todas las áreas curriculares.

5. Programas de modificación de conductas

Técnicas de modificación de conductas

6. Programas de intervención a través de la Música

- Programa Orff_ ritmo, lenguaje. Música, movimiento y palabra.
- Programa Dalcroze.-Canciones con mimo (el ritmo musical).
- Programa Kodaly (hungaro). Une el canto, la audición, la lectura, la escritura musical.

Utiliza el lenguaje gestual-manual.

- programa de Willen.-Movimiento y voz. Pretende vivenciar la música y crear movimientos vitales donde todas las facultades puedan ser expresadas, compartidas y armonizadas.

7. Programas de nuevas tecnologías

Para alumnos ciegos: Telulupa. Vieuscan. Optacon. El thermoform.

Para alumnos motóricos: Blis. SPC. Máquinas de escribir. Comunicadore

Para deficientes auditivos: Audífonos. Amplificadores. F.M. SUVAG.

Articulador vibráti

Espirometros (capacidad respiratoria

Informática:

Adaptaciones Hardware (Dispositivos de entrada, carcacas...).

Aplicaciones Software:

Programas de ayuda a la comunicación.

Para el desarrollo de procesos. Cognitivos de aprendizaje. Programas para el desarrollo del lenguaje. Programas para el desarrollo del habla. Sistemas de ayuda a la lectura labial.

Programas para mejorar la competencia lingüística.

4. BIBLIOGRAFIA

Aller y Aller (1991). "Juegos y actividades del lenguaje oral". Procesos didácticos. Marfil. Alicante.

Allen, M. C. (1993). "El lactante de alto riesgo". Clin. Pediat. N.A. 3, 505-516.

Alonso Seco (1997). "Atención temprana". En realizaciones sobre discapacidad en España. Real patronato de prevención y Atención a personas con Minusvalías. Madrid.

Anónimas y Colectivas (1986). Bibliografía sobre estimulación precoz. Serv. Int. Info sobre Subnor. S. Sebastián.

Aranda, R. E. (2002). Educación Especial: Áreas curriculares para alumnos con necesidades educativas especiales. Pentice Hall. Pearson. Madrid.

Aranda Rosalia, E. (1996). Estimulación de aprendizajes en la etapa infantil. Escuela Española. Praxis. Madrid.

Aranda Rosalia, E. (1998). Investigación-Acción en la escuela infantil Dto de Didáctica y Teoría de la Educación. (Universidad Autónoma de Madrid).

Aranda Rosalia, E. (19984). Cuentos por imágenes. Colección jardín de papel. S. M. Madrid.

Arizcun, J. y Valle, M. (1999). "Prevención De deficiencias en el periodo perinatal". En curso sobre prevención de deficiencias (3º edición) Real patronato de prevención y Atención a personas con Minusvalías. Colección Documentos 33/99.

Baghban, M. (1990). La adquisición precoz de la lectura y la escritura (0-3) Visor, Madrid.

Brítes y Muller (1991). Manual para la estimulación temprana, Bonum. Argentina.

Brazelton, T. B. Y Cramer, B. G. (1993). La relación más temprana, padres, bebés y el drama del apego inicial. Paidós. Barcelona.

Bueno, J. J. (1991). El lenguaje de los niños con necesidades educativas especiales. Aguilar. Madrid

- Bugie, C. (1998). "Atención precoz" Revista de Ciencias Sociales de la Diputación de Barcelona, 1372-77-
- Cabrera, M. C. y Sánchez Palacios, C. (1987). La estimulación precoz :un enfoque práctico. Siglo I. Madrid.
- Castellanos, P., García Sánchez, F. A. Y Mendieta, P. (2000). "La estimulación sensoriomotriz desde el modelo integral de intervención en Atención temprana". Siglo cero 31.
- Chohen Solal, J. (1986). Los dos primeros años de vida. Granica.
- Coral, J., Marsegosa, A. y Mostazo, A. (1992). Actividades psicomotrices en la escuela infantil CEAC. Barcelona.
- Coriat, H. L. (1997). "Estimulación Temprana. La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil". Escritos de la infancia, 8, 29. Fundación para el Estudio de Problemas de la infancia. Buenos Aires.
- Escorihuela, R. M., Tobeña, A. y Fernández, A. (1993). L'estimulació infantil: efectes de l'ambient primerenc i l'herència sobre le motiuitat i la prenentatge. Servicio de Publicacions de la Universitat Autònoma, Bellaterra. Barcelona.
- Egan, K. (2000). Mentes educadas. Cultura, instrumentos cognitivos y formas de comprensión. Barcelona. Paidós.
- Florez, J. y Troncoso, M. V. (1991). Síndrome De Down. Avances en acción familiar. Fundación síndrome de Down de Cantabria .Santander.
- Foster, Rochana, Guidan, J. (1991). Método visual. Estimulación lenguaje. Guía para la aplicación. Tea. Madrid.
- Fuertes, J., Sánchez, A. L. Y Pérez, I. (1992). Programa de estimulación precoz. Dirección General de Servicios Sociales. I.D.L. Valladolid.
- Gandulffo, M. A. Y Otros (1992). Juego En el proceso de aprendizaje. Humanitas. Argentina.
- García Sánchez, F. A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. Bordón, 54 (11),39-52
- García Sánchez, F. A. (1998). Manual guía de la ficha individual de Seguimiento para Atención Temprana. FEAPS. Murcia.
- García SÁNCHEZ, F. A. Y Mendieta, P. (1998). "Análisis del tratamiento integral de Atención Temprana". Revista de Atención Temprana, 1 37-43.
- García Sánchez, F. A. Y Caballero, P. A. (1999). "Atención Temprana en parálisis cerebral y síndrome de Down; necesidad de intervención en Hospital desde el modelo integral" Siglo Cero (2). 5-15
- Gardner, H. (2000). La educación de la mente y el conocimiento de las disciplinas. Barcelona. Paidós.
- Gerhard Hesse y Otros (1990). La estimulación Temprana en el bebé discapacitado. Panamericana. Buenos Aires.
- Gracia, M. (2003). Comunicación y Lenguaje en primeras edades. Intervención con familias. Lérida. Milenio.
- Grupo EUFYAID (1991). Atención Precoz para niños que presentan trastornos del desarrollo. Manifiesto del Grupo Eurllyaid para una política futura de la Comunidad europea. Eisembom (Bélgica).
- Grupo PADI (1999). La atención precoz en la comunidad de Madrid. Situación actual. Genysi. Madrid.

- Heese, G. (1990). *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Medica Panamericana. Buenos Aires.
- Huerta, E. (1990). *Programa de estimulación de la comprensión*. Lectora. Cuadernos Visor. S.A.
- Jerusalinsky, A. "Bases neuropsicológicas de la estimulación Temprana". *Revista Escritos de la Infancia* 8, 65-70.
- Kamil, C. K. (1990). "¿Qué aprenden los niños con la manipulación de objetos?". *Infancia* N.º 2 Julio-Agosto 1990. pp 7-10
- Leonhart, M. y Otros (1992). *El bebé ciego*. Masson. Barcelona.
- Libro Blanco de la Atención Temprana (2000). Ministerio de trabajo y Asuntos sociales. Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalías
- Linaza, A. (1992). *Jugar y aprender*. Alhambra. Madrid.
- López Aranguren, J. L. (1990). "Teología, juegos e imaginación. Mayo-junio, pp 7-9.
- Ludington Hoe, S. (1990). *Como despertar la inteligencia de su bebé*. Publicaciones Madici. D.L. Barcelona.
- Mañez Moscardó, F. (1992). *Veo, veo: programa para la estimulación del lenguaje infantil*. Autor-Editor, Valencia.
- Martín del Buey, F. (1993). *Instrumentos De exploración e intervención en educación infantil*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo. Facultad de psicología, Escuela Universitaria de Magisterio. Oviedo.
- Mazer, P. y Stoleru, S. (1990). *Psicopatología de la primera infancia*. Masson, Barcelona.
- Mendieta, P. y García Sánchez, F. A. (1998). "Modelo integral de intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios". *siglo Cero* 29 11-22.
- Molina García, (1995). *Bases psicopedagógicas de la Educación especial*. Marfil. Alcoy.
- Motos, J., García Sánchez, F. A., Checa, F. J. Y Cols (1999). "Líneas de actuación y perspectivas de futuro de la Atención Temprana en la Región de Murcia". *Revista de Atención Temprana*, 2, 3-10
- Navarro, A. H. Y Otros (1990). "La lateralización hemisférica de funciones como proceso mediador del aprendizaje en el aula". *Revista de Investigación educativa*. 8-16 Pp 143-148.
- Pitluk, L. (1991). *Aula taller en jardín de infantes: metodología y cambio de actitudes en el jardín de infantes*. Troquel. Buenos Aires.
- Pérez-Mínguez, C. (1998). "Análisis de las relaciones interpersonales tempranas. Un modelo de observación y su aplicación terapéutica en un programa de intervención". *Infancia y aprendizaje*, 83, 3- 28.
- Ponte, J. (2003). "Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos socio sanitarios". *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*.
- Ramírez Cabañas (1992). *Cómo potenciar las capacidades de nuestro hijo, recién nacido*. Estimulación personalizada. CEPE. Madrid.
- Ramírez Camacho (1982). *Conocer al niño sordo*. Cepe .D.L. Colección educación especial. Madrid.
- Rosell Clari, V. (1993). *Programa de estimulación de lenguaje oral en educación infantil*. Col Teoría y práctica educativa Edi Aljibe. Málaga.

- Rodríguez, M. E. (2002). Estimulación temprana de la inteligencia. Madrid. Ed. La-berinto.
- Ruiz y Conesa (1992). Aprender a hablar. Cómo estimular y supervisar el aprendizaje del niño. B. Barcelona.
- Ruiz Extremera, A., Robles, C. y Ocete, E. (1997). "Atención y seguimiento a recién nacidos con problemas en el periodo neonatal". Guía De atención a la infancia con problemas en el periodo neonatal". Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud, 91- 122. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Sánchez Ansín, A. (1997). Atención Temprana. Programa (0-3 años) Cedecs. Barcelona.
- Soriano, V. (Dir) (1999). Intervención Temprana en Eujropa. Tendencias en 17 países europeos. Agencia Europea para el Desarrollo y la Educación Especial. Real patronato de prevención y de Atención a personas con Minusvalías. Madrid.
- Tizón, J. L., San José, J. y Hadal, D. (1997). Protocolos y programas elementales para la atención primaria en Salud mental. Herder. Barcelona.
- Valle Trapero, M. (1992). Intervención Precoz en los niños de alto riesgo biológico. Editorial de la Universidad Complutense (colección Tesis doctorales). Madrid.
- Viala y Desplats (1992). El rincón de audición para el aprendizaje de la lengua. Narcea. Madrid.
- Vidal Lucena y Díaz Curiel, J. (1992). Atención temprana. Guía práctica para la estimulación del niño de Oa 3 años. CEPE.
- Villa Elizaga, I. (1984). Desarrollo y estimulación del niño desde su nacimiento a los dos años. Iamer. Madrid.
- VV.AA. (1999). Látenció precoz a Catalunya. Document del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.
- VV.AA. (1996). Guía regional de Atención Temprana de Murcia: prevención de las deficiencias en la población infantil de Oa 6 años. Dirección General del Binestar social de Murcia.
- AA.VV. (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid. Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.
- AA.VV. (2002). Criterios de calidad estimular para la población infantil de 0-3 años. Revista de Atención Temprana, volúmen V (1),4-20.
- Willis, A. y Ricciuti, H. (1990). Orientaciones para la escuela infantil de cero a dos años. MEC -Morata. Madrid.
- Winnicott (1990). Los bebés y sus madres. Paidós. Barcelona.
- Woolfson, R. C. (2002). Mira cómo hablo. Guía de actividades para la estimulación de su hijo de Oa 3 años. Mens Sana. Barcelona.
- Woolfson, R. C. (2003). Hijo genial. Guía de actividades para la estimulación infantil de 2 y medio a 5 años. Mens Sana. Barcelona
- www.w.oelddbank.org/children/crianca/invfutIbiblio.htm
- Zuluaga, J. A. (2001). Neurodesarrollo y Estimulación. Médica Panamericana, Buenos Aires.