

Proyecto Fin de Máster 2010/2011

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

*Facultad de Ciencias de la Educación*

# **LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL**



**MÁSTER UNIVERSITARIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

**Presentado por:**

D<sup>a</sup> Gádor Clemente Villegas.

**Dirigido por:**

Dr. D. Joaquín Francisco Álvarez Hernández.

**En Almería, a 16 de Junio de 2011**

## ÍNDICE

	PÁG.
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1. ESTUDIO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA: ANTECEDENTES, ORÍGENES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA.</b>	
<b>1. Antecedentes y ámbitos o disciplinas sobre los que se sustenta la         Atención Temprana.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Evolución histórica de la Atención Temprana.....</b>	<b>10</b>
2.1.- Etapas de la formación de Atención Temprana.....	11
2.2.-Evolución histórica del concepto de Atención Temprana.....	14
2.3.- Origen y evolución de la Atención Temprana en España.....	17
2.4.- Panorama actual de la Atención Temprana.....	20
<b>3. Los nuevos cauces de Investigación en el ámbito de Atención         Temprana.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 2. LA ATENCIÓN TEMPRANA.</b>	
<b>1. Principios básicos de Atención Temprana.....</b>	<b>25</b>
<b>2. Objetivos de Atención Temprana.....</b>	<b>27</b>
<b>3. Niveles de Intervención de la Atención Temprana.....</b>	<b>29</b>
<b>4. Principales ámbitos de actuación.....</b>	<b>31</b>

### **CAPÍTULO 3. LEGISLACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA.**

<b>1. Normativa sobre Atención Temprana.....</b>	<b>36</b>
1.1. Normas Internacionales.....	36
1.2. Normas Estatales.....	37
1.3. Normativa en la Comunidad Autónoma de Andalucía.....	39

### **CAPÍTULO 4. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL.**

<b>1. Importancia de la Atención Temprana en esta etapa.....</b>	<b>41</b>
<b>2. La escuela infantil y la Atención Temprana.....</b>	<b>42</b>
2.1.- Relación y analogía.....	43
2.2.- Necesidades Educativas Especiales en la Escuela Infantil.....	47
2.3.- Coordinación entre la Escuela Infantil y los Equipos de Atención Temprana.....	49
<b>3. Conclusiones.....</b>	<b>51</b>

### **CAPÍTULO 5. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ALGUNAS DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA ESCUELA.**

<b>1. Atención Temprana en alumnos con Deficiencia Visual.....</b>	<b>54</b>
1.1.- Atención Temprana a niños con deficiencias asociadas a la ceguera.....	54
1.2.- Atención Temprana en niños de baja visión.....	55
1.3.- La incorporación del niño ciego a la escuela.....	57
<b>2. Atención Temprana en alumnos con Deficiencia Auditiva.....</b>	<b>58</b>
2.1.- Estimulación temprana para niños con deficiencia auditiva.....	59

<b>3. Atención Temprana en alumnos con Síndrome de Down.....</b>	<b>62</b>
<b>4. Atención Temprana en alumnos con Discapacidad Motora: Parálisis Cerebral.....</b>	<b>64</b>
<b>5. Atención Temprana en alumnos con problemas de conducta.....</b>	<b>65</b>

## **ANEXOS**

<b>Anexo I. Objetivos básicos del desarrollo de los niños con ceguera o deficiencias visuales graves.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo II. Actividades de estimulación para niños con discapacidad auditiva.....</b>	<b>75</b>

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>79</b>
--------------------------	-----------

## INTRODUCCIÓN

La Atención Temprana es un ámbito de trabajo relativamente reciente que ha cobrado gran relevancia social y académica en los últimos años. De hecho, se viene observando, por un lado, una creciente sensibilidad de la sociedad ante las necesidades de los niños pequeños y sus familias; y por otro, una mayor confianza de los profesionales en poder ofrecer respuesta a esta creciente demanda social a partir del avance en el conocimiento en el campo de la psicología, de la medicina, de la fisioterapia, etc.

Las primeras experiencias en nuestro país tuvieron lugar en la década de los años setenta del siglo pasado, con la implementación de unos programas llamados de “Estimulación Temprana” cuyo objetivo o finalidad fundamental era el tratamiento, desde sus primeros días de vida, de los niños que padecían alguna deficiencia física, psíquica o sensorial. Pero en la actualidad, hemos pasado de un modelo de intervención única y exclusivamente centrado en el niño a un modelo que tiene en cuenta al niño, a su familia y a los distintos contextos en los que tiene lugar el desarrollo. Por lo tanto, desde esta perspectiva, se está considerando la atención temprana no sólo como un servicio asistencial, sino también como un servicio psicoeducativo.

De hecho, uno de los acontecimientos que supuso un paso adelante para la consolidación de la atención temprana como área de trabajo fue la constitución del Grupo de Atención Temprana (GAT). Con la formación de dicho grupo y con sus publicaciones posteriores se establece que, en las intervenciones que realicen los profesionales de este ámbito, se debe considerar la globalidad del niño. Y desde este nuevo enfoque, la Atención Temprana se dirige a toda la población infantil de 0 a 6 años, ya que es durante los primeros años de vida cuando el desarrollo infantil está sujeto a diferentes interacciones con el medio natural y social. Somos conscientes de que los niños y niñas reciben una estimulación natural que suele ser suficiente para garantizarles un adecuado desarrollo integral, pero no siempre se les proporcionan las experiencias necesarias para su máximo desarrollo potencial. Es entonces, cuando la Atención Temprana cobra su más amplia funcionalidad, convirtiéndose en una técnica imprescindible.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es realizar un trabajo documental de profundización sobre este tema en la etapa de Educación Infantil. Para ello, he estructurado el trabajo en cinco capítulos bien diferenciados:

- En el primer capítulo, *“Estudio de la atención temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica”*, haremos un recorrido partiendo de los orígenes de la Atención Temprana en nuestro país hasta entenderla como actualmente es concebida, como un apoyo a la infancia tanto en su carácter preventivo como terapéutico, estimulador del desarrollo, formativo y conexas con el entorno.
- En el segundo capítulo, *“La Atención Temprana”*, conoceremos el actual concepto de Atención Temprana, así como los principales ámbitos de actuación, para conocer en profundidad cuáles son sus objetivos, cuáles son sus niveles de intervención y cuáles son sus principios básicos.
- En el tercer capítulo, *“Legislación de Atención Temprana”*, realizaremos un breve recorrido por la normativa sobre Atención Temprana, a nivel internacional, estatal y en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- En el cuarto capítulo, *“La Atención Temprana en la etapa de educación Infantil”* teniendo en cuenta que no son sólo los niños discapacitados los que tienen necesidad de Atención Temprana, sino todos los niños y que las escuelas infantiles se convierten en el centro coordinador de todo el proceso de actuación en Atención Temprana. En este apartado desarrollaremos la importancia de la atención temprana en esta etapa, cuáles son las relaciones entre Atención Temprana y Educación Infantil, cómo es la coordinación entre ambas, etc.
- Y en el quinto capítulo, se analiza *“la Atención Temprana en algunas de las patologías más frecuentes en la escuela”*, como son: niños con discapacidad visual, niños con discapacidad auditiva, niños con Síndrome de Down, niños con discapacidad motora: parálisis cerebral y niños con trastornos graves del desarrollo. En todos ellos se parte de una definición del trastorno, se proporcionan una serie de signos de alarma y se sugieren unas pautas de intervención.

---

## **CAPÍTULO 1.**

### **ESTUDIO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA: ANTECEDENTES, ORÍGENES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA**

---

## 1. ANTECEDENTES Y ÁMBITOS O DISCIPLINAS SOBRE LOS QUE SE SUSTENTA LA ATENCIÓN TEMPRANA.

En los primeros años de vida la Atención Temprana ha ido evolucionando bajo la influencia de cuatro campos distintos: educación infantil temprana, los servicios de salud materno- infantil, la educación especial y la investigación sobre el desarrollo del niño. A continuación, realizaré un breve recorrido por estos cuatro campos, centrándome en las aportaciones o contribuciones de cada uno de ellos al ámbito de la Atención Temprana.

- La educación infantil temprana. Las raíces teóricas de la educación temprana se sitúan en el reconocimiento de la infancia como período de la vida y en los escritos de los filósofos europeos de los siglos XVII Y XVIII. En Comenius (1592-1670) caracterizó la *Escuela de las Madres* como el vehículo más apropiado para la educación de los primeros seis años de vida y defendió que el niño aprende espontáneamente. Locke (1712- 1778), popularizó la noción de la “*tábula rasa*”. Rousseau (1712-1778), sugirió un acercamiento del *laissez faire* en la infancia temprana para permitir aflorar los talentos naturales del individuo.

A pesar de que los programas de intervención temprana han estado influenciados significativamente por la historia de la educación de los más pequeños antes de la escolarización obligatoria, he de destacar que los rasgos centrales de los programas educativos tempranos incluyen las siguientes características: colocan el foco de atención en el currículum centrado en el niño, un énfasis en la socialización temprana del niño fuera de la familia, un intento de profundizar en la comprensión del desarrollo del niño y la creencia en la importancia de los primeros años como fundamento de la competencia social, emocional e intelectual de las personas.

- Servicios de salud materno- infantil. La alta tasa de mortalidad infantil promovió una mayor preocupación por la salud física del niño. De hecho, pediatras de finales del siglo XVIII señalan la necesidad de llevar a cabo campañas educativas cuya finalidad sería prevenir enfermedades antes de los cinco años y fomentar actividades encaminadas a promover el bienestar físico.

- La educación especial. La historia de la educación especial para niños con discapacidades constituye la tercera lente a través de la cual podemos examinar la evolución de la Atención Temprana. Las prácticas relativas a la educación de niños con discapacidades han evolucionado a través de tres períodos históricos. El primero, llamado “Olvidar y esconder”, consiste en retirar del ámbito público a los sujetos con discapacidades para evitar crear situaciones molestas a sus familias. El segundo, llamado “Pantalla y segregación”, corresponde a la actitud de los años cincuenta y sesenta, en la que los niños con discapacidades son evaluados, etiquetados y luego aislados, pero con la idea de proporcionarles cuidados especiales. El tercer período, denominado “Identificación y ayuda”, comienza a mediados de los años setenta y está marcado por encaminar todos los esfuerzos en la detección de necesidades especiales en los primeros años de vida con la esperanza de proveer intervenciones apropiadas tan tempranamente como sea posible.
- Investigación sobre el desarrollo del niño. Este cuarto ámbito, en el que se puede examinar la historia de la Atención Temprana, se centra en las contribuciones que realiza la comunidad académico-científica a la comprensión del desarrollo del niño. Las investigaciones apoyan la idea de que las experiencias tempranas influyen en el desarrollo posterior del niño, que el bebé aprende incluso antes del nacimiento y que los efectos de las experiencias tempranas son modificables. Todo ello refuerza la idea de que es posible intervenir en el curso del desarrollo proporcionándole al niño experiencias optimizadoras, y que se debe intervenir lo más tempranamente posible para optimizar el desarrollo o para paliar los efectos nocivos del ambiente o de algún tipo de condición discapacitadora.

Otro aspecto a destacar son las investigaciones realizadas en este campo. En este sentido, las investigaciones sobre el desarrollo de niños pequeños mostraron la naturaleza transaccional de los procesos del desarrollo y revelaron los beneficios potenciales de la Atención Temprana.

Paralelamente, un importante número de investigaciones se dirigieron a estudiar las consecuencias adversas de la privación en las relaciones tempranas. Estos estudios documentaron el impacto destructivo que causa el aislamiento social y la falta de estimulación típica de la vida de muchos orfanatos, sobre el proceso de desarrollo infantil, e incluso las secuelas que esto puede producir en el posterior desarrollo adulto.

Por otra parte, una línea complementaria de estudios se centra en estudiar el grado en el que las secuelas de la privación temprana son modificables. Los investigadores demostraron que un ambiente responsivo y estimulador puede modificar los efectos de las experiencias negativas en la infancia temprana (Dennis, 1973).

Pero es realmente a finales de los años cincuenta cuando se publicaron cuatro estudios que marcaron dos líneas de investigación relacionadas con la conducta y el desarrollo temprano.

La primera línea de investigación comienza en 1958 con las publicaciones simultáneas de Fantz (1958) y Berlyne (1958), en las que demuestran que los bebés pueden fijar su atención selectivamente a los estímulos visuales dependiendo de los patrones y la complejidad de los estímulos. La segunda línea de investigación también empezó en los años cincuenta con la publicación de la monografía de Rheingold (1956), en la que el autor demuestra que es posible modificar la responsividad de los niños en un orfanato proporcionándoles oportunidades extras de maternaje durante un período de ocho semanas.

## **2.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA.**

El objetivo de este punto es analizar cómo ha ido evolucionando la Atención Temprana tanto en sus aspectos conceptuales como en sus aspectos aplicados. Para ello, nos centraremos, en primer lugar, en describir las diferentes etapas y sus características principales; en segundo lugar, realizaremos un breve recorrido por los cambios que ha experimentado el concepto y en tercer lugar, nos centraremos en el origen y evolución de la Atención Temprana en nuestro país.

## 2.1.- Etapas de la formación de Atención Temprana.

La Atención Temprana ha ido evolucionando a través de tres etapas:

- Los años setenta:

La década de los setenta marca el inicio de la era moderna en la Atención Temprana. En Estados Unidos se da un fuerte apoyo público para intervenir en servicios sociales y se emplean numerosos recursos para promover el logro de ambiciosas metas. En esta década se establece *La guerra contra la pobreza*.

La idea más extendida en este momento es que las experiencias tempranas son experiencias especiales, que no sólo suponen la base del desarrollo posterior, sino que además tienen un impacto desproporcionado en el curso del desarrollo.

En 1965 se pone en marcha la investigación más amplia y ambiciosa: el programa *Head Start*, elaborado por Zigler y su equipo. Este programa está basado en la creencia de que las experiencias de la primera infancia producen un impacto crucial en el desarrollo posterior. El *Head Start* fue concebido como un servicio multidimensional diseñado para combatir o contrarrestar las desventajas de los niños que crecen inmersos en la pobreza. Este programa proporcionó un modelo en el campo de la Atención Temprana que continúa vigente hasta la actualidad.

A partir de 1965, alrededor del *Head Start* comenzó a desarrollarse una línea de investigación que se concretó en una gran variedad de proyectos, ya que se constató que los efectos de la intervención cesaban al finalizar la aplicación del programa. En la actualidad se considera que una de las grandes lecciones del *Head Start* fue enseñar que los programas deben establecer metas y objetivos explícitos y realistas.

Por otra parte, durante el mismo período temporal, en los centros médicos empezó a emerger una imagen más compleja sobre el niño y su desarrollo. Además, hubo un creciente reconocimiento de que durante los nueve meses de gestación el niño no está en un ambiente protegido de acontecimientos externos ni está influenciado exclusivamente por factores genéticos. Así pues, empieza a ser más evidente que el único momento de la concepción, y que las influencias ambientales, tanto positivas como negativas, comienza a funcionar nueve meses antes del nacimiento por conductas maternas.

- Los años setenta y ochenta:

Los años setenta y ochenta suponen un mayor compromiso hacia las necesidades de los niños con discapacidades. Durante esta década se presta una atención creciente al estatus social y a los derechos legales de las personas que presentan alguna condición de discapacidad. La educación especial se convierte en la principal prioridad, y como consecuencia de ello, aumenta la demanda de profesores de niños preescolares con necesidades especiales y comienza la especialización profesional en esta área de conocimiento (Stile, Abernathy, Pettibone y Wachtel, 1984).

En cuanto a la investigación los estudios se centran en el tema de la evaluación de los efectos de la intervención. Lazar (1977) realiza un importante estudio sobre la persistencia de los efectos de la intervención en el que encuentra resultados que muestran el beneficio a largo plazo de los programas de Intervención Temprana, ya que, aunque los efectos cesen dos o tres años después de la aplicación del programa, el seguimiento de los niños a los que no fue aplicado.

A partir de mediados de los setenta diferentes estudios se dirigen a determinar si existe un período crítico de intervención, tal como señala White (1975), quien considera que todo lo que ocurre durante los primeros tres años de vida del niño es crucial y determinante, puesto que con posterioridad el curso del desarrollo es inalterable. Sin embargo, autores como Clarke y Clarke (1976) ofrece un análisis que sugiere que la

experiencia temprana no es más importante que la experiencia tardía, al menos en los años preescolares. La principal implicación de dicho estudio es que cualquier período del desarrollo es importante, no únicamente los primeros años.

- Los años noventa:

La característica básica de este período es la consideración de que los límites entre los ámbitos de bienestar social, salud mental y física, y educación temprana son cada vez más claros, y cuanto más profundizamos en la comprensión de las complejidades del desarrollo temprano, más difícil es delimitarlos.

Asistimos a una reconceptualización y reorganización de los servicios de atención temprana con la aparición de modelos de colaboración entre profesionales y el diseño de centros de coordinación. Uno de los avances básicos de esta última década es el reconocimiento creciente de la necesidad de una mayor colaboración y una relación menos jerárquica entre sus proveedores de servicios y receptores de los mismos.

Es necesaria una coordinación interinstitucional entre los diferentes ámbitos sanitario, social y educativo, de manera que el niño no reciba la intervención desde compartimentos estancos, sino que la transferencia de la información fluya entre ellos y todas las acciones que se desarrollen tengan como objetivo el dar una respuesta integrada que garantice la salud, el desarrollo intelectual y emocional y social del niño como persona con una problemática específica.

En este sentido, una de las características de esta década ha sido centrar la atención en la relación entre los padres de niños cuyo desarrollo era vulnerable y los proveedores de servicios de atención temprana. Esto dio lugar a la proliferación de programas dirigidos a padres.

## 2.2.- Evolución histórica del concepto de Atención Temprana.

En cuanto a la evolución histórica del concepto de Atención Temprana, he de destacar que antes de exponer una serie de definiciones del concepto que nos ocupa, es necesario enmarcarlo dentro de la gran multitud de sinónimos conocidos que le preceden a esta expresión, como son: la estimulación precoz, estimulación temprana, atención precoz, atención temprana, etc. Por ello en Atención Temprana es fundamental tener claros una serie de términos que han ido perfilándose a medida que han ido aumentando el número de investigaciones, estudios y personas dedicadas a ella. Los conceptos de “estimulación precoz”, “estimulación temprana” y recientemente “atención temprana”, son los diferentes términos que se han venido utilizando para denominar las actuaciones encaminadas a evitar o paliar las dificultades de los niños con deficiencias o aquellos considerados de alto riesgo.

El vocablo Atención Temprana es fruto de una evolución conceptual que lleva implícita una evolución metodológica. El concepto de Atención Temprana supera los modelos de *estimulación precoz* (con énfasis en la aceleración del proceso normal de desarrollo) y de *estimulación temprana* (donde se comienza a valorar el contexto del niño). Supone el paso de un modelo clínico rehabilitador a un modelo psicopedagógico (García Martín, 1986).

Como apuntábamos, en los inicios de esta disciplina se empezó hablando de Estimulación Precoz, para posteriormente cambiar el término “precoz” por “temprana” debido a que la concepción de precoz, en palabras de Cabrera y Sánchez Palacios: (...) *“Sugiere apresuramiento en el curso normal del desarrollo del individuo, cuando lo que en realidad se pretende es la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central”*. (Cabrera y Sánchez Palacios, 1987:14).

En este primer momento, algunos autores definieron la Atención Temprana bajo el término “atención precoz” de la siguiente forma:

- Para Molla (1978: 19): *“Supone promocionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y por lo tanto que el organismo llegue al máximo de sus potencialidades”* (Cit. En Sansalvador, 1990:29).

- Para el Dr. Villa Elízaga (1976), pionero de la Estimulación Precoz en España: *“... es una forma de tratamiento que se debe aplicar durante los primeros años de vida, para potenciar al máximo tanto las posibilidades físicas como las intelectuales del niño”* (Villa, 1976)

Pero Ramírez Cabañas es el primero, a la hora de definir su programa de Estimulación Personalizada, en establecer una comparación entre Estimulación Precoz o Temprana, afirmando que: *“es un programa de rehabilitación que emplea un conjunto de medidas establecidas desde el mismo momento de la detección de cualquier retraso o alteración valorable del desarrollo psicomotor del niño, para conseguir el mayor número de estímulos que faciliten dicho desarrollo”* (Ramírez Cabañas, 1992).

El término Estimulación Precoz evolucionó dando como lugar a una terminología más precisa como es el de “Estimulación Temprana”. Este término aparece en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño, en 1959, definido como una forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de riesgo biológico y social, en el que se privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carenciales o necesitadas. Pero será Lydia Coriat, la primera autora que proponga e inicie el cambio de Precoz a Temprana porque precoz le parece evocar un deseo de aceleración en el proceso. Y define la Estimulación Temprana, como que: *“es una técnica que tiene por objetivo apoyar al niño en el desarrollo de sus aspectos instrumentales, destinada a brindar impulso a funciones ya existentes en el sujeto, y susceptibles de averiarse por medio del estímulo, actuando dicha estimulación a través de la actividad que produce en el sujeto estimulado, dirigiéndose al niño en su conjunto, siendo la acción el eje de datos en el desarrollo del niño, consistente en crear las mejores condiciones posibles para que la misma familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más”* (Revista Siglo Cero, 1977).

En 1998, Candel diferencia entre ambos conceptos diciendo: *“Estimulación precoz, como un tratamiento dirigido únicamente al niño, sino más bien atención temprana como un conjunto de actuaciones dirigido al niño, la familia y a la comunidad”* (Candel, 1998). Y años más tarde, Sánchez define la Estimulación Temprana: *“Como un método pedagógico basado en teorías científicas y en estudios neurológicos. Su razón de ser es que ciertos estímulos oportunos en el tiempo, favorecen el aprendizaje y el desarrollo de las capacidades del niño”* (Sánchez, 1999).

Siguiendo con la evolución del término “Estimulación Precoz” llegamos al momento de poder recoger las diferentes definiciones que existen de Atención Temprana. A pesar de la definición dada por Vidal en 1990 y por Rueda en 1991, hemos de destacar la definición dada por el Grupo PADI (Prevención y Atención al Desarrollo Infantil) en 1999, en la que interpretan los términos utilizados:

- “Conjunto de acciones planificadas”: aquéllas que reúnen y estructuran los distintos elementos mediante una adecuada definición de objetivos y metas, y una sistematización de las actuaciones propuestas, y que hacen uso y disponen de los recursos necesarios para tales fines, tanto públicos como privados.
  - Con carácter global: prevén todos los aspectos del propio niño, así como los de su entorno familiar, de salud, educativo, social, etc.
  - Con carácter interdisciplinar: implica la coordinación entre distintos profesionales de los campos sanitario, educativo y de servicios sociales.
  - Respuesta a las necesidades: para optimizar el desarrollo del niño eliminando o atenuando los efectos de una alteración o deficiencia.
  - Necesidades transitorias: de duración determinado e incidencia variable en la vida del niño.
  - Necesidades permanentes: presentes en el curso de la vida de la persona; también de incidencia variable.
  - Alteración del desarrollo: modificación significativa del desarrollo madurativo en función de una determinada edad.
  - Deficiencia: la OMS, en la XXIX Asamblea Mundial de 1976, define dicho término como *“toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”*
  - Primera infancia: fase de desarrollo madurativo que comprende los 0 y 6 años.

Finalmente, es en el año 2000, con la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana, cuando se ofrece la última definición consensuada de Atención Temprana: *“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”*. (GAT, 2000). Pero más tarde, en el año 2001 Guralnick remarca la importancia de la familia en su definición de Atención Temprana.

### **2.3.- Origen y evolución de la Atención Temprana en España.**

La Atención Temprana, denominada anteriormente Estimulación Precoz, ha adquirido singular importancia en los últimos 20 años en nuestro país, por lo que resulta pertinente hacer una breve referencia al proceso de su nacimiento y consolidación.

La implantación de la denominada Estimulación Precoz en España no tiene una fecha precisa ya que no constituye un acontecimiento concreto que puede considerarse su inicio, sino que se realiza de forma paulatina con el entusiasmo de unos y la prevención inicial de otros. Por ello, podría afirmar que los orígenes de la atención temprana se remontan a los años 70, que es cuando se inician en España los programas de “Estimulación Precoz”, cuando el SEREM (Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos) estableció subvenciones a entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas de Atención Temprana.

Además, en el ámbito institucional fue el SEREM, quien a raíz de las Jornadas Internacionales sobre Estimulación Precoz de 1979, impulsó la creación de Equipos profesionales formados en la materia y creó la figura del Estimulador Precoz en todos los Centros Base de Atención a Minusválidos en España. En concreto la primera unidad de estimulación precoz fue en Madrid,

en la Maternidad Santa Cristina en 1947, seguida por la Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de la Clínica Universitaria de Navarra.

En 1981, con la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) se crearon Servicios de Estimulación Precoz generalizándose a todas las provincias. Además, los Equipos de Estimulación Precoz, se encontraban integrados como unidades funcionales en los Centros Base, como servicios de atención integral a niños mediante la modalidad de tratamiento ambulatorio, en interrelación más o menos eficaz con los servicios de neonatología y pediatría de los hospitales con los centros de educación infantil y con la especial participación de las familias.

En el ámbito sanitario, aunque no se diseñaran programas específicos de atención temprana, desde los Equipos de Rehabilitación y desde las unidades de Pediatría y Neonatología se desarrollaron intervenciones dirigidas a niños prematuros o con signos de deficiencia física o psíquica; como ejemplo tenemos las aportaciones del Equipo de Rehabilitación del Hospital La Fe de Valencia.

Desde la Administración educativa, el Plan Nacional de Educación Especial de 1978, previó la estimulación precoz con la creación de Equipos Multiprofesionales para detección precoz de deficiencias, valoración pluridimensional, elaboración de programas de desarrollo individual y seguimiento, en colaboración con el profesorado de los Centros Educativos. Posteriormente, en 1982, en el Decreto de Ordenación de la Educación Especial, se contempla la atención educativa precoz, y desde 1990 se crearon Equipos de Atención Temprana y Equipos Especializados de Apoyo.

Desde el movimiento asociativo, las asociaciones de padres desempeñaron un importante papel en la implantación de la atención temprana en España, dado que algunos crearon sus propios centros de estimulación temprana. Este interés se debió a las ayudas institucionales que concedía el INSERSO desde el año 1980. Además, el INSERSO subvencionó programas de iniciativa social con un carácter fundamentalmente rehabilitador.

En esa misma década el Real Patronato de Discapacidad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) creó unidades de desarrollo madurativo en algunos hospitales adscritos a los Servicios de Pediatría.

Así, la Atención Temprana fue traspasada como competencia de las comunidades autónomas, hasta que en 1993, se forma en España el Grupo de Atención Temprana (GAT), que supuso una unificación de los criterios de la Atención Temprana.

También en el año 2001 se constituye la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana y se forman grupos de trabajo, como: el grupo GEMA, el grupo PADI, GENSY, etc., que se han encargado de trabajar en la organización y regulación de la Intervención Temprana.

Para finalizar, hemos de destacar que la situación actual en nuestro país viene caracterizada por una importante variedad en lo que se refiere al nivel de implantación y a la situación de los servicios de Atención Temprana en las diferentes Comunidades Autónomas.

En concreto, en Andalucía la tasa de niños y niñas menores de 6 años con discapacidad o limitación de un 2,7% de la población menor de 6 años. Además, en Andalucía de los aproximadamente 80000 niños nacidos vivos todos los años, existe un 10% considerado de riesgo.

En Andalucía, la Ley de Atención a personas con Discapacidad (1/99 de 31 de Marzo) otorga a la Consejería de Salud las competencias de Atención Temprana entendiendo ésta como la intervención múltiple dirigida al niño, la familia y a la comunidad, integrada por acciones de información, detección, diagnóstico, tratamiento, orientación y apoyo familiar implementadas desde el Sistema Público de Salud.

#### **2.4.- Panorama actual de la Atención Temprana.**

En nuestros días, parece ya superado el modelo de intervención basado en la adquisición de habilidades, dando lugar a otros modelos con otras orientaciones: centrados en la familia y en el apoyo social, o bien centrados en los procesos de interacción padres- hijo (Marfo y Cook, 1991). Desde esta nueva perspectiva, los programas inciden en el papel de la familia, a la que se proporciona información apoyo y asesoramiento.

Por otra parte, en la actualidad la estimulación de las primeras edades se valora para todos los niños y niñas.

A pesar de que las contribuciones de múltiples orientaciones profesionales continúan influyendo en la prestación de servicios de atención temprana, las conceptualizaciones actuales de los procesos de atención temprana en niños subrayan la poca utilidad de dividir las necesidades de los niños en componentes discretos definidos por las disciplinas tradicionales.

En este sentido, existe una necesidad de traspasar los límites tradicionales de las disciplinas y considerar a la Atención Temprana como impregnada de un carácter interdisciplinar o multidisciplinar. En este punto es donde los equipos de Intervención Temprana desempeñan un papel fundamental en la administración de servicios.

Los equipos transdisciplinarios son los que mantienen interacciones más ricas, pero también son los que presentan más dificultades a la hora de constituirse. Se comparte y coordina tanto la información como los puestos. Estos equipos cuentan con profesionales de varias disciplinas que no se limitan a realizar contribuciones dentro de su propia competencia, sino que van más allá, aprendiendo de los demás e incorporando a su práctica individual los conocimientos adquiridos. Los resultados se discuten en equipo y se redactan en un único informe. En estos equipos la familia juega un papel activo.

Para concluir diremos que, tal y como señala Guralnick (1997), en las últimas décadas en el ámbito de la Atención Temprana se han conseguido muchos logros, entre los que destacan: el reconocimiento de la Atención Temprana en los niños con riesgo social o biológico o con una discapacidad manifiesta como una responsabilidad social; el reconocimiento de que las primeras edades constituyen una ocasión privilegiada para la intervención; la implantación progresiva de una “filosofía preventiva” como guía de la intervención, que se extiende también a los niños sin una discapacidad manifiesta; el consenso sobre la necesidad de basarse en las necesidades de las familias de integrar de forma eficaz las aportaciones de múltiples disciplinas.

Sin embargo, todavía quedan problemas o cuestiones por resolver , entre los que se destacan las siguientes: existe poca investigación disponible que permita identificar y escoger las posiciones más adecuadas y eficaces para la intervención y la existencia de dudas e incluso quejas sobre la eficacia de los programas de intervención temprana que se encuentran ante modelos a menudo contradictorios.

### **3. LOS NUEVOS CAUCES DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.**

Como hemos podido comprobar en la revisión de los estudios originarios de la Atención Temprana, la preocupación que estuvo presente de forma prioritaria en todos ellos fue la ya clásica cuestión: “*Atención Temprana: Sí/No*”; el peso de los resultados han hecho, finalmente, inclinar la balanza hacia “*Atención Temprana: Sí*”, dado que hoy en día nadie pone en duda sus resultados en la prevención de minusvalías.

Se pone en marcha la traducción de los modelos teóricos en modelos concretos de actuación, entrando así a formar parte de las políticas sociales, sanitarias y educativas de los distintos países más concretamente dentro del nuestro, entrando a formar parte de las políticas desarrolladas por las distintas autonomías que lo conforman. La Atención Temprana acaba convirtiéndose en un servicio público llevado a cabo de forma interinstitucional: institución social, sanitaria y educativa.

Pero a partir de aquí, nos encontramos con un nuevo problema al que hacer frente: *“Atención Temprana: Sí, pero ¿cómo?”*. A partir de los años 90, dejan de predominar los objetivos de investigación destinados a la validación científica de la intervención temprana como una disciplina que intenta originarse y abrirse camino dentro de la comunidad científica, para pasar a la contribución del desarrollo y evolución.

Pero es necesaria una Atención Temprana dentro de unos niveles de calidad cada vez más importantes. Pero, conseguir la calidad, entendida como la satisfacción de la necesidad de prevenir la minusvalía de la forma más efectiva posible, se convierte en el marco temático de la nueva labor de investigación emprendida en este campo. Por tanto, podemos agrupar los nuevos objetivos de investigación bajo la doble vertiente que se deriva del proceso de Calidad inherente a la Atención Temprana, por un lado, el enriquecimiento del campo teórico ya existente y, por otro, la mejora de las prestaciones de los servicios implicados en la misma.

1. Enriquecimiento del campo teórico ya existente:

- Desde la Psicología:
  - Ampliación del conocimiento de las variables ambientales que mayor incidencia tienen sobre los procesos psicológicos del individuo, concretamente y de forma especial, sobre los procesos de desarrollo de la primera infancia.
  - Un aumento del conocimiento de los procesos psicológicos que tienen lugar en el individuo, así como de su configuración y desarrollo durante los primeros años.
- Desde la intervención psicopedagógica:
  - Un mayor acercamiento al conocimiento de aquellas manipulaciones sistemáticas del ambiente que mejores resultados producen, tanto sobre los procesos internos y externos del individuo discapacitado o en riesgo, como sobre el entorno familiar y social que le rodea al individuo.

## 2. Mejora en las prestaciones del Servicio de Atención Temprana:

- A nivel de macroorganización:
  - Asignar y distribuir las funciones entre las distintas instituciones.
  - Establecer los mecanismos de coordinación interinstitucional de la labor desempeñada por cada una de las instituciones.
- A nivel de microorganización:
  - Distribución y asignación de funciones entre los distintos miembros que componen cada una de las instituciones.
  - La formación del personal que forma parte de la institución en su labor de intervención.
  - Mecanismos de coordinación interprofesional dentro de cada una de las instituciones.

---

**CAPÍTULO 2:**  
**LA ATENCIÓN TEMPRANA**

---

## **1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.**

Los principios básicos de Atención Temprana son los siguientes:

### ***1. Diálogo, integración y participación***

El respeto a la condición de sujeto activo del niño que presenta un trastorno en el desarrollo, es fundamental para la integración familiar, escolar y comunitaria. La Atención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y estimular la expresión de sus necesidades. Implica un modelo en el que participan y colaboran las partes implicadas: la familia, la sociedad y los profesionales.

Según la Agencia Europea, *“es necesario realizar el esfuerzo necesario para que los servicios lleguen a las familias y los niños y dar respuestas a sus necesidades. (...) Los profesionales deben iniciar la cooperación y tener una actitud abierta y respetuosa hacia la familia, para entender sus necesidades y expectativas y evitar cualquier conflicto que surja sobre las distintas perspectivas de las necesidades y prioridades, sin imponer sus puntos de vista”*. (Agencia Europea, 2005)

### ***2. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública.***

Es necesario que la Atención Temprana sea un servicio público, universal y gratuito para todos aquellos niños y familias que lo precisen, más allá de su nacionalidad, condición social política y económica. La misma actúa para la prevención y/o evitación de riesgos facilitando así la igualdad de oportunidades en los distintos contextos de la vida social.

Según la Agencia Europea, *“los servicios se costean por los fondos públicos sanitarios, sociales o educativos, o por medio de compañías de seguros y asociaciones sin ánimo de lucro. Estas opciones pueden coexistir e incluso puede haber otras. Además, en un pequeño número de países, también existen los servicios privados- no subvencionados por fondos públicos ni privados y que son costeados totalmente por las familias”*. (Agencia Europea, 2005)

### ***3. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional.***

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.

Por lo tanto, según la Agencia Europea, *“los profesionales, para conseguir un trabajo en equipo cooperativo, deben realizar algún tipo de formación común, añadiéndolo al conocimiento adquirido durante su formación inicial”* (Agencia Europea, 2005).

### ***4. Coordinación.***

Corresponde a los servicios de Atención Temprana promover el trabajo en redes locales organizadas, que se complementen y utilicen los recursos humanos y económicos óptimamente, facilitando así, la calidad de vida del niño, la familia y comunidad.

Por ello, la Agencia Europea (2005) afirma: *“los equipos y/o profesionales de Atención Temprana (...) necesitan compartir principios, objetivos y estrategias de trabajo. Deben integrarse y coordinarse los diferentes enfoques, reforzando el comprensivo y holístico, más que uno compartamentalizado. (...)”*.

### ***5. Descentralización.***

Existe la necesidad de limitar el campo de actuación, garantizando de esta manera un equilibrio entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, calidad y funcionalidad de los equipos y volumen suficiente de la demanda; para facilitar la inclusión de los servicios sanitarios, educativos y sociales en el área en la que el niño desarrolla su vida.

## **6. Sectorización.**

La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

## **2. OBJETIVOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.**

El objetivo general de la Atención Temprana consiste en ayudar al niño y a su familia a encontrar nuevas formas de adaptación o compensación del déficit o de sus dificultades, que le permitan conseguir en el ámbito cognitivo, una estructuración coherente del mundo físico y alcanzar, en el aspecto emocional, un desarrollo armónico de la personalidad.

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 bio-psico-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”*. (Libro Blanco, 2000)

También, partiendo de éste objetivo general se desglosan seis específicos que según este mismo documento guían la práctica de la Atención Temprana:

- 1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.*
- 2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.*
- 3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.*

4. *Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.*
5. *Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.*
6. *Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.*

(GAT, 2000)

En síntesis, hay dos objetivos básicos:

- Favorecer, desde el nacimiento, el desarrollo de todo el niño en riesgo o con dificultades.
- Dar soporte a las familias desde el momento de la detección del déficit, presentándole una atención individualizada.

Por lo tanto, partiendo de estos objetivos podemos decir que es indispensable intervenir en edades tempranas, para detectar y/o prevenir alteraciones o deficiencias que se puedan presentar, para desarrollar el máximo de capacidades y habilidades en el niño. Además se debe aprovechar la plasticidad cerebral en estos primeros años de vida para reducir los riesgos de una lesión o minusvalía, y compensar el desarrollo del niño para que este sea lo más normal posible.

Así mismo, es necesario plantear programas de sensibilización para eliminar barreras arquitectónicas y atender de manera adecuada las necesidades especiales. Sin olvidar que el centro de acción es el niño pero sin dejar de lado el contexto familiar y el entorno en donde se desenvuelve.

### **3. NIVELES DE INTERVENCIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.**

Antes de comenzar, podemos decir que del modelo biopsicosocial de la Atención Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Por lo tanto, los centros y servicios de Atención Temprana deberán realizar sus actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social. De manera esquemática podemos diferenciar tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración.

- **Prevención primaria en salud:**

Corresponden a la prevención primaria las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Son medidas de carácter universal con vocación de llegar a toda la población. Comprende derechos como la asistencia sanitaria, el permiso por maternidad o situaciones de acogida o adopción. Los Derechos que genera la reciente Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral (BOE 6 de Noviembre de 1999) también pueden incluirse es este nivel.

A la Atención Temprana, en este nivel, le corresponde identificar y señalar, ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de normas o derechos universales en el ámbito de la promoción y protección del desarrollo infantil. La propia universalización gratuidad y precocidad de la Atención Temprana que en este documento se reclaman sería una medida muy trascendente de prevención primaria.

- **Prevención secundaria en salud:**

La prevención secundaria se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos, o situaciones de riesgo. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo, como los niños prematuros de menos de 32 semanas o de menos de 1500 gr., las unidades familiares con embarazos de adolescentes menores de 18 años, en riesgo de disfunción relacional; las unidades familiares con embarazos a partir de los 35 años, con riesgo de cromosomopatías; los niños con tetraplejías espásticas y riesgo de luxación de cadera.

La investigación epidemiológica nos permite identificar a los colectivos de riesgo que serán objeto de una atención especial que incluya un sistema de alerta social, como son las campañas de sensibilización de los profesionales de las distintas redes y de la propia sociedad para su detección precoz, así como unos protocolos de actuación para cada uno de los colectivos incluidos en dichos programas. En la mayoría de estos protocolos, especialmente cuando los factores de riesgo se relacionen directamente con el desarrollo, será necesaria la participación e intervención de los servicios de Atención Temprana.

- **Prevención terciaria en salud:**

La prevención terciaria se corresponde con las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial. Ejemplos de estas situaciones son el nacimiento de un hijo con discapacidad o la aparición de un trastorno en el desarrollo. La instrumentación social para evitar que esta crisis profundice e impulsar soluciones es precisamente tarea del servicio de Atención Temprana, en el que recae la máxima responsabilidad de activar un proceso de reorganización trabajando con el niño, con la familia y con el entorno en el que vive. En ocasiones se puede lograr un nuevo equilibrio de forma más o menos rápida, pero en otras se pueden precisar períodos muy

largos de tiempo para su superación, al verse afectados proyectos familiares y personales, al limitarse las posibilidades de movilidad, de comunicación y de autonomía de un miembro de la familia. La complejidad de estas situaciones hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario.

#### **4. PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.**

En este punto señalaremos los diferentes escenarios en los que se desarrolla la Atención Temprana para destacar el elenco de profesionales que van, o han de ir de la mano durante todo el proceso de atención temprana. De hecho, la Atención Temprana es en la práctica un proceso, en el que cada servicio (sanitario, social y educativo) ha de participar y colaborar indefectiblemente si se pretende atender a la globalidad del niño. A continuación, explicaremos cada uno de los ámbitos de actuación:

- **Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana:**

Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) serán aquellos servicios de carácter interdisciplinar destinados a la población comprendida entre los cero y seis años que presentan alguna alteración o disfunción en su desarrollo o riesgo a padecerla. Trabajan en la elaboración de programas con otras instituciones, asociaciones y profesionales sobre los aspectos relacionados con el desarrollo infantil.

El equipo de los CDIAT es un equipo multiprofesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística y está constituido por especialistas de Atención Temprana procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social.

Las funciones de estos Centros incluyen las labores de sensibilización, prevención y detección. Además, uno de los puntos clave a la hora de detectar Trastornos de Desarrollo es la coordinación que se hace de los CDIAT. Normalmente la coordinación con el resto de ámbitos suelen seguirla los profesionales que dentro del CDIAT tienen más afinidad con

dicho ámbito, para ello debemos tener en cuenta que estos centros disponen del mismo personal que los Equipos de Atención Temprana.

▪ **Servicios Sanitarios:**

Dentro de los Servicios Sanitarios podemos destacar:

- Los Servicios de Obstétrica: Estos servicios se encargan de la prevención primaria y su actuación se concreta en la detección y diagnóstico de factores de riesgo previos al embarazo, durante el embarazo y en el momento del parto y la adopción de las medidas pertinentes.
- Los Servicios de Neonatología: Estos servicios se encargan de la prevención primaria en el entorno perinatal, pero también realizan una importante labor de prevención secundaria mediante la detección y el diagnóstico de condiciones patológicas asociadas a trastornos en el desarrollo.
- Las Unidades de Seguimiento Madurativo o de Desarrollo: Actualmente se trata de un servicio, vinculado a los servicios de Neonatología y Neuropediatría, que ofrece un programa de seguimiento para aquellos niños considerados de riesgo.
- Pediatría en Atención Primaria: El pediatra es el profesional más visitado en las edades tempranas, cumpliendo una importante labor de prevención primaria. Esta tarea se materializa con los controles de salud del Programa de Niño Sano.
- Servicios de Neuropediatría: El neuropediatra es el encargado de realizar el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo especialmente en aquellos procesos de base orgánica. La disponibilidad de acceso a los diferentes exámenes complementarios desde el medio hospitalario, permite una coordinación con los diferentes servicios y ámbitos así como la elaboración del diagnóstico.

- Servicios de Rehabilitación Infantil: Lo más destacado de estos servicios es la creación de servicios de fisioterapia en los centros de salud primaria y el área ortoprotésica.
- Servicios de Salud Mental: Estos servicios se encargan de la intervención individual y de la intervención con la familia, además de colaborar con otros servicios y programas preventivos.
- Otras especialidades médicas: Existen otros servicios que ofrecen una ayuda inestimable de cara al diagnóstico y a la atención terapéutica, y son principalmente: oftalmología, otorrinolaringología, Cirugía Ortopédica, Radiología, Neurofisiología, Bioquímica y Genética.

▪ **Servicios Sociales:**

Los Servicios Sociales tienen una función y una responsabilidad clara tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención. Estos servicios intervienen en todos y en cada uno de los niveles de atención primaria, promoción del bienestar social de las familias, programas de prevención, programas de intervención temprana en el ámbito psicosocial, diagnóstico e intervención social en el grupo de Atención Temprana.

Dentro de los recursos que tienen los servicios sociales nos encontramos dos:

- Centros Base: Son dependientes de servicios sociales y el trabajo que realizan es; detección del niño, acogida del niño y su familia, valoración del caso, realización del diagnóstico e indicar el tratamiento. También son los encargados de conceder el porcentaje de minusvalía (33%).
- Centros de Atención Temprana: Se trata de centros de carácter autónomo, pero subvencionados, que desarrollan la labor propia de

atención/intervención terapéutica a la población de entre 0-6 años con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.

▪ **Servicios Educativos:**

Las escuelas infantiles se convierten en un lugar privilegiado desde donde realizar una tarea de prevención de posibles retrasos en el desarrollo. Además, la detección de las posibles necesidades educativas especiales de los niños durante la etapa infantil es una de las funciones que deben realizar los profesores de aula, en colaboración con los equipos psicopedagógicos.

---

**CAPÍTULO 3:**  
**LEGISLACIÓN DE ATENCIÓN**  
**TEMPRANA**

---

## 1. NORMATIVA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA.

Este apartado he podido elaborarlo gracias a una serie de trabajos de recopilación que son: el capítulo sobre Atención Temprana, de José María Alonso Seco, en el documento “Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años” del Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con Minusvalía y por último, de Jesús Sebastián (Zaragoza) y del “Manual de Buenas Prácticas de Atención Temprana”.

La legislación en Atención Temprana la podemos enmarcar dentro de la que existe sobre Educación Especial, y a partir de ahí ha ido encontrando un camino propio. A continuación, señalaremos las diferentes normas jurídicas que se establecen a nivel internacional, nacional y en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

### 1.1. Normas internacionales.

- Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959). La Declaración de los Derechos del Niño, proclamada por la ONU el 20 de Noviembre de 1959. Establece en el principio V que: *“el niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiera en su caso particular”*.
- En la XXIX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Mayo de 1976, se adoptó la Resolución 29.35, mediante la cual se aprueba la publicación de la “Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud” (OMS), donde se establecen las definiciones de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.
- Carta Social Europea. Ratificada el 29 de Abril de 1980.
- Por Resolución 37/52 de la Asamblea General de NACIONES UNIDAS de 3 de Diciembre de 1982, se aprueba el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidades”, donde se establecen medidas sobre Prevención, Rehabilitación e Igualdad de oportunidades.

- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989). Fue aprobada el 20 de Noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de Noviembre de 1990. Los servicios de Atención Temprana, pueden basarse en los siguientes artículos: 23.1- 2- 3- 4, 24.1- 2, 28.1.
- Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional (1993), aprobado el 29 de Mayo de 1993, por la Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado.

## **1.2. Normas estatales.**

- Constitución Española de 1978. Destacamos los siguientes artículos:
  - Artículo 14: Igualdad ante la Ley (capítulo 2º del título I, derechos y libertades).
  - Artículo 39: Protección a la familia y a la infancia (capítulo 3º, principios rectores de la política social y económica).
  - Artículo 49: Atención a los disminuidos físicos.
- Real Decreto 620/1981, de 5 de Febrero, de régimen unificado de ayudas públicas a discapacitados. (BOE 6-4-81)
- Orden, de 5 de Marzo de 1982, por la que se desarrolla el RD 620/1981. (BOE 8-3-82)
- Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-82)
- Real Decreto 383/1984, de 1 de Febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de Abril de integración social de los minusválidos. (BOE 27-2-84).
- Ley 39/ 1999, de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE, 6-11-1999)

Dentro del **ámbito sanitario**, podemos destacar las siguientes leyes:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE 29-4-86)
- Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (BOE 10-2-95)
- Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 23 de Julio de 1999, por la que se modifica la Orden de 18 de Enero de 1996 de desarrollo del RD 63/1995, de 20 de Enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica. (BOE 5-8-99)

Dentro del **ámbito de los Servicios Sociales**, podemos destacar la siguiente Ley:

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de protección jurídica del menor; de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE 17- 1- 96)

Dentro del **ámbito educativo**, podemos destacar la siguiente Leyes:

- Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. (BOE 16-3-85) Modificaciones en el Real Decreto 696/1995 de 28 de Abril.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). (BOE de 4 de Octubre). Aporta modificaciones: Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre (BOE 21-11-95); Ley 13/1996, de 30 de diciembre (BOE 31- 12-96); Ley 66/1997, de 30 de diciembre (BOE 31-12-97); Ley 50/1998, de 30 de diciembre, (BOE 31-12-98)
- Real Decreto 1333/1991, de 6 de Septiembre, por el que se establece el currículum de educación infantil. (BOE 9-9-91)

- Orden, de 9 de Diciembre de 1992, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se regulan la estructura y funciones de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica. (BOE 18-12-92)
- Real Decreto 696/1995, de 28 de Abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. (BOE 2-6-95) Este Real Decreto está derogado, según ADIDE.

### 1.3. Normativa en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Dentro del **ámbito sanitario**, podemos destacar las siguientes Leyes:

- Decreto 101/1995, de 18 de Abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento. (BOJA 17-5-95). En el artículo 3, se establece como uno de los derechos del recién nacido hospitalizado el tratamiento de estimulación precoz.
- Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía. (BOJA 4-7-98)
- Decreto 195/1998, de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica. (BOJA 3-11- 98)

Dentro de la **infancia**, podemos destacar la siguiente Ley:

- Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los derechos y la atención al menor. (BOJA 12-5-98).

Dentro del **ámbito educativo**, podemos destacar las siguientes Leyes:

- Orden del 25-7- 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía. (BOJA 22-8-2008).
- Decreto 167/2003, de 17 de Junio, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas. (BOJA 23-6-2003)

---

**CAPÍTULO 4:**  
**LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA**  
**ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL**

---

## **1. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESTA ETAPA.**

Todos sabemos que la Educación Infantil es el tramo de enseñanza, que comprende la etapa 0-6 años de nuestro Sistema Educativo, cuya finalidad consiste en aprovechar al máximo las posibilidades de desarrollo del niño, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa, y dotar a los niños de las competencias, destrezas, hábitos y actitudes que pueden facilitar su posterior adaptación a la Educación Primaria. Además, he de señalar que coincide con la Atención Temprana en la población objeto a atender, en cuyas semejanzas profundizaremos más adelante.

En esta etapa se considera imprescindible garantizar una educación de calidad, que ayude a mejorar las desventajas, ya sean físicas o sociales, que se puedan establecer en estas edades. Por ello, la educación infantil es una etapa perfecta para compensar las desigualdades no sólo de tipo económico y social, sino madurativas y evolutivas en los niños de estas edades, lo que hace que el uso de los recursos de la Atención Temprana sea un marco inmejorable para trabajar conjuntamente de manera que sirva como medio preventivo y rehabilitador en esta etapa para los niños con deficiencias o riesgo de padecerlas.

Por este motivo, cuando un niño o niña asiste a la escuela infantil, los maestros y educadores de la misma constituyen un importante agente de detección. En esta etapa pueden apreciarse problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades atencionales y perceptivas y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas.

De hecho, las condiciones de la Escuela Infantil y las interacciones que se producen en el contexto escolar, diferentes a las del medio familiar, permiten, en la mayoría de los casos, poner de manifiesto la presencia de desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar fácilmente inadvertidas a los padres y también al personal sanitario y no son detectadas hasta que el niño accede al contexto educativo.

Cuando el educador o maestro detecta la posible presencia de un trastorno, comunicará su inquietud a la familia y a partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deberían establecer pautas de observación y actuación coordinadas, así como la derivación y consultas oportunas al pediatra del niño o niña y al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para poder establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada.

Para finalizar, destacar que la Educación Infantil reviste una especial trascendencia ya que los primeros años de vida son determinantes para un desarrollo físico y psicológico armonioso del niño, así como para la formación de las dificultades intelectuales y el desarrollo de la personalidad. La educación a estas edades tiene un marcado carácter preventivo y compensador, debido a la importancia que tiene la intervención temprana para evitar problemas en el desarrollo, en la población en general y especialmente, en aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales.

## **2. LA ESCUELA INFANTIL Y LA ATENCIÓN TEMPRANA.**

La Educación Infantil y la Atención Temprana comparten muchas características que legitiman el valor de la escuela infantil como marco privilegiado para la atención a todos los niños y máxime para aquellos con dificultades en su desarrollo.

Desde un planteamiento globalizador e integrador, la escuela infantil se convierte en el contexto idóneo para atender las necesidades especiales derivadas de una dificultad o alteración en el desarrollo. La esencia de este planteamiento reside en una máxima que, aunque resulte evidente, hoy día sigue sin ser asumida por el conjunto de la sociedad: los niños y las personas con dificultades en su desarrollo viven y van a tener que vivir en un contexto que, en términos absolutos, “es el mismo para todos”.

Según Sánchez Sainz (1990), la Educación Infantil surge con una doble vertiente: social y compensatoria. Y es precisamente dentro de esta doble vertiente, la que hace necesario que la Educación Infantil sirva para compensar cualquier desigualdad, y no sólo de tipo social, sino como ayuda para aquellos niños que tengan o estén en riesgo de padecer algún tipo de deficiencia. Previamente, vamos a señalar algunas coincidencias entre ambas:

- La Atención Temprana supone la educación sistemática de la primera y segunda infancia y permite dar la respuesta adecuada a las necesidades educativas de cada niño desde el mismo momento de su nacimiento.
- La Educación Infantil y la Atención Temprana se erigen como principal mecanismo de compensación de desigualdades.
- En este sentido, la Escuela Infantil, con sus recursos internos y con los servicios de apoyo, se constituye como el contexto más idóneo para todo el proceso de Atención Temprana: atención directa al niño, prevención de los efectos secundarios de una alteración en el desarrollo, coordinación de los tratamientos que reciben los niños entre sus profesores y otros profesionales (logopeda, psicomotricista, rehabilitador, profesor de apoyo, etc.).

### **2.1.- Relación y analogía.**

El interés del sistema educativo por la Atención Temprana es cada vez más evidente. Los primeros años de la vida de un niño tienen una importancia vital para su desarrollo normal y un posterior rendimiento en la escuela. Desde este punto de vista, la precocidad, la calidad y la importancia del trabajo realizado en los primeros años de vida de un niño con desarrollo normal o con discapacidad, afectarán a las medidas educativas que habrá que tomar con posterioridad.

Es importante resaltar que la Atención Temprana es una acción preventiva mucho más efectiva que las medidas de rehabilitación que después puedan ser necesarias, y al tener en la Escuela Infantil personal capacitado observando el desarrollo de los niños, estos pueden reconocer desviaciones en el desarrollo y enseguida intervenir evitando consecuencias mayores.

Asimismo, la educación es importante para el desarrollo cognitivo, físico y social del niño. Podemos observar como poco a poco los centros educativos aceptan a niños cada vez más pequeños, y como padres llevan a sus hijos a la escuela infantil ya no solo por que lo necesiten para incorporarse al campo laboral, sino también porque ven los efectos positivos que tiene la educación en

los niños. A continuación, presentamos una serie de semejanzas y aspectos comunes entre la Educación Infantil y la Atención Temprana.

a) Población a la que atienden:

Tanto la Educación Infantil como la Atención Temprana están destinadas a la atención (planificada, intencional y sistemática) de la primera infancia (0-3 años) y la segunda infancia (3-6 años).

b) Objetivos:

En diferentes normativas se ha definido el objetivo de la Educación Infantil como el “*desarrollo de capacidades físicas, intelectuales, afectivas, sociales y morales del niño*”. Estos mismos objetivos también son compartidos por los planteamientos de la Atención Temprana, que, superando el modelo centrado en la discapacidad del niño, se orienta al desarrollo y máximo aprovechamiento de las posibilidades de desarrollo del mismo, en todos los órdenes de su vida: intelectual, físico, afectivo y social.

c) Principios:

La Atención Temprana y la Educación Infantil, además de compartir los principios de universalidad, gratuidad, descentralización y sectorización, también comparten tres principios fundamentales que las convierten en recursos absolutamente análogos: son los principios de globalización, individualización e integración.

Pero el principio más importante, que más va a condicionar la conexión entre la Educación Infantil y la Atención Temprana, es la integración. Este principio implica que todo niño es educable desde su nacimiento y conlleva también que la educación se oriente al desarrollo de capacidades, es decir, que se centre en el desarrollo de todas las posibilidades del niño y no exclusivamente en la deficiencia/discapacidad. Por último, señalar que la integración apela a un derecho inalienable. Por lo tanto, la escuela debe concebirse desde el respeto de las diferencias individuales.

d) Funciones:

Tradicionalmente, tanto la Educación Infantil como la atención a la deficiencia o discapacidad se concebían como tareas fundamentalmente asistenciales. El niño no era educable a esas edades tan tempranas, y menos aún en el caso de niños con deficiencias.

La escuela infantil tenía, exclusivamente una función propedéutica, de preparación en aquellas habilidades necesarias para la fase verdaderamente educativa (educación primaria). Los recursos existentes para atender a niños con deficiencias o no existían, o eran sencillamente asistenciales, movidos por el sentimiento filantrópico de algunas órdenes religiosas y determinados particulares.

En la actualidad, y a medida que la concepción de la infancia ha ido evolucionando hasta los conocimientos de que disponemos hoy en día, as funciones de la Educación Infantil han cambiado muy positivamente y, con ello, también la actitud que se tiene hacia la educación de niños con problemas en su desarrollo. Así, tanto la Educación Infantil y la Atención Temprana comparten las siguientes funciones:

- *Preventiva y compensatoria:* prevenir y, en su caso, compensar las consecuencias negativas derivadas de deficiencias y de entornos socio-culturales de alto riesgo.
- *Educativa:* hablar de educación parece una redundancia pero concebirlo como un principio implica la estimulación, consciente, rigurosa, intencional y planificada de los procesos madurativos y todo ello sin forzar el curso natural del desarrollo.
- *Integradora:* la escuela infantil, desde el optimismo pedagógico, es una de los pocos contextos donde se hace realidad el principio de atención a la diversidad.

e) Principios didácticos y de intervención:

En función de las concepciones que reflejan diferentes manuales y autores, se pueden establecer o delimitar los principios que rigen la didáctica de la Atención Temprana. Tanto la Educación Infantil como la Atención Temprana encuentran una total semejanza en:

- *Principio de actividad:* implica concebir al niño como un sujeto activo de su aprendizaje. La esencia que subyace a este planteamiento es que no hay que perder, en ningún momento, la subjetividad del niño, es decir, no debemos desarrollar actuaciones directivas sin contar con los intereses del niño, incluso con su “presencia física” en determinadas situaciones. Lo contrario implica “materializar” al niño.

- *Principio del juego:* el juego va a estar presente en toda acción, intencional o espontánea, que pongamos en acción. El juego es muy importante, ya que sirve de enganche entre los intereses del niño y los objetivos que se plantea el adulto, de acuerdo siempre con las necesidades del primero.

- *Principio de interés:* este principio implica que toda acción educativa ha de ser significativa, pero tanto para el niño como para el adulto. El adulto simplemente debe decodificar las pautas que el propio niño le proporciona, a la hora de planificar una acción educativa.

- *Principio de globalización:* ya comentado con anterioridad, supone atender de forma global todas las necesidades y facetas del desarrollo del niño.

- *Principio de integración:* ya suficientemente defendido, sólo queda añadir que es el recurso que la Educación pone al servicio de la atención a la diversidad, del reconocimiento de las diferencias individuales y de la igualdad de derechos.

## **2.2.- Necesidades Educativas Especiales en la Escuela Infantil.**

La escuela infantil tiene que prepararse tanto en instalaciones y material, como en personal cualificado para recibir a aquellos niños que presenten algún tipo de necesidad educativa especial.

Debe contar con el apoyo de los equipos de atención temprana que guíen a los profesores de la escuela, de manera que los orienten para conseguir una integración total de estos niños con los demás en todas las actividades que realicen.

Además de los profesores, las escuelas infantiles deben contar con personal de apoyo para los niños con necesidades educativas especiales, profesorado de la especialidad de Educación Especial, Pedagogía Terapéutica, Audición y Lenguaje. La organización de estos apoyos varía de unas escuelas a otras, según las necesidades de los alumnos y la organización escolar, pudiendo llevarse a cabo en el mismo grupo-aula o en agrupamientos específicos con un número reducido de alumnos fuera del aula. En este sentido Medina (1993) afirma que: *“el trabajo realizado por el profesorado de Educación Infantil tiende a alcanzar un planteamiento multidisciplinar, con un eje prioritario de la profesionalización del educador de esta etapa, apoyándose en la didáctica general y en el desarrollo de las áreas específicas, buscando una perspectiva integradora, partiendo del análisis de la práctica de esta etapa”*.

Además, las escuelas han de reunir los recursos materiales adecuados para garantizar una atención educativa de calidad. También hemos de destacar que, los padres son un punto clave para la buena integración de los niños a la escuela infantil. Los profesores y los equipos de atención temprana que atiendan a estos niños deben tener en cuenta a la familia, y mantener una relación abierta y confiada con ellos, así será más fácil conocer al niño y facilitará la integración de este con su nuevo entorno: la escuela infantil.

Dentro de la necesidad de realizar una estimulación en Educación Infantil para compensar las desigualdades, en especial de los niños de riesgo, se enmarca la atención a las necesidades educativas especiales de los niños en esta etapa, quedando reflejados en la L.O.G.S.E., actualmente derogada, dentro su artículo 74.4 sobre la escolarización de los alumnos con NEE que decía: *“Corresponde a las Administraciones educativas para promover la escolarización en la educación infantil del alumnado que presente necesidades educativas especiales y desarrollar programas para su adecuada escolarización en los centros de educación primaria y secundaria obligatoria”*. Asimismo en la L.O.E. en su artículo sobre los principios 71.3 señala que: *“Las Administraciones educativas establecerán los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades educativas específicas de los alumnos y alumnas a las que se refiere el apartado anterior. La atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se regirá por los principios de normalización e inclusión”*. De manera que le corresponde a la Educación Infantil como etapa ser la primera en detectar las alteraciones en el desarrollo de los niños que la sustentan.

Pero no debemos olvidar que, al incorporar a los niños con necesidades educativas especiales a la escuela infantil, no solo se está contribuyendo a un buen desarrollo físico y cognitivo, sino también a normalizar su entorno familiar, ya que los padres tienen tiempo para seguir una vida normal (laboral o social). Por ello a principio de cada curso se hace una valoración para hacer una adecuación curricular individual partiendo del conocimiento tanto del niño como de la familia y de la escuela infantil. Una vez detectadas las necesidades, el profesor dentro del aula debe atender a los niños con necesidades educativas especiales de forma normalizada, pero teniendo siempre en cuenta las limitaciones del niño. Debe conocer el estado en que está el niño, para ello debe tener comunicación con la familia y con el equipo de apoyo. El centro debe facilitar al profesor todo el material necesario para que pueda trabajar con los niños sin limitaciones, también debe capacitarlo periódicamente para atender a estos chicos.

### **2.3.- Coordinación entre la Escuela Infantil y los Equipos de Atención Temprana.**

Según Nieto (1996), los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (E.O.E.P) se dividen en tres tipos según sus funciones. Los Equipos Generales, los Equipos de Atención Temprana y los Equipos Específicos. Pero de todos estos equipos, sólo trabajan en Educación Infantil dos de ellos, que son:

#### *1. Los Equipos de Atención Temprana:*

Su campo de actuación es la Educación Infantil y le corresponde identificar las situaciones y circunstancias de riesgo o desventaja, anticiparse a la aparición de problemas, detectarlos en sus inicios y facilitar la intervención adecuada.

El objetivo de estos equipos es mejorar las condiciones educativas de los centros que escolarizan niños y niñas con NEE, asociadas a casuísticas personales de discapacidad o situaciones sociales desfavorecidas en la etapa de 0 a 6 años.

Entre sus funciones, podemos destacar; la prevención y colaboración con los centros de Educación Infantil y sus equipos docentes, intervenir directamente con los alumnos con NEE o en situación de desventaja y apoyo a las familias, colaborar con los organismos e instituciones que prestan atención a la infancia, evaluar necesidades y facilitar su escolarización y elaborar y difundir materiales e instrumentos psicopedagógicos.

Para finalizar, hemos de destacar que estos equipos están compuestos por un médico, un psicólogo, un pedagogo, un trabajador social y un maestro de audición y lenguaje.

## *2. Los Equipos Específicos:*

Estos equipos comparten la misma finalidad que el resto de EOEPs que es contribuir a la mejora de la calidad de enseñanza. Se diferencia de los otros en que su marco de actuación es más amplio, siendo únicos para toda la provincia y todas las etapas educativas.

Su objetivo es prestar servicios cualificados a alumnos con deficiencias auditivas, visuales, motoras y alteraciones graves del desarrollo. Y entre sus funciones, destacan: el conocimiento actualizado de los recursos disponibles, la colaboración y el consenso generalizado de sus actuaciones, el intercambio de experiencias y la evaluación y el diagnóstico muy específico.

Es importante que exista una coordinación con la Escuela Infantil, ya que los Equipos de Atención Temprana atienden a los niños con N.E.E. y en la escuela infantil estos niños pueden desarrollar al máximo sus capacidades. Por medio de esta coordinación pueden colaborar en la elaboración de programas, currículo, compartir información sobre el niño, sus necesidades, localizando posibles anomalías en su desarrollo y derivándolo donde fuera necesario. También entre los dos orientarán a la familia dándoles a conocer todo lo referente a la evolución del desarrollo de su hijo y apoyándoles en sus necesidades.

### 3. CONCLUSIONES.

La educación infantil debe ser un servicio cualificado a la primera infancia, para los alumnos que presenten Necesidades Educativas Especiales, de forma que pase de concebirse como una opción asistencial y de protección, a ser una acción educativa y generalizada como se refleja en la Legislación, de manera que se apoye y facilite el proceso de integración de estos niños con Necesidades Educativas.

Todas las iniciativas legales van señalando la necesidad de compensar las desigualdades sociales con un modelo preventivo de posibles alteraciones en el desarrollo, ya que se sigue internacionalmente (Soriano, 1997).

Por lo que, la Atención Temprana y la Educación Infantil deben aparecer como una responsabilidad asumida por la Administración Educativa y garantizada desde el mismo momento en que se detecta la presencia de una deficiencia, de manera que coincidimos plenamente con Gútiérrez en que: *“Un fracaso en estas etapas supone un factor determinante en la aparición del fracaso escolar”*. De manera que, *“La escuela infantil debe configurarse como una oferta educativa generalizada para la población comprendida entre los cero y los seis años, dirigida a lograr el crecimiento y la optimización del desarrollo de los niños durante esa etapa”*. (Gútiérrez, 1995)

De hecho, una de las ventajas de los programas de Atención Temprana en el marco de la Educación Infantil es que suponen una prevención ante la eventual aparición de secuelas en niños con alteraciones o riesgo de padecerlas, además pueden atender múltiples necesidades, permiten realizar una educación compensatoria, facilitan la integración y plantean las necesidades y problemas de los niños desde un encuadre educativo y no asistencial y/o rehabilitador.

La legitimidad de la conexión entre la Educación Infantil y la Atención Temprana es que se produce una atención globalizada, favorece la integración, facilita las posibilidades de mejorar la calidad de vida de los niños, enriquece y mejora el sistema educativo.

La Escuela infantil es el escenario privilegiado para la prevención y compensación de desigualdades, en el marco de la atención a niños con deficiencias/discapacidades o riesgo de padecerlas. El papel protagonista del Maestro de Educación Infantil en el proceso de Atención Temprana como prevención de desigualdades o de consecuencias negativas por las mismas, detección Temprana de signos de alarma, intervención de carácter psicopedagógica y relación con los padres.

La Educación Infantil es la institución y el recurso más adecuado para atender a los niños con alteraciones en el desarrollo o con riesgo de padecerlas. La escuela infantil puede responder a las necesidades de todos los niños en el marco de un contexto absolutamente normalizado. Como punto de reflexión final debemos destacar que toda inversión hecha sobre la educación y la habilitación de las personas con discapacidad durante los primeros años de vida y en las etapas escolares y formativas, evita gran parte de las inversiones posteriores en otras etapas escolares y formativas, evita gran parte de las inversiones posteriores en otras etapas de la vida adulta, que siempre conllevan un mayor coste personal y social, con un resultado final sensiblemente inferior que no se corresponde con el esfuerzo realizado. (CERMI 2002)

---

**CAPÍTULO 5:**  
**LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ALGUNAS DE LAS**  
**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN LA ESCUELA**

---

## **1. ATENCIÓN TEMPRANA EN ALUMNOS CON DEFICIENCIA VISUAL.**

Aunque el número de niños ciegos y deficientes visuales graves, de entre 0 y 4 años, es relativamente pequeño, resulta difícil su descripción. Pues forman un grupo muy heterogéneo. Mientras que algunos niños llegan a aprender fundamentalmente a través de la vista, consiguiendo leer con los ojos, otros, aunque pueden desenvolverse en el espacio y utilizar su resto visual para moverse, deben utilizar el oído y el tacto para los aprendizajes; finalmente, unos pocos carecen de visión útil tanto para fines de movilidad como educativos.

Pero para poder llevar a cabo con eficacia una intervención es necesario conocer cuáles son los objetivos básicos en el desarrollo de estos niños (*Anexo I*).

### **1.1. Atención temprana a niños con deficiencias asociadas a la ceguera.**

Cuando hablamos de niños con deficiencias asociadas a la ceguera o plurideficiencias, estamos abarcando a todos aquellos que presentan, además de un déficit visual total o parcial, otro tipo de alteraciones, ya sean motrices, intelectuales, sensoriales y/o de personalidad.

En la mayoría de los casos, el déficit concurrente con la ceguera es el mental. Este déficit difícilmente puede ser compensado sin el concurso de la visión, por lo que las dificultades para el niño crecen en progresión geométrica. Nielson (1979) señala algunos aspectos que se han de tener en cuenta para el establecimiento de conexiones entre la experiencia y las sensaciones registradas por los sentidos:

- La importancia que tiene hacer participar al niño en todas las actividades que producen ruido y que se realizan a lo largo del día en situaciones cotidianas (abrir y cerrar puertas, arrastrar una silla, etc.) al mismo tiempo que se habla y se le cuenta lo que se está haciendo junto a él.
- Las experiencias que obtiene y la habilidad lograda en la situación de juego deben aplicarse a las situaciones diarias del cuidado personal, comida, baño y vestido.

- Hay que estimular sus capacidades en todas las áreas del desarrollo, poniéndolas en relación con otras y permitiendo que el niño pueda experimentar todas las relaciones posibles y pueda conectarlas por asociación, algo muy difícil para un niño ciego deficiente mental.
- Debemos despertar en ellos el deseo de imitar algo de vital importancia para la adquisición de experiencias y conocimientos.
- Una vez que el niño pueda sujetar un objeto con sus manos, debemos permitirle que sea él quien lo coja, dirigiéndole su mano y haciendo que lo palpe. El coger los objetos dirigiendo la mano al sonido sólo lo logrará, en el caso de que alcance “la permanencia de objeto”.
- Debemos insistir en el movimiento de las manos.
- Cuando un niño no pueda mantener sentado, sólo tenemos que prestarle todos los días, y durante algún tiempo, el apoyo necesario para permanecer en esta postura, permitiéndole así desarrollar habilidades ya adquiridas y, poco a poco, adquirir otras nuevas.
- También es importante trabajar los esquemas de movimiento (sinestesia). Dado que no pueden imitar los movimientos, habrá que hacerlos con él repetidas veces, hasta que pueda hacerlo solo.

## **1.2. Atención temprana en niños de baja visión.**

A veces, la falta de reacción a los estímulos visuales durante las primeras semanas, e incluso meses de vida, es lo que va a impedir que el niño fije su mirada y siga los objetos. Sin embargo, con una adecuada estimulación, otra zona de la retina podría asumir, al menos en parte, estas funciones y evitar que la falta de visión inhiba el desarrollo estructural y funcional de la retina y nervio óptico durante el primer año de vida.

En la adquisición de las distintas habilidades funcionales de la visión tienen una gran importancia los siguientes factores:

- La motivación, muy relacionada con los sentimientos y actitudes psicológicas de los padres.
- La capacidad cognitiva, cuyo techo en cada momento lo será también de la percepción.
- Las oportunidades de ver que se le ofrezcan.

En este sentido Barraga y Morís (1983) nos ofrecen algunas sugerencias que pueden ser útiles y que resumimos a continuación:

- Cuando e bebé o el niño mira la luz o pestaña frente a una luz brillante, es porque existe algún tipo de visión (aunque el bebé haya sido diagnosticado como “ciego”).
- Mientras el bebé está despierto y sus ojos abiertos, aunque sea por pocos segundos, o cuando gira la cabeza hacia la luz, se le debe acercar a sus ojos toda clase de objetos que reflejen la luz.
- Colgarle alrededor de la cuna objetos brillantes. Los colores más visibles son el blanco y negro y colores mezclados.
- Mover lentamente los objetos de atrás hacia delante, para provocar el seguimiento con los ojos.
- Cuando el bebé comience a moverse, ayudarle a alcanzar cosas, a que gatee y vaya hacia los objetos.
- Cuando se pueda parar, la estimulación táctil, combinada con la visual, motiva para moverse hacia algo.
- Proporcionar al niño gran libertad para moverse, explorar y mirar y tocar simultáneamente.
- Estimular la exploración en lugares abiertos, parques, plazas, patios de juego. (Los golpes y moratones son parte de la vida de todo niño, incluidos ellos)

- Llamar constantemente la atención sobre cosas interesantes.
- Hacerle ver láminas y dibujos de cosas conocidas. Acercárselas a los ojos para motivarlo a que mire.
- Permitir caídas comunes a causa del mal cálculo de distancias o por no haber visto un objeto.
- Enseñar al niño que hay cosas que ver y cómo hacer para verlas. Para el niño con baja visión, el mirar es necesario para que pueda llenar su cerebro con memorias visuales.
- Los adultos se deben acercar al niño y establecer el contacto visual.
- Los padres suelen desear, que su niño parezca normal y, sin advertirlo, dejan de lado el acercarle las cosas, porque puede parecer diferente y provocar a veces preguntas molestas.

### **1.3. La incorporación del niño ciego a la escuela.**

El trabajo en Atención Temprana no quedaría completo si no facilitáramos, llegado el momento adecuado, la incorporación del niño a una vida social más amplia que la que le ofrece el núcleo familiar y su terapeuta. Es preciso que el niño sea presentado en sociedad y conozca sus reglas y atienda sus exigencias. Esta función de inserción del niño en la sociedad se hace a través de la Escuela, la cual, a su vez, tiene la misión de prepararle para su compromiso futuro con ella.

A continuación, señalaré los principales criterios que han de tenerse en cuenta a la hora de decidir el momento de incorporación del niño ciego en la escuela. Estos criterios son los siguientes:

- 1) Haber logrado la deambulación y un cierto desarrollo manipulativo. Como consecuencia del déficit visual, el desarrollo psicomotor del niño puede verse afectado. Esto es debido en buena medida a la falta de motivación, ya que no hay nada en el mundo exterior que le invite a mirar y, posteriormente, a querer alcanzar.

2) Poder efectuar demandas mediante el lenguaje y ser, por tanto, capaz de presentar. Es la forma lo verdaderamente distintivo de los objetos, forma que, al igual que lo hace la vista, también el tacto puede percibir. El universo del tacto sólo abarca la extensión de los brazos, por lo que difícilmente pueden entrar en este espacio todos los objetos de la vida percibe y menos aún establecer las relaciones espaciales que existen entre ellos.

Es preciso el concurso del lenguaje, por su valor de representación, tal como señalan abundantes estudios, concurso que, al menos en el caso de las personas ciegas, actúa como organizador del pensamiento. Es notorio que gracias al lenguaje las personas ciegas pueden alcanzar la mayoría de los conocimientos, a los que no hay que confundir con las experiencias visuales. Con la aparición del lenguaje, comenzará a confeccionar los primeros “mapas espaciales”.

3) Haber alcanzado la permanencia de objeto afectivo. Para el niño ciego, la madre es un principio, el único referente claro del mundo exterior. Una ruptura del vínculo con la madre, realizada antes de tiempo, pondrá al niño en una tremenda angustia y un profundo miedo, que le van a impedir seguir avanzando en su desarrollo como persona.

## **2. ATENCIÓN TEMPRANA EN ALUMNOS CON DEFICIENCIA AUDITIVA.**

Antes de comenzar y aunque parezca una obviedad, todos los niños sordos no son iguales, ya que no todos tienen la misma pérdida auditiva, ni se han detectado con la misma precocidad y algunos tienen deficiencias asociadas y otros carecen de ellas. Pero para todos ellos, los primeros años de vida son los más decisivos.

El problema que puede llegar a tener un niño sordo está condicionado por el nivel de lenguaje en el momento de aparición de la sordera, por lo que el desarrollo de un niño con el lenguaje oral y/o escrito es diferente al desarrollo de un niño que es sordo de nacimiento. A continuación, distinguiremos entre los niños con sordera congénita y los de sordera adquirida:

- Los niños con sordera congénita son niños con una gran dificultad de comunicación con el exterior ya que carecen de lenguaje. Estos niños también tienen más dificultades para relacionarse con los demás e interactuar con el medio. Pero, a pesar de esta deficiencia, el niño sordo estimulándolo correctamente es capaz de desarrollar un nivel de inteligencia normal.
- En el caso de los niños con sordera adquirida, los trastornos varían en función de si ha ocurrido antes de aprender a hablar y/o escrito o después. Si no hay lenguaje en el momento de aparición, la situación es parecida a la de los niños con sordera congénita y si hay lenguaje en el momento de la aparición de la sordera, la dificultad para el desarrollo es motor.

Por todo ello, el diagnóstico precoz y la aplicación de un tratamiento adecuado son decisivos.

### **2.1. Estimulación temprana para niños con deficiencia auditiva.**

En este ámbito, somos conscientes de que la atención especializada de 0-3 años es imprescindible y no admite retrasos, ya que es en este período cuando se sientan las bases del desarrollo comunicativo y la adquisición del lenguaje. Por lo tanto, la demora en el tratamiento del niño sordo afectará negativamente a su madurez neurológica y cognitiva así como a su desarrollo global.

A continuación, explicamos las áreas en las que debemos intervenir, dentro de este campo, con estos niños/as:

- Estimular su audición:
  - Partir de las realidades sonoras de la vida cotidiana.
  - Aprender a relacionar causa-efecto y a oír como base para la comprensión de diferentes contextos.
  - Enseñarle a codificar el origen del estímulo para luego poder relacionarlo.

- Juegos de atender y esperar (debe realizar algo en función de un sonido que produzca el adulto).
- Los sonidos que se utilicen pueden ser: largos- cortos, muchos-pocos y fuertes- flojos.
- Oír y escuchar lo que pasa en la vida e identificar sonidos.
- Estimular su voz:
  - El niño debe sentir nuestra voz, que debe llegarle de forma nítida y bien diferenciada del silencio.
  - Mantener la voz natural de los bebés y hacerla evolucionar para cuando sean capaces de sus primeras emisiones.
  - Interacciones corporales.
  - Aprender a hablar es un proceso largo y complejo.
  - El pre-lenguaje se convierte en comunicación si se comprenden las demandas.
  - Estimular todas las entidades sensoriales.
  - Que descubran que pueden ser productores de sonido.
  - Ayudarles para pedir o dirigir la atención de los demás.
  - Facilitar la imitación de juegos vocálicos en situaciones comunicativas.
  - Entrenamiento específico dirigido a la producción de palabras.
  - Producción de palabras y frases usando diferentes contornos prosódicos.

- Estimular sus habilidades motoras básicas:
  - Ejercitar músculos empleados en el habla: en la alimentación hacer que beban en vaso y pajitas; en la conciencia oral debemos dejar que chupe o ponga caras en el espejo; ejercicios de praxias burofaciales e inspirar y espirar correctamente con diversos animales.
  - Animar acciones motoras con su cuerpo por medio de canciones.
  - Uso de la mímica de forma natural.
- Estimular sus habilidades visuales:
  - Propiciar la atención selectiva a estímulos visuales y en especial a los sociales.
  - Fortalecer el seguimiento ocular y el contacto visual.
  - Fomentar la atención conjunta. Que mire a donde tú miras.
- Estimular sus habilidades auditivas:
  - Atención al habla.
  - Localización e identificación de sonidos.
  - Habilidades de escucha.
- Estimular sus habilidades sociales y comunicativas:
  - Fortalecer las relaciones con el niño.
  - Favorecer la comunicación no verbal: gestos de anticipación y demanda, gestos sociales y naturales, para pedir y compartir, de afirmación y negación.
  - Prestar especial atención a la forma que tienen de expresar sus emociones y necesidades.

▪ Estimular sus vocalizaciones:

- Hablarle y cantarle desde el nacimiento, atendiendo y reforzando todos los sonidos que produzca el niño.
- Observar donde y cuando emite más sonidos y favorecer esas situaciones.
- Repetir los sonidos que emite.
- Vocalizar por turnos con emisión de sonidos de forma exagerada y con diferentes entonaciones.
- Asociar sonidos vocálicos con rutinas de la vida diaria.
- Juegos y canciones donde se combinen gestos, acciones y sonidos.

Para finalizar, hemos de destacar que para llevar a cabo la estimulación en todos los ámbitos que hemos mencionado anteriormente, queremos facilitaros una serie de actividades que trabajan la estimulación. (*Anexo 2*)

### **3. ATENCIÓN TEMPRANA EN ALUMNOS CON SÍNDROME DE DOWN Y RETRASO MENTAL.**

La estimulación temprana ha demostrado ser el método más adecuado de tratamiento para acelerar el desarrollo de los niños con retraso mental y disminuir el retraso respecto al desarrollo normal.

Los niños con retraso mental y niños con Síndrome de Down, presentan necesidades educativas tales como: ritmo, fatiga rápida de la atención, ausencia de interés, falta de curiosidad, falta de memoria, falta de organización, falta de creatividad, dificultad para adaptarse a problemas nuevos. Esto supondrá dificultad en las áreas de aprendizaje especialmente en la comunicación, la lecto-escritura, las matemáticas y sobre todo las habilidades de socialización y adquisición de hábitos básicos (Candel, 2004).

Para estos niños, destacamos tres principios de intervención educativa:

- Tomar como referente para el proceso de intervención el nivel de desarrollo concreto del alumno. Este principio implica la identificación y valoración de las necesidades educativas del alumno con retraso mental.
- Significatividad y funcionalidad de los aprendizajes. Un conocimiento es funcional cuando se ha aprendido de manera significativa, y se es capaz de activarlo en las circunstancias que los exijan.
- Aprendizaje autónomo. Debe partir de que el alumno es capaz de hacer y aprender por sí mismo.

Cualquier programa educativo que pongamos en marcha va a estar condicionado por las características evolutivas de la deficiencia mental:

- Físicas: equilibrio escaso, locomoción deficitaria, dificultades en coordinación compleja...
- Personales: ansiedad, bajo autocontrol, menor control interno...
- Sociales: retraso evolutivo en el juego, en el ocio, déficit en la organización, déficit lingüístico...

Por tanto, a nivel didáctico, lo que podemos plantear desde edades tempranas será el desarrollo de programas de conductas sociales, habilidades y hábitos de autoestima personal, habilidades de interacción social y de comunicación, habilidades perceptivo motrices, funciones cognitivas básicas, desarrollo de los aprendizajes básicos, etc., teniendo en cuenta una educación individual y la integración en aulas ordinarias, o en centros específicos cuando sea necesario.

#### **4. ATENCIÓN TEMPRANA EN ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MOTORA: PARÁLISIS CEREBRAL.**

Cada distorsión del desarrollo estado motor, con independencia del origen del daño, trae consigo la alteración de factores en el desarrollo global del lactante y el niño de primera infancia.

Los objetivos de la estimulación temprana para estos niños serán entre otros:

- El mejoramiento de las habilidades motoras.
- La estimulación de conductas adecuadas a la edad y ejercitación de actividades.
- El aprendizaje y práctica de diferentes conductas, adecuadas a distintos roles.
- La estructuración de un concepto de sí mismo positivo.
- La estimulación del desarrollo emocional y motivación global.

En resumen, la Atención Temprana debe trabajar la práctica psicomotriz teniendo como objeto de intervención la persona en su totalidad y la adaptación positiva y armónica de ésta a su entorno. Desde este enfoque psicomotriz toda intervención temprana llevada a cabo con estos niños debe siempre unificar continuamente los dos grandes ejes que rigen el desarrollo psicomotor: el eje madurativo, es decir, la organización de su neuromotricidad y el eje psicoafectivo. Esto hace que el primer ámbito de intervención de la Atención Temprana sea la relación entre padres e hijo puesto que sobre ella se apoyará todo el sistema posterior de relaciones del niño con su entorno. También se pretende favorecer la progresiva diferenciación y autonomía, y la formación y desarrollo de su propia identidad. Esto favorece su construcción como sujeto y su relación activa con el medio (García Sánchez, 1999).

Para los niños de espina bífida una estimulación temprana del bebé supondrá que le permita ejercitar las piernas, los pies y los brazos, mejorando las deformaciones presentes y evitando que surjan otras. Esto se consigue primero con la intervención quirúrgica y después con la rehabilitación.

Esta rehabilitación debe incluir la fisioterapia, tratamiento especializado para prevenir las malformaciones que puede provocar la falta de movilidad, con el objetivo de potenciar el desarrollo de habilidades y capacidades para el desplazamiento, conceder autonomía y por tanto mejorar la calidad de vida. Asimismo, la Atención Temprana debe ayudar al niño a que su discapacidad física no suponga un impedimento en su desarrollo socio-emocional.

## **5. ATENCIÓN TEMPRANA EN ALUMNOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA.**

Las necesidades que nos va a plantear el niño con alteraciones de conducta, se van a agrupar en dos aspectos:

- La acomodación de la competencia infantil a las normas sociales.
- La adaptación de las normas sociales a la competencia infantil, producto de una particular socialización.

Las áreas a estimular, según Bowlby (1979) y Martínez Hernández (2000), para fomentar la autoafirmación y la cooperación en este tipo de niños serán:

- 1) Autoafirmación: sentimientos de autoestima, autoconcepto positivo de las propias capacidades, estabilidad emocional, capacidad para imponerse: resistencia, persecución de intereses y necesidades justificados.
- 2) Manejo de las necesidades: aplazamientos de estas, sublimación de las necesidades, tolerancia a la frustración, control de la agresión, tolerancia a la ansiedad.
- 3) Independencia: respeto a los adultos, capacidad de proponerse metas propias y perseguirlas, independencia instrumental, independencia emocional.

- 4) Motivación para la efectividad, curiosidad: iniciativa, actividad, espontaneidad, postura cuestionadora y motivación para el rendimiento.
- 5) Conducta de contacto: necesidad de contacto, aptitud para establecerlo.
- 6) Predisposición y aptitud para la cooperación: percepción social, conciencia de responsabilidad por sí mismo y por otros, planificación conjunta, juegos, expresión de conflictos, posibilidad de patrones sociales como escuchar, negociar y concretar compromisos.



# **ANEXOS**

---

**ANEXO I:**  
**OBJETIVOS BÁSICOS DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS CON  
CEGUERA O CON DEFICIENCIAS VISUALES GRAVES**

---

**Tabla 1. Objetivos básicos del desarrollo de los niños con ceguera o con deficiencias visuales graves <sup>n</sup>.**

**El niño de 0 a 6 meses**

Comunicación, lenguaje y socialización	Comprensión sensoriomotora y cognición	Manipulación y conducta adaptativa a los objetos	Motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial	Hábitos y autonomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se calma con el contacto.</li> <li>• Sonríe y ríe en situaciones adecuadas.</li> <li>• Atiende preferentemente a la voz de la madre.</li> <li>• Vocaliza y emite algún sonido consonántico.</li> <li>• Explora el rostro y el pelo de la madre y/o algunos objetos personales de ésta.</li> <li>• Protesta cuando tiene hambre está incómodo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da señales de respuesta a los estímulos externos.</li> <li>• Presta atención al sonido y busca la fuente.</li> <li>• Vuelve la mano para coger el objeto.</li> <li>• Se muestra atente cuando le hablan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene las manos preferentemente abiertas.</li> <li>• Juega con sus manos y con las del adulto.</li> <li>• Sujeta activamente.</li> <li>• Chupa los objetos.</li> <li>• Agita para obtener sonido.</li> <li>• Recupera un objeto colocado sobre el pecho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la cabeza erguida, tumbado boca abajo y en los brazos del adulto.</li> <li>• Puede colocarse de costado estando tumbado boca arriba.</li> <li>• Tumbado boca arriba se impulsa hacia atrás.</li> <li>• Se mantiene sentado con apoyo.</li> <li>• Juega con sus pies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuelve la cabeza hacia la tetina cuando se le toca la mejilla.</li> <li>• Abre la boca para recibir el alimento.</li> <li>• Se alimenta con cuchara.</li> <li>• Duerme fuera de la habitación de los padres.</li> <li>• Mantiene hábitos regulares de alimentación y sueño.</li> </ul>

n. Fuente: Rosa Lucerga y Elena Gastón, *En los zapatos de los niños ciegos* (Guía de desarrollo de 0 a 3 años), Madrid (2004). Edt. ONCE

El niño de 6 a 12 meses

Comunicación, lenguaje y socialización	Comprensión sensoriomotora y cognición	Manipulación y conducta adaptativa a los objetos	Motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial	Hábitos y autonomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta generalmente las propuestas del adulto.</li> <li>• Reclama y protesta oportunamente.</li> <li>• Hace algún gesto para continuar un juego o actividad.</li> <li>• Establece algunas relaciones diferenciadas con otros miembros de la familia.</li> <li>• Hace extrañamiento.</li> <li>• Tolerancia períodos cortos de espera.</li> <li>• Bisílaba repetitivamente.</li> <li>• Dice no con la cabeza.</li> <li>• Aparecen las primeras palabras con intención comunicativa.</li> <li>• Hace alguna gracia familiar.</li> <li>• Responde diferenciadamente cuando se le llama por su nombre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce sonidos familiares y juguetes propios.</li> <li>• Muestra preferencia por un objeto y lo retiene.</li> <li>• Busca entre sus piernas cuando cae el objeto.</li> <li>• Coge por coordinación oído-mano.</li> <li>• Entiende el “toma”.</li> <li>• Retira un pañuelo de su cara.</li> <li>• Retira una pantalla para encontrar un objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambia el objeto de mano.</li> <li>• Golpea horizontalmente.</li> <li>• Da palmitas.</li> <li>• Saca objetos de un bote de boca ancha.</li> <li>• Aprieta un muñeco de goma blando para obtener el sonido.</li> <li>• Pulsa un botón blandito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza y le gustan los juegos corporales con el adulto.</li> <li>• Se mantiene sentado sin apoyo.</li> <li>• Sentado, hace apoyos laterales cuando se le desequilibra.</li> <li>• Hace rotaciones de boca abajo a boca arriba y viceversa.</li> <li>• Se sienta en una silla baja.</li> <li>• Repta o avanza estando boca abajo.</li> <li>• Se mantiene de rodillas.</li> <li>• Se mantiene de pie con apoyo.</li> <li>• Pasa de tumbado a sentado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclina el biberón y bebe independientemente.</li> <li>• Chupa pan o galletas.</li> <li>• Come sentado en una silla.</li> <li>• Hace algunas conductas de anticipación de situaciones cotidianas.</li> <li>• Se muestra más activo en los hábitos de la vida.</li> </ul>

## El niño de 12 a 18 meses.

Comunicación, lenguaje y socialización	Comprensión sensoriomotora y cognición	Manipulación y conducta adaptativa a los objetos	Motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial	Hábitos y autonomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echa brazos a la madre desde otro adulto.</li> <li>• Dice adiós con un gesto.</li> <li>• Tira besos.</li> <li>• Acepta a otras personas conocidas.</li> <li>• Tiene alguna jerga expresiva imitación.</li> <li>• Dice 2 o 3 palabras con sentido o sonidos consistentes.</li> <li>• Responde a alguna pregunta sencilla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señala tres partes de su cuerpo.</li> <li>• Muestra interés por los objetos.</li> <li>• Entiende el “dame”.</li> <li>• Busca objetos escondidos en diversidad de lugares.</li> <li>• Tira de una cuerda para conseguir un objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explora los objetos.</li> <li>• Destapa un bote redondo.</li> <li>• Saca anillas ensartadas en un palo vertical.</li> <li>• Saca las chinchetas del clavijero.</li> <li>• Mete objetos en una cubeta.</li> <li>• Abre puertas y cajones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantiene en un balancín o en un correpasillos.</li> <li>• Salta sobre una pelota o cama elástica, de las manos del adulto.</li> <li>• Pasa de sentado a de pie.</li> <li>• Se desplaza sentado.</li> <li>• Se desplaza de pie con apoyo.</li> <li>• Camina sujeto a un correpasillos.</li> <li>• Camina de forma independiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma alimentos blandos y semitriturados.</li> <li>• Bebe de una taza o vaso que se le sujeta.</li> <li>• Conoce el plato y la cuchara y sabe para qué sirven.</li> <li>• Colabora en las tareas de vestirse y desvestirse.</li> </ul>

## El niño de 18 a 24 meses

Comunicación, lenguaje y socialización	Comprensión sensoriomotora y cognición	Manipulación y conducta adaptativa a los objetos	Motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial	Hábitos y autonomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta la ansiedad ante la separación.</li> <li>• Soporta pequeñas frustraciones.</li> <li>• Obedece alguna orden sencilla.</li> <li>• Comprende muchas frases familiares y emplea algunas expresiones con intención comunicativa:</li> <li>- Utiliza diferentes entonaciones: pregunta, enfado, pena.</li> <li>- Expresa deseos o demandas de forma verbal.</li> <li>- Dice como mínimo entre 4 y 6 palabras con sentido.</li> <li>- Imita termina algunas palabras.</li> <li>- Puede construir frases de 2 o 3 palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la atención durante periodos de tiempo cortos.</li> <li>• Comprende de prisa/despacio como actividad sensoriomotora.</li> <li>• Comprende arriba/abajo como actividad sensoriomotora.</li> <li>• Inicia el juego del “como si...”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapa un bote redondo.</li> <li>• Mete una bola en un bote con presión digitopalmar.</li> <li>• Ensarta anillas en un palo.</li> <li>• Vuelca el bote para sacar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trepa a un sofá.</li> <li>• Avanza y controla el correpasillos.</li> <li>• Gatea.</li> <li>• Sube escaleras de la mano sin alternar pies.</li> <li>• Lanza la pelota.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se quita los calcetines y zapatos como acción de desvestirse.</li> <li>• Toma alimentos sólidos y variados.</li> <li>• Abandona la alimentación con biberón.</li> <li>• Permanece sin chupete durante el día.</li> <li>• Indica cuando tiene el pañal sucio.</li> </ul>

## El niño de 24 a 30 meses.

Comunicación, lenguaje y socialización	Comprensión sensoriomotora y cognición	Manipulación y conducta adaptativa a los objetos	Motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial	Hábitos y autonomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besa y acerca la cara para que le besen.</li> <li>• Habla por teléfono con familiares.</li> <li>• Muestra conductas oposicionistas</li> <li>• Amplia su vocabulario y emplea frases más complejas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza frases de dos o tres palabras.</li> <li>- Imita e incorpora muchas palabras que oye al adulto.</li> </ul> </li> <li>• Le gusta que le cuenten cuentos.</li> <li>• Se enorgullece de sus éxitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contemple los conceptos lleno/vacío.</li> <li>• Identifica objetos familiares por su uso.</li> <li>• Selecciona un objeto entre tres.</li> <li>• Identifica algunos juguetes realistas.</li> <li>• Generaliza acciones de juego a varios sujetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte plastilina.</li> <li>• Inician tareas de apilar.</li> <li>• Mete objetos pequeños en frascos de boca estrecha.</li> <li>• Coloca chinchetas con una pinza de tres dedos.</li> <li>• Explora un relieve en una superficie bidimensional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desliza por un tobogán.</li> <li>• Se desplaza solo por la casa.</li> <li>• Puede guiarse siguiendo una pared.</li> <li>• Se baja del correpassillos apoyado en un mueble.</li> <li>• Baja escaleras con apoyo.</li> <li>• Chuta apoyándose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenta utilizar la cuchara.</li> <li>• Bebe sosteniendo el vaso.</li> <li>• Controla esfínteres.</li> <li>• Identifica su ropa más común.</li> <li>• Pasa la noche en su habitación.</li> </ul>

## El niño de 30 meses a 3 años

Comunicación, lenguaje y socialización	Comprensión sensoriomotora y cognición	Manipulación y conducta adaptativa a los objetos	Motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial	Hábitos y autonomía
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de hacer compatibles aspectos positivos y negativos de sus figuras significativas.</li> <li>• Puede soportar la ausencia temporal de los padres.</li> <li>• Establece con el padre una relación específica y significativa.</li> <li>• Comprende y acepta algunas normas.</li> <li>• Empieza a interesarse por otros niños.</li> <li>• El lenguaje oral predomina sobre cualquier otra forma de comunicación gestual:</li> <li>- Utiliza palabras que no son nombres ni verbos.</li> <li>- Responde a preguntas sencillas donde y qué.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede elegir entre dos alternativas propuestas.</li> <li>• Realiza diferentes acciones simbólicas de forma aislada.</li> <li>• Inicia el trabajo en espacios bidimensionales.</li> <li>• Domina los conceptos dentro-fuera.</li> <li>• Inicia la diferenciación de tamaños (grande-pequeño).</li> <li>• Empieza a distinguir los conceptos encima- debajo.</li> <li>• Inicia la diferenciación de formas: redondo-no redondo.</li> <li>• Inicia actividades de clasificación.</li> <li>• Domina los conceptos mucho/uno/ ninguno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza una exploración organizada de los objetos.</li> <li>• Desenrosca y casi enrosca.</li> <li>• Hace torres de piezas sencillas con ayuda.</li> <li>• Mete monedas en huchas.</li> <li>• Inserta bolas gruesas en cuerda semirrígida.</li> <li>• Dirige una mano donde le indica la otra en espacios bidimensionales.</li> <li>• Encaja círculo en un tablero individual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se desplaza con intencionalidad.</li> <li>• Maneja el triciclo sin pedales.</li> <li>• Salta con los pies en el suelo con algún apoyo.</li> <li>• Puede correr de la mano del adulto.</li> <li>• Experimenta diferentes formas de desplazarse.</li> <li>• Puede seguir un ritmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede quitarse algunas prendas de ropa.</li> <li>• Utiliza la cuchara para remover líquidos.</li> <li>• Abre y cierra grifos.</li> <li>• Intenta secarse las manos.</li> <li>• Pide ir al lavabo.</li> <li>• Tira de la cadena.</li> <li>• Colabora en algunas tareas de orden.</li> </ul>

---

**ANEXO II:**  
**ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN PARA NIÑOS**  
**CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**

---

### Actividades para detectar Presencia- Ausencia de sonido

- Ponemos una música (o golpeamos un tambor, etc....)
- Sentamos al niño o niña en nuestras piernas y mientras suena la música (el tambor), le cogemos de las manos y le hacemos seguir el ritmo con el movimiento de las piernas.
- Paramos la música y paramos el movimiento de las piernas.
- Ponemos los dedos en los labios en señal de silencio, haciendo notar con la expresión de nuestra cara que el sonido ha cesado.
- Reiniciamos el juego.
- En todos nuestros juegos auditivos debemos dejar un tempo de latencia, ya que si continuamente estamos provocando sonidos probablemente el niño/a se acostumbre y no de una respuesta diferenciada. En este sentido, es importante destacar la importancia del silencio. Ya que además de evitar la habituación pueden ser los momentos de silencio los que el niño/a utilice para dar una respuesta, es decir, puede ocurrir que mientras provocamos un sonido no de respuesta pero en el momento que el sonido cesa sí que da respuesta.

### Actividades para estimular la audición

#### (Relacionar causa- efecto)

- Coger un juguete sonoro y acercarlo a la cara para que el niño pueda vernos al mismo tiempo que se fija en el objeto.
- Asegurarse de que nos está mirando y poner cara de mucha atención cuando miramos el juguete.
- Hacemos funcionar el juguete y justo en ese momento debemos mostrar por nuestra expresión facial sorpresa o alegría (haciendo todo el teatro que nos sea posible).
- Al mismo tiempo que utilizamos esta expresión facial podemos acompañarnos de alguna expresión verbal: *qué bien, cómo suena, qué susto. Que divertido...*
- Después de esta primera vez, podemos volver a repetir la situación (captamos su atención, nos acercamos a la cara, ponemos cara de atención...) pero no hacemos funcionar el juguete.
- Ante esto ponemos cara de disgusto y la acompañamos de alguna expresión verbal del tipo: *no se oye, no funciona, está roto, nada...*
- Dar el juguete al niño/a y observar qué hace.

### Actividades para cuando haya conseguido detectar la presencia de los sonidos y determinar su causa, pero esta vez con la voz

- Podemos aprovechar algún momento en el que estemos jugando con el niño/a con las manos o con las piernas y estamos acompañando nuestros movimientos con algunas vocalizaciones o canciones.
- De repente podemos seguir moviendo los labios, pero esta vez sin voz.
- Interrumpimos el juego y mostramos claramente que algo ha pasado (nos tocamos la garganta y la cara con signo de preocupación).
- Recuperamos la voz y mostramos alegría al mismo tiempo que nos acompañamos de expresiones orales: *Ahora sí, ya esta, ya se oye...*
- Otros momentos y actividades que nos pueden ser útiles para hacerle consciente del sonido pueden ser: Cogerle en brazos y balancearle mientras escuchamos una música.
- Mientras escuchamos una música o simplemente la radio, acercar su manita para que pueda sentir las vibraciones.

### Actividades para el desarrollo de la atención auditiva

- En estos juegos, el niño/a deberá hacer algo en respuesta a un sonido que produzca el adulto. A viceversa (a partir de los 10 meses).
  - Podemos utilizar algún juguete o instrumento con el que ya hayamos trabajado anteriormente.
  - Cogemos un cubo, un aro, u otro objeto y nos lo acercamos al oído (siempre asegurándonos de que el niño/a nos está mirando). Y hacemos sonar el juguete o instrumento.
  - En ese momento mostrando expresión de alegría tiramos el objeto a una caja.
  - Ahora le damos la pieza al niño/a y le sujetamos la mano en el oído, le hacemos esperar un poco antes de producir el sonido.
  - Producimos el sonido.
  - Soltamos su mano y le dirigimos hacia la caja.
  - Cuando ha tirado el objeto en la caja le aplaudimos, le damos besos y le decimos: *muy bien, has oído, ya esta...* (poco a poco iremos retirando nuestra ayuda hasta que lo realice ella sola).

## Actividades para el desarrollo de la atención auditiva (II)

- Podemos realizar el juego anterior también a la inversa, que el niño/a golpee el tambor, y nosotros tiramos la pieza al cubo, teniendo en cuenta el ser lo más expresivos posible cuando oímos el sonido.
- A partir de 13-14 meses podemos realizar el mismo ejercicio pero de tal forma que el niño/a no nos vea.
- Otro paso que podemos dar, es hacer el mismo juego, pero en vez de utilizar un sonido, utilizar la voz. Al realizar este ejercicio, debemos colocar el muñeco cerca de nuestra boca. Podemos empezar con sonidos vocálicos y seguir con series silábicas.

Cuando llegue el momento de invertir los papeles, es conveniente ver si el niño/a emita no sólo el movimiento sino también el sonido vocal. Es importante reaccionar de forma clara (indicando que no oímos nada si sólo mueve el muñeco, asustado si lo que hace es gritar y con cara de satisfacción si lo que produce es parecido a lo que nosotros utilizamos).

---

# **BIBLIOGRAFÍA**

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREU, T. (1996). *Los nuevos cauces de investigación en el ámbito de la Atención Temprana*. Revista de Educación Especial (22): 55-64.
- ARANDA, R. (2008). *Atención Temprana en Educación Infantil*. Madrid: Wolters Kluwer. ISBN: 978-84-7197-898-1
- ARANDA, R. y VILORIA, C.A. *La organización de la atención temprana en la educación infantil*. Tendencias Pedagógicas, 9: 217- 246 (2004) [http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2004\\_09\\_10.pdf](http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2004_09_10.pdf) Consultado el 6 de Mayo de 2011
- DÍAZ, M<sup>a</sup>.M. (2008). *La Atención Temprana y el desarrollo infantil*. Edt. Procompal. ISBN 13: 978-84-9881-0721
- ELIZALBE, M.J. (2004). *La atención infantil temprana en Asturias*. Edita: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. [http://www.asturias.es/Asturias/DOCUMENTOS%20EN%20PDF/PDF%20DE%20OPARATI/atencion\\_infantil\\_temprana.pdf](http://www.asturias.es/Asturias/DOCUMENTOS%20EN%20PDF/PDF%20DE%20OPARATI/atencion_infantil_temprana.pdf) Consultado el 27 de Marzo de 2011
- GÓMEZ, A., VIGUER, P. y CANTERO, M.J. (2003). *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Pirámide. ISBN: 84-368-1806-7
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000).: *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000.
- PÉREZ-LÓPEZ, J. y BRITO DE LA NUEZ, A. (2006). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide. ISBN-13: 978-84-368-1848-2
- PEÑAFIEL, F., HERNÁNDEZ, A. y CHACÓN, A. (2003) *Atención Temprana. Enseñanza, 21*. Ediciones Universidad de Salamanca. [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20341&dsID=atencion\\_temprana.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20341&dsID=atencion_temprana.pdf) Consultado el 25 de Marzo de 2011

- España. Ley 13/1982, de 7 de Abril, de integración social de los minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de Abril de 1982, núm. 103, p. 11106. <http://www.boe.es/boe/dias/1982/04/30/pdfs/A11106-11112.pdf> Consultado el 8 de Junio de 2011.