

ATENCIÓN TEMPERÁ: NÚCLEOS FUNDAMENTAIS PARA A INTERVENCIÓN

*Antonio Sánchez Asín**
Universidade de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Desde este artigo, pretendemos revaloriza-la importancia dos primeiros anos na conformación das bases emocionais, intelectuais e sociais do neno, máxime, cando as situacións requiren, polo seu risco ou pola evidencia dunha deficiencia, o establecemento dunhas medidas de carácter preventivo, reeducativo ou compensador nas áreas que máis poden condiciona-lo seu futuro, como ser autónomo, nos diferentes niveis de elección e decisión.

Co desexo de aborda-los anteriores propósitos, preséntase neste traballo unha breve descrición histórica dos núcleos temáticos que foron configurando o currículo da Educación Infantil, xunto coas bases teóricas e lexislativas que serviron para fundamentar e desenvolve-los diferentes instrumentos e axentes de intervención que conforman a Atención Temperá

(AT), a través das súas diferentes etapas e subetapas, con referencia especial ó modelo desenvolvido en Cataluña, que foi pioneira dentro do Estado Español.

1. BREVE DESCRICIÓN HISTÓRICA DA ATENCIÓN TEMPERÁ (AT)

A AT xorde nos EEUU na década dos sesenta, con motivo das grandes cantidades de diñeiro que o goberno destinou para financiar programas experimentais dirixidos a nenos con antecedentes de pobreza, e recibiu o nome de "intervención temperá"¹; non obstante, a implicación na educación infantil temperá reflectiríase, conceptualmente, nos anos setenta.

Nesa década recálcase a importancia dos dous primeiros anos de vida, como período crítico para a aprendizaxe, baseándose na plasticidade do cerebro² e na teoría sobre a

* Profesor Titular de Educación Especial.

¹ Estes programas realizáronse con poboacións de nenos de 4 anos de idade.

² Alexander Luria, a través das súas numerosas investigacións, realizadas entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial, descubriu o papel das zonas de suplencia para asumir funcións de circuitos neuronais que quedarán

irreversibilidade dos efectos producidos nun período de privación social (Villanueva, 1991).

Inicialmente, os programas de estimulación precoz deseñáronse para atender a nenos de minorías étnicas e ambientes marxinais, que serían agrupados dentro da escola no nivel 5º, destinado a alumnos de aprendizaxe máis lenta e ambiente sociocultural deprimido. Pero isto representaba unha discriminación racial e económica entre alumnos brancos e negros³.

A abolición do nivel 5º deu paso ó derrubamento doutra barreira a través da promulgación, en 1975, da Lei Pública 94/142 na súa sección 121, que establecía que os servizos ofrecidos ós alumnos retardados se deben aproximalo máis posible ós utilizados cos alumnos non retardados, comezando a súa estimulación desde o momento que se detecte o déficit. A partir da promulgación desta lei, moitos dos obxectivos que se empregaran nos programas de educación compensatoria utilizáronse no deseño de programas de AT para nenos que presentaban diferentes niveis de discapacidade.

En Europa, o *Informe Warnock* (1978), elaborado en Gran Bretaña, tivo ampla repercusión na órbita occidental. No dito Informe establecíase que os fins da educación son os mesmos para todos, independentemente das

vantaxes ou desvantaxes dos diferentes nenos (...); polo que respecta a aqueles que mostran signos de deficiencia ó nacer ou en idades posteriores, o informe recalca que a súa educación debería comeza-lo antes posible, pois ós nenos con deficiencias graves é necesario ensinalles cousas que outros nenos adquiren sen necesidade de ensinanza.

En España, o art. 49 da Constitución Española (1978), recoñeceu o dereito á educación de tódolos cidadáns, creando as condicións para que en 1982 aparecese a Lei de Integración Social do Minusválido (LISMI), que sería reasumida, ampliada e de obrigado cumprimento no Real Decreto da Ordenación da Educación Especial de 1985.

O 1990, creouse o Grupo-Eurlyaid, no cal se aglutinaron profesionais, investigadores e pais afectados dos diferentes países da Unión Europea. O obxectivo que se propuxo o Grupo-Eurlyaid foi conseguir unha concepción común da atención precoz, mediante os intercambios de experiencias e de coñecementos entre os diferentes países da Unión Europea, coa finalidade de crea-las condicións favorables para o seu desenvolvemento, mediante unha regulamentación e unha lexislación que asegurase a calquera a accesibilidade ás estruturas da AT e garantira o seu financiamento en

danados. Observou que esta plasticidade cerebral só se producía en poboacións de suxeitos menores de sete anos, mentres que en poboacións adultas, as lesións eran irreversibles.

³ A sentenza do xuíz Wright, pronunciada en 1967, obrigou no Distrito de Columbia á abolición deste nivel e iso sentou xurisprudencia no resto dos EEUU; estes programas tiñan como finalidade compensar déficits derivados dun ambiente socioeconómico depauperado (Sánchez Asín, 1993).

tódolos estados membros da Unión Europea (Montulet, 1993).

2. BASES E SUPOSTOS DA AT

As estratexias, que nun principio prevaleceron na estruturación dos programas de Educación Infantil, deseñados por Frederick Froebel, Susan Blow, María Montessori e Decroly, baseáronse en actividades de xogo, combinadas coa capacidade do neno para resolver problemas e desenvolver-la sensibilidade artística. Un refinamento ulterior deste enfoque sería aplicado no currículo para nenos con necesidades educativas especiais, a partir da promulgación da Lei pública 94/142 na súa sección 121, baseándose en procedementos psicodiagnósticos e na programación de minuciosas secuencias de aprendizaxe, a través da análise de tarefas.

A AT comezou a definirse en función da óptica disciplinaria dos diferentes grupos de profesionais que empezaron a traballar neste campo, acentuando cada cal a dimensión que máis coñecía.

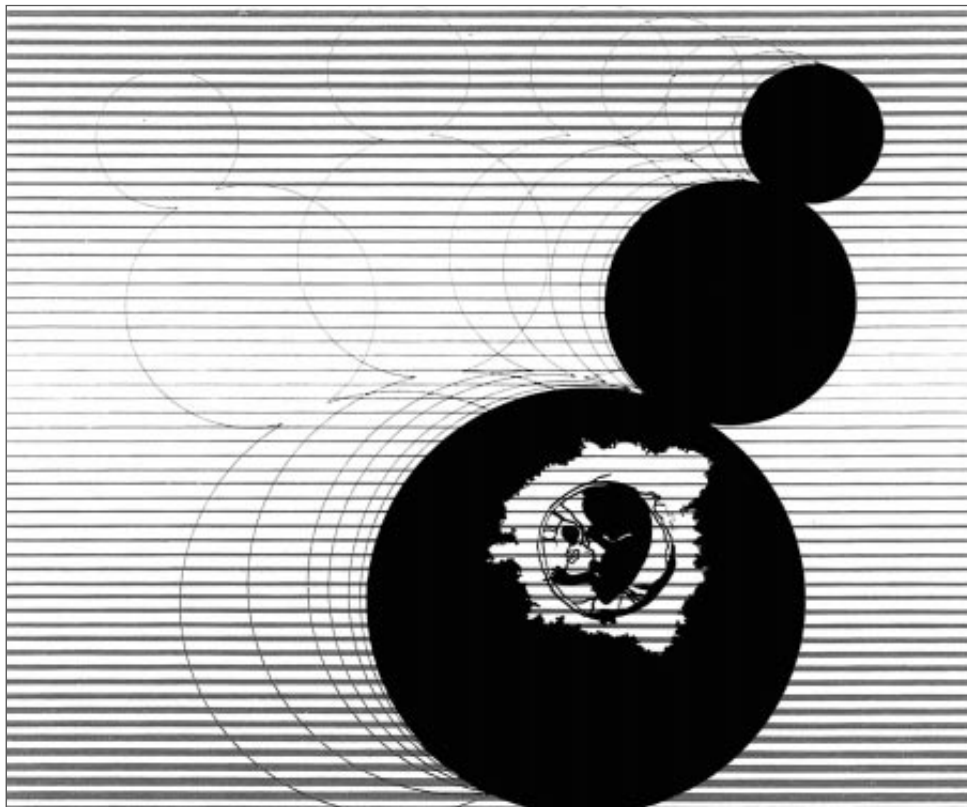
Observarase neste artigo que desde o principio omitín o termo “estimulación precoz”, por se prestar a equívocos desde os cales puidese asignárselle unha maduración acelerada do neno, unha presión excesiva para facelo avanzar, a exercitación intensiva dos seus sentidos e a falsa pretensión de educar nenos precoces. De igual modo, cabe matizar que a “estimulación

precoz” ten fortes connotacións biomédicas, as cales se centraron máis no campo da reflexoloxía e a neuroloxía ca en dar unha resposta educativa global e integradora.

Decantámonos polo termo “Atención Temperá”, entre outras razóns, porque se contempla na LOXSE (1990) e, ademais, recolle os niveis hospitalarios, familiares, escolares e do contorno social, xa que se dirixe a tódolos nenos que presentan perturbacións no seu desenvolvemento, ou ben presentan risco de que se manifesten; abarca desde o diagnóstico prenatal ata a escolarización obrigatoria, englobando todo o proceso comprendido entre o descubrimento, a identificación da desorde e a intervención.

A pugna entre autores ambientalistas e constructivistas foi dando paso a diferentes modelos de diagnose e de intervención.

Delval (1996), interpretando o pensamento de Piaget, relaciona a xénese do coñecemento e a súa estreita relación coa educación. A psicoloxía de orientación empírica considerou que a aprendizaxe se producía por transmisión verbal, nun movemento de fóra a dentro, pero deixando sen explicalas transformacións que se xeran no interior do suxeito cando aprende. Desde a vertente piagetiana tratouse de demostrar que a aprendizaxe está ligada ó desenvolvemento do suxeito, que se transforma en axente principal da aprendizaxe, construíndo os coñecementos en interacción co seu medio,



A Atención Temprá abarca desde o diagnóstico prenatal ata a escolarización obrigatoria.

para elaborar representacións ou modelos da realidade que lle posibiliten actuar dentro dela. O profesor actuaría como axente, que crea as situacións e pon as condicións para que o suxeito aprenda; e o psicopedagogo non pode renunciar a interpreta-los mecanismos que se producen no suxeito que aprende para poder asesorar e orienta-lo educador.

Se Piaget (1969) insistiu nos mecanismos internos que modifican o

coñecemento, a posición de Vigotsky centrouse máis nas condicións exteriores en que se produce a aprendizaxe, defendendo a orixe social do coñecemento e a importancia que teñen as condicións ambientais. Para Vigotsky (1985) o que ocorre no interior do suxeito é unha copia do que ocorre no exterior, polo que as funcións mentais son copias das relacións interpersoais ou sociais.

Moreno (1996, 61) advirte que se aceptámo-los postulados transmisio-nistas, estamos negando o principio da actividade cognitiva autónoma, segun-do a cal o suxeito pode producir coñe-cemento por si mesmo. Ademais, se o coñecemento se organiza en sistemas, desde o esquema piagetiano, non podemos concibi-lo coñecemento des-contextualizado, illado, pois carecería de significado e coherencia para o suxeito, xa que se faría abstracción dos demais elementos que compoñen ese conxunto ou sistema, admitindo “que los sistemas de coherencia no son los mismos en los diferentes momentos evolutivos de la infancia, la adolescencia y la edad adulta”.

Se tomamos como punto de parti-da a construción do coñecemento desde a acción interna e a influencia externa, trataremos de presentar un elenco de definicións que integren ambas dimensións.

Debemos advertir, que a indefini-ción terminolóxica das últimas décadas foi unha constante, debido á enorme dependencia da AT coas ciencias bio-médicas.

¿Que se entende por Atención Temperá? Dunha maneira sinxela poderíamola definir como todo acto, palabra, obxecto ou acción que esperta interese no neno e o promove a algun-ha acción.

Zulueta (1995, 31) parte do termo “estimulación temperá”, entendéndoo como

el conjunto de técnicas psico-pedagógicas encaminadas a potenciar al máximo las po-tencialidades del niño que presenta déficits o dificultades en su desarrollo, tanto a nivel motor, cognitivo, social, per-ceptivo, lingüístico o afectivo.

Saenz-Rico de Santiago (1996, 148) céntrase no termo “intervención temperá”, definíndoa como

el conjunto de técnicas educa-tivas que tienen por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias cla-ras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de Alto Riesgo, pretendiendo poten-ciar al máximo las posibilida-des psicofísicas del niño, mediante a intervención regu-lada, sistemática y continuada llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo, sin forzar el curso lógico de la madura-ción del Sistema Nervioso Central, incluyendo como su-jetos susceptibles de recibir dicha técnica a toda población comprendida entre los cero a los tres años.

Entendemos, polo tanto, que a AT debe tratar de aproveitar “los aconteci-mientos do entorno, del medio, de la situación... con vistas a cambiar com-portamientos, habilidades, estados de ánimo, actitudes y aptitudes” (Fierro, 1984, 30).

Aproveitando a globalidade que identifica o desenvolvemento infantil dos primeiros anos, a AT debe ser inter-modal, é dicir, debe incidir en cada unha das modalidades sensoriais:

visión, audición, xesto, tacto, olfacto, cenestesia.

Por outra parte, o papel da AT non é establecer un diagnóstico prenatal senón facer fronte ás consecuencias psicossociais que implica (Montulet, 1993).

A AT, por conseguinte, trata de desenvolver “repertorios conductuales, para conseguir una evolución del niño lo más cercana posible a la del niño considerado normal” (Arnal, Carrobé, Morán e Tourin, 1983, 95).

O neno aprende a custa das súas propias accións, en consecuencia, todo estímulo debe ser dirixido, especialmente, a impulsar algunha acción.

Desde os esquemas teóricos de Feuerstein (1986), as funcións, non se crean; as funcións están e é preciso cultivalas e activalas, posto que a intelixencia equivale a potencial de aprendizaxe ou capacidade para aprender da experiencia; este potencial non é estático ou inmutable: é modificable.

Establecido o nivel funcional do neno nas diferentes áreas, haberá que ensinarlle o que outros nenos aprenden por si mesmos, co cal o sentido do tempo, ritmo e capacidade asimilativa é diferente; desde a avaliación, haberá que compara-lo neno consigo mesmo e non con outros grupos de referencia.

Os supostos teóricos da educación compensatoria viñeron marcados polo modelo de referencia desde o cal se partía. Estes supostos foron extrapolados ó

campo da AT para atender a nenos con Necesidades Educativas Especiais (NEE), os que se barallaron con máis frecuencia son os seguintes:

- Os nenos son maleables por natureza e o seu crecemento e desenvolvemento pode ser modificado en gran medida en calquera dirección.
- Os resultados da AT son mellores canto máis axiña se leve a cabo.
- A manipulación da experiencia temperá inflúe nas funcións psicolóxicas subsecuentes. Esta experiencia pode ser saudable ou contraproducente. En calquera caso encóntrase implicado o desenvolvemento acumulativo.
- A experiencia cualitativa pode atenuar ou compensar carencias básicas ambientais, indispensables como prerequisites para iniciá-las aprendizaxes básicas da escola, por isto considérase que está ben cumprido o obxectivo da AT.
- Os nenos que non se poden beneficiar da AT teñen alta probabilidade de se desenvolveren de maneira contraria ás condicións socioeconómicas prevalecentes, ou ben, como a capacidade simbólica é un dos maiores recursos do home, os nenos que presentan dificultades na execución cognitiva presentarán máis dificultades para alcanza-lo seu potencial humano.

Co tempo, o enfoque da AT foise modificando de modo que, os obxectivos de saúde mental e de socialización que imperaban nos programas de

educación compensatoria, se foron substituíndo por uns obxectivos de estimulación cognitiva.

Pouco a pouco, estes enfoques teóricos foron acrisolándose, para se cinxir mellor ás demandas da realidade; o anterior fíxose patente coa introducción dunha terminoloxía máis precisa e menos clasificadora, que distingue tres grupos de risco: nenos con risco biolóxico, nenos de risco ambiental e nenos de alto risco.

Os nenos de risco biolóxico son aqueles que están afectados por unha disfunción cerebral derivada dunha malformación conxénita, dun traumatismo ou dunha infección, dunha metabolopatía, cromosopatía ou dunha alteración sensorial.

Os nenos de risco ambiental engloban os que se desenvolven en condicións socioeconómicas moi de-pauperadas.

Os nenos de alto risco engloban a nenos prematuros e de baixo peso. Inclúense dentro desta categoría, os nenos nados prematuros de baixo peso ó nacer (2500 gramos) e os de moi baixo peso (1500 gramos). Enténdese por prematuridade o embarazo inferior a 37 semanas de xestación; por regra xeral, os nenos prematuros inclúense dentro da categoría de "baixo peso".

Desde a investigación realizada por Saenz-Rico de Santiago (1996, 154), o perfil do acabado de nacer de alto risco, observado nas Unidades de Coidados Intensivos Neonatais en

comparación cos nenos nados a termo, sería o que segue:

Son sujetos con respostas conductuales de inferior calidade na categoría de "actividad", es decir, son sujetos con dificultades para manter a atención, para fijarse en estímulos visuales y auditivos, tanto animados como inanimados, se encuentran más pasivos e indiferentes a las relaciones interpersonales, participando poco en las caricias y abrazos del adulto. Presentan dificultad para mantener un estado de alerta y de atención a los estímulos externos [...] Presentan un tono motor menos normalizado [...].

Outro suposto que se barallou, en defensa da AT, foi a importancia da nutrición e a participación dos pais. A desnutrición adoita ser un factor negativo para o desenvolvemento intelectual; a través da alimentación non só se fornece o organismo de nutrientes, ademais diso proveese de estímulos e,



A influencia dos pais vai máis alá do coidado e a nutrición.

tamén, de oportunidades de socialización.

Ningún programa, polo menos dos que coñecemos, pode supera-los efectos da desnutrición temperá e prolongada, pois como di Evans (1987, 25):

Incluso los niños que no sufren la desnutrición crónica, pero que tienen hambre la mayor parte del tiempo, tienen pocas posibilidades de éxito, aun disfrutando de los mejores servicios educativos.

Por outra parte, puntualiza Rueda (1991), a influencia dos pais vai máis alá do coidado e a nutrición. Comprobouse de xeito fidedigno a súa positiva axuda na efectividade dos programas, cando lles ofrecen apoio e alento ós seus fillos e cando aprenden a estimular-la súa linguaxe e a reforza-las conductas autónomas.

Outro dos factores que contribuíu ó avance da educación infantil, e por ende da AT, foi o perfeccionamento do Deseño Curricular, o cal orixinou puntos de converxencia ou similitudes, e mais grandes diverxencias de enfoque, segundo se inclinasen pola consecución de habilidades académicas ou por habilidades de orientación humanística.

Debemos dicir, por fortuna, que o maniqueísmo pedagóxico se foi diluíndo para dar cabida a modelos de síntese ou modelos complementarios, e un exemplo disto, aínda que non exento de limitacións, é o Deseño Curricular Base, que se sustenta no modelo constructivista e permite que o suxeito, mediante a interacción co seu medio,

constrúa representacións da realidade, retomando, á súa vez, algúns dos elementos do modelo conductual para a avaliación ou control das aprendizaxes.

2.1. LEXISLACIÓN E OBXECTIVOS DA AT

No noso país ¿como comeza xestándose a Atención Temperá?

As institucións privadas (ASPA-NIAS, ASPRONIS, ECOM, ANFAS, EIPI...) apoiadas por asociacións de pais con nenos que tiñan algunha minusvalía, foron as que elaboraron os actuais formatos de intervención, que se desenvolven ó amparo de institucións privadas, institucións subvencionadas e servicios municipais, mentres que a Administración Pública é das últimas en reaccionar (INSERSO, CAD...). Non obstante, a variedade de institucións que actualmente se dedican ó campo da AT, favoreceu unha proliferación de escolas e programas e produciu un forte fraccionamento de actuacións e un alto desaxuste no campo da intervención.

Aínda que as anteriores institucións xa traballaban con certo rigor, a LOXSE (1990, cap. 1, art. 9, 2-3) marcou as grandes directrices neste ámbito, remarcando a importancia que teñen os primeiros anos na configuración da personalidade e intelixencia do neno; adoptáronse, para iso, obxectivos xenéricos e programáticos de carácter altamente preventivo.

De igual modo, a LOXSE (1990, cap. 5, art. 36 e 37, 2) é moi explícita respecto á Atención Temperá e ás

Necesidades Educativas Especiais, ó afirmar que

a atención ós alumnos con necesidades educativas especiais iniciárase desde o momento da súa detección. Para tal fin, existirán os servizos educativos precisos para estimular e favorecer-lo mellor desenvolvemento destes alumnos e as Administracións educativas competentes garantirán a súa escolarización.

O Real Decreto (1995) desenvolve os artigos 36 e 37 da LOXSE (1990) e consta de 24 artigos. Transcribímo-los parágrafos dos art. 8 e 12, que fan máis alusión ó campo da AT, no referente á escolarización dos alumnos con NEE permanentes asociadas a condicións persoais de discapacidade, establecendo as condicións para a detección precoz e atención educativa inicial:

1. O Ministerio de Educación e Ciencia, a través dos Equipos de Orientación Educativa e Psicopedagógica, asegurará a detección precoz e a avaliación das necesidades educativas especiais dos nenos e nenas con discapacidade psíquica, sensorial ou motora.

2. A atención educativa a estes nenos e nenas, que se iniciará desde o momento en que, sexa cal fose a súa idade, se produza a detección dunha discapacidade psíquica, sensorial ou motora, terá por obxecto corrixir precozmente, no posible, as secuelas da discapacidade detectada, previr e evita-la aparición destas e, en xeral, apoiar e estimula-lo seu proceso de desenvolvemento e aprendizaxe nun contexto de máxima integración.

3. Nesta atención educativa, e particularmente na que se leve a cabo en idades anteriores á escolarización, o Ministerio de Educación e Ciencia

propiciará de maneira especial a colaboración dos pais ou titores dos nenos e niñas, os cales poderán recibir preparación para tal fin ofrecida polos servizos correspondentes.

En termos máis amplos, os obxectivos da AT que aquí presentamos e que, moitos deles, coinciden cos da LOXSE, poderían circunscribirse, basicamente, ós seguintes:

- Estimula-lo desenvolvemento de tódalas capacidades.
- Contribuír ó desenvolvemento do neno, potenciando e organizando as actividades e interaccións.
- Propiciar experiencias e proporcionar espazos e ambientes naturais.
- Compensar carencias e desaxustes de orixe socioeconómica, étnica e cultural.
- Apoiar e colaborar coa familia, proporcionándolle axuda psicolóxica, estratexias pedagóxicas e contacto con grupos de apoio.
- Maior grao de autonomía para ser un individuo máis adaptado e depender cada vez máis de si mesmo e menos do educador.
- Conseguir un nivel socio-comunicativo aceptable mediante unha rica transacción co seu medio, a través da integración de experiencias reais, que garantan a súa xeneralización.
- Prepara-lo neno para inicia-las ensinanzas nas mellores condicións funcionais, a partir de aprendizaxes significativas que establezan relacións

entre experiencias previas e as novas que debe adquirir.

3. MODELO DE INTERVENCIÓN E PLAN DE SERVICIOS

En Cataluña (Plan de Prevención e Estimulación Precoz, 1985), desde o momento no que nas unidades maternais se detecta unha deficiencia realízase un diagnóstico precoz nas Clínicas de Maduración para determina-los índices madurativos nos niveis motriz e sensorial. Os casos neuroloxicamente máis graves reciben Estimulación Precoz na Unidades de Tratamento da propia maternidade, e os menos graves derívanse ós Centros de Atención a Discapacitados (CAD) ou ós Centros de Desenvolvemento e Atención Temperá (CDIAT), os cales están situados nas principais comarcas, uns de carácter público e outros de carácter concertado entre a Administración autonómica e os concellos, como ocorre cos CDIAT.

Dentro do Equipo Interdisciplinario, que configura un CAD, é preciso distinguir dous niveis de intervención, en función da atención indirecta e da atención directa:

- Atención indirecta: designámola así cando os profesionais actúan indirectamente sobre o neno e os pais.
- Atención directa: entendida como a actuación directa dos profesionais, preferentemente, sobre o neno.

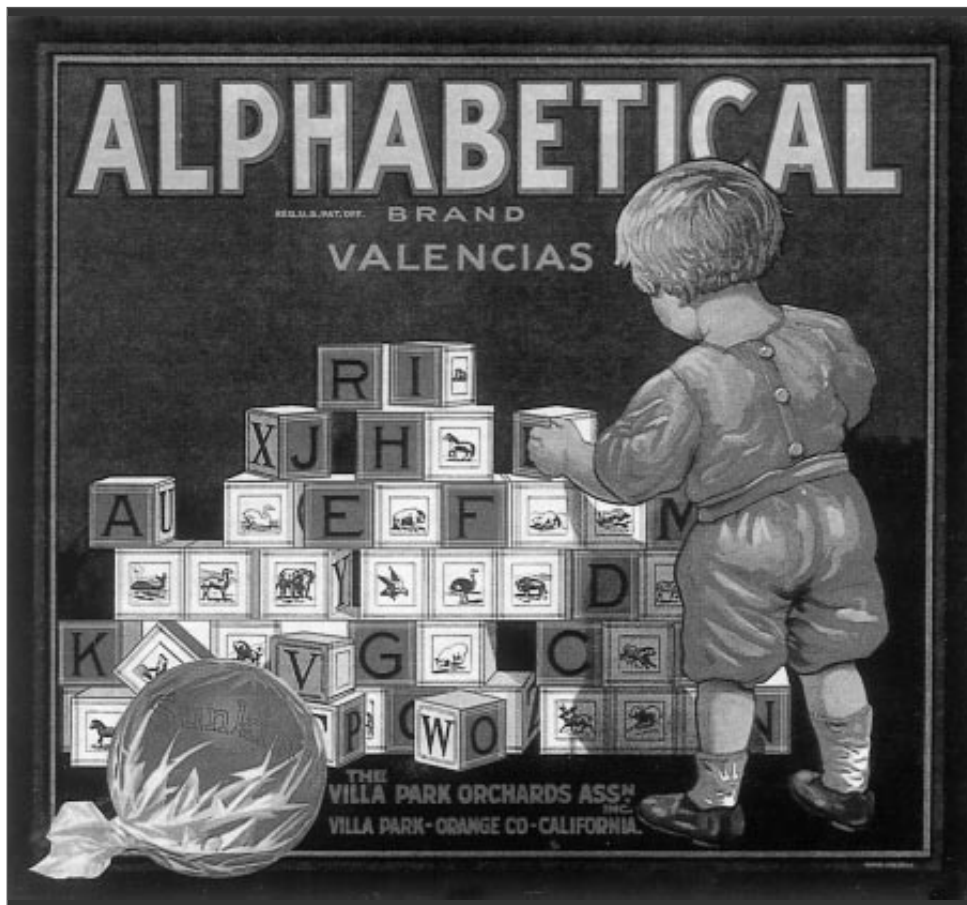
ATENCIÓN INDIRECTA

Os instrumentos que se foron incorporando para a avaliación do desenvolvemento madurativo (*Inventario de Desarrollo Battelle*, de Newborg et al. (1994), *Guía Portage*, de Bluma (1978), *Currículum Carolina*, de Johnson-Martin (1995), *Prueba del Lenguaje Oral Navarra*, de Aguinaga et al. (1989), etc.) representaron un avance significativo na calidade da ensinanza/aprendizaxe, ó comparar, polo tanto, o neno con el mesmo e non con outros grupos de referencia. De igual modo, hai que destaca-la adaptación de espazos, materiais altamente lúdicos, multisensoriais, sen esquece-las repercusións que a baixa taxa de natalidade tivo no coidado e dedicación dos pais cara ós seus fillos e a súa incidencia nun maior equilibrio físico-afectivo destes.

Os profesionais que incluíamos na atención indirecta serían: o neuropediatra, psicólogo e traballador social, que terían como funcións:

- a) A avaliación do neno e planificación do programa de intervención de acordo cos seguintes aspectos:
 - Valoración da entrevista cos pais, respecto ás metas que esperan, ás axudas psicolóxicas que disporán e ós apoios didácticos e materiais que se lles van proporcionar.
 - Avaliación do neno con algún dos instrumentos que se foron incorporando para a avaliación do desenvolvemento madurativo, desde





Primeiras etiquetas para envoltorio de papel de laranxa, Sunkist, 1917. É difícil facer prediccións antes dos dous anos de idade.

unha vertente cualitativa, que compare o neno consigo mesmo e non con outros grupos de referencia (*Inventario de Desarrollo Battelle*, de Newborg *et al.* (1994), *Guía Portage*, de Bluma (1978), *Currículum Carolina*, de Johnson-Martin (1995), *Prueba del Lenguaje Oral Navarra*, de

Aguinaga *et al.* (1989), *Escala de Atención Temprana*, de Sánchez Asín (1996)).

b) Actuar con gran prudencia á hora de elaboralo diagnóstico en idades tan prematuras, debido ós problemas que apunta Bricker (1986; cit. por Candel, 1990):

— Ás variacións que se dan no desenvolvemento, pois algúns nenos que funcionan con sintomatoloxía de atrasados os primeiros meses, despois fano dentro da normalidade.

— Dado o difícil que resulta facer predicións antes dos dous anos de idade, é preciso contar con factores como o ambiente e a escasa fiabilidade das probas de desenvolvemento.

— A partir da información obtida dos pais e do neno, os obxectivos xerais do programa deben estar descritos con suficiente detalle para que queden ben delimitadas as áreas conxuntas e separadas de responsabilidade entre os profesionais e os pais, evitando así malentendidos e solapamentos.

c) Establecer, atendendo ós obxectivos a longo e curto prazo, os diferentes compoñentes do programa en función de:

- Prioridade de áreas curriculares.
- Nivel de destrezas conservadas e afectadas en cada unha delas.
- Determina-las características do neno para o que está deseñado o programa.
- Adecuación dos obxectivos operativos á idade mental do neno, con especificación dos pasos, actividades de adestramento, criterios que se seguirán no desenvolvemento da actividade, materiais didácticos, especificando a función que van cumprir

como reforzadores, adestradores, xeneralizadores, psicomotores ou fomento da interacción social.

- Proposta da metodoloxía.
- Estratexias para optimiza-lo seu estilo cognitivo.
- Tecnoloxías máis axustadas e avanzadas á súa minusvalía.
- Servicios relacionados máis apropiados ás necesidades específicas do neno.
- Defini-las características do escenario onde ten lugar a instrucción, a través da concreción do horario, días, franxa horaria de cada profesional, especificación do espacio e se este está dotado dos medios adecuados.
- Periodicidade e descrición dos instrumentos para controlar e realiza-la avaliación semanal, trimestral e anual, entendendo que a función avaliativa ten como obxectivo medir os efectos dun programa en comparación coas metas deseñadas que debe cumprir. Unha comparación dos efectos coas metas do programa require usar criterios para xulga-lo éxito dun programa respecto ós obxectivos ou metas previamente definidos.

d) Realiza-lo seguimento do programa, ofrecéndolles orientacións e guías ós profesionais de atención directa, xunto coa formación, tanto de pais como dos profesionais, en habilidades e pautas, a través de cursos, contacto

con outros especialistas, con institucións, sesións monográficas, discusión e intercambio con expertos e supervisión analítica e coordinada de tódolos servizos.

e) Axuda-los pais a conseguir un axuste emocional, a través das diferentes etapas que propuxemos anteriormente, pois como ben di Candel (1990), o apoio social é unha das variables ecolóxicas que máis inflúe nas actitudes dos pais e no éxito do programa, dentro dos procesos de interacción pais-fillo.

Inicialmente, o traballo psicolóxico cos pais faise paralelo ó traballo realizado co neno, especialmente os primeiros meses, para axudarlles a supera-las reaccións que xorden con intensidade ante o trauma que representa a chegada dun neno diferente ó que esperaban e poder controla-las reaccións que se desencadean con máis frecuencia, como son: rexeitamento, pena, ansiedade, temor, culpabilidade, obsesión polo seu futuro, ruptura co seu círculo de amizades, alteración da vida matrimonial e repercusións nos demais fillos.

Resaltaremos que, tanto a comunicación do diagnóstico polo equipo sanitario, como a presenza dalgún membro dos CAD ou de Grupos de Apoio de Pais, que pasasen polo mesmo transo, faise imprescindible para reduci-la intensidade das reaccións descritas e para evita-la sensación de illamento que invade os primeiros días.

A información, por parte do asistente social, de tódolos recursos de apoio, institucionais e privados, con que pode conta-lo neno e a familia, desde o momento que se iniciou o Programa de AT ata o final da súa escolarización, é unha maneira de evitar estériles lamentacións e facerlles comprender ós pais que existen medios e que non están sós ante o seu problema.

ATENCIÓN DIRECTA

Na atención directa incluíríamo-lo pedagogo, fisioterapeuta, logopeda e os pais do neno.

Neste nivel de atención directa, os especialistas desenvolven o programa e manteñen contacto asiduo cos pais, respecto ós contidos deste e os avances ou dificultades que xorden no desenvolvemento dos obxectivos. Os pais son axentes imprescindibles, para que o neno xeneralice na casa o que se traballou no Centro. Ás sesións de AT deberían asisti-los pais durante os primeiros meses, para comprender:

- en qué se fundamenta o tratamento;
- lograr que se motiven máis;
- estimula-la súa colaboración no desenvolvemento da terapia, establecendo unha boa comunicación co neno;
- axudarlles a comprender “que no tienen que enfrentarse solos ante el problema de su hijo” (Warnock, 1987, 50);

— adestrálos en educación alimentaria, prelinguaxe, linguaxe (durante os tres primeiros anos, o neno aprende máis ca en calquera período posterior) e a maneira de establecer unha boa relación óculo-motora.

Durante os seis primeiros meses, os nenos asisten de dúas a cinco veces por semana ó centro, e o axente de intervención é un especialista en Pedagogía Terapéutica ou Psicopedagogía, con formación específica para afrontar a intervención dos nenos con necesidades educativas que precisan de AT.

Desde a atención indirecta vaise asesorando os pais para que integren o neno no primeiro ciclo da Escola Infantil que permanece en estreito contacto co CAD. Nalgúns casos, o seguimento e AT do neno faise dentro da propia escola, por un especialista do propio CAD e, noutros, simultanéase entre a asistencia semanal ó CAD e á escola infantil. Ante a elección desta ou, no seu defecto, da gardería, procúrase que os equipos docentes das Escolas Infantís contén con:

- Especialistas que lle dean continuidade ó programa iniciado no CAD.
- Garantías dunha atención moi individualizada.
- Unha boa planificación da dimensión afectiva e social.
- A ausencia de programas ríxidos.
- Actitudes positivas cara a estes nenos.

— Unha gran coordinación e boa comunicación entre os membros da escola infantil.

En Cataluña, a reestructuración dos servicios educativos, propiciou que os EAP se centren no nivel de Primaria con tendencia a ampliar progresivamente as súas competencias no Ciclo Infantil (nenos con NEE) e unha actuación cada vez maior no Ciclo de Secundaria, mediante o apoio dos Centros de Recursos Educativos (CRE).

Os CRE concentran a súa intervención, preferentemente, nos nenos de tres a seis anos; non obstante, se o neno que pasa do CAD á Escola Infantil precisa apoio, os equipos que constitúen os CRE, cando son requiridos polo Centro, tamén interveñen nese nivel para seguir e amplia-lo programa que viña facendo no CAD.

Os CRE divídense en tres modalidades: os que atenden a nenos con trastornos auditivos (CREA), os que están especializados nos déficits visuais (CREV) e os que atenden a alumnos con discapacidade motora (CREM). As tres modalidades de especialización estrutúranse en tres unidades de actuación:

a) Unidade de Valoración e Orientación Psicopedagóxica (UVOP) para determina-las necesidades específicas de cada alumno, mediante un diagnóstico exhaustivo.

b) Unidade de Seguimento Escolar (USE) para atende-los nenos integrados en Centros Ordinarios e

Centros de Educación Especial, desenvolvendo o programa proposto pola UVOP.

c) Unidade de Actualización e Formación Permanente (UAFP) para informa-los profesores sobre os progresos e avances científicos que se producen nesta disciplina.

4. CONCLUSIONES

Concluiremos dicindo que as posibilidades que brinda a gran plasticidade neste período, representa unha oportunidade única e irrepetible para recuperar e compensar funcións.

Consideramos que o constructivismo é un punto de partida para a aprendizaxe significativa dentro das diferentes áreas que han de configurar-los programas de intervención.

A avaliación diagnóstica débese basear na obtención da información na triangulación Profesional, Educador, Pais, valorando áreas conservadas e áreas afectadas, procurando evitar compara-lo neno con grupos de referencia.

A acción inmediata, coordinada e prolongada dos servizos sanitarios, educativos e familiares pode ser decisiva para activar e compensar funcións sensoriomotoras, que poden ter unha importantísima repercusión ulterior para acceder ó campo das representacións mentais e a expresión destas, a través da linguaxe, a psicomotricidade e as habilidades sociais.

Débense afronta-las necesidades educativas especiais diagnosticadas desde o nacemento, co fin de intervir desde o momento en que o neno toma contacto coa Unidade Hospitalaria, o Centro de Atención a Discapacitados e a Escola Infantil, utilizando o programa, se é preciso, desde unha vertente preventiva, nos nenos susceptibles de risco ou que presenten algunha maduropatía.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga, G., *et al.* (1989): *PLON. Prueba de Lenguaje Oral Navarra*, Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Educación y Cultura.
- Arnal, L., *et al.* (1983): "Estimulación precoz: una experiencia en una guardería de educación especial", *Infancia y Aprendizaje*, núm. 24, 95-102.
- Bluma, S. M. (1978): *Guía Portage*, Madrid, MEPSA.
- Candel, I. (1990): *Estimulación precoz*, Murcia, Caja de Murcia.
- Constitución Española* (1978): Madrid, Civitas.
- Delval, J. (1996): "La obra de Piaget en la educación", *Cuadernos de Pedagogía*, 244, 56-59.
- Evans, E. D. (1987): *Educación Infantil Temprana. Tendencias actuales*, México, Trillas.

- Feuerstein, R. (1986): "Experiencia de aprendizaje mediado", *Siglo Cero*, 106, 28-31.
- Fierro, A. (1984): "Programa de estimulación antecedente", *Siglo Cero*, núm. 92, 30-37.
- Informe Warnock (1987): *Revista de Educación*, número extraordinario, Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia.
- Johnson-Martin, N. M. (1995): *Currículum Carolina. Evaluación y ejercicios para bebés y niños pequeños con necesidades especiales*, Madrid, TEA Ediciones.
- Ley de Integración Social del Minusválido, BOE, núm. 103, do 30-4-1982.
- Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (1990), Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia.
- Montulet, I. (1993): "L'Atenció Precoç a la Unió Europea", *Atenció Precoç. 3º Jornades*, decembre 2-3, Barcelona.
- Moreno, M. (1996): "De las estructuras a los modelos organizadores", *Cuadernos de Pedagogía*, núm. 244, 60-64.
- Newborg, S., et al. (1994): *Inventario de Desarrollo Battelle*, Barcelona, Fundación Catalana del Síndrome de Down.
- Orde do 29 de xullo de 1985. Plan sobre Prevención e Estimulación
- Precoz, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social da Generalitat de Catalunya.
- Piaget, J. (1969): *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, Madrid, Aguilar.
- Real Decreto 696/1995, do 28 de abril, de Ordenación da Educación dos Alumnos con Necesidades Educativas Especiais, BOE, núm. 131, do 2-6-95.
- Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial, BOE, núm. 65, do 16-3-85.
- Rueda, A. (1991): "Familia y etapa escolar: Trece años de una historia apenas comenzada", en J. Flórez e B. Saenz-Rico de Santiago (1996), *Guía para los programas de intervención temprana en el ámbito hospitalario*, en *XIII Jornadas de Universidad y Educación Especial. Las necesidades educativas: presente y futuro*, Universidad Autónoma de Barcelona, 26-29 de marzo, 148-154.
- Sánchez Asín, A. (1989): *Fundamentos Biológicos de la Educación. Bases para la intervención psicomotriz*, Barcelona, PPU.
- _____(1993): *Necesidades Educativas e Intervención Psicopedagógica*, Barcelona, PPU.
- _____(1996): *Atención Temprana. Programa de 0-3 años*, Barcelona, CEDECS.
- Villanueva, S. (1991): "Atención temprana", en J. Flórez e M. V.

Troncoso, *Síndrome de Down y Educación*, Barcelona, Salvat, 199-204.

Vigotsky, L. S. (1985): *Pensamiento y Lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*, Buenos Aires, Pléyade.

Zulueta, I. (1995): "Atención Temprana y Estimulación Precoz. Papel de la familia y el sistema educativo", en *Congreso sobre Necesidades Educativas Especiales, Actas del Congreso*, Vitoria-Gasteiz, 31-38.

