



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

“ATENCIÓN TEMPRANA, UNA RESPUESTA PRECOZ”

AUTORÍA MÓNICA BENITO VALDERAS
TEMÁTICA EDUCACIÓN, PSICOPEDAGOGÍA
ETAPA EDUCACIÓN INFANTIL

Resumen

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.*” (LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA, 2000).

En el presente artículo vamos profundizar en esta disciplina, viendo como ha sido su evolución a lo largo de las últimas décadas, definiendo cada vez más su finalidad, la población a la que va dirigida y sus ámbitos de actuación.

Palabras clave

Atención temprana, intervención, estimulación

1. INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente cuatro décadas que se comenzó a hablar de Atención Temprana. En sus principios, ésta iba encaminada a atender la población infantil desde el nacimiento hasta los tres años, ahora la edad está fijada de cero a seis años. La atención temprana ha ido evolucionando de forma general y progresiva y avanzando a la vez que se avanzaba más en cada campo en el que ésta se basa; neurológico, psicológico y pedagógico.

No solo hay más diversidad de técnicas y tratamientos en este campo, sino que hay más investigadores, más autores que hablan de ella, más interés a nivel institucional, y más ganas de seguir estudiando y avanzando.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

2. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN TEMPRANA?

Para comenzar a hablar de *Atención Temprana* debemos empezar por saber qué significa exactamente este término.

Cuando hablamos de Atención Temprana solemos utilizar diferente terminología, tal como; *intervención o estimulación temprana y estimulación precoz*. No existe un término que se considere correcto y otro que no, esta diferencia de términos parece que corresponde más bien al transcurso de los años. En los primeros años de estudio de la atención temprana, ésta se conocía como estimulación precoz y en la actualidad hay una mayor propensión por el término “Intervención o Atención Temprana”.

Hace más de 40 años que se comenzó a hablar de atención temprana, pero su mayor evolución como campo de estudio comenzó a darse en los años 70 y principio de los 80, siendo a mediados de esta década cuando comienza realmente su expansión y estudio como campo específico de actuación.

Como es lógico, no solo han existido cambios a nivel terminológico, sino también a nivel conceptual. Esto lo podemos ver en las siguientes **definiciones**:

- **CORIAT, L. F.**, (1978); *“La estimulación temprana 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 avivarse 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 familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más”*.

- **SÁNCHEZ PALACIOS, C y CABRERA, C.**, (1980, Citado por SALVADOR, J.: 20): *“La estimulación precoz pretende 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. La estimulación precoz consiste en un tratamiento con bases técnicas científicas, tanto en lo referente al conocimiento de las pautas de desarrollo que sigue un bebé, como a las técnicas que se emplean para alcanzar dichas adquisiciones. La estimulación precoz está determinada por su carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación”*.

- **ABADI, A.**, (1982: 116): *“La atención temprana es un amplio grupo de acciones, dirigida a la familia o centralizada en el niño, que son proporcionadas a fin de promover un ambiente enriquecedor, a través de la estimulación sensorial, motora y emocional-social, de esta manera se obtiene transacciones favorables entre el niño y sus cuidadores, estableciendo así condiciones adecuadas para su óptimo desarrollo.”*

- **SALVADOR GARRIDO, J.**, (1987: 21): *“La estimulación precoz está pensada para mejorar o prevenir probables déficits del desarrollo en niños, ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, infecciosas...etc., como ambientales o sociales, y que afectan psíquica, física o sensorialmente. Se pone en marcha los primeros días de vida y abarcan los primeros años.”*



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- **IMERSO**, (1989:118): *“La atención precoz son los tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento, durante los primeros años de su vida están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla.”*

- **VIDAL LUCENA**, (1990: 118): *“La atención temprana es la educación sistemática de la primera infancia, necesaria a toda la población infantil de cero a tres años, ya que es en este período de vida tan importante en el que aparecen adquisiciones básicas fundamentales, que no deben quedar dirigidas exclusivamente al azar, o a la estimulación natural, pues éstas no aseguran que el niño tenga las oportunidades precisas y suficientes que le permitan un sano y positivo desarrollo, ya no solo se refiere a un tratamiento global y específico a niños deficientes o con probabilidad de serlo.”*

- **SORIANO, V.** (1999: 11); *“El concepto de intervención temprana tiene en cuenta dos aspectos estrechamente relacionados: la edad del niño y la actividad en sí misma. Ésta puede comenzar en el momento del nacimiento o en los primeros años de vida, en cualquier caso antes de la escolarización. Podemos considerar la intervención temprana como el conjunto de aquellas medidas e intervenciones destinadas al niño y su familia, con el objetivo de satisfacer las necesidades especiales de niños que muestran algún grado de retraso en su desarrollo, o niños que corren el riesgo de llegar a esa situación.”*

- **GUÍA REGIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE MURCIA**, (1996: 9): *“La atención temprana es un concepto muy difícil de definir, ya que comprende una serie de actividades que tienen que ver con la estimulación y el entrenamiento de los niños. Para algunos autores, la AT es un período de intervención sistemática que se lleva a cabo en los primeros años de la vida. La AT se contempla así como un término general usado para describir programas para niños que presentan algún problema en su desarrollo, y hace referencia a tratamientos educativos o terapéuticos diseñados para prevenir o para mejorar posibles alteraciones.”*

- **FEAPS**, (2000: 24): *“Atención temprana es el conjunto de acciones coordinadas con carácter global e interdisciplinar, planificadas de forma sistemática y dirigidas al niño de 0 a 6 años con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas, a su familia y a su entorno. Estas acciones, preventivas y/o asistenciales, estarán encaminadas a facilitar su evolución en todas las facetas, respetando el propio ritmo y fundamentando la intervención en los aspectos relacionales, lúdicos y funcionales.”*

Tras ver estas definiciones, hay aspectos que serían importantes destacar:

En primer lugar, debemos hacer referencia al término utilizado. En la década de los 70 la terminología utilizada era la *“estimulación”*, existiendo diferencias en la elección del término *“precoz”* o *“temprana”*. Algunos investigadores sugerían la utilización de *“temprana”* en lugar de *“precoz”* porque la primera sugería un apresuramiento en el curso normal del desarrollo del individuo. Es a finales de los 80 y principio de los 90 cuando comienza a utilizarse el término de *“atención temprana (o precoz)”*, y a mediados de los 90 comienza a coexistir con dicho término el de *“intervención temprana”*, pero siendo éste menos utilizado que el primero. Según FEAPS, *“el término Atención temprana parece más genérico, más integrador y global e indica la evolución hacia una intervención cada vez más cualitativa”* (2000: 22).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

En segundo lugar habría que destacar que en las primeras definiciones se hablaba de niño en general, e incluso de sujeto y no se hacía referencia a la edad en la que se debía producir esta estimulación. Es a principio de los 90 cuando se comienza a mencionar la edad, que en ese momento se marcó de 0 a 3 años. A finales de esta década, principios de 2000, se fija la edad a la que está destinada la Atención Temprana en 0-6 años.

Por último, otra característica que debemos destacar es la total ausencia de la familia en los primeros años de estudio. En las primeras definiciones la familia juega un papel nulo, sólo se centran en el niño, dejando totalmente olvidado su contexto social. A principio de los 80 la familia comienza a tener un papel importante, incluso a veces central, como podemos ver en la definición de ABADI (1982:116) (*“la atención temprana es un amplio grupo de acciones, dirigida a la familia...”*), y de igual forma se comienza a tener en cuenta más agentes que influyen directamente en el desarrollo del niño; cuidadores, profesores, compañeros, etc. Comienzan a ser importantes los factores ambientales.

3. ¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA?

A nivel mundial, España se ha visto influida por los equipos y publicaciones de varios países como son los EE.UU., Argentina y Uruguay.

Investigadores a destacar de Estados Unidos serían la Dra. Valentine Dmitriev y algunos de sus colaboradores, los cuales se basaban en las teorías de Skinner y en la idea del desarrollo secuencial.

De Uruguay destaca los trabajos de la profesora Eloísa García Etchegoyhen de Lorenzo y sus colaboradores, los cuales daban una especial importancia a la relación madre-niño dentro del contexto familiar. Dicha profesora fue quien creó en Uruguay (1963) la primera clínica oficial de diagnóstico, orientación y ayuda en el hogar para niños preescolares con retardo mental.

De Argentina tenemos los trabajos dirigidos por Lydia F. de Coriat, junto a otros investigadores como Bernabé cantlon, Ana María Fiondella y Nera B. de Weber. Todos ellos interesados por la maduración normal y anormal del lactante y por el conocimiento de los reflejos.

Hay otros países que también se han dedicado al estudio de la atención temprana, pero que no han sido tan relevantes como los anteriores. Sin embargo, destacamos a Emilio Ribes, de Méjico, responsable de un proyecto de investigación sobre estimulación lingüística temprana; Mónica Oteen, de Suecia, nombrada Doctor Honoris causa en 1976 por sus trabajos pioneros en estimulación y sus publicaciones; las publicaciones de Gisela Chatelanat, etc.

A nivel nacional la atención temprana en España no tuvo un comienzo fácil, el conocimiento que se tenía era más bien escaso, restringido y muy limitado. Uno de los organismos oficiales pionero en este tema fue el IMSERSO y las capitales en las que se comenzó a trabajar la estimulación temprana, se limitaban a Madrid y Barcelona.

Fue en la capital española donde se celebró por primera vez las primeras *Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz* (junio de 1979) y a partir de aquí este tema comenzó a cobrar



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

mayor importancia. Sin embargo su desarrollo comenzó siendo bastante lento, en comparación con los países anteriormente mencionados.

En 1980, M. C. Cabrera y C. Sánchez Palacios denunciaron los escasos medios materiales con los que se contaba en el país para atender a la población infantil y pedían a los organismos oficiales que se hiciera cargo de los costes que conllevaba la práctica de la estimulación temprana.

Según Salvador Garrido *“la responsabilidad a nivel estatal del desarrollo de las técnicas de estimulación precoz se enmarcaba dentro del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. El organismo que tenía competencia al respecto fue el SEREM, y tras su desaparición pasó a serlo el INSERSO”* (1987:12).

Gracias a este organismo ya desaparecido, se crearon la mayoría de los centros que existen en la actualidad, pues éste contribuyó con importantes subvenciones.

En cuanto a la legislación, fue el 26 de febrero de 1980 cuando se hizo pública la resolución del INSERSO que aprobaba el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales y en la que aparecía la subsección primera dedicada a “Tratamientos de Estimulación Precoz”. Gracias a este reconocimiento legal, comenzó a expandirse la estimulación precoz por el resto de España y a crearse los “Servicios de Atención Precoz” en nueve provincias españolas (1979): Álava, Baleares, Burgos, Córdoba, Madrid, Pamplona, Segovia, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife.

Alonso Seco (1981) describía el Plan de actuación de estos Servicios, que hacía referencia a los siguientes aspectos: Principios básicos que rigen sus actuaciones; beneficiarios; ámbito de actuación; metodología en la atención de los casos: Exploración y diagnóstico y elaboración de programa de tratamiento; acciones con la familia, encuentros de padres, acciones en dinámica familiar, participación de la familia en el Programa de tratamiento del niño; formación permanente; sistemas de evaluación.

Estos Servicios de Atención Precoz tenían un marcado carácter integral.

A partir de 1983 dichos servicios se integran en los Centros Base, lo que conlleva a que su consolidación dependa directamente de las distintas Comunidades Autónomas.

4. ¿CUÁL ES LA FINALIDAD DE LA ATENCIÓN TEMPRANA?

Existen diferencias en la formulación de objetivos, según la época en la que nos encontremos. Algunos ejemplos son;

SALVADOR, J.: *“La finalidad de la estimulación precoz es intervenir lo más tempranamente posible en el desarrollo de cualquier bebé por mínimamente afectado que esté para mejorar en lo posible el probable resultado que de otro modo cabría esperar antes, cuando no se tomaban estas medidas”* (1987: 24).

GAT: *“El objetivo de la estimulación temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su*



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

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” (2000: 12).

Un documento que recoge también los objetivos de la Atención temprana es el LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA, (2000:12). Estos son:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso de desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

5. ¿A QUÉ POBLACIÓN VA DIRIGIDA?

De forma general la atención temprana va dirigida a niños de 0 a 6 años de edad (hay autores que opinan que incluso, puede empezar antes del nacimiento, como es el caso de las discapacidades reconocibles en la etapa prenatal, como por ejemplo el Síndrome de Down), que presenten alguna deficiencia o retraso, o riesgo de padecerlo. Son lo que se conoce como niños de alto riesgo. “*El concepto de riesgo hace referencia a la probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento no deseado*”, como nos explican en la Dirección General de Bienestar Social de Murcia (1996: 10). Asimismo nos informan que esto no supone una situación de condena, sino más bien de precaución.

La población de niños de alto riesgo la podemos dividir en dos categorías:

- **Niños de alto riesgo biológico:** son los que presentan posibles lesiones cerebrales con secuelas conductuales o neuroevolutivas negativas a largo plazo. En este grupo estarían incluidos los niños de bajo peso al nacer, los niños con asfixia perinatal, niños que han sufrido meningitis, encefalitis, niños que han sufrido traumatismo craneo-encefálicos, niños afectados por cromosopatías, embriopatías, fenopatías, metabolopatías, etc.

Sería importante aclarar que por el hecho de que aparezca alguno de estos factores, esto no quiere decir que se vaya a producir con seguridad un retraso madurativo.

- **Niños de alto riesgo socio-ambiental:** son los que están inmersos en un ambiente socio-económico, o incluso cultural, de bajo nivel. Estos son por ejemplo hijos de familias pobres, de padres deficientes, de padres jóvenes, alcohólicos o drogodependientes, hijos pertenecientes a determinadas etnias o grupos más desfavorecidos con costumbres religiosas o culturales muy cerradas, niños



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

pertencientes a familias desestructuradas o problemáticas, etc. En definitiva, niños que están rodeados de un ambiente que no es el más idóneo para su desarrollo.

También debemos tener en cuenta otros niveles de riesgo que son más de nuestro tiempo, así como, los cambios demográficos: madre que trabaja fuera de casa y debe dejar a su hijo a cargo de algún familiar o persona extraña a la familia (“canguro”), lo que conlleva a que el niño tenga diferentes modos de crianza; familias desestructuradas, con malas relaciones entre los padres y que influyen directamente en el desarrollo psico-social del niño (por ejemplo, cuando el padre o la madre le comenta cosas del otro para ponerlo en su contra); el tamaño de las familias es menor (pueden aparecer conductas sobreprotectoras en algunos casos); los padres pasan menos tiempo con sus hijos, etc.

Estos niños son los que suelen presentar problemas en su desarrollo sin que exista una causa aparente, por ello se debe examinar al niño en su total globalidad.

6. ¿CUÁLES SON LOS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN?

“Los servicios de intervención temprana existentes en España y el resto de Europa fueron establecidos sobre la base de una serie de disposiciones legales relativas a la educación, sanidad o servicios sociales. Y éstas marcan los criterios de funcionamiento de las instituciones, la organización y el papel a desempeñar por los servicios, así como los derechos de la familia”, nos cuenta Victoria Soriano (2000: 23).

Sin embargo, en el Libro Blanco de la Atención Temprana (2003), se nos presentan cuatro ámbitos diferentes:

6.1 Centros de desarrollo infantil y de atención temprana

Estos centros son servicios autónomos y que atienden a niños de 0-6 años con algún trastorno o a niños de alto riesgo. El objetivo principal de estos centros es *“proporcionar la atención que precisan todos los niños que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo, o que están en una situación de alto riesgo biológico, psicológico o social”* (GAT, 2000: 21).

Los centros de atención temprana no trabajan de forma individual, sino que están articulados con otros servicios o centros (salud mental infantil, centros de rehabilitación de trastornos motrices o de personas con deficiencia auditiva o visual). Por lo general, los CDIAT están ubicados en zonas de fácil acceso a la familia y cercanos a otros servicios de atención temprana, para así favorecer la relación entre los diferentes profesionales. Estos centros son multiprofesionales y abarcan tanto los aspectos intrapersonales (propios de la persona) como los interpersonales (el entorno del niño).

En los CDIAT se pone en práctica la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.

“Se entiende por prevención primaria todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad o trastorno en una determinada población, reduciendo de este modo el riesgo de que aparezcan nuevos casos” (SALVADOR, J., 1987:56).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

En este punto es fundamental el control del embarazo. Por ello es muy importante que la futura madre sea informada de todo lo que es perjudicial o favorable durante su periodo de gestación, así como son; los hábitos alimenticios, el consumo de fármacos o vacunas, el uso de sustancias tóxicas, la práctica de ejercicio físico, etc.

En cambio, *“la prevención secundaria es todo aquello cuyo objetivo consista en disminuir la existencia de una enfermedad en una población reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo posible”* (SALVADOR, J., 1987: 61).

En este tipo de prevención es muy importante que a los recién nacidos se les hagan análisis generalizados para detectar cuanto antes posibles anomalías.

Y por último, la prevención terciaria es la que se practica cuando ya está presente alguna discapacidad, enfermedad o trastorno y se trata de evitar que empeoren las consecuencias de dichas anomalías.

“La prevención terciaria comprende todos los aspectos de rehabilitación o habilitación así como los de integración y/o reinserción social. Es aquí donde se ubican plenamente las técnicas de estimulación precoz” (SALVADOR, J., 1987: 71).

6.2 Servicios sanitarios

“Estos servicios llevan a cabo un modelo rehabilitador de intervenciones dirigidas generalmente a la atención de los síntomas patológicos, sin perspectiva de globalidad y con objetivos solamente curativos” (FEAPS, 2003: 21).

Sin embargo debemos tener en cuenta que poco a poco se está teniendo mayor interés por los factores evolutivos del niño.

Dentro de los servicios sanitarios nos encontramos con varias unidades;

- servicios de neonatología:

Este servicio realiza una labor de prevención primaria al evitar la aparición de deficiencias en niños atendidos, pero también secundaria al realizarse la detección y diagnóstico de condiciones patológicas, aparecidas en el nacimiento.

- Unidades de seguimiento madurativo o de desarrollo:

Al igual que el servicio anterior, éste también se encuadra dentro de la prevención primaria (información a los padres) y secundaria.

“El programa de seguimiento facilita la detección temprana de los trastornos de desarrollo mediante controles periódicos que se realizan y permite conocer las necesidades de cada familia precozmente, orientándolas adecuadamente” (GAT, 2003: 28).

- Pediatría en atención primaria:

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el pediatra es un agente fundamental en el tratamiento del niño, pues éste lo conoce desde su nacimiento, por lo cual, al conocer ampliamente su historia, debería favorecer la coordinación con el resto de servicios de atención temprana.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

- Servicios de neuropediatría:

El neuropediatra es una figura clave en la atención temprana. Éste establece el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo. Además de realizar servicios de consulta y de apoyo, siempre con una participación directa.

- Servicios de rehabilitación infantil:

Este servicio se encarga de la recuperación de las secuelas ortopédicas, traumáticas y neurológicas, así como de dar respuesta a las necesidades de integración de estas personas. En especial, recibe gran importancia el área de fisioterapia, llegando a ser un tratamiento fundamental en muchos trastornos y patologías, y en los que si se realiza realmente de manera precoz, se pueden obtener resultados muy positivos.

- Servicios de salud mental:

La actuación de esta unidad se basa en la intervención individual con el niño o en pequeño grupo, la intervención con la familia, informándola y orientándola en lo que respecta al trastorno de su hijo, y en la coordinación con otros profesionales.

Además de estos cinco servicios, existen otras especialidades médicas como son la oftalmología, otorrinolaringología, cirugía ortopédica, radiología, neurofisiología, bioquímica y genética.

6.3 Servicios sociales

Según Fernández Brito (1996: 29), *“el objetivo fundamental de los servicios sociales es garantizar, en igualdad de condiciones, el acceso de todos los ciudadanos a las diversas prestaciones y recursos sociales existentes en el ámbito de actuación del centro”*.

Los Servicios Sociales tienen encomendadas varias funciones, pero sin duda su función principal es la de desarrollar las prestaciones básicas, que son:

- Informar y orientar: en este servicio se orienta sobre los derechos y recursos sociales existentes y se asesora para la resolución de problemas concretos.

- Apoyo a la unidad convivencial y ayuda a domicilio: se trata de una serie de actuaciones a las personas y familias en su propio domicilio.

- Alojamiento alternativo: se ofrece a personas carentes de un clima familiar adecuado.

- Prevención e inserción social: estas prestaciones son las que están más relacionadas con la atención temprana, pues van dirigidas a personas y colectivos en situaciones de riesgo o marginación social con el objetivo de prevenir los problemas que puedan aparecer.

6.4 Servicios educativos

A partir de la LOGSE, la educación infantil se convierte e el primer nivel del sistema educativo, dividido en dos ciclos; 0-3, 0-6 años. A partir de entonces se establecen unos objetivos que contribuyen al desarrollo afectivo, físico, social y moral del niño.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 37 – DICIEMBRE DE 2010

Por tanto, la educación en estas edades se aleja de la función de guarda y de asistencia social a las familias, para convertir a las escuelas infantiles en lugares en los que se pueden prevenir posibles retrasos en el desarrollo. Para la detección de estos posibles retrasos se contará no solo con el profesor sino también con el equipo psicopedagógico, que son los encargados de hacer la evaluación del niño, y de esta evaluación se derivarán las futuras acciones.

En todo este proceso juegan un papel fundamental los equipos psicopedagógicos, “éstos son un elemento esencial para la integración, ofrecen ayuda directa tanto al niño como al profesor y coordinan la diferentes intervenciones que puedan necesitar los niños” (GAT, 2003: 35).


Los alumnos con N. E. E desarrollan al máximo sus capacidades en los centro de educación infantil, y en éstos no solo se tiene en cuenta el aspecto intelectual, sino también el afectivo y el social. Y esto se debe, en parte, a la relación y coordinación entre los Centros de Desarrollo infantil, de Atención Temprana y de la propia escuela infantil.

7. CONCLUSIÓN


Como hemos podido comprobar a lo largo de este artículo, la atención temprana ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas, tanto a nivel conceptual, como de actuación. Se ha pasado de un trabajo individual a un trabajo en equipo de forma coordinada e interdisciplinar, centrado no solo en el niño, sino también en su familia.


La atención temprana es un campo de actuación e investigación que cada día tiene más importancia, ya que sus resultados reafirman las mejoras en el desarrollo de los niños implicados.


8. BIBLIOGRAFIA

 **CABRERA, C. Y PALACIOS, C.** (1990): *Estimulación precoz: Un Enfoque Práctico*. Madrid: Siglo XXI.

 **GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA** (2003): *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

 **SALVADOR, J.** (1987): *La Estimulación Precoz en la Educación Especial*. Barcelona: CEAC.

 **SORIANO, V (Dir.)** (1999): *Intervención Temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo y la Educación Especial. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías, Madrid.

 **VV. AA.** (2000): *Atención Temprana- Orientaciones para la Calidad*. Manuales de Buena Práctica. FEAPS.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Mónica Benito Valderas
- Centro, localidad, provincia: Chiclana (Cádiz)
- E-mail: mbvalderas@yahoo.es