

# Panorama de la intervención temprana en Canarias

.....  
*Ana María Torrecillas Martín*

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## RESUMEN

Este artículo expone el panorama de la Atención Temprana en Canarias y comenta algunos recursos existentes en la Península de los que no disponemos en nuestro Archipiélago. Para este trabajo nos pusimos en contacto con diversos profesionales e instituciones de la Atención Temprana en las distintas islas. El resultado de la búsqueda en la que nos enfrascamos fue arduo, ya que a medida que recabábamos información y dado lo diverso de los recursos existentes, y el diferente modo de intervención, fuimos constatando, por un lado, la necesidad de delimitar conceptualmente lo que entendíamos por Atención Temprana (AT) y en qué sentido este término tenía algo que ver con la tradicional denominación de Estimulación Precoz (EP). Por otro lado, también vimos la necesidad de realizar una mirada retrospectiva que nos explicara cómo y cuándo surgía en nuestro país y en nuestro entorno este tipo de intervención, para comprender cuál era su estado actual y cuál era el futuro de la AT. Igualmente revisamos el papel de las instituciones implicadas en la atención a los menores en situación de riesgo de discapacidad, tanto desde los servicios sociales como sanitarios y educativos, y, por último, concretamos cuál es el estado actual de los recursos actuales en nuestras islas.

## ABSTRACT

In the present paper, an analysis is made of the Early Intervention in the Canaries. This paper also reports on some resources which are available in the mainland but are not to be found in Canary Islands. To get all the needed information, we got in touch with the people and institutions involved in Early Intervention in each island, which turned out to be a very hard task. In the process of getting all this information, due to the diversity of the available sources and also of the different ways of intervention, we became aware of the need to define the concept of Early Intervention and also the way this concept is related to the traditional concept of Early Stimulation. Besides, we also became aware of the need to make a brief historical outline, specifying when and how Early Intervention came into being in our country and in our environment. This historical outline was needed to be able to get a better view of the present situation and the future development of the Early Intervention. Likewise we studied the role played by the institutions involved in the care of handicapped children: social and educational services, and medical attention. Finally we conclude with a brief summary of the resources available in the Canaries.

## Delimitación conceptual

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 tipo de intervención sistemática que se lleva a cabo en los primeros años de la vida; el mayor énfasis del tratamiento se pone en el niño; se trata, en último término, de proporcionar actividades adecuadas a los niños con problemas evolutivos con el fin de mejorar, en la medida de lo posible, sus niveles madurativos en las distintas áreas. De ahí que la mayoría de los programas de AT hayan utilizado preferentemente métodos conductuales estructurados para enseñar a los niños habilidades nuevas.

Sin embargo, las intervenciones realizadas en los primeros años son algo más que las acciones educativas o conductuales específicas. Los nuevos planteamientos en Psicología del Desarrollo han modificado esta perspectiva de los programas de AT; así por ejemplo, recientes investigaciones en el campo de la intervención temprana están poniendo de manifiesto que en los primeros meses de vida no es tan necesario el simple entrenamiento sensoriomotor, sino que hay que tener muy en cuenta otros aspectos más ecológicos y de gran importancia, como son todos aquellos relacionados con el entorno ambiental, los recursos familiares y las características psicológicas de los que rodean al niño, el ajuste marital, el estrés de los padres, los patrones de interacción, los aspectos relacionados con la salud del niño, etc.

Por todo ello, es natural que el concepto de AT esté cambiando, al igual que los parámetros teóricos sobre los que se sustenta. En conclusión, podemos definirla como una atención global prestada al niño y a su familia en los primeros meses o años de vida. Esta atención consiste en un tratamiento psicoeducativo, además de una intervención social y sanitaria, a la vez que de la puesta en marcha de los servicios comunitarios para influir directa e indirectamente en el funcionamiento de los padres, de la familia y del propio niño.

En suma, los programas de AT deben tener en cuenta a la familia del niño deficiente o de alto riesgo, más de lo que hasta ahora se ha venido haciendo. Debe tenerse en cuenta a los padres y hermanos de una forma más intencional y no tan indirecta, atendiendo a su ajuste a la nueva situación y proporcionándoles el apoyo necesario para educar al niño de una forma autónoma y sin que desarrollen formas viciadas de relación que serán de difícil modificación a largo plazo.

Esto es complejo, porque podemos pensar en la intervención de muchos profesionales distintos, cada uno tratando de dar solución a un problema diferente. Sin embargo, esta óptica es errónea sin una intervención multidisciplinar coordinada y jerarquizada, siendo uno sólo de estos profesionales el que se relacione con el niño y con la familia, apoyado por los conocimientos y recursos que los otros ofrezcan y que son concretos para cada caso y en cada momento. De lo contrario, la intervención de diversos profesionales que actúan aisladamente, como frecuentemente ocurre, no hace más que

generar estrés en los padres y problemas añadidos en el niño. Entendemos, pues, que la AT es una atención globalizada sobre todas las áreas del desarrollo del niño (motor, cognitivo, de comunicación y social) y no exclusivamente sobre una, aunque sea ésta la más afectada.

El término “precoz”, utilizado tradicionalmente, hace referencia a aquella intervención realizada antes de que se manifieste un problema, cuya probabilidad de aparición es elevada, dados unos antecedentes de riesgo. También está relacionado este término con el concepto de “periodo crítico” definido por el etólogo Conrad Lorenz, que lo utilizaba para explicar cómo algunas especies de animales tenían ciertos momentos álgidos para realizar ciertos aprendizajes o conductas, pasados los cuales estos aprendizajes no eran ya posibles. Hoy sabemos que los periodos críticos, “periodos sensibles” o “ventanas” según algunos autores, para las complejas conductas humanas (lenguaje, apego, etc.) no son tan breves y determinados como los de otras especies animales.

Lo que sí está cada vez más demostrado es la capacidad del niño para aprender a edades cada vez más tempranas. Desde este punto de vista, la enseñanza de la escuela no es la primera situación de aprendizaje en la que el niño se ve envuelto, pues desde el nacimiento está aprendiendo con tanta rapidez y en tanta cantidad que podría equipararse con el veloz crecimiento físico que se produce a estas edades, si lo comparamos con el que se da en años posteriores.

A efectos de denominación, vemos cómo el término de AT tiene un carácter más global de la intervención que el de Estimulación Precoz, que parece sólo referirse al niño y se centra en la causa de la vulnerabilidad del sistema nervioso para aprender en esos periodos críticos. Sin embargo, en la práctica profesional de nuestro entorno, el término más comúnmente utilizado es este último, y ello no supone que esta intervención se centre exclusivamente en el niño prescindiendo de otros elementos relacionados. En el ámbito anglosajón, este tratamiento se denomina “Early Intervention” (Intervención Temprana).

Llegados a este punto, hemos de preguntarnos: ¿qué niños son susceptibles de beneficiarse de un programa de AT? Evidentemente todos. Pero si bien en la mayoría de los niños los primeros aprendizajes se producen espontáneamente y en el seno de la familia, en el caso de los niños de riesgo esto no sucede así. Por ello, hemos de considerar aquí varios grupos de niños a los que resulta especialmente beneficioso este tipo de intervención:

En primer lugar, niños que han experimentado unos acontecimientos desencadenantes de posibles lesiones cerebrales con secuelas conductuales o neuroevolutivas a largo plazo. Con el avance de la ciencia, y como consecuencia de haber mejorado los cuidados neonatales, ha disminuido la mortalidad infantil en esta época, pero se ha incrementado el número de niños salvados que quedan con secuelas de este tipo.

En segundo lugar, niños con una patología genética evidente desde el nacimiento, cuyo pronóstico incida en un retraso mental más o menos significativo.

En tercer lugar, niños de alto riesgo ambiental en los que incidan variables de pobreza socioeconómica, cultural, de salud mental de los padres, alcoholismo, drogadicción,

etc. Es cierto que estos factores, de modo aislado, no tienen por qué producir disfunciones en los niños, pero sí hay que decir, como han demostrado algunos autores, que es la combinación de algunos de ellos los que sí son desencadenantes de una situación peligrosa para el niño.

En cuarto lugar, niños que de forma adquirida o hereditaria presentan un déficit perceptivo, de tipo visual o auditivo. Estos déficits pueden presentarse con o sin afectación de otras áreas, pero es cada vez más frecuente encontrar deficiencias asociadas.

Por último, hay un grupo de niños que presentan lo que podríamos llamar “una patología no evidente”. Son niños de corta edad que presentan problemas en su desarrollo por causas no justificadas, impidiéndoles un normal desenvolvimiento en tareas rutinarias. Estos problemas también repercuten en las familias que no saben cómo abordar la aparición de estos problemas inesperados. Con frecuencia los profesionales hemos observado que estos problemas sin causa aparente actúan como el fenómeno “bola de nieve” en el curso del desarrollo: han ido creciendo con el paso de los años cuando no se ha hecho una detección e intervención temprana (podríamos decir que son los signos tempranos de síntomas que posteriormente se manifiestan).

## Antecedentes

Remontándonos ahora a la historia de la Estimulación Precoz, hemos de señalar que las primeras experiencias sistemáticas conocidas aparecen en torno a los años 50 en Inglaterra y Suecia con niños sordos. En los años 60, en EE.UU. aparecieron los programas Head Start, destinados sobre todo a paliar los retrasos de causa socio-ambiental en colectivos étnicos desfavorecidos, que pronto se extenderían a sujetos discapacitados. En concreto, los programas Head Start generaron gran cantidad de investigaciones relativas al currículo en preescolar y al seguimiento del mismo.

En nuestro país, las primeras experiencias en Estimulación Temprana aparecen a finales de los 70 y principios de los 80, de la mano de instituciones públicas como el INSERSO, con la creación de la red de Centros Base de Atención a Minusválidos (antes llamados SEREM: Servicio de Rehabilitación de Minusválidos) en todas las provincias españolas, y paralelamente otras instituciones, como la Clínica Universitaria de Pamplona con su Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz (U.P.E.P.), el Departamento de Rehabilitación de la Cruz Roja dirigido por el Dr. González Más, el equipo de la Sociedad Española de Rehabilitación (S.E.R.) dirigido por el Dr. Pérez de Heredia y el centro de Educación Especial de dependencia privada El Pelouro.

Todas aquellas experiencias fueron la antesala de otras experiencias y leyes, inspiradas a su vez por una corriente filosófica proveniente de los países nórdicos cuyos presupuestos eran los de proporcionar a las personas minusválidas unos servicios NORMALIZADOS, SECTORIZADOS e INDIVIDUALIZADOS a lo largo de todo el

ciclo vital, es decir, desde el nacimiento, durante el periodo escolar y después de la escuela, ya en la edad adulta.

Un papel muy importante es desempeñado por la PREVENCIÓN de la deficiencia que inspira muchas actuaciones con la población infantil, en nuestro país. Tales son los programas de carácter sanitario, como la aplicación de un calendario de vacunaciones gratuito y obligatorio para toda la población, la detección precoz en el recién nacido, a través de análisis de sangre, de ciertos tipos de trastornos metabólicos que provocan deficiencia, o con la aplicación de programas habilitadores como los de AT, que tratan de paliar las secuelas de las deficiencias mentales aparecidas tempranamente o, en el mejor de los casos, la desaparición de éstas teniendo en cuenta el carácter moldeable y plástico del sistema nervioso. Por otro lado, ya a nivel educativo, la normalización se refleja allá por los años 85, en las recientes experiencias de integración escolar en entornos lo menos restrictivos posible y, por último, durante la vida adulta, la normalización se expresa en la integración laboral del minusválido, con medidas legales que incentivan y obligan a las empresas a aumentar el cupo de puestos de trabajo destinados a minusválidos, etc. En suma, la NORMALIZACIÓN implica la aplicación de medidas que favorezcan el que los sujetos con deficiencias puedan llevar una vida lo más semejante posible al resto de la población.

### **Instituciones implicadas en la atención temprana a los niños discapacitados**

Al hablar de las instituciones que tendrían la responsabilidad de la AT de los niños con discapacidad, hemos de mencionar que la primera institución responsable del cuidado de los niños es LA FAMILIA. La primera y más estable atención educativa es patrimonio de ella; la familia educa de una manera informal, sin proponérselo, proporcionándole al niño experiencias vitales únicas con un marcado carácter afectivo y emocional, guía sus aprendizajes y se adecua a las necesidades cambiantes del niño de una forma totalmente espontánea. En este momento es cuando procede la AT, cuya misión, como ya hemos expuesto, es la de mejorar no sólo las capacidades de desarrollo del niño, sino también la de intervenir sobre la familia, modificando patrones de interacción inadecuados provocados por la discapacidad, propiciando un mejor ajuste familiar y la aceptación del problema, entre otros.

La segunda institución responsable es LA ESCUELA. Sus objetivos son los de conseguir del niño que aprenda a interactuar con los iguales, que adquiera unos comportamientos adaptados a la dinámica escolar y al grupo-clase y, por último, que adquiera unos aprendizajes instrumentales que le posibiliten más tarde el acceso a la cultura científica. Para ello, por una cuestión filosófica y organizativa (espacios, horarios, atención a grupos), se excluye a la familia que es la que proporciona al niño el modelo interac-

tivo más estable por excelencia. Por otro lado, el marco temporal con carácter obligatorio en que incide la escuela es a partir de los 6 años. Por último, dada la educación en grupos, se prescinde de ese carácter individualizado y peculiar que requiere la intervención en la discapacidad.

Con frecuencia la oferta educativa a edades cada vez más tempranas resulta beneficiosa, pues compensa las deficiencias de origen sociocultural, pero, por otro lado, favorece el que muchas familias deleguen en la escuela la educación de los hijos, privándoles de su beneficiosa intervención.

En tercer lugar, desde las instituciones SANITARIAS, las intervenciones rehabilitadoras carecen de carácter preventivo. Se interviene en el sujeto cuando la patología está instaurada y ya es evidente, perdiéndose un tiempo anterior muy valioso. Por otro lado, las distintas terapias que ofrecen los servicios sanitarios utilizan una metodología frecuentemente parcializada e inconexa, parten de una visión reduccionista y organicista del individuo en la que sólo cuenta ese aspecto deficitario del sujeto y no sus deseos o el ambiente donde se desenvuelve.

Para concluir, han sido los SERVICIOS SOCIALES los que, contemplando a la persona discapacitada como un ser total e indivisible, han propiciado, difundido y mantenido programas como los de AT. No obstante, ésta es una realidad que está en proceso de cambio, de modo que desde las instituciones educativas ya se empiezan a organizar equipos psicopedagógicos de AT, dirigidos a los alumnos escolarizados en la etapa de educación infantil (BOE del 13 de mayo de 1996), práctica no extendida a todo el territorio nacional u otras experiencias educativas en los ámbitos hospitalarios para niños que pasan grandes temporadas en ellos ( en nuestra comunidad se recoge de forma reciente en la orden de 9 de abril de 1997 de la Consejería de Educación, BOC nº 53), etc.

Una forma de organización de los servicios de AT, que a nuestro juicio parecería adecuada, sería la de ubicar unidades en estos tres ámbitos a los que hemos hecho referencia: en primer lugar, en los hospitales maternos, de modo que se atienda a los niños nacidos bajo una situación de riesgo que deben pasar los primeros meses de su vida en esta situación hospitalaria, incluyendo por supuesto la atención a sus familias. Su ubicación podría estar en las unidades de neurología pediátrica, neonatología o pediatría. Este servicio sería el encargado de hacer seguimientos periódicos de aquella situación problemática inicial y de su tratamiento preventivo. En segundo lugar, en los Centros Bases de Atención a Minusválidos, pertenecientes a los Servicios Sociales (como hasta ahora se ha venido haciendo) y, en tercer lugar, en las escuelas, para los niños ya escolarizados en la etapa infantil, al modo de los Equipos Psicopedagógicos específicos de Atención Temprana diseñados por el MEC en el año 96, pero con funciones no sólo orientativas y de detección, sino también de intervención terapéutica.

Ahora bien, encontramos que los servicios de A.T. han ido aumentando obedeciendo a un criterio de sectorización más que de otro tipo.

## Servicios de Atención Temprana en la actualidad

Con el paso del tiempo, la red estatal de servicios sociales se ha ido transfiriendo y extendiendo a instituciones de ámbito autonómico, provincial o municipal. Tal es el caso de las diputaciones provinciales o cabildos insulares en el caso de Canarias. Esto ha hecho llegar la gestión, administración y la prestación de servicios de una manera más próxima a los ciudadanos; pero a la vez ha contribuido a diferenciar significativamente la disposición de recursos, siendo abundantes y variados en algunas zonas y más pobres o inexistentes en otras.

La infraestructura de los Centros Base de Atención a Minusválidos que tienen A.T. no es ya la única existente en la actualidad. Este tipo de programas está siendo asumido cada vez con mayor frecuencia por las asociaciones de padres con hijos con deficiencias diversas (ASPACE, APROSU, asociaciones de síndrome de Down, de deficientes visuales, etc.), por Centros de Educación Especial, siempre de carácter privado, bien dependientes de organizaciones religiosas o pertenecientes a asociaciones de padres, como veremos que ocurre en Baleares; en otras ocasiones, por los ayuntamientos, a través de las Concejalías de Servicios Sociales: en este caso, la oferta de estos programas dependerá de las demandas de los ciudadanos, de la política social de la mayoría gobernante o de la población residente. En el caso de los ayuntamientos pequeños, en los que el coste de estos servicios supera las posibilidades económicas de los mismos, se organiza la AT con carácter comarcal, ubicando el servicio en uno de ellos. Por último, encontramos organizaciones como la fundación ONCE, o la de La Sagrada Familia en la provincia de Las Palmas, que tienen un carácter mixto público y privado, en cuanto a titularidad y financiación. De modo que, con un sentido participativo, distintas administraciones contribuyen según su responsabilidad con estos servicios y para estos colectivos minoritarios.

Con el ánimo de dar una visión global de cómo están organizados los servicios de AT y sin llegar a ser exhaustivos, el proceso que hemos seguido, como ya dijimos, ha sido el de contactar con los profesionales que trabajan en esta área en el ámbito de organismos estatales, autonómicos, municipales y con aquéllos de carácter privado con subvenciones de organismos públicos, tales como Asociaciones de padres de Discapacitados, Centros de Educación Especial que prestan este tipo de tratamiento o Fundaciones cofinanciadas por dichos organismos públicos y privados de las que ya hemos hecho mención. De este modo, hemos recabado información de los siguientes centros:

### Provincia de Las Palmas:

Centro Base de Atención a Minusválidos de Las Palmas

Ayuntamiento de Agüimes

Ayuntamiento de Teror

Ayuntamiento de Galdar

Ayuntamiento de Telde

Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana  
Fundación Sagrada Familia  
Fundación ONCE  
Módulo Insular de Servicios Sociales de Fuerteventura  
Módulo Insular de Servicios Sociales de Lanzarote  
Asociación de padres de niños con Síndrome de Down (Las Palmas)  
Asociación de padres de niños con Parálisis Cerebral (ASPACE) (Las Palmas)

### **Provincia de Tenerife:**

Centro Base de Atención a Minusválidos de Tenerife.  
Ayuntamiento de Icod de Los Vinos  
Ayuntamiento de La Orotava  
Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma  
Ayuntamiento de Los Llanos de Aridane  
Módulo insular de Servicios Sociales de La Gomera  
Módulo insular de Servicios Sociales de El Hierro  
Módulo insular de Servicios Sociales de La Palma  
Asociación Síndrome de Down (Tenerife)  
Asociación San Lázaro Amor a los Niños  
Asociación Oroval

### **Algunos recursos fuera de Canarias:**

Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana (MEC)  
Centros de Educación Especial privados: Mater Misericordiae (Palma de Mallorca).

Exponemos a continuación tipos de centros y servicios que se prestan en ellos, titularidad, funciones, personal, número de casos atendidos y localización.

### **Centros Base de atención a minusválidos**

- **Definición:** son unidades administrativas y técnicas dedicadas a la valoración, calificación, orientación, prevención y tratamiento de las minusvalías. Este carácter preventivo hace que se priorice la atención a los menores de 6 años.
- Creados por el INSERSO y transferidos a numerosas Comunidades Autónomas (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales) (tal es el caso de Canarias).
- **Ámbito de actuación:** uno en cada provincia española (concretamente en Canarias, uno en Las Palmas y otro en Tenerife).
- **Personal:** equipos multidisciplinares compuestos por: psicólogos, médicos, trabajadores sociales, estimuladoras, logopedas, psicomotricistas, fisioterapeutas, técnicos de empleo, monitores ocupacionales y personal administrativo.



- Incluidas existen unidades de A.T. que tienen los siguientes tratamientos: Estimulación Precoz, Psicomotricidad, y Logopedia. Otros tratamientos rehabilitadores como fisioterapia o Talleres de formación, han sido asumidos por otras instituciones competentes: Sanidad, INEM.
- Este es el recurso más antiguo y de mayor estabilidad profesional y funcional en Canarias.

### Módulos insulares de servicios sociales

- Definición: son delegaciones en las islas menores de las diversas Direcciones Generales de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.
- Atienden a: menores, familia, minusválidos y tercera edad. En temas de minusvalías tienen las mismas funciones que los Centros Base: valoración, calificación y orientación de las minusvalías, asesoramiento técnico en la puesta en marcha de servicios de Cabildos o Asociaciones. Cabe destacar en nuestras islas el Módulo de Fuerteventura, que presta su colaboración directa en programas de AT a dichos organismos insulares.
- No hacen tratamiento de Atención Temprana u otros (salvo excepciones).
- Personal: dotación variable en cuanto al número de profesionales y la titulación de los mismos (juristas, trabajadores sociales, médicos, psicólogos). Pueden formar equipos multiprofesionales completos (Módulos de Fuerteventura y Lanzarote) o sólo algunos trabajadores a efectos de informar de recursos existentes y derivar a los C.B. de las islas mayores (Módulos de La Gomera, El Hierro y La Palma).

### Ayuntamientos con servicios de Atención Temprana

- Los ayuntamientos asumen cada vez más servicios a la comunidad: discapacidad, tercera edad, infancia y familia, escuelas infantiles.
- Tienen una organización de servicios que varía según los casos. Su fuente de financiación la constituye la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales a través de las distintas Direcciones Generales en base a proyectos o programas. La D. G. de Asuntos Sociales es la más frecuente (el INEM sólo en el ayuntamiento de Gáldar, en base a un programa de fomento del empleo).

#### Servicios que prestan para la atención a la discapacidad:

##### Mayores de 18 años

- Centros ocupacionales
- Talleres
- Viviendas tuteladas

##### Menores de 6 años

- Atención Temprana
- Tratamientos psicopedagógicos
- Escuelas y asociaciones de padres

La siguiente tabla muestra los ayuntamientos de nuestro archipiélago que realizan programas de AT (entre paréntesis el número de niños atendidos en el momento de confeccionar este artículo):

LAS PALMAS	TENERIFE	OTRAS ISLAS
Telde (22) Santa Lucía de Tirajana (13) Teror (15) Aguimes (13) Gáldar (5)	Icod de Los Vinos (18)	Frontera (Hiero) (4) Santa Cruz de La Palma (6) Cabildo de Fuerteventura (8)

### Asociaciones de padres que tienen servicios de Atención Temprana

- Funciones de las asociaciones: crean servicios acordes con las necesidades concretas de los asociados, tratando de derivarlos a la administración. Orientan a los asociados sobre servicios y derechos, gestionan y administran recursos provenientes de la administración. Negocian con ella.
- La estabilidad, la filosofía y los objetivos varían a lo largo del tiempo y frecuentemente funcionan a medio plazo, lo que supone un grave inconveniente que muchas veces les invalida como interlocutores con la administración. Esto se palía funcionando de modo confederado, pues ello les ayuda a compararse con otros y tener objetivos más a largo plazo, fuera de las necesidades inmediatas.
- Financiación: D.G. de Asuntos Sociales de las Comunidades Autónomas, otras consejerías o ministerios implicados y Cabildos.

### Asociaciones de nuestro archipiélago con servicios de Atención Temprana:

LAS PALMAS	TENERIFE
ASPACE Asociación síndrome de Down APROSU - LANZAROTE ONCE <sup>1</sup>	Asociación síndrome de Down Asociación San Lázaro Amor a los Niños Asociación Oroval (sur de Tenerife) ONCE

1 La ONCE no es una asociación de padres, pero sí una organización de afectados por discapacidad visual. Por ello, la citamos en este apartado. En la actualidad, la ONCE ha firmado convenios de colaboración con las consejerías de Educación de diferentes comunidades autónomas, y su personal conforma una parte de los equipos de orientación psicopedagógicos específicos de deficiencia visual, entre cuyos servicios está el de atención directa a menores no escolarizados en lo que se refiere a la estimulación visual.

## Centros específicos de educación especial (Baleares)

Cabe mencionar este recurso por ser una organización alternativa de la Atención Temprana con la que los canarios no contamos. Nos referimos a los CEE de titularidad privada. Concretamente citamos las experiencias de varios centros en Baleares: Mater Misericordiae, Juan XXIII, Joan Mesquida y el CEE de ASPACE.

- Titularidad: privada (religiosa o asociaciones de padres).
- Ofrece servicios a personas discapacitadas en diversos tramos de edad: 0 a 3 años, 3 a 6 años, 6 a 18, hasta los 20. Entre ellos están los de:
  - Escolaridad especial y formación profesional especial.
  - Vivienda tutelada (deficientes medios y ligeros), centro ocupacional.
  - Tratamientos ambulatorios de AT: (fisioterapia método VOJTA y tratamiento psicopedagógico diferenciado).
- Patologías atendidas: deficiencia severa, profunda y motóricos muy afectados.
- Financiación: concertados con el MEC los tramos de escolaridad obligatoria y con la D. G. de Acción Social (Consellería de la Presidencia de la C.A de Baleares) en los tramos de 0 a 3 años y de 18 en adelante.

## Equipos psicopedagógicos de Atención Temprana

Otro tipo de recurso con el que no contamos en Canarias son los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana. Sin embargo, sí contamos con equipos EOEPs Específicos para las deficiencias visuales, auditivas, motóricas y trastornos generalizados del desarrollo.

Estos equipos son frecuentes en el territorio MEC no transferido, pero también en algunas comunidades autónomas como Cataluña, etc. (BOE de 18/12/92 y de 13/5/96).

- Población a la que atienden: niños de 0 a 6 años escolarizados.
- Funciones:
  - Detección temprana de dificultades educativas especiales.
  - Valoración y asesoramiento psicopedagógico.
  - Coordinación con los recursos sociales, sanitarios y educativos existentes.
  - Información y orientación a padres y educadores.
  - Asesoramiento a Escuelas Infantiles en la elaboración de PEC y PCC.
  - Un grave inconveniente que tienen, a nuestro juicio, es que no hacen tratamiento directo de AT a los niños.

Para concluir este análisis hemos de destacar el protagonismo reciente que en la oferta de programas de AT tienen los ayuntamientos y la responsabilidad que asumen los Servicios Sociales de nuestra comunidad autónoma en cuanto a su financiación. Se

dispone también de un plan de ayudas públicas de los Servicios Sociales con carácter individual, tendente a subvencionar estos o similares tratamientos a personas necesitadas de los mismos a través de profesionales o entidades privadas. Por último, hemos de mencionar que el objetivo que tiene este artículo no es otro que el de hacer una reflexión sobre la Atención Temprana y el de difundir los recursos existentes en nuestro Archipiélago, colaborando tal vez a aclarar el panorama existente, hoy tan disperso. A ello puede contribuir una mejor organización de los profesionales del sector que favorezca la unificación conceptual, de procedimientos y de formación, lo que les capacitará para hacer propuestas de funcionamiento a las administraciones con el objeto de dar mayor coherencia a la prestación de estos programas.

*(El contenido de este artículo fue presentado en el ciclo de conferencias sobre "Educación - Integración", organizado por el Centro de Educación Especial San Juan de Dios de Las Palmas, celebrado en el mes de noviembre de 1997).*

## **Bibliografía**

- PÉREZ PEREIRA (1995). *Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo*. Madrid: Alianza.
- INSERSO (1983). *Actas del Simposio de Atención Precoz. 15, 16 y 17 de Diciembre de 1982*. Madrid.
- GURALNICK, M. J. y BENNETT, F.C. (1989). *Eficacia de una intervención Precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo*. Madrid: INSERSO.
- FUERTES ZURITA y PALMERO CHANA (1995). *Intervención Temprana*. En Verdugo (dir) Madrid: *Personas con discapacidad. Perspectivas psicológicas y rehabilitadoras*. pp. 925-967. Siglo XXI.
- VALERO J. (dir.) (1994). *Guía regional de Atención Temprana. Prevención de deficiencias en la población infantil de 0 a 6 años*. Murcia: D. G. de política Social y Familia de la C.A. de Murcia.
- B.O.E. nº 303 de 18/12/ 1992. MEC.
- B.O.E. nº 20 de 13/5/1996. Dirección General de Renovación Pedagógica.