

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN
Departamento de Didáctica y Organización Escolar



**ANÁLISIS DE UN MODELO DE SEGUIMIENTO EN
ATENCIÓN TEMPRANA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Jorge Pina Mulas

Bajo la dirección de la doctora:
Pilar Gútiez Cuevas

Madrid, 2007

ISBN: 978-84-669-3100-7

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR

FACULTAD DE EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

TESIS DOCTORAL

*“ANÁLISIS DE UN MODELO DE SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN
TEMPRANA”*

Doctorando: Jorge Pina Mulas

Directora: Pilar Gútiez Cuevas

Tutoras del Centro Base Maudes:

- Catalina Anta Rodríguez
- Socorro Puras Tellaeché
- Victoria Fernández Madriñán

Madrid, Noviembre de 2006

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento:

A mi padre. Por su ejemplo constante de realizar un trabajo bien hecho, aun a costa de realizar innumerables sacrificios por su familia. Por haberme brindado la educación que me ha permitido llegar hasta donde estoy en la actualidad. Cuyo modelo de trabajo bien hecho, sacrificio por su familia y cariño, me ha motivado cada día a superarme tanto en mi formación, como a nivel profesional, permitiendo y animando que continuara con mis estudios. Gracias por tu ejemplo, fruto del cual es este trabajo. Se que estás orgulloso, como lo estoy yo de tenerte. Te quiero.

A mi madre. Por ser mi primer ejemplo de atención a la diversidad con tus diez hijos, sabiendo en todo momento responder a las “necesidades especiales” que hemos tenido cada uno, fruto del cual me interesó el ámbito educativo. Porque siempre has estado a mi lado, y has sabido suplir en todo momento tu falta de conocimiento en algunas materias, con abundante cariño y apoyándome en todo momento. Por todo ello, y un sin fin de detalles imposibles de enumerar, te quiero.

A mis hermanos Alberto, Fernando, José María, Cristina, Jesús, Álvaro, Ricardo, Carlota y en especial a Carlos, por escucharme, comprenderme, y aguantarme en este último año. A mis cuñadas Susana, Lisa y Laura. Y a mis sobrinas Carla y Sara.

A Pilar Gútiez, no sólo como experta directora de este trabajo, sino por su apoyo incondicional, e innumerables ánimos que me ha prestado para poder ver el final de este trabajo y estar disponible cada vez que la he necesitado. Mil gracias.

A mi tío Fernando, cuya tesis, formación y experiencia, me abrieron caminos insospechados en este mundo de la atención a la primera infancia.

A Merce, al ser la primera profesora que me impartió una asignatura sobre Atención Temprana, provocando mi ansia de formación e información en la misma. Por ser una gran amiga.

A mis compañeros de la facultad, José Crespo, por su ayuda inestimable, Eli, compañera de fatigas en el Hospital de Getafe y en la facultad, Rosa, por sus sabios consejos, Ana encargada de animarme en los momentos más duros cuando piensas que no acabas, y el Dr. Arizcun, quien ha supervisado la parte más clínica de mi trabajo.

A mis compañeros de trabajo en el Centro Enclave de Atención Psicológica y Educativa, Joaquín, María, Susana, Isa y recientemente Lucía. Por su apoyo constante, y el enorme sacrificio que han hecho para ver finalizar este trabajo.

Al grupo de los jueves, Carlos, Rafa, Javo y Sebas, que están hartos de oír hablar de mi trabajo, por su apoyo, amistad e innumerables ofrecimientos de ayuda.

A mis amigos Pablo, Juan, Eduardo, Sofía, Dulce, Javi, Espe, Tania, Mai, José María, Santi, Isa, y un sinfín más, por su paciencia al haberlos tenido abandonados este último año.

A Ricardo García, por su inestimable apoyo informático en el análisis estadístico, por su rápida respuesta siempre, por sus ánimos. Muchas gracias.

Al Centro Base Maudes, en especial a las personas que realizaron el seguimiento de los niños objeto de este trabajo. A Catalina, tutora de mi trabajo en el Centro Base, por su enorme apoyo, dedicación, y saber como dirigirme en todo momento teniendo siempre las palabras oportunas incluso en los momentos más difíciles. A Socorro, por su ejemplo y compromiso constante de dedicación en la atención de estos niños. A Victoria, por su apoyo incondicional, de quien estoy convencido que el avance de los niños que trata se debe al enorme cariño que pone.

Y por último, como no, a mis pequeños pacientes que llevan consigo la inocencia suprema del desconocimiento.

**ANÁLISIS DE UN MODELO DE SEGUIMIENTO EN
ATENCIÓN TEMPRANA**

ÍNDICE

PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACIÓN:.....	13
1. CONSIDERACIONES INICIALES.....	15
1.1. <i>Origen del Estudio:</i>	16
1.2. <i>Propósito de la Investigación:</i>	17
2. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN:.....	21
2.1. <i>Justificación legal</i>	21
2.2. <i>Justificación científica</i>	21
2.3. <i>Justificación social</i>	22
MARCO TEÓRICO	25
CONSIDERACIONES INICIALES	27
1.- La Educación Especial	27
2.- La Educación Infantil	28
3.- La Atención Temprana	29
BLOQUE I: EDUCACIÓN ESPECIAL	31
1. CONSIDERACIONES INICIALES	33
2. EVOLUCIÓN	34
3. CONCEPTUALIZACIÓN	37
3.1. <i>Definiciones desde la vertiente jurídica:</i>	37
3.2. <i>Algunas definiciones desde la vertiente educativa:</i>	39
4. POBLACIÓN	43
4.1. <i>Denominaciones y clasificaciones de los sujetos de Educación Especial.</i>	44
4.2. <i>Necesidades Educativas Especiales</i>	46
4.2.1. <i>Del modelo del déficit al de Necesidades Educativas Especiales</i>	48
4.2.2. <i>Tipos de necesidades educativas</i>	52
4.2.3. <i>La respuesta educativa a las Necesidades Educativas Especiales</i>	53

4.3. Incidencia	55
5. PRINCIPIOS	64
5.1. Integración	68
5.1.1. Origen.....	68
5.1.2. Definición.....	69
5.1.3. Modelos	69
5.1.4 Panorámica Internacional y el caso concreto de España	70
5.2. Inclusión.....	72
6. BASES LEGALES	75
6.1. Evolución de la norma:.....	76
6.2. La L.O.G.S.E.....	77
6.3. La L.O.C.E.....	79
6.4. La L.O.E.....	80
7. CONSIDERACIONES FINALES	83
BLOQUE II: EDUCACIÓN INFANTIL	85
1. CONSIDERACIONES INICIALES	87
2. EVOLUCIÓN.....	89
3. POBLACIÓN	92
4. BASES LEGALES	97
4.1. Desarrollo normativo del Ministerio de Educación:.....	97
4.2. L.O.G.S.E., L.O.C.E., L.O.E.:	99
5. OBJETIVOS.....	101
4.1 Ciclo de 0 a 3 años.....	102
4.2 Ciclo de 3 a 6 años.....	104
6. SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID	107
6.1 Tipología de Gestión	108
6.2 Estructura organizativa.....	109
6.3 Recursos	111
7. ESCUELA INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA	115
7.1. Relación y analogías:	116

a) Población a la que atienden:.....	117
b) Objetivos:	118
c) Principios:.....	118
d) <i>Funciones:</i>	119
e) <i>Principios didácticos y de intervención:</i>	120
7.2 Necesidades Educativas Especiales en la Escuela Infantil	121
7.3 Coordinación Escuela Infantil – Equipos de Atención Temprana	124
8. SITUACIÓN DE LA ESCUELA INFANTIL Y LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EUROPA Y EEUU	128
9. CONSIDERACIONES FINALES	132
BLOQUE III: ATENCIÓN TEMPRANA.....	135
1. CONSIDERACIONES INICIALES	137
2. RESEÑA HISTÓRICA	139
3. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO	144
4. FUNDAMENTOS.....	150
4.1. Prevención.....	151
a) <i>Prevención primaria:</i>	152
b) <i>Prevención secundaria:</i>	152
c) <i>Prevención terciaria:</i>	154
4.2. Bases científicas	155
a) <i>Bases Psicológicas</i>	156
b) <i>Bases Neurológicas</i>	158
c) <i>Bases Pedagógicas</i>	160
d) <i>Bases experimentales</i>	161
5. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS	164
5.1. Objetivos	164
5.2. Principios	166
6. POBLACIÓN OBJETO	170
6.1. Niños con alteraciones y minusvalías documentadas.	172
6.2. Niños de alto riesgo biológico:.....	172
6.3. Niños en situación de riesgo socioambiental.	173

7. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.....	175
7.1. Servicios de Salud:.....	175
7.2. Servicios sociales:.....	177
7.3. Servicios Educativos:	180
7.4. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.....	181
7.5. Los Centros Base de Atención a personas con discapacidad.....	182
a) Definición, principios y objetivos:.....	184
b) Funciones y personal que lo componen:.....	185
c) Recursos personales y materiales:.....	187
d) Comunidad de Madrid:	188
8.- COORDINACIÓN	192
9. BASES LEGALES	196
9.1. Normas internacionales.....	197
9.2. Normas Europeas:	198
9.3. Normas estatales	198
9.4. Normativa en la CAM	200
10. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA C.A.M.....	201
10.1. Incidencia y prevalencia:	201
10.2. Los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad de la CAM:	201
<i>Plan de Acción para personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid (1997 - 2002):</i>	202
<i>II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la C.A.M. (2005 – 2008):</i>	204
10.3. Servicios y recursos de atención a la infancia en la Comunidad de Madrid:	206
a) Servicios Sanitarios:.....	206
b) Servicios Educativos:	206
c) Servicios Sociales:.....	207
d) Instituciones:	208
11. CONSIDERACIONES FINALES	210

MARCO EMPÍRICO	213
CONSIDERACIONES INICIALES	215
BLOQUE I: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.	219
<i>CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO</i>	221
<i>CAPÍTULO 2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</i>	228
2.1. Identificación	228
2.2. Valoración	231
2.3. Formulación	232
<i>CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS DE TRABAJO</i>	234
<i>CAPÍTULO 4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS</i>	243
<i>CAPÍTULO 5. DELIMITACIÓN DE LAS VARIABLES</i>	244
BLOQUE II: METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	251
<i>CAPÍTULO 1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN</i>	254
<i>CAPÍTULO 2: MUESTRA</i>	255
2.1. Características de procedencia de la muestra.	256
2.2. Características del Centro Base Maudes.	258
2.3. Descripción de la muestra.....	263
<i>CAPÍTULO 3. RECOGIDA DE DATOS</i>	274
<i>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE DATOS</i>	275
BLOQUE III: RESULTADOS Y CONCLUSIONES.	277
<i>CAPÍTULO 1: RESULTADOS</i>	279
1.- Primera Hipótesis	280
2.- Segunda Hipótesis	282
3.- Tercera Hipótesis	285
4.- Cuarta Hipótesis	288
5.- Quinta Hipótesis	290
6.- Sexta Hipótesis.....	295
7.- Séptima Hipótesis.....	297
8.- Octava Hipótesis	301
9.- Novena Hipótesis	304
10.- Décima Hipótesis.....	306
<i>CAPÍTULO 2: CONCLUSIONES</i>	308
1.- Primera Hipótesis	309

2.- Segunda Hipótesis	314
3.- Tercera Hipótesis	317
4.- Cuarta Hipótesis	321
5.- Quinta Hipótesis.....	325
6.- Sexta Hipótesis	334
7.- Séptima Hipótesis	336
8.- Octava Hipótesis	342
9.- Novena Hipótesis	347
10.- Décima Hipótesis	350
CONSIDERACIONES FINALES.	355
1. Resumen y análisis del proceso de investigación.....	357
2. Limitaciones del trabajo.	359
3. Conclusiones finales.	361
4. Propuestas derivadas de la investigación.....	364
CITAS BIBLIOGRÁFICAS	367
BREVE GLOSARIO	397
ANEXOS	403
Referencias Legales	405
Hospitales SEN 1500.....	419
Índice de cuadros	423
Índice de tablas.....	427
Protocolo SEN 1500	431
Protocolo de información de Maudes	433

INTRODUCCIÓN

**Planteamiento inicial de la
Investigación:**

1. CONSIDERACIONES INICIALES.

La evolución de los planteamientos científicos, de los recursos educativos y asistenciales, y de la propia sociedad, que progresivamente ha ido cubriendo sus necesidades básicas, ha condicionado la forma de abordar la problemática de la primera infancia con discapacidad (Gútiez, 2005).

Los primeros estudios sobre la capacidad de recuperación funcional del cerebro infantil (e. g. Campos, J. 1976, e. g. Conger, 1977; e. g. Murphy & Kovac, 1972) trajeron el convencimiento de que, con determinados tratamientos, los niños con discapacidad eran susceptibles de mejora. Del mismo modo, comienzan a concebirse como personas potencialmente “educables”.

En aras de acomodarse a estos hallazgos y a la demanda de los colectivos de padres, que desde muy tempranamente fueron los pioneros de parte de las iniciativas de mejora, las diferentes instituciones con competencias en la infancia empiezan a responder a la “estimulación precoz” (Alonso, 1997). Por un lado, los ámbitos de servicios sociales y de educación empezaron a crear los equipos multidisciplinares que, como su propio nombre indica, estaban formados por profesionales provenientes de diferentes disciplinas. Por otro lado, el mundo médico se centró en las medidas de prevención que dieron lugar a los programas de seguimiento del niño y al control de enfermedades genéticas, metabólicas, etc.

En el caso concreto de nuestro país, la realidad administrativa en materia de Atención Temprana, configurada por tres grandes ámbitos (servicios sociales, sanidad y educación), fue ampliamente definida en la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI), donde perfiló la necesidad de realizar una Atención Temprana a los niños que tuvieran discapacidad o riesgo de padecerla. Esta ley en la actualidad todavía no ha sido aplicada de forma plena en ninguno de los tres ámbitos, y sin embargo, supo concretar para todos los ámbitos los objetivos que les ocuparían en esta materia.

En el marco de la actividad investigadora, así como docente de la Universidad, y más concretamente de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, consideramos de gran interés y utilidad profundizar en el tema de la Atención Temprana en las poblaciones de Riesgo de deficiencias, ya que va a condicionar la respuesta educativa y asistencial que se les pueda dar a estos niños.

El motivo por el que nos centramos en este objeto de investigación es porque consideramos que la detección lo más tempranamente posible, en nuestro caso en niños que tienen factores de riesgo biológico como es el muy bajo peso al nacer, redundará en una mejor respuesta educativa y asistencial y, con ello, en la calidad de vida de los niños con discapacidad y sus familias.

1.1. Origen del Estudio:

Este proyecto de Tesis Doctoral surge, en sus inicios, como respuesta a una inquietud personal, derivada de mi trabajo profesional, que me ha llevado a entender la Atención Temprana desde diferentes ámbitos:

Primero como maestro del primer ciclo de primaria, donde tuve alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE), y por falta de formación específica me encaminaron a licenciarme como psicopedagogo, descubriendo que la mejor medida preventiva para esos niños consistía en una detección temprana de los mismos, que permitiera disminuir los riesgos de las posibles causas de sus discapacidades.

Es por esta razón por la que me especialicé en Atención Temprana, llevándome a formarme en el Laboratorio para el Estudio de las Funciones Cerebrales Superiores en Buenos Aires y en el Hospital de La Fe de Valencia, siendo actualmente parte del servicio de Atención Temprana del Hospital de Getafe promovido desde un I+D llevado a cabo desde la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid.

Como especialista, dedicado a la prevención de alteraciones en el desarrollo en poblaciones de alto riesgo dentro del Hospital, me ha sido posible ir observando a lo largo del tiempo, un elevado número de casos de niños, con

alteraciones en su desarrollo, así como la respuesta y coordinación puntual con otros ámbitos (social y educativo).

A través de estas experiencias, hemos tenido la oportunidad de intervenir con estos sujetos, en diferentes ámbitos: sanitario, escolar y en mi propio gabinete, me ha ayudado a poder establecer ciertas comparaciones, sobre las posibles causas de los retrasos en el desarrollo en edades tempranas, así como sobre su pronóstico. El proyecto de trabajo, se deriva, por tanto, de estos dos puntos: las actuaciones y repercusiones en el desarrollo de los niños de menos de 1500 gramos, que se encuentren en un modelo de seguimiento en Atención Temprana.

Ante la diversidad de profesionales, recursos y servicios educativos y asistenciales que se dan la mano en el proceso de Atención Temprana, decidimos centrar el tema de la investigación en la organización y funcionamiento de los diferentes modelos de seguimiento que se estaban realizando en nuestra Comunidad. Por ello el poder trabajar con el equipo del Centro Base de Maudes, es un elemento básico en el proceso de esta investigación.

1.2. Propósito de la Investigación:

La presente investigación pretende analizar un modelo de seguimiento en Atención Temprana, con niños de menos de 1500 gramos de peso al nacimiento en el Centro Base Maudes de la Comunidad de Madrid.

Pretendemos, a través de nuestro trabajo,

- Describir las características de los sujetos.
- Profundizar en las bases metodológicas del modelo de seguimiento
- Conocer el nivel de coordinación entre los diferentes servicios y profesionales dedicados a la primera infancia con discapacidad.
- Si existe una metodología interdisciplinar de trabajo.
- El índice de discapacidad en estas poblaciones.

- La relación entre las distintas variables de desarrollo y las características biomédicas de los sujetos.
- Etc.

La formulación de estas cuestiones nos lleva a un planteamiento inicial de nuestro problema:

¿Cuáles son las características que conforman a la población de niños con menos de 1500 gramos de peso al nacimiento?

Una vez que conozcamos la población objeto de nuestro estudio, y la tengamos bien definida, podremos ver que tipo de problemática además de su bajo peso, les afecta a estos niños, para poder hacernos otra pregunta, que será la base de otro de nuestros problemas de estudio.

¿Son eficaces los modelos e intervenciones en estas poblaciones en los tres primeros años de su vida?

De los diferentes ámbitos con competencias en Atención Temprana, consideramos que la actividad educativa conjuga buena parte de los elementos necesarios para lograr la integración social de los niños con discapacidad, ofreciendo un contexto lo más normalizado posible, además de ser un entorno privilegiado para la detección y apoyo de estos programas de seguimiento, que deben abrirse al resto de servicios que atienden al niño desde su nacimiento, para favorecer esta tarea.

Al margen de esta cuestión, la revisión bibliográfica puso en evidencia la escasez de trabajos sobre Atención Temprana, y más concretamente sobre poblaciones de alto riesgo, por ello consideramos de gran interés conocer como son estos programas, así como la coordinación con otros recursos que atienden a la primera infancia con discapacidad, que van a potenciar el desarrollo del niño.

La vulnerabilidad del colectivo de niños con discapacidad, que en el periodo de Atención Temprana abarca desde el nacimiento hasta los seis años, hace necesario estudiar y reformular los modelos de intervención que atienden a este colectivo:

1. Previniendo, detectando y atendiendo las necesidades de los niños con alteraciones en su desarrollo o en aquellas situaciones de riesgo que comprometan su desarrollo.
2. Elaborando sistemas de coordinación entre los diferentes ámbitos de actuación con estos sujetos (sanitario, social y educativo).
3. Favoreciendo una intervención temprana y eficaz en estas edades.

2. JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN:

2.1. Justificación legal.

Desde que en el año 1959 la ONU aprobara la **Declaración de los Derechos del Niño**, tanto a nivel nacional como internacional diferentes organismos oficiales han desarrollado normativas referentes a la protección e integración social de las personas con discapacidad y, más concretamente, de la infancia.

Nuestra **Constitución** (1978), la **Ley de Integración Social de los Minusválidos** (LISMI, 1982) y la normativa desarrollada por la administración educativa han reconocido los derechos de la infancia con discapacidad. También el ámbito sanitario desarrolló medidas en este sentido a partir de la publicación del **Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad** (1978). Todas estas medidas quedarán explicitadas en los capítulos dedicados a bases legales de cada apartado de nuestro trabajo.

Todo ello quiere decir que, tanto los principales organismos internacionales como las diferentes administraciones con competencias en la atención a la infancia, han desarrollado normativas que legitiman los derechos de los niños con discapacidad.

2.2. Justificación científica.

Uno de cada diez recién nacidos en España es **prematuro**. Los que tienen un **peso inferior a 1.500 gramos son cerca de un 2%**, pero este porcentaje se ha doblado en la última década. Esto tiene que ver con **dos tendencias en alza**: el incremento de la **inmigración** –son más reticentes a los controles médicos y realizan trabajo con un mayor esfuerzo físico y el auge de **las técnicas de reproducción asistida**. (Pallás et al 2000)

Partimos del estudio realizado en el hospital 12 de Octubre de Madrid (Pallás et al 2000), donde indica que actualmente, 14 de cada 100 bebés que nacen por debajo de los 1.500 gramos no sobreviven, y la mitad de los que sobreviven necesitan ayudas suplementarias para llevar una vida normal.

Ese mismo estudio (Pallás et al 2000) clarifica que **de cada 100** bebés supervivientes nacidos con menos de un kilo y medio, **seis padecen** una **discapacidad moderada** tras siete años de crecimiento. Es decir, necesitan mecanismos que les ayuden a superar sus dificultades, pero no dependerán de nadie para hacer vida normal. **Cuatro** de ellos **requerirán** la ayuda de otros **durante toda la vida**. En cuanto a los otros, **13** de cada 100 sufren **secuelas leves**, principalmente motoras, y **25**, en la misma proporción, muestran altas **dificultades para aprender**.

Wolke (1999) descubrió que los niños con menos de 1.500 grs, aumentan el riesgo de inteligencia baja. Señaló además que por debajo de 32 semanas de edad gestacional los factores biológicos se van a reducir con el tiempo, mientras que los sociales se incrementarán, siendo a partir de los 8,5 años más significativa la inteligencia. **Destacó la importancia de la atención temprana específica para cada niño interviniendo con la familia y no enviándola a distintos profesionales**, así como observar al niño en su entorno, tratar a los padres como colaboradores logrando un buen feed-back, definiendo objetivos realistas y teniendo también presente los fracasos.

A pesar de que cada vez sobreviven más prematuros de menos de 1.500 gramos, la proporción de niños con secuelas no ha aumentado, se mantiene constante en torno al 20%, pero lógicamente se ha incrementado el número total de niños con problemas en relación con la prematuridad.

Una vez comprobada la eficacia de los programas de Atención Temprana (Guralnick 1997; Guralnick & Bennet, 1989), el desarrollo de los diferentes servicios implicados en la infancia con discapacidad conlleva una alta exigencia profesional: las diferentes disciplinas involucradas en la cuestión se están especializando cada vez más ofreciendo un conocimiento más preciso.

2.3. Justificación social.

Tan sólo en la Comunidad de Madrid se estima que hay un total de 281.618 niños de 0/5 años. Entre estos niños encontramos un total de 6.308 niños afectados, de los cuales tan sólo 1.797 reciben la atención necesaria. De

todo ello podemos inferir que **el porcentaje de niños tratados es del 23,7%**, cifra que está muy lejos de alcanzar los niveles de atención acordados por las distintas normas vigentes (Estudio Demográfico de la CAM. Prevalencia de las limitaciones del desarrollo, 2003).

Asimismo, de los niños atendidos, **más del 50% comienza a recibir tratamientos después del primer año de vida**, lo cual retrasa preocupantemente el inicio de los mismos en un delicado momento en el que el tiempo es un factor clave (Arizcun, 2006).

Las tres grandes administraciones tienen una obligación, regulada por una normativa amplia, de cara a la infancia con discapacidad. Esta obligación debe traducirse en la oferta de todas aquellas medidas que respondan a las necesidades de los niños y sus familias.

Dentro de los programas de intervención temprana, los tratamientos rehabilitadores, psicopedagógicos o sociales, en la intervención temprana, son una parte importante, pero no suficiente, de la atención que precisa la infancia, siendo esencial la coordinación entre todos ellos.

En todo el proceso, **los padres son los protagonistas junto con sus hijos, en el desarrollo de éstos, y potencialmente, son los mejores estimuladores** (Valle, 1991). Por ello, los servicios de Intervención Temprana no deben ni pretenden ser sustitutivos de la familia, pues es a ella a quien principalmente corresponde la educación de sus hijos. La función básica es la de servirles de apoyo y asesoramiento.

La participación de los padres se centra en el desempeño de una **función activa** auxiliar en las actividades educativas relacionadas con la **situación del niño y su desarrollo** y, si es posible, asumiendo plenamente competencias instructivas más importantes para lo cual es necesario formarles previamente y realizar un seguimiento muy cercano que nos permita comprobar los progresos realizados (Hanson, 1980).

MARCO TEÓRICO

CONSIDERACIONES INICIALES

A la hora de fundamentar el presente trabajo, consideramos necesario hacerlo desde tres perspectivas, tanto teóricas, como prácticas, que sentaran las bases científicas de nuestra investigación. Dichas perspectivas, o temas de estudio son:

- La Educación Especial
- La Educación Infantil
- La Atención Temprana

Antes de comenzar con su análisis, creemos preciso justificar el por qué de su introducción, en la fundamentación teórica de nuestro trabajo, así como los aspectos que se van a encontrar desarrollados en cada una de ellas.

1.- La Educación Especial

La necesidad de introducir un apartado sobre educación especial venía determinada por el hecho de que parte de los niños, que son objeto de nuestro estudio, según nos encontramos en los diferentes trabajos publicados, van a necesitar una respuesta educativa diferente, que se adecue a sus necesidades particulares.

En el primero de los capítulos de este apartado intentaremos abordar desde una perspectiva general, que es la educación especial y como ha evolucionado en las últimas décadas, ahondando en la evolución de su concepto.

El segundo capítulo lo dedicaremos a los sujetos objeto de la educación especial y su clasificación, dentro del mismo haremos un recorrido histórico sobre lo que antes llamábamos “Alumnos con necesidades educativas especiales”, y que actualmente este concepto a evolucionado con la entrada en vigor de la Ley 2/2006 Orgánica de educación de Educación, donde son considerados como “Alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo”, de manera que haremos una breve introducción al anterior concepto que dio paso al actual.

También dedicaremos un capítulo específico para hablar de la incidencia tanto en a nivel estatal, como en el caso concreto de la Comunidad de Madrid, siendo el lugar de procedencia de nuestra muestra.

La información del capítulo tercero estará centrada en los principios de la educación especial, siendo el principal la normalización, y luego nos centraremos en el cambio que se ha producido en la terminología, considerando anteriormente a la integración como un principio, que pasó a verse reflejado más como un fin de la normalización, y que incluso el término de integración ha evolucionado actualmente hasta hablarse del concepto de inclusión.

Por último tendremos un apartado de normativa general en que se sustenta la educación especial, y haremos referencia a las tres grandes leyes de educación que ha habido en los cinco últimos años, ya que nos parece un contexto histórico legal lo suficientemente significativo, y aunque actualmente sólo está en vigor la Ley Orgánica de Educación, nos parece interesante ver los cambios que se produjeron en referencia a este tema hasta la llegada de la L.O.E.

2.- La Educación Infantil

La introducción del presente apartado, se encuentra justificada, de forma especial, por las edades de los niños protagonistas del presente trabajo, comprendidas entre los cero y los tres años. Ya que aunque la muestra de nuestro trabajo esté en Riesgo de padecer algún tipo de discapacidad, será la Etapa de Educación Infantil la encargada de recibir a estos Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, y proporcionales las ayudas necesarias para su normalización en la sociedad.

Esto implicaba la necesidad de introducir un marco teórico que abarcara:

Un primer capítulo sobre la evolución histórica de la Educación Infantil, y la justificación de su existencia y necesidad.

Un segundo capítulo sobre la población a la que va dirigida.

En el tercero de nuestros capítulos, creímos necesario ofrecer unas bases legales que centraran el marco educativo, que abarca de los cero a los

seis años de edad, ya que, suponen el área escolar en la que se desenvuelven los niños protagonistas del estudio.

Este apartado, por tanto, ayudará a entender los objetivos que se pretenden en este nivel de enseñanza tanto en el primer como en el segundo ciclo, y al que dedicaremos el tercero de nuestros capítulos.

En el cuarto capítulo abordaremos la situación de la Educación Infantil en la Comunidad de Madrid, siendo el lugar de procedencia de nuestra muestra, y teniendo plenas competencias en materia de educación, en el profundizaremos en su tipología de gestión, estructura organizativa y recursos.

Coincidiendo que tanto la Educación Infantil, como la Atención Temprana tienen por objeto de estudio a la misma población de niños de 0 a 6 años, hemos querido dedicarle el quinto capítulo a la relación entre ambas, para concluir en nuestro sexto capítulo con la situación actual en Europa y Estados Unidos.

Finalmente tendremos un apartado de consideraciones finales, que nos sirva para reunir de forma sintética los aspectos tratados durante el capítulo, y que nos sirva de nexo con el siguiente.

3.- La Atención Temprana

Con este trabajo nos dirigimos a esclarecer una acción educativa innovadora basada en la importancia de los primeros años de vida de los niños y de las niñas, en la labor educativa y en las oportunidades que les ofrezcamos en la etapa de 0-6 años. Esta acción educativa que engloba diversos aspectos (educativos, médicos, sociales y psicológicos) es la Atención Temprana.

La Atención Temprana como disciplina científica es relativamente joven, aunque se ha demostrado su necesidad y eficacia como modelo de prevención de discapacidad, para niños que tengan tanto alteraciones documentadas, como para aquellos que estén en riesgo de padecerlas, es por esta razón por la que se encuentra relacionada con nuestro trabajo, ya que la población objeto de nuestro estudio son los niños de menos de 1500 gramos de peso al nacimiento, que tan sólo por el hecho de haber nacido con este hándicap, tienen un riesgo mayor que otras poblaciones de sufrir alteraciones en su

desarrollo, por lo que deben ser detectados cuanto antes en un modelo de Atención Temprana, para prestarle las ayudas necesarias desde los diferentes sistemas (sanitario, educativo y social), y así paliar en la medida de lo posible los futuros problemas en los que se puedan encontrar.

Dentro de este apartado dedicaremos un capítulo para ver la evolución histórica que ha tenido esta disciplina en los últimos cuarenta años, así como la evolución de su concepto.

Nos centraremos en los fundamentos que la sustentan, que principalmente son la prevención de alteraciones, y las disciplinas que la avalan, como son la neurología, la pedagogía y la psicología.

También hablaremos de los objetivos y principios que persigue, cual es la población a la que va dirigida, que en este caso ya hemos anticipado que coincide con la Educación Infantil, y está estrechamente relacionada con la Educación Especial. Así como los ámbitos de actuación de esta disciplina.

Dedicaremos también un apartado a las bases legales que la sustentan, y a la situación actual en la Comunidad de Madrid, donde analizaremos los recursos que posee nuestra Comunidad, así como la incidencia de estos niños dentro de nuestra región.

BLOQUE I:

Educación Especial

1. CONSIDERACIONES INICIALES

Siempre han existido sujetos que no han sido considerados "normales" por el resto de sus semejantes. En la mayoría de los casos, estos sujetos que presentaban ciertos "déficits", se tenían que enfrentar a un constante abandono y falta de oportunidades (Salvador Mata, 1994) por parte de la sociedad en la que se encontraban. A partir de entonces, la Educación Especial ha recorrido un largo camino, sin olvidar que pertenece a la rama de la Didáctica considerada por muchos autores (Ferrández, 1985; Benedito, 1987; Zabalza, 1990; Villar, 1990; Medina, 1990; De la Torre, 1993) como una ciencia aplicativo-práctica.

Según Torres González (1999), hoy en día la respuesta a estos alumnos "diferentes" se hace desde un aspecto más educativo, más didáctico, teniendo especial relevancia los procesos de enseñanza aprendizaje que se llevan a cabo en un contexto social determinado, y que necesita la implicación de todos los sectores de la comunidad educativa para llevar acciones a favor de la diversidad en el aula, la escuela y en la sociedad.

El interés de este capítulo radica en la importancia que tiene la Educación Especial en los niños que tienen riesgo de discapacidad, su relación con la Educación infantil (que profundizaremos más adelante) y la Atención Temprana.

2. EVOLUCIÓN

Normalmente tendemos a asociar la Educación Especial con núcleos de población desfavorecidos por diferentes causas, y con la profesión docente, ya que son los encargados de paliar esas limitaciones a través de la intervención educativa. No obstante, “*conceptos como el de educación permanente, que pretende tanto la educación como valor reconocido por todos, además de llegar a todos los rincones viéndose su importancia tanto dentro de la escuela como fuera de esta sin tener en cuenta la edad, sexo, cultura, salud mental o física...*” (Monclús y Sabán, 1997: 156), han ayudado al progreso de esta disciplina.

No existe una terminología lo suficientemente clara en cuanto a Educación Especial, lo que nos ha llevado a lo largo de la historia de la misma, a elaborar diferentes conceptos contribuyendo a confundir, más que a clarificar, el significado del ámbito que nos ocupa (De Vicente, 1998). Por ello a lo largo del siglo pasado se fueron elaborando diferentes términos para referirse a la Educación Especial.

Podemos hacernos una idea de los conceptos anteriormente citados observando en el cuadro que aparece a continuación una síntesis de los términos más utilizados según un estudio llevado a cabo por Molina (1986):

Cuadro 1. Diferentes términos de Educación Especial

TÉRMINOS	AUTORES
Pedagogía Curativa	Asperger, 1966; Debesse, 1969
Pedagogía Correctiva	Bonboir, 1971
Pedagogía Especial	Zavalloni, 1979, 1983
Pedagogía Terapéutica	García Hoz, 1958, 1978; Moor, 1978; Meler, 1982; Ortiz, 1988
Enseñanza Especial	UNESCO, 1958
Didáctica Diferencial Especial	Comes, 1987
Didáctica Especial Diferenciada	López Melero, 1990; Cuomo, 1991
Didáctica Curativa/Terapéutica	Fernández Huertas, 1985

.Fuente: Adaptado de Molina 1986

No nos detendremos a explicar los diferentes términos, aunque si nos gustaría señalar las similitudes existentes entre los conceptos de:

- a. Pedagogía Curativa y Terapéutica: Ambas hablan de la educación que requiere el niño que está en desventaja tanto por factores físicos como sociales, con la diferencia que la Terapéutica apuesta más en desarrollar al máximo las potencialidades específicamente humanas, que en curar las deficiencias fisiológicas. (Cano 2003)
- b. Pedagogía Especial y Enseñanza Especial: La primera está determinada por los sujetos a los que va dirigida, mientras que la segunda son los contenidos los que la determinan (Arnaiz, 1988).

Nos hemos centrado en estos cuatro aspectos fundamentalmente porque inciden en algunas de las características que consideramos fundamentales a la hora de emplear el término Educación Especial:

- La Educación Especial es **curativa** en cuanto que intenta dar respuesta a un “déficit” bien sea de tipo físico como social.
- Es **terapéutica** en cuanto a que el fin es el máximo desarrollo de las potencialidades personales del sujeto que la recibe.
- El sujeto **objeto** de la Educación Especial es el alumno que presenta alguna deficiencia.
- Su **método** es “especial”, tiene unas técnicas específicas (ya sean adaptativas o de otro tipo).

En definitiva, el término Educación Especial utilizado actualmente acaba siendo más globalizador que los expuestos por los diversos autores, y por ello es el más conocido internacionalmente tanto en su vertiente formal como en relación a su contenido semántico (Palacios 1999).

Engloba tanto al ámbito de la atención a la diversidad de los alumnos, como a la atención a los niños con necesidades educativas especiales, relacionándola con las dos dimensiones de la Educación Especial:

1. La Educación en general.

2. La dimensión individualizada de esta educación en función de los sujetos a los que va destinada, y los recursos que dispone para responder a las necesidades de cada uno de los sujetos.

Dentro de este marco, estamos de acuerdo con Medina (1987) en que *“el método globalizador se concretará en el conjunto de decisiones que el profesor tomará para realizar con la mayor calidad su enseñanza, facilitando el aprendizaje formativo del alumno”*. (Medina 1987:60)

3. CONCEPTUALIZACIÓN

A continuación expondremos una serie de definiciones de Educación Especial según diferentes autores, con la intención de poder establecer una relación-evolución posteriormente, asimismo este concepto lo analizaremos desde dos vertientes diferentes: la jurídica y la educativa. Ya que no siempre han ido parejas.

3.1. Definiciones desde la vertiente jurídica:

a) Ley General de Educación (MEC, 1970, Título 1, Cap. VII, Art. 49)

“La Educación Especial tendrá como finalidad preparar mediante el tratamiento adecuado, a los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social, tan plena como sea posible en cada caso...”

b) Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) (Ley 13/1982, 7 de Abril. B.O.E. 30-4-1982)

Art. 26: “La educación especial es un proceso integral, flexible y dinámico que se concibe para su aplicación personalizada y comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los obligatorios encaminados a conseguir la total integración del minusválido”.

c) Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (334/1985, 6 de Marzo. B.O.E. 16-3-1985)

Cap. II, Art. 5: “Esta atención educativa tendrá por objeto corregir en lo posible a las deficiencias o anomalías detectadas o en su caso, sus secuelas, prevenir y evitar la aparición de las mismas, en los supuestos de riesgo y, en general, dirigir, apoyar y estimular el desarrollo y socialización del niño en un ambiente de completa integración”.

d) MEC, Libro Blanco de Educación Especial (1989, 164)

“La Educación Especial deja de entenderse como la educación de un tipo de personas y deja de centrarse en los déficits de estas personas. Antes bien, se entiende como el conjunto de recursos educativos puestos a disposición de los alumnos y las alumnas, que en

algunos casos podrán necesitarlos de forma temporal, y en otros de una forma más continuada o permanente”.

e) L.O.G.S.E. (B.O.E. 1990, Cap. V, Art. 36.1)

“El sistema Educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar dentro del mismo sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos”.

f) L.O.E. (B.O.E. 2006, Tit. II, Cap. I, Art. 73)

“Se entiende por alumnos que presentan necesidades educativas especiales aquellos que requieran, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.”

Una vez vistas las diferentes acepciones del término, desde el punto de vista jurídico, se observa un cambio gradual de la concepción de la Educación Especial, siendo entendida en los años 70 como una educación para “deficientes e inadaptados” entendido desde el **punto de vista segregador**, los niños con deficiencias en un lado los demás en otro.

Este modelo cambia en la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (L.I.S.M.I.), que lo entiende como un proceso de “integración personalizado”, una ayuda al niño con dificultades para integrarle, permitiendo su modelo de Educación Especial una mayor flexibilidad para poder **adaptar el sistema a las necesidades del niño** en función de la etapa que lo necesite (Illán 1996).

El cambio más radical aparece en el Real decreto de Ordenación de la Educación Especial, donde ya se habla **no sólo de los niños que tienen un “hándicap”** especial, sino también de aquellos que por circunstancias transitorias o permanentes **puedan necesitar de un “apoyo especial”** a lo largo de su educación, siendo la primera vez que aparece un enfoque preventivo.

Hasta ahora todas las concepciones de la educación especial han ido a dar respuesta a los problemas que planteaban los niños, siendo estos los sujetos objeto de estudio. A partir del Libro Blanco de la Educación Especial, y

con la entrada en vigor del la L.O.G.S.E., L.O.C.E. y la L.O.E., el concepto cambia fundamentalmente en que **el niño y su discapacidad deja de ser el centro**, sino que es el mismo sistema educativo el que tiene que amoldarse y adecuarse a las características personales de cada sujeto-objeto de intervención y darle la respuesta educativa más adecuada.

A modo de conclusión exponemos el siguiente cuadro-resumen:

Cuadro 2. Evolución del concepto según la normativa

LEY	CONCEPCIÓN
• LGE 70	Modelo segregacionista
• LISMI	Modelo integracionista
• RD 334/1985	Modelo preventivo
• L.O.G.S.E.	Modelo educativo
• L.O.C.E.	
• L.O.E.	

Fuente: Elaboración propia

3.2. Algunas definiciones desde la vertiente educativa:

A continuación expondremos algunas de las definiciones sobre Educación Especial, que han ido apareciendo a lo largo de la vertiente educativa, y que nos han llamado especialmente la atención, para poder observar la evolución del concepto, y que comentaremos posteriormente.

“La Educación Especial consiste en una acción pedagógica cuya finalidad no está en curar deficiencias fisiológicas, sino en desarrollar al máximo las potencialidades específicamente humanas, muchas o pocas, que un determinado sujeto tiene” (García Hoz, 1960: 322).

“La Pedagogía Especial es la ciencia de las dificultades psíquicas, de los retardos y de las perturbaciones de cualquier clase en el desarrollo biológico y psicosocial del niño y del joven, considerados en la perspectiva educativa y didáctica. La inadaptación ambiental como efecto de la inadaptación personal y familiar constituye el campo amplísimo de la Pedagogía Especial” (Zavalloni, 1973: 11).

“Forma de educación destinada a aquellas personas que no alcancen o es improbable que alcancen, a través de acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad y que tienen por objeto promover su progreso hacia otros niveles” (UNESCO, 1977: 11).

“Al considerarse que las necesidades forman un continuo, también la Educación Especial se debe entender como un continuo de prestaciones que

va desde la ayuda temporal hasta la adaptación permanente a largo plazo del currículum ordinario” (Warnock, 1978: 12).

“La Educación Especial puede definirse como la atención educativa específica que se presta a todos aquellos sujetos que debido a circunstancias genéticas, familiares, orgánicas, psicológicas y sociales, son considerados sujetos <excepcionales> bien en una esfera concreta de su persona (intelectual, físicosensorial, psicológica o social) o en varias de ellas conjuntamente” (Garanto, 1984: 307).

“El concepto de Educación Especial se traduce en una descripción positiva sobre la actuación educativa que cada niño requiere, de acuerdo con sus características y circunstancias personales, para acceder a los fines generales de la educación: el máximo crecimiento personal y social” (Giné, 1987: 87).

“Toda educación ha de ser especial en el sentido de atender a las necesidades especiales de cada alumno. En esta línea, la Educación Especial sería un grado más o una forma más de individualización de la enseñanza, de adaptación de los programas, de adecuación de los métodos y de los recursos en cada caso concreto” (Arnaiz, 1988: 11).

“La Educación Especial es la combinación de currículo, enseñanza, apoyo y condiciones de aprendizaje necesarias para satisfacer las necesidades educativas especiales del alumno, de manera adecuada y eficaz” (Brennan, 1988: 36)

“La concepción más actual aborda principalmente las demandas educativas de los alumnos, sus necesidades específicas. Ya no son solamente los <deficientes> quienes necesitan una educación especial. Son todos aquellos alumnos que a lo largo de su proceso educativo requieren una mayor atención que el conjunto de sus compañeros de la misma edad, porque presentan de forma temporal o permanente, problemas de aprendizaje. Lo que hay que considerar ante todo no son tanto las características concretas del niño para poder situarlo en el grupo de los que presentan trastornos semejantes, sino sus demandas específicas al sistema educativo” (Marchesi, 1988: 11-12).

“Caracterizamos a la Pedagogía Terapéutica en cuanto disciplina como conjunto sistematizado de conocimientos en relación a las adaptaciones curriculares y los sistemas de intervención, obtenidos mediante métodos científicos, que posibiliten el desarrollo emocional, el desarrollo evolutivo global y la interrelación de aquellos sujetos que por diferentes razones presentan distorsiones en su desarrollo y/o inadaptación personal, escolar y social, ya sea de forma transitoria y de forma permanente, intentando en todo caso no separarle del medio normal” (Ortiz, 1988b: 47).

“El ámbito de la didáctica que desde el estudio de las condiciones psicológicas, educativas, sociales y familiares del sujeto, intentan lograr su máximo desarrollo personal, analizando en investigando las condiciones que afectan a su desarrollo, las posibles intervenciones educativas, psicológicas y sociales, así como los recursos y ayudas institucionales necesarias para llevarlas a cabo” (Gútiérrez, 1990: 25).

“La Educación Especial es aquella disciplina de la Didáctica que trata de explicar los procesos de enseñanza-aprendizaje así como las adaptaciones curriculares y las estrategias de intervención educativa en los sujetos con problemas psíquicos, motóricos, sociales y comunicativos para normativizar y optimizar lo máximo posible sus condiciones de inferioridad educativa respecto a los individuos que no tiene estos problemas y para acercarlos tanto como sea

posible el conocimiento humano, la autocomprensión racional y el interés cognoscitivo emancipatorio” (Guerrero López, 1991: 12).

“La Educación Especial es un cuerpo sistematizado de conocimientos teóricos y prácticos que permiten dar una respuesta educativa en aquellas situaciones en las que los alumnos-as y/o el sistema educativo o cualquiera de sus componentes, presentan necesidades específicas de diversa índole que demandan unos recursos y procesos igualmente específicos para la adaptación de la enseñanza” (Balbás, 1995: 56).

“La Educación Especial es una disciplina científica con entidad propia dentro del Área de Didáctica que pretende, por su carácter interdisciplinar, explicar y guiar la acción e intervención educativa dirigida a los sujetos con necesidades educativas especiales, sean éstas temporales o permanentes, con la finalidad de potenciar y desarrollar al máximo las capacidades de éstos y de lograr la integración escolar, laboral y social como derechos legítimos e inapelables que les corresponden como miembros activos de la comunidad humana” (Sánchez Hípola, 1996).

“La Educación Especial la entendemos como un servicio de apoyo a la educación general, que estudia de manera global e integrada los procesos de enseñanza-aprendizaje, y que se define por los apoyos necesarios, nunca por las limitaciones de los alumnos, con el fin de lograr el máximo desarrollo personal y social de las personas en edad escolar que presentan, por diversas razones, necesidades educativas especiales” (Sánchez Palomino y Torres González 1997:37)

“La Educación Especial es la disciplina que ofrece recursos, ayudas, servicios y estrategias a cualquier alumno como respuesta a sus necesidades educativas especiales, con el fin de adaptarle los procesos de enseñanza-aprendizaje, que le permitan alcanzar el máximo desarrollo personal y social” (Padilla y Sánchez-López 2001:36)

“La Educación Especial se configura como una ciencia sintética que se ocupa de la educación de las personas afectadas por disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales o por inadaptaciones, mediante la propuesta de una atención educativa temprana y con los apoyos y adaptaciones precisos, para que estos alumnos puedan llevar a cabo su proceso educativo en los centros ordinarios del sistema escolar, en el régimen de mayor integración posible o en los centros o unidades de Educación Especial” (Cano 2003:38)

“La Educación Especial es el ámbito de la Didáctica que, desde el estudio de las condiciones psicológicas, educativas, sociales y familiares del sujeto, intenta lograr su máximo desarrollo personal, analizando e investigando las condiciones que afectan a su desarrollo, las posibles intervenciones educativas, psicológicas, sociales, los recursos y ayudas institucionales necesarias para llevarlas a cabo” (Gútiez, 2003: 19).

Analizando la lectura de las diferentes definiciones podemos comprobar como ha evolucionado el concepto de Educación Especial a lo largo del tiempo por los diferentes autores, como en el reflejo legislativo que han ido dejando estos mismos a lo largo de los años, constatando que:

1. La Educación Especial como énfasis en los recursos que posee y no en las limitaciones de los sujetos.

2. Su finalidad es la misma que la Educación General: desarrollar al máximo las potencialidades del sujeto.
3. Pretende no establecer calificativos a los alumnos que la requieran, sino que serán sujetos con una mayor o diferente atención en función de sus necesidades específicas.

En cuanto al concepto, podemos notar que ha tenido un cambio progresivo de manera que **ha pasado de centrarse en las deficiencias, a ponerse en el plano de las adaptaciones didáctico-organizativo-curriculares para la educación de alumnos con necesidades educativas especiales** (Marchesi 1990, Gútiérrez 1990, Torres 1999).

En este sentido notamos dos posturas claramente diferenciadas, una primera en la que los autores hacen hincapié en la idea de una educación diferente para aquellos sujetos que la precisan en un contexto distinto, mientras que el otro grupo de autores defiende una serie de acciones y servicios dirigidos a todos los alumnos en contextos normalizados.

Observamos que el cambio más significativo producido en la Educación Especial es **pasar de ver la deficiencia como algo intrínseco a los sujetos, a entender la importancia que tiene el contexto** en los problemas de estos sujetos con déficits.

El enfoque de trastorno que predominaba en las primeras definiciones, se ha abandonado centrándonos en un marco propiamente educativo (el didáctico), que nos permite mejorar las condiciones de los sujetos.

Este planteamiento pretende alterar lo menos posible su proceso evolutivo, de desarrollo y educativo (Norwich, 1990), afianzándose el mismo a medida que perdían vigencia los aspectos médicos-psicológicos para terminar en los educativos.

No obstante, “No debemos olvidar el objetivo fundamental de la educación especial, que para Mayor (1988) es lograr que los sujetos excepcionales sean capaces de vivir desarrollando al máximo sus posibilidades” (Sánchez Manzano, 1992: 140), que fundamenta la necesidad de una buena Educación para todos.

4. POBLACIÓN

Atendiendo al análisis que hemos podido realizar de las diferentes definiciones de Educación Especial descritas anteriormente, podemos observar que ésta se ocupa del estudio de los procesos de enseñanza-aprendizaje de todos los sujetos con necesidades educativas especiales. No obstante esta disciplina comparte con otras disciplinas pedagógicas su objeto de estudio, el ser humano, y en concreto el sujeto con déficits.

Hegarty (1994) considera que el grupo de sujetos considerados de Educación Especial:

“incluye a quienes tienen impedimentos físicos o sensoriales, a aquellos que comparados con los pares de su edad tienen dificultades en su aprendizaje o al comunicarse, como también a aquellos cuya conducta no puede ser aceptada sin problemas en las aulas regulares. Lo que estos niños tienen en común es una mayor o menor necesidad de que se les brinde una oferta educativa especial que esté por encima de la que la generalidad de las escuelas ofrecen a la mayoría de los estudiantes”. (Hegarty 1994: 13)

De aquí el interés en diferenciar el sujeto objeto de estudio, de su finalidad como ciencia, en este sentido es lógico que López Melero (1990) afirme:

“Primero porque históricamente se ha confundido el objeto de estudio de dicha ciencia (el niño deficiente y las causas de su deficiencia) con la disciplina en sí, que apoyada en un campo teórico, contraste y verifique en la práctica los principios que la sustentan; segundo porque científicamente hablando se ha identificado la Educación Especial con describir problemas de los niños cognitivamente diferentes y no con proponer modelos de intervención didáctica...” (López Melero 1990: 29)

No obstante, la corriente de análisis, descripción y clasificación de los sujetos con déficits está dando paso a una nueva dimensión, aceptada internacionalmente, centrada en las necesidades educativas especiales y que incluso ya se recoge en el ámbito legislativo:

*“Hoy la Educación Especial ha pasado de concebirse como la educación de un tipo de alumnos a entenderse como un conjunto de medios, recursos humanos y materiales, puestos al servicio del Sistema Educativo, para **la atención a las necesidades educativas especiales** que pueda presentar un sujeto a lo largo de su escolaridad”* (C.E.C./J.A, 1994: 10).

4.1. Denominaciones y clasificaciones de los sujetos de Educación Especial.

Los sujetos a los que se dirige la Educación Especial han sido denominados y clasificados según el criterio dominante desde una perspectiva socio-histórica. En este sentido, han existido gran cantidad de criterios para clasificar a los sujetos. Entre otros cabe destacar a García Pastor (1988) que los clasificaba según unos criterios en base a los términos “normal” y “anormal” que se resumen:

- a. Criterio estadístico: usa la campana de Gaus para diferenciar lo normal de lo anormal en función de la población referencia.
- b. Criterio clínico: salud era lo normal, enfermedad lo anormal.
- c. Criterio socio-cultural: la normalidad se define como adaptabilidad.
- d. Criterio normativo: cuando hacemos referencia a la mayor o menor cercanía de un prototipo de hombre, incluyendo aspectos físicos y comportamentales.
- e. Criterio subjetivo: en función de los propios criterios de cada uno.
- f. Criterio legal: cuando el sujeto es incapaz de manejar su propia vida o la propiedad que posea siendo necesaria la figura del tutor.

El proceso de etiquetaje, habitual en las instituciones socio-educativas que atienden a sujetos con déficits, conlleva el uso de términos que han ido sucediéndose, buscando la eliminación de connotaciones peyorativas a medida que la sociedad ha ido tomando conciencia de que estos impiden una mejora en el proceso de inserción social. Entre ellos he querido recoger en el siguiente cuadro algunos de los más conocidos y su significación:

Cuadro 3. Acepciones para identificar a los alumnos de Educación Especial.

TÉRMINO	AUTOR
<ul style="list-style-type: none"> • Defecto: exteriorización de un defecto patológico. • Discapacidad: pérdida o mal funcionamiento. • Hándicap: interferencia en el desarrollo normal causado por una discapacidad biológica, intelectual o personal en algún grado con necesidad de tratamiento médico, educativo o social. 	Oppé (1972, citado por Yule, 1975: 18)
<ul style="list-style-type: none"> • Minusválido: individuos que necesitan una ayuda especial para adaptarse a la existencia. 	UNESCO (1977)
<ul style="list-style-type: none"> • Inadaptado: abarca aquellos que necesitan una intervención social y educativa para su integración. 	Zavalloni (1973)
<ul style="list-style-type: none"> • Sujetos cognitivamente diferentes: respecto a su modo de ser y de hacer. 	López Melero (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Sujeto excepcional: esta acepción abarca de forma positiva a los sujetos superdotados. 	Garanto (1984); Sánchez Manzano (1992); Ainscow (1994)
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia, discapacidad y minusvalía: los analiza en base a las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud. 	Sarto (1997: 304 y ss)

Fuente: Adaptado de Torres González 1999

La OCDE (1994) señala cuatro modelos, como marco de referencia a la hora de definir a los sujetos de Educación Especial, que nos pueden servir para ver las percepciones y actitudes que tenemos respecto de los sujetos discapacitados:

1. Modelo médico (Bury, 1979; Barton, 1989). Centrado en las deficiencias de carácter biológico que necesitan tratamiento especializado.
2. Modelo social-patológico (Gliedman y Roth, 1980). Considera que los obstáculos para la integración no son de índole biológico sino de carácter social.
3. Modelo ambiental (Hegarty, 1987; Hegarty y otros, 1988; Stainback y Stainback, 1984b). La problemática no se centra en el sujeto sino en los cambios que debe realizar la institución educativa para adaptarse al sujeto discapacitado.
4. Modelo antropológico (Canevaro, 1984). Se centra en la consideración del hándicap como un constructo social cuya finalidad es la mejora de las relaciones interpersonales.

Este tipo de clasificaciones tienen su base en el “etiquetaje”, propio del modelo de asignaciones de tratamientos o servicios educativos a los alumnos deficientes en función de diagnósticos clínicos basados en la categorización Zabalza (1991). Las categorías resaltan los aspectos negativos de los sujetos en detrimento de sus posibilidades y necesidades.

Este tipo de enfoques que resaltan el déficit han persistido durante mucho tiempo, siendo aceptados mundialmente. En su día el término que los desplazó es el de **necesidades educativas especiales**, actualmente este mismo término ha evolucionado, denominando a los sujetos con la nueva Ley Orgánica de Educación de 2 de mayo de 2006, como **Alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo**.

Esta nueva nominación, basada en el Informe Warnock (1978), se basa en los planteamientos de los principios de normalización e integración socio-escolar difundidos en Europa en la década de los setenta. El Informe hace unas recomendaciones con el fin de acabar con la terminología de déficit, por la dificultad que existe en incluir a un determinado sujeto en una categoría.

Por ello creemos importante dedicarle un apartado específico a la aparición del concepto de Necesidades Educativas Especiales, con el fin de ver el recorrido que ha tenido en los últimos años.

4.2. Necesidades Educativas Especiales

En la actualidad se tiende a abandonar el concepto de Educación Especial, ya que el mismo término lleva implícito su aceptación como algo diferente del hecho educativo general. Debemos considerar que toda educación ha de ser "especial" ya que la educación ha de adaptarse al ritmo individual de cada sujeto. Cada alumno es diferente, por lo tanto, es adecuado que la educación trate las diferencias individuales (Cano 2003).

Los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) no pueden ser excluidos del sistema ordinario de enseñanza por lo que la Educación Especial tiende a desaparecer integrándose en la educación general.

Hasta llegar al concepto de "sujetos con Necesidades Educativas Especiales" la sociedad y, por supuesto, la educación han tenido que recorrer

un largo camino. Siempre han existido diferentes clasificaciones para estos sujetos: individuos sordos, ciegos, deficientes mentales, multideficiente, etc., considerados muchas de ellas desde un punto de vista clínico. Debemos tener presente que es muy difícil elaborar un cuadro general de inadaptaciones porque es complicado establecer diagnósticos diferenciales, dados que algunos trastornos (la mayoría) van asociados con otros (López Torrijo, 1999).

Continuamente ha existido un afán clasificador de los sujetos de Educación Especial. Actualmente surge un nuevo enfoque en el que se trata de dar más importancia a las necesidades educativas que tiene un individuo para incorporarse plenamente a su entorno social y familiar (Padilla y Sánchez-López 2001). La categorización es sustituida por un concepto muy amplio de "Necesidades Educativas Especiales" que abarca a sujetos con cierta clase de dificultades de aprendizaje, cualquiera que sea su causa.

El considerar como sujetos de Educación Especial a unos determinados niños es porque tienen unas necesidades educativas especiales, es decir, van a precisar unas determinadas ayudas pedagógicas o servicios para lograr sus fines educativos (Aranda 2002). De manera que lo que va a determinar al sujeto de Educación Especial no será ya su deficiencia sino las condiciones que afectan al desarrollo personal de los mismos y que justifican las ayudas determinadas o los servicios educativos poco comunes.

La era de las escuelas especiales, donde el tratamiento a los alumnos se centraba en el déficit que padecía, tuvo su fase de crecimiento en España al igual que en otros países. Pero, al mismo tiempo, se fue iniciando un declive en favor de diversos movimientos y teorías que conciben la integración del niño con problemas, dentro de las aulas ordinarias, como el mejor medio educativo.

A la categorización la sustituyó un amplio concepto de "*necesidades educativas especiales*" que abarcaba a alumnos con una cierta clase de dificultades de aprendizaje, cualquiera que sea su causa.

"Se entiende por Necesidades Educativas Especiales el conjunto de recursos educativos puestos a disposición de los alumnos que podrán necesitarlos de forma temporal o continuada"
(Gútiérrez 2001: 263).

Cuando decimos que un alumno presenta Necesidades Educativas Especiales estamos haciendo referencia a que este alumno necesita una serie

de ayudas (pedagógicas y/o de servicios) no comunes, para lograr los fines educativos.

Deja de tener sentido hablar de niños diferentes, centrándonos en el déficit que presenta, las necesidades educativas especiales forman un continuo que va desde la ayuda temporal o transitoria hasta la adaptación permanente a lo largo de toda la educación

Este profundo cambio en la educación especial y en la concepción de deficiencia de los sujetos ha sido favorecido, según Marchesi (1990), por las siguientes razones:

- *“Por una diferente concepción de deficiencia. Antes se le asignaba todo el valor a los rasgos hereditarios o constitucionales, mientras que ahora, el factor ambiental ha pasado a desempeñar un papel muy relevante.*
- *Considerar la importancia del aprendizaje como motor del desarrollo.*
- *Las técnicas evaluativas dejan de ser tan cuantitativas para cobrar más relevancia los procesos de aprendizaje y los métodos cualitativos.*
- *Las críticas que recibía el sistema dual (ordinario y especial) de los numerosos profesionales que trabajaban con sujetos discapacitados.*
- *El tener que enfrentarse en las escuelas con la diversidad de alumnado en cuanto a capacidades, intereses o motivaciones.*
- *Los escasos resultados obtenidos por las escuelas especiales en cuanto a integración social de sus alumnos.*
- *La existencia, en todos los países desarrollados de una corriente normalizadora que abarcaba todos los planos de la sociedad planteando la educación bajo supuestos integradores y no segregadores.”*

(Marchesi 1990:168)

4.2.1. Del modelo del déficit al de Necesidades Educativas Especiales

Uno de los cambios más relevantes que se ha producido en los últimos años en el tratamiento educativo de la discapacidad ha tenido lugar a nivel conceptual: Pasar del lenguaje del déficit al de Necesidades Educativas Especiales (NEE).

Con anterioridad a 1978, año en que Mary Warnock propone el concepto de Necesidades Educativas Especiales, el planteamiento educativo de la discapacidad presentaba las siguientes características:

- a) La causa de las dificultades educativas se encontraba en el alumno, de ahí que la evaluación y el tratamiento se centraran exclusivamente en éste.

- b) La evaluación debía ser realizada por un especialista (médico o psicólogo), iba encaminada a conocer el grado de déficit del alumno y se llevaba a cabo fuera del contexto de aula.
- c) La respuesta educativa consistía en un programa individual significativamente diferente al del resto de los alumnos. Objetivos, contenidos y actividades diferentes en contextos diferentes: El Sistema de Educación Especial.

(Gento 2003)

Todo ello condujo al etiquetaje de los alumnos con discapacidad, con las consecuencias que ello conlleva, y a la no consecución de uno de los objetivos prioritarios de la educación: la integración social. Ambos factores, asociados a la corriente normalizadora llegada desde los países escandinavos a mediados de los 70 (Wolfensberger, 1994), sentaron las bases de los cambios que se producirán a partir de 1978 con la propuesta y difusión del Informe Warnock (Warnock, 1978).

Cuadro 4: INFORME WARNOCK, 1978

- Las Necesidades Educativas Especiales son el resultado de la interacción entre las características personales del alumno, las características del entorno educativo en el que se encuentra y la respuesta educativa que se le ofrece
- El objetivo de la evaluación ya no es determinar la etiología y gravedad de un déficit, sino evaluar al alumno en la situación de aprendizaje para diseñar la respuesta educativa más apropiada.
- Evaluación y respuesta educativa han de llevarse a cabo desde los marcos más normalizados: el sistema educativo ordinario y el currículum común.

Fuente: Basado en Warnock, 1978

Dicho informe constituirá el punto de ruptura con la corriente segregacionista y la punta de lanza de un nuevo movimiento integrador (Ortiz, 1996). De entre sus propuestas cabe destacar:

1. Los fines de la educación deben ser los mismos para todos los alumnos: promover su desarrollo integral, proporcionarles toda la

independencia posible, aumentar su conocimiento del mundo que les rodea y favorecer su participación activa y responsable en el mismo.

2. La Educación Especial debe convertirse en el conjunto de apoyos y recursos de los que ha de disponer el sistema educativo para favorecer el acceso de los alumnos con necesidades especiales a estos fines.
3. El objetivo deja de consistir en establecer la etiología y grado de un déficit y pasa a ser delimitar las Necesidades Educativas Especiales de los alumnos.

Un alumno tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículum que le corresponde por su edad (bien por causas internas, por dificultades o carencias en el entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje desajustada) y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículum. (CNREE 1992:126)

4. Dichas necesidades no son el resultado de las limitaciones inherentes a una discapacidad, surgen de la interacción entre el alumno y la situación de aprendizaje en la que se encuentra, es decir, dependen tanto de las características personales del alumno, como de las características del entorno educativo en el que este se desenvuelve y la respuesta educativa que se le ofrece.
5. En función de la respuesta educativa que se ofrece al alumno, sus Necesidades Educativas Especiales pueden ser diferentes.
6. La respuesta educativa a las Necesidades Educativas Especiales hay que ofrecerla desde el currículum ordinario, común a todos los alumnos.

A continuación expondremos un cuadro comparativo entre ambos modelos de Educación Especial para ver las diferencias más claramente:

CUADRO 5. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL	
DÉFICIT	N.E.E
– Segregador de diferencias individuales.	– Integrador de las diferencias.
– Centrado en el sujeto.	– Centrado en el alumno y en su interacción con el medio escolar, familiar y sociocultural.
– Detecta déficit.	– Identifica las necesidades educativas.
– Se fija en las dificultades del individuo.	– Atiende a sus posibilidades educativas.
– Modelo homogeneizador.	– Modelo de atención a la diversidad.

Fuente: Sánchez Sainz 2000, inédito.

Por lo tanto podemos ir haciendo afirmaciones respecto a la evolución del concepto del modelo de déficit al de Necesidades Educativas Especiales como:

1. Las dificultades educativas de las personas con discapacidad ya no se consideran un rasgo absoluto del individuo sino una manifestación de la interacción entre éste y el contexto en el que se desenvuelve y ha de funcionar.
2. El objeto de evaluación deja de ser exclusivamente el individuo y pasa a ser la interacción entre éste y su entorno.
3. El contexto pasa no sólo a formar parte de la definición de Necesidades Educativas Especiales y a ser objeto de evaluación, también se convierte en el marco a partir del cual diseñar la respuesta a las necesidades educativas de los alumnos con discapacidad.
4. Se propone el contexto más normalizador, el menos restrictivo, como marco a partir del cual evaluar las necesidades del individuo y ofrecer la respuesta más apropiada. Es decir, si el fin último de la educación es lograr la plena integración y la participación activa en la vida comunitaria para todos los alumnos (incluidos los que presentan Necesidades Educativas Especiales), la comunidad ha de ser el referente desde el que definir necesidades, diseñar respuestas a las mismas y aportar recursos. No obstante, si queremos afrontar este proceso con ciertas garantías, ha de

comenzar en etapas tempranas. De aquí que el referente a la hora de dar respuesta a estas necesidades sea:

- El principio de Normalización y su consecuencia a nivel educativo: la inclusión escolar.
- El currículum ordinario
- La individualización de la enseñanza, como respuesta a una diversidad del alumnado cada vez mayor.

4.2.2. Tipos de necesidades educativas

El término necesidades educativas especiales supera la concepción clásica de Educación Especial (la de los alumnos con déficits) para avanzar hacia un nuevo modelo más amplio que sirva como la respuesta educativa a la diversidad, de forma que incluya no sólo a los alumnos que tienen deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, sino también a los que presenten dificultades de aprendizaje ya sean por problemas madurativos, de tipo social o como consecuencia de intervenciones metodológicas inapropiadas (Prieto y Arocas 1999). En este sentido las dificultades de aprendizaje en sentido amplio son muy similares a lo que nos encontramos en el Informe Warnock (1978).

A continuación presentaré a modo esquemático algunos de los tipos de clasificaciones que considero más importantes:

1. Gagé y Berliner (1984):
 - a. Características mentales.
 - b. Habilidades sensoriales.
 - c. Características neuromotoras o físicas.
 - d. Conducta social.
 - e. Habilidades de comunicación (sociales).
 - f. Hándicaps múltiples.
2. Wilson (1983):
 - a. *“Necesidades Educativas Especiales de niños con defectos de audición, visión o movilidad sin serios problemas intelectuales o emocionales.*
 - b. *Necesidades Educativas Especiales de niños con desventajas educativas.*

- c. *Necesidades Educativas Especiales de niños con dificultades significativas de aprendizaje.*
- d. *Alumnos con dificultades emocionales y conductuales.”*

(citado por Brennan, 1988: 40)

3. Warnock (1978):

- a. Necesidades de adecuaciones específicas del currículum.
- b. Necesidades de proveer medios específicos de acceso al currículum.
- c. Necesidades de modificación de la estructura social y del clima emocional en el que tiene lugar la educación.

4. Sánchez Palomino y Torres González (1998):

- a. *“Necesidades especiales de adecuación curricular.*
 - i. *De adaptación de objetivos.*
 - ii. *De adaptación de contenidos.*
 - iii. *De adaptación metodológica.*
 - iv. *De adaptación de la evaluación.*
 - v. *De adaptación de la temporalización.*
- b. *Necesidades especiales de provisión de medios de acceso al currículum.*
 - i. *De provisión de situaciones educativas especiales (emplazamiento).*
 - ii. *De provisión de recursos personales.*
 - iii. *De provisión de materiales específicos.*
 - iv. *De medidas de acceso físico a la escuela y sus dependencias.”*

(Sánchez Palomino y Torres González 1998: 40-41)

4.2.3. La respuesta educativa a las Necesidades Educativas Especiales

Decir que un alumno tiene Necesidades Educativas Especiales significa que a lo largo de su escolarización puede presentar dificultades de aprendizaje. Dichas dificultades son un continuo que va desde las más leves y puntuales hasta las más graves y/o permanentes. Es decir, una característica que puede definir a estos alumnos es la dificultad más o menos generalizada en el proceso de aprender, dificultad que puede afectar a alguna o a todas las áreas del desarrollo: autonomía, cognición, lenguaje, interacción social y motricidad (Molina, 1994; Verdugo, 1995).

Desde los planteamientos que nos guían: normalización, inclusión escolar e individualización de la enseñanza, la respuesta educativa a las dificultades de aprendizaje de los alumnos no puede buscarse fuera del

currículo ordinario. El sistema educativo cuenta con la posibilidad de realizar los ajustes necesarios en dicho currículo, para compensar las dificultades de aprendizaje de los alumnos con Necesidades Educativas Especiales desde el marco más normalizador y menos restrictivo posible (García Pastor 1992).

Las modificaciones necesarias del currículo, pueden ir en una doble dirección (adaptado de Calvo y Martínez 1997):

1. **Adaptaciones de acceso al currículo:** Modificaciones o provisión de recursos espaciales (condiciones de acceso, sonorización y luminosidad), materiales (mobiliario, equipamientos específicos o ayudas técnicas para el desplazamiento, visión o audición) o de comunicación (sistemas de comunicación complementarios, aumentativos o alternativos al lenguaje oral).
2. **Adaptaciones curriculares:** Modificaciones en la programación de objetivos, contenidos, metodología, actividades, criterios y procedimientos de evaluación. Pueden ser de dos tipos:
 - Adaptaciones curriculares no significativas: Modificaciones que se realizan en los diferentes elementos de la programación diseñada para todos los alumnos de un aula o ciclo, para responder a las diferencias individuales, pero que no afectan prácticamente a las enseñanzas básicas del currículo oficial.
 - Adaptaciones curriculares significativas: Modificaciones que se realizan desde la programación y que implican la eliminación de algunas de las enseñanzas básicas del currículo oficial: objetivos, contenidos y/o criterios de evaluación.

De esta manera la reforma educativa pretende dar una respuesta adecuada a esa diversidad, enfatiza en la necesidad de responder de una manera integrada y simultánea a todas aquellas características individuales, que pueden influir en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Gútiérrez, 1998).

4.3. Incidencia

En España se han realizado dos encuestas sobre **Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud (INE)**, la primera en el año 1986 y la segunda en el año 1999. No se pueden establecer comparaciones entre ambas debido a sus diferencias metodológicas. Los datos de la última encuesta arrojan una prevalencia, para la población infantil de cero a cinco años, de un **22'44%**, nos centramos en esta población, ya que será la población objeto de nuestro estudio.

Cuadro 6: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999

Niños menores de 6 años con limitaciones por tipo de limitación

	Niños con limitaciones	Tasa por 1.000 habitantes menores de 6 años
TOTAL	49.577	22,44
Mantenerse sentado, de pie o caminar	8.531	3,86
Ver	8.205	3,71
Ceguera total	793	0,36
Oír	5.042	2,28
Sordera total	871	0,39
Mover los brazos, debilidad o rigidez	5.324	2,41
Caminar, debilidad o rigidez en las piernas	11.644	5,27
Ataques, rigidez en el cuerpo, pérdida de conocimiento	4.780	2,16
Hacer las cosas como los demás niños de su edad	14.224	6,44
Niño lento o alicaído	6.212	2,81
Comprender ordenes sencillas (niños de 2 a 5 años)	4.883	2,21
Nombrar algún objeto (niños de 2 a 3 años)	5.045	2,28
Habla dificultosa (niños de 3 a 5 años)	13.319	6,03
Otros problemas que precisan de cuidados especiales	22.964	10,39

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999

Ficha de la encuesta:

Autor: Instituto Nacional de Estadística, con la colaboración del IMSERSO y de la Fundación ONCE.

Ámbito: Nacional

Universo: Población residente en viviendas familiares.

Procedimiento: Entrevista personal en domicilio del entrevistado. La encuesta se ha realizado en tres fases: cuestionario de hogar, a través del que se capta la existencia de personas que padecen alguna discapacidad o limitación; cuestionarios de discapacidades, limitaciones y deficiencias, que recogen información sobre las personas con alguna discapacidad o limitación, y cuestionario de salud.

Muestra: 70.402 hogares (217.760 personas).

Fecha de recogida de datos: Segundo trimestre de 1999.

Trabajo de campo: Instituto Nacional de Estadística.

Además de esta estadística, encontramos otras fuentes que arrojan datos más o menos similares.

El **Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)**, perteneciente a la Secretaría General de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, confecciona de manera continuada la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad desde el año 1992, con el objeto de conocer las características de la población reconocida con el grado de minusválida por las administraciones competentes.

Es decir, la información recogida pertenece a aquellas personas que tienen un 33% de discapacidad según los criterios de los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) y que, por tanto, son susceptibles de recibir ayudas económicas y medidas de apoyo para la integración. Por tanto, las personas que presenten alteraciones menores no son contabilizadas en los estudios.

Según la base de datos del año 1999, el 7% de los discapacitados tienen entre 0 y 14 años, correspondiéndose con un **1.36%** de todos los niños españoles de esa edad. En este grupo, el 27% de los niños no tiene un diagnóstico conocido. Del resto, las minusvalías más prevalentes son el síndrome de Down, la parálisis cerebral, las meningoencefalopatías y las pérdidas neurosensoriales auditivas. De todas ellas, las etiologías más frecuentes son la congénita, y el sufrimiento fetal perinatal, presentándose en un 30% de los niños minusválidos.

El **Ministerio de Educación, Cultura y Deporte** publicó unas Estadísticas de la educación en España en 1999. Éste es otro gran ámbito en el que los niños desarrollan su vida cotidiana. En este trabajo muestran los datos de los niños que precisan una educación especial específica y de aquellos que se integran en centros ordinarios.

Según su información, el **2.2%** de los alumnos **tienen necesidades educativas especiales**, con predominio de los varones sobre las mujeres (2.6% y 1.8% respectivamente). También sostienen que un 1.7% de los niños que se encuentran en las escuelas normales son alumnos de integración; de ellos, la gran mayoría se integra en Centros Públicos ya que cuenta con el 2.3% de estos alumnos entre sus estudiantes, mientras que en los Centros Privados ese porcentaje disminuye al 0.7%.

La gran mayoría de los niños integrados se encontraban cursando los estudios primarios en el momento de realizar la encuesta (el 58%), reduciéndose su número a la mitad en los estudios secundarios. Esta tendencia se observa tanto en los Centros Públicos como en los Privados.

En relación con la disparidad de datos, la **Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial** elaboró un informe sobre las necesidades educativas especiales en diferentes países europeos. Mientras países como Finlandia arrojan datos del 18’7%, otros como Grecia informan del 0’9%. España se sitúa en un 3’7% (Soriano, 2000). Esta disparidad lleva implícita los diferentes niveles de organización de las estructuras administrativas y la variabilidad en la noción de “calidad de vida”.

Una vez analizados los datos de estas encuestas, vamos a ofrecer datos del MEC sobre la Escolarización de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales en España, para posteriormente comparar estas estadísticas con las de Madrid.

Cuadro 7. Alumnos con Necesidades Educativas Especiales integrados en Educación Infantil en las distintas CCAA

Curso 2003-2004			
Comunidades Autónomas	Todos los Niveles Educativos	E.I	Porcentaje %
Andalucía	28041	2972	10,6
Aragón	2729	349	12,8
Asturias (Principado de)	2066	268	12,9
Baleares (Illes)	3977	560	14,1
Canarias	2603	230	8,8
Cantabria	2340	184	7,9
Castilla y león	9195	1059	11,5
Castilla-la Mancha	7820	777	9,9
Cataluña	13644	2259	16,5
Comunidad valenciana	10860	869	8,0
Extremadura	4954	348	7,0
Galicia	4591	580	12,6
Madrid (Comunidad de)	11789	2488	21,1
Murcia (Región de)	5819	917	15,7
Navarra (Comunidad Foral de)	1883	255	13,5
País Vasco	3923	498	12,7
Rioja (La)	616	51	8,3
Ceuta	449	25	5,6
Melilla	283	44	15,5

Fuente: MEC. Oficina de Estadística: “Las cifras de la Educación en España” (2006)

Según se puede apreciar en la anterior tabla, Madrid es la Comunidad que mayor porcentaje de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales tiene integrados en centros ordinarios en Educación Infantil en relación al total de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales integrados en todas las enseñanzas (21.1%). Le siguen Cataluña con un 16,5 %, la Región de Murcia con un 15,7 % y Melilla con un 15,5 %. Las que menor porcentaje presentan son Ceuta (5,6%), Extremadura (7%) y Cantabria (7,9%).

Cuadro 8. Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, por Discapacidad y Enseñanza Infantil en España y Madrid

Curso 2003-2004		
DISCAPACIDAD	E.I	
	España	Madrid
Auditiva	1392	149
Motora	2265	436
Psíquica	5959	1306
Visual	410	69
Trastornos Graves de la Personalidad / autismo	2393	217
Plurideficiencia	1262	302
No distribuido por Discapacidad	978	-
Sobredotación	74	9
Total Cifra Absoluta	14733	2488

Fuente: MEC. Oficina de Estadística: “Las cifras de la Educación en España” (2006)

Una de las cosas que llama la atención es que en Madrid, no existan datos de niños no distribuidos por Discapacidad, siendo el resto de la Clasificación de Discapacidades igual para España y Madrid. En el caso de Madrid, o bien a estos niños se les ha englobado en el resto de Discapacidades, o bien se les ha excluido de la estadística, en cuyo caso el número total reflejado sería distinto al real.

Asimismo, los porcentajes de niños con Deficiencia Auditiva y TGD/Autismo en Madrid, son especialmente bajos con respecto al porcentaje Nacional.

Por último, comparar la situación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales en España con otros países, en este sentido “La Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial”, en su monográfico sobre “Necesidades Educativas Especiales en Europa” publicado en el 2003, presenta una tabla comparativa de distintos países Europeos, en la intervención para Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

Aunque nuestra primera intención es la de comparar datos, debemos recordar que es difícil que exista homogeneidad y criterios unificados, ya que los estudios de todos los países se han hecho con criterios y sesgos diferentes, de manera que tendremos que tener en cuenta a la hora de realizar comparaciones y ser cautelosos.

Cuadro 9. Intervención para Alumnos con NEE en Europa

	Número de alumnos de enseñanza obligatoria	Porcentaje de alumnos con Necesidades Educativas Especiales	Porcentaje de alumnos escolarizados en centros específicos	Año de referencia
Alemania	9,159,068	5.3%	4.6%	2000/2001
Austria	848,126	3.2%	1.6%	2000/2001
Bélgica (A)	9,427	2.7%	2.3%	2000/2001
Bélgica (F)	680,360	4.0%	4.0%	2000/2001
Bélgica (H) ³	822,666	5.0%	4.9%	2000/2001
Chipre	N/R	5.6%	0.7%	2000/2001
Dinamarca	670,000	11.9%	1.5%	2000/2001
Eslovaquia	762,111	4.0%	3.4%	2001/2002
Eslovenia	189,342	4.7%	(:)	2000
España	4,541,489	3.7%	0.4%	1999/2000
Estonia	205,367	12.5%	3.4%	2000/2001
Finlandia	583,945	17.8%	3.7%	1999
Francia	9,709,000	3.1%	2.6%	1999/2000/2001
Grecia	1,439,411	0.9%	<0.5%	1999/2000
Holanda ⁴	2,200,000	2.1%	1.8%	1999/2000/2001
Hungría	1,191,750	4.1%	3.7%	1999/2000
Irlanda	575,559	4.2%	1.2%	1999/2000
Islandia	42,320	15.0%	0.9%	2000/2001
Italia	8,867,824	1.5%	<0.5%	2001
Letonia	294,607	3.7%	3.6%	2000/2001
Liechtenstein	3,813	2.3%	1.8%	2001/2002
Lituania	583,858	9.4%	1.1%	2001/2002
Luxemburgo	57,295	≈ 2.6%	≈ 1.0%	2001/2002
Noruega	601,826	5.6%	0.5%	2001
Polonia	4,410,516	3.5%	2.0%	2000/2001
Portugal	1,365,830	5.8%	<0.5%	2000/2001
Reino Unido	9,994,159	3.2%	1.1%	1999/2000
Rep. Checa	1,146,607	9.8%	5.0%	2000/2001
Suecia	1,062,735	2.0%	1.3%	2001
Suiza ⁵	807,101	6.0%	6.0%	1999/2000

Fuente: Agencia europea 2003 online

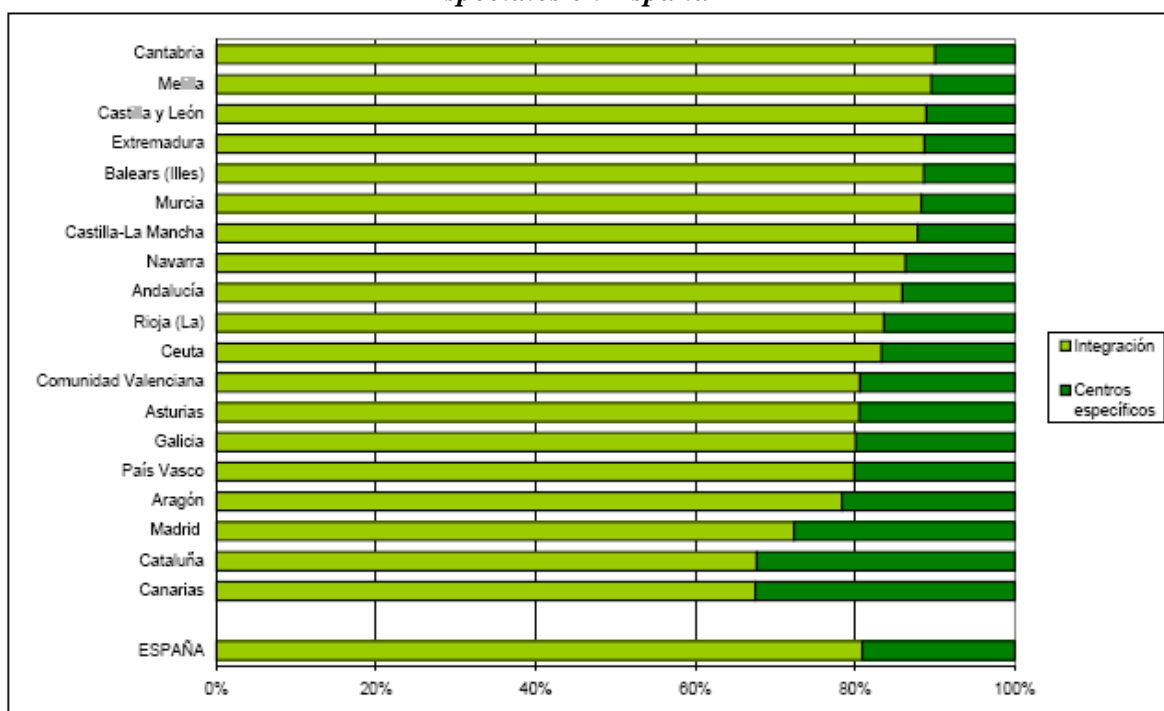
La tabla presenta datos sobre alumnos escolarizados, porcentaje de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, y porcentaje de alumnos

escolarizados en centros específicos, aunque no se hace referencia a los alumnos en centros ordinarios. Esto es un sesgo que radica en la diversidad de criterios existentes en Europa en las definiciones y modalidades de escolarización.

Es importante destacar que **en España la tendencia es Integrar a los niños con necesidades especiales en Centros Ordinarios**, mientras que a la vista de estos datos, parece que no sea así en la mayoría de los países europeos, ya que si no se hace referencia a la cantidad de alumnado integrado será porque no es significativo.

Existe mucha variabilidad de unos países a otros, y España es uno de los que menor porcentaje de alumnos con Necesidades Educativas Especiales presenta. Si bien es cierto que al presentar el modelo de integración como un recurso de Necesidades Educativas Especiales no permanentes, hace que estos datos varíen. A continuación exponemos una gráfica donde se ve la distribución porcentual del alumno con Necesidades Educativas Especiales en integración y en centros específicos de nuestro país:

Cuadro 10: Distribución porcentual del alumno con Necesidades Educativas Especiales en España



Fuente: MEC 2005

En donde podemos observar que al menos **el 80% del alumnado con Necesidades Educativas Especiales de nuestro país están en centros de**

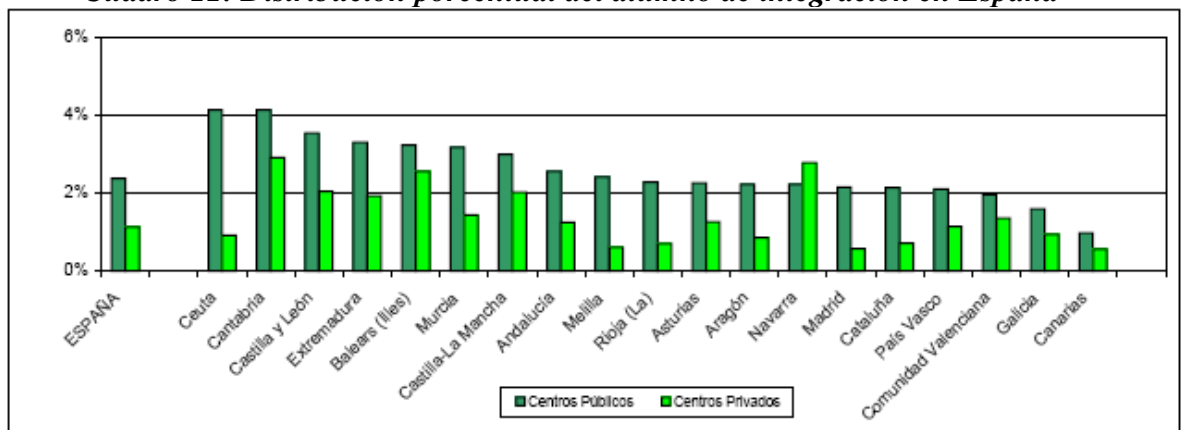
integración, aunque existe mucha variación en función de la comunidad donde se encuentre el niño, lo que nos hace pensar que o bien existen Comunidades que poseen más recursos que otras, por lo que pueden permitirse tener un mayor número de centros específicos para atender a esta población, o bien están mejor etiquetados estos sujetos, de manera que les dan una respuesta más adecuada.

Existe una tercera posibilidad, que nos hace pensar en que hay Comunidades que creen más en el proceso de integración que otras, pero por el tipo de alumnado que suele haber en los centros específicos nos hemos permitido rechazar tal posibilidad.

Tenemos que recordar, que no sólo los centros específicos realizan las medidas pertinentes para adecuar el sistema educativo a las necesidades de cada individuo, sino que también participan los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, que son los encargados de evaluar al niño, y proporcionar los apoyos educativos específicos. De estos equipos hablaremos más adelante.

No obstante la mejor forma de saberlo es viendo el porcentaje del alumnado de integración respecto a la población total de España, en función de la titularidad del centro (público o privado):

Cuadro 11: Distribución porcentual del alumno de integración en España

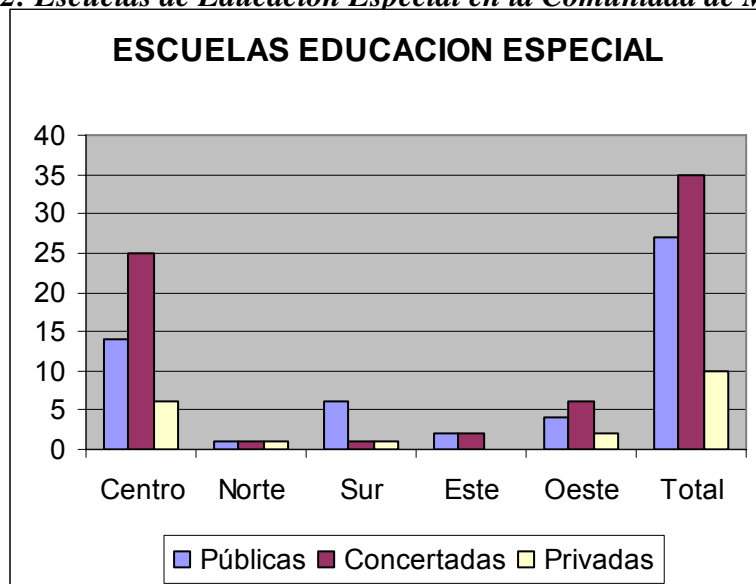


Fuente: MEC 2005

Por último decir que en cifras del MEC (2006) para el curso 2004-2005 existían 486 Centros Específicos en el territorio nacional autorizados por las administraciones educativas, de los cuales 192 (40%) eran públicos y 294 (60%) privados (incluidos los concertados).

Según datos de la Comunidad de Madrid (CAM 2006 Online), los centros de Educación Especial de nuestra comunidad se reflejan en la siguiente gráfica:

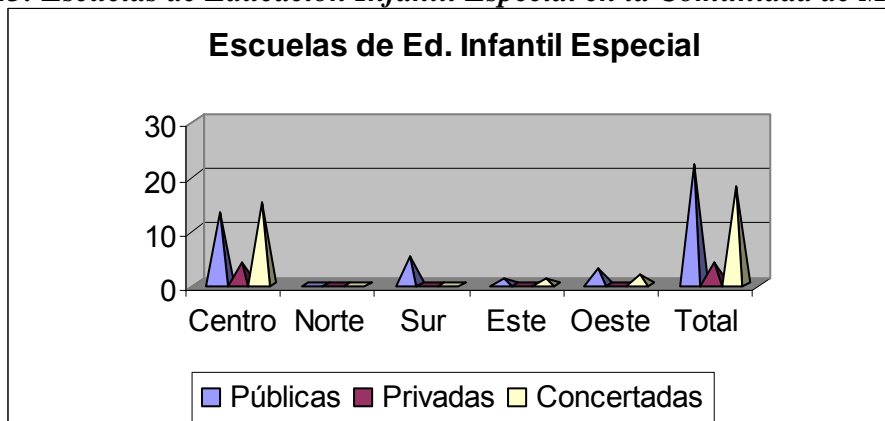
Cuadro 12: Escuelas de Educación Especial en la Comunidad de Madrid



Fuente: Adaptado de CAM 2006, Online

El número total de Escuelas de Educación Especial en nuestra Comunidad es de 72, la mayoría de las cuales son públicas, o están financiadas por el sistema público. Lo que nos da una muestra de los recursos que posee respecto al resto de España y nos servirá de referencia en el resto de los capítulos de este trabajo para comparar la situación de Madrid respecto a los recursos que posee de cara a atender la población objeto de nuestro estudio. De estas escuelas, las que son de educación infantil (población 0-6 años) se reflejan en el siguiente cuadro:

Cuadro 13: Escuelas de Educación Infantil Especial en la Comunidad de Madrid



Fuente: Adaptado de De Francisco 2006

Sólo queremos señalar que el área territorial más favorecida es la de Madrid Centro, respecto del resto de áreas, lo que nos irá dando un índice sobre como están repartidos los recursos dentro de nuestra comunidad.

En cualquier caso, queremos constatar que en todo momento se busca un contexto lo más normalizado posible para los niños que presentan necesidades específicas de apoyo educativo. De manera que estos apoyos más o menos específicos deben realizarse en el entorno más cercano al niño, y la educación infantil supone el primer nivel educativo donde atender a estas necesidades.

Además existen una red de servicios que puede detectar las necesidades de estos niños (los Equipos de Atención Temprana), donde valorar y proponer propuestas de intervención. Estos servicios los abordaremos en el bloque siguiente de Educación Infantil.

5. PRINCIPIOS

En las sociedades desarrolladas y en sus comunidades educativas se ha ido extendiendo en los últimos años una nueva visión de las condiciones de vida y de escolarización de las personas con algún tipo de déficit o discapacidad.

Este cambio de mentalidad, que empieza a forjarse en los años 60, ha llevado, a estas sociedades, a comprender que el mundo de este tipo de personas no debe ser diferente al mundo de los demás (García Pastor, 1995).

Estas mentalidades, que se encuadran dentro de lo que se ha dado por llamar el movimiento integracionista son, hoy en día, el principal motor de cambio para el mundo de la deficiencia y para todos aquellos sujetos que presentan ciertos hándicaps en la configuración física o psicológica de su persona.

Entre los principios que se rige la educación especial nos encontramos:

1.- Principio de Normalización: Este principio fue enunciado por Ben Nirje (Director de la Asociación Sueca pro Niños Deficientes), aunque el primero en utilizarlo fue Bank-Mikelsen (Director de los Servicios para Deficientes de Dinamarca). Este principio (ya definido en la introducción al tema) propone un nuevo modo de pensar y actuar que permita a los deficientes mentales obtener una existencia lo más parecida a lo normal que sea posible.

Wolfensberger (1986) hará que este principio se extienda por Estados Unidos y Canadá e incluso lo desarrolla acuñando la expresión "valoración del rol social" con el que se puede captar y reflejar con mayor claridad la esencia de este principio (Parrilla 1992). El mismo hace referencia a cualquier ambiente, ya sea médico, educativo, psicológico, social o político, exige tener en cuenta la aproximación de cada individuo a las oportunidades de la vida para llevar un ritmo de vida normal, experimentar el desarrollo de experiencias normales a lo largo de las diferentes etapas evolutivas, recibir el respeto y consideración normal ante las elecciones y deseos, aplicar las mismas normas económicas para llevar una vida lo más normal posible.

Según Sánchez Manzano (1992), es común a todos los estudiosos de la Educación Especial que normalización e integración son aspectos complementarios y estrechamente relacionados, pero en lo que no están de acuerdo es en la secuenciación de estos principios. Para Bank-Mikkelsen primero es la integración y luego la normalización y para Wolfensberger es a la inversa.

2.- Principio de sectorización: Cuando trasladamos el principio de normalización al terreno de los servicios podemos hablar de sectorización.

La normalización del entorno supone acercar los servicios al lugar donde se produce la demanda. Sectorizar va a significar acercar los servicios al lugar, regiones y/o localidades donde se produce la demanda, descentralizar los servicios ya que las necesidades de las personas deben ser satisfechas allí donde se producen y no en lugares especiales y distantes.

La normalización pasa forzosamente por la sectorización. Obligando a un individuo o a su familia a trasladarse y fijar su residencia en el lugar donde se encuentran los servicios que precisa, se está rompiendo los vínculos de unión del sujeto con su comunidad natural, descontextualizándolo y obstaculizando la normalización de sus experiencias vitales (Monereo, 1988).

3.- Principio de integración: Cuando trasladamos principio de normalización al terreno de las relaciones entre individuos podemos hablar de integración.

La integración social hace referencia a un cambio de valores que lleva a apreciar el carácter inherente de la diversidad humana y a considerar que, una sociedad democrática no sólo ha de ofrecer las mismas oportunidades a todos sus miembros, sino que puede beneficiarse de todos ellos (Parrilla 1992).

Por integración podemos entender que todos compartimos los mismos valores y derechos básicos siendo muy importante el reconocimiento de la integridad del otro (Nirje, 1969).

El desarrollo de estos principios ha llevado a una tendencia progresiva de descentralización y desinstitucionalización, dando paso a iniciativas de carácter local y comunitario en el terreno de los servicios sociales para las personas con déficits y al movimiento de integración Escolar en el educativo.

Por tanto el concepto de integración escolar, quizás el más importante, es un concepto derivado de la aplicación de la integración al terreno educativo.

Dentro de esta corriente integracionista, un concepto se destaca, frente a otros, por su idea de globalidad: normalización.

Normalización significa poner a disposición de todas las personas deficientes unas pautas de vida y condiciones para la vida diaria lo más parecida posible a las circunstancias y modo de vida de la sociedad (Nirje, 1969).

Cuando el concepto de normalización se traslada al plano educativo hablamos de integración escolar. Esta integración escolar está suponiendo una auténtica revolución en las prácticas educativas habituales así como en la concepción y diseño de los servicios educativos.

La integración se basa en una ideología, la normalización, y arranca, paradójicamente, del hecho de “ser diferente” dentro de una sociedad normalizada. (Dueñas Buey, 1991).

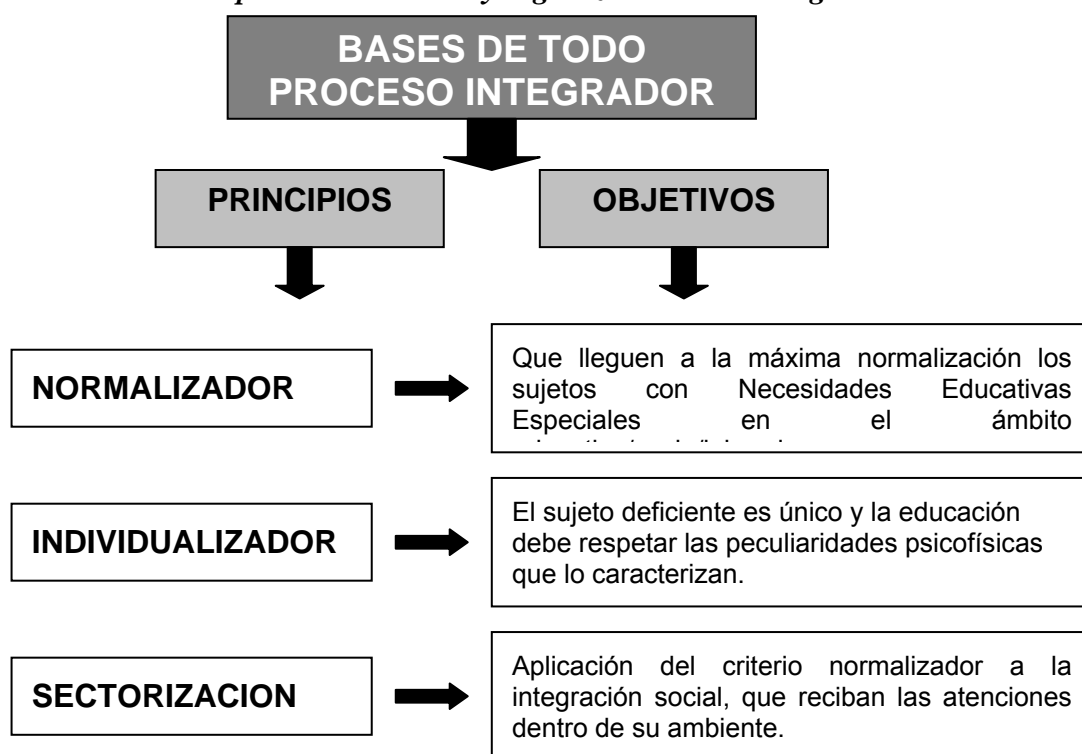
El principio de normalización tiene su origen en los padres escandinavos. Bank-Mikkelsen, consiguieron en 1959 que la ley danesa contemplara la normalización, que en palabras de Bank-Nikkelsen es *“la posibilidad de que el deficiente desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible”* (Sánchez Manzano, 1992.p.140).

El antiguo modelo de atención a alumnos, según el déficit que presentaban, ha dado paso a un nuevo concepto de educación especial y de la población a la que va dirigida.

El cambio fundamental es la introducción del concepto de necesidades educativas especiales del que ya hemos hablado. Hemos de darnos cuenta que la escuela es el primer entorno no familiar con el que un niño ha de enfrentarse.

Nuestras escuelas son organizaciones muy parecidas a las distintas organizaciones sociales y por lo tanto es el primer tanteo para la verdadera integración del niño con déficit en la sociedad. Dependiendo del éxito que se tenga en la integración escolar dependerá el éxito de la verdadera integración, la integración social:

Cuadro 14. Supuestos didácticos y organizativos de la integración escolar



Fuente: Adaptado de León 1986.

Es por esto por lo que debe surgir una escuela que de respuesta a las individualidades de cada uno, independientemente de sus características y de su entorno, una concepción de escuela que responda a la diversidad que caracteriza a todo grupo humano.

En los años sesenta se da un conjunto de circunstancias (nuevas corrientes de pensamiento, asociacionismos de padres, declaraciones de los derechos del deficiente, programas de atención, etc.) que vienen a cuestionar la calidad de los servicios prestados a las personas con deficiencias, proponiendo prácticas alternativas, basadas en los principios de normalización e integración.

Normalización e integración son conceptos estrechamente ligados, relacionados; aunque para algunos se entiende de diferentes formas. Para Mikkelsen, la normalización es el objetivo a conseguir y la integración sería el método para lograrlo; otros conciben la integración social como el resultado de la normalización (Prieto y Arocas 1999).

Normalización significa la aceptación de las personas con su deficiencia dentro de la sociedad "normal" con los mismos derechos, responsabilidades y oportunidades a disposición de los demás. Se trata de poner a disposición de

todas las personas con deficiencias unas condiciones y unas formas de vida, que se aproximen lo más posible a las circunstancias y al estilo de vida considerado normal en la sociedad, a fin de que puedan desarrollar al máximo su personalidad (Sanz del Río 1995).

En la L.O.G.S.E. se establecían como principios de atención a la diversidad la **normalización y la integración**, con la llegada de la L.O.C.E. estos principios cambian por los de **no discriminación y normalización educativa**, con la finalidad de conseguir su integración, de manera que la integración pasa de concebirse como un principio a un fin. Actualmente la L.O.E. elimina el término integración por el de inclusión, y es por ello que nos vamos a centrar en estos dos términos, para ver la evolución de estos principios que hemos hablado anteriormente.

5.1. Integración.

Estos principios no sólo buscan adaptar las condiciones de vida del deficiente, para ajustarlas a las de la sociedad, sino que pretenden al mismo tiempo modificar las mismas condiciones sociales establecidas. Sólo una sociedad diferente puede integrar a personas diferentes.

5.1.1. Origen.

En los años sesenta surge en los Países Nórdicos, concretamente en Suecia y Dinamarca, una corriente de pensamiento que critica la segregación social de que son objeto las personas deficientes. Esta corriente de pensamiento irá impregnando, durante los setenta a toda el área latina, quedando al margen de estos planteamientos tanto los Países Bajos como los de Europa del Este. (Parrilla, 1992).

La diferencia entre los países europeos fueron que, mientras que en los países nórdicos fue la administración la que se encargó de promover, redactar y aplicar una legislación integradora, en otros países como es el caso de España e Italia son las asociaciones de afectados las que demanda a la Administración la elaboración de esas leyes. Concretamente, en España, la legislación ha tenido un carácter experimental y progresivo, siendo los Claustros y los Consejos Escolares los que en definitiva aceptaban o no la integración escolar (Palacios 1999).

En E.E.U.U. se sigue un proceso paralelo e incluso se toman acciones legales contra el gobierno para reclamar el derecho de todos los niños, a pesar de sus déficits a una educación pública y apropiada a partir de tres ejes o principios: normalización, integración escolar y ambiente menos restringido.

Todo este movimiento social basado, sobre todo en el principio de *Normalización*, trata de denunciar y poner de manifiesto la situación social y condiciones de vida que la sociedad deparaba a los deficientes (Molina 1997). Este principio de normalización no sólo abarca el plano social sino también el educativo.

5.1.2. Definición.

La integración escolar consiste, en sentido amplio, en el abandono de la visión dualista que dominó la educación hasta hoy para acceder a una nueva perspectiva, un nuevo sentido de lo que es la escuela y la educación.

La Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos (L.I.S.M.I.), artículo 25 formula el principio de integración:

"La educación especial se impartirá en instituciones ordinarias, públicas o privadas del sistema educativo general de forma continuada, transitoria o mediante programas de apoyo, según las condiciones de las deficiencias que afecten a cada alumno y se iniciará tan precozmente como lo requiera cada caso, acomodando su ulterior proceso al desarrollo psicobiológico de cada sujeto y no a criterios estrictamente cronológicos."

5.1.3. Modelos

El informe Warnock (1978) distingue tres formas de integración:

- La integración física o local que existe cuando las clases especiales se encuentran en escuelas ordinarias compartiendo el mismo entorno físico pero su funcionamiento y organización es totalmente independiente.

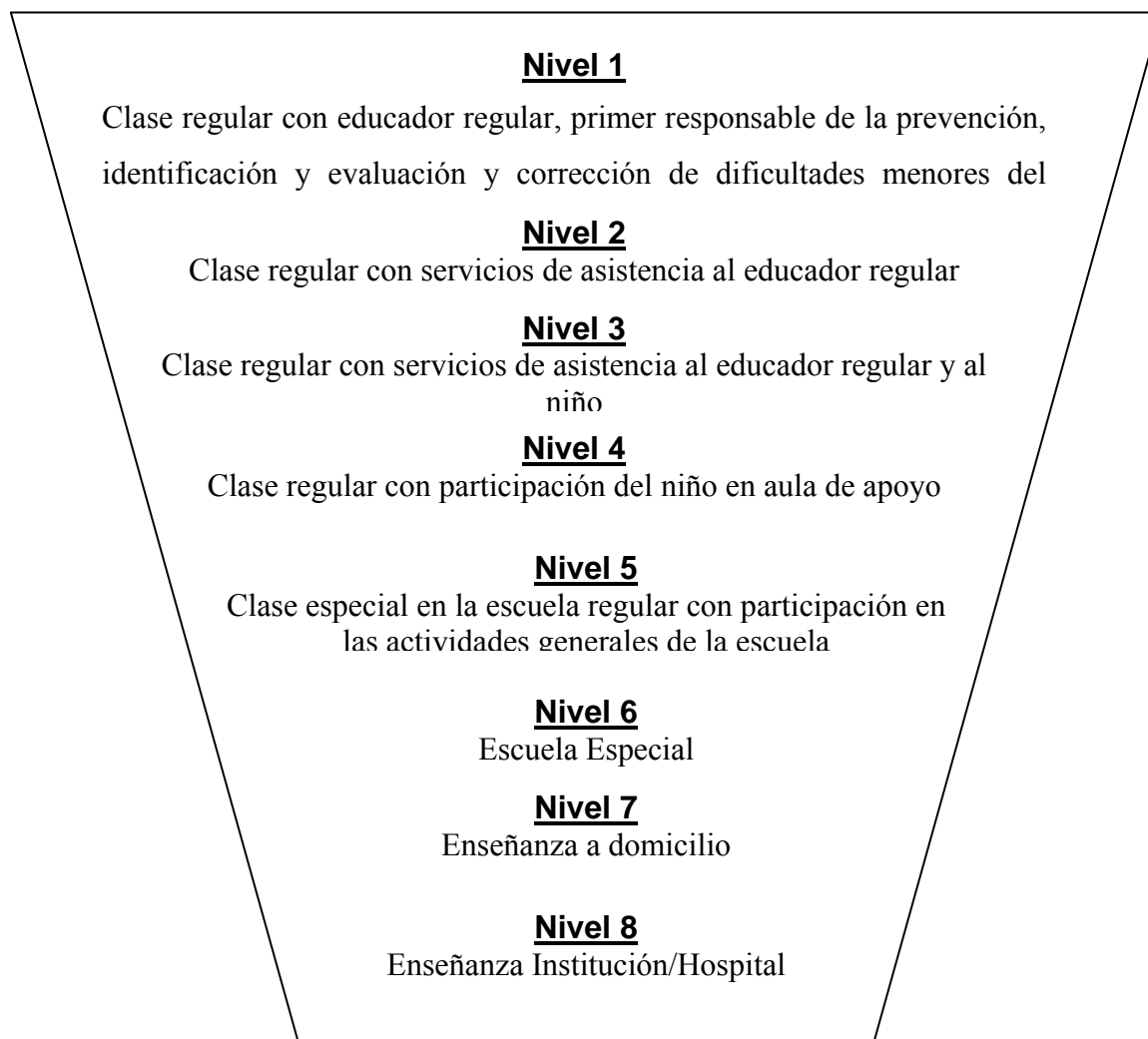
- La integración social, que se da cuando los niños que asisten a clases especiales dentro de un centro ordinario pero participan con los demás en actividades extracurriculares.

- La integración funcional, que se consigue cuando los niños con n.e.e. y sus compañeros participan conjuntamente, a tiempo parcial o completo, en los programas educativos y en aulas ordinarias.

5.1.4 Panorámica Internacional y el caso concreto de España

Dentro de los distintos niveles de integración que existen en los diferentes países, nos podemos encontrar que uno de los primeros acercamientos lo realizó Reynolds (1966), modificado posteriormente por Deno (1973) con el sistema de cascada de servicios, y se plasmará en el informe COPEX (Québec, 1976) que pasamos a describir a continuación:

Cuadro 15. Niveles de integración



Fuente: Informe COPEX, 1976

A partir de este sistema de cascada, según los diferentes países han ido incidiendo especialmente en alguno de los niveles señalados por Deno, es por ello que entre algunos de los tipos básicos de estilos de integración se encuentren: El nórdico (Países Escandinavos), el americano (U.S.A), y el italiano.

Tales estilos son representativos de dos importantes tendencias: una representada por el nórdico, con educación segregada e integrada, pero normalizada, que trata de involucrar a toda la sociedad en el proceso y que podemos clasificar de “sociológica; y otra representada por los otros dos estilos, cuya filosofía es de total integración y que pretende que ningún alumno sea excluido del sistema de escuela ordinaria, presentando, diferencias entre ambos, tanto en su origen(más político que educativo en el estilo italiano) como en su desarrollo(más medios en el estilo americano). (Dueñas Buey, 1991).

La corriente actual, denominada inclusión, tiene un planteamiento clave: acoger a todo el mundo, comprometiéndose a hacer cualquier cosa que sea necesaria para proporcionar a cada estudiante de la comunidad el derecho de pertenencia a un grupo, a no ser excluido. La convivencia y el aprendizaje en grupo es la mejor forma de beneficiar a todos.(Arnáiz,1996).

Stainback y Stainback(1992), definen una escuela inclusiva como aquella que educa a todos los estudiantes dentro de un único sistema educativo, proporcionándoles programas educativos apropiados que sean estimulantes y adecuados a sus capacidades y necesidades, además de cualquier apoyo y ayuda que tanto ellos y sus profesores puedan necesitar para tener éxito.

En España, nuestro retraso en la planificación de la educación especial con respecto a otros países, puede ser considerado como la característica más sobresaliente al analizar nuestros antecedentes en este tema. Un hecho significativo es la ausencia de un Plan que la organice, aunque éste estaba previsto elaborarlo desde el año 55 (García Pastor, 1995).

La ley de educación de 1970 no representa un marco base para la organización de la educación especial, de hecho, las cifras que se manejan en los años siguientes sobre desescolarización son verdaderamente alarmantes. La única novedad es la definición de la educación especial, como modalidad educativa de la educación general básica, y la contemplación de la creación de las aulas de educación especial.

La complejidad del tema lleva a la creación del Instituto Nacional de Educación Especial, que debe asociarse a un objetivo prioritario: la elaboración de un Plan Nacional de Educación Especial, que verá finalmente la luz en

1978, cuando ya se está dibujando el estado de las autonomías y corresponderá a éstas la planificación de la educación especial (García Pastor, 1995). El plan debe analizarse como un documento importante, que introduce por primera vez términos como los de integración, normalización ,y sectorización.

En España la integración quedó regulada en el año 1982 con La Ley de Integración Social de los Minusválidos. En el Art. 26 define la Educación Especial como:

“Un proceso integral, flexible y dinámico que se concibe para su aplicación personalizada y comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos, encaminados a conseguir la integración social del minusválido”

5.2. Inclusión.

El tratamiento de la diversidad responde a la vieja aspiración, que hunde sus raíces en el pensamiento educativo de los siglos XVIII y XIX, y que es una constante en todos los movimientos pedagógicos de nuestro siglo (Cano 2003). Pero no cabe duda de que la educación escolar actual, es una educación más ajustada a las características de los alumnos y alumnas, más sensible a sus individualidades, que la educación especial de hace tan solo tres o cuatro décadas. *“Pese a los avances realizados, nuestra educación está todavía muy lejos de ofrecer una educación verdaderamente individualizada, o por lo menos en un grado de individualización que pudiera dejarnos medianamente satisfechos”* (Coll, 1990:126).

Ahora bien, si consideramos que la educación ha de responder a los fines de la sociedad, además de a los fines propios de la educación, es importante considerar la diversidad, puesto que es un elemento constituido por la sociedad democrática en la que vivimos. En este sentido la educación tiene la obligación de adoptar un proyecto formativo que asuma las diferencias individuales del alumno.

Atender a la diversidad es atender a cada niño como es, respetando sus capacidades y limitaciones. Para atender a la diversidad se debe tener un concepto de escuela abierta, flexible y comprensiva, en donde se respeten las características y necesidades de cada niño, atendíéndolas y dando respuesta a cada una de ellas. El Centro se debe adaptar al niño, trabajar en función de él,

partir de sus conocimientos, dar una atención individualizada, elaborar currículos abiertos y flexibles. (Silva, 2004)

Se debe tener en cuenta el desarrollo del niño y la educación que impartimos haciendo una interacción entre ellos. Según la Guía General de Infantil del Ministerio de Educación y Ciencias (2002), la atención a la diversidad es la atención a las diferentes necesidades, intereses y capacidades que tiene cada niño, respetándolas y adecuando el currículo para lograr un aprendizaje significativo.

García Hoz (1981), concreta que no podemos esperar que todos los niños realicen su aprendizaje al mismo ritmo, que tengan los mismos intereses y que cubran los mismos objetivos ya que cada niño seguirá el curso de su educación dependiendo de sus propias características.

Cuando se atiende a la diversidad no es tener a todos los niños en un mismo aula, atendiendo a todos los niños al mismo ritmo y excluyendo a aquellos con características diferentes. Al atender a la diversidad se debe tener en cuenta a todos los niños sin discriminación, respetar el ritmo de su aprendizaje y partir de él para que sea significativo (Heward 1997). En este sentido es cuando aparece un concepto nuevo y actual en Educación, que viene a complementar a los anteriores que veníamos nombrando (Necesidades Educativas Especiales, Integración, Atención a la Diversidad), y es el de la educación inclusiva.

La educación inclusiva se asocia frecuentemente con la participación de los niños con discapacidad en la escuela común y de otros alumnos etiquetados "con necesidades educativas especiales". Sin embargo, esta acepción estaría más relacionada, según lo expresado anteriormente, con el concepto de integración educativa y no el de inclusión (Blanco 1999).

El concepto de educación inclusiva es más amplio que el de integración y parte de un supuesto distinto, porque está relacionado con la naturaleza misma de la educación regular y de la escuela común (Ainscow 2001). La educación inclusiva implica que todos los niños y niñas de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales, incluidos aquellos que presentan una discapacidad. Se trata de un modelo de escuela en la que no existen

"requisitos de entrada" ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo, para hacer realmente efectivos los derechos a la educación, a la igualdad de oportunidades y a la participación. (Carrington 1999, García Pastor 1999, Arnaiz 2003)

El proceso de integración educativa ha tenido como preocupación central reconvertir la educación especial para apoyar la educación de los niños integrados a la escuela común, trasladando, en muchos casos, el enfoque individualizado y rehabilitador, propio de la educación especial, al contexto de la escuela regular (Grau 1998). Desde esta perspectiva, se hacían ajustes y adaptaciones sólo para los alumnos etiquetados "como especiales" y no para otros alumnos de la escuela.

El enfoque de educación inclusiva, por el contrario, implica modificar substancialmente la estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica de las escuelas para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y cada uno de los niños y niñas, de forma que todos tengan éxito en su aprendizaje y participen en igualdad de condiciones. En la escuela inclusiva todos los alumnos se benefician de una enseñanza adaptada a sus necesidades y no sólo los que presentan necesidades educativas especiales (Peralta 2001).

Este nuevo concepto hace que se avance desde el modelo antiguo de Integración Escolar, al de Escuela inclusiva, que resumimos en el siguiente cuadro:

Cuadro 16: Diferencias entre Integración e Inclusión

Integración escolar	Escuela inclusiva
Modelo sociológico Alumno y ciudadano con los mismos derechos y deberes Escolarizado en centros ordinarios Doble sistema de enseñanza Organización escolar burocrática: servicios escalonados Doble currículo (especial y general), cerrado, conductista y PDI (programa de desarrollo individual)	Modelo sociológico Alumno y ciudadano con los mismos derechos y deberes Escolarizado en centros ordinarios Sistema único de enseñanza Organización escolar adhocrática: dotación de apoyos al sistema educativo Currículo común, abierto, cognitivo y ACI (adaptación curricular individualizada)

Fuente: Grau Rubio 2005: 16

6. BASES LEGALES

Queremos señalar a continuación el marco legislativo de la Educación Especial en España, y lo hemos separado del marco de la Atención Temprana (aunque indudablemente es el mismo), debido a que lo desarrollaremos más adelante en un apartado posterior.

La reforma del Sistema Educativo ha introducido cambios relevantes en el planteamiento de la educación y la escolarización en general, que están influyendo particularmente sobre los alumnos con necesidades educativas especiales como consecuencia de una discapacidad psíquica, física o sensorial. Estos cambios se deben fundamentalmente a la introducción de conceptos como "alumnos con n.e.e.", "atención a la diversidad", e "igualdad de oportunidades para todo el alumnado".

El primer marco legal donde se encuentra recogido es en la Constitución Española, artículo 49:

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente en el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”

A partir de aquí se bifurca la legislación en los ámbitos educativos, sanitarios y sociales, creciendo de forma progresiva en función del tiempo y las investigaciones realizadas.

Queremos señalar en este apartado, que no pretendemos hacer un análisis exhaustivo de toda la legislación concerniente a la Educación Especial. Por eso dedicaremos un primer apartado de este capítulo a la evolución de la norma, y luego un capítulo para cada una de las leyes orgánicas de educación que han salido a la luz en los cinco últimos años.

Damos importancia a estas tres leyes, ya que aunque hoy en día sólo está en vigor la L.O.E. que derogó a la L.O.G.S.E., y la L.O.C.E nunca llegó a aplicarse, nos parece interesante comparar el modelo de Educación Especial en las tres grandes leyes.

6.1. Evolución de la norma:

Cuadro 17: Normativa de Educación Especial

Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Nacional de Educación Especial 1978 - La Ley 13/82, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) - Real Decreto 2.639/1982, de 15 de octubre, de Ordenación de la Educación Especial
Integración Escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Real Decreto 334/1985, 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial
Otros ámbitos	<ul style="list-style-type: none"> - El Real Decreto 383/84, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/82, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. - La Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad. - ORDEN de 18 de septiembre de 1990, por la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades especiales.
L.O.G.S.E.	<ul style="list-style-type: none"> - La Ley Orgánica 1/90, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E.), que introduce el concepto básico de "alumnos con necesidades educativas especiales", que sustituye al de "alumnos minusválidos o discapacitados" y que consolida los principios de normalización, integración, sectorización e individualización, y reconoce al alumno con discapacidad los mismos derechos en materia educativa que al resto del alumnado. - Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, evaluación y gobierno de los centros docentes. - El Real Decreto 696/95, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. - Las Ordenes Ministeriales de 14 de febrero de 1996 sobre evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales y sobre regulación del procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización estableciendo los criterios para la escolarización. - El Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación. - ORDEN de 24 de abril de 1996 por la que se regulan las condiciones y el procedimiento para flexibilizar, con carácter excepcional, la duración del periodo de escolarización obligatoria de los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones de sobredotación intelectual. - La Resolución de 25 de abril de 1996 por la que se regula la elaboración del proyecto curricular de la Enseñanza Básica Obligatoria en los Centros de Educación Especial. - Resolución de 29 de abril de 1996, de la Secretaría de Estado de Educación, por la que se determinan los procedimientos a seguir para orientar la respuesta educativa a los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones personales de sobredotación intelectual.

	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de 20 de marzo de 1997, de la Secretaría General de Educación y Formación Profesional, por la que se determinan los plazos de presentación y resolución de los expedientes de los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones personales de sobredotación intelectual. - ORDEN de 29 de mayo de 1998 por la que se convocan ayudas de Educación Especial para el curso 1998-1999.
L.O.C.E.	<ul style="list-style-type: none"> - Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. El capítulo VII (de la atención a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales) art. 40-48 - Real Decreto 1318/2004, de 28 de mayo, por el que se modifica el calendario de la L.O.C.E.
L.O.E.	<ul style="list-style-type: none"> - Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. El Título II: Equidad de la educación, capítulo I (alumnado con necesidad específica de apoyo educativo) art. 71-79

Fuente: Adaptado de Grau Rubio (2005:67ss)

Hemos querido recoger algunas de las leyes que existen sobre el tema, para tener la visión de conjunto de los tres bloques de nuestro marco teórico (Educación Especial, Educación Infantil y Atención Temprana) se puede ver más sobre el desarrollo normativo en el Anexo 1.

6.2. La L.O.G.S.E..

En 1990 se promulgó la **L.O.G.S.E.**, lo que supuso un avance en la integración de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, con las premisas de *Normalización e Integración*, que pretendían que sólo en el caso de que sus necesidades no pudieran ser satisfechas en un Centro Ordinario, se optase por Centros de Educación Especial. Para esto se aseguraba a los Centros los aquellos recursos que permitieran Identificar y Valorar las Necesidades Educativas Especiales, llevar a cabo un Plan de Actuación y un *seguimiento de los Procesos de Enseñanza-Aprendizaje*.

Los principios generales de intervención educativa para atender a los sujetos que presentan n.e.e. están recogidos en la L.O.G.S.E., concretamente en el Capítulo Quinto De la Educación Especial:

Artículo 36.

1. El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar, dentro del mismo sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos.

2. *La identificación y valoración de las necesidades educativas especiales se realizará por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones, que establecerán en cada caso planes de actuación en relación con las necesidades educativas de los alumnos.*

3. *La atención al alumnado con necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e integración escolar.*

4. *Al final de cada curso se evaluarán los resultados conseguidos por cada uno de los alumnos con necesidades educativas especiales, en función de los objetivos propuestos a partir de la valoración inicial. Dicha evaluación permitirá variar el plan de actuación en función de sus resultados.*

Artículo 37.

1. *Para alcanzar los fines señalados en el artículo anterior, el sistema educativo deberá disponer de profesores de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales didácticos precisos para la participación de alumnos en el proceso de aprendizaje. Los centros deberán contar con la debida organización escolar y realizar las adaptaciones y diversificaciones curriculares necesarias para facilitar a los alumnos la consecución de los fines indicados. Se adecuarán las condiciones físicas y materiales de los centros a las necesidades de estos alumnos.*

2. *La atención a alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección. A tal fin, existirán los servicios educativos precisos para estimular y favorecer el mejor desarrollo de estos alumnos, y las administraciones educativas competentes garantizarán su escolarización.*

3. *La escolarización en unidades o centros de educación especial sólo se llevará a cabo cuando las necesidades del alumno no puedan ser atendidas por un centro ordinario. Dicha situación será revisada periódicamente, de modo que pueda favorecerse, siempre que sea posible, el acceso de los alumnos a un régimen de mayor integración.*

4. *Las Administraciones educativas regularán y favorecerán la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales.*

El modelo de actuación educativa adoptado en la L.O.G.S.E. pone, en primer plano, la capacidad de articular unas modalidades de actuación eficientes para grupos en progresiva diferenciación. Es por ello que la atención a la diversidad, dentro del currículum, es uno de los pilares básicos sobre los que se fundamenta la atención a las necesidades educativas especiales en el nuevo sistema educativo. Al mismo tiempo es una de las cuestiones más debatidas y discutidas, tanto por sus implicaciones curriculares y organizativas como por lo que atañe a la actitud y formación del profesorado.

6.3. La L.O.C.E.

Tras la aprobación de la **Ley 10/2002 de 23 de Diciembre de Calidad de la Educación (L.O.C.E.)**, el sistema Educativo modifica el término Alumnos con Necesidades Especiales por *Alumnos con Necesidades Específicas*, *aumentando y agrupando a estos niños en función de sus necesidades*. La clasificación es la siguiente:

1. Niños que necesitan compensación educativa por diferencias Socioeconómicas y Socioculturales, y por vivir en Zonas Rurales
2. Alumnos Extranjeros
3. Superdotados Intelectualmente
4. Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, que engloba a los alumnos con **Discapacidades Físicas, Psíquicas y Sensoriales, o que manifiestan Graves Trastornos de la Personalidad o de la Conducta**. Estos niños son los que requerirán, en un período de escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atención educativa específica.

Esta Ley dedica la sección 4ª, del Capítulo VII, artículos 44-48, a los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, destacando los siguientes aspectos:

- *Atención especializada para conseguir la integración, teniendo en cuenta la No Discriminación y Normalización Educativa, de aquellos niños que transitoriamente o a lo largo de toda su escolarización lo requieran, proveyéndoles de apoyos y atenciones educativas, sobre todo en la evaluación, desde su escolarización o detección de sus necesidades (Art. 44.1)*
- *Dotación de los Recursos necesarios (Art.44.2 y 47)*
- *Modalidades distintas de Escolarización en función de sus características (Art. 45.1):*
 - *Integración en Grupos Ordinarios*
 - *Aulas Especializadas en Centros Ordinarios*
 - *Centros de Educación Especial*
 - *Escolarización Combinada*
- *Identificación y Valoración de las Necesidades Educativas Especiales, por Equipos de Profesionales de distinta cualificación, que establecerán, teniendo en cuenta a los padres,*

Equipo Directivo y profesores, planes de actuación individuales. (Art. 45.2)

- *La Evaluación del curso anterior sobre consecución de objetivos de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, será la base de la modalidad de escolarización y de las adaptaciones del Plan de Actuación, que también podrá llevarse a cabo en ese curso (Art. 45.3)*
- *Solo habrá flexibilidad del periodo de escolarización para los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales en la ESO, (sin superar los 21 años en un Centro de Educación Especial), siendo la que corresponda a la edad del niño en el resto de los niveles Educativos.(Art. 46.1)*
- *Orientación a los padres para mejorar la cooperación Escuela-Familia. (Art. 46.2)*

6.4. La L.O.E..

Esta Ley cuenta entre sus artículos referencias al *Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo*, cambiando la terminología con respecto a la anterior ley, añadiendo el concepto de Apoyo.

En el título II de Equidad de la Educación, su capítulo I se dedica a este tipo de alumnos.

Artículo 71. Principios.

1. Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley.

2. Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

3. Las Administraciones educativas establecerán los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades educativas específicas de los alumnos y alumnas a las que se refiere el apartado anterior. La atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se registrá por los principios de normalización e inclusión.

4. Corresponde a las Administraciones educativas garantizar la escolarización, regular y asegurar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos de este alumnado. Igualmente les corresponde adoptar las medidas oportunas para que los padres de estos alumnos reciban el adecuado asesoramiento individualizado, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos.

Artículo 72. Recursos.

- 1. Para alcanzar los fines señalados en el artículo anterior, las Administraciones educativas dispondrán del profesorado de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales precisos para la adecuada atención a este alumnado.*
- 2. Corresponde a las Administraciones educativas dotar a los centros de los recursos necesarios para atender adecuadamente a este alumnado. Los criterios para determinar estas dotaciones serán los mismos para los centros públicos y privados concertados.*
- 3. Los centros contarán con la debida organización escolar y realizarán las adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas para facilitar a todo el alumnado la consecución de los fines establecidos.*
- 4. Las Administraciones educativas promoverán la formación del profesorado y de otros profesionales relacionada con el tratamiento del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.*
- 5. Las Administraciones educativas podrán colaborar con otras Administraciones o entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, instituciones o asociaciones, para facilitar la escolarización y una mejor incorporación de este alumnado al centro educativo.*

Artículo 74. Escolarización.

- 1. La escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, cuando se considere necesario. La escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los veintiún años, sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios.*
- 2. La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará, lo más tempranamente posible, por personal con la debida cualificación y en los términos que determinen las Administraciones educativas.*
- 3. Al finalizar cada curso se evaluarán los resultados conseguidos por cada uno de los alumnos en función de los objetivos propuestos a partir de la valoración inicial. Dicha evaluación permitirá proporcionarles la orientación adecuada y modificar el plan de actuación así como la modalidad de escolarización, de modo que pueda favorecerse, siempre que sea posible, el acceso del alumnado a un régimen de mayor integración.*
- 4. Corresponde a las Administraciones educativas promover la escolarización en la educación infantil del alumnado que presente necesidades educativas especiales y desarrollar programas para su adecuada escolarización en los centros de educación primaria y secundaria obligatoria.*
- 5. Corresponde asimismo a las Administraciones educativas favorecer que el alumnado con necesidades educativas especiales pueda continuar su escolarización de manera adecuada en las enseñanzas postobligatorias, así como adaptar las condiciones de realización de las pruebas establecidas en esta Ley para aquellas personas con discapacidad que así lo requieran.*

Es novedosa la clasificación que hace de Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE).

- Se conserva el término Necesidades Educativas Especiales que ya se citaba en la L.O.C.E..
- Se añade Dificultades Específicas de Aprendizaje
- Se equipara la sobredotación intelectual (L.O.C.E.) con las altas capacidades Intelectuales
- Novedoso el considerar a los niños que se han incorporado tarde al Sistema Educativo (seguramente en referencia a los inmigrantes)
- Al igual que se tiene en consideración a aquellos niños con necesidades específicas por condiciones personales o de historia escolar.

El MEC en espera del desarrollo y aplicación de la L.O.E., sigue considerando en vigor la estructura del Sistema Educativo L.O.G.S.E.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Como resumen de lo tratado en este capítulo señalar:

- El término “Educación Especial” ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, en un intento de dar respuesta a las necesidades “especiales” que requieren aquellos sujetos para poder llevar a término su educación. La respuesta educativa que se ha dado ha esta población, está desarrollándose en todas las etapas de la vida del sujeto.
- El sujeto objeto de la educación especial es el ser humano que presenta dificultades en su desarrollo, esto ha llevado impreso la consiguiente etiqueta del niño “especial” y a clasificarlo en función de connotaciones negativas, de ahí que el concepto evolucionara intentando quitar ese aspecto peyorativo del término, y evolucionó el término a llamarlos alumnos con necesidades educativas especiales (NEE).
- Este término (NEE) no consigue dar respuesta a todos los problemas que suscita la educación especial, en parte porque remite excesivamente a otros conceptos para poder entenderlo, también por ser demasiado amplio y no diferencia de las necesidades que son propias del sistema educativo de las que son necesidades especiales sin ser educativas.
- La escuela es el primer lugar fuera de la familia, donde el niño aprende a integrarse con la sociedad, si este niño tiene además algún tipo de Hándicap que lo hace “especial”, será aún más necesaria su inclusión escolar, para una posible integración social. De manera que ya no será la adaptación del niño por sus necesidades especiales, sino que se convierte en un alumno con necesidades especiales de apoyo educativo.
- La legislación española se ha ido adaptando a las necesidades de la educación especial, no obstante, el Real Decreto 696/95 es inconcreto, incompleto y está redactado en términos ambiguos, posibilistas y voluntariosos, sin asumir una etapa fundamental para los alumnos con discapacidad, como es la Educación Infantil, así como otras igualmente relevantes, como son las distintas etapas no obligatorias. Este inciso me parece relevante de cara al posterior estudio que se va a realizar en la

etapa 0-6 en la que interviene la Atención Temprana, objeto de esta investigación.

- La formación del profesorado y su actualización permanente es fundamental para poder atender adecuadamente a la diversidad del alumnado de forma individualizada y adecuada. En la actualidad esta formación es insuficiente y no garantiza la calidad de la atención a los alumnos con necesidades educativas especiales.
- Es de vital importancia que el sistema educativo detecte los problemas de integración de estos alumnos lo antes posible para dar una solución temprana a sus necesidades, y no se agrave su proceso de desintegración.
- Existen unos equipos de Atención temprana de 0 a 6 años en la Educación Especial y en la Infantil, y cada vez son más necesarios su número, ya que cada día que pasa sin atención los niños de estas edades supone un retraso mayor en su aprendizaje, en algunos casos irreversible.
- Llama mucho la atención que no exista un censo de población sobre personas con discapacidad, y que lo más cercano son encuestas o datos de escolarización, que si bien nos acercan a comprender la realidad que nos rodea, son insuficientes para luego detectar al resto de población que no recibe la ayuda específica. Luego es necesario conocer el censo de población con discapacidades, con el fin de determinar los recursos necesarios para atender a sus necesidades.
- La atención educativa que se presta a los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a la presencia de una discapacidad es, sin lugar a dudas, no sólo un principio de calidad, sino uno de los indicadores más evidentes para evaluar la calidad del sistema educativo y de la enseñanza, por no hablar de lo que refleja en relación con el nivel de desarrollo y de madurez de un país y su sociedad.

BLOQUE II:

Educación Infantil

1. CONSIDERACIONES INICIALES

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

En sentido amplio entendemos por Educación Infantil aquella que se inicia con el nacimiento, para concluir con el comienzo de la enseñanza obligatoria, por ello no puede restringirse únicamente a la que se da en las instituciones (Castillejo, 1989).

“La infancia es una etapa de gran importancia en el proceso de maduración del individuo. Ya que en los tres primeros años de vida, la capacidad y necesidad de desarrollo intelectual es mayor cuanto menor sea la edad del niño, de manera que las posibilidades de recibir una atención adecuada van a determinar su desarrollo futuro” (Gútiérrez, 1993: 102). Debido a que hoy en día disponemos de suficiente información que nos indica como el desarrollo puede alterarse significativamente en función de la naturaleza del entorno físico y social en los primeros años de vida (Sameroff y Chandler, 1975) podemos entender la importancia de esta etapa.

Consideramos que en el ciclo inicial son importantes los contenidos, pero aún más si cabe, la creación y desarrollo de capacidades (creativas, sociales, cognitivas...) que estimulen a seguir aprendiendo al niño de esta etapa (Medina, 1987). Pero además es necesaria una educación de calidad en estas edades, que ayude a mejorar las desventajas, ya sean físicas o sociales, que se puedan establecer en estas edades.

Las desventajas psicoeducativas que pueden aparecer en esta etapa, coincidimos con Gutiérrez (1993) al observar que *“los modelos de Educación Infantil estarán condicionados por las necesidades de la familia, de los niños,*

de la oferta educativa y por la financiación administrativa en función de la edad.” (Gútiez 1993:105)

No obstante, conforme a los numerosos trabajos que se han realizado sobre la Educación Infantil (Baena 1993, Ruiz 2003), **consideramos de gran importancia la necesidad de una formación de calidad en estas edades**, con la necesidad de responder a estos niños con una educación integradora de las diferencias que se puedan dar en la primera infancia, atendiendo a su desarrollo psico-sensorial, para poder hacer posteriormente una mejora en el desarrollo de los niños y niñas en situación de riesgo.

“Todos los niños tienen derecho a tener las mismas oportunidades de acceso a una educación y a una atención adecuada y de buena calidad, y por ello, a medida que se ha ido profundizando en el conocimiento del niño y sus necesidades, las respuestas educativas que se les dan son más adecuadas y precisas.” (Gútiez, 1995: 106)

En este sentido, la educación infantil es una etapa perfecta para compensar las desigualdades no sólo de tipo económico y social, sino madurativas y evolutivas en los niños de estas edades, lo que hace que el uso de los recursos de la Atención Temprana sea un marco inmejorable para trabajar conjuntamente de manera que sirva como medio preventivo y rehabilitador en esta etapa para los niños con deficiencias o riesgo de padecerlas.

2. EVOLUCIÓN

Los antecedentes de la Educación Infantil datan de la segunda mitad del siglo XIX, cuando Pablo Montesino, conoce los principios didácticos propuestos por Fröbel, y se dedica a la educación de párvulos y formación de maestros (Moll 1989).

Durante el primer tercio del siglo XX la Educación Infantil se desarrolló de manera notable, especialmente en Cataluña, con las influencias tanto de Fröbel como de Maria Montessori, y con la introducción de la obra pedagógica del doctor Decroly, que se basaba en la relación entre el medio social y el niño (Britton 2000, Yaglis 2005).

Entre 1939 y 1970, surgen iniciativas de carácter privado, que se dedicaron a la formación de maestros y escuelas con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza. En este movimiento de renovación se planteó la educación a niños en edades tempranas. (Trilla 2001)

Sin embargo, **oficialmente ha existido una concepción de la Educación Infantil meramente asistencial y preparatoria de la escuela primaria.** La ausencia de visión de la Educación Infantil como un nivel educativo con entidad propia, trae como consecuencia una total falta de atención, tanto en la elaboración de programas oficiales, como en la formación adecuada de su profesorado.

Los cambios sociales y familiares que marcaron el final del siglo XX, como son el bajo índice de natalidad y la incorporación de la mujer al mundo laboral, provocaron que los niños no tuvieran quien se ocupara de ellos, ni la oportunidad de relacionarse con iguales. De forma que empieza a plantearse la necesidad urgente de crear lugares en donde el niño reciba cuidados asistenciales, pero que a su vez también reciban educación, lugares en donde haya adultos con formación específica que favorezcan al desarrollo integral del niño (Segura 1994).

En 1970 aparece la Ley General de Educación (LGE), pero no es hasta 1973 que surge una orden ministerial estableciendo por primera vez la Educación Preescolar como nivel del sistema educativo, señalando objetivos y

actividades para cada edad, desde los 2 hasta los 5 años (Retortillo y Puerta 2004). A partir de este momento se produce un amplio desarrollo de esta etapa, tanto en la escolarización como en su estructura y orientación psicopedagógica.

En 1990, la **Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E.)** regula la ordenación de esta etapa, denominándola **Educación Infantil y estableciendo su duración** en dos ciclos, de 0 a 3 años de edad y de 3 a 6, de manera que el proceso de enseñanza-aprendizaje se ajuste a los ritmos de desarrollo evolutivo del alumnado.

Además, aunque es una etapa no obligatoria, **la L.O.G.S.E. reconoce su carácter educativo**, en contraposición con la función exclusivamente asistencial que venía desempeñando en algunos casos. Las Administraciones Públicas garantizan la existencia de un número de plazas suficientes para asegurar la escolarización de la población que la solicite. Introduce el concepto de necesidades educativas especiales y contempla los mismos objetivos para niños con deficiencias que para los niños que no las tengan por medio de ajustes en el currículo educativo.

En 2002, la **Ley Orgánica de Calidad de la Educación (L.O.C.E.)** regula de nuevo el ordenamiento de esta etapa estableciendo su duración en **dos ciclos** con denominación diferente: **Educación Preescolar, que tiene como finalidad la atención educativa y asistencial**, dirigida a los niños de 0 a 3 años de edad, y la **Educación Infantil**, constituida por un ciclo de tres años académicos, que se cursa desde los 3 a los 6 años. La finalidad de la Educación Infantil es el desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de los niños. Introduce la enseñanza bilingüe y la religión a los padres que lo soliciten.

En 2006, la Ley Orgánica de Educación (L.O.E.) varía muy poco respecto de la anterior, salvo en que no divide por nombre los dos ciclos de la Educación Infantil, sino que serán primer y segundo ciclo acordes a la edad de 0-3 y 3-6 años. Remarca el hecho de que las administraciones correspondientes serán las encargadas de regular el primer ciclo, además de aumentar su número de plazas, y afirma la gratuidad de la enseñanza del segundo ciclo.

Si consideramos que la educación que abarca desde los primeros días de vida del niño hasta su entrada en la enseñanza de carácter obligatorio, coincidimos con Sánchez Sainz (1999) en que es necesario otorgar a este tramo educativo una sistematicidad y rigurosidad en su tratamiento, remarcando su necesidad como:

“...base e inicio del proceso educativo, dirigida y ofertada a todos los niños que la demanden, debe ser una oferta educativa reglada y generalizada para toda la población comprendida entre los cero y los seis años”. (Gútiez, 1995: 102)

Y todo ello sin olvidar que *“su principal finalidad es contribuir al desarrollo de los niños y compensar las posibles carencias originadas en las diferencias sociales, culturales y económicas de las familias”* (De Francisco 2005:192), por lo que hace que su relación con la Atención Temprana sea tan estrecha, al ser la finalidad de esta última el compensar las desigualdades en el desarrollo de los más desfavorecidos en estas edades. De manera que vemos muy necesaria la función preventiva y compensadora de esta etapa, en relación a los niños en situación de riesgo de discapacidad.

3. POBLACIÓN

Según la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E.), la educación infantil supone el primer nivel del sistema educativo con una duración de seis años, y dividido en dos ciclos, el primero de 0-3 años y el segundo de 3-6 años.

Sin embargo la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (L.O.C.E.) realizó una ruptura entre el ciclo de 0 a 3 años y el ciclo de 3-6 años. En el primer ciclo se realiza una actividad básicamente asistencial sin carácter educativo, con escasas referencias pedagógicas en las cuales no se conocen las necesidades de los niños de estas edades.

Con la reciente publicación de la L.O.E. (2006), el sistema educativo remarca de nuevo la importancia de esta etapa dentro del marco educativo y no meramente asistencial para el primer ciclo, volviendo a los principios propuestos por la L.O.G.S.E.. Establece la titulación específica de estos centros, la considera un medio de adaptación y una medida más de atención a niños con Necesidades Educativas Especiales y regula la gratuidad del segundo ciclo.

Según las cifras manejadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y publicadas en el **Real Decreto 1358/2005, de 18 de noviembre**, actualmente en España (cifras de Enero de 2005) viven 44.108.530 personas, de las cuales aproximadamente un 6% corresponden a la etapa 0-6 años que conforman la Educación Infantil (alrededor de 2.600.000 niños).

En cifras del MEC (2005 Online) durante el curso 2003-2004 había en todo el **territorio nacional 9.392.409 alumnos matriculados en las diferentes etapas educativas**, de los cuales **1.353.460 (un 14%)** estaban matriculados **en Educación Infantil** (primer y segundo ciclo). Al estar en la Comunidad de Madrid hemos querido comprobar cuantos de estos alumnos estaban matriculados siendo la cifra de 1.307.528 matriculados en las diferentes enseñanzas (Un 14% respecto al total de España) y 204.345 en Educación Infantil (15% respecto a España a la CAM).

En cuanto al número de alumnos matriculados por edades tenemos el siguiente gráfico:

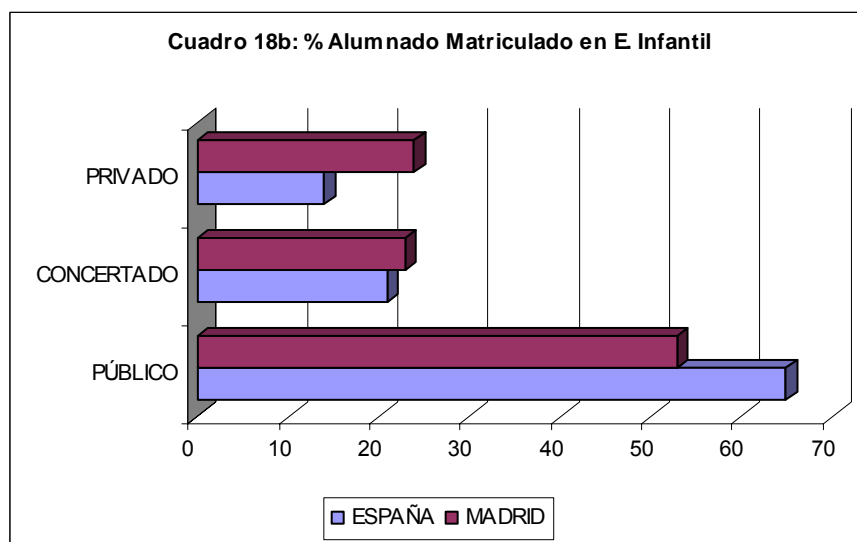
Cuadro 18a: Alumnos matriculados en Educación infantil

	TOTAL	< 3 años	3 años	4 años	5 años
AMBOS SEXOS					
TOTAL	8.498.861	166.344	395.726	399.292	389.852
Andalucía	1.869.744	4.892	76.374	80.835	79.500
Aragón	221.193	8.097	10.395	10.291	10.016
Asturias (Principado de)	166.404	496	6.664	6.750	6.543
Baleares (Illes)	162.203	1.887	9.456	9.388	9.270
Canarias	380.528	0	18.506	19.686	18.628
Cantabria	90.960	804	4.314	4.232	4.067
Castilla y León	462.774	5.748	18.416	18.211	18.143
Castilla-La Mancha	347.389	1.200	18.282	18.480	18.289
Cataluña	1.248.756	60.431	66.183	63.650	61.005
Comunidad Valenciana	850.909	10.872	41.432	41.962	40.889
Extremadura	216.360	574	9.851	10.264	10.434
Galicia	479.369	7.632	18.935	19.442	19.292
Madrid (Comunidad de)	1.191.133	41.090	54.586	54.425	52.899
Murcia (Región de)	282.350	4.833	14.628	14.423	14.541
Navarra (Comunidad Foral de)	103.452	0	5.516	5.460	5.488
País Vasco	375.839	17.153	17.830	17.295	16.423
Rioja (La)	49.446	272	2.526	2.559	2.504
Ceuta	16.294	82	860	1.005	966
Melilla	16.065	281	952	924	955

Fuente: MEC 2006 Online

Llama la atención como el alumnado escolarizado menor de tres años (primer ciclo de Educación Infantil), es menos de la mitad que cualquiera del resto de los cursos de esta etapa. Es más, el 61% de esta población está escolarizada en Madrid (25%) y Cataluña (36%). Una vez vistos los datos de

los alumnos escolarizados en esta enseñanza, nos hemos preguntado que porcentaje de estos alumnos están matriculados por el tipo de titularidad del centro.



Fuente: Adaptado de MEC 2006 Online

Nos anima comprobar como según los datos del curso 2003-2004 del MEC, **más del 80% de la enseñanza Infantil es financiada con fondos públicos**, y que en el caso de la Comunidad de Madrid el porcentaje es menor.

En cuanto a los datos de escolarización referentes a la población española en la etapa de infantil tenemos el siguiente cuadro:

Cuadro 19: Índice de escolarización en España

	TOTAL	E. Infantil	E. Primaria	E. Especial
AMBOS SEXOS				
Menores de 1 año	2,9	2,9	-	0,0
De 1 año	11,9	11,9	-	0,0
De 2 años	24,4	24,3	-	0,0
De 3 años	95,9	95,8	-	0,1
De 4 años	100,0	99,8	-	0,2
De 5 años	100,0	99,6	0,2	0,2

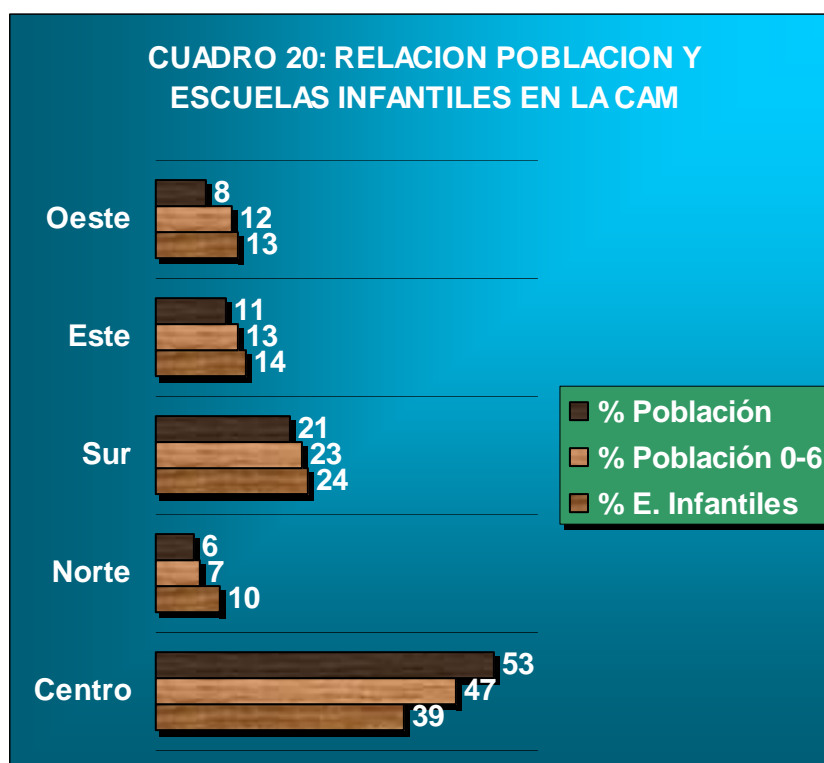
Fuente: MEC 2006 Online

Es llamativo el índice tan bajo de escolarización que existe en niños menores de 3 años, en el caso de **la Comunidad de Madrid** los datos facilitados (De Francisco 2006) nos revelan que en los tres cursos de **segundo ciclo de Educación Infantil la escolarización es completa (100%)**.

Mientras que en **el primer ciclo** de Educación Infantil está escolarizado en centros autorizados por la Consejería de Educación **el 35% de la población infantil** menor de tres años. El 22% está escolarizado en plazas sostenidas con fondos públicos (centros públicos, centros privados en convenio o en centros privados con beca de escolarización).

En Madrid la Consejería de Educación se divide en cinco subdirecciones territoriales o áreas educativas, que corresponden con su localización geográfica en la comunidad (Centro, Norte, Sur, Este y Oeste).

Para poder comprender mejor la incidencia de la población en relación a las escuelas infantiles y las áreas territoriales de Madrid, hemos elaborado el siguiente cuadro que expone los porcentajes, en cifras absolutas, de la población (total e infantil) y del número de escuelas infantiles en función del territorio:



Fuente: Adaptado de CAM 2006b

Del gráfico queremos señalar la situación de desventaja que parten la población escolarizada en la zona centro, ya que el número de escuelas infantiles es inferior a la media del resto de las zonas.

En un estudio realizado por Lebrero (2002) sobre los Centros Infantiles en las CC.AA. de España encontramos datos sobre la escolarización de los niños en las Escuelas Infantiles en la actualidad, podemos observar que los niños son escolarizados desde edades muy tempranas, algunos antes de cumplir el primer año. De alguna manera esta es una nueva concepción de la Escuela Infantil, manteniendo lo asistencial, sobre todo al atender a niños tan pequeños, y dándole carácter educacional.

En ese mismo estudio (Lebrero 2002), un dato relevante fue constatar que el 72% de las escuelas infantiles evaluadas, declararon que existían diferencias notables entre los niños que previamente habían estado escolarizados durante el primer ciclo de Educación Infantil, frente a un 19% que manifestaron no encontrar diferencias. Un 9% no sabían si existían o no las mismas. Dentro de las diferencias encontradas lo que más destacaba era la adaptación al centro y la sociabilidad de estos niños. En cuanto a los resultados obtenidos resulta evidente que sea en adaptación al centro y en sociabilidad

donde destaquen los niños escolarizados, ya que han estado previamente en un ambiente similar durante su primer ciclo de Educación Infantil.

“La fundamentación psicopedagógica en la que se basa el currículo de esta etapa educativa constituye una plataforma privilegiada que justifica la intervención con los más pequeños tanto en el ámbito escolar como, en muchos casos, en el terapéutico” (De Francisco 2005:189).

En la Comunidad de Madrid los centros de Educación Infantil cuentan con equipos interdisciplinarios (Equipos de Atención Temprana) que apoyan al niño y a los profesores para realizar la tarea de atención a la diversidad.

4. BASES LEGALES

En cuanto a la normativa por la que se ha ido rigiendo la Educación Infantil, hemos decidido recoger a grandes rasgos las leyes que enmarcan a nivel ministerial esta etapa, para luego centrarnos en las tres grandes leyes que han estado vigentes en los últimos cinco años, y que abordan este periodo como parte del sistema educativo.

Podremos observar como la diferencia entre las mismas son muy sutiles, y han servido para ir evolucionando con el paso del tiempo, anterior a estas tres leyes (L.O.G.S.E., L.O.C.E. y L.O.E.), asimismo también estaba la Ley General de 1970 que recogía el carácter asistencial de la Educación Infantil, pero no como una etapa educativa con entidad propia, de manera que no la hemos decidido destacar.

Somos conscientes de que tanto la L.O.G.S.E. y la L.O.C.E. están derogadas, y que actualmente se encuentra en vigor la L.O.E. que a la espera de su desarrollo normativo en materia de educación infantil, se rige por los Reales Decretos 1330 y 1333 de 1991, en materia de currículum en esta etapa.

4.1. Desarrollo normativo del Ministerio de Educación:

- Ley orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de ordenación general del sistema educativo. (B.O.E. 238/90 de 4 de octubre de 1990).(L.O.G.S.E.)
- Real Decreto 1330/1991 de 6 de Septiembre, por el que se establecen los Aspectos Básicos del Currículo de Educación Infantil
- Real Decreto 1333/1991 de 6 de Septiembre, por el que se establecen el Currículo de Educación Infantil
- Real Decreto 82/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las Escuelas de Educación Infantil y de los Colegios de Educación Primaria
- Orden de 12 de noviembre de 1992 sobre evaluación en Educación Infantil

- Ley orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de calidad de la Educación. (BOE 307/2002 de 24 de diciembre de 2002). (L.O.C.E.)
- Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (BOE 106/2006 de 4 de mayo de 2006). (L.O.E.)
- Real Decreto 828/2003, de 27 de junio, por el que se establecen los aspectos básicos de la Educación Preescolar.
- Real Decreto 829/2003, de 27 de junio, por el que se establecen las enseñanzas comunes de la Educación Infantil.
- Decreto 696/1995 de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- Orden de 14 de febrero de 1996, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y establece los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- Orden de 14 de febrero de 1996, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se regula la evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan las enseñanzas de régimen general establecidas en la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- Orden de 18 de septiembre de 1990, del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se establece las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades especiales.
- Orden 235/2002, de 7 de febrero, por la que se constituye el foro para la atención educativa a personas con discapacidad y se establecen sus competencias, estructura y régimen de funcionamiento. (BOE. 37/2002 de 12 de febrero de 2002).

Hemos querido recoger algunas de las leyes que existen sobre el tema, para tener la visión de conjunto de los tres bloques de nuestro marco teórico (Educación Especial, Educación Infantil y Atención Temprana) se puede ver más sobre el desarrollo normativo en el Anexo 1.

4.2. L.O.G.S.E., L.O.C.E., L.O.E.:

Finalmente, nos parece más gráfico exponer la siguiente tabla, que compara las distintas grandes reformas de educación que han estado vigentes en los últimos cinco años (L.O.G.S.E., L.O.C.E., L.O.E.), y ver la evolución de todos los aspectos relacionados con la educación infantil.

Debemos tener en cuenta que la última reforma (L.O.E.), es de mayo de 2006, de manera que aún hay muchas incógnitas sobre diferentes aspectos relacionados con esta etapa que aún no sabemos como van a quedar, y queremos dejarlo reflejado.

Cuadro 21. Análisis comparativo de Educación Infantil en las tres reformas educativas

	L.O.G.S.E. (1990)	L.O.C.E. (2002)	L.O.E. (2006)	
			Disposiciones	Incógnitas
Estructura de la etapa	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa única en 0-6 • Carácter educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preescolar (0-3); Infantil (3-6) • Infantil: educativo • Preescolar: asistencial y educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa única en 0-6 • Carácter educativo • Se acepta que los centros tengan sólo 1 curso del 1º Ciclo. • Se regula adscripción de centros, con paso de alumnado. • 2º ciclo gratuito 	<ul style="list-style-type: none"> • (Preámbulo) El carácter educativo del Primer Ciclo no es “escolar” necesariamente • Si la admisión no se regula claramente, se podrá convertir en modo de burlar la admisión regular de alumnos, como en Preescolar antes de la L.O.G.S.E..
Regulación estatal común	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los aspectos de ambos ciclos 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los aspectos de Infantil • Preescolar: sólo mínimos educativos; espacios, titulación y ratios por CC.AA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizada en 3-6 con claridad • 0-3: a negociar con CC.AA. 	<ul style="list-style-type: none"> Al hablar de fijación común con CC.AA. en 0-3 (contenidos, ratio, instalaciones), no se especifican si habrá mínimos recogidos en norma estatal.
Titulaciones	<ul style="list-style-type: none"> • 3-6: Maestros/as • 0- 3: Maestros/as y Técnicos/as Superiores (FP nivel 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3-6: Maestros/as • 0- 3: Maestras/os, Técnicas/os Superiores (FP nivel 3) y “otro personal” 	<ul style="list-style-type: none"> • 3-6: Maestros/as • 0- 3: Maestros y “otro personal con la debida titulación”. La atención educativa siempre en manos de maestros/as. La propuesta educativa, siempre bajo responsabilidad de un/a maestro/a. • La titulación del personal no se negocia con CC.AA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si la diferenciación de responsabilidades deshará el enfoque educativo de las actividades de vida cotidiana ¿referente curricular? • Como afectará la diferencia de cualificación, cómo lo desarrollarán las CC.AA.. ¿Jerarquía? ¿Quién compone el claustro?, etc. • ¿El/la maestro es el/la tutor/a, un/a coordinador/a, el/la directora/a, ...?
Currículo y autonomía pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> • Currículo único, de Etapa 	<ul style="list-style-type: none"> • Currículos separados 	<ul style="list-style-type: none"> • Mismos Objetivos. • Mención a principios educativos comunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Las “administraciones educativas” fijarán los contenidos del primer ciclo (negociación con CC.AA.)

Marco Teórico “Educación Infantil”: Bases legales

	L.O.G.S.E. (1990)	L.O.C.E. (2002)	L.O.E. (2006)	
			Disposiciones	Incógnitas
Currículo y autonomía pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> Estructurado por áreas de experiencia y desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> Estructurado por áreas de conocimiento Lectoescritura, matemáticas, 2º idioma, TIC como áreas. Desaparecen lenguajes artísticos. Diferente estructura curricular para 1º ciclo (objs., cont.) 	<ul style="list-style-type: none"> Estructurado por áreas de experiencia y desarrollo Contenidos organizados por áreas de experiencia y desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> No hay mención de estructura curricular común entre 1º y 2º ciclo
Currículo y autonomía pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> Los objetivos expresan capacidades globales Especificaciones de objetivos para 1º ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos 3-6 altamente instructivos. Capacidades terminales obligadas en etapa no obligatoria 	<ul style="list-style-type: none"> Existirán competencias básicas recogidas en currículo prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> Si habrá competencias básicas para 1º ciclo que puedan convertirse en requisitos de paso al 2º y de este modo convertirse en filtro (control de esfínteres)
Currículo y autonomía pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> Currículo prescrito contextualizado en Proyecto Curricular y concretado en programaciones didácticas 	<ul style="list-style-type: none"> Desaparece diferenciación entre Proyecto Curricular y Educativo Se mantiene contextualización y programaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> No se diferencia. Se mantiene contextualización y programaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Si los centros con 2 ciclos tendrán proyecto común Coordinación curricular con centros adscritos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Global, referida a aumento de capacidades 	<ul style="list-style-type: none"> Nominalmente igual, pero pesa el logro de aprendizajes concretos 		<ul style="list-style-type: none"> No hay mención expresa
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> Activa, basada en el juego, y en experiencias relevantes para los niños y niñas 	<ul style="list-style-type: none"> Nominalmente igual El carácter académico de objs. y contenidos lo hace poco creíble 	<ul style="list-style-type: none"> Nominalmente igual 	
Necesidades Educativas Especiales	<ul style="list-style-type: none"> Integración. EE solo en 2º ciclo, y excepcional. Etapas compensadoras 	<ul style="list-style-type: none"> Redefine como necesidades específicas, junto con sobredotación y necesidad de compensación Énfasis en equipos de evaluación frente al resto de recursos Regulación: CC.AA 	<ul style="list-style-type: none"> Redefine como necesidades de apoyo. Especiales junto con sobredotación y compensación Respuesta a la diversidad como norma Organización y regulación: CC.AA. 	<ul style="list-style-type: none"> Si el aumento de casos con necesidad de apoyo traerá mayor dotación o el reparto de la existente. Externalización de orientación educativa en 1º ciclo hacia CDIAT.
Autonomía Organizativa	<ul style="list-style-type: none"> Regulada previamente por LODE (85) y modificada por LOPEG (95). Consejo Escolar y Claustro órganos de gobierno Dirección elegida en CE 	<ul style="list-style-type: none"> Regulada previamente por LODE (85) y modificada por LOPEG (95). Organos consultivos Dirección elegida por administración. 	<ul style="list-style-type: none"> LODE modificada LOPEG derogada Organos de gobierno, junto Dirección y Equipo Directivo. Dirección elegida conjuntamente por CE y administración. 	<ul style="list-style-type: none"> Si los centros de 1º ciclo se regirán por misma normativa y recibirán misma garantía de autonomía cuando su dependencia orgánica no sea educativa.
Regulación de la oferta	<ul style="list-style-type: none"> Desde educación Tolerancia hacia subcontratación de servicios educativos por parte de CC.AA. y admón. local (Gestión Indirecta) 	<ul style="list-style-type: none"> 3-6: Educación 0-3: “Administraciones Públicas” Concertación en Infantil Se acepta gestión indirecta de servicios educativos por parte de CC.AA. y admón. local 	<ul style="list-style-type: none"> 3-6: Educación 0-3: “Administraciones Públicas” Concertación en 2º ciclo Se acepta gestión indirecta de servicios educativos por parte de CC.AA. y admón. local 	<ul style="list-style-type: none"> Asignación de competencias de ejecución y de regulación Cambio de terminología en regulación de aspectos de los conciertos: “centros sostenidos total o parcialmente con fondos públicos” a “centros concertados”

Fuente: Adaptado de Arrillaga 2006:37-38

5. OBJETIVOS

Los objetivos de la educación infantil se han ido consolidando a medida que se ha profundizado en las bases de las necesidades de los niños en la etapa 0-6. En cuanto a los objetivos generales de la Educación Infantil, coincidimos con García Huerta (1989:34) que establece, de modo sintético, los siguientes para esta etapa:

- Atención prioritaria a los aspectos madurativos del alumno, de modo que se favorezca el crecimiento y desarrollo físico equilibrado y armónico.
- Atención a la prevención y tratamiento de posibles anomalías de tipo físico, psíquico o conductual.
- Perfeccionamiento de las bases que constituirán posteriormente la personalidad del ser humano, como son el desarrollo de las aptitudes somáticas y psíquicas, el favorecimiento de la libre expresión y creatividad, la formación del carácter, etc.
- La formación de actitudes y hábitos positivos, que permitan la adaptación del niño al medio natural y social en el que vive.
- El encauzamiento de las emociones naturales del niño para el logro de una personalidad equilibrada y armónica, así como el desarrollo de sentimientos estéticos y morales.

En estos objetivos se ven involucrados todos los aspectos de la vida del niño que necesitan ser estimulados para lograr una formación integral. Además pone de manifiesto que es un trabajo en equipo compuesto por la familia y los centros educativos, con el fin de proporcionar una educación que complementa y apoya la vida familiar y la realidad del niño .

Para la L.O.E. la educación infantil contribuirá a desarrollar en las niñas y niños las capacidades que les permitan:

- a) *Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias.*
- b) *Observar y explorar su entorno familiar, natural y social.*
- c) *Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales.*

d) *Desarrollar sus capacidades afectivas.*

e) *Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales de convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.*

f) *Desarrollar habilidades comunicativas en diferentes lenguajes y formas de expresión.*

g) *Iniciarse en las habilidades lógico-matemáticas, en la lecto-escritura y en el movimiento, el gesto y el ritmo.*

(Artículo 13)

Por tanto a continuación presentamos una clasificación de los objetivos propuestos en cada una de las áreas que componen el Currículo Escolar:

Área de Desarrollo	Objetivos
1- <u>Emocional</u>	Vínculo-seguridad Autoconcepto Independencia
2- <u>Motor</u>	Coordinación Motor Control motor grueso
3- <u>Conceptual</u>	Conocer cualidades Acción imitación
4- <u>Lenguaje</u>	Lenguaje oral

(García, 2002)

Del mismo modo cada ciclo tiene sus propios objetivos, con el fin de seguir el ritmo del desarrollo del niño y cumplir con las necesidades propias de cada edad que pasamos a detallar a continuación, no obstante queremos señalar que no haremos referencia a la L.O.E., ya que el currículum de mínimos para la Educación Infantil todavía no se ha publicado.

4.1 Ciclo de 0 a 3 años

En el ciclo de 0 a 3 años la función educadora del Centro debe ser complementaria y compensadora de la que ejerce la familia. Debe haber una estrecha relación entre el centro y la familia, para conocer como se desenvuelve el niño en sus diferentes entornos.

Todas las actividades que se den en un Centro Infantil son educadoras y formadoras. El educador debe buscar que los niños se sientan seguros y queridos, formando un autoconcepto seguro y positivo, que ayude al niño a afrontar con confianza los retos que se le impongan (Retortillo y Puerta 2004).

La escuela es un lugar importante para el desarrollo del niño, ya que le servirá de medio para adaptarse a la vida en grupo, a ser sociable, a sacar provecho de los objetos que le rodean y de las situaciones que se presenten. Es donde aprenderá a desplazarse de forma autónoma, y le ayudará a integrarse en grupos distintos al familiar. De forma que le facilitará construir su propia identidad. (Willis y Ricciuti 1990)

En esta etapa el niño debe sentirse miembro de la familia y del colegio, conseguir autonomía para adaptarse al entorno, seguir las normas, desplazarse en el espacio físico sin problemas, conocer a las personas que están alrededor y sentirse a gusto con ellas, de esta forma el niño encontrará su propia identidad.

Dentro de los objetivos específicos que marcan las diferentes leyes para esta etapa nos encontramos con escasas diferencias entre la L.O.G.S.E. y la L.O.C.E. que exponemos a continuación:

CUADRO 22: OBJETIVOS PRIMER CICLO	
L.O.G.S.E. (Art. 9.2)	L.O.C.E. (Art. 10.5)
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del movimiento y control corporal • Primeras manifestaciones lingüísticas • Primeras pautas de convivencia y relación social • Descubrimiento del entorno inmediato 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del movimiento • Control corporal • Primeras manifestaciones de la comunicación y del lenguaje • Pautas elementales de convivencia y relaciones sociales • Descubrimiento del entorno inmediato.

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo nos parecen más claros los objetivos generales que deben alcanzar los alumnos según Fernández (2003) en su análisis del Currículo Prescriptivo del Primer Ciclo de Educación Infantil, siendo estos:

- Conocer su propio cuerpo, aprendiendo a valorarlo y a aceptar su identidad sexual, sin discriminaciones.
- Adquirir agilidad y habilidades corporales.

- Adquisición de hábitos básicos de alimentación, higiene y salud.
- Ser capaces de relacionarse con la educadora, con los compañeros de su grupo y más tarde con otro educador y otros niños de grupos contiguos.
- Responder a las muestra de afecto y aprender a ayudar a otros menores o iguales.
- Aprender a usar otros recursos expresivos.
- Aprender a valorar sus creaciones.

En la enumeración anterior se puede ver que solo se describen a rasgos generales los objetivos que se pretende que el niño adquiera al final de la etapa escolar de 0 a 3 años. Estos objetivos se dividen en las áreas del desarrollo que deben aparecer dentro de esta etapa educativa como son:

- *Emocional*: vinculo, seguridad, auto concepto, independencia.
- *Motora*: coordinación motora, control motor grueso.
- *Conceptual*: conocer las cualidades de los objetos, imitar.
- *Lenguaje*: que sea oral, que se comuniquen.

Al finalizar este ciclo, el niño debe ser capaz de conocer su cuerpo, manifestar sus necesidades y sentimientos, poseer una habilidad manual y de coordinación viso-motriz que le permitirá explorar su entorno, rasgar, amasar, enroscar, desenroscar, correr, subir, bajar, comer (por si solo), encajar, etc.

4.2 Ciclo de 3 a 6 años

En este ciclo el niño deberá aceptar sus propias limitaciones y posibilidades, siempre de una manera positiva y aprovechándolas al máximo. En sus relaciones interpersonales, buscará siempre a los iguales, cada vez se sentirá mas parte de un grupo y dominará cada vez más el lenguaje oral. Tendrá cierta autonomía en los ambientes que conoce y buscará aproximarse a otros menos conocidos o habituales. (Ortega 1990)

El maestro deberá estimular para que actúe ante los asuntos que despierten su interés, fomentará su curiosidad y necesidad de acción, de manera que sea la propia experiencia del niño quien ayude a su maduración.

Entre los objetivos que marca la ley para este segundo ciclo nos encontramos;

CUADRO 23: OBJETIVOS SEGUNDO CICLO

L.O.G.S.E. (Art. 9.3)	L.O.C.E. (Art. 12)
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer uso del lenguaje • Descubrimiento del medio • Elaborar una autoimagen positiva • Primeros hábitos de comportamiento y autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer su propio cuerpo y posibilidades de acción • Observar y explorar su entorno natural, familiar y social • Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales • Relacionarse con los demás y adquirir las pautas elementales de convivencia • Desarrollar sus actividades comunicativas orales e iniciarse en el aprendizaje de la lectura y la escritura • Iniciarse en habilidades numéricas básicas • Incorporación de la lengua extranjera • Iniciación temprana en las tecnologías de información y de las comunicaciones

Fuente: Elaboración propia

Las diferencias fundamentales que existen entre ambas leyes, son fundamentalmente una mayor concreción en la L.O.C.E. de los objetivos propuestos por la L.O.G.S.E., la misma L.O.E. en su desarrollo normativo (Art. 13 y 14) hace referencia a los ya expuestos. Las áreas de desarrollo que se trabajan en esta etapa son (L.O.E. Art. 14.3):

- Afectiva: se facilitará que niñas y niños elaboren una imagen de sí mismos positiva y equilibrada y adquieran autonomía personal.
- Motor: movimiento y los hábitos de control corporal.
- Lenguaje: manifestaciones de la comunicación y del lenguaje.
- Social: pautas elementales de convivencia y relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del medio en el que viven.

Para la L.O.G.S.E. y la L.O.C.E. es importante en esta etapa la evaluación por parte del educador. Una evaluación en sentido formativo, basada en la observación, que permita a los niños vencer los obstáculos que se les presentan y alcanzar las metas que desean. Esto permite una actividad conjunta entre el niño y el educador.

Los compañeros también son muy importantes en esta etapa. La convivencia con ellos ayuda a comprender otros puntos de vista, da actitud de respeto, valora a los demás, coopera, ayuda, etc.

6. SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

“...el Gobierno establece los aspectos básicos del currículo; es decir, las enseñanzas mínimas comunes a todo el territorio estatal. A partir de ellas, las Comunidades Autónomas establecen el currículo oficial para los centros de su territorio, concretando los objetivos generales para cada etapa, los contenidos mínimos y algunas orientaciones metodológicas y de evaluación.” (MEC 2002:33)

Por lo tanto, a pesar de que todo el territorio español este regido por la misma ley de educación, cada Comunidad puede dar sus propias directrices para las escuelas infantiles que están en su territorio, permitiendo que se diferencien entre si, destacando cada una por las mejoras que realizan.

En esta etapa se tiene en cuenta el desarrollo del niño para que siga su curso normal, así como su entorno, evitando que haya desviaciones que afecten en este desarrollo.

La Comunidad de Madrid tiene unas características específicas que definen su *Modelo Pedagógico*. Las características de la Escuela Infantil según la Consejería de Educación (2000) son:

- La Escuela Infantil es una institución *complementaria de la familia*, aunque no es con ánimo de sustituir a los padres, satisface las necesidades básicas de los niños, le da apoyo, confianza y seguridad.
- Ser *Centros Educativos*, es decir formar parte de un sistema educativo y tener un Proyecto Educativo que integre los objetivos fijados por la L.O.G.S.E..
- Ser *Centros Públicos*, son financiados por fondos públicos, es un sistema abierto a la participación familiar y comunitaria, con atención a la diversidad y pluralidad social, cultural, étnica, ideológica y económica, con interés en los niños que carecen de oportunidades intentando compensar estas desigualdades.
- Ser lugares donde se promueve intencionada y sistemáticamente el *proceso de socialización* de los niños en un contexto interactivo, facilitando el encuentro entre niños de

diversas edades, interacción con adultos, estimulando la colaboración y participación, atención a niños con necesidades educativas especiales, manteniendo relación con las familias, organizando salidas, entre otras actividades.

- Ser un Centro con *horario ampliado*, lo que supone actividades para atender todas las necesidades de los niños.

6.1 Tipología de Gestión

La *tipología de gestión* se refiere a la forma administrativa de llevar cada centro, se dividen en Directa e Indirecta (Consejería Educación CAM 2000 y 2005):

1. La Directa es la gestión que se realiza entre la Comunidad de Madrid y los Ayuntamientos. Cuando las escuelas son de titularidad autonómica están formadas por el Personal Laboral de la Comunidad de Madrid y por el personal del Cuerpo de Maestros. Para mantenerlas económicamente la Comunidad de Madrid aporta el 43%, el Ayuntamiento el 24% y las familias el 33% en función de sus ingresos. También puede ser el Ayuntamiento el titular de las Escuelas y Casas de Niños, de ser así la gestión puede ser directamente con el personal contratado o funcionario o bien por un contrato con el servicio público, que sería la gestión indirecta. El personal contratado por el Ayuntamiento será elegido por concurso-oposición mediante las normas de la Consejería de Educación (2000).
2. La Indirecta es mediante contrato de gestión de servicio público. Las diferentes características que se deben encontrar para obtener esta gestión son la Titularidad y propiedad de las instalaciones, las cuales son propiedad de la administración y la construcción y dotación de material depende de ella, para hacer uso de estas instalaciones se debe firmar un contrato con una duración determinada. La Forma de acceso a la gestión es mediante un concurso público en donde se valoran los proyectos de gestión educativa, administrativa y económica, así como el currículo de los profesionales que vayan a trabajar en los centros. Las empresas que obtienen estos contratos de gestión son Sociedades

Cooperativas, Sociedades Limitadas, Sociedades Anónimas Laborales y Asociaciones Educativas. Los profesionales deben cumplir unos requisitos de titulación estipulados en la legislación vigente R.D. 1004/91, de 14 de junio y la normativa que lo desarrolla. Deben acogerse a la normativa reguladora de las Escuelas de Educación Infantil en todos los aspectos: criterios de admisión, cálculo de cuotas, ratios, documentos educativos y de organización, calendario escolar, horario de funcionamiento, entre otros. La financiación de estos centros se fundamenta en el módulo anual señalado por Orden de la Consejería de Educación.

6.2 Estructura organizativa

La *estructura organizativa* de las Escuelas Infantiles se refiere a la organización interna del centro y se divide en Composición de las Plantillas y Órganos de Gobierno de las Escuelas de Educación Infantil (Consejería Educación CAM, 2000 y 2005).

La **Composición de las Plantillas** es distinta en las Escuelas de gestión directa que en las Escuelas gestión indirecta.

1. En las Escuelas de gestión directa el acceso a las plazas es por medio de concurso-oposición, las distintas categorías laborales que existen son las del personal educativo y las del personal de administración y servicios. El personal educativo se divide en titulados medios “E” (Educación Preescolar o Educación Infantil), personal funcionario (Maestros especialistas en Educación Infantil), educadores (Técnico Especialista en Jardín de Infancia, Técnico Especialista Educador Infantil, Técnico Superior Educación Infantil). El personal de administración y servicios atiende las necesidades no educativas de la Escuela, los forman los auxiliares administrativos (tareas administrativas, gestión de cuotas, etc.), auxiliares domésticos (tareas de limpieza, lencería, comedores, etc.), ayudante de control y mantenimiento (mantenimiento del centro, conserje), cocinero y ayudante de cocina (elaboración de menús).

2. . Las Escuelas de gestión indirecta tienen la misma relación de plantilla que las Escuelas de gestión directa, se exigen Maestros especialistas en Educación Infantil o Profesores de Educación General Básica con la especialidad en Educación Preescolar, el resto de la plantilla se forma por personal administrativo, de mantenimiento, de limpieza y cocina.
3. . En las Escuelas de Gestión directa Municipal las plantillas son similares a las de las Escuelas de Gestión Indirecta.

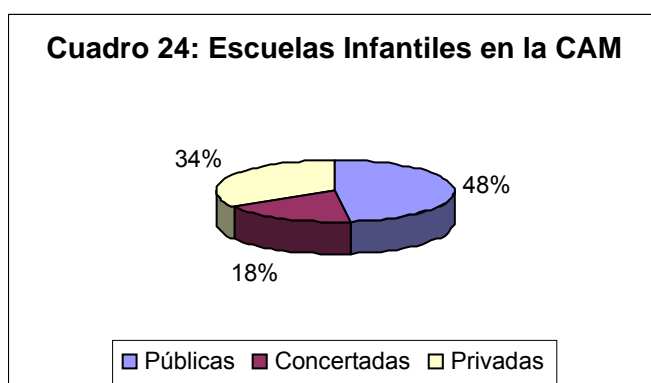
Los **Órganos de Gobierno** de las Escuelas de Educación Infantil se dividen en (la Ley Orgánica 9/1995 de 20 de Noviembre de Participación, Evaluación y Gobierno de Centros Docentes):

1. . En los Órganos Colegiados está el Consejo Escolar y el Claustro o Equipo Educativo. El Consejo Escolar esta formado por el director del centro, los representantes de madres y padres, los representantes del equipo educativo, el representante personal de administración y servicios y el representante del Ayuntamiento o Junta Municipal, estos cargos son elegidos por votación entre los integrantes de la comunidad educativa. Participar en la elaboración de un Proyecto Educativo y del reglamento interno del centro, decidir la admisión de los niños, revisar las cuotas, y aprobar y evaluar las actividades son solo algunas de las funciones que tiene el Consejo Escolar. El Claustro esta formado por maestros (segundo ciclo), educadores (primer ciclo), profesorado de apoyo y tutores, hacen reuniones periódicas entre ellos, con el equipo de Atención Temprana para orientación psicopedagógica y con los padres. A demás de las reuniones podemos nombrar alguna función más que debe realizar el Claustro como participar en la formación del profesorado, o aprobar los horarios de los niños.
2. . Los Órganos unipersonales están formados por el Director y el Secretario. El nombramiento del Director lo hacen los Ayuntamientos o entidades gestoras, entre todas las funciones que debe cumplir tenemos la de cumplir las leyes y disposiciones vigentes, ejercer la dirección de todo el personal del centro, encargarse los materiales del centro y del presupuesto para estos, convocar y presidir los actos académicos, firmar documentos oficiales del centro, entro otras. Entre las funciones

del Secretario tenemos el asegurar libros y archivos del centro, expedir documentos con el visto bueno del Director, coordinar la utilización del material, colaborar en la elaboración del presupuesto, entre otras.

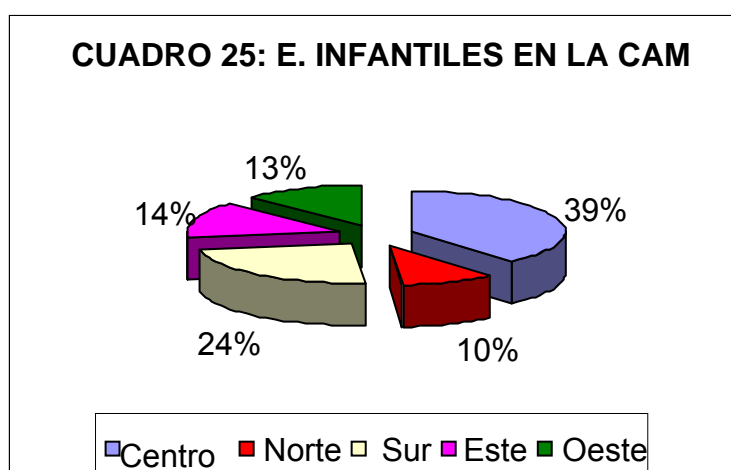
6.3 Recursos

En Madrid existen según los datos de la Consejería de Educación 2258 Escuelas Infantiles (tanto de primer ciclo como del segundo), distribuidas de la siguiente manera (CAM 2006 Online):



Fuente: Adaptado de CAM 2005 Online

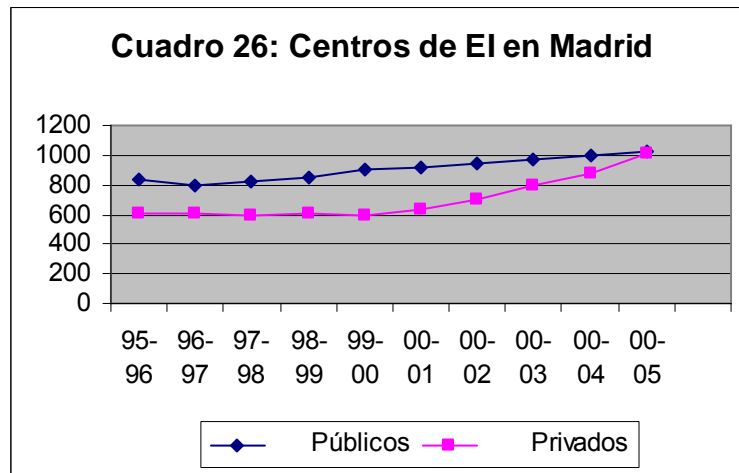
A su vez la Comunidad de Madrid se divide en cinco subdirecciones territoriales o áreas educativas, que corresponden con su localización geográfica en la comunidad (Centro, Norte, Sur, Este y Oeste). Dentro de estas zonas hemos hecho una breve descripción de los recursos que tiene la Comunidad (escuelas infantiles), para ver como se hayan repartidos dentro de la misma.



Fuente: Adaptado de CAM 2005 Online

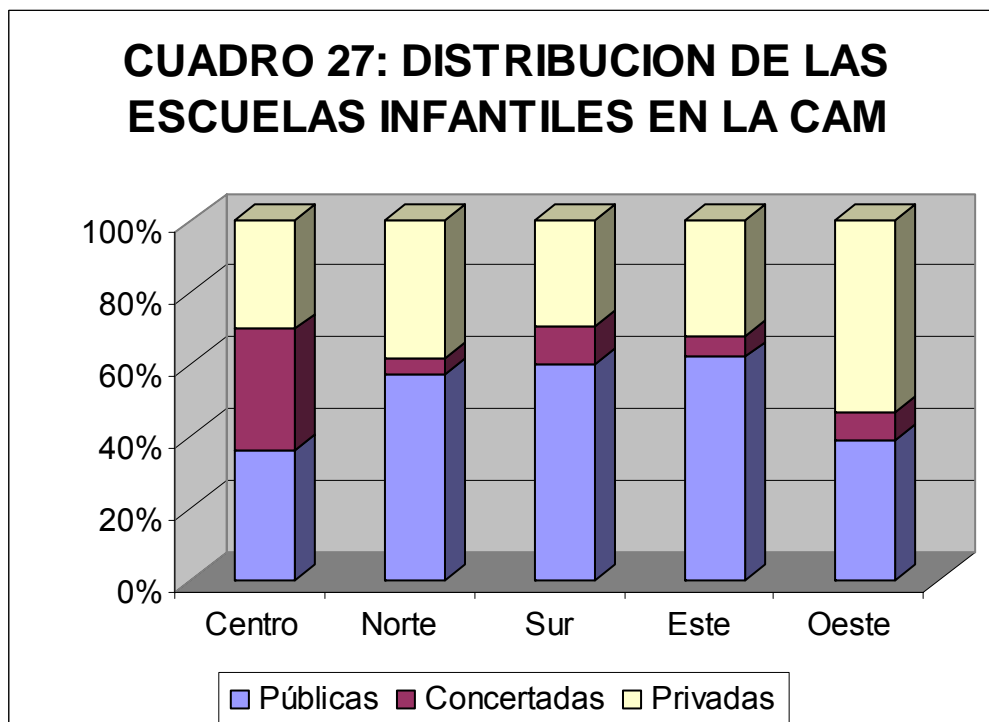
En la gráfica anterior podemos observar como casi el 40% de los Centros de Educación Infantil (tanto del primer ciclo como del segundo), se

encuentran situados en Madrid Capital (zona centro), y como dato llamativo nos encontramos con un 24% en la zona sur.



Fuente: Adaptado de CAM 2006b. Online

Los centros de Educación Infantil en nuestra comunidad han ido en aumento en los últimos 10 años como refleja el cuadro anterior. Del mismo modo podemos ver a continuación como se distribuyen las escuelas infantiles, en centros públicos, privados y concertados, por subdirecciones territoriales de la Comunidad.

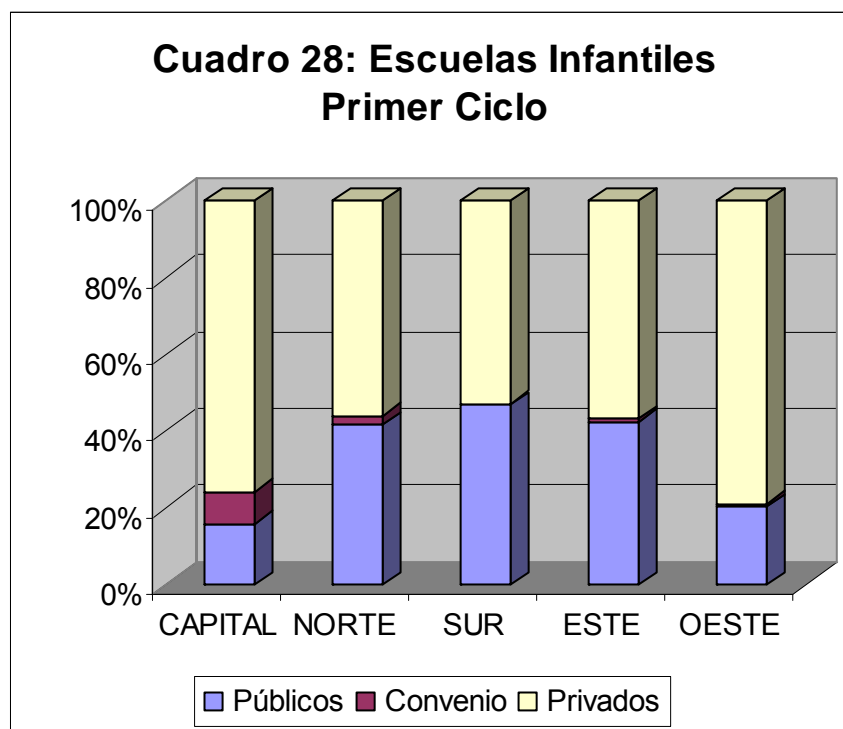


Fuente: Adaptado de CAM 2005 Online

De esta gráfica podemos deducir que aunque en Madrid Centro y en la zona Oeste es donde menos escuelas infantiles públicas existe, queda compensado (al menos en la capital), por el número de centros educativos,

dejando un sector de la población más desfavorecido en la zona Oeste, donde poseen menos recursos comunitarios.

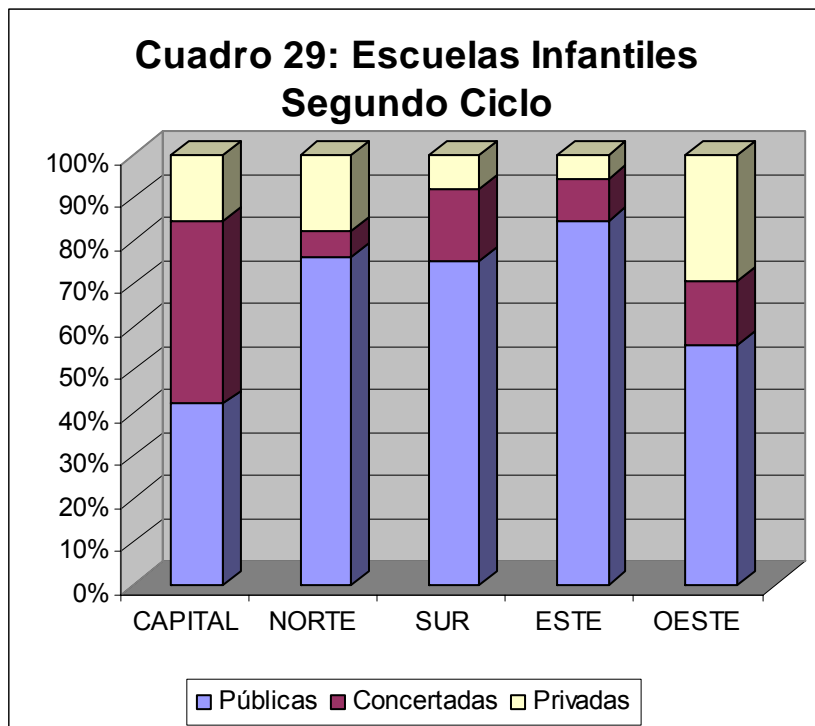
No obstante, hemos preferido consultar con la Consejería de Educación de la Comunidad para obtener unos datos más detallados con respecto a los centros de Educación Infantil existentes en las diferentes áreas territoriales, en función de la titularidad del centro (público, privado o concertado) y del ciclo educativo. Los resultados han sido:



Fuente: Adaptado de De Francisco 2006 Online

De este gráfico hay dos aspectos que nos llaman mucho la atención, el primero de ellos es comprobar que la enseñanza en el primer ciclo de infantil es privada en alrededor de un 70% en nuestra comunidad, confiamos en que con la entrada en vigor de la L.O.E., y el interés de la misma en dar un empuje a esta etapa.

El otro aspecto, no menos llamativo, es la desventaja que supone para la población infantil que vive en la capital o en el oeste de la comunidad, respecto al resto de zonas educativas, ya que supone que tienen la mitad de recursos públicos que las otras zonas.



Fuente: Adaptado de De Francisco 2006 Online

Por último señalar respecto a este cuadro el contraste que existe entre este ciclo y el anterior respecto a las plazas públicas, nos alegra ver como respecto a la media nacional (que está en torno al 70%) (MEC 2006 Online), las plazas públicas del segundo ciclo de infantil rondan el 80%. No obstante seguimos viendo desigualdades en función del territorio o zona educativa, volviendo a ser más significativas en la capital y en la zona oeste.

7. ESCUELA INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA

La Educación Infantil y la Atención Temprana comparten muchas características que legitiman el valor de la escuela infantil como marco privilegiado para la atención a todos los niños y máxime para aquellos con dificultades en su desarrollo. En este escenario, el Maestro de educación infantil se convierte en el gran protagonista: asiste, cuida y atiende el proceso de desarrollo de sus niños, sean cuales sean sus características y las necesidades de los mismos.

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

“La Educación Infantil surge con una doble vertiente (DCB, 1989; Programas Renovados, 1990; Materiales para la Reforma, 1992):

- **Social**, que contribuya al desarrollo integral del niño (esto surge con la incorporación masiva de la mujer al trabajo, dando lugar a núcleos familiares en los que ninguno de los progenitores está en casa a lo largo del día, lo que ocasiona la necesidad de establecer ámbitos educativos que proporcionen al niño la estimulación necesaria, no como sustitución de la familiar, pero sí como complemento o apoyo de la misma);
- **Compensatoria**, sobre todo en ambientes de deprivación socio-cultural y económica, de carencias de partida del niño a la hora de incorporarse a la escuela.”

(Sánchez Sainz 1999:80)

Y es precisamente dentro de esta doble vertiente, la que hace necesario que la Educación Infantil sirva para compensar cualquier desigualdad, y no sólo de tipo social, sino como ayuda para aquellos niños que tengan o estén en riesgo de padecer algún tipo de deficiencia. Previamente, vamos a señalar las **premisas** de las que partimos:

- La Atención Temprana supone la educación sistemática de la primera y segunda infancia y permite dar la respuesta adecuada a las necesidades educativas de cada niño desde el mismo momento de su nacimiento.

- La Atención Temprana es necesaria para la población infantil por las especiales características durante este periodo (0 - 6 años) en el que se van a producir las adquisiciones básicas del desarrollo y que, en determinados casos, no se logran por la estimulación natural espontánea, ya sea por las circunstancias que rodean al niño (ambiente, nivel económico ,afecto..) o por que el niño no puede aprovechar adecuadamente esos estímulos del medio (cuando hay patologías implantadas o alto riesgo de padecerlas). La EDUCACIÓN INFANTIL y la Atención Temprana se erigen como principal mecanismo de compensación de desigualdades.

- En este sentido, y para todo el proceso de desarrollo del niño, la Escuela infantil, con sus recursos internos y con los servicios de apoyo (Equipos de Atención Temprana, profesionales de la integración) se constituye como el contexto más idóneo para todo el proceso de Atención Temprana: atención directa al niño, prevención de los efectos secundarios de una alteración en el desarrollo, coordinación de los tratamientos que reciben los niños entre sus profesores y otros profesionales (logopeda, psicomotricista, rehabilitador, profesor de apoyo, etc.).

(Ruiz Veerman 2005:16)

7.1. Relación y analogías:

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

La Educación Infantil se configura como una etapa educativa dirigida a niños de 0 - 6 años con finalidad, sentido y objetivos propios, no supeditada a etapas posteriores. Se plantea con una clara función educativa, sin perjuicio de que se cubran otras funciones sociales, asistenciales o terapéuticas. (De Francisco 2005:191)

Hay que partir de un buen trabajo de estimulación, ya que de esta forma se reducirán las dificultades a las que puede enfrentarse el niño durante el proceso educativo.

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

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

a) Población a la que atienden:

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

La atención a la infancia, sin duda una de las etapas más complejas en la vida de la persona, implica la interrelación de múltiples disciplinas si se quiere atender al niño en toda su complejidad: conocimientos de psicología evolutiva, neurología evolutiva, fundamentos neurobiológicos del aprendizaje, principios didácticos, etc. (Gútiez 2005)

En cuanto a la población específica de Atención Temprana, es importante destacar que en nuestro país las diferentes estadísticas apuntan a que, entre un 2'5% y un 3% de la población infantil, presenta alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas, es decir, son susceptibles de recibir Atención Temprana (Arizcun 2003).

A primera vista no parece un dato muy significativo, pero compararlo con otros países donde la Atención Temprana está más organizada y se dedican más recursos, nos sirve de alarma. En efecto, en países como EEUU o Suiza, este dato que apuntamos se dispara a más del doble.

Esto hecho está relacionado con dos cuestiones principalmente: en primer lugar, en España, debido a la escasa generalización que alcanzan las pruebas de “screening” o de detección verdaderamente temprana de deficiencias, y la metodología de detección y tipificación de alteraciones (instrumentos poco “finos”), hace que muchos niños queden sin “censar” como potenciales receptores de medidas de Atención Temprana. Otro gran grupo que queda fuera del análisis es el de los niños de riesgo social. (Soriano 2000)

En segundo lugar, en el ámbito de las deficiencias / discapacidades entra en juego un importante concepto, que es el de “calidad de vida” (Andreu 1997). Cuanto más moderno y organizado sea un país, y se estimen por igual todas las facetas de la vida de una persona, cualquier circunstancia que afecte a la salud (no sólo al enfermedad propiamente dicha) será considerada como tal, como privación del estado de “bienestar total”.

Para concluir, nos encontramos con un importante grupo de niños que no va a acceder a la vida en igualdad de condiciones, y para el cual la escuela infantil, con los apoyos necesarios, puede resultar la mejor medida compensadora.

b) Objetivos:

En diferentes normativas se ha definido el objetivo de la Educación Infantil como el *desarrollo de capacidades físicas, intelectuales, afectivas, sociales y morales del niño*. Estos mismos objetivos son compartidos por los planteamientos de la Atención Temprana, que, superando el modelo centrado en la discapacidad del niño, se orienta al desarrollo y máximo aprovechamiento de las posibilidades de desarrollo del mismo, en todos los órdenes de su vida: intelectual, físico, afectivo y social (GAT 2000).

c) Principios:

La Atención Temprana se fundamentó, en sus inicios, en los principios de las primeras normas que intentaron atender a las especiales necesidades de ese grupo de nominado “niños con necesidades educativas especiales”.

Además de compartir los principios de **universalidad**, **gratuidad**, **descentralización** y **sectorización** (para ubicar la escuela y sus recursos en una comunidad concreta, cargada de idiosincrasia), la EDUCACIÓN INFANTIL y la Atención Temprana comparten tres principios fundamentales que las convierten en recursos absolutamente análogos: son los principios de **globalización**, **individualización** e **integración** (GAT 2000).

Por globalización entendemos la atención a todas las facetas del desarrollo y de la vida del niño. En este principio se ha materializado, más concretamente, la organización misma de la actividad educativa: de pupitres alineados en los que se pretendía que el niño permaneciese sentado,

aprendiendo los prerrequisitos de aprendizaje necesarios para la escuela primaria, se ha pasado a modelo globalizados que integran, en un mismo espacio, diferentes rincones pensados para atender a todas las necesidades de los niños. Este principio está relacionado con el de individualización, que implica conocer que cada niño tendrá un ritmo de desarrollo propio, y unas características personales, familiares y sociales que sin duda condicionarán el curso de su vida (Ruiz 2005).

El principio más importante, que más va a condicionar la conexión entre la EDUCACIÓN INFANTIL y la Atención Temprana, es la **integración**. En relación con la atención a niños con deficiencias / discapacidades, este principio es de un enorme “optimismo pedagógico”, sin ser del tipo de medida de “aceptación segregadora” (como es el caso de la Educación Especial).

El principio de integración implica que todo niño es educable, todo niño, y ello desde su nacimiento (Belda 2001); conlleva también que la educación se oriente al desarrollo de capacidades, es decir, que se centre en el desarrollo de todas las posibilidades del niño y no exclusivamente en la deficiencia / discapacidad. Por último, señalar que la integración apela a un derecho inalienable: la escuela debe concebirse desde el respeto a las diferencias individuales.

d) Funciones:

Tradicionalmente, tanto la EDUCACIÓN INFANTIL como la atención a la deficiencia / discapacidad eran concebidas como tareas fundamentalmente asistenciales. El niño no era educable a esas edades tan tempranas, y menos aún en el caso de niños con deficiencias.

La escuela infantil (sin tener esta denominación) tenía, exclusivamente, una función propedéutica, de preparación en aquellas habilidades necesarias para la fase verdaderamente educativa (educación primaria). Los recursos existentes para atender a niños con deficiencias o no existían, o eran sencillamente asistenciales, movidos por el sentimiento filantrópico de algunas órdenes religiosas y determinados particulares. La actitud que se tenía hacia el “otro diferente” podía ser de rechazo, en el mejor de los casos de aceptación pero siempre segregadora y, desde luego, desde un absoluto pesimismo pedagógico (Gútiez 1995).

En la actualidad, y a medida que la concepción de la infancia ha ido evolucionando hasta los conocimientos de que disponemos hoy en día, las funciones de la EDUCACIÓN INFANTIL han cambiado muy positivamente y, con ello, también la actitud que se tiene hacia la educación de niños con problemas en su desarrollo. Así, tanto la EDUCACIÓN INFANTIL y la Atención Temprana comparten las siguientes funciones (Ruiz 2005):

- **Preventiva y compensatoria:** prevenir y, en su caso, compensar las consecuencias negativas derivadas de deficiencias y de entornos socio – culturales de alto riesgo. Es ésta una importante función para conseguir el principio de igualdad de oportunidades y de acceso a las diferentes facetas de la vida.
- **Educativa:** hablar de educación parece una redundancia pero concebirlo como un principio implica la estimulación, consciente, rigurosa, intencional y planificada de los procesos madurativos (capacidades sensoriales, motrices, afectivas, cognitivas, comunicativas y sociales) y todo ello sin forzar el curso natural del desarrollo.
- **Integradora:** la escuela infantil, desde el optimismo pedagógico, es una de los pocos contextos donde se hace realidad el principio de atención a la diversidad.

e) Principios didácticos y de intervención:

En función de las concepciones que reflejan diferentes manuales y autores, se pueden establecer o delimitar los principios que rigen la didáctica de la Atención Infantil y aquellos que determinan el carácter de las intervenciones en Atención Temprana. De la lectura y contraste de ambos hemos hecho una selección de los cinco principios principales en los que, de nuevo, tanto la EDUCACIÓN INFANTIL como la Atención Temprana encuentran una total correspondencia:

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

horror, se pueden dar ocasiones en las que un terapeuta relate, en presencia del niño, los problemas que éste tiene y, además, el mal comportamiento del padre o madre del niño en cuestión, aprovechando la “situación” de que sea “sordo o incapaz de entender o codificar la información que se está emitiendo”.

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

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

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

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

(Ruiz 2005:19)

7.2 Necesidades Educativas Especiales en la Escuela Infantil

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

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

Pensamos que cualquier escuela que tenga niños con necesidades educativas especiales debería seguir los siguientes principios:

- *Normalización: reconociendo y respetando a cada niño como es, sin discriminación.*
- *Individualización: exigiendo para cada niño según sus capacidades.*
- *Sectorización: ofreciendo a todos los niños todas las atenciones dentro de su entorno.*
- *Integración: admitiendo las diferencias individuales, siendo menos competitiva y más centrada en los logros y posibilidades individuales.*

(Pérez, Ortiz, Soniano y Coll, 1988)

Además de los profesores, las escuelas infantiles deben contar con personal de apoyo para los niños con necesidades educativas especiales, profesorado de la especialidad de Educación Especial, Pedagogía Terapéutica,

Audición y Lenguaje. La organización de estos apoyos varía de unas escuelas a otras, según las necesidades de los alumnos y la organización escolar, pudiendo llevarse a cabo en el mismo grupo-aula o en agrupamientos específicos con un número reducido de alumnos fuera del aula.

En este sentido coincidimos con Medina (1993), en que *“El trabajo realizado por el profesorado de Educación Infantil tiende a alcanzar un planteamiento multidisciplinar, con un eje prioritario de la profesionalización del educador de esta etapa, apoyándose en la didáctica general y en el desarrollo de las áreas específicas, buscando una perspectiva integradora, partiendo del análisis de la práctica de esa etapa”* (Medina 1993: 9)

Además, las escuelas han de reunir los recursos materiales adecuados para garantizar una atención educativa de calidad. Debe mantener una distribución equilibrada de los alumnos, teniendo en cuenta sus especiales circunstancias y el número de unidades por aula para que favorezca la integración.

Los padres son un punto clave para la buena integración de los niños a la escuela infantil. Los profesores y los equipos de atención temprana que atiendan a estos niños deben tener en cuenta a la familia, y mantener una relación abierta y confiada con ellos, así será más fácil conocer al niño y facilitará la integración de este con su nuevo entorno: la escuela infantil.

Esta importancia de responder con una oferta educativa que integre a las personas con necesidades especiales, la reflejara Mercedes García (1991) resaltando dentro del diseño curricular de la educación infantil dos funciones principalmente (García, 1991: 27):

1. *De estimulación: impulsando y optimizando las capacidades infantiles en todos los ámbitos del desarrollo.*
2. *De compensación: para prevenir las posibles dificultades posteriores, compensando las carencias o desajustes originados por el contexto.*

Dentro de la necesidad de realizar una estimulación en Educación Infantil para compensar las desigualdades, en especial de los niños de riesgo, se enmarca la atención a las necesidades educativas especiales de los niños de esta etapa, quedando reflejados en la L.O.G.S.E. dentro del artículo 74.4

sobre la escolarización de los alumnos con Necesidades Educativas Especiales que dice:

“Corresponde a las Administraciones educativas promover la escolarización en la educación infantil del alumnado que presente necesidades educativas especiales y desarrollar programas para su adecuada escolarización en los centros de educación primaria y secundaria obligatoria.”

Asimismo en la L.O.E. en su artículo sobre los principios 71.3 señala que *“Las Administraciones educativas establecerán los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades educativas específicas de los alumnos y alumnas a las que se refiere el apartado anterior. La atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se regirá por los principios de normalización e inclusión.”* De manera que le corresponde a la educación infantil como etapa ser la primera en detectar las alteraciones en el desarrollo de los niños que la sustentan.

También la L.O.E. en su artículo sobre escolarización 74.2 indica que *“La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará, lo más tempranamente posible, por personal con la debida cualificación y en los términos que determinen las Administraciones educativas”*. En este sentido serán los Equipos de Atención Temprana los primeros en valorar a estos niños y determinar las ayudas necesarias.

Al incorporar a los niños con necesidades educativas especiales a la escuela infantil, no solo se está contribuyendo a un buen desarrollo físico y cognitivo, sino también a normalizar su entorno familiar, ya que los padres tienen tiempo para seguir una vida normal (laboral o social).

A principio de cada curso se hace una valoración para hacer una adecuación curricular individual partiendo del conocimiento tanto del niño como de la familia y de la escuela infantil. Así se saben las características de cada caso y se detectan cuales son las necesidades y recursos para satisfacerlas.

El profesor dentro del aula debe atender a los niños con necesidades educativas especiales de forma normalizada, pero teniendo siempre en cuenta las limitaciones del niño. Debe conocer el estado en que está el niño, para ello debe tener comunicación con la familia y con el equipo de apoyo

El centro debe facilitar al profesor todo el material necesario para que pueda trabajar con los niños sin limitaciones, también debe capacitarlo periódicamente para atender a estos chicos.

7.3 Coordinación Escuela Infantil – Equipos de Atención Temprana

Con el fin de orientar a los centros de Educación Infantil el MEC en su territorio puso en marcha unos Equipos de apoyo externos que ayudaran en el apoyo a los centros y colaboraran con el profesorado en tareas de atención a la diversidad, de planificación y desarrollo curricular (Orden de 9 de diciembre de 1992 y Resolución de 30 de abril de 1996).

Según Nieto (1996), cumpliendo con lo establecido en la L.O.G.S.E. los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (E.O.E.P.) se dividen en tres tipos según sus funciones. Los Equipos Generales, los Equipos de Atención Temprana, y los Equipos Específicos.

Los *Equipos Generales*, brindan asesoramiento a todos los centros educativos y a los centros de educación especial, para mejorar la atención educativa que brindan a los niños con necesidades educativas especiales. Tienen carácter interdisciplinar, están formados por pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y logopedas. Todos estos profesionales son nombrados por el Ministerio de Educación y Cultura. Los pedagogos y psicólogos tienen la función de realizar la evaluación psicopedagógica de los niños, las adaptaciones curriculares específicas para cada alumno dependiendo de sus necesidades, y la elaboración, evaluación y revisión del proyecto curricular del centro que les asignan. Los trabajadores sociales se ocupan de las necesidades sociales que tengan los niños del centro, y los logopedas se hacen cargo de los niños con problemas en la comunicación oral y escrita desarrollando programas de prevención, detección y tratamiento, junto con los profesores del centro.

Los *Equipos de Atención Temprana* están encargados de detectar las necesidades educativas especiales en los niños que se encuentran en la etapa de Educación Infantil, previniendo e interviniendo lo antes posible las desviaciones que se sumen al desarrollo del niño. Intervienen en el entorno familiar, dando apoyo y directrices para brindar al niño un ambiente adecuado

para él. Mentalizan a las familias de la importancia de la educación, y sirven de intermediarios entre ellas y la escuela.

Los *Equipos Específicos* dan apoyos especializados a los equipos anteriormente mencionados, a los centros escolares y a los alumnos que lo necesiten. Atiende las necesidades específicas de los niños, por ejemplo motrices, auditivas, visuales, entre otras. También entre sus funciones esta la elaboración de adaptaciones curriculares, el diseño de materiales adaptados a las necesidades, el seguimiento de los niños por las diferentes etapas de la educación, el diseño de programas para padres favoreciendo la participación en la educación de sus hijos, ente otras.

Estos equipos quedaron reflejados en el artículo 10 de la Orden Ministerial del 9 de diciembre de 1992, en el que bajo la denominación genérica de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPs), y quedaron incluidos dentro de los mismos los siguientes:

- Institutos de Orientación Educativa y Profesional (IOEPs).
- Servicios de Orientación Escolar y Vocacional (SOEVs).
- Equipos Multiprofesionales (EMs).
- Equipos de Atención Temprana (EATs).
- Equipos Específicos (EEs)
- Equipos de Educación Compensatoria (EECs)

De todos los equipos anteriormente citados, sólo trabajarán en Educación Infantil dos (Benavent y Fossati, 1998: 203 y ss):

1. Los **Equipos de Atención Temprana**: Su campo de actuación es la Educación Infantil. Les corresponde identificar las situaciones y circunstancias de riesgo o desventaja, anticiparse a la aparición de problemas, detectarlos en sus inicios y facilitar la intervención adecuada.
 - a) Objetivo: Mejorar las condiciones educativas de los centros que escolarizan niños y niñas con NEE, asociadas a casuísticas personales de discapacidad o situaciones sociales desfavorecidas en la etapa de 0 a 6 años.

b) Funciones:

- Prevención y colaboración con los centros de Educación Infantil y sus equipos docentes.
- Intervención directa con alumnos con NEE o en situación de desventaja y apoyo a las familias.
- Colaboración con los organismos e instituciones que prestan atención a la infancia (Centros Base del INSERSO, Centros de Orientación Familiar del INSALUD...).
- Evaluar necesidades y facilitar la escolarización de niños y niñas con NEE y en desventaja personal y familiar.
- Elaborar y difundir materiales e instrumentos psicopedagógicos útiles para la población 0-6, profesorado y EATs.

c) Composición: Médico, Psicólogo, Pedagogo, Trabajador Social y Maestro de Audición y lenguaje.

d) Mantienen una estrecha relación con los Equipos Específicos (EEs).

2. Los **Equipos Específicos** (EEs): Comparten la misma finalidad que el resto de EOEPs que es contribuir a la mejora de la calidad de enseñanza. Se diferencia de los otros en que su marco de actuación es más amplio, siendo únicos para toda la provincia y todas las etapas educativas.:

a) Objetivo: Prestar servicios cualificados a alumnos con deficiencias auditivas, visuales, motoras y alteraciones graves del desarrollo.

b) Funciones:

- Estadística de casos.
- Conocimiento actualizado de los recursos disponibles. Atención y apoyo técnicos.

- Colaboración y consenso generalizado de sus actuaciones.
- Elaboración, adaptación y difusión de instrumentos y programas especializados.
- Intercambio de experiencias.
- Evaluaciones y diagnósticos muy específicos.

Es importante que exista coordinación con la Escuela Infantil, ya que los Equipos de Atención Temprana atienden a los niños con N.E.E. y en la escuela infantil estos niños pueden desarrollar al máximo sus capacidades.

Por medio de esta coordinación pueden colaborar en la elaboración de programas, currículo, compartir información sobre el niño, sus necesidades, localizando posibles anomalías en su desarrollo y derivándolo donde fuera necesario. También entre los dos orientarán a la familia dándoles a conocer todo lo referente a la evolución del desarrollo de su hijo y apoyándoles en sus necesidades (Libro Blanco, 2000).

8. SITUACIÓN DE LA ESCUELA INFANTIL Y LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EUROPA Y EEUU

A partir del estudio realizado por Victoria Soriano en 1999 sobre la “Intervención Temprana en Europa”, donde recogió datos estadísticos de los quince Estados miembros de la UE, además de Noruega e Islandia, y pudo observar que **el número de estudiantes** alcanza la cifra de **42 millones**, de los cuales **algo más de 10 millones pertenecen a educación infantil**.

Respecto al número de niños con necesidades especiales en los diferentes países, es más difícil de elaborar debido entre otras cosas a:

- Establecen diferentes categorías de los niños tratados, de forma que para lo que unos es “especial” para otros no es necesario. Por ejemplo: Si se considera exclusivamente los niños con **dificultades físicas, sensoriales o mentales**, las estimaciones son **aproximadamente de un 2%**. Este porcentaje aumenta cuando se incluyen niños con dificultades de orden familiar, social o educativo
- No existen dichos datos: por ejemplo en *Italia*, los niños con necesidades educativas especiales están integrados en escuelas de enseñanza ordinaria.
- Existen escasos recursos de manera que no se llegan a detectar a estos niños.

En cualquier caso, el número de niños identificados con una necesidad especial se encuentra entre el 2% y el 12% de la población total de niños. Este es el baremo aceptado que figura en el Informe de la Comisión sobre el desarrollo de la aplicación de la política de integración escolar en los Estados miembros (CEE 1992).

La disparidad entre ambas cifras consideradas límite pensamos que se debe fundamentalmente a las categorías de niños incluidos y a una deficiente detección de los mismos en función de los países. En el norte de Europa las cifras son mayores que en el sur.

Por otro lado, refiriéndonos al marco de la Educación Infantil, en algunos países los niños se integran en el sistema educativo a los tres o cuatro años. En otros países esta edad es menor. En *Islandia*, por ejemplo, los niños

pueden integrarse con un año de edad. Por el contrario, en *Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia*, los niños son admitidos a partir de los seis años de edad.

Cuadro 30: Edad de incorporación al sistema educativo en la Comunidad Europea, Noruega e Islandia

EDAD	PAÍS
1 año	Islandia
2 años	Francia
2,5 años	Bélgica
3 años	España, Italia, Portugal, Reino Unido
4 años	Grecia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo
6 años	Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia

Fuente: Adaptado de Soriano 2000

En cambio en la mayoría de los países se da Atención Temprana al niño desde su nacimiento hasta la edad de tres años y en otros se realiza un seguimiento hasta los seis años, en estrecha colaboración con el sistema educativo. Según la Organización NICHY en *Estados Unidos* se da seguimiento a los niños de cero a dos años por medio de intervención temprana y de tres en adelante a través de servicios proporcionados por el medio escolar (Agencia Europea 2003).

Antes de entrar en la escuela primaria los niños pueden asistir a varios tipos de instituciones públicas o privadas, éstas pueden admitir a los niños desde su nacimiento (como en *Grecia y Noruega*), o a partir de los tres meses de edad en la mayoría del resto de países. La población infantil puede permanecer en estos centros hasta acceder a la escuela primaria (*España*). La variedad de centros e instituciones es considerable, y no siempre forman parte de la estructura educativa del país, al no estar bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación, y cuyo personal no está necesariamente titulado en educación. (Soriano 1999).

Por lo que se refiere a la elección de escuela infantil, en la mayoría de países los padres tienen derecho a elegir el centro que más les conviene. Sin embargo, pueden surgir problemas cuando los centros son privados o no están situados en la región en la que vive la familia. En la práctica, esta elección puede también verse limitada si el centro en el que se solicita el ingreso no cuenta con los recursos que el niño pueda necesitar, si se niega a aceptar al niño o si existe una lista de espera. Según Soriano (1999) Se hace mención de listas de espera en *Alemania, Austria, Holanda, Islandia, Noruega, Portugal y el Reino Unido (Inglaterra y Gales)*. En el caso de España el segundo ciclo de Educación Infantil es gratuito y se está generalizando para toda la población (L.O.E.), no obstante existen muchos problemas para conseguir plaza en el primer ciclo de Educación Infantil.

En algunos países los niños con discapacidad tienen prioridad de acceso a centros de educación infantil, aunque no se tomen medidas especiales para ellos. Este es el caso de *Islandia, Noruega y el Reino Unido (Inglaterra y Gales)*.

En los países europeos los servicios responsables de la intervención temprana varían considerablemente ya que dependen de diferentes ministerios. Entre las distintas autoridades con responsabilidades organizativas o de administración de estos servicios encontramos: servicios sociales, sanidad, educación y autoridades locales. También nos podemos encontrar con que los servicios públicos de carácter regional o local y los servicios privados funcionan simultáneamente (Soriano 1999). Por ejemplo:

1. En *Portugal* los servicios de intervención temprana son organizados por equipos multidisciplinares, compuestos por profesionales de los servicios de Educación, Servicios Sociales y Sanidad. Algunos pueden incluir también personal de escuelas especiales, en la medida en que se pueden utilizar sus recursos específicos. Este tipo de equipos se desarrolla por medio de acuerdos con el Ministerio de Educación.
2. En *Austria* las intervenciones médicas, el tratamiento y la asistencia corren a cargo del Estado y compañías de seguros médicos, y los servicios se prestan en el hospital. Los centros públicos y organizaciones privadas especializadas en discapacidades sensoriales se ocupan de cualquier tratamiento y asistencia que no sea de tipo médico.
3. En *Estados Unidos* el estado es responsable de las necesidades de los niños con discapacidad bajo la ley federal IDEA

(“Individuals with Disabilities Education Act,” o “Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades”). Hasta los dos años se da atención en centros de estimulación y de los tres a los veintiuno (edad escolar) la atención se da en los centros escolares.

En los distintos países se encuentran servicios descentralizados, procurando ser lo mas accesibles posibles. Los servicios o instituciones sólo se encuentran centralizados cuando se trata de servicios muy especializados. En *Suecia* por ejemplo, la mayor parte de los servicios está totalmente descentralizada, pero una agencia nacional con personal presente en cada provincia presta servicios a niños con discapacidad visual.

En todos los países destaca la importancia de prestar una ayuda especializada, y la precocidad de la asistencia. En la *Comunidad Flamenca de Bélgica* la mitad de la información y actividades de apoyo que se proporciona a la población en general (niños, adolescentes y adultos) va dirigida a los niños menores de seis años (Agencia Europea 2003).

Todos los países muestran cierta semejanza respecto a la categoría de profesionales mencionados. Cubren cuatro sectores: médico, educativo, psicológico y social.

En la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (1999) también se aprecia una tendencia a que el niño permanezca dentro de su medio de vida el mayor tiempo posible. En *Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, Noruega y Suecia* es muy común que la asistencia se realice en el domicilio, especialmente en el caso de los bebés. En la *Comunidad Flamenca de Bélgica*, la ley estipula que el 75% de la asistencia se lleve a cabo en la vivienda.

En general destaca la importancia del acceso a la escolarización. Los países en los que los niños acceden a la escuela a muy corta edad existen medidas de apoyo específicas en estos centros, tanto para los niños como los docentes.

9. CONSIDERACIONES FINALES

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

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

“Si nos basamos en los autores, que afirman la posibilidad de que el desarrollo infantil se altere, en función de la estimulación recibida, por parte del entorno, en la primera infancia (Brazelton, 1989; Castillejo, 1989; Guralnick y Forrest, 1989; Sameroff y Chandíer, 1975), deberemos concluir, con la necesidad de crear las condiciones precisas, para que este desarrollo, en los primeros años de vida, se produzca de la forma más idónea posible, estableciendo, desde la propia Administración, esta garantía educativa.” (Sánchez Sainz 1999:84)

La Comunidad de Madrid debe compensar las desigualdades que existen en la Educación Infantil en las diferentes Subdirecciones Territoriales, dando un mayor número de recursos públicos para atenderlas con equidad. Debe dotar de más recursos a las zonas desfavorecidas (centro y oeste), y debe multiplicar las plazas del primer ciclo de manera que pueda escolarizarse aquellos niños que las necesiten, y que sean accesibles mediante fondos públicos.

Asimismo, la atención temprana y la educación infantil deben aparecer como una responsabilidad asumida por la Administración Educativa y garantizada desde el mismo momento en que se detecta la presencia de una deficiencia, de manera que coincidimos plenamente con Gútiérrez en que:

“Un fracaso en estas etapas supone un factor determinante en la aparición del fracaso escolar”. De manera que “La escuela infantil debe configurarse como una oferta educativa generalizada para la población comprendida entre los cero y los seis años, dirigida a lograr el

crecimiento y la optimización del desarrollo de los niños durante esa etapa”. (Gútiez, 1995: 102)

Por último queremos señalar que numéricamente en la Comunidad de Madrid existen más Equipos de Atención Temprana, dependientes de educación y que atienden población de 0-6, que Centros de Atención Temprana y Centros Base dependientes de servicios sociales.

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

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

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

La Educación Infantil es la institución y el recurso más adecuado para atender a los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas. La escuela infantil puede responder a las necesidades de todos los niños en el marco de un contexto absolutamente normalizado.

Como punto de reflexión final debemos destacar que toda inversión real hecha sobre la educación y la habilitación de las personas con discapacidad durante los primeros años de vida y en las etapas escolares y formativas, evita gran parte de las inversiones posteriores en otras etapas de la vida adulta, que siempre conllevan un mayor coste personal y social, con un resultado

sensiblemente inferior que no se corresponde con el esfuerzo realizado.
(CERMI 2002)

BLOQUE III:

Atención Temprana

1. CONSIDERACIONES INICIALES

Entendemos que **la importancia de la Atención Temprana reside en proporcionar las condiciones óptimas a los niños y niñas que presentan alteraciones del desarrollo**, para que reciban la ayuda más eficaz desde el primer momento, con el fin último de alcanzar su propia autonomía e integración (Alegret y otros, 1994). Estas ayudas pueden ser de tipo médico, psicológico, educativo y social y se realizan desde el diagnóstico prenatal, hasta la etapa escolar.

Todo lo que un bebé es, o puede llegar a ser, está determinado (sobre todo) por los seis primeros años de vida. Así, en este período, la habilidad para captar información es inigualable (Valle, 1990). De este modo es sabido que los bebés están continuamente aprendiendo, poseen un afán insuperable de curiosidad y de explorarlo todo (Saenz-Rico, 1995; Cabrera, 1998).

Solemos disminuir el deseo de aprender de un niño limitando sus experiencias, de manera que podemos aumentar su aprendizaje sólo con quitarle muchas de las restricciones físicas que les ponemos (Mulas, 1993; Brazelton y Cramer, 1993). La palabra aprendizaje no es sinónima de la palabra escolarización: la escolarización empieza a los 3 años, el aprendizaje con el nacimiento.

Los niños pueden aprender absolutamente todo lo que les presentemos y no les importa nada en absoluto si se trata de conocimiento general, de leer palabras, de operaciones matemáticas, etc. Los niños y niñas están aprendiendo en cada minuto de cada día y nosotros les estamos enseñando, aunque no nos percatemos de ello.

En general, la atención temprana está diseñada para enriquecer desde una edad temprana el desarrollo en su conjunto: motricidad, lenguaje, comunicación y el desarrollo personal y social. Pero antes nos deberíamos preguntar ¿qué es la atención temprana?, ¿de donde surge?, ¿cuáles son sus fines y objetivos?, ¿qué normativa la sustenta?, etc. Y es precisamente esta serie de preguntas las que abordaré en esta parte del trabajo.

Los estudios sobre este tema subrayan la importancia de establecer objetivos claros con respecto al fin de la intervención temprana, esto es, dar un diagnóstico precoz para prevenir dificultades mayores y estimular al niño y su entorno tanto como sea necesario.

Se plantean aquí tres temas principales: la intervención temprana está relacionada con la edad temprana (principalmente desde el nacimiento a los tres años) por lo que no debe confundirse con educación precoz; intervención temprana significa un enfoque multidisciplinar (participan varias disciplinas y necesitan trabajar juntas) y también un enfoque ecológico (el centro no es sólo el niño como hasta ahora, sino el niño, la familia y la comunidad) (Peterander 1999)

Coincidimos con Peterander (1999) en que **la clave de la Atención Temprana debe ser la precocidad en su detección, la multidisciplinariedad y el enfoque ecológico, y vemos que el ámbito más adecuado e integrador donde se puede proporcionar es en la Escuela Infantil**, ya que supone además de un sitio preferente para su detección (profesionales cualificados, edad temprana...), posee profesionales de diferentes disciplinas y atiende al niño, a su familia y entorno más cercano.

2. RESEÑA HISTÓRICA

La historia de la Atención Temprana, y del desarrollo de acciones sistemáticas y con cobertura institucional, es corta tanto en España como a nivel internacional. Entre los precursores de la Atención Temprana, nos podemos encontrar al **Dr. Little que en 1861 estableció una posible relación entre el sufrimiento fetal durante el parto y la discapacidad física e intelectual.**

Esta teoría lanzó a los diferentes equipos investigadores, a realizar estudios al respecto. Algunos de estos iban orientados a reducir al máximo esas anomalías, con la premisa de que un ambiente pobre en estímulos conduce a un pobre desarrollo neurológico del bebé, y por el contrario, la riqueza de estímulos en intensidad y variedad provoca un buen desarrollo del cerebro e intelectual (Cabrera y Sánchez, 1980).

Más concretamente, los movimientos que sentaron las bases del origen de la Atención Temprana se remontan a **las décadas de los sesenta y de los setenta**, así la conceptualización de las “fases sensibles” y la influencia que las primeras etapas tienen sobre la vida futura (e.g., Spitz, 1965); las teorías sociales del aprendizaje (e.g., Vygotsky, 1978) y los planeamientos neoconductistas (e.g., Hunt, 1971). Se trataba de planteamientos que resaltaban **la influencia**, por un lado, del efecto que los **factores ambientales** tienen sobre el desarrollo del niño y, por otro, de la importancia de la experiencia temprana como clave del éxito de las intervenciones (Gútiérrez, 2003).

Los primeros momentos de la actividad, que se producen en la segunda mitad del siglo XX, tienen un marcado carácter asistencial, rehabilitador y compensatorio, para ir ampliando su campo de actuación hasta convertirse en un corto periodo de tiempo en un elemento clave de las políticas de prevención de la discapacidad, que se inicia en un modelo asistencial para llegar a un modelo de carácter preventivo.

Bajo este nuevo planteamiento, no solo se trata de evitar que las deficiencias interfieran en el desarrollo del niño, sino de evitar su aparición o actuar frente a las situaciones de “Alto riesgo”, incluyendo en este concepto

tanto factores biológicos como en situaciones de privación socioambiental. (Gútierez 2005: 4)

En el caso de EEUU, será en la década de los sesenta cuando surja la Atención Temprana como disciplina, debido a una importante partida presupuestaria para financiar programas experimentales dirigidos a niños con antecedentes de pobreza, recibiendo el nombre de “intervención temprana” (Sánchez Asín 1997).

En los años 70 se recalca la importancia de los dos primeros años de vida como periodo crítico para el aprendizaje, basándose en la plasticidad del cerebro y en la teoría sobre la irreversibilidad de los efectos producidos en un periodo de privación social (Villanueva, 1991).

Los programas de estimulación precoz se diseñaron para atender a niños de minorías étnicas y ambientes marginales en EEUU. Pocos años después, muchos de los objetivos de la educación compensatoria se utilizaron para el diseño de programas de niños con deficiencias. Finalmente, en 1986 en EEUU se reguló la intervención temprana, mediante la promulgación de la Ley 99/457; la cual planteó los derechos de la familia a que le especificaran el plan de servicios del programa de Atención Temprana (Sánchez Asín, 1993).

Notable es la aportación que hicieron especialistas iberoamericanos, quienes empezaron a introducir la Estimulación Temprana en España, a finales de los años sesenta, refiriéndose a ella como un conjunto de técnicas educativas rehabilitadoras y sociales aplicadas al tratamiento temprano de niños pequeños con algún déficit o problema en el desarrollo (Casado, 2005; on – line).

De forma somera, pasamos a señalar aquellas experiencias y naciones que más han influido en el origen y desarrollo de esta técnica:

CUADRO 31: PAISES DONDE SE INICIA	
EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - La Dra. Valentine Dimitriev y su metodología basada en el condicionamiento operante skinneriano y que se mueve bajo la idea del desarrollo secuencial. - Birch en N. York; M.J. Hanson en Oregón, la Dra. Newcombe en California, son algunos de estos autores.
URUGUAY	<ul style="list-style-type: none"> - La profesora Eloísa García Etchegoyen. En 1963 crea la primera clínica oficial de diagnóstico, orientación y ayuda en el hogar para niños preescolares con retardo mental, orientando sus funciones en la línea del diagnóstico,

	información, orientación individual y familiar, evaluación.
ARGENTINA	- La Dra. Lydia Coriat mostró interés por la maduración normal y anormal del lactante, así como por el conocimiento de los reflejos.
OTROS	- Mira Stambach investigadora del desarrollo en la infancia y creadora de varias pruebas del desarrollo. - Los franceses O.Brunet e I.Lezine, que crearon una de las primeras escalas del desarrollo en la infancia de 0 a 30 meses. - El matrimonio Bobath que crearon una de las primeras terapias fisiomotrices para la recuperación de lesiones neurológicas en Londres.

Fuente: Adaptado de Sansalvador (1998: 19)

En general, se considera que el primer programa basado en la estimulación temprana del niño con deprivación sociocultural o con alguna deficiencia en la edad escolar es el “Headstart” (Westinghouse Learning Corporation’s Assesment of Head Start, 1969), desarrollado en E.E.U.U (Alonso, 1997).

En el caso concreto de España, hay que destacar que las primeras vías de recepción de los planteamientos de la Atención Temprana provinieron del interés de algunos profesionales y, también, de los movimientos asociacionistas de padres de niños afectados; ambos canales a remolque de los ámbitos jurídico y administrativo.

De acuerdo con la literatura básica en materia de Atención Temprana, el punto de partida de dicha disciplina arranca con la celebración del “Curso breve teórico – práctico de estimulación precoz para niños menores de cinco años”, organizado por Carmen Gayarre, que tuvo lugar del 6 de marzo al 11 de mayo de 1973 en la Escuela de Fisioterapia de Madrid, y contó con la participación especial de Lydia Coriat (Alonso 1997; Casado 2005; on – line).

Ciertamente, el interés por la formación de los profesionales relacionados con las etapas tempranas del desarrollo siguió consolidando la presencia de esta nueva disciplina, así, se organizaron otros dos cursos del 15 d febrero al 18 de marzo de 1975 (con diferentes ponencias sobre temas de estimulación) y un curso sobre estimulación temprana de niños con Síndrome de Down en 1976.

A partir del desarrollo de estos tres cursos más significativos, se dan a conocer los estudios y programas realizados en diferentes países, con una clara orientación ambientalista e influenciados por las corrientes neoconductistas. Estos planteamientos forjarán la atención psicológica, educativa y social de los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas.

Concretamente, como resultado de los anteriores cursos se puso en marcha la primera Unidad de Estimulación Precoz de España en la Maternidad del Hospital Santa Cristina de Madrid (Casado, 2005; on – line).

Constatada la eficacia de los programas de estimulación temprana por diferentes profesionales, fueron los padres de niños afectados quienes decidieron recabar información y organizarse para que sus hijos pudieran recibir los tratamientos pertinentes. De estas iniciativas emanarían las medidas que, más tarde, se tomarían a nivel jurídico – administrativo sobre la concesión de subvenciones institucionales para la creación de centros de estimulación y ayudas individuales, que aparecen por primera vez en el Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos del SEREM (1977) (Alonso, 1997).

En 1977 se concedieron subvenciones a la iniciativa privada para la creación de centros de estimulación precoz. Así, entre los años 1980 y 1985 se desarrolló la mayoría de los centros de estimulación que existe en la actualidad, y ello de la mano de movimientos asociativos gestionados en algunos casos por padres y en otros por profesionales.

Otra acción fundamental del SEREM fue su contribución a la creación, en 1979, de nueve servicios piloto de Estimulación Precoz en los Centros Base de varias provincias. A partir de 1980, cuando el SEREM pasó a ser el INSERSO, estos servicios comienzan a funcionar ya con un carácter sistemático (Alonso, 1997; Casado, 2006; on – line).

Con la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982), las unidades de estimulación precoz quedan integradas en los Centros Base. Si bien esta ley contribuyó a generalizar y consolidar los servicios de estimulación, no contempla explícitamente la atención precoz como una actuación específica, enmarcándose en la “rehabilitación médico – funcional”.

La estructura administrativa propia de España marcará la evolución de estas primeras experiencias en el marco de la Atención Temprana, haciendo que confluyan los diferentes servicios relacionados con la infancia: ámbito sanitario, social y educativo. Esta particular situación conlleva ciertas dificultades como son el carácter marcadamente diferencial de sus prácticas; problemas de coordinación entre servicios, lo cual dificulta la continuidad de los tratamientos; así como la creación de canales de información, etc.

Área Educativa: El desarrollo de la Atención Temprana tiene lugar a partir de la promulgación del Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (1985) y, sobre todo, de la LOGSE, donde se remarcan los principios de individualización y de integración en el contexto educativo ordinario, siendo la práctica más común la del apoyo en el aula.

Área de Servicios Sociales: El desarrollo de los servicios de Atención Temprana se vio vinculado, como ya vimos anteriormente, a los Centros Base. En la mayoría de los casos actúan en régimen ambulatorio y dotan de especial importancia a la participación de los padres y otros miembros de la familia.

Área de Salud: El modelo médico-clínico dota a las intervenciones de ciertas características que lo alejan de los modelos psicopedagógicos y sociales (uno de los motivos ya comentados que dificulta la coordinación de los tres servicios). Es el modelo menos presente en Atención Temprana.

Dos son los modelos de intervención que en España no tienen un desarrollo sistemático, principalmente por el elevado coste de estas medidas: la atención domiciliaria y la intervención en horario amplio (en el caso de problemáticas severas).

En los informes de la Intervención Temprana en Europa (Soriano, 2000), destaca que la atención domiciliaria alcanza un desarrollo mayoritario en algunos países, sobre todo cuando se trata de la atención a bebés; estos países son: Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, Noruega y Suecia. En el caso de Bélgica (Comunidad flamenca) la ley estipula que el 75% de la asistencia ha de llevarse a cabo en la vivienda.

3. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

Antes de exponer una serie de definiciones del concepto que nos ocupa, vemos necesario enmarcarlo dentro del maremagno de sinónimos conocidos que le preceden a esta expresión, como puede ser la estimulación precoz, estimulación temprana, atención precoz, atención temprana, intervención temprana etc. Por ello en Atención Temprana es de vital importancia tener claros una serie de términos que han ido perfilándose a medida que han ido aumentando el número de estudios, investigaciones y personas dedicadas a ella, de manera que comenzaremos por definir algunos conceptos básicos:

Los conceptos de **estimulación precoz**, **estimulación temprana** y recientemente **atención temprana**, son los diferentes términos que se han venido utilizando para denominar las actuaciones encaminadas a evitar o paliar las dificultades de los niños con deficiencias o aquellos considerados de alto riesgo.

El vocablo Atención Temprana es fruto de una evolución conceptual que lleva implícita una evolución metodológica. El concepto de Atención Temprana supera los modelos de *estimulación precoz* (con énfasis en la aceleración del proceso normal de desarrollo) y de *estimulación temprana* (donde se comienza a valorar el contexto del niño). Supone el paso de medidas asistenciales de carácter clínico – rehabilitador, a la adopción de medidas preventivas y acciones que contemplan los aspectos psico – sociales y educativos del desarrollo del niño (Gútiez, 2005).

Como apuntábamos, en los inicios de esta disciplina se empezó hablando de Estimulación Precoz, para posteriormente cambiar el término “precoz” por “temprana” debido a que la concepción de precoz, en palabras de Cabrera y Sánchez Palacios:

(...) “Sugiere apresuramiento en el curso normal del desarrollo del individuo, cuando lo que en realidad se pretende es la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central”. (Cabrera y Sánchez Palacios, 1987: 14).

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

Para Molla (1978: 19):

“Supone promocionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y por lo tanto que el organismo llegue al máximo de sus potencialidades”. (Cit. en Sansalvador, 1998: 29).

Otra concepciones son:

“Su objetivo es mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales. Consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño, para que estas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida posible a la de un niño normal”. (Tribuna Médica, 1978: 19, cit. en Sansalvador, 1998: 29).

“La Estimulación Precoz consiste en suministrar una información adecuada a las peculiaridades perceptivas y elaborativas de un sujeto con disturbios en las capacidades para el conocimiento y utilización del mundo a través del lenguaje y comunicaciones sensoriales. Su finalidad básica es el intento de lograr adiestramientos y maduraciones rentables. Esta rentabilidad depende de los potenciales de plasticidad cerebral del sujeto” (González Mas 1978: 19).

Para el Dr. Villa Elízaga (1976), pionero de la Estimulación Precoz en España al incluirla en el Servicio de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra:

“...es una forma de tratamiento que se debe aplicar durante los primeros años de la vida, para potenciar al máximo tanto las posibilidades físicas como las intelectuales del niño” (Villa, 1976: 89)

Ramírez Cabañas será el primero que a la hora de definir su programa de Estimulación Personalizada establezca una comparación entre la Estimulación Precoz o Temprana, afirmando:

“Es un programa de rehabilitación que emplea un conjunto de medidas establecidas desde el mismo momento de la detección de cualquier retraso o alteración valorable del desarrollo psicomotor del niño, para conseguir el mayor número de estímulos que faciliten dicho desarrollo” (Ramírez Cabañas, 1992: 39)

El Servicio de Estimulación Precoz y Rehabilitación Funcional de Cornellá del Llobregat (Barcelona) definió la Estimulación Precoz como:

“La atención que se da al niño en las primeras etapas de la vida, con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante unos programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano y sin forzar el curso lógico de la maduración. Parte de la base la plasticidad del sistema nervioso y de la importancia de los factores ambientales” (cit. en Sansalvador, 1998: 31).

Sansalvador define la Estimulación precoz de la siguiente forma:

“Está pensada para mejorar las capacidades de desarrollo de los niños y, de forma más específica, para prevenir posibles déficit ocasionados tanto por causas genéticas, mecánicas, infecciosas, ambientales o sociales que afectan física, psíquica o sensorialmente al niño” (Sansalvador, 1998: 31).

Lydia Coriat (precursora de esta disciplina en Argentina), en el año 1976, dice de la estimulación precoz que:

“Consiste en crear las mejores condiciones posibles para que la misma familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más” (cit. En Sansalvador, 1998: 30).

El término Estimulación Precoz evolucionó dando como consecuencia una terminología más precisa como es el de **Estimulación Temprana**. Será Lydia Coriat la primera autora que proponga e inicie el cambio de Precoz a Temprana porque precoz le parece evocar un deseo de aceleración en el proceso. De la Estimulación Temprana dice:

“Es una técnica que tiene por objetivo apoyar al niño en el desarrollo de sus aspectos instrumentales, destinada a brindar impulso a funciones ya existentes en el sujeto, y susceptibles de averiarse por medio del estímulo, actuando dicha estimulación a través de la actividad que produce en el sujeto estimulado, dirigiéndose al niño en su conjunto, siendo la acción el eje de datos en el desarrollo del niño, consistente en crear las mejores condiciones posibles para que la misma familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más” (Revista Siglo Cero, 1977: 20).

Candel diferencia entre ambos conceptos diciendo:

“Estimulación precoz, como un tratamiento dirigido únicamente al niño, sino más bien atención temprana como un conjunto de actuaciones dirigido al niño, la familia y a la comunidad” (Candel, 1998: 10).

Sarmiento, en 1984, dirá:

“La Estimulación Temprana surge como estrategia educativa para disminuir los riesgos de los problemas presentados en el desarrollo de los niños menores de seis años” (cit. en Ayala et al.1990: 117).

Brites de Vila y Müller, en 1991, afirman que es:

“Una estimulación oportuna porque respeta los tiempos de cada uno, los momentos en que es propicia una actividad para favorecer el desarrollo” (Brites de Vila y Muller, 1994: 19).

No obstante, será en 1993 cuando Montulet nos diga que:

“...el papel de la Atención Temprana no es establecer un diagnóstico prenatal sino hacer frente a las consecuencias psico-sociales que implica” (Montulet, 1993: 21)

Zulueta planteó la siguiente definición:

“La Estimulación Temprana o Precoz recibe este nombre porque se aplica desde el nacimiento, especialmente en los tres primeros años de la vida, que es le período en que nuestro sistema nervioso posee mayor plasticidad y

en el que, por tanto, puede favorecerse a partir de estímulos adecuados, el desarrollo de nuevas conexiones sinápticas” (Zulueta, 1997: 11).

En esta definición podemos observar que se utilizan precoz y temprana como sinónimos. Años más tarde, Sánchez define la Estimulación Temprana:

“Como un método pedagógico basado en teorías científicas y en estudios neurológicos. Su razón de ser es que ciertos estímulos oportunos en el tiempo, favorecen el aprendizaje y el desarrollo de las capacidades del niño” (Sánchez. 1999: 16).

Ramírez Cabañas define Estimulación Precoz como aquella que:

“Pretende ayudar a los bebés capacitándolos para los diversos aprendizajes. Entre sus objetivos se encuentran la prevención de mermas y enfermedades ya sean físicas o psíquicas que por cualquier razón no se hayan manifestado en etapas tempranas y paliar al máximo sus reminiscencias tanto en la conducta como en las capacidades del niño” (Ramírez Cabañas, 1992: 39).

Siguiendo con la evolución del término Estimulación Precoz llegamos al momento de poder recoger las diferentes definiciones que existen de Atención Temprana, aunque podemos comprobar que Vidal en 1990, en la introducción de su trabajo sobre Atención Temprana, utiliza ambos términos como sinónimos definiéndolos del siguiente modo:

“El concepto de estimulación precoz o atención temprana se utiliza para hacer referencia a las técnicas educativas y/o rehabilitadoras que se aplican durante los primeros años de vida a todos aquellos niños que por sus características específicas necesitan de un tratamiento o intervención precoz con el fin de evitar que se desarrollen deficiencias o que las ya establecidas perjudiquen en mayor medida la evolución o maduración del desarrollo infantil dañado” (Vidal Lucena, 1990: 13).

El Instituto Nacional de Servicios Sociales une los términos de Estimulación Precoz y Atención Temprana en uno solo, Atención Precoz, y lo define de la siguiente forma:

“Tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento y durante los primeros años de su vida están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla” (cit en. Vidal Lucena, 1990: 13).

En la misma línea que Vidal Lucena (1990), Rueda planteó la definición que sigue:

“ La Atención Temprana es toda acción globalizada que, aplicada a en la primera infancia desde una actitud preventiva, promueve facilita y potencia la evolución máxima de todas las posibilidades de desarrollo de aquellos sujetos que padezcan o produzcan cualquier tipo de alteración, afectación o minusvalía o bien que sean portadores de las condiciones de riesgo que puedan producirlo en un futuro. Esta consideración admite su desarrollo desde distintas áreas de atención según se aplique bajo criterios de salud, bienestar social o educación” (Rueda, 1991: 953).

Gútiez y otros definieron este término en la Revista de Educación en 1993 como:

“El conjunto de técnicas educativas que tiene por objeto el niño y su familia y por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño, mediante la estimulación regulada sistemática y continuada, llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los cero a tres años de edad” (Gútiez et al. 1993: 118)

Victoria Soriano, comparando la Atención Temprana en los países de la Unión Europea, dice que:

“Incluye dos aspectos diferentes pero complementarios, de gran importancia desde el punto de vista educativo: la prevención y estimulación que debe realizarse lo antes posible en la vida de un niño, y la intervención o acción educativa y rehabilitadora, que debe ponerse en marcha tan pronto como sea necesaria, en cuanto se detecta un problema, una dificultad o una deficiencia.” (Soriano, 2000: 7).

El Grupo PADI (Prevención y Atención al Desarrollo Infantil, 1999) ofreció una definición más pormenorizada, interpretando los términos utilizados:

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

(Prevención y Atención al Desarrollo Infantil, [PADI], 1999: 88).

Finalmente, el **Libro Blanco de la Atención Temprana (2000)**, uno de los documentos marco en esta materia, ofrece la última definición consensuada:

“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 presenten los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (GAT, 2000: 13).

Será Guralnic en 2001 el que remarque la importancia de la familia en su definición de Atención Temprana, hablando de ella como:

“un sistema diseñado para apoyar patrones familiares de interacción que mejor estimulen el desarrollo evolutivo del niño. Para este autor, el objetivo se centra en la transacción padres – hijo, en las experiencias infantiles establecidas en la familia y en la ayuda ofrecida a los padres para maximizar la salud y la seguridad de su hijo. (Agencia Europea 2005:7)

En la línea de esta definición, recientemente la Agencia Europea ofrece la siguiente definición de Atención Temprana:

“(…) conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias” (Agencia Europea, 2005:17).

4. FUNDAMENTOS

En general, el fundamento de la Atención Temprana aparece ligado al hecho de la gran importancia que tienen los primeros años para los niños que se desarrollan con normalidad y del papel que desempeña el ambiente en ese desarrollo (Guralnick y Bennett, 1989).

Las primeras especulaciones en el plano neuropsicológico (e. g. Hebb, 1949), junto con otras que hacía relación a la determinación de nuestra capacidad intelectual en los primeros cuatro años de vida (Bloom, 1964) y los estudios de Bowlby (1951) que insistían en la primacía de la experiencia precoz y en las consecuencias a largo plazo de las experiencias negativas precoces, consiguieron captar la atención de las diferentes disciplinas científicas para el estudio de los primeros años de la infancia, hasta entonces olvidados.

La estimulación Temprana se basa especialmente en la influencia que los estímulos ambientales tienen sobre el organismo en desarrollo, y en las plasticidad del Sistema Nervioso en los primeros años de vida (Hurtado, 1993).

A partir de aquí surgieron las primeras investigaciones que confirmaban cómo la estimulación de niños retrasados podía modificar significativamente su pronóstico, y cómo aquellos que se habían criado en ambientes deprivados (como los institucionales), tenían un peor desarrollo posterior (e. g. Horowitz, 1980; e. g. Hunt, 1976, cit. en Gútiez, 2005).

Por otro lado, se ha comprobado la existencia de una relación entre el desarrollo del niño y variables como las características de los padres en cuanto a respuestas a las iniciativas comunicativas de sus hijos, calidad y cantidad de interacciones verbales, juguetes, sensibilidad materna, etc. (e. g. Bee y cols., 1982; Bardley y Caldwell, 1976; Clarke-Stewart, 1973 y Wachs y Gruen, 1982; cit. en Gútiez, 2005).

La Intervención Temprana supone un nuevo enfoque más global, riguroso y sistemático en el que se engloban avances científicos recientes, desde las distintitas disciplinas (neurología, pedagogía, rehabilitación, psicología evolutiva, del aprendizaje, educación infantil, etc.) y que, por primera

vez, se van a plantear las necesidades y problemas de los niños pequeños, desde un encuadre educativo y no desde el meramente asistencial-asilar (Gútiez, Valle, Saenz-Rico, 1993).

Por ello se considera que las bases científicas que fundamentan la actividad en Atención Temprana son la Neurología Evolutiva, la Pedagogía y la Psicología Evolutiva y de la Conducta:

Cuadro 32: Fundamentos de la Atención Temprana

La **Neurología evolutiva** proporciona el conocimiento de los procesos de desarrollo biológico más significativos y supone una valiosa aportación en la detección, diagnóstico y pronóstico temprano.

La **Psicología evolutiva** nos proporciona el conocimiento científico elaborado desde las diferentes perspectivas y teorías que explican la evolución del niño en los primeros años de vida, atendiendo a todos las áreas de desarrollo.

La **Pedagogía** que se conjuga con una actividad de naturaleza social, sanitaria y psicológica, convirtiendo a la escuela infantil en el mejor contexto para atender las necesidades de todos los niños.

Fuente: Gútiez, 2005:8-9

Por eso tenemos que hablar de dos apartados fundamentales, la prevención y las bases científicas que sustentan a la atención temprana.

4.1. Prevención

El término prevención se refiere a aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. **Los esfuerzos realizados para anticipar eventos, con el fin de proporcionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención.** (OMS, 1995).

Los programas de intervención, deben empezar en el mismo momento del nacimiento, ya que casi el 40% de los niños que presentan deficiencias, las padecen como consecuencias de las lesiones producidas durante el periodo perinatal (Sanchez Palacios Cabrera, 1985). De no atender al niño debidamente, provocará la aparición de otras secuelas añadidas a sus problemas. En este mismo sentido, se han realizado en los últimos años numerosos trabajos en los que se ha demostrado que la posibilidad de disminuir las consecuencias de algunas anomalías a través de programas de

Atención Temprana (Valle, 1991; Retortillo, 1993; Saenz-Rico, 1993; Guerra, 1996)

Los niveles de prevención se inician en el ámbito sanitario por tal razón la relevancia de estos y se deben tener en cuenta en el momento en que se debe realizar la acción preventiva:

a) Prevención primaria:

Se trata de aquellas actuaciones dirigidas a promocionar la salud de los niños y sus familias. Además, comprende los derechos universales, la protección a la infancia, universalización, gratuidad y precocidad de la Atención Temprana (GAT, 2005). Pretende reducir el número de casos de una enfermedad o problema identificado en la población (Incidencia).

Este tipo de prevención incluye medidas preventivas de trastornos o circunstancias que pudieran llevar a la discapacidad (OMS, 1980). También se refiere a las intervenciones que se realizan antes del inicio del trastorno (Mrazek y Haggerty, 1994). Estas acciones pueden ser universales (medidas sanitarias dirigidas a todos los niños y las familias); selectivas (dirigidas a una determinada población); específicas (dirigidas a una población).

La Prevención Primaria en Atención Temprana, pretende evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil, siendo el objetivo principal mejorar la calidad de las interacciones del niño con su familia y con su entorno, sobre todo en las etapas iniciales de su desarrollo, para aprovechar al máximo sus capacidades neuroevolutivas de adaptación, desarrollo y aprendizaje. Los servicios que deben brindar estas acciones son los de Salud, Educación y Servicios Sociales.

b) Prevención secundaria:

Hace referencia al proceso de diagnóstico y detección temprana de alteraciones en el desarrollo infantil, que facilite el resto de actuaciones preventivas y asistenciales que se desarrollan sobre el conjunto niño-familia-entorno (Díaz Maysounave 2003).

Pretende reducir el número de casos existentes de un problema identificado, actuando después del inicio del problema, pero antes de que se desarrolle completamente “Prevalencia” (Agencia Europea 2005:18)

La Prevención Secundaria en Atención Temprana, pretende disminuir la existencia de una enfermedad en una población, reduciendo su evolución o paliando al máximo sus efectos sobre un sujeto en concreto y su tiempo de duración. (Gutierrez, 2005). Tiene por objetivo la detección, el diagnóstico precoz y la atención terapéutica de los trastornos en el desarrollo y las situaciones de riesgo (GAT 2000:19-34):

- *Detección*.- es un aspecto fundamental de la Atención Temprana, ya que posibilita la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación para prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno. Así como incidir en una etapa en la que la plasticidad cerebral es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia, por tal razón es importante detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los signos de alarma y si es posible antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. En la detección de los trastornos en el desarrollo o situaciones de riesgo podemos considerar distintas etapas:

a. *Etapa Prenatal*.- la prevención secundaria se hace por medio de los servicios de obstetricia, con la atención a la embarazada y cuando sea oportuno se procederá a la derivación o coordinación con otros servicios especializados.

b. *Etapa Perinatal*.- estará a cargo de los servicios de neonatología, atienden a niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas a lo biológico u orgánico.

c. *Etapa Postnatal*.- estará a cargo se varios servicios como son, sanitarios, educativos, entorno familiar y social.

- *Diagnóstico*.- se refiere a poner en evidencia una alteración en el desarrollo, conociendo sus supuestas causas, permitiendo así comprender el proceso e inicio de una adecuada intervención terapéutica. Cuando se sospecha de un trastorno en el desarrollo es importante plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, porque mayormente la problemática puede ser múltiple. El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológico psicológicos, sociales y educativos, siendo necesaria la colaboración de profesionales las distintas disciplinas para que de esa forma realizar una intervención interdisciplinar. Debemos considerar tres niveles:

Cuadro 33: Tipos de diagnóstico

- a. Diagnóstico Funcional.- es la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y su entorno cultural, sus capacidades y sus posibilidades de desarrollarlas. Este tipo de diagnóstico es necesario para poder elaborar los objetivos y estrategias de intervención.
- b. Diagnóstico Sindrómico.- constituido por conjunto de signos y síntomas que definen una patología determinada y esta identificación nos permite conocer cuales son las estructuras (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y nos orienta sobre la etiología del mismo.
- c. Diagnóstico Etiológico.- es el que nos informa de las causas ya sean biológicas o psicosociales, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado. No en todos los casos se puede determinar (por ejemplo trastornos del espectro autista o del lenguaje) pero se intenta establecer un diagnóstico de presunción.

Fuente: GAT 2000: 35

c) Prevención terciaria:

Comprende las acciones que limitan las consecuencias adversas de un problema, y mejoran el nivel de funcionamiento de la persona con alteración o deficiencia, es decir comprende el nivel de tratamiento o intervención (Pérez-López y Brito 2004). Pretende reducir las complicaciones asociadas a un problema o enfermedad identificada, para limitar o reducir los efectos de un trastorno o discapacidad actuando cuando estos ya existen.

La Prevención Terciaria en Atención Temprana, agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar sus condiciones de desarrollo y atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

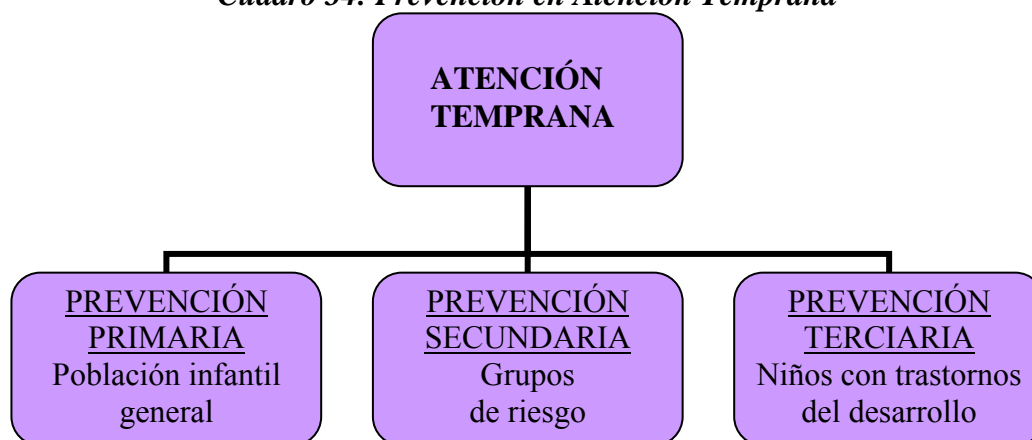
Estos tres niveles pueden identificarse en un contexto más amplio, teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial de funcionamiento y discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, ICF, 2001). Según este enfoque, en la prevención en Atención Temprana, no sólo se deben tener en cuenta las condiciones de salud de la persona; también debería considerarse su entorno social, debido a que ninguna persona funciona de manera individual en ningún contexto sino todo lo contrario ya que interactúa con otras personas y dentro de un medio; existiendo una relación dinámica entre estos.

Con la combinación eficaz de la acción y la intervención, se aseguran los buenos resultados de cualquier intervención dirigida a los niños, por tal razón es importante mencionar la combinación de estos factores para lograrlo: esfuerzo conjunto de varios profesionales, interacción de distintos participantes, colaboración de todos los servicios involucrados y participación directa de los padres u miembros de la familia. (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, 2005).

Cuando hablamos de la prevención hacemos referencia a todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de un suceso, de una enfermedad o trastorno en una determinada población, reduciendo, de este modo, el riesgo de que aparezcan nuevos casos (OMS 1980, Sansalvador 1987 y Villa 1992).

A continuación exponemos, a modo de resumen, los distintos niveles de intervención que se especifican en el documento “*Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*”

Cuadro 34: Prevención en Atención Temprana



Fuente: GAT, 2005: 14

4.2. Bases científicas

La Atención Temprana tiene interrelacionadas disciplinas científicas como son la medicina, psicología, pedagogía, etc., por ello posee unas bases que la fundamentan de tipo multidisciplinar, que comprenden áreas tanto de la neurología, como de la psicología del desarrollo, la pedagogía, así como unas bases experimentales fundamentadas en los trabajos precios en base a la falta de estimulación o exceso de la misma, fruto de trabajos científicos.

a) Bases Psicológicas

Las bases psicológicas han dado importancia a la Atención Temprana por medio de las contribuciones que ha dado psicología evolutiva, mostrando la importancia del desarrollo psicológico del niño desde que nace. Arco, Rojas, Moreno, Peregrina y García (2003), nos muestran tres vertientes que nos guían en el desarrollo psicológico, la conductual, cognitiva y la sociocultural.

La *corriente conductual* nos dice que los cambios en la conducta se deben al ambiente, en la estimulación que este dé. Se basa en aportaciones como las hechas por Watson (1878–1958), que dice que el aprendizaje es social, el desarrollo es determinado por el ambiente, el proceso es continuo y hay una asociación entre los estímulos externos y las respuestas observables. O por Skinner (1904-1990), el aprendizaje es operante, hay probabilidad de respuesta en función del refuerzo, por ejemplo el premio-castigo. Por lo tanto los niños están moldeados por el ambiente, ya que este es el que brinda los estímulos, que moldearán al niño y optimizarán su desarrollo cognitivo, social y emocional.

Fundamentando la conducta del niño tenemos que esta formada por dos clases de respuesta: respondientes y operantes. (Cabrera y Sánchez Palacios, 1982). Las respondientes son las respuestas provocadas por algún estímulo, es decir se da el estímulo y la respuesta respondiente le sigue. Y las operantes son las controladas por los estímulos que la siguen, es decir no se crea una respuesta, como en la respondiente, si no que se fortalece la que ya está, por ejemplo, si un niño hace algo bien se le refuerza inmediatamente después que lo ha hecho para que él se de cuenta que esta haciendo bien y repita esa acción.

En el *enfoque cognitivo* podemos citar a Piaget (Rodríguez C., 2003), el niño es activo, se modifica por el objeto y al mismo tiempo este se modifica, y así sucesivamente. Nace con una biología funcional, con reflejos, con un sistema nervioso central, con la asimilación y la acomodación, no nace con esquemas, estos son producto del contacto con el medio, y así va construyendo su conocimiento e inteligencia.

Siguiendo parámetros de Piaget el niño debe construir su propio conocimiento por medio de la interacción entre la experiencia sensorial y el

razonamiento. La única forma para que el niño descubra las propiedades físicas de los objetos es actuando sobre ellos y descubriendo como estos objetos reaccionan a sus actos.

A medida que el niño adquiere nuevas experiencias las va asimilando y va modificando las que tenía anteriormente, por lo que no se habla de acumulación si no de reorganización de las perspectivas y conocimientos del niño.

En la teoría Sociocultural de Vigotski, vemos que se centra en el niño, aunque no solo en su desarrollo desde dentro, también desde fuera, se centra en como influye el entorno del niño en él. Es la adquisición cultural de instrumentos de adaptación intelectual, por ejemplo el lenguaje que permite la participación del individuo en el mundo social y facilita su pensamiento individual. Dependiendo de la cultura del niño va a reaccionar de una forma u otra. El niño se relaciona desde que nace, ya que es dependiente, conoce como consecuencia de la comunicación

Existe una cuarta corriente que es la psicología del desarrollo. Esta corriente explica el desarrollo como una maduración propia del ser humano, tiene una concepción organicista en la que dan más importancia al bagaje biológico que al ambiente y los aspectos afectivos.

Mussen, Conger y Kagan (1983) dicen que “la psicología del desarrollo tienen como fines primordiales la descripción, la explicación y la predicción de la conducta humana, y de manera más especial, el crecimiento y el desarrollo de la conducta humana”, además afirman que los psicólogos del desarrollo estudian “al niño no sólo para comprenderlo, sino también porque el desarrollo a edad temprana afecta a la conducta ulterior”.

Entre los máximos representantes de esta escuela se encuentran:

- Gessel que estudió los movimientos corporales del niño y su evolución en los primeros años de vida (de los estudios de Gessel posteriormente Brunet y Lezine crearían su escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia).
- Piaget que estudio los procesos cognitivos no como un proceso madurativo sino como un proceso (estadios).

b) Bases Neurológicas

El gran aporte de los investigadores soviéticos fue la introducción de una nueva teoría sobre el funcionamiento cerebral basada en sistemas funcionales dinámicos, constituidos por áreas corticales interconectadas, cada una con la participación de la función que le es propia y necesaria para la conducta a la que de sustento el sistema (Luria, 1975).

Este concepto de modularidad como base los procesos psicológicos complejos conlleva aceptar la posibilidad de recuperación después de lesiones focalizadas, que afectan a un eslabón (área cortical) del sistema, el cual se reemplaza posiblemente a través de una reeducación que reorganice el sistema (Castaño, 2002).

La neurología evolutiva se dedica al estudio de la evolución del Sistema Nervioso en el bebé desde que nace, estableciendo puntos en el examen del recién nacido que permitan ver si su desarrollo es adecuado o no. Empezó siendo un estudio de campo amplio, en diferentes países (Coriat en Argentina, Stambak en EEUU, Lamote de Grignon en España, etc.).

González Mas (1977) habla de “la plasticidad cerebral y la posibilidad de su mayor desarrollo para adiestramiento y estimulaciones adecuadas es ya un hecho antiguo. Darwin apreció como el cerebro de los animales domésticos era más pequeño que el de la misma especie en estado salvaje, atribuyendo las causas a las demandas funcionales. Cajal afirmó la existencia de la plasticidad cerebral relacionando el incremento de la actividad cerebral, con el crecimiento de los axones y dendritas, permitiendo una mayor riqueza de conexiones y enlaces, mientras que la falta de esta actividad causaba una reducción de tales conexiones por inhibición de los procesos neuronales.

Anastasiow (1990) dice que el tejido nervioso puede responder a una lesión no solo creando nuevas sinapsis para ayudar a recuperar la función, sino también cambiando la naturaleza de su función preprogramada para facilitar un comportamiento adecuado.

Las bases Neurológicas se fundamentan en el desarrollo del sistema nervioso de los niños. Durante el primer año de vida, este sistema se desarrolla a gran velocidad y a medida que pasan los años va decreciendo la intensidad de este desarrollo (Cabrera y Sánchez 1982). Por esto se dice que en los

primeros años de vida hay gran plasticidad en el sistema nervioso y a medida que pasan los años se pierde. En caso de haber alguna deficiencia, se debe intervenir enseguida para obtener mejores resultados gracias a esta plasticidad.

La plasticidad cerebral puede ser definida como “el conjunto de modificaciones producidas en el sistema nervioso como resultado de la experiencia (aprendizaje), las lesiones o los procesos degenerativos” (Mora, 1994: 89).

Campos y Mesa (1993), detallan como la neurología supone un sustento y son parte importante del fundamento de la Atención Temprana, el proceso de mielinización, la especialización funcional, el desarrollo neural del niño conforme a la ley cefalocaudal y proximodistal, así como la especialización funcional y la lateralidad, son algunas de las bases neuroevolutivas que se dan en los niños de estas etapas.

Por ejemplo, Nickel (1969), expone el caso de niños operados de cataratas congénitas para recuperar la vista, pero al ser esta operación bastantes años después, nunca consiguen desarrollar la capacidad visual como un niño vidente ya que su cerebro no puede reconocer ese código.

La neurología evolutiva nos da los patrones del desarrollo normal que deben seguir los niños, gracias a esta referencia se pueden observar posibles desviaciones y detectar trastornos madurativos. Mediante la semiología, el neurólogo, conoce los signos externos que nos indican un desarrollo correcto de las funciones nerviosas. Desde que el niño nace puede explorarlo por medio de los signos neurológicos como son los reflejos, el tono muscular, etc. (Campos, 2003).

Según Carrobles “Los datos experimentales disponibles sugieren el mantenimiento por parte del sistema nervioso de cierto nivel de plasticidad, especialmente durante los periodos tempranos de vida, lo que hace posible la existencia de modificaciones. Estas modificaciones se presentan, en general, en forma de debilitamiento o atrofia de determinados circuitos neuronales por el desuso, o en el desarrollo o incremento de nuevas conexiones sinápticas y extensiones dendríticas entre las neuronas existentes del sistema nervioso central.” (cit. en Sansalvador 1998:65),

Para Mulas y Hernández (2004), *“Las lesiones tempranas de las estructuras nerviosas o las privación de estimulación sensorial procedente del ambiente, pueden comprometer la maduración neuropsicológica, por lo que aprovechar la plasticidad neuronal en estadios precoces es decisivo para optimizar el desarrollo posterior.”* (Mulas y Hernández 2004:45)

Los autores citados anteriormente nos explican por qué es tan importante la intervención en los niños, desde su nacimiento o desde la detección de una desviación en su desarrollo, desde el punto de vista de la neurología, gracias a esta intervención se aprovecha la plasticidad del cerebro y se da la oportunidad a los niños de recuperar o reemplazar de alguna manera la deficiencia que desviaba su desarrollo.

c) Bases Pedagógicas

Actualmente hablamos de un modelo de atención a la diversidad, de inclusión a nivel educativo, que considera los distintos intereses, capacidades, necesidades, estilos de aprendizaje de cada alumno.

La Pedagogía ha proporcionado los fundamentos de principios de intervención como la individualización y la adaptación de la enseñanza a cada individuo, en función de sus necesidades, condiciones y contexto social en el que vive.

La intervención educativa junto con la psicológica constituyen los pilares de la metodología en Intervención Temprana (Gutierrez, 2005) y especialmente la Pedagogía ha tenido gran influencia en el desarrollo de los programas de intervención (Andreu, 1997).

Desde el ámbito pedagógico, Santos (1989) entiende que toda intervención ha de tener un enfoque globalizador que favorezca el desarrollo integral y que le aproxime a referentes naturales del contexto en el que vive el niño.

Bateson en 1985 introdujo el término “aprender a aprender”, considerando que la experiencia promueve la capacidad de aprendizaje en otro contexto, aludiendo a la generalización de los aprendizajes.

Montagner (1989) indicaba que el bebé va redefiniendo sus intercambios con el medio a medida que va adquiriendo nuevas capacidades.

La importancia del respeto al ritmo de aprendizaje y características propias de cada niño ha sido puesta de manifiesto por muchos autores, como Acosta (1977).

Las bases Pedagógicas de la atención temprana es la educación infantil, la educación enfocada a los niños desde su nacimiento hasta los 6 años. Atiende a los niños en todas las dimensiones de la persona: biológica, cognitiva, afectiva y social. Y tiene en cuenta todos los contextos en que se desenvuelve el niño, la escuela, la familia, la comunidad y las distintas instituciones sociales.

Los fines de la educación infantil según Delors, 1996 (Salvador M., 2003) son: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender vivir juntos y aprender a ser.

Pensamos que con la fundamentación realizada en los dos anteriores bloques, queda más que justificada la importancia de la vertiente pedagógica en esta disciplina, ya que es además el medio de socialización e inclusión de los niños que padecen alteraciones en su desarrollo, o están en riesgo de padecerlas.

Cuadro 35: Funciones de la Educación infantil

- Por medio de la *función educadora* se le reconoce a la educación infantil un currículo propio, es un periodo educativo en donde se contribuye al desarrollo físico, intelectual, social, afectivo y moral del niño.
- La *función preventiva* interviene en el desarrollo del niño evitando que aparezcan dificultades de aprendizaje o desviaciones en el desarrollo.
- La *función compensadora* es la que suple las faltas que haya en el entorno familiar del niño, así en la escuela se nivelan esas desigualdades y el niño no tiene carencia de ellas en esta etapa tan importante.
- La *función integradora* se da cuando la escuela infantil cumple la labor de normalización e igualdad entre todos los niños del centro.

Fuente: Adaptado de Gallego y Fernández 2003

d) Bases experimentales

- Estudios por falta de estimulación:
 - La mayoría de los autores (Sansalvador, Sánchez Asín, Hurtado...) coinciden en que los primeros estudios por falta de estimulación son los de Harlow con monos, donde les privó del contacto materno lo que provocaba que tuvieran conductas inadecuadas, de tipo

disruptivo, antisocial y autopunitivas. Luego las sustituyó por madres de metal que alimentaban, o de peluche, comprobando que preferían a éstas últimas por el contacto más cercano.

- Thomson y Gruset (1970) demostraron como los niños criados en instituciones debido a la deprivación perceptiva y a la restricción de oportunidades, tenían un mayor déficit cognitivo que los niños no institucionalizados.
- Entre los trabajos realizados por sobreestimulación nos encontramos:
 - Los realizados por Coriat (1997) en el Hospital de niños de Buenos Aires donde estimuló a un grupo de niños con síndrome Down frente a otro grupo similar, y comprobó que los cocientes intelectuales de los niños estimulados eran significativamente superiores al del grupo control.
 - González Mas (1977) en España también hizo un estudio en niños con invalidez encefalopática, llegando a la misma conclusión que Coriat, que los niños estimulados mejoraban significativamente. Llama la atención que en este estudio uno de los factores más influyentes fue el papel importante que tuvieron los padres durante la estimulación.
 - Por otro lado existen estudios de sobreestimulación en ratas (Levine, 1960) en el que demostró que su capacidad de adaptación era mayor al someterlas a un estrés superior que a las del grupo control.
 - En niños está el trabajo de Widdowson (1948) que en un orfanato en el que se daba muy bien de comer a los niños, a un grupo les daba de comer una mujer joven y alegre que animaba a los niños, mientras que en el otro era una persona algo más mayor y seria, comprobando que el peso y la talla de los primeros superaba significativamente a la de los segundos.

Además de los cambios neurobiológicos (con base en la plasticidad cerebral) y las distintas disciplinas que fundamentan la Atención Temprana, coincidimos con Candel (1999: 19) en que existen otros factores que la fundamentan como:

1. La importancia de la familia en el proceso de Atención Temprana (Bricker, 1996).
2. El factor preventivo de la Atención Temprana no sólo para los niños de riesgo, sino para los que tienen patología instaurada ya que frena el deterioro de su desarrollo (Brazelton, 1986).
3. La rentabilidad económica, ya que es muy bajo el costo comparada con la rentabilidad personal y familiar de los programas de Atención Temprana (Erickson, 1992).

5. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS

5.1. Objetivos

Así como el concepto de Atención Temprana ha evolucionado a lo largo del tiempo, los distintos autores se han ido planteando diferentes objetivos a través del mismo, desde los más antiguos hasta los más recientes. Haremos a continuación una recopilación de los más significativos.

Para comenzar en 1986 Gerhard Heese propone tratar las deficiencias de los niños desde una visión que permita desarrollar al máximo las potencialidades, de percepción, movimiento, comunicación, pensamiento y emociones, para no caer en la minusvalía. Plantea evitar el deterioro de esa deficiencia para que el niño con aprenda a valerse por si mismo y pueda desenvolverse en un medio social. (Candel 1998)

Por otra parte, otros autores mencionan la importancia de incluir a la familia en el tratamiento de sus hijos ya que los padres tendrán un mayor conocimiento de la deficiencia del niño y sabrán como tratarlo y atenderlo para lograr así desarrollo familiar adecuado y estable. (Guralnick 1989)

Cuadro 36: Objetivos de la Atención Temprana

- *Elevar al máximo los progresos del niño para lograr su independencia en las distintas áreas de desarrollo.*
- *Mantener al niño en el contexto familiar, ayudando a los padres y a toda la familia (información y apoyo) a desarrollar unas adecuadas relaciones afectivas con él.*
- *Enriquecer el medio en que se va a desenvolver el niño.*
- *Emplear estrategias de intervención de una forma ecológicamente relevante, evitando formulas demasiado artificiales.*

Fuente: Candel 1998:86

Los objetivos se plantean para contribuir en la maduración temprana del niño con una deficiencia o con riesgo de padecerla, aprovechando esa plasticidad cerebral y conductual de la primera infancia. Dándole importancia al contexto familiar y social del niño; para que a su vez puedan crear vínculos afectivos adecuados.

Al ser el Libro Blanco de la Atención Temprana el marco de referencia de cara a guiarse en nuestra actuación disciplinar, la totalidad de los objetivos

están sacadas a tal efecto, por ello los párrafos que se exponen a continuación pertenecen al mismo:

El objetivo fundamental de Atención Temprana según el Libro Blanco (GAT 2000: 38):

“Es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.” (Libro Blanco, 2000: 17-18)

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

- *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.*

(GAT 2000: 38)

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

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

5.2. Principios.

Se plantean los siguientes principios básicos, esenciales para poder hablar de un modelo de atención de calidad para la primera infancia (PADI 1996 y GAT 2000):

Principio de diálogo, participación e integración

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

Según la Agencia Europea, *“es necesario realizar el esfuerzo necesario para que los servicios lleguen a las familias y los niños y dar respuestas a sus necesidades.(...) Los profesionales deben iniciar la cooperación y tener una actitud abierta y respetuosa hacia la familia, para entender sus necesidades y expectativas y evitar cualquier conflicto que surja sobre las distintas perspectivas de las necesidades y prioridades, sin imponer sus puntos de vista”*. (Agencia Europea 2005: 26)

Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades

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

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

Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional

“Las intervenciones realizadas con los niños de 0 a 6 años de edad son de una gran complejidad y, para llevarlas a cabo resulta imprescindible, además de un equipo que cuente con distintas disciplinas, la especialización y cualificación en un marco conceptual común” (Gutierrez Cuevas 2005:39).

Los profesionales, para conseguir un trabajo en equipo cooperativo, deben realizar algún tipo de formación común, añadiéndolo al conocimiento adquirido durante su formación inicial. (Agencia Europea, 2005)

Coordinación

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

Dentro de este principio, la Agencia Europea (2005: 38) afirma:

“Los equipos y/ o profesionales de Atención Temprana (...) necesitan compartir principios, objetivos y estrategias de trabajo. Deben integrarse y coordinarse los diferentes enfoques, reforzando el comprensivo y holístico, más que uno compartimentalizado. (...) Debería nombrarse una persona del equipo para coordinar todas las acciones necesarias, asegurar la relación permanente con la familia y evitar contactos unilaterales numerosos e innecesarios entre los servicios y la familia. Esta persona de contacto debería ser la persona de referencia para la familia y el equipo profesional, que debería nombrarse teniendo en cuenta las destrezas necesarias para cada situación específica.

La variedad de los sectores involucrados deberían garantizar el cumplimiento de los objetivos de todos los niveles de prevención mediante medidas operativas adecuadas y coordinadas”.

Descentralización

Existe la necesidad de limitar el campo de actuación, garantizando de esta manera un equilibrio entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, calidad y funcionalidad de los equipos y volumen suficiente de la demanda; para facilitar la inclusión de los servicios sanitarios, educativos y sociales en el área en la que el niño desarrolla su vida. (Libro Blanco de la Atención Temprana, GAT, 2000)

“Los servicios y/o la intervención deberían estar situados tan cerca como sea posible de las familias para:

- facilitar un mejor conocimiento de las condiciones del entorno social de las familias,

- asegurar la misma calidad de servicios a pesar de las diferencias en la situación geográfica (por ejemplo áreas rurales o dispersas),
- evitar solapamientos, procedimientos irrelevantes o engañosos.” (Agencia Europea, 2005)

Según Pérez y Brito (2004), dicen que existen dos principios fundamentales, el primero se refiere a la actividad interdisciplinar, es decir, estos niños podrán ser atendidos por especialistas de diferentes disciplinas para compensar sus necesidades especiales. El segundo se refiere a la necesidad de crear y desarrollar programas de intervención en el contexto familiar, para lograr una base sólida en donde se desenvuelva el niño y de esa forma prevenir posibles problemas evolutivos.

Los principios más recientes que he podido analizar e interpretar son los siguientes:

1. *Disponibilidad*: La Atención Temprana debe llegar a todos los niños y a las familias con necesidades de apoyo tan pronto como sea posible. Este objetivo es necesario en países en los que la población se encuentra en zona alejadas o rurales así como en las urbanas con respecto a las disponibilidad de los recursos y de esa forma garantizar que los niños y las familias que solicitan apoyo puedan beneficiarse de la misma calidad de los servicios. *Proximidad*: se refiere, a asegurar que llegue a la población adecuada; por tal razón, es necesario descentralizar los servicios o la intervención específica. Es muy importante que el apoyo se ofrezca a las familias tan cerca de su casa como sea posible, porque de esa forma se evitan desplazamientos largos y agotadores en donde el servicio en sí se desaprovecha. Actualmente existe la posibilidad de que los servicios atiendan a las familias en sus casas o comunidades. La proximidad también se refiere a la idea de ofrecer servicios centrados en la familia, en donde de esa forma se entiende y respeta las necesidades de la familia, debe ser el centro de la atención.

2. *Asequibilidad*: Se refiere a que existen varias opciones de cómo costear estos servicios. En forma general, estos servicios se ofrecen gratuitamente o con un costo mínimo en todos los países de la Unión Europea. Mayormente los servicios se costean por los fondos públicos sanitarios, sociales o educativos, puede haber la posibilidad también por medio de compañías de seguros y asociaciones sin fines de lucro. Estas opciones pueden coexistir e incluso pueden haber otras opciones, como también en algunos países existen los servicios privados que son costeados totalmente por las familias.

3. *Trabajo Interdisciplinario*: Los profesionales encargados de la atención de los niños y sus familias pertenecen a distintas especialidades y por tal razón tienen una diferente formación. El trabajo interdisciplinario con lleva a un intercambio de información entre los miembros del equipo, siendo esto de gran importancia para una mejor intervención.

4. *Variedad de Servicios*: Este principio tiene relación con la diversidad de disciplinas involucradas con la Atención Temprana. La participación de los tres

ámbitos, es una característica común en varios países, por tanto es importante señalar los niveles de prevención como son primario, secundario y terciario y estos tres niveles de prevención están relacionados a los tres ámbitos de actuación. La prevención primaria esta normalmente asegurada por los servicios sanitarios, así como por los servicios sociales y educativos en todos los países. En algunos casos se implementan servicios que aseguran un primer control general tanto medico y social tanto a las madres como a los bebes y también en el ámbito educativo, todo esto esta seguido por el diagnóstico de las necesidades principalmente a la población con factores de riesgo biológico o que presentan factores de riesgo social; siendo este el primer paso para otros profesionales sanitarios en caso de una necesidad identificada.

(Agencia Europea 2005:42)

Finalmente exponemos los principios básicos de la calidad en Atención Temprana que plantea Isidoro Candel:

Cuadro 37: Principios básicos de calidad de la Atención Temprana

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Diálogo, integración y participación2. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública3. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional4. Coordinación5. Descentralización6. Sectorización |
|--|

Fuente: GAT 2000: 91-95

6. POBLACIÓN OBJETO

Los sujetos a los que va dirigida la Atención Temprana es *“De un modo general, a los niños de 0 a 6 años que presenten alguna discapacidad, retraso o riesgo de padecerlo en cualquiera de las áreas de desarrollo, así como a las familias, a los maestros y al entorno que les rodea. Se utiliza mayoritariamente para lo que llamaríamos niños de alto riesgo, con riesgo biológico, o bien riesgo ambiental y aquellos que presentan déficits sensoriales.”* (Aranguren, 2002: 442-443)

Según el documento elaborado por la Agencia Europea (2005:86): *“Las discusiones realizadas con relación al tipo de población al que se dirigen los equipos o servicios de Atención Temprana: niños que presentan factores de riesgo biológicos y/o social y sus familias. (...) En los países europeos la duración de la intervención es variable. Por principio, el apoyo se ofrece a un niño y su familia hasta que el niño se incorpora al sistema educativo y está bajo la completa responsabilidad de los servicios de apoyo escolares”.*

La Atención Temprana va dirigida a toda la población infantil de 0 a 6 años, a la familia a y su entorno. (Libro Blanco, 2000). También podemos encontrar en la Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia (2003) una definición que dice que la Atención Temprana va dirigida a *“la población infantil de 0 a 6 años y sus familias cuando exista una situación de riesgo que pueda afectar al desarrollo evolutivo y la posterior integración social y educativa.”*

En los últimos años se ha descubierto que la necesidad de la Atención Temprana no debe ser dirigida solamente hacia los niños de cero a seis años que se encuentran en situación de riesgo que pueda afectar al desarrollo evolutivo y a su integración posterior en la sociedad, el colegio y su entorno, por ello es necesario incluir también a éstos ámbitos, pero principalmente a la familia, ya que es aquí donde se desarrolla el niño y los padres deben exigir este servicio.

Distintas investigaciones en el campo de la intervención temprana sustentan que en los primeros meses de vida no solo es necesario el

entrenamiento sensoriomotor del niño, sino que también es necesario tener en cuenta los demás aspectos de gran importancia para el niño, como el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, lo relacionado con la salud, entre otros. (Candel 1993)

Por ello se considera que la Atención Temprana no sólo va dirigida a los niños de cero a seis años que padecen algún trastorno o que tienen riesgo de padecerlo, los cuales siguen siendo los protagonistas, sino que brinda también suma importancia a la administración de ayuda a las familias de éstos niños por parte de redes de apoyo social formales e informales que influyen directa e indirectamente en el funcionamiento familiar, ayudando a que el propio niño se ajuste a la situación por la que atraviesa y tenga el apoyo que necesita para su educación. Esto se debe a que el niño se desenvuelve en un contexto que no es aislado, por ello hay que tomar en cuenta todo lo que influye en el menor para realizar una intervención de tipo global.

En un principio, los programas de Atención Temprana incluían, niños de clase económica baja o precaria y ambientes sociales desfavorecidos. Posteriormente, se extendió a niños sin ninguna deficiencia, en donde por medio de experiencias estimulantes desarrollan al máximo su potencial biopsicosocial. En la actualidad, los programas de Atención Temprana van dirigidos a los niños que padecen algún déficit físico, psíquico o sensorial, o corren el riesgo de padecerlos (Gútiez 2005).

...“Además dice, que estos objetivos no solo se dirigen a los niños con una deficiencia ya establecida, sino también a los niños de alto riesgo, tanto biológico como socio ambiental, y a todos aquellos que presentan una patología no evidente que compromete o puede comprometer, su desarrollo. También estos objetivos están destinados a aquellas familias cuyas condiciones de crianza no favorecen el crecimiento y el desarrollo adecuado de un niño en sus primeros años de vida.” (Candel, 1998:10).

Otros autores proponen que la población susceptible para recibir Atención Temprana son aquellos niños con edades de 0 a 6 años que por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal, pueden ver afectado el curso de su desarrollo normal. (Pérez y Brito 2004).

...“Los sujetos susceptibles de recibir Atención Temprana, son todos los niños/as entre cero y seis años que manifiestan cualquier tipo de deficiencias y a los incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo biológico y social.” (Gutierrez, 2005:16)

Llamamos factores de riesgo a diversas circunstancias (psicológicas, sociales, biológicas...) que interfieran en el desarrollo del niño, y que no permita seguir su curso normal, es importante recalcar que el término no se aplica a niños con deficiencias diagnosticadas. Estos factores pueden influir en el niño en la etapa pre, peri o post natal. Hay que tener en cuenta que un niño al ser de riesgo tiene la posibilidad de no presentar alteraciones permanentes en el desarrollo, pero para llegar a esto se les debe dar Atención Temprana de manera preventiva, evitando que el factor de riesgo se convierta en una deficiencia instalada.

De acuerdo a la clasificación realizada por Pilar Gutiez Cuevas (2005), el grupo de los denominados niños de alto riesgo biológico y social, quedarían incluidos en los siguientes grupos:

6.1. Niños con alteraciones y minusvalías documentadas.

En este grupo se incluye a los niños con retrasos, alteraciones o discapacidades documentadas, de tipo cognitivo de la movilidad, de la comunicación o sensoriales.

Cuadro 38: Algunos trastornos y alteraciones en el desarrollo

- Trastorno en el desarrollo motriz
- Trastorno en el desarrollo cognitivo
- Trastorno en el desarrollo del lenguaje
- Trastorno en el desarrollo sensorial
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno de la conducta
- Trastornos emocionales
- Trastorno en el desarrollo de la expresión somática
- Retraso evolutivo

(VVAA, 2000, Pág.111)

6.2. Niños de alto riesgo biológico:

A los niños de riesgo biológico Bennet (1989, pp.95) los describe como *“todo niño o recién nacido que ha experimentado un fenómeno o secuencia de acontecimientos desencadenantes de posibles lesiones cerebrales con secuelas conductuales o neuroevolutivas negativas a largo plazo”*, por ejemplo de bajo peso al nacer, complicaciones en el parto, etc.

Cuadro 39: Factores de riesgo biológico

<p><u>A.- Recién nacido de riesgo neurológico:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ R.N. con peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 gramos o de edad gestacional < a 32 semanas➤ APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos➤ RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas➤ Hiperbilirrubinemia que precise exanguineotransfusión➤ Convulsiones neonatales➤ Sepsis, meningitis, o encefalitis neonatal.➤ Disfunción neurológica persistente (más de siete días)➤ Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC➤ Malformaciones del Sistema Nervioso Central➤ Neuro –Metabolopatías➤ Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos➤ Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones, y/o Drogas que puedan afectar al feto➤ RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con factor de riesgo de recurrencia➤ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico➤ Siempre que el Pediatra lo considere oportuno <p><u>B. Recién nacido de riesgo sensorial – visual:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ventilación mecánica prolongada➤ Gran prematuridad➤ R N con peso inferior a 1500 grs.➤ Hidrocefalia➤ Infecciones congénitas del sistema nervioso central➤ Patología craneal, detectada por ECO/TAC <p><u>C. Recién nacido con riesgo sensorial auditivo</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión➤ Gran prematuridad➤ R.N. inferior a 1500 gramos➤ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central➤ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo➤ Síndromes malformativos con compromiso de la audición➤ Antecedentes familiares de hipoacusia➤ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central➤ Asfixia severa
--

Fuente: GAT 2000: 107

6.3. Niños en situación de riesgo socioambiental.

Los niños de riesgo psico-social son *“aquellos que viven en condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo”* (GAT 2000:11). Estos factores favorecen a la desviación del desarrollo normal del niño. Además tienen en su contra que por la ausencia de características visibles de una deficiencia, muchas veces es difícil identificarlos e intervenir tempranamente. Las

posibilidades de deficiencias de estos niños son menores que las de los niños con riesgo biológico, sin embargo nunca se deben descartar.

Factores de riesgo social

El riesgo socio-familiar es valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y , también, a la morbilidad perinatal a largo plazo. Los criterios de riesgo que deben ser seguidos se exponen a continuación:

Cuadro 40: Factores de Riesgo Social

- Acusada deprivación económica
- Embarazo accidental traumatizante
- Convivencia conflictiva en el núcleo familiar
- Separación traumatizante en el núcleo familiar
- Padres de bajo C.I./ Entorno no estimulante
- Enfermedades graves/ Exitus
- Alcoholismo/ Drogadicción
- Prostitución
- Delincuencia/ encarcelamiento
- Madres adolescentes
- Sospecha de malos tratos
- Niños acogidos en hogares infantiles
- Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.

Fuente: GAT 2000: 107

En cuanto a datos y estadísticas de población en Atención Temprana, nos remitiremos a los expuestos en los capítulos anteriores, y en el siguiente capítulo haremos un análisis detallado de la situación en nuestra comunidad.

7. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

En este punto parece conveniente señalar, de acuerdo con el tema de la investigación, los diferentes escenarios en los que se desarrolla la Atención Temprana para destacar el elenco de profesionales que van, o han de ir de la mano durante todo el proceso de atención temprana. Para ello, una vez más nos basaremos en el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000).

Ciertamente, la Atención Temprana es en la práctica un proceso, en el que cada servicio (sanitario, social y educativo) ha de participar y colaborar indefectiblemente si se pretende atender a la globalidad del niño.

Ya mencionamos con anterioridad que la estructura administrativa propia de España conlleva la existencia de tres tipos de servicios relacionados con la Atención Temprana: Sanidad, Servicios Sociales y Educación. El objetivo principal es señalar la variedad de perfiles profesionales, con muy diferente formación, que interviene en los procesos de Atención Temprana.

7.1. Servicios de Salud:

La Ley General de Sanidad de 1986 establece como contenido de las actuaciones sanitarias “*los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo*” (Art. 18.5). El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE de 10 de febrero) contempla, en el nivel de atención primaria, el programa del niño sano y, en el nivel de atención especializada, el examen neonatal y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el niño, así como la rehabilitación (Alonso Seco, 1997).

La legislación sanitaria de las Comunidades Autónomas sigue la misma orientación que la Ley General de Sanidad. En este sentido se mencionan de nuevo dentro de las mismas la atención a los grupos de riesgo como contenido asistencia.

Servicio de Obstetricia: La figura del *obstetra* está relacionada con la Atención Temprana por su especial relevancia para la prevención primaria. Su actuación se concreta en la detección y diagnóstico de factores de riesgo previos al embarazo; en la atención a embarazos de alto riesgo biológico; en el importante canal de información que suponen las clases de preparación al

parto y en la detección de eventuales situaciones de riesgo durante el parto (y la adopción de las medidas pertinentes).

Servicio de Neonatología: Con frecuencia nos encontramos niños en el periodo perinatal que sufren alto riesgo de presentar deficiencias (Arizcun y Valle 1999), en función de su inmadurez, consecuencia del bajo peso al nacimiento o de otros factores, hereditarios y /o pre-peri-natales. Así, durante la estancia del niño en este servicio se pueden poner de manifiesto factores de riesgo y / o indicadores de la presencia de una deficiencia. La labor de prevención primaria consistirá en evitar que aparezcan deficiencias en el caso de niños de Alto Riesgo. Este servicio realiza también una importante labor de prevención secundaria mediante la detección y el diagnóstico de condiciones patológicas asociadas a trastornos en el desarrollo.

Unidades de Seguimiento Madurativo o de Desarrollo: Los programas de seguimiento protocolizados de los niños de riesgo psiconeurosensorial en unidades de Maduración fueron impulsados en España a partir de 1978 por el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, con el fin primordial de controlar el desarrollo de todos los niños con riesgo neuro-psico-sensorial así como de los niños con lesiones del sistema nervioso central ya establecidas, para poder detectar lo más precozmente posible anomalías en el desarrollo y poder orientar e iniciar el tratamiento oportuno (Zamarriego y Arizcun, 1981). Actualmente se trata de un servicio, vinculado a los servicios de Neonatología y Neuropediatría, que ofrece un programa de seguimiento para aquellos niños considerados de riesgo. Aunque existen en muy pocas autonomías, como por ejemplo Cataluña.

Pediatría en Atención Primaria: El *pediatra* es el profesional más visitado en las edades tempranas, cumpliendo una importante labor de prevención primaria. Esta tarea se materializa con los controles de salud del Programa de Niño Sano antes señalado.

Servicio de Neuropediatría: El neuropediatra es el encargado de realizar el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los niños con trastornos en su desarrollo especialmente en aquellos procesos de base orgánica (Molina y col. 1996). La disponibilidad de acceso a los diferentes exámenes complementarios desde el medio hospitalario, permite una

coordinación con los diferentes servicios y ámbitos así como la elaboración del diagnóstico.

Servicio de Rehabilitación Infantil: Los servicios de Rehabilitación se han vinculado en España a tres tipos de experiencias (GAT, 2000: 57):

- *Experiencia hospitalaria, predominan las acciones de terapéutica física y tratamiento de "patologías agudas"; y se deriva de la demanda de recuperación de las secuelas ortopédicas, traumáticas y neurológicas que se registran en las instituciones hospitalarias.*
- *Experiencia desde los servicios sociales, a través de programas personalizados para dar respuesta a las necesidades de integración social y autonomía de las personas con discapacidad. Tuvo como escenario la red de Centros Base del INSERSO.*
- *Experiencia derivada del movimiento asociativo, generó centros especializados de tratamiento integral e intensivo para determinadas patologías.*

Servicios de Salud Mental infantil: Los profesionales que componen las unidades de Salud Mental infantil intervienen en todos los niveles de la Atención Temprana. Las medidas generales de prevención primaria desde Salud Mental infantil abarcan (GAT, 2000: 58): *“La coordinación y desarrollo de programas con otros servicios, sanitarios, educativos, sociales y judiciales. Colaboración en programas preventivos de detección de factores de riesgo psíquico. Participación en programas de formación y coordinación con otros profesionales de atención primaria. Docencia e investigación en todo lo relacionado con salud mental infantil.”*

Otras especialidades médicas: Existen otros servicios que ofrecen una ayuda inestimable de cara al diagnóstico y a la atención terapéutica, y son principalmente: Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Ortopédica, Radiología, Neurofisiología, Bioquímica y Genética.

7.2. Servicios sociales:

Los servicios sociales y sus profesionales intervienen en todos y en cada uno de los niveles de la atención primaria; su actuación en Atención Temprana se considera de vital importancia y se realiza a través de la promoción del bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención (Mendieta y García Sánchez, 1998).

Los programas de intervención temprana en el ámbito psicosocial tienen por objetivos: La reconstrucción y reorganización de la familia de origen si se valora como un objetivo viable. La protección y acompañamiento de los

tránsitos cuando se produce un proceso de disolución de los vínculos familiares o la constitución de otros nuevos. *“La reinserción familiar, acogimiento y/o adopción. La protección y acompañamiento de los niños institucionalizados sin perspectivas y referencias familiares. La Atención Temprana de cualquier trastorno del desarrollo que pueda detectarse y la elaboración de los procesos de duelo o extrañamiento social para padres e hijos.”* (GAT, 2000: 63)

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

Centros Base:

El inicio de los centros Base se debe al Ministerio de Trabajo que encargó al INSERSO la puesta en marcha de la Estimulación Temprana. En 1980 se aprueba el Plan de Prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales. En el Capítulo II del anexo, sección I., se hace referencia a los Tratamientos de Estimulación Temprana donde en sus artículos:

“Art. 22. Los tratamientos de Estimulación Precoz médicos y psicológicos se dirigirán a evitar el proceso degenerativo de una presunta minusvalía y a potenciar el desarrollo de la capacidad física, psíquica o sensorial del sujeto afectado.

Art. 23. Las técnicas que podrán aplicarse para esta estimulación precoz, serán: psicomotricidad, sensomotricidad, terapia del lenguaje, creación del lenguaje, fisioterapia y medicina ortopédica.

Art. 24. Para conceder subvenciones, los requisitos serán: edad de 0 a 5 años, elaboración del P.D.I., justificación de no recibir otros servicios.”

En marzo de 1980 se crearon los primeros 8 centros de Servicios de Atención Temprana incardinados a centros base del Estado.

El M.E.C. contempla la Estimulación Temprana como servicio propio o a subvencionar. Se contempla la Atención Educativa Especial desde el momento que se considere necesario, sea cual sea la edad, o si hay riesgo de aparición de deficiencias. (Art. 5º Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial).

Los Centros Base son dependientes de servicios sociales. El trabajo que realizan es: Detección del niño, acogida al niño y su familia, valoración del caso, se realiza el diagnóstico (que puede ser de tipo etiológico, sindrómico o funcional), se da la orientación y se indica el tratamiento. (Gutierrez, 2005). Tienen un equipo compuesto por diferentes disciplinas que se encargan de la

detección del niño, acogida de la familia, la valoración y el diagnóstico, la orientación y el tratamiento. También son los encargados de conceder el porcentaje de minusvalía (33%)

En lo que se refiere a la infancia de 0 a 6 años, los equipos de los Centros Base de Servicios Sociales han sido una parte muy importante del impulso a los programas de Estimulación Precoz y Atención Temprana durante las dos últimas décadas. Su destino natural, en general, ha sido incorporarse en las redes de Atención Temprana de las distintas comunidades autónomas. En este sentido, en nuestro país se viene configurando desde hace años la especialidad de rehabilitación infantil (INSERSO 1986).

Por ser el ámbito donde hemos sacado nuestra muestra, le vamos a dedicar un apartado especial para describirlos más ampliamente.

Los Centros de Atención Temprana (CAT):

Son centros dentro de los Servicios Sociales que trabajan en colaboración con los centros base. Cuentan también con un equipo interdisciplinar que busca como fin principal el desarrollo global del niño. Así mismo, se encargan de realizar la acogida de la familia, plantean entrevistas para conocer la situación familiar, realizan la valoración del nivel de desarrollo del niño y con base en esto elaboran un programa de atención individual para la intervención, y dan una devolución de las evaluaciones realizadas a los padres.

Se trata de centros de carácter autónomo, pero subvencionados, que desarrollan la labor propia de atención / intervención terapéutica (prevención terciaria) a la población de entre 0 – 6 años con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.

Surgieron alrededor de los años 70 de la mano de movimientos asociativos de padres y de profesionales, dando lugar a centros especializados autónomos con plazas subvencionadas o contratadas por instituciones públicas.

Estos profesionales, divididos en las diferentes áreas de *atención directa*, son (FEAPS, 2001: 38):

- Unidad de Evaluación: trabajador social, psicólogo y pedagogo.

- Unidad Terapéutica: psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, estimulador, psicomotricista.

El procedimiento de actuación es de carácter secuencial: estudio de la problemática, elaboración de un juicio diagnóstico y consecuentemente un plan de intervención, seguimiento del plan de actuación y fin de la atención por alta o derivación (FEAPS, 2001).

Sus objetivos principales son la detección y el diagnóstico de los trastornos en el desarrollo y el inicio de la intervención terapéutica, del apoyo y asesoramiento a la familia, cuando aparecen los primeros signos de desviación en el desarrollo o se detectan situaciones que puedan originarlos (Bugié, 2002).

7.3. Servicios Educativos:

Los Servicios Educativos, realizan actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de educación infantil. La labor de estos centros es la prevención de los trastornos en el desarrollo que puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, ya que ofrecen un entorno estable y estimulante a esta población infantil que de repente pueden sufrir de situaciones inadecuadas en el entorno familiar. Además, se puede realizar un importante nivel de actuaciones preventivas por medio de la Educación.

En relación a los Servicios Educativos, los maestros y educadores se convierten en los agentes de detección, ya que en esta etapa pueden observarse problemas en las habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, de atención, limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas; y se lo comunicarán a los padres, de esa forma se darán pautas de observación y actuación coordinadas, así como la derivación al Pediatra y al centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada.

Escuela Infantil:

La escuela infantil se halla estrechamente vinculada con la Atención Temprana. Se trata de una institución que vela y trabaja por el desarrollo global del niño (objetivo coincidente con la Atención Temprana). En este sentido,

realiza una importante labor de prevención primaria, promoviendo el desarrollo integral del niño.

Atender a factores emocionales, físicos, sociales y cognitivos es, ante todo, una medida igualizadora, pues previene eventuales retrasos del desarrollo y compensa determinadas carencias que se puedan vivir en el seno familiar.

La Escuela Infantil es también un importante valuarte para la detección de indicadores de riesgo o de la presencia de una discapacidad. Cuando el maestro / a detecta una situación de riesgo, deriva el caso para que sea estudiado por los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, que señalaremos a continuación.

Los principios de integración y de normalización de la Educación Especial hacen que la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales se realice (en la medida de lo posible) en centros ordinarios. Así, la Escuela Infantil se convierte en un importante contexto de atención / intervención por medio de adaptaciones curriculares y de los “profesionales de la integración” (profesores de apoyo, pedagogía terapéutica y maestros de audición y lenguaje).

Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP):

Son equipos multiprofesionales adscritos al contexto educativo que atienden a los niños con necesidades educativas especiales. Hay tres tipos de equipos: generales, específicos y de Atención Temprana. Si bien todos ellos están relacionados con la Atención Temprana, me voy a centrar en los dos últimos.

7.4. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

Esta propuesta de servicio se plantea para los tres ámbitos mencionados anteriormente. Serán aquellos servicios de carácter interdisciplinar destinados a la población comprendida entre los cero y seis años que presentan alguna alteración o disfunción en su desarrollo o riesgo a padecerla. Trabajan en la elaboración de programas con otras instituciones, asociaciones y profesionales sobre los aspectos relacionados con el desarrollo infantil. De igual manera abordan el desarrollo del niño y la niña de manera

global y su principal función es la de potenciar al máximo las capacidades del niño o la niña para así lograr una adaptación familiar, escolar y social.

Actualmente son un modelo teórico al que pretenden llegar las diferentes Comunidades Autónomas, estando sólo presentes en Cataluña.

Estos equipos son diferentes de los equipos de Atención Temprana que aparecieron en el capítulo de Educación Infantil, aunque la función y la población a la que van destinados es la misma.

El equipo profesional de los CDIAT será multiprofesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios de cada individuo, e interpersonales, relacionados con su propio entorno, como son la familia, la escuela y la cultura (GAT, 2000: 38). Estará constituido por especialistas en Atención Temprana procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social.

El CDIAT suele ser un centro sectorizado, de manera que no pertenece a un ámbito específico (Salud, Educación o Social), de manera que se ubica en un territorio y una población a la cual ofrece sus servicios. El hecho de estar sectorizado permite entre otras cosas que se coordine con los recursos y servicios de la zona, de manera que pueda derivar algunos casos y viceversa.

La coordinación que se hace desde los CDIAT con los servicios de asistencia primaria en pediatría es uno de los puntos clave a la hora de detectar Trastornos de Desarrollo. Normalmente la coordinación con el resto de ámbitos suelen seguirla los profesionales que dentro del CDIAT tienen más afinidad con dicho ámbito, para ello debemos tener en cuenta que estos centros disponen del mismo personal que los Equipos de Atención Temprana (EATs).

7.5. Los Centros Base de Atención a personas con discapacidad.

La llegada de los Centros Base tuvo su inicio en el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos (SEREM) que jugó un papel decisivo en el desarrollo de la intervención en discapacidad, incluyendo la atención temprana. Posteriormente el SEREM sería integrado en el Instituto

Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) mediante el Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (Casado 2005 On-line).

Inicialmente el SEREM centró su atención en los jóvenes y adultos afectados de deficiencias físicas. Pero al cabo del tiempo, por el Decreto 731/1974, de 31 de marzo, el organismo SEREM pasa a tener responsabilidades en la edad infantil, al serle encomendada la gestión del Servicio Social de Asistencia a Subnormales. (Arizcun, Gútiérrez y Veerman 2006)

El SEREM, como hemos visto al principio del capítulo, comienza sus andaduras en la estimulación precoz a mediados de los 70 a través de su Servicio de Minusválidos Psíquicos. Posteriormente gracias a la Resolución de la Dirección General del INSERSO, de 11 de enero de 1981, se acuerda crear nueve “Servicios de Estimulación Precoz en los Centros Base de Álava, Baleares, Burgos, Córdoba, Madrid, Pamplona, Segovia, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife.” Donde Al año de funcionamiento cada equipo hizo una evaluación de la tarea realizada, concluyendo que:

- *De mayo de 1981 a julio de 1982 1034 niños de 0 a 5 años habían recibido tratamientos de estimulación precoz.*
- *Los padres lo valoraron de forma positiva.*
- *Apenas hubo conexión con los recursos sanitarios y educativos.*
- *La tarea de certificar el grado de minusvalía (RD 173/1981 de 24 de julio) descompensó el área de tratamientos, ya que la urgencia de este certificado era previo a la concesión de prestaciones económicas.*

(VV.AA 1982:86)

En la actualidad las competencias del INSERSO han sido transferidas a las diferentes comunidades autónomas. En el caso de Madrid estos Centros dependen de la Dirección General de Servicios Sociales, perteneciente a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Son servicios especializados de atención básica a Personas con Discapacidad, constituyendo un recurso específico de apoyo técnico en materia de discapacidades para los dispositivos ordinarios y servicios específicos de su zona de influencia.

a) Definición, principios y objetivos:

“Los Centros Base son servicios sociales especializados de atención básica a personas con discapacidad que asumen funciones de información, diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica y constituyen en tanto recurso específico, el apoyo técnico en materia de discapacidades para los dispositivos ordinarios y servicios específicos de su zona de influencia” (CAM 2006 On-line)

De la definición anterior podemos concretar que los centros base son la principal vía de acceso a los servicios y prestaciones que existen para las personas con discapacidad. Dan Información especializada de los recursos dentro del ámbito de la discapacidad. Realizan el Diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica entregando el correspondiente certificado de minusvalía (Es lo que les diferencia de otros equipos de valoración: EATs, EOEPs, etc.). Diseñan y siguen programas de formación ocupacional encaminados a la incorporación de las personas al mundo laboral (INSERSO 1982).

A continuación expondremos en cuadros los objetivos y principios de los centros base, según la Consejería de Servicios sociales de la CAM:

Principios Orientadores (Consejería SS CAM 2006:9):

- *La minusvalía se considera como desventaja social producida por una discapacidad.*
- *Esta visión de la discapacidad se amplía con la incorporación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.*
- *La finalidad general de su actuación es la prevención, tanto para evitar que una minusvalía se produzca, como para aminorar sus consecuencias.*
- *La herramienta principal sería la rehabilitación integral, en su sentido más amplio.*
- *Los principios que rigen su actuación son los de “zonificación, normalización, integración, prevención, transversalidad y multidisciplinariedad”.*

Cuadro 41: Objetivos de los Centros Base

- Promover la **igualdad de oportunidades** para las personas con discapacidad de cara a su desarrollo personal e integración social.
- **Informar y asesorar** a las personas con discapacidad y a las entidades que trabajan con ellas.
- Prevenir y/o paliar, mediante la **rehabilitación integral**, las consecuencias de la discapacidad.
- Fomentar la **inserción laboral** de las personas con discapacidad.
- Facilitar la **colaboración y coordinación** entre organismos públicos y organizaciones privadas.
- **Impulsar la participación** de las personas con discapacidad recogiendo sus demandas y canalizándolas por las vías adecuadas.
- Potenciar la **vida independiente y la autonomía** de las personas con discapacidad mediante la aplicación de **nuevas tecnologías**.
- Promover **acciones de sensibilización** de la población general sobre las desventajas de las personas con discapacidad.
- Propiciar la **reflexión y el debate** sobre el mundo de la discapacidad.

Fuente: Consejería de Servicios sociales de la CAM 2006:11

b) Funciones y personal que lo componen:

Dentro de las funciones que tienen los centros base, hemos querido poner a continuación las personas encargadas de cada una de ellas:

- **“Información.** Según el tipo de información existe un personal diferente asignado para cada área, de manera que los tipos de formación con su personal asignado son:
 - o General y especializada Trabajadores sociales (mínimo 1 por cada centro)
 - o Formativa Pedagogos
 - o Laboral Técnicos de grado medio (área laboral)
 - o Administrativa Personal administrativo
- **Valoración** de minusvalía (Dictamen técnico facultativo y resolución administrativa del grado de minusvalía) y emisión de dictámenes técnicos específicos (de movilidad, de ingreso en centro, de necesidad de concurso de 3ª persona, de adecuación para el puesto de trabajo, sobre delitos violentos y contra la libertad sexual, etc).
- **Orientación** general, terapéutica, formativa y laboral. Los equipos de valoración y orientación son equipos multiprofesionales cuya misión

principal es la valoración, el diagnóstico y la orientación de las personas con discapacidad. Están compuestos de los siguientes miembros: Médico, psicólogo, trabajadora social, pedagogo (área formativa), Técnico de grado medio (área laboral)

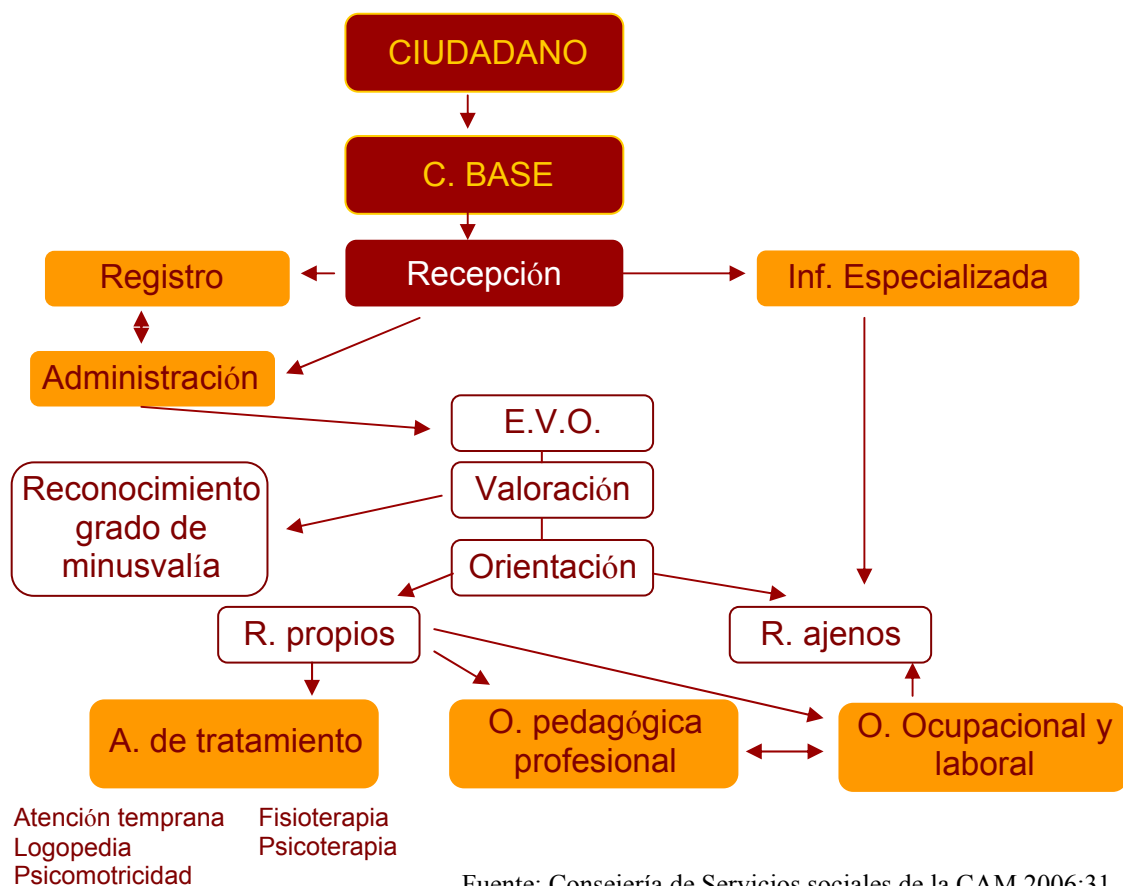
- **Asesoramiento** en ayudas técnicas a las familias e instituciones implicadas.
- **Tratamientos:** su objetivo general es la habilitación y la rehabilitación de las personas con discapacidad para disminuir el impacto del déficit, evitar discapacidades añadidas e impulsar el desarrollo armónico de la persona, integrando la discapacidad, con el fin de que ésta pueda obtener el máximo posible de independencia, integración y desarrollo personal.

Dentro de los tipos de tratamiento que efectúan se encuentran los de Atención Temprana, fisioterapia, logopedia, psicomotricidad, psicoterapia

- **Soporte técnico a la Consejería de Servicios Sociales** en materia de discapacidad en Servicio Gestión de Centros y Programas, Servicio de Prestaciones Económicas, Servicio de Programas Europeos y Servicio de Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad.
- **Apoyo técnico a otras instituciones:** como son ayuntamientos, D. G. de Trabajo y Servicio Regional de Empleo, Juzgados, Mº Fiscal, Procesos selectivos de empleo público. Hacienda (I.R.P.F., etc). INSS, Muface, Isfas, Asociaciones, Federaciones y Fundaciones, Dirección General de la Vivienda, IMSERSO, Ministerio de Hacienda (víctimas delitos violentos y contra la libertad sexual), Otros.”

(Consejería de Servicios sociales CAM 2006 12-30)

Cuadro 42: Procedimiento de los Centros base



Fuente: Consejería de Servicios sociales de la CAM 2006:31

c) Recursos personales y materiales:

En cuanto a los recursos personales, los Centros Base se componen del personal de dirección, profesionales especializados (para el servicio de información, de los Equipos de Valoración y orientación, los de Orientación Formativo-Laboral y de Tratamientos), área de administración (coordinación y personal administrativo) y personal auxiliar de control. (Gútiérrez 2005 y CSS de la CAM 2006)

En cuanto a los recursos materiales señalamos a continuación los 68 Centros Base existentes en nuestro país:

Cuadro 43: Centros Base en España

CENTRO BASE	LOCALIDAD	CENTRO	LOCALIDAD
A CORUÑA	A CORUÑA	LAS PALMAS	LAS PALMAS
ÁLAVA	VITORIA-GASTEIZ	LEÓN	LEON
ALBACETE	ALBACETE	LLEIDA	LLEIDA
ALGECIRAS	CÁDIZ	LOGROÑO	LOGROÑO
ALICANTE	ALICANTE	LUGO	LUGO
ALMERÍA	ALMERÍA	MADRID I	MADRID
ÁVILA	ÁVILA	MADRID II	MADRID
AVILÉS	ASTURIAS	MADRID III	MADRID
BADAJOS	BADAJOS	MADRID IV	MADRID
BARNA-CAD (Badalona)	BARCELONA	MADRID V	MADRID
BARNA-CAD (Terrasa)	BARCELONA	MADRID VI	MADRID
BARNA-CAD (Badal)	BARCELONA	MADRID VII	MADRID
BARNA-CAD.	BARCELONA	MÁLAGA	MÁLAGA
BARNA-CAD. INFANTIL	BARCELONA	MELILLA	MELILLA
BARNA-EVO LABORAL	BARCELONA	MURCIA	MURCIA
BURGOS	BURGOS	NAVARRA	PAMPLONA
CÁCERES	CÁCERES	OURENSE	OURENSE
CÁDIZ	CÁDIZ	OVIEDO	ASTURIAS
CARTAGENA	MURCIA	PALENCIA	PALENCIA
CASTELLÓN	CASTELLÓN	PONTEVEDR	PONTEVEDRA
CEUTA	CEUTA	S.C.	TENERIFE
CIUDAD REAL	CIUDAD REAL	SALAMANCA	SALAMANCA
CÓRDOBA	CÓRDOBA	SANTANDER	SANTANDER
CUENCA	CUENCA	SEGOVIA	SEGOVIA
FERROL	CORUÑA	SEVILLA	SEVILLA
GIJÓN	ASTURIAS	SORIA	SORIA
GIRONA	GIRONA	TARRAGONA	TARRAGONA
GRANADA	GRANADA	TERUEL	TERUEL
GUADALAJARA	GUADALAJARA	TOLEDO	TOLEDO
GUIPÚZCOA	DONOSTIA	VALENCIA	VALENCIA
HUELVA	HUELVA	VALLADOLID	VALLADOLID
HUESCA	HUESCA	VIZCAYA	BILBAO
ILLES BALEARS	PALMA	ZAMORA	ZAMORA
JAÉN	JAÉN	ZARAGOZA	ZARAGOZA

Fuente: FAMMA 2006 On-line

d) Comunidad de Madrid:

En la CAM existen 8 centros base, cuyos servicios vienen reflejados en la siguiente tabla:

Cuadro 44: Servicios de los Centros Base de la CAM

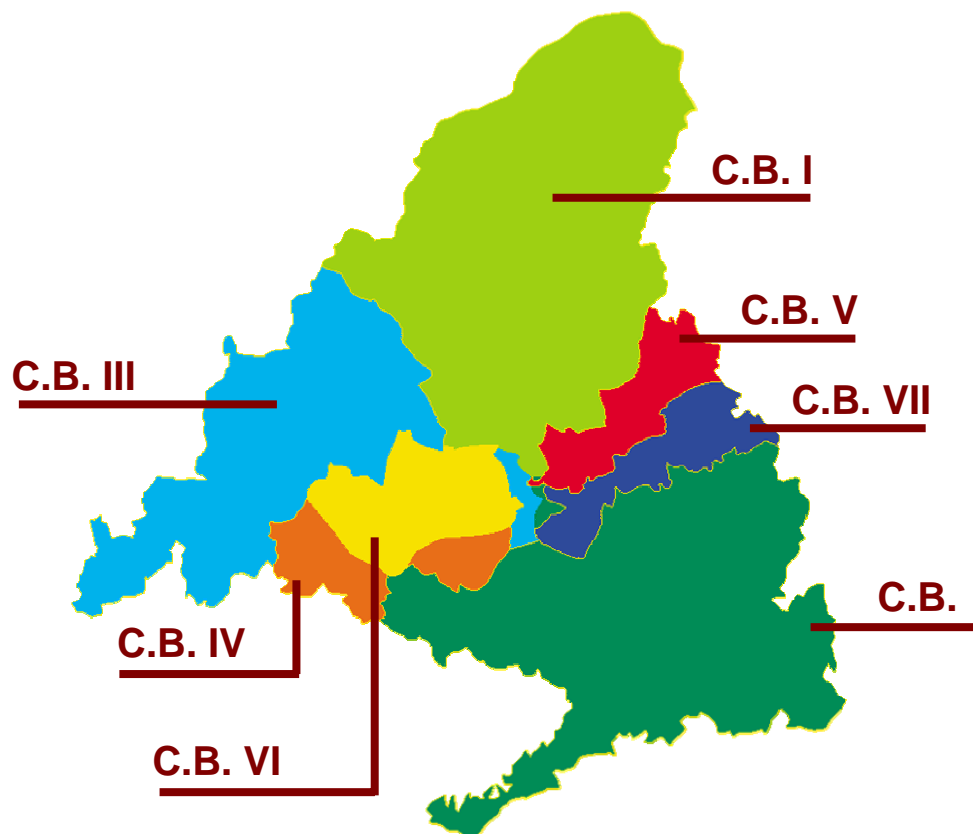
NOMBRE	Fisioterapia	Logopedia	Psicomotricidad	Atención Temprana	Psicoterapia
C. Base I	SI	SI	SI	SI	SI
C. Base II	SI	SI	SI	SI	SI
C. Base III	SI	SI	SI	SI	SI
C. Base IV	SI	SI	SI	NO	SI
C. Base V	SI	SI	SI	SI	NO
C. Base VI	SI	SI	SI	SI	SI
C. Base VII	NO	NO	NO	NO	NO
C. Base VIII	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: FAMMA 2006 On-line

Como podemos observar de la anterior gráfica, el centro Base número VIII no da ninguno de estos servicios, porque se dedica a la atención de ancianos. Del resto señalar que tanto el centro base IV (Móstoles) como el VII (Palomeras) no ofrecen atención temprana.

Estos centros Base se dividen el territorio de la Comunidad de la siguiente forma:

Cuadro 45: Zonificación de los Centros Base de la CAM



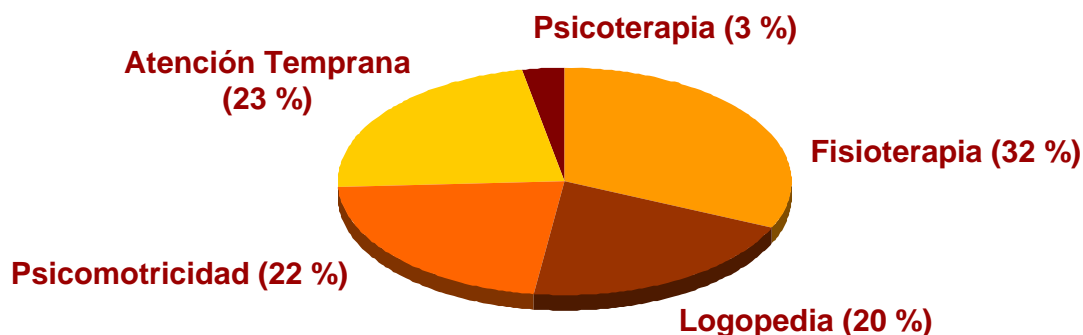
Fuente: Consejería de Servicios sociales de la CAM 2006:33

La red de centros base es un poco compleja, ya que todos los centros tienen repartido el centro de la Comunidad menos el sur (centro Base IV de Móstoles), y el centro Base VIII que sólo atiende a personas mayores.

Otro dato interesante es que entre todos los centros base hay 260 personas trabajando, de las cuales un 3% son personal de dirección, un 12% personal auxiliar de control, un 7% son profesionales de orientación formativa o laboral, un 15% profesionales que se dedican a los tratamientos, un 23% se dedican al área de Administración y un 40% son profesionales de información y EVO's (Consejería Servicios Sociales CAM 2006:42).

Resulta llamativo que donde más personal hay trabajando es en la expedición de los certificados de minusvalía y menos en el área de tratamiento. Entendemos que una de las principales funciones del Centro Base sea dar este certificado, ya que permitirá a las personas con discapacidad acceder a los múltiples recursos que ofrece la Comunidad, no obstante pensamos que debería hacerse hincapié en el área de tratamientos, sobre todo relacionado con la intervención Temprana, ya que ésta última puede paliar el mismo grado de minusvalía, e incluso en algunos casos normalizarla. A continuación expondremos un cuadro donde se hace un análisis de las intervenciones realizadas durante el 2001:

Cuadro 46: Intervención de los Centros Base de la CAM



Fuente: Consejería de Servicios sociales de la CAM 2006:33

De todos los tratamientos realizados durante 2001 en los Centros Base de la Comunidad de Madrid, podemos observar que casi la cuarta parte son de Atención Temprana, y sólo es superado por la fisioterapia. Aquí hay que aclarar un detalle, y es que la Atención Temprana no sólo es estimulación, sino que también derivan al niño a tratamientos de fisioterapia, logopedia y psicomotricidad a los niños, y es por esta razón lo que hace que en las unidades de Atención Temprana existan fisioterapeuta, psicomotricista y logopeda, por ello pensamos que el realidad el porcentaje de tratamientos en niños que necesitan una Atención Temprana es mayor.

Por último queremos destacar en relación a las estadísticas sobre discapacidad que tenemos de la Comunidad de Madrid, los centros Base elaboraron una tabla en la que recogieron los datos de las personas con discapacidad en la Comunidad (tomando como positivos todas aquellas personas que habían recibido un certificado de minusvalía en estos centros), relacionándolos con la población y el año, que son:

Cuadro 47: Discapacidad en los Centros Base de la CAM

Año	Habitantes	Personas con discapacidad	Porcentaje
1998	5.091.336	139.598	2,74 %
1999	5.145.325	158.618	3,08 %
2000	5.205.408	171.681	3,30 %
2001	5.423.384	192.006	3,54 %

Fuente: Consejería de Servicios sociales de la CAM 2006:33

A la luz de los datos vistos, podemos observar como el índice o porcentaje de discapacidad en nuestra Comunidad va en aumento, pensamos que es debido en gran parte al funcionamiento de los Centros Base, que identifican cada vez más a las poblaciones desfavorecidas, aunque pensamos que el gran reto debería ser intentar prevenir la discapacidad desde edades tempranas sirviéndonos de los recursos existentes para atender a esta población (sociales, sanitarios y educativos) y dotando de más personal para atender a estas poblaciones.

8.- COORDINACIÓN

La educación temprana aparece como un compromiso claro en la LOGSE que debería estar garantizado desde el mismo momento en el que se detecta la presencia de una deficiencia. Ahora bien, sobre todo en niños con diferentes tipos de discapacidad, la acción educativa forma parte de un conjunto de actuaciones que se realizan desde entornos sociales diferentes.

Desde una perspectiva más genérica que la visión de la LOGSE, hemos de añadir el reconocimiento legal de los derechos y atención a las necesidades de los niños con discapacidad que emana de la LISMI (Ley de integración social del minusválido) y de la LGS (Ley General de Sanidad).

Si bien disponemos de un marco legal suficiente para desarrollar las acciones necesarias con ese carácter de globalidad, es cierto que el desarrollo normativo posterior no ha concretado suficientemente el modo en que todas y cada una de las administraciones (social, educativa y sanidad) deben asumir la corresponsabilidad en la coordinación de los servicios y desarrollo, de forma conjunta, de los planes de actuación con todos los niños que a causa de su discapacidad presentan necesidades especiales de tipo sanitario, psicosocial y educativo. (Andreu, 1997)

En la etapa comprendida entre los 0 y 3 años, intervienen varias Administraciones (Sanidad, Asuntos Sociales, Educación,...) pero generalmente no se hace de forma coordinada, sino que cada una lleva a cabo su acción sin disponer de información o sin planificar acciones conjuntas con las otras entidades que pueden estar atendiendo a los niños. La atención especializada suele realizarse en los servicios de rehabilitación del ámbito sanitario y de servicios sociales, pero sobre todo en centros privados, la mayoría gestionados por el movimiento asociativo. Existe una actitud generalizada entre los profesionales de los distintos ámbitos para actuar de forma coordinada, pero no existen criterios normativos para este fin, no existen reglamentos ni protocolos estandarizados y cuando se realiza una acción coordinada, generalmente es atribuible al esfuerzo y voluntad de las personas implicadas.

Especialmente en el ciclo 0 a 3 años, el niño precisa un marco de referencia personal estable que favorezca su correcto desarrollo evolutivo (afectivo-emocional, cognitivo, motor...). En el caso de los niños con discapacidad, que requieren algún tipo de tratamiento específico en el terreno de la prevención secundaria (fisioterapia, estimulación...), suelen intervenir al menos dos profesionales, lo que ocasiona una dispersión poco aconsejable a todos los niveles.

En el ámbito educativo, los niños con deficiencias auditivas, físicas, psíquicas (medias y ligeras) y visuales, sin otras deficiencias añadidas, se pueden escolarizar en las escuelas de educación infantil, contando con el asesoramiento y apoyo de los equipos de atención temprana (Bisquerra. 1998). No obstante, la disponibilidad de plazas en el ciclo 0-3 años es todavía insuficiente para toda la población, el número de equipos es reducido, la dotación de recursos técnicos no siempre es adecuada y la cualificación de profesionales no siempre se ajusta a las necesidades de los niños con alteraciones del desarrollo, especialmente cuanto más graves o específicas son sus problemáticas.

Lamentablemente en nuestro país no existe una adecuada coordinación entre los diversos Servicios de Salud y Educación para brindar una acción asistencial adecuada ante las necesidades originadas por las alteraciones del desarrollo de la primera infancia.

Existen sí algunos esfuerzos, que forman parte de acciones ejemplares, desarrolladas por equipos interdisciplinarios, insertos en instituciones del ámbito público y del ámbito privado, como son los EATs, y las Asociaciones. Y en muy pocos casos existe una coordinación real entre servicio sanitario y educativo.

Volvemos a insistir en que, como regla general, los Servicios de Salud y de Educación deben instrumentar las instancias de detección temprana de alteraciones del desarrollo y ante la constatación de las mismas, se debe derivar lo antes posible al niño y a su familia a un equipo interdisciplinario especializado, para que este inicie las acciones terapéuticas adecuadas para cada caso.

La necesidad de esto radica fundamentalmente en ofrecer una ayuda al niño de estas edades, desde todos los aspectos de su persona (educativo, social y salud), de manera que los déficits a estas edades, no suelen pertenecer a un campo concreto, sino que suelen estar interrelacionados entre ellos.

Andreu (1997), reflejó la falta de coordinación existentes entre las tres administraciones (salud, educación y social) de cara a dar una respuesta efectiva y más eficaz a los niños susceptibles de recibir atención temprana. Entre los datos más relevantes que concluyó, y que son base del estudio posterior que haremos, se encuentran:

- *Encontramos alguna experiencia de formalización en los procesos de derivación y seguimiento-control establecidos por algunos servicios de Neonatología con respecto a los centros específicos de tratamiento, concretamente, mediante una hoja formalizada. Aunque es algo de carácter muy puntual y muy poco extendido.*
- *En el proceso de tratamiento entre servicios Educativos y específicos, hay un importante grupo de iniciativas en contactos entre servicios, tratando de darle una mínima regulación de forma individual y totalmente voluntaria, a través del compromiso de colaboración adquirido. De la misma manera parece ocurrir entre algunos servicios de Neuropediatría y centros específicos.*
- *La frecuencia de contacto entre los servicios es mínima entre los servicios sanitarios y específicos, según refieren éstos últimos, aunque es percibido como algo mayor por los servicios sanitarios. Esta frecuencia parece aumentar considerablemente entre los servicios Educativos y los específicos.*
- *El canal de comunicación normalmente usado en la relación entre servicios, es el de la familia, utilizando más los servicios sanitarios el medio escrito, concretamente bajo el formato estándar de "informe clínico", y el medio verbal, los servicios Educativos. Los centros específicos utilizan principalmente el medio escrito, concretamente el informe de valoración y seguimiento. El contacto directo entre servicios es mínimo entre servicios específicos y sanitarios, y algo mayor entre servicios específicos y educativos.*
- *Producto de todo ello, es la insatisfacción de los servicios con el contenido de la información recibida de cara a cubrir las necesidades de la misma en su labor profesional, es la percepción del acceso a la comunicación como algo difícil y la consideración del proceso comunicativo establecido como mínimo o inadecuado, proponiendo la necesidad de su mejora.*
- *El argumento de los pequeños logros conseguidos en materia de comunicación es la disponibilidad y accesibilidad de algunos de los profesionales encontrados. Al mismo tiempo que se argumenta como principales factores del fracaso, la inexistencia de programas o convenios específicos de colaboración y la falta de tiempo y recursos para ello.*

A lo largo del documento (Libro Blanco: 9) se habla de la coordinación como:

1. *Se hace referencia a términos como “interdisciplinariedad”, “globalidad”, “coordinación” y “calidad”. Todos estos conceptos no pueden llevarse a la práctica sin un seguimiento ni una coordinación de todas las entidades administrativas públicas y privadas implicadas en la atención del niño como sujeto central de las intervenciones y de su familia.*
2. *En el organigrama actual de la Administración Pública los ámbitos competentes en materia de Atención Temprana son: Sanidad, Servicios Sociales y Educación. Se hace necesario un sistema que regule y arbitre las relaciones entre estas tres áreas, creando un marco legislativo de carácter estatal y autonómico que establezca la coordinación y la actuación conjunta en favor de la gratuidad y universalización de los centros de Atención Temprana en todo el territorio del Estado. La organización de la Atención Temprana, por tanto, debe posibilitar:*
 - a) *La adopción de medidas encaminadas a la prevención.*
 - b) *La detección precoz de los riesgos de deficiencias.*
 - c) *La intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social.*

9. BASES LEGALES

El compendio legislativo que presentamos a continuación ha sido elaborado a partir de la publicación del Curso sobre Prevención de Deficiencias (Alonso y Casado, 1999), del capítulo del marco normativo de “*La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*” (Padi, 1999), del documento del Real Patronato *Legislación relativa a la política para la discapacidad*” (SIIS, 1999), del Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) y, finalmente, de dos documentos de reciente publicación: *Marco normativo de las Necesidades Educativas Especiales en Edades Tempranas* (Retortillo & Puerta, 2004; on – line) y *Legislación y Atención Temprana. Nota sobre aspectos Sociosanitarios* (Ponte, 2003; on – line).

Existe asimismo un amplio desarrollo normativo autonómico, reflejado en el Libro Blanco (GAT, 2000), pero que no expondremos al exceder el objeto de nuestra investigación.

También destacar que existe un amplio trabajo, realizado por Victoria Soriano (2000), que recoge las normativas relacionadas con la Atención Temprana de los diferentes países europeos que participan en los proyectos de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial.

La Legislación en Atención Temprana la podemos enmarcar dentro de la que existe sobre Educación Especial, y a partir de ahí ha ido encontrando un camino propio. A continuación señalaremos las diferentes normas jurídicas que se establecen a nivel internacional, nacional y en la Comunidad de Madrid, ya que es en esta última donde se encuentra el objeto de nuestro estudio.

Por último señalar que además del marco legislativo, hemos incluido las normas y documentos marco que hemos trabajado y que han supuesto un hito en el campo de la Atención Temprana. para tener la visión de conjunto de los tres bloques de nuestro marco teórico (Educación Especial, Educación Infantil y Atención Temprana) se puede ver más sobre el desarrollo normativo en el Anexo 1.

9.1. Normas internacionales

<u>AÑOS</u>	<u>NORMATIVA INTERNACIONAL</u>
1959	Declaración de los Derechos del Niño , proclamada por la ONU el 20 de Noviembre de 1959. Establece en el <u>principio V</u> que: <i>“el niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiera en su caso particular”</i> .
1976	Resolución 29/35 de la XXIX Asamblea Mundial de la Salud , se aprueba la "Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" donde se establecen las definiciones de Deficiencia, discapacidad y minusvalía.
1982	Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 3 de diciembre de 1.982 , se aprueba el " Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidades ", donde se establecen medidas sobre Prevención, rehabilitación e igual de oportunidades.
1989	Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para Enfermos Mentales , el 17 de Enero de 1989 de la Federación Mundial de la Salud Mental. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño , aprobada el 20 de Noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de Noviembre de 1990. Los servicios de Atención Temprana, podrían basarse en los siguientes <u>artículos</u> : 23.1-2-3-4, 24.1-2, 28.1.
1993	Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional , aprobado el 29 de Mayo de 1993, por la Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado.
1993	Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993)
1994	Declaración de Salamanca. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad , aprobada por aclamación en la ciudad de Salamanca, España, el día 10 de junio de 1994.
1995	Declaración de Derechos del Deficiente Mental aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 3447, de 9 de diciembre de 1995.

9.2. Normas Europeas:

<u>AÑOS</u>	<u>NORMATIVA EUROPEA</u>
1984	Resolución (84) 3, del Comité de Ministros del Consejo de Europa. sobre política coherente para la rehabilitación de las personas minusválidas.
1992	Carta Europea de los Derechos del Niño
1995	La Declaración de Derechos del Deficiente Mental fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 3447, de 9 de diciembre de 1995.
1995-6	Guía Europea de la Buena Práctica, hacia la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Helios II. Comisión Europea. Los <u>principios</u> de Buena Práctica en materia de Integración Educativa, son: 3, 4, 10.
2002	Carta Europea de los Derechos Fundamentales <i>Artículo 24: Derechos del Menor.</i> <i>Artículo 26: Integración de personas discapacitadas.</i>

9.3. Normas estatales

<u>AÑOS</u>	<u>NORMATIVA ESTATAL</u>		
1978	<u>La Constitución</u> <i>Artículo 14:</i> Igualdad ante la Ley (capítulo 2º del título I, derechos y libertades). <i>Artículo 39:</i> Protección a la familia y a la infancia (capítulo 3º, principios rectores de la política social y económica). <i>Artículo 49:</i> Atención a los disminuidos físicos.		
<u>AÑOS</u>	<u>SERVICIOS SOCIALES</u>	<u>SANIDAD</u>	<u>EDUCACIÓN</u>
1980-9	Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI), Ley 13/1982 de 7 de Abril. (BOE 30-4-1984). <u>Artículos</u> : 1, 3, 8, 9.1, 9.2, 9.3	Ley General de Sanidad (LGS), 14/1986 de 25 de Abril. (BOE 29-4.1986). <u>Artículos:</u> 3.1, 6.3, 18.5, 26.1, 55.2	Real Decreto 334/1985 de 3 de Julio. Ordenación de la Educación Especial. (BOE 16-3-1985). Real Decreto Ed.Compensatoria 1174/1983, de 27 de Abril.

AÑOS	SERVICIOS SOCIALES	SANIDAD	EDUCACIÓN
1990-9	<p>Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley 1/1996, de 15 de Enero. (BOE 17-1-1996). <u>Artículos:</u> 1, 3, 11, 17, 21.</p> <p>Real Decreto de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, RD 1971/1999, de 23 de Diciembre. (BOE 26-1-2000).</p>		<p>Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), 1/1990, de 3 de Octubre. (BOE 4-10-1990). Artículos: 36.1-2-3-4, 37.2-3-4.</p> <p>Real Decreto 1006/1991, 14 de Junio. Se establecen las <i>enseñanzas mínimas correspondientes a Educación Primaria.</i></p> <p>Real Decreto 1330/1991, De 6 de Septiembre. Se establecen los <i>aspectos básicos del currículo de Educación Infantil.</i></p> <p>Real Decreto 696/1995, de 28 de Abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales. (BOE 2-6-1995). <u>Artículos:</u> 1, 3, 5, 8, 12.</p> <p>Orden, de 14 de Febrero. Regula el procedimiento para la realización de la evaluación y el dictamen de escolarización de los alumnos con nees. (BOE 23-2-1996).</p>

AÑOS	SERVICIOS SOCIALES	SANIDAD	EDUCACIÓN
2000-06	Ley de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad , Ley 51/2003, del 2 de Diciembre. (BOE 3-12-2003).	Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. (BOE 15-11-2002) Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud , Ley 16/2003, del 28 de Mayo. (BOE 29-5-2003).	Ley Orgánica 10/2002 , del 23 de Diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE) . (BOE 24-12-2002). <u>Artículos</u> Capítulo VII, sección 4ª: Del 44 al 48. Real Decreto 828/2003 y 229/2003 , de 27 Junio. (BOE 1-7-2003). Se establecen los aspectos básicos en Ed.Prescolar y enseñanzas comunes de la Ed.Infantil. Anteproyecto Ley Orgánica de Educación 30 Marzo, 2005. <u>Artículos:</u> 68 y 69 (capítulo I).78, 79.1-2 (capítulo II). Ley Orgánica de Educación (LOE) , 2/2006 de 3 de Mayo. (BOE 4-5-2006).

9.4. Normativa en la CAM

El artículo 148.1 de la Constitución establece que "Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias", artículo 148.20 "Asistencia Social" y 148.21 "Sanidad e higiene". En este sentido destacan las Leyes de Salud y Las de Salud escolar.

<u>AÑOS</u>	<u>NORMATIVA COMUNIDAD DE MADRID</u>
1984	La Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid , establece la formación de Servicios Sociales Especializados de Minusválidos.
1996	Ley 5/1996, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid
1996	La Ley 2/1996, de 24 de junio, de creación del Organismo Autónomo Instituto Madrileño del Menor y la Familia
2005	Resolución de 28 de julio de 2005 del director general de centros docentes por la que se establece la estructura y funciones de la orientación educativa y psicopedagógica en educación infantil, primaria y especial en la comunidad de Madrid.

10. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA C.A.M.

Por ser en nuestra comunidad donde vamos a tomar la muestra de nuestra investigación, hemos visto importante abrir un capítulo específico sobre la Atención Temprana, que desglosaremos a continuación.

Sólo queremos señalar

10.1. Incidencia y prevalencia:

En el **Plan de Acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid (1997/2002)** se pone de manifiesto que entre el 2% y el 3% de los niños presenta graves deficiencias al nacimiento, y que del 6 % al 8% de los niños menores de 6 años presenta déficit o problemas importantes que van a condicionar el proceso normal de su desarrollo. Esto supone, para la Comunidad de Madrid, que cada año nacen en torno a 1000 niños con algún tipo de deficiencia, y que en el tramo de edad comprendido entre el nacimiento y los seis años, más de 17.000 niños tienen comprometida su maduración y progreso evolutivo por diversas alteraciones y problemas en el desarrollo.

Las **Estadísticas de la Comunidad de Madrid** realizan sus estudios teniendo en cuenta la población con un grado de discapacidad mayor del 33%. Respecto a la edad pediátrica el 3% de los niños menores de 4 años presenta una discapacidad. El total de los niños discapacitados entre 0 y 14 años se dividen en tres grupos: los menores de 4 años son el 41.3%, los niños entre 5 y 9 años son el 26.5% y los niños de 10 a 14 años son el 32.3%. En sus trabajos no se recoge más información respecto a la población

Asimismo, encontramos que en el estudio demográfico de la CAM se indica que, en la actualidad, hay un total de 6.308 niños afectados, de los cuales tan sólo 1.797 reciben la atención necesaria. De todo ello podemos inferir que el porcentaje de niños tratados es tan sólo del 23,7%. (Estudio Demográfico de la CAM. Prevalencia de las limitaciones del desarrollo, 2003).

10.2. Los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad de la CAM:

Además de la normativa antes descrita, la Comunidad de Madrid cuenta con sendos Planes de Acción para las Personas con Discapacidad que han

abordado, en mayor o menor medida, la cuestión de la atención a la infancia con deficiencias.

Plan de Acción para personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid (1997 - 2002):

Este Plan de Acción es fruto del desarrollo de diferentes normas tanto a nivel internacional (“Normas Uniformes” y Plan de Acción en materia de discapacidad de la ONU, 1984) como estatal (I Plan de Acción para personas con discapacidad, 1995).

El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid elaboró este Plan a través de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Durante su desarrollo, contó con la presencia y las aportaciones técnicas de todas las Consejerías implicadas, Entidades Asociativas del sector y la Administración Central.

El Plan de Acción está estructurado en las áreas de intervención consideradas de especial relevancia para la plena integración social de las personas con discapacidad. La primera de las áreas se denomina **Promoción de la Salud y Prevención de las Deficiencias**, y se dirige a la acción preventiva integral en los niveles individual, médico y social.

Nos centraremos en los dos primeros programas de esta área, pues están destinados a favorecer la atención a la mujer de cara a la prevención, detección y atención de las deficiencias, del mismo modo que contribuye a la detección y atención tempranas del niño con deficiencia o con riesgo de padecerla.

El *primer programa*, **Salud Materno – infantil y prevención de deficiencias** perinatales, tiene por objeto “*disminuir el número de embarazos de riesgo y potenciar la atención a la mujer en edad fértil, embarazo, parto y puerperio*”. Las medidas propuestas para el desarrollo de este objetivo son:

- Potenciar y mejorar la divulgación y acceso a los servicios de planificación familiar.
- Potenciar la prevención prenatal en embarazadas de riesgo, debido a enfermedades infecciosas, congénitas, metabólicas y/o ambientales.
- Potenciar el registro epidemiológico y de información general de malformaciones.

El *segundo programa*, **Detección y Atención Temprana**, contempla los siguientes objetivos:

- Detección neonatal de metabolopatías congénitas.
- Detectar precozmente a los niños con discapacidad o con problemas en el desarrollo y establecer las medidas adecuadas para su seguimiento.
- Ofrecer una atención integral a niños con problemas en el desarrollo por causa de una deficiencia o factores socioambientales y a sus familias.
- Cumplimentar el calendario vacunal infantil.

A continuación, se detallan las diferentes **medidas** encaminadas a desarrollar tales objetivos:

- Realizar la detección y el diagnóstico neonatal de metabolopatías congénitas a todos los recién nacidos.
- Generalizar la detección y el diagnóstico neonatal a todos los niños.
- Seguimiento durante los primeros años de la vida, con especial incidencia en los grupos de riesgo.
- Establecer un registro de niños con alteraciones del desarrollo o en situación de riesgo y procedimientos protocolizados de derivación.
- Acreditación de las Unidades Hospitalarias habilitadas para certificar con carácter provisional la necesidad de atención temprana.
- Implementar el Programa de "Detección del Riesgo Social en Neonatología".
- Seguimiento durante los primeros años de la vida, con especial incidencia en los grupos de riesgo.
- Establecer un registro de niños con alteraciones del desarrollo o en situación de riesgo y procedimientos protocolizados de derivación.
- Garantizar un Programa individual de Rehabilitación a todos los niños con discapacidades, con alteraciones del desarrollo y/o riesgo de padecerlo.
- Ofrecer apoyos a las familias con niños de alto riesgo o con discapacidades.

- Garantizar un Programa individual de Rehabilitación a todos los niños con discapacidades, con alteraciones del desarrollo y/o riesgo de padecerlo.
- Ofrecer apoyos a las familias con niños de alto riesgo o con discapacidades.
- Efectuar diligentemente la vacunación infantil en todos los niños menores de 14 años.

Como vemos se trata de un programa muy completo y ambicioso, en relación con la atención a la primera infancia, que aborda la problemática de las deficiencias desde un paradigma eminentemente preventivo.

II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la C.A.M. (2005 – 2008):

Una vez finalizado el primer Plan de Acción, se elaboró el segundo Plan de Acción en aras de seguir mejorando los recursos de atención para las personas con discapacidad, incorporando, asimismo, las últimas directrices de las diferentes organismos internacionales así como los avances logrados por el desarrollo de las nuevas tecnologías.

El presente Plan contempla un programa específico de Atención Temprana en las tres áreas pertenecientes a las principales administraciones con competencias en la infancia: Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Consejería de Educación y Consejería de Sanidad y Consumo.

1. Programa de Atención Temprana del Área de Apoyo Social:

Establece como principales **objetivos**:

- Garantizar la prestación del servicio.
- Coordinar interinstitucionalmente la Atención Temprana.

Las **medidas** que contempla para conseguir tales objetivos son:

- Creación y reconversión de plazas públicas de Atención Temprana.
- Aproximación de las Atención Temprana a las zonas rurales.
- Elaboración de la normativa reguladora de la Atención Temprana.

- Acuerdo sobre variables epidemiológicas y diagnósticas que se incluyan en los sistemas de información de Sanidad, Educación y Servicios Sociales, unificando protocolos de registro y derivación.
- Creación de Comisiones de Coordinación en Atención Temprana.

2. Programa de Atención Temprana del Área de Educación:

Tiene por **objetivos**:

- Reforzar la Atención Temprana.
- Mejorar la coordinación interinstitucional en Atención Temprana.

Por medio de las siguientes **medidas**:

- Mejora de la atención educativa a niños con necesidades especiales de 0 a 6 años.
- Elaboración de la normativa reguladora de la Atención Temprana.
- Acuerdo sobre variables epidemiológicas y diagnósticas que se incluyan en los sistemas de información de Sanidad, Educación y Servicios Sociales, unificando protocolos de registro y derivación.
- Creación de Comisiones de Coordinación en Atención Temprana.

3. Programa de Prevención y Atención Temprana del Área de Sanidad:

Plantea como **objetivos**:

- Desarrollar procedimientos de prevención de discapacidades.
- Optimizar y mejorar la Atención Temprana.

Y las siguientes **medidas**:

- Prevención prenatal.
- Desarrollo de procedimientos de cribado para prevenir malformaciones y detectar endocrino – metabolopatías congénitas.
- Detección de hipoacusias en todos los recién nacidos en la CAM.
- Optimización del diagnóstico y detección de trastornos del desarrollo y situaciones de riesgo asociadas a discapacidad.

- Mejora de la detección del riesgo social en unidades de neonatología.
- Prevención del abuso de alcohol y toxicomanías en población joven y adulta.
- Elaboración de la normativa reguladora de la Atención Temprana.
- Acuerdo sobre variables epidemiológicas y diagnósticas que se incluyan en los sistemas de información de Sanidad, Educación y Servicios Sociales, unificando protocolos de registro y derivación.
- Mejora de la coordinación para la Atención Temprana.
- Análisis de la situación de los servicios de rehabilitación motórica en los hospitales para su potenciación.

10.3. Servicios y recursos de atención a la infancia en la Comunidad de Madrid:

La Comunidad de Madrid cuenta con una amplia red de servicios que presta atención a los problemas de la infancia. Estos recursos se enmarcan dentro de las actuaciones de los servicios sanitarios, educativos y sociales. A continuación presentamos un listado de los recursos con que cuenta nuestra Comunidad, según tipología y número de efectivos.

a) Servicios Sanitarios:

- Hospitalarios: red de 19 hospitales públicos que prestan servicios de neonatología, cuidados intensivos neonatales, pediatría, ginecología, obstetricia, neuropediatría, y rehabilitación infantil.
- Atención primaria: red de centros de atención primaria en las once áreas en que se divide la administración sanitaria.
- Centros de Salud Mental: total de 46 centros distribuidos en las once áreas.

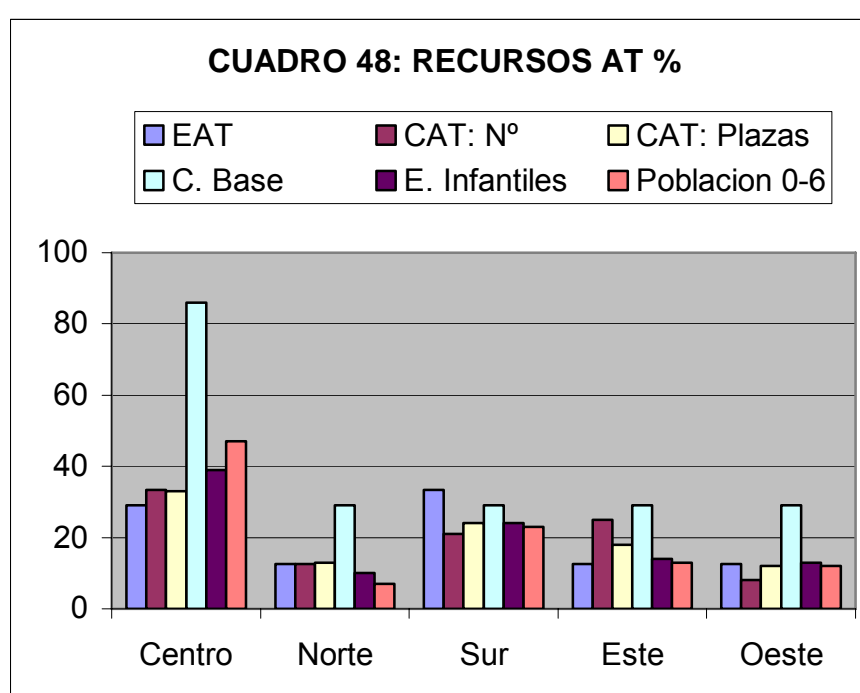
b) Servicios Educativos:

- Equipos de Atención Temprana: red de 13 EAT distribuidos en las cuatro áreas territoriales.

- Equipos específicos: total de cuatro equipos específicos para cada tipo de discapacidad (alteraciones graves del desarrollo, deficiencia auditiva, deficiencia visual y deficiencia motora).
- Centros de educación Infantil: que ya expusimos en el capítulo anterior.

c) Servicios Sociales:

- Centros Base de Valoración e Intervención: red de 7 centros que atienden a diferentes poblaciones.
- Centros de Servicios Sociales: red de 24 Centros de Atención Temprana (concertados o subvencionados).



Fuente: Adaptado de CAM 2006

En el gráfico anterior podemos observar las cifras en porcentajes de los recursos que tiene la Comunidad en materia de Atención Temprana. El único dato que puede chocar un poco son los centros base, ya que en materia de Atención Temprana sólo hay 7 centros que se dedican a ello, de los cuales uno está en la zona sur, y el resto en la zona centro, no obstante esos seis centros base se dividen los distritos de la comunidad tanto para las áreas periféricas como en la zona centro. De los datos en cifras totales si podemos ver que la zona más desfavorecida es la capital.

d) Instituciones:

Además de los anteriores servicios, la Comunidad de Madrid cuenta con una serie de instituciones que velan por la prevención y la atención a la primera infancia de riesgo:

Real Patronato sobre Discapacidad:

De ámbito estatal, con sede en nuestra Comunidad, el Real Patronato es una de las principales instituciones que vela por la prevención y la atención de las deficiencias. Creado por Decreto 1023 / 1976, de 9 de abril, el entonces Real Patronato de Educación Especial contribuyó de forma decisiva al nacimiento de las primeras medidas encaminadas a la prevención y la atención de las deficiencias.

El Real Patronato inició su andadura con la elaboración y desarrollo del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad y del Plan Nacional de Educación Especial. Sin duda, éstas fueron las primeras medidas que intentaron abordar la problemática de las deficiencias en nuestro país. (Arizcun, Gútiez y Ruiz 2006)

A lo largo del desarrollo de la Atención Temprana, el Real Patronato ha jugado un papel muy importante apoyando y subvencionando diferentes actuaciones. Así mismo, esta institución convoca, con carácter bienal, los Premios Reina Sofía de Prevención de Deficiencias. También viene desarrollando, desde 1989, un Curso sobre Prevención de deficiencias.

Asimismo, resaltar que el Real Patronato posee uno de los centros de documentación sobre discapacidad más importantes.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO):

La Resolución de 27 de enero de 1981, de la Dirección General del IMSERSO, por la que se aprueba el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, constituye el punto de partida de los servicios entonces denominados de *estimulación precoz*, con carácter general y sistemático.

También de ámbito estatal, el actual IMSERSO se ocupa de la provisión directa de la Atención Temprana a través de sus Centros Base de Valoración e Intervención.

Es interesante resaltar que la Biblioteca del IMSERSO, ubicada en Madrid, es también uno de los principales centros de documentación sobre discapacidad.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF):

Se trata de un organismo autónomo, creado por Ley 2/1996, de 24 de junio. En el marco del IMMF, se encuentra el Consejo de Atención a la Infancia y la Adolescencia, como órgano colegiado de coordinación de las distintas Administraciones públicas, y de participación de las entidades de la iniciativa social, que tiene por objetivos:

- Impulsar la coordinación entre las diferentes administraciones públicas y ámbitos funcionales (Servicios Sociales, Salud y Educación, fundamentalmente) que actúan en el campo de la infancia.
- Incrementar y consolidar la participación de la iniciativa social en los servicios orientados a la infancia.
- Fomentar la participación de los niños, niñas y adolescentes, facilitando un cauce institucional adaptado a sus circunstancias.

Defensor del Menor de la C.A.M.:

Es el alto comisionado de la Asamblea de Madrid para salvaguardar y promover los derechos de los menores de edad. Entre sus competencias destacan las siguientes:

- Supervisar la acción de las Administraciones Públicas de la CAM y de cuantas entidades privadas presten servicios a la infancia y adolescencia con el fin de salvaguardar sus derechos.
- Divulgar los derechos de la Infancia y Adolescencia.
- Recibir y tramitar las quejas que preste cualquier ciudadano de amenaza o vulneración de los derechos de los niños.

11. CONSIDERACIONES FINALES

Como resumen de lo tratado en este capítulo señalar:

- Vemos importante resaltar que al ser el desarrollo infantil un proceso sumamente complejo, basándose en diversos factores como la evolución biológica, psicológica y social, los primeros años de vida del niño son una etapa especialmente crítica ya que en ellos se configuran las diferentes áreas de desarrollo (perceptivas, motoras, cognitivas, sociales, etc.) que facilitaran la posterior desenvolvutura del niño con el mundo circundante.
- En este sentido la Atención Temprana es una disciplina que viene a cubrir las necesidades de los niños con algún tipo de déficit o riesgo de padecerlo, con el fin de optimizar ese desarrollo del que hablábamos anteriormente.
- Asimismo la Atención Temprana, posee una historia relativamente corta, por ser una ciencia joven y en auge, se basa en otras disciplinas científicas, pero tiene unos objetivos y fines que le son propios.
- A partir de mediados del Siglo XX aparece la Atención Temprana, primero como fin puramente asistencial en niños con riesgo social y dedicada a ambientes desfavorecidos, y posteriormente se aplicó e involucró en diversos ámbitos (medicina, social...) con el fin de dar respuesta tanto a los problemas sociales, como a los biológicos, ambientales y de riesgo. Pasa de cubrir un déficit, a paliar una necesidad preventiva.
- La normativa en Atención Temprana ha ido creciendo a lo largo de las últimas décadas, primero desde una vertiente exclusivamente ligada a la educación especial, y desde hace relativamente poco, empieza a desligarse (aunque no se separa ya que se fundamenta en la misma) para ser objeto de una atención específica.
- La incidencia que se estima en Atención Temprana según los datos del INE es de entre un 2,5 y un 4% de la población entre 0-6 años, población que es susceptible de recibir una Atención Temprana con el fin de paliar las posibles deficiencias para un mejor desarrollo posterior, y una adaptación social que permitan una mejora en la calidad de vida del sujeto.

- Los ámbitos propios de la Atención Temprana son cuatro: los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, los servicios sociales, los sanitarios y los educativos. Todos se han ido regulando conforme han ido transcurriendo los años, aunque todavía no existe ninguna perspectiva integradora de ellos que permitan una mejor coordinación y colaboración para una mejora real en todos los aspectos, de ahí la necesidad de una Atención Temprana interinstitucional regulada.
- Nos hemos detenido a desarrollar quizás un poco más el ámbito social dedicándole a los Centros Base un capítulo específico, debido a que es en uno de ellos donde procede la muestra y se ha realizado nuestra investigación. Queremos resaltar que estos centros al principio cuando se concibieron, tenían un enfoque más educativo, y que con el paso de los años se ha ido convirtiendo en algo de tipo más rehabilitador.
- Debería existir una forma de instrumentalizar la coordinación y corresponsabilización de las diferentes administraciones públicas implicadas en todas las actuaciones de los niños de 0-6 años con algún tipo de déficit o riesgo de padecerlo, para poder atender mejor sus necesidades y que su evolución posterior sea más efectivo.

MARCO EMPÍRICO

CONSIDERACIONES INICIALES

El mundo científico y académico ha hecho un gran esfuerzo por esclarecer las bases del conocimiento y del método científico, cuyo límite con el pensamiento vulgar a veces no parece tan claro. Autores como Popper (1977) expresaron esta dificultad afirmando que *“el conocimiento científico sea el desarrollo del sentido común”* (1977: 19).

No obstante, el conocimiento científico queda caracterizado por el método que utiliza y, por ello, puede definirse como *“todo conocimiento adquirido a través del método científico”* (Arnal, Latorre y Rincón, 1994: 4).

Las **características del conocimiento científico** han sido ampliamente estudiadas por autores como Bayés (1974), Arnau (1978), McGuigan (1983) y Kerlinger (1985), quienes lo caracterizan como:

a) Objetivo: cuando se corresponde con la realidad del *objeto* y describe o explica tal cual es, y no como nosotros deseamos que fuera.

b) Fáctico: La fuente de información y de respuesta a los problemas es la experimental.

c) Racional: utiliza la razón como vía esencial para llegar a sus resultados.

d) Contrastable: permite una mayor fiabilidad del conocimiento (Bunge, 1981; Popper, 1988) al ser comprobado por distintas personas y en circunstancias variadas.

e) Sistemático: Es un conocimiento ordenado, consistente y coherente. Bochenski manifiesta que *“no todo el que posee conocimiento de algún dominio del saber posee ciencia de él, sino solamente aquel que ha penetrado sistemáticamente y que, además de los detalles, conoce las conexiones de los contenidos”*(1981: 30). Asimismo, Kerlinger (1985) resalta que el científico busca consciente y sistemáticamente relaciones.

f) Metódico: es fruto de una metodología rigurosa.

g) Comunicable: lenguaje apropiado y preciso

h) *Analítico*: consiste en seccionar la realidad para poder abordarla con mayores garantías (López Cano, 1978).

En conjunto, las características descritas diferencian el conocimiento científico de otros tipos de conocimiento. Sin embargo, algunas características tienden a predominar más en determinadas disciplinas.

No obstante, para llevar a cabo la parte práctica de nuestro trabajo, consideramos necesario establecer un **marco de trabajo**, que de coherencia a todo el proceso de investigación, por eso lo hemos dividido en cuatro partes propiamente dichas (basado en McMillan y Shumacher 2005):

1. **Descripción del Estudio**: En este apartado nos centraremos en explicar el origen y las investigaciones previas que han precedido a nuestro trabajo, así como la delimitación del problema de estudio, las hipótesis de trabajo que nos planteamos, los objetivos propuestos y la delimitación de las variables.
2. **Metodología de Trabajo**: dentro de esta apartado expondremos la naturaleza de nuestra investigación, el plan de muestreo con las características de procedencia de la muestra, del centro y de los sujetos, así como las características metodológicas del modelo de seguimiento y el análisis de datos utilizado.
3. **Resultados y Conclusiones**: A partir de los datos obtenidos en el análisis de los datos, expondremos en función de cada una de las hipótesis cuales han sido los resultados. Y finalmente expondremos las conclusiones de nuestras hipótesis,
4. **Consideraciones finales**: en este apartado expondremos un resumen y análisis del proceso de la investigación, las limitaciones que hemos tenido en el estudio, las conclusiones finales de nuestro trabajo y las propuestas derivadas de todo el proceso.

A grandes rasgos, el esquema de trabajo ha sido el siguiente:

CUADRO 48: DISEÑO METODOLÓGICO:
<i>PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</i>
1.- Origen del estudio
2.- Planteamiento del problema de Investigación.
3.- Hipótesis.
4.- Objetivos de la Investigación.
5.- Delimitación de las variables.
<i>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</i>
6.- Método cuantitativo no experimental.
<i>TIPO DE INVESTIGACIÓN</i>
7.- Investigación ex post facto y basado en la correlación.
<i>PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN</i>
6.- Entrevistas con el equipo de AT de Maudes.
7.- Revisión de los expedientes del modelo de seguimiento: 7.1- Informes de alta de Neonatología. 7.2.- Resultados de la Brunet Lezine al año y dos años. 7.3.- Datos del protocolo de información.
<i>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</i>
9.- Cálculo de frecuencias – porcentajes.
10.- Estadística correlacional y graficación estadística.

Fuente: elaboración propia a partir de Gento, S. (2003).

BLOQUE I:

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La idea del estudio surgió en 2005, al revisar las publicaciones existentes en esta materia, y constatar que aunque se podían encontrar diferentes estudios en esta población, muy pocos se centraban en las edades de nuestra muestra, la gran mayoría se centraban en seguimientos de estas poblaciones para conocer sus hándicaps en edades escolares, muy pocos corroboraban las medidas preventivas de un programa de seguimiento en estas edades, apenas existen donde hagan intervención directa sobre el sujeto y probablemente el dato más significativo, es la muestra de nuestro trabajo con el fin de poder perfilar unas pautas preventivas y un modelo globalizador que atienda a esta población.

La **literatura sobre la prevalencia** de trastornos del neurodesarrollo entre los grandes prematuros (peso al nacer inferior a 1000 grs) es muy dispar. De forma general entre el **20 y 25%** de los supervivientes **presentarán al menos una deficiencia significativa** (Bowen, Gibson y Hand 2002), entre un 17-21% retraso intelectual (Msall y Tremont 2002), en función de los autores 12-15% parálisis cerebral (Stanley, Blair y Albermann 2000), 3-8 % de ceguera y sordera (Pallás, et al 200). El 50% de ellos presentarán más de una deficiencia (Monset-Cochard, Bethman y Kastler 2002). Existe la impresión de que **otro 50%** de los supervivientes **presentarán problemas** en el neurodesarrollo de carácter más leve que se manifestarán **en la época escolar** y adolescencia (Mulas 1993). Las cifras de prevalencia para los que tienen un peso entre 1000 y 1500 grs tienden a ser aproximadamente la mitad de las del grupo previo. Por ese motivo se suele considerar **el peso inferior a 1500 grs como el grupo de riesgo claramente significativo**, aunque algunos autores lo ponen en duda (eg. Temple, Dennis, Carney y Sharich 1995).

A pesar de los esfuerzos realizados en el control del embarazo y el parto, la **frecuencia de los partos prematuros** se mantiene estable e incluso **se aprecia** desde hace unos años cierto **incremento** en la frecuencia de nacimientos extremadamente prematuros. Actualmente nacen antes de la 37 semana de gestación del 7 al 8 % de los recién nacidos vivos y por debajo de los 1.500 gramos de peso el 1,2 % aproximadamente (Pallás y col. 2000).

El hecho de que **no se haya podido disminuir esta frecuencia** se debe, en parte al menos, a la **aparición de nuevas situaciones** de riesgo, como el aumento de **edad de las madres** y la utilización masiva de las **técnicas de reproducción asistida**, que se asocian a mayor probabilidad de **gestación múltiple**. Estas gestaciones están abocadas a un parto prematuro y en el caso de las de más de dos fetos, probablemente a un parto antes de 33 semanas. (Gútiez 2005, Arizcun y Arrabal 2005)

En un **estudio publicado** en 2002 (Stronberg, Dahlquist, Ericsson et Al) en el que se evaluaron 5680 niños nacidos tras **fertilización “in Vitro”**, se ha encontrado que estos niños presentan un **riesgo casi 4 veces superior de padecer parálisis cerebral** que los neonatos a término concebidos por vía “natural”. Este riesgo superior parece estar asociado a la alta frecuencia de embarazos gemelares, prematuridad y bajo peso al nacimiento que se producen con las técnicas conceptuales “in Vitro” .

Actualmente el 50% de los niños con parálisis cerebral tienen el antecedente de haber nacido muy prematuramente y de entre las personas con déficit visual grave, el 17% fueron niños que pesaron al nacer menos de 1.500 gramos (Lorentz 2001).

La **hemorragia intraventricular** aparece en un 25-30% de los menores de 1.500g. Cuando es leve **grado I-II**, demuestran **trastornos del desarrollo y del aprendizaje**, defectos sensoriales leves, igual que los niños de su edad y peso sin hemorragia. Un 10%, con hemorragia I-II o sin ella tienen parálisis cerebral generalmente en forma de diplegia. Si es de **grado III**, los **trastornos neuromotores** son mayores, un 40% tienen cuadriplegia o diplegia, retrasos de desarrollo, necesitando ayuda en la edad preescolar un 50% de ellos. Si la hemorragia hubiera sido de **grado IV**, el 80% de los pocos supervivientes, tendrían **grandes problemas motores y de neurodesarrollo**, (Arrabal 2003).

Estos niños **tienen con mayor frecuencia**, que los recién nacidos a término, **discapacidad intelectual**. Parece ser que el rendimiento académico de los niños de muy bajo peso, está por debajo de límites normales en un 30-50%. Tienen puntuaciones medias por debajo de los nacidos a término con diferencias en los test de inteligencia entre los 5-10 años. Entre otros, destacan los estudios realizados con pruebas de inteligencia (WISC, K-ABC, etc.) que

demonstraron la existencia de diferencias entre la población con peso adecuado, y los niños de menos de 1500 gramos, la gran mayoría de los niños que nacieron muy prematuramente presentan un cociente dentro de la normalidad, pero al comparar la distribución del cociente de desarrollo y del cociente intelectual con la de los niños nacidos a término se observa una leve desviación a la baja:

Cuadro 47: Estudios de Neuropsicología realizados en niños de menos de 1500 gramos

AUTORES/AÑO	MUESTRA	TEST
Olsen <i>et al.</i> 1998	N=42; 8 años	WISC-R
Burguet <i>et al.</i> 2000	N= 171; 5 años	WPSSI
Ment <i>et al.</i> 2003	N= 25; 8 años	WISC-III
O’Brien <i>et al.</i> 2004	N= 151; 14 años	WISC-R

Fuente: Adaptado de Narberhaus y Segarra 2004:324

Guralnick (1997), dedica el primer bloque de su libro con profesionales americanos que se dedican a la Atención Temprana, a las poblaciones de riesgo, dentro de las cuales expone y **analiza la efectividad de los programas de prevención en niños prematuro y/o bajo peso**. Hace un recorrido sobre las diferentes patologías que presentan y los beneficios que se obtienen con la prevención de las posibles alteraciones en estos programas.

Existen evidencias que muestran como **los niños con dificultades de aprendizaje**, en gran medida vienen por problemas de embarazos problemáticos. **Entre los factores de riesgo** cabe desatacar la **hemorragia intraventricular (HIV), el bajo peso al nacer y la prematuridad**. (Mulas, Morant, Roselló, Soriano e Igual 1998)

Los niños con **excesivo bajo peso al nacer (EBPN)**, niños que han nacido con menos de 1000 gramos de peso, pueden desarrollar graves alteraciones en el desarrollo motor, particularmente si han sufrido una hemorragia intraventricular. Existen datos que confirman que **el 20% de los niños con EMPN** que experimentan **Hemorragia Intraventricular** están afectados por una **parálisis cerebral** (Messenger, Dolcourt, King, Bodnar, et al 1996).

Saigal (1995) revisó 29 artículos publicados entre 1982 y 1994 sobre los **resultados obtenidos** por niños con **excesivo bajo peso al nacer en cuanto a estado de salud, habilidades cognitivas y rendimiento escolar**, concluyendo que estos niños tienen un **desarrollo físico más limitado** que los niños a término, y padecen de 3 a 4 veces más enfermedades que los niños de los grupos control

Doussard-Roosevelt y col. (1997) examinaron el valor de **la tasa cardíaca y del ritmo respiratorio** como marcadores del resultado evolutivo. Evaluaron a 41 niños con **excesivo bajo peso al nacer** el electrocardiograma neonatal y su desarrollo a los 3 años. Se registraron medidas de las medias de tasa cardíaca y arritmia respiratoria y los cambios madurativos en sus valores, desde la 33 a la 35 semanas de edad gestacional. Las medidas de arritmia cardíaca predijeron los resultados del desarrollo a los 3 años en mayor medida que otros factores como el peso al nacer o el nivel socioeconómico; concretamente la maduración de **las medidas de arritmia cardíaca** estaba **asociada** con un **procesamiento mental mejor y habilidades motoras gruesas más desarrolladas**. Además, una medida conjunta de la maduración de la tasa cardíaca y del ritmo respiratorio correlacionó positiva y significativamente la regulación del comportamiento de los niños a los 3 años, valorada mediante una lista de problemas de conducta, cumplimentada por los padres.

Otras variables médicas fueron estudiadas como el hecho de que los **cocientes de desarrollo** de niños de muy bajo peso al nacer, **eran menores** que los de los niños con peso adecuado, teniendo ambos grupos Hemorragias Intraventriculares, lo que hacía prever como un signo más de atención y prevalencia de discapacidad en estas poblaciones (Arizcun, Gútiez, Molinuevo y Valle 2000).

Hall y col (1995) compararon la **prevalencia de las dificultades de aprendizaje y alteraciones cognitiva y motora** en 324 niños con **excesivo bajo peso al nacer** a los 8 años de edad con una población de 590 niños, equilibrados en edad y sexo. Dentro del grupo general el subgrupo con un peso por debajo de los 1000 g al nacer obtuvo un CI medio de 90,4 y el grupo de más de 1000 g un CI de 93,7. En términos generales la **inteligencia** obtuvo

valores **dentro de la normalidad**, pero en **test de lectura de palabras y habilidades numéricas** básicas los niños de bajo peso tenían un **nivel inferior** al del grupo control. Estos niños con **excesivo bajo peso al nacer** planteaban además **importantes demandas en la escuela**, de manera que casi el **50% de ellos necesitan un apoyo en su aprendizaje**, frente a un 16% del grupo control. Además el **15%** de los niños con menos de 1000 g y el **6%** de los que pesaron entre 1000-1500 g **asistían a centros específicos de educación especial**.

Las **puntuaciones** de los niños con **excesivo bajo peso al nacer** en test que miden **lenguaje**, habilidades **espaciales**, **motrices**, **táctiles** y atencionales, controlando factores ambientales como el CI y educación de las madres, **son significativamente inferiores** a las puntuaciones de los niños con un peso normal al nacer. La aplicación de modelos aditivos revela que la realización de los test varía de acuerdo con este peso, y que la ejecución continúa mejorando a medida que el peso se incrementa hasta los 3000 g. (Breslau, Chilcota, DelDotto y Andreski 1996).

Ross y col. (1996) investigaron las **habilidades cognitivas** y el valor predictivo de diversas variables perinatales, demográficas y cognitivas en una muestra de 59 niños de 8 años con **excesivo bajo peso al nacer**, con un CI normal y sin problemas neurológicos. De estos 59 niños, 22 habían sido diagnosticados como niños con **dificultades de aprendizaje** y 37 no tenían problemas de rendimiento escolar. Un primer factor que diferenció a los dos grupos fue la **superioridad de puntuaciones en el CI verbal** y total de los niños sin problemas de aprendizaje. Hicieron un estudio con pruebas normalizadas de desarrollo cognitivo, verbal, social y visomotor, donde el desarrollo del **lenguaje resultó ser el factor discriminante**, de cara a determinar las dificultades de aprendizaje en los niños con excesivo bajo peso al nacer.

Otras investigaciones demostraron que las **variables ambientales** influyen enormemente en el pronóstico de los niños de excesivo bajo peso al nacer. Como el bajo nivel educativo del padre incrementa en los niños con excesivo bajo peso al nacer experimente retrasos evolutivos en las diferentes áreas, mientras que un nivel superior socioeconómico en la familia aparece

relacionado con la obtención de mejores resultados cognitivos y sociales por parte de estos niños. (Landry, Denson, Swank 1997).

Abundan en este sentido los **estudios longitudinales** que han demostrado como **un 49% de la varianza** en el desarrollo a los 3 años de niños con bajo peso al nacer es **explicada por variables ambientales**, entre las que destacan por su importancia la estimulación del lenguaje por parte de los padres. (Schraeder, Rappaport, Courtwright 1987).

La **variable familiar** ha resultado ser **muy significativa** en los diferentes trabajos que se han realizado sobre programas de Intervención Temprana (Guralnick y Forrest 1989, Valle, 1991, Saenz-Rico 1995, D’Angelo 1996, Guralnick 2005) y que ha mostrado una clara incidencia en los cocientes de desarrollo de estos niños.

Gútiez y col (1993) presentaron un **proyecto de intervención temprana** para niños de alto riesgo biológico, ambiental y con alteraciones o minusvalías documentadas, cuya metodología sirvió de base consolidándose en los trabajos que posteriormente se fueron realizando en el Hospital Clínico, el Hospital de Getafe y diferentes **tesis** doctorales (Valle 1990, Saenz Rico 1995, D’Angelo 1996, etc.)

Por último señalar que aunque existen otros muchos estudios sobre la descripción de la población de menos de 1500 gramos, su morbilidad y seguimiento (Pallás, Cruz y Medina 2000, Hernández et al. 2005, Neil et al 2005), todos ellos insisten en volver a dar cifras sobre la morbilidad y características de esta población, pero ninguno de ellos ha realizado sistemáticamente una intervención directa con estos sujetos y comprobado la efectividad de la misma en sus diferentes áreas del desarrollo.

Si bien es cierto que el estudio de Pallás y col. (2000) fue un estudio de 716 (de los cuales sobrevivieron 635 y 48 no pudieron seguir el programa) **niños nacidos en el Hospital 12 de Octubre de Madrid** desde el año 1990 al 1999, donde describen el seguimiento que les hicieron hasta los siete años de edad, donde valoraron al niño en las diferentes etapas y áreas. Los resultados son muy buenos descriptores de la población.

Hernández y col (2005) en el Hospital La Paz de Madrid hicieron un **estudio de la morbilidad** de los niños de estas características con parte de la

población que hemos usado nosotros en nuestro estudio (niños atendidos entre 1999 y 2000), sus datos vienen a confirmar con pequeñas desviaciones las investigaciones sobre el tema.

El último estudio publicado está realizado en Inglaterra por Neil y col (2005) con un **estudio longitudinal desde 1995**, y una muestra de 241 sujetos. Las cifras siguen estando dentro del rango que han estado manejando en otras investigaciones.

Actualmente la **Sociedad Española de Neonatología** ha creado un **programa de seguimiento de los niños de menos de 1500 gramos** que ha denominado SEN 1500, en la que participan hospitales de toda España (Anexo 2), y donde recogen diferentes datos de la exploración médica y posibles causas de discapacidad. (Ver protocolo de seguimiento en el ANEXO 5).

Después de haber revisado los estudios anteriores, y al ver que apenas existen estudios satisfactorios de seguimiento en estas poblaciones con una intervención directa sobre las mismas, buscamos algún tipo de programa o modelo de seguimiento que se estuviera ofreciendo en nuestra Comunidad donde intervinieran con estos niños.

Encontramos en el Centro Base Maudes de la Comunidad de Madrid, un modelo de seguimiento e intervención con estas poblaciones que lleva funcionando desde 1993, en niños que han nacido en el Hospital La Paz y posteriormente fueron remitidos al Centro Base para continuar con el seguimiento del desarrollo.

En el Centro Base fueron las creadoras del modelo de seguimiento, las que nos permitieron revisar y analizar sus historiales, con el fin de poder hacer un análisis de los datos, que permitieran ver los frutos del trabajo que llevan realizando desde 1993, y que son la base de nuestra investigación.

CAPÍTULO 2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Según Arnal, Latorre y Rincón (1996) *“El planteamiento del problema supone el inicio del quehacer científico. Éste surge cuando tenemos que dar respuesta a una pregunta o dificultad que consideramos problemática”*. (1996: 55)

Nuestros problemas de estudio son tres:

- Primero: **¿Qué características físicas y sociopsicopedagógicas conforman a la población de muy bajo peso al nacer?**
- Segundo: **¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños?**
- Tercero: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

Partiendo de estos problemas, abordaremos el planteamiento del mismo mediante la descripción de algunos de los aspectos que más los caracterizan, como son su identificación, valoración y formulación.

2.1. Identificación

Tomaremos como referente la **definición de Atención Temprana** que se recoge en el Libro Blanco: *“conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene 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 tiene riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar y transdisciplinar”* (GAT, 2000: 13).

En este sentido hemos ido fundamentando en los capítulos anteriores, como los niños de menos de 1.500 gramos son un grupo de riesgo (Mulas 1993, Arizcun, Guerra y Valle 1994, Pallás 2000, Neil y col. 2005), que parte en

unas condiciones de desventaja respecto a los niños que han nacido a término y con un peso normal (mayor de 2.500 gramos).

Por otro lado son abundantes los trabajos que han venido demostrando la importancia de la estimulación en los primeros años de vida (Harlow 1972, Valle 1991, Sánchez Sainz 1999) de manera que coincidimos en que:

“El fundamento de la intervención precoz aparece íntimamente ligado a la constatación de la importancia que tienen los primeros años para los niños que se desarrollan con normalidad y del papel que desempeñan los factores ambientales en ese desarrollo (...) esos primeros años son realmente especiales (...) los acontecimientos ambientales pueden modificar de forma sustancial la evolución del desarrollo durante ellos”. (Guralnick y Bennet, 1989: 12).

Ante esto, resulta evidente la afirmación de que, la falta de una intervención en estas primeras edades que tenga como objetivo minimizar cualquier tipo de problema, en el desarrollo infantil a nivel, tanto sanitario como educativo o social (Arizcun, Guerra y Valle, 1989), puede poner al sujeto que la padezca en situaciones de desventaja en relación con las posteriores oportunidades de desarrollo y con otros niños que se encuentren en distintas condiciones (Stein y Glassier, 1992; Portellano, 1995).

Los programas de seguimiento en recién nacidos con menos de 1500 gramos, cuya población es más susceptible de padecer alteraciones en su desarrollo, hacen que sean una población “diana” a atender y que sean sujetos a diferentes modelos de seguimiento en programas de Atención Temprana en los diferentes ámbitos (social, sanitario y educativo).

De forma que **no sólo es necesario detectar a estas poblaciones** y seguir su desarrollo en los diferentes controles médicos, sino que **hace falta intervenir** en los niños de manera que aseguremos una adecuación de su desarrollo, ya que parten en condiciones de desventaja. Existen diferentes iniciativas como son el Programa de Alto Riesgo de Deficiencias (PARDE) y de Riesgo Social en el Hospital Clínico, donde establecen unos criterios para el seguimiento y atención de estos niños. Existen otros modelos de seguimiento y pautas como el de Gútiez y Valle (2004), o el del Centro Base Maudes, donde realizan un seguimiento de estas poblaciones, ofreciendo diferentes tipos de intervención en función del retraso en el desarrollo del niño. Nosotros nos centraremos en el análisis de este último donde a partir de aquí podemos preguntarnos:

1. ¿Cuáles son las características físicas de nacimiento de estos niños?
2. ¿Existen diferencias significativas con la población normal en cuanto a su desarrollo durante los dos primeros años de vida?
3. ¿Son eficaces los modelos de seguimiento en recién nacidos de menos de 1.500 gramos?
4. ¿Benefician estos modelos de seguimiento al desarrollo de estos niños?
5. ¿Son diferentes la intensidad de los apoyos que van a necesitar, en función de sus características de desarrollo?
6. ¿Es el factor peso el que determina los problemas en el desarrollo de estos niños o existen otros factores?
7. ¿Cuáles son las áreas del desarrollo que se ven más perjudicadas en estos niños?
8. ¿Cuántos de ellos acaban escolarizados durante los tres primeros años de su vida?
9. ¿La escuela infantil sirve como elemento de compensación en las dificultades de estos niños?

Nuestra investigación parte del ámbito hospitalario y en concreto de los **servicios de Neonatología** debido a que la detección en la mayoría de las deficiencias se realiza en el periodo perinatal, alrededor del nacimiento. Este descubrimiento abre la posibilidad de iniciar la intervención o tratamiento lo más tempranamente posible (Padi 1999).

Se considera como principio general que **el proceso de detección ha de iniciarse lo más pronto posible** en la vida del niño y que el medio hospitalario, más específicamente los servicios de Neonatología, son los más próximos que pueden garantizar en primer lugar una detección verdaderamente temprana, para atender a estos niños con problemas o riesgo de padecerlos. (Libro Blanco Atención Temprana 2000)

En nuestro caso, este estudio parte del servicio de neonatología del Hospital de La Paz, donde se hace la detección de estos niños, y el Centro

Base Maudes donde les proporcionarán los apoyos oportunos en el desarrollo a los niños una vez les llegan derivados del Hospital La Paz, dentro de su modelo de seguimiento de prevención y Atención Temprana en poblaciones de recién nacidos con menos de 1500 gramos.

2.2. Valoración

Valorar un problema de investigación consiste según Arnal, Latorre y Rincón (1996) en “*considerar si reúne una serie de condiciones que se estiman en sí mismas necesarias*”. (1996: 56)

Para los problemas que requieren un planteamiento orientado al contexto de comprobación, como es nuestro caso, autores como Bartolomé (1988), señalan que el problema debe ser:

- **Real:** En este sentido hemos podido constatar que la necesidad de la Atención Temprana, tanto en su vertiente preventiva como en su intervención, es un problema percibido, sentido y reflejado en las diferentes leyes como son la L.O.E., la L.I.S.M.I. y la L.G.S. expuestas durante el marco teórico del trabajo. Asimismo queremos poner de manifiesto que apenas existen estudios que hagan ver la efectividad de un programa de seguimiento en estos niños.
- **Factible:** Dentro de los modelos de seguimiento nos hemos dirigido al servicio que ha posibilitado investigar en sus fuentes de datos en este caso al Centro Base Maudes.
- **Relevante:** Ya que lo hemos considerado de importancia, actualidad e interés suficientes, debido en parte a la relación que existe entre poblaciones de riesgo y discapacidad, y principalmente al hecho de poderles ofrecer una Atención Temprana en los primeros años, que ayude a favorecer su desarrollo, prevenir las dificultades de aprendizaje y paliar los efectos que se han demostrado tendrán estos niños más adelante.
- **Resoluble.** Planteamos la posibilidad de resolución de nuestro problema es posible dado que podemos describir de acuerdo con los métodos de investigación pertinentes la realidad que nos ocupa.

- **Generador de conocimiento:** Indudablemente el conocimiento actual de la cuestión, nos a permitir conocer los aspectos organizativos que deben mejorar para responder a las necesidades de estos niños (sociales sanitarios y educativos).
- **Generador de nuevos problemas:** Sin duda la respuesta a nuestro interrogante, nos planteará otros como la posible solución o conclusión de los resultados.

2.3. Formulación

De acuerdo con el planteamiento inicial de la investigación, con la fundamentación teórica de la Atención Temprana y con la revisión sobre el desarrollo de la formación de los profesionales en el campo de las discapacidades de la infancia, **podemos definir el siguiente problema de investigación:**

¿Qué características físicas y sociopsicopedagógicas conforman a la población de muy bajo peso al nacer?

Este problema intentaremos darle solución en el momento en que describamos la población de nuestro estudio, en el capítulo del diseño metodológico dedicado a la muestra, donde evidenciaremos las características de nuestra muestra de manera pormenorizada.

Una vez comprobados los resultados de nuestra población, podemos plantearnos otro problema relevante que sirva para arrojar nuevos datos sobre nuestro trabajo, y es el siguiente:

¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos?

Consideramos que dicho problema, una vez dado respuesta, puede aportar datos muy relevantes que orienten la toma de decisiones educativas y formativas para el niño y su familia, o, en su caso, para los educadores encargados de su cuidado y educación.

Una vez conocidos los resultados del problema anterior, podremos profundizar en otros derivados del mismo como:

¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Literalmente, la palabra hipótesis significa “*lo que se pone debajo*” (RAE 2001), lo que se supone. “*En sentido amplio equivale a suposición o conjetura, expectativa de solución de un problema*” (Orden: 1985: 119). Las hipótesis son de gran importancia en el trabajo científico y no es posible avanzar en una investigación si no se comienza por plantear una explicación o solución de la dificultad que la originó. Cuando se formulan en forma de proposiciones, reciben el nombre de hipótesis. (Bisquerra 2000)

De forma que **nuestras hipótesis de trabajo, van a ser el medio para dar respuesta a los problemas** que hemos planteado anteriormente, y nos ha llevado a enunciar unas hipótesis generales, con unas subhipótesis que generan, en las que se encuentra basado el presente trabajo, que pasamos a enumerar a continuación:

1. Los niños con menos de 1500 gramos de peso al nacimiento, presentan mayores alteraciones en el desarrollo que los niños nacidos a término.

1.1. Presentan mayores alteraciones al año de edad corregida

1.1.1. En desarrollo postural.

1.1.2. En el desarrollo de la coordinación

1.1.3. En el desarrollo del lenguaje

1.1.4. En el desarrollo social

1.1.5. En el cociente de desarrollo global

1.2. Presentan mayores alteraciones a los dos años de edad cronológica

1.2.1. En desarrollo postural.

1.2.2. En el desarrollo de la coordinación

1.2.3. En el desarrollo del lenguaje

1.2.4. En el desarrollo social

1.2.5. En el cociente de desarrollo global

2. El modelo de seguimiento de niños de menos de 1500 gramos del Centro Base Maudes, previene los problemas en el desarrollo de estos niños.

2.1. En función de los tipos de intensidad en los apoyos.

2.1.1. Respecto a los niños que están en seguimiento

2.1.2. Respecto a los niños que están en pautas

2.1.3. Respecto a los niños que están en tratamiento

2.2. En función del tipo de alta.

3. Existen relaciones significativas entre el peso y las variables biomédicas.

3.1. Con la edad gestacional

3.2. Con los días de ingreso

3.3. Con el tipo de apgar

3.3.1. Al minuto

3.3.2. A los cinco minutos

3.4. Con el tipo de parto

3.5. Con el tipo de ecografía

3.6. Respecto al diagnóstico “A”

3.6.1. Normalidad

3.6.2. Hemorragia cerebral grado I o II

3.6.3. Hemorragia cerebral grado III o IV

3.6.4. Leucomalacia Periventricular

3.7. Respecto al diagnóstico “B”

3.7.1. Normalidad

3.7.2. Displasia broncopulmonar

3.7.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)

3.7.4. Parálisis cerebral

3.7.5. Afectación neurológica difusa

3.8. Con el parto múltiple

3.8.1. Si fue múltiple

3.8.2. Si no fue múltiple

3.8.3. Si fue por fecundación in Vitro

3.8.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple

3.8.5. Si fue por Inseminación Artificial

4. Existen relaciones significativas entre la edad gestacional y las variables biomédicas.

4.1. Con los días de ingreso

4.2. Con el apgar

4.2.1. Al minuto

4.2.2. A los cinco minutos

4.3. Con el tipo de parto

4.4. Con el tipo de ecografía

4.5. Respecto al diagnóstico “A”

4.5.1. Normalidad

4.5.2. Hemorragia cerebral grado I o II

4.5.3. Hemorragia cerebral grado III o IV

4.5.4. Leucomalacia Periventricular

4.6. Respecto al diagnóstico “B”

4.6.1. Normalidad

4.6.2. Displasia broncopulmonar

4.6.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)

4.6.4. Parálisis cerebral

4.6.5. Afectación neurológica difusa

4.7. Con el parto múltiple

- 4.7.1. Si fue múltiple
- 4.7.2. Si no fue múltiple
- 4.7.3. Si fue por fecundación in Vitro
- 4.7.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple
- 4.7.5. Si fue por Inseminación Artificial

5. Existen relaciones significativas entre los cocientes de desarrollo y las variables biomédicas.

- 5.1. Con el peso al nacimiento
- 5.2. Con la edad gestacional
- 5.3. Con los días de ingreso
- 5.4. Con el apgar
 - 5.4.1. Al minuto
 - 5.4.2. A los cinco minutos
- 5.5. Respecto al diagnóstico “A”
 - 5.5.1. Normalidad
 - 5.5.2. Hemorragia cerebral grado I o II
 - 5.5.3. Hemorragia cerebral grado III o IV
 - 5.5.4. Leucomalacia Periventricular
- 5.6. Respecto al diagnóstico “B”
 - 5.6.1. Normalidad
 - 5.6.2. Displasia broncopulmonar
 - 5.6.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
 - 5.6.4. Parálisis cerebral
 - 5.6.5. Afectación neurológica difusa
- 5.7. Con el parto múltiple
 - 5.7.1. Si fue múltiple
 - 5.7.2. Si no fue múltiple

5.7.3. Si fue por fecundación in Vitro

5.7.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple

5.7.5. Si fue por Inseminación Artificial

6. Existen relaciones significativas entre las variables sociopsicopedagógicas y las variables biomédicas.

6.1. Con el peso al nacimiento

6.2. Con la edad gestacional

6.3. Con los días de ingreso

6.4. Con el apgar

6.4.1. Al minuto

6.4.2. A los cinco minutos

6.5. Con el tipo de parto

6.6. Con el tipo de ecografía

6.7. Respecto al diagnóstico “A”

6.7.1. Normalidad

6.7.2. Hemorragia cerebral grado I o II

6.7.3. Hemorragia cerebral grado III o IV

6.7.4. Leucomalacia Periventricular

6.8. Respecto al diagnóstico “B”

6.8.1. Normalidad

6.8.2. Displasia broncopulmonar

6.8.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)

6.8.4. Parálisis cerebral

6.8.5. Afectación neurológica difusa

6.9. Con el parto múltiple

6.9.1. Si fue múltiple

6.9.2. Si no fue múltiple

- 6.9.3. Si fue por fecundación in Vitro
- 6.9.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple
- 6.9.5. Si fue por Inseminación Artificial

7. Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables biomédicas.

7.1. Respecto al diagnóstico “A”

- 7.1.1. Hemorragia cerebral grado I o II
- 7.1.2. Hemorragia cerebral grado III o IV
- 7.1.3. Leucomalacia Periventricular

7.2. Respecto al diagnóstico “B”

- 7.2.1. Displasia broncopulmonar
- 7.2.2. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
- 7.2.3. Parálisis cerebral

8. Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo.

8.1. Respecto al diagnóstico “A”

- 8.1.1. Hemorragia cerebral grado I o II
- 8.1.2. Hemorragia cerebral grado III o IV
- 8.1.3. Leucomalacia Periventricular

8.2. Respecto al diagnóstico “B”

- 8.2.1. Displasia broncopulmonar
- 8.2.2. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
- 8.2.3. Parálisis cerebral

9. Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y el tipo de intervención que han recibido.

9.1. Respecto al diagnóstico “A”

- 9.1.1. Hemorragia cerebral grado I o II

9.1.2. Hemorragia cerebral grado III o IV

9.1.3. Leucomalacia Periventricular

9.2. Respecto al diagnóstico “B”

9.2.1. Displasia broncopulmonar

9.2.2. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)

9.2.3. Parálisis cerebral

10. Existen relaciones significativas entre los tipos de alteraciones en el desarrollo y las variables biomédicas.

10.1. Con el peso al nacimiento

10.2. Con la edad gestacional

10.3. Con los días de ingreso

10.4. Con el apgar

10.4.1. Al minuto

10.4.2. A los cinco minutos

10.5. Con el tipo de parto

10.6. Con el tipo de ecografía

10.7. Respecto al diagnóstico “A”

10.7.1. Normalidad

10.7.2. Hemorragia cerebral grado I o II

10.7.3. Hemorragia cerebral grado III o IV

10.7.4. Leucomalacia Periventricular

10.8. Respecto al diagnóstico “B”

10.8.1. Normalidad

10.8.2. Displasia broncopulmonar

10.8.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)

10.8.4. Parálisis cerebral

10.8.5. Afectación neurológica difusa

- 10.9. Con el parto múltiple
 - 10.9.1. Si fue múltiple
 - 10.9.2. Si no fue múltiple
 - 10.9.3. Si fue por fecundación in Vitro
 - 10.9.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple
 - 10.9.5. Si fue por Inseminación Artificial

Estas hipótesis se consideran como:

- Inductivas, ya que tiene su origen en reflexiones sobre una realidad determinada. “El investigador formula una hipótesis para hacer una generalización a partir de ciertas relaciones observadas. En sus observaciones advierte tendencias, probables relaciones, y después plantea una hipótesis para explicar dicha relación.” (Arnal y cols., 1992: 64)
- Estadística, son las que expresan relaciones estadísticas deducidas de la anterior. “*Establece una relación entre los parámetros poblacionales, que debe ser comprobada empíricamente*” (Del Rio Sadornoil., 2003:183)

Para dar **solución al primero de nuestros problemas**, las características físicas y sociopsicopedagógicas conforman a la población de muy bajo peso al nacer, **nos basaremos en la descriptiva de la población de nuestro estudio**, que detallaremos ampliamente en el capítulo 2 del siguiente bloque.

Para comprobar el segundo de nuestros problemas, si influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños, **usaremos las conclusiones de las hipótesis número uno** (Los niños con menos de 1500 gramos al nacimiento, presentan mayores alteraciones en el desarrollo que los niños nacidos a término), la **número dos** (El modelo de seguimiento de niños de menos de 1500 gramos del Centro Base Maudes, previene los problemas en el desarrollo de estos niños) **y número nueve** (Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y el tipo de intervención que han recibido).

Para resolver el tercero y último de nuestros problemas, si existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños, usaremos el resto de las hipótesis que no hemos utilizado anteriormente.

CAPÍTULO 4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El planteamiento de la finalidad de un proyecto de investigación “(...) *puede ayudar a definir los objetivos que con la investigación se pretenden lograr*”. (Gento, 2003; 570).

En el caso de la presente investigación, “*el objetivo general puede consistir en la constatación de una realidad, que puede tener varios componentes, elementos y descriptores*” (Gento, 2003; 570). A continuación exponemos los nuestros:

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el modelo de seguimiento en Atención Temprana que realiza el Centro Base Maudes en niños con peso al nacimiento inferior a los 1500 gramos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Comprobar la eficacia del programa Atención Temprana del Centro Base Maudes en la atención a niños de muy bajo peso al nacer.

Describir las características de los niños que han nacido con menos de 1500 gramos.

Conocer las posibles causas de los retrasos en el desarrollo que más influyen en estas edades.

Analizar la relación que existe entre las diferentes áreas del desarrollo y las características de estos niños.

CAPÍTULO 5. DELIMITACIÓN DE LAS VARIABLES

Toda hipótesis debe tener unas consecuencias empíricas u observables con las que contrastar la realidad. Por consiguiente, las hipótesis han de establecer la relación existente entre las variables dependientes e independientes. De manera que, su operativización nos facilite la posterior validación de tales hipótesis (Del Río Sadornil 2003).

Consideramos variable como *“Una característica o atributo que puede tomar diferentes valores o expresarse en categorías (...) cualidades o aspectos en los que difieren los fenómenos o individuos entre sí”* (Arnal y col., 1992: 68)

Las variables pueden tomar diferentes valores, en función de cómo las clasifiquemos metodológicamente, (Arnal, Rincón y Latorre, 1992; Del Río Sadornil, 2003; Bisquerra, 2000; McMillan y Schumacher, 2005). Nosotros destacamos las más relevantes en nuestro trabajo:

- **Dependiente:** *“la que es consecuencia o depende de la variable independiente”* (McMillan y Schumacher, 2005: 97)
- **Independiente:** *“variable que es manipulada o modificada por el investigador para estudiar su efecto sobre una variable dependiente”* (McMillan y Schumacher, 2005: 97)

Según avancemos los resultados de nuestras hipótesis, aclararemos en función de cada una las variables que son dependientes o independientes.

Una vez aclarados estos términos, **trataremos de especificar y definir cuáles son las variables existentes en nuestras hipótesis** planteadas anteriormente.

En nuestro trabajo, hemos dividido las variables en tres grupos, con el fin de poderlas identificar mejor, y que nos sirvieran de cara a tener una mejor operativización de nuestras hipótesis, que pasamos a describir a continuación:

1. **Variables de identificación:** son las que nos ayudan a identificar al sujeto, en relación a la muestra. Dentro de las mismas hemos recogido:

- a. El año de nacimiento del niño. Oscila desde 1993 a 2005 que es el rango de años de nuestra muestra.
- b. Fecha de nacimiento.
- c. Sexo.
- d. Si es inmigrante.
- e. Edad de la madre.
- f. Número de hermanos.

2. **Variables biomédicas:** Hemos decidido denominar así a este tipo de variables, ya que son las que hemos recogido del informe de alta en neonatología proporcionado por el hospital La Paz. No hemos querido recoger todas las variables que venían en el informe, si aquellas que nos parecían más representativas y que eran comunes en la mayoría de los niños. Dentro de estas variables tenemos:

- a. Peso al nacimiento en gramos.
- b. Edad gestacional en semanas.
- c. Días de ingreso que estuvo el niño en el hospital desde su nacimiento hasta el alta.
- d. APGAR: *Prueba de evaluación neonatal que se realiza inmediatamente después del parto al minuto, a los cinco minutos y en algunos casos a los diez. Mide cinco ítems (ritmo cardiaco, esfuerzo respiratorio, irritabilidad refleja, tono muscular y color del recién nacido). La puntuación oscila entre 0-10, si es menor de siete indica problemas que necesitan atención médica.* (Sadurní, 2003:58). Los datos están tomados al minuto, a los cinco minutos y en algunos casos a los diez.
- e. Tipo de parto. Si fue parto vaginal o por cesárea.
- f. Tipo de ecografía. Si era normal, o aparecía cualquier signo fuera de la normalidad.
- g. Diagnóstico médico. Como existían muchos tipos de diagnóstico, escogimos los más representativos y los

dividimos en dos grupos, ya que podían existir niños con varios diagnósticos.

i. Diagnóstico “A”: dentro de este grupo intentamos incluir los diagnósticos más relacionados con el cerebro. Aquí se encuentran las categorías de:

1. Normalidad.
2. Hemorragias intraventricular de tipo I y II: *“el grado I es la hemorragia limitada a la región de la matriz germinal subependimaria o menos del 10% del ventrículo; el grado II se refiere a una hemorragia intraventricular sin dilatación, con ocupación de 10 a 50% del ventrículo”*. (Volpe 2003:195)
3. Hemorragias intraventriculares de tipo III y IV: *“el grado III corresponde a una afección superior al 50% con dilatación de los ventrículos; el grado IV consiste en un grado con lesiones intraparenquimatosas corticoperiventriculares que no necesariamente corresponden a extensión directa de la HIV.”* (Volpe 2003:196)
4. Leucomalacias. *“es un tipo de lesión cerebral que realmente representa la presencia de pequeños “orificios” en el cerebro debido a la muerte de pequeñas áreas de tejido cerebral alrededor de las cavidades llenas de líquido de este órgano (conocidas como “ventrículos”; de ahí el término “periventricular”)”*. (Volpe 2003:318)
5. Hemorragias subependimarias: *“pequeña hemorragia cerebral, normalmente petequial, entre el nacimiento y las 48 primeras horas de vida.”* (Volpe 2003: 189)

- ii. Diagnóstico “B”: en este grupo incluimos otros tipos de diagnósticos que veíamos reflejados en la literatura, y que hacían relación a factores de riesgo de estos niños. Entre los que encontramos las siguientes categorías:
 - 1. Normalidad: Ningún diagnóstico reseñable.
 - 2. Displasias broncopulmonares. *“Enfermedad pulmonar crónica que se presenta en algunos neonatos expuestos a presión positiva con ventilador, y a tensiones altas de oxígeno durante la primera semana de vida”* (Volpe 2003: 146)
 - 3. Crecimiento intrauterino retardado: recién nacido situado debajo del percentil 10 de para su edad gestacional (Arizcun 2005)
 - 4. Parálisis cerebral: *“es un grupo de trastornos motores que alteran los movimientos voluntarios y la postura, ocasionados por una afección en el cerebro en desarrollo del niño”*. (Volpe 2003: 216)
 - 5. Afectación neurológica difusa: diagnóstico médico que hace referencia a signos neurológicos menores.

- h. Parto múltiple. Dentro de este grupo, además de recoger los que eran de parto múltiple, incluimos los que habían tenido algún tipo de técnica de fertilización, ya que nos llamó la atención como subgrupo dentro de la muestra por su número. Los dividimos en las siguientes categorías:
 - i. Sí fue parto múltiple.
 - ii. No fue parto múltiple.
 - iii. Recién nacido de Fecundación in Vitro.

- iv. Recién nacidos de Fecundación in Vitro y con parto múltiple.
- v. Inseminación artificial u otras técnicas de fertilización.

3. Variables específicas del modelo de seguimiento del Centro Base Maudes:

- a. Variables de desarrollo: las variables de desarrollo vienen definidas por las “Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia” de Brunet Lezine de 0 a 30 meses de edad. De la cual obtenemos unos cocientes de desarrollo (ya que no se puede obtener un Cociente Intelectual por las edades que nos ocupan) donde la muestra de niños de la prueba obtiene unas puntuaciones medias entre 95 y 99 en función de la escala. Los tipos de cocientes de desarrollo se dividen en:
 - i. Desarrollo postural.
 - ii. Desarrollo de la coordinación
 - iii. Desarrollo del lenguaje
 - iv. Desarrollo social
 - v. En el cociente de desarrollo global
- b. Variables sociopsicopedagógicas: En 1998 el Centro Base Maudes estableció un protocolo de valoración a los niños (Anexo 6), con el fin de intercambiar información con el Hospital de La Paz. A partir de este protocolo aparecen las variables sociopsicopedagógicas dentro del mismo que consiste en evaluar diferentes aspectos, de los cuales nos hemos quedado en nuestra investigación con los que nos han parecido más relevantes y que detallamos a continuación:
 - i. Comportamiento del niño: que subdividimos en los siguientes grupos:

1. Normalidad: ningún tipo de alteración.
 2. Atención lábil: viene descrito este comportamiento por las autoras del modelo de seguimiento, como una dispersión del niño que le lleva a no interactuar o mantener la atención durante la sesión de manera adecuada para su edad.
 3. Inquietud: descrito por las autoras, como un excesivo movimiento corporal, y falta de atención durante la sesión, en comparación con lo adecuado para su edad.
 4. Conductas disruptivas: descrito por las autoras, como un excesivo movimiento corporal, y falta de atención durante la sesión, en comparación con lo adecuado para su edad.
- ii. Alimentación: si padecía algún tipo de alteración en la alimentación (vómitos, insuficiencia, etc.) o no.
 - iii. Sueño: Si padecía algún tipo de alteración en el sueño (insuficiencia, exceso, interrupciones, etc.) o no
- c. Tipo de alteración en el desarrollo: dividimos este apartado en diferentes categorías:
- i. Ninguna alteración.
 - ii. Retraso en el desarrollo del lenguaje.
 - iii. Retraso en el desarrollo postural y otra área del desarrollo.
 - iv. Retraso en tres áreas del desarrollo.
- d. Tipo de intervención: está definido por el tipo de apoyos que han necesitado los niños durante el seguimiento, fundamentalmente por el número de veces que acuden al

modelo de seguimiento del Centro Base, aunque lo explicaremos más adelante cuando expliquemos la metodología del seguimiento en el Centro Base. Existen tres tipos:

- i. Seguimiento: con una frecuencia de 3 a 4 meses.
 - ii. Pautas: con una frecuencia de 1 a 2 meses.
- e. Derivación: Si los niños habían sido derivados a tratamiento o no, y donde se les había derivado.
- i. A un Centro Base.
 - ii. A un Centro de Atención Temprana concertado con los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.
 - iii. Al servicio de rehabilitación de un hospital.
- f. Tipo de alta en el modelo de seguimiento. Se dieron tres tipos de alta:
- i. Por abandono del seguimiento: niños que venía una vez o varias, pero dejaban el seguimiento por cuenta propia sin recibir el alta.
 - ii. Por ser derivados a un centro para recibir tratamiento.
 - iii. Alta dada por el equipo de Atención Temprana del Centro Base Maudes.

BLOQUE II:

METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Coincidimos con Arnal, Latorre y Rincón (1998) en que *“La metodología es el plan o esquema de trabajo del investigador. Recoge los procedimientos que se seguirán para contrastar las hipótesis e incluye consideraciones respecto al método apropiado y el tipo de diseño, así como la selección de los sujetos.”* (Arnal, Latorre y Rincón, 1998: 53). Arturo de la Orden (1985) señala que *“el sentido último de la metodología sería el garantizar científicamente la utilización del método científico –o de un método u otro- basándose en el conocimiento de las posibilidades y limitaciones del mismo”.* (1985: 161)

A continuación iremos exponiendo cada una de las partes de nuestro diseño metodológico.

CAPÍTULO 1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la finalidad que persigue nuestro estudio, **nos encontramos con un tipo de investigación aplicada**, ya que *“su finalidad primordial es la resolución de un problema práctico”* (De la Orden, 1985: 130),

Entendemos como modalidad de investigación como *“una colección de prácticas eclécticas de indagación basadas en un conjunto general de suposiciones, e implica preferencias metodológicas, opiniones filosóficas e ideológicas, cuestiones de investigación y resultados con viabilidad”* (McMillan y Schumacher, 2005: 38) **en concreto nuestro modelo es de tipo cuantitativo no experimental**, ya que *“describen alguna circunstancia que ha ocurrido o examinan las relaciones entre aspectos sin ninguna manipulación directa de las condiciones que son experimentales”* (McMillan y Schumacher, 2005: 42).

El diseño de nuestra investigación cuantitativa no experimental **es de tipo ex post facto** ya que es el que *“se usa para explorar las relaciones causales posibles entre variables que no pueden ser manipuladas por el investigador. Las causas posibles son estudiadas después de que hayan ocurrido”* (McMillan y Schumacher, 2005: 43)

Finalmente, las respuestas a las hipótesis que se basaban en las relaciones entre elementos (¿Existen relaciones entre el peso y el resto de variables biomédicas?) utilizamos una metodología no experimental, ya que siguiendo a Arnal y cols., 1994, los efectos ya se han producido, no pretendíamos modificar nada y los grupos naturales ya estaban formados, concretamente, con un método basado en la correlación, que nos indicara el grado o la intensidad en que, las variables propuestas, relacionaban entre sí.

CAPÍTULO 2: MUESTRA

Coincidimos con Kerlinger (1975) en que *“el propósito de la investigación empírica es desarrollar generalizaciones útiles”* (Kerlinger, 1975: 391), no obstante, debido a las limitaciones de tipo práctico que presentan los recursos de investigación, hemos recurrido para verificar el Estado de la Atención Temprana, al estudio de muestras extraídas de poblaciones a las que queremos conocer su situación. Para ello distinguiremos entre el tipo de muestreo elegido y por qué, así como especificar el universo, la población y la muestra que hemos seleccionado.

El método de muestreo utilizado es el “no probabilístico”, que según Arnal, Latorre y Rincón (1998) se caracteriza por *“no utilizar el criterio de equiprobabilidad, sino que siguen otros criterios, procurando que la muestra obtenida sea lo más representativa posible”*. (1998: 83)

Dentro de este método de Muestreo, hemos seleccionado el **subtipo intencional u opinático**, *“caracterizado por que los individuos que se estiman que son representativos o típicos de la población son elegidos con un criterio establecido por el experto o investigador, de manera que se seleccionan los sujetos que se estiman que pueden facilitar la información necesaria para llevar a cabo la investigación”* (De la Orden, 1985: 176).

El muestreo tiene sentido en cuanto garantiza que las características que se quieren observar en la población queden reflejadas en la muestra. *“Preservar la representatividad es el atributo más importante que debe reunir el muestreo, lo que nos permitirá generalizar a la población los resultados obtenidos en la muestra”* (Kerlinger, 1979: 229).

- **Universo:** *“Designa a todos los posibles sujetos o medidas de cierto tipo”* (Arnal, Latorre y Rincón, 1998: 78). En el caso concreto de nuestra investigación, representa a todos los niños menores de tres años de la Comunidad de Madrid.
- **Población:** *“Conjunto de todos los casos, objetos o eventos en los que se desea estudiar el fenómeno”* (Forner y Latorre, 1996: 34). En nuestro

estudio queda reflejada en los niños que han pesado al nacimiento menos de 1500 gramos en la Comunidad de Madrid.

- **Muestra:** “Conjunto de casos o individuos extraídos de una población, por algún método de muestreo” (Forner y Latorre, 1996: 28) La muestra queda representada por los niños que han pesado menos de 1500 gramos al nacimiento y están, o han estado, en el modelo de seguimiento de estas poblaciones que tiene el Centro Base Maudes.
- **Individuo:** “Cada uno de los elementos que componen la muestra y de los que se obtiene la información” (Arnal, Latorre y Rincón, 1998: 78). En este caso los individuos que componen nuestra investigación son cada uno de los niños que están en nuestra muestra.

Consideramos que la muestra seleccionada es representativa, ya que todos los niños de la misma provienen del hospital materno infantil “La Paz”, que es un hospital de referencia en nuestra Comunidad, y al que acuden también niños de otras comunidades, de manera que podemos establecer generalizaciones.

2.1. Características de procedencia de la muestra.

Para poder explicar de donde procede la muestra, queremos exponer **el proceso que tuvo que pasar el Centro Base de Maudes para tener un convenio formal de colaboración entre el hospital La Paz y ellos**, que pasamos a describir a continuación:

El 20 de febrero de 1991 se celebraron unas **reuniones de trabajo entre el INSALUD y el entonces INSERSO** (INSERSO 1991, documento interno), donde poner en marcha entre ambas administraciones un “Programa de Detección y Atención Precoz de Niños con Deficiencias” **cuyos objetivos eran:**

- Detectar antes de los 3 años a todos aquellos niños que presentan una deficiencia.
- Ofrecer una atención integral que contemple las necesidades del niño y de la familia.

Este programa de trabajo **se materializó en el caso de la Comunidad de Madrid aprobando** el 26 de junio de 1991 el **“Protocolo de colaboración entre la Dirección Provincial del INSERSO en Madrid y la Dirección Territorial del INSALUD en Madrid, en materia de coordinación de las redes sociosanitarias”** (INSALUD e INSERSO 1991, documento interno). Este protocolo pretendía unir los recursos de ambas instituciones con el fin de favorecer las actuaciones conjuntas, de un modo muy general para la atención a personas con minusvalías y no sólo en materia de Atención Temprana.

Ese mismo día **también aprobaron el “Plan de actuación coordinada en materia de Atención Temprana al niño por los servicios sociales y sanitarios de la Seguridad Social en el ámbito de la Comunidad de Madrid”** (INSALUD e INSERSO 1991, documento interno), donde **acuerdan** más específicamente desarrollar **una estructura que coordine la derivación inmediata entre los servicios de ambas instituciones en materia de Atención Temprana**, donde coordinar todos los servicios de detección, valoración, intervención y seguimiento de estas poblaciones.

A raíz de estos documentos, tanto los Centros Base de la Comunidad como los Hospitales, llegaron a acuerdos y protocolos internos de colaboración entre ambas instituciones.

En el caso de nuestro estudio, fue el Centro Base de Maudes quien llegó a un convenio con el Hospital Materno Infantil de La Paz, para realizar un seguimiento durante los dos primeros años de vida, de todos los niños que nacieran en el hospital con menos de 1500 gramos. Lo pusieron en marcha en 1993, y continúa funcionando en la actualidad.

Si bien es cierto que con las transferencias en materia sanitaria y servicios sociales, del estado a la Comunidad de Madrid este acuerdo no ha sido ratificado, en previsión de que mientras no haya una norma que derogue lo anterior, siguen actuando de la misma forma desde el principio del programa.

2.2. Características del Centro Base Maudes.

Como ya hemos visto en capítulos anteriores las funciones, objetivos y demás organización de los Centros Base, nos centraremos en el caso de la Atención Temprana en el mismo, ya que es el marco de nuestra investigación.

El **Centro Base de Maudes** fue **uno de los primeros** nueve centros Base **donde se abrieron unidades de Estimulación Precoz** en 1981, se puede decir que es de los más antiguos de España, y el más antiguo de nuestra Comunidad.

En esas fechas empezaron trabajando en la unidad de Atención Temprana un médico rehabilitador, una psicóloga, una asistente social a tiempo parcial y cinco plazas de estimuladoras en Atención Temprana (la mayoría de ellas psicólogas).

Dentro de esta unidad, se crearon **dos grupos**, uno general y otro de atención a deficientes visuales donde incluyeron a un psicólogo más, una estimuladora del INSERSO y equipos de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), para la integración de los niños en las escuelas. Esta segunda unidad con el tiempo fue absorbida por la ONCE.

En la **actualidad**, el equipo de Atención Temprana de **Maudes** está **compuesto** por:

Una **coordinadora**, psicóloga, que lleva trabajando dentro de esta unidad desde que se creó en 1981. Anteriormente estuvo trabajando en el hospital de La Cruz Roja, también en poblaciones relacionadas con la Atención Temprana. Un **fisioterapeuta**, **cuatro estimuladoras** (una psicóloga, una pedagoga y dos maestras), antes tenían cinco estimuladoras, pero una de ellas pidió el traslado a otro centro base y su plaza no ha vuelto a ser cubierta desde entonces. Una **asistente social** y un **médico rehabilitador**, que han ido variando a lo largo de los últimos 13 años.

En cuanto a la **participación en el modelo de seguimiento** de los niños de menos de 1500 gramos, únicamente estuvieron tres personas del equipo, la coordinadora y dos de las estimuladoras. El resto de miembros del equipo sólo han intervenido en estas poblaciones, cuando por características intrínsecas de la muestra, los niños presentaban alteraciones documentadas y pasaban a ser niños atendidos en tratamiento por parte del centro base.

Queremos aclarar que el **Centro Base** de Maudes **proporciona intervenciones y programas de tratamiento directos**, a aquellos niños que presenten cierto grado de discapacidad. Los niños del programa de seguimiento en su mayoría, no presentaban en ese momento discapacidad establecida, pero eran atendidos por este equipo que hemos mencionado anteriormente, dado que pese al no presentar alteración en ese momento pueden aparecer a lo largo de su primera infancia.

Además de realizar los tratamientos oportunos y valoraciones del grado de minusvalía (en el caso de la coordinadora), tenían como trabajo adicional el seguimiento de la muestra de nuestro estudio, con el consiguiente trabajo que supone.

A continuación expondremos en líneas generales, las características de la intervención con estos niños, basándonos en los trabajos realizados por las personas que estaban a cargo del seguimiento de estos niños en el Centro Base.

2.2.1. Características del Modelo de Maudes:

Dentro del enfoque inicial de los Centros Base Puras (2005) señala que *“El objetivo de un Tratamiento de Atención Temprana, en sentido clásico, va dirigido a paliar en el niño las secuelas propias del déficit que presente, siendo la finalidad última la consecución de un desarrollo lo más armónico y normalizado.”* (Puras 2005: 373)

En el mismo artículo, la autora anterior nos explica como han evolucionado los Programas de Seguimiento, en el sentido de que la actuación va dirigida también la prevención y detección de una patología lo más pronto posible, y explica que la efectividad de los mismos se basan en que aminoran de forma significativa las **circunstancias por las que el tratamiento se inicia tarde**. Entre esas circunstancias destaca la:

- *Falta de información sobre los recursos.*
- *Escasa sensibilidad de algunos profesionales.*
- *Actitud de los padres.*
 - o *Negación del problema.*
 - o *Rechazo.*
 - o *Aislamiento, etc.*

- *Información dada a los padres acerca del problema.”*

(Puras 2005:374)

Partiendo de la base de que el “Modelo de Seguimiento de niños de menos de 1500 gramos” de Maudes tiene estas premisas, podemos desglosar de modo sintético algunos aspectos metodológicos de su trabajo. En las siguientes etapas:

1. Los niños del **Hospital La Paz** son dados de alta en el servicio de neonatología (hasta entonces permanecen ingresados en el hospital), y entre la información que les dan, **proporcionan** a las familias el número del **Centro Base Maudes** para que se pongan en contacto con ellos y comiencen un seguimiento desde el citado centro.
2. Los padres llaman al centro y acuden a la primera cita que les dan las personas encargadas del seguimiento, donde mantienen una **primera entrevista**, en la que les explican en que va a consistir el seguimiento de sus hijos de carácter voluntario, caracterizada por:
 - *“Recoger los datos aportados por el informe médico, haciendo una lectura conjunta con los padres con el fin de aclarar las dudas que puedan.*
 - *Recoger datos de la composición familiar, embarazo, incorporando datos sobre deseos, temores y estado psicológico durante el embarazo: Vivencia del parto.*
 - *Observar la interacción del niño: siguen el modelo propuesto por Brazelton y Cramer, que recoge seis características de la interacción que hacen posible el desarrollo temprano del vínculo (sincronía, la simetría, la contingencia, el arrastre, el juego, la Autonomía y flexibilidad). De forma que estas etapas de la interacción hacen posible, si se dan de forma adecuada, que el bebé logre su equilibrio interno y luego vaya experimentando expectativas y entusiasmo dentro de una relación segura.*
 - *Un abordaje doble: vincular y pedagógico, el peso de uno u otro enfoques puede variar en función del momento evolutivo del niño y su familia. El propósito de incorporar este enfoque es devolver a los*

padres el verdadero papel que tienen en la relación, y ponerles en situación de poder comprender al niño y que lo vivan como bebé que tiene necesidades, apetencias y repertorio propio.”

(Anta 2005: 378-379)

3. En las **sucesivas citas** a las que acuden las familias, se realiza un seguimiento en función de la observación y el juicio clínico de las personas que componen el equipo. Durante estas sesiones las terapeutas dan **pautas de actuación** a los padres en función de las características y peculiaridades de la familia y el niño, señalamos algunas de ellas como ejemplo:

“Observación a los Niños

- *Actitud del niño mientras hablamos con los padres.*
- *Actividades exploratorias hacia la madre y el entorno.*
- *La emisión verbal espontánea.*
- *La relación que establece con el examinador.*
- *El acercamiento que hace al material (confiado, fóbico, de aferramiento).*
- *Cómo manipula, si pide ayuda a la madre, cómo lo hace.*
- *Cómo soporta la separación, el ser tocado, etc.*
- *Atención del niño: dispersa, lábil, adecuada.*
- *Tono emocional general, áreas de interés del niño.*
- *Motricidad excesiva, si el niño es hiperactivo o al revés, hipoactivo.*

Observación a los Padres

- *Cómo coge al niño. Conducta de sostenimiento.*
- *Cómo consuela al niño.*
- *Cómo le enfrenta a la situación de test: le ayuda, se interesa, le anima.*
- *Si se angustia cuando el niño no hace algo.*
- *Conducta hiperprotectora o al revés.*
- *Comentarios que hace: se enfada, le disculpa, se enfrenta al examinador, etc.”*

(Anta 2005: 380)

4. Para incluir en uno u otro tipo de intervención se fijan entre otras cosas en: **“Señales de alarma** (*alteración del tono, hiperactividad, irritabilidad, contacto «dudoso», trastornos de alimentación, etc.*), **retrasos madurativos** (*indicado a través de la Brunet-Lezine y la observación*),

Familia de riesgo (Considerando como tal aquella que presenta cierta incompetencia o falta de iniciativa provocada, por ejemplo, por la ansiedad ante la crianza de su hijo)” (Puras 2005: 374). En función de las observaciones anteriores, la experiencia profesional y los juicios diagnósticos que hacen, incluyen a los niños en tres modalidades de intervención (ya que en todo momento están produciendo un cambio, porque siempre dan pautas de actuación) que pasamos a describir a continuación:

- “En la modalidad de intervención denominada «**SEGUIMIENTO**» se orienta y se prepara a la familia anticipando las adquisiciones evolutivas de sus hijos. La frecuencia variará entre dos y tres meses hasta que el niño alcance los veinticuatro meses de edad.
- En la modalidad de intervención denominada de «**PAUTAS**» se orienta y se prepara a la familia para implantar conductas que deben formar parte del repertorio del niño. Si, durante el periodo de seguimiento del niño de alto riesgo, se observa cualquier incidencia en su proceso evolutivo, se le incluye en la modalidad de pautas, puesto que se reduciría la frecuencia de intervención a un mes o mes y medio, y el niño sería objeto de una vigilancia más directa por parte del profesional.
- En la modalidad de intervención denominada «**TRATAMIENTO**» se enseña y se entrena a los padres en las adquisiciones evolutivas que el niño tiene que ir desarrollando paulatinamente. En esta modalidad se encuentran aquellos niños que por su alto riesgo son susceptibles de un Tratamiento en Atención Temprana. Esto viene a decir que la frecuencia de la intervención es de una o dos sesiones semanales, el programa de tratamiento es siempre dado a la familia por escrito y cumple criterios estrictos de frecuencia, sistematización, secuenciación, etc.”

(Puras 2005:374-375)

5. Al año de edad corregida (edad cronológica del niño, al que se le restan las semanas de edad gestacional que nació antes del parto a término) y a los dos años de edad cronológica, se les pasa la Escala de Desarrollo

Psicomotor de la Primera Infancia “**Brunet Lezine**”. Dentro de esta prueba hemos considerado valores normales el tener una puntuación superior a 92 (atendiendo a los valores, medias y desviaciones de la prueba), un **retraso leve** a la puntuación comprendida entre 83 y 92 (entre 1 y dos meses), un **retraso moderado** a la puntuación comprendida entre 75 y 82 (entre dos y tres meses), y un **retraso grave** a los niños que tenían una puntuación inferior a 75 (más de tres meses).

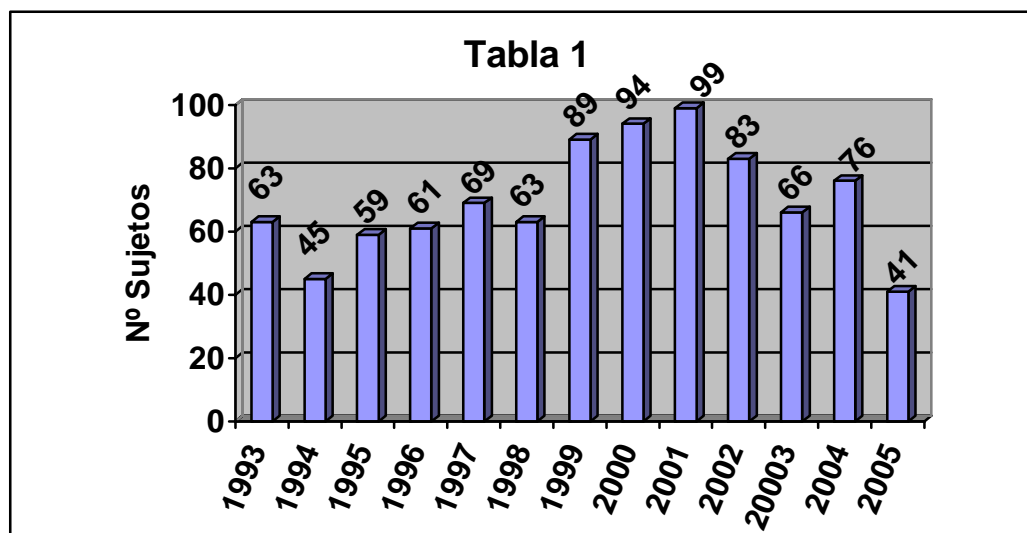
Estas puntuaciones se anotaban en un protocolo de devolución de información al hospital que constaba de los datos de identificación (nombre, edad, edad corregida, fecha de nacimiento, fecha de exploración y teléfonos de contacto, las puntuaciones obtenidas en la Brunet Lezine en cada una de sus áreas, y las variables sociopsicopedagógicas (comportamiento, alimentación y sueño), si la situación familiar era estable o no (casi el 99% era estable), la valoración ambiental (normal, deprivado, pobre de recursos o disfuncional) donde también fue normal en casi el 98% de la muestra, además de informaciones a valorar (para tener en cuenta por parte de los profesionales médicos) y los diagnósticos u orientaciones oportunos.

6. La **duración del seguimiento** pretendía ser en un principio durante los dos primeros años de vida del niño, en la práctica, a esa edad comprobaron que existían muchos retrasos de lenguaje, y fueron alargando el seguimiento en función del retraso del niño hasta la normalidad en su desarrollo, siendo la edad normal de alta de tres años, y en algunos casos fue más tiempo.

2.3. Descripción de la muestra.

En relación con las características de los sujetos participantes en nuestro trabajo, queremos concretar algunas de las variables descriptivas del estudio, ya que el número total asciende a 908 niños que al darles de alta en el hospital La Paz, han ido al Centro Base de Maudes desde 1993 a 2005.

Para tener una idea de la población, y como ha sido su evolución a lo largo del seguimiento, exponemos a continuación los siguientes datos:



Como hemos podido observar (Tabla 1) el número de niños que han pasado por el Centro Base Maudes en relación al año en el que han nacido, no obstante queremos comentar dos aspectos:

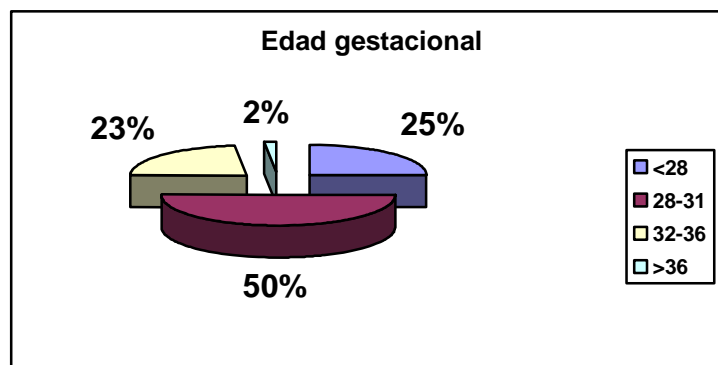
1. Resulta evidente la **subida** que sufrió la muestra a partir del año 1999 hasta 2002, este hecho tiene una explicación justificada, y es que en el año 99 **el hospital asignó a un responsable encargado del seguimiento** de estas poblaciones. La razón por la que se puso a esta persona, fue el hecho de que gran parte de la muestra abandonaba el seguimiento que se estaba realizando desde el centro base (casi un tercio de la muestra), desde la llegada del responsable el abandono se redujo a algo menos de un 20%, ya que en el momento en que por parte del hospital les hacían ver la importancia de la continuidad en el seguimiento, las familias continuaban haciendo el esfuerzo y seguían acudiendo a Maudes.
2. El segundo aspecto que queremos destacar es la **justificación** de porque en el año **2005 la muestra es menor**. Esto es debido a que **la recogida de datos finalizó en febrero de 2006**, de manera que los niños nacidos entre noviembre y diciembre puede que no hubieran empezado el seguimiento hasta después de esas fechas. Hay que tener en cuenta que el tiempo medio de ingreso de estos niños es al menos de un mes, en algunos casos hemos podido constatar que han llegado a estar hasta seis

meses. Después de una estancia tan prolongada en el hospital, es normal que la familia pase un tiempo junta (periodo de adaptación), antes de continuar con las visitas y seguimientos programados.

Además de los datos anteriores podemos decir que apenas hay diferencias por **sexo**, ya que el 52% de la muestra eran varones, y un 48% eran mujeres. Un 16% de la muestra es **inmigrante**, que contrasta con la diferencia que nos encontramos en otros estudios en nuestra Comunidad (Pallás 2000, Gútiez 2004), donde las poblaciones inmigrantes son más del doble. A continuación exponemos una tabla con un resumen de las puntuaciones obtenidas en las variables continuas de nuestra muestra:

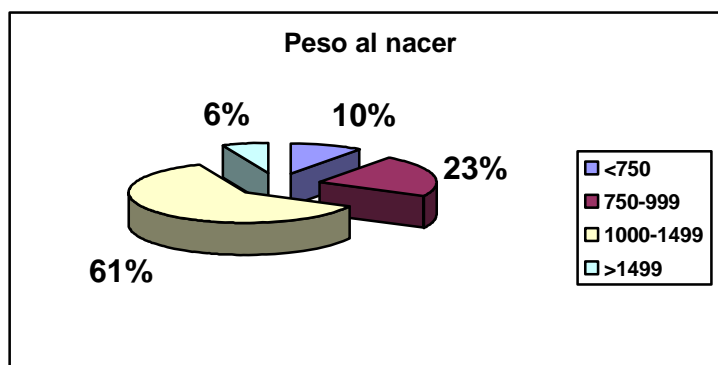
Variable	N	Mean	Std Dev	Min	50th Pctl	Max
Edad Gestacional	908	29.6	2.9	23.0	30.0	39.0
Peso al Nacer	908	1135	275.1	500.0	1178	1900
Días de Ingreso	906	63.2	28.5	18.0	56.0	183.0
Apgar al minuto	867	5.2	2.2	0.0	5.0	10.0
Apgar a los 5 minutos	869	7.3	1.6	1.0	8.0	10.0
Apgar a los 10 minutos	76	6.7	1.6	5.0	7.0	10.0
Edad Madre	885	31.9	5.0	17.0	32.0	50.0
Número de Hermanos	894	1.8	1.0	1.0	2.0	11.0
Abortos	908	0.2	0.7	0.0	0.0	7.0
Postural 12 meses	549	94.7	10.8	61.0	100.0	125.0
Coordinación 12 meses	549	95.8	9.1	60.0	98.0	125.0
Lenguaje 12 meses	549	94.4	9.7	62.0	96.0	136.0
Social 12 meses	549	97.8	10.0	60.0	100.0	136.0
Desarrollo Global 12 meses	549	95.2	8.2	62.0	96.0	121.0
Postural 24 meses	448	98.6	10.8	50.0	100.0	128.0
Coordinación 24 meses	448	97.4	8.5	58.0	100.0	125.0
Lenguaje 24 meses	448	90.6	10.6	58.0	88.5	125.0
Social 24 meses	448	96.1	8.0	58.0	100.0	116.0
Desarrollo Global 24 meses	448	95.0	7.8	50.0	96.0	119.0
Número de seguimientos	908	6.2	3.6	1.0	6.0	38.0

A continuación veremos las gráficas comentando la tabla anterior:

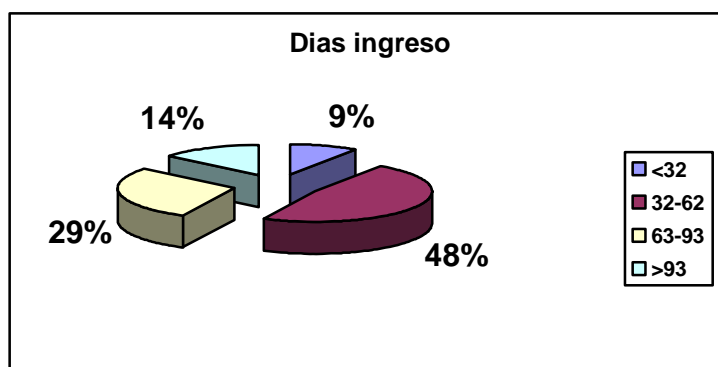


En cuanto a la **edad gestacional** de la muestra, podemos ver que la media es de 29.6 semanas, el niño que nació con menos semanas de

gestación ha sido de 23 y el que más con 39. El 25% de toda la muestra nació con menos de 28 semanas, el 50% entre 28 y 31 semanas, el 23% entre 32 y 36 semanas, y un apenas un 2% nacieron con más de 36 semanas.

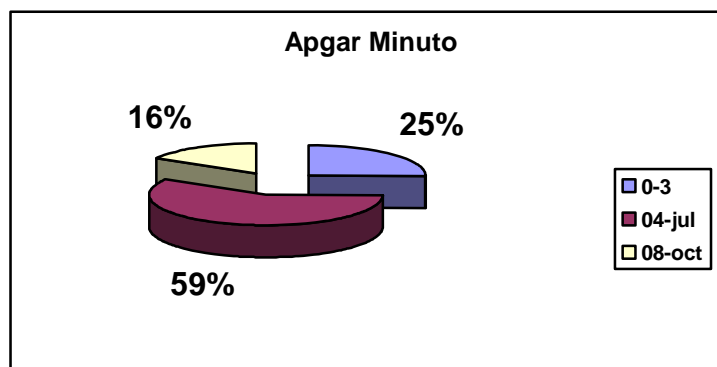


En relación a **peso**, la media es de 1135 gramos. El 10% de la muestra peso menos de 750 gramos, un 23% pesaron entre 750 y 1000, el 66% pesaron entre 1000 y 1500, y nos queda algo más de un 1% que peso algo más de 1500 (el máximo ha sido de 1900), que fueron incluidos en el modelo de seguimiento, porque eran hermanos gemelos de otros que habían pesado menos de 1500.

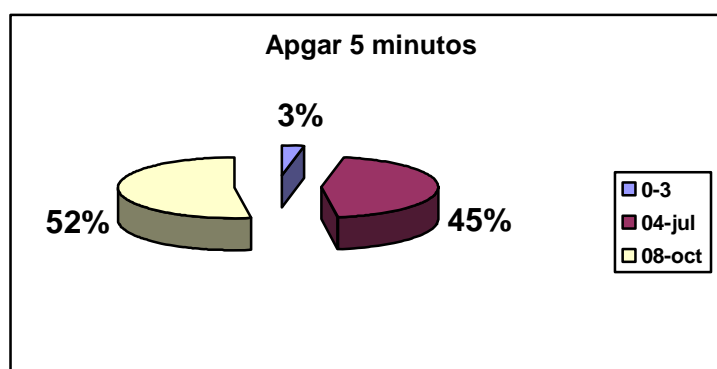


La media de **días de ingreso** en el hospital es de 63.2 días (más de dos meses), el niño que más pronto recibió el alta fue a los 18 días, y el que la recibió más tarde fue a los 183. Un 9% del total de la muestra recibió el alta antes de un mes, el 48% la recibió entre uno y dos meses de ingreso, un 29% entre dos y tres meses, y finalmente un 14% estuvo más de tres meses ingresado en el hospital hasta que les dieron el alta.

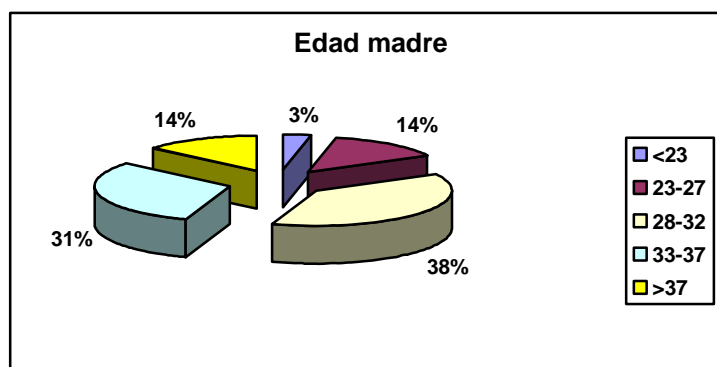
Respecto al **APGAR** podemos observar respecto al total de la muestra que la media **al minuto** es de 5.2 (un 25% tuvo inferior a 4, un 59% entre 4 y 7, un 16% más de 7):



La media **a los cinco minutos** es de 7.3 (un 3% tuvo menor de 4, un 45% entre 4 y 7, un 52% más de 7).



A los diez minutos sólo se les pasó el APGAR a aquellos que lo tenían demasiado bajo a los 5 minutos (fueron 76 casos) y su media es de 6.7 (un 5% tuvo menor de 4, un 65% entre 4 y 7, un 30% más de 7).



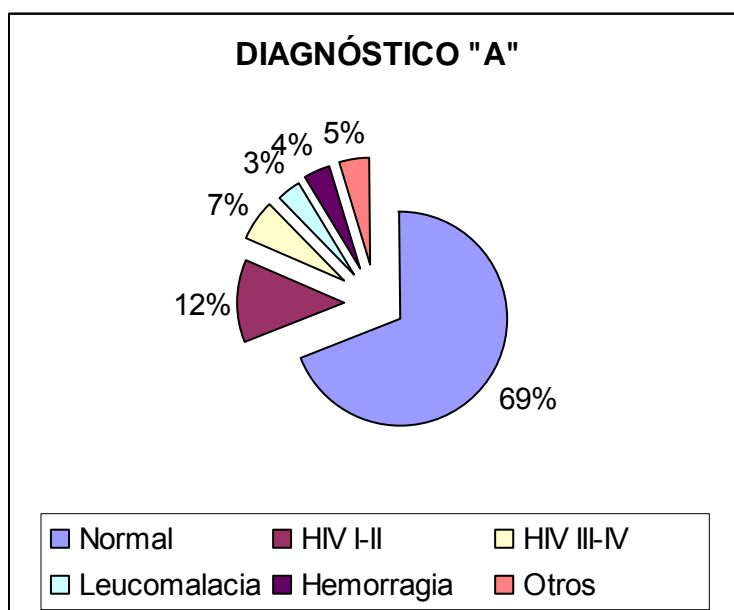
La media de la **edad materna** es de 31.9 años, la edad de la más joven fue de 17, y la de la más madura de 50. Un 3% era menor de 23 años, un 14% entre 23 y 27 años, un 39% entre 28 y 32, un 31% entre 33 y 37, y un 14% mayor de 37 años. Respecto al número de hijos el 43% de los niños eran hijos únicos, un 36% tenían un hermano, un 17% dos hermanos, y un 4% más de dos hermanos.

En cuanto al **tipo de parto**, el 67% de los niños de la muestra nacieron por cesárea, frente a un 33% que fue vaginal, además un 60% de los niños recibieron **corticoides** antes del nacimiento, aunque en los estudios que hemos realizado y buscado en la literatura, hemos visto que no correlacionan con las áreas de desarrollo.

Respecto a los **tipos de diagnóstico médico**, los dividimos en dos grupos (el A y el B), debido a que en el informe de neonatología venían diferentes diagnósticos, muchos de los cuales podían aparecer dos o más en el mismo informe, para poder recoger ambos diagnósticos agrupamos las variables en esos dos grupos.

La elección de los grupos diagnósticos (tanto en el tipo A, como en el B) viene determinada por el propio centro sanitario que dieron las categorías, nosotros sólo las dividimos en dos grupos para aquellos niños que tuvieran dos diagnósticos salieran reflejados. Existen otros muchos diagnósticos que no hemos recogido, ya que su número era inferior al 3% de la muestra de manera que no podíamos usarlos en la parte estadística.

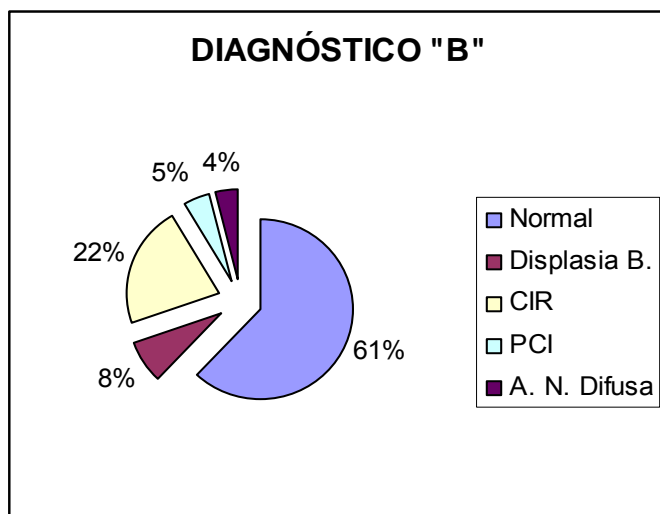
En relación a la descriptiva del diagnóstico A la población obtuvo los siguientes diagnósticos:



Como podemos observar en la gráfica, casi el **70%** de los niños no presentaban **ningún tipo de diagnóstico** de tipo “A”, las hemorragias intraventriculares (HIV) suponen un 19%, las leucomalacias son un 3%, y un

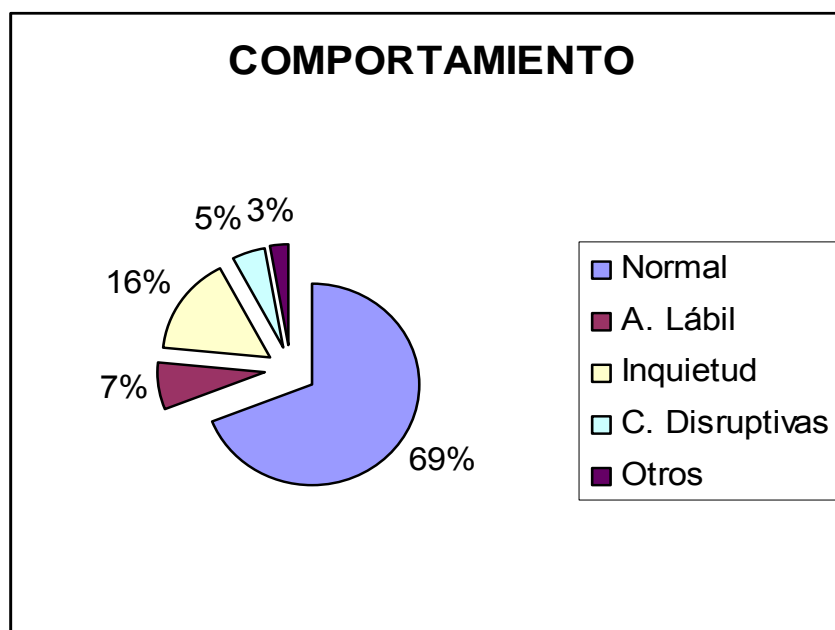
4% las hemorragias subependimarias. En el apartado otros hemos incluido una serie de diagnósticos, que al no llegar a ser de al menos un 3% de la población, no podían darnos datos confiables en las correlaciones, y los agrupamos juntos, dentro de ellos se encuentran las hidrocefalias, convulsiones, lesiones isquémicas y cromosomopatías.

De igual manera hemos agrupado en la siguiente gráfica los diagnósticos de tipo “B”, que a su vez podemos encontrar niños que presenten diagnósticos de ambos tipos (A y B):



Aquí podemos comprobar como el **61%** no tienen **ningún tipo de diagnóstico**, un 22 son Crecimientos Intrauterinos Retardados (CIR, que significa “Peso al nacimiento por debajo del percentil 10 para su edad gestacional”, Arizcun 2005), un 8% son displasias broncopulmonares (estas displasias vienen provocadas por el mantenimiento prolongado del oxígeno en el niño desde el nacimiento, el problema es que no pueden quitárselo hasta que se da un grado de madurez en los pulmones, Mulas 1998), un 5% son parálisis cerebrales y un 4% aparecen en el diagnóstico como “Afectaciones Neurológicas Difusas”.

En cuanto a los cocientes de desarrollo, no nos vamos a detener, ya que se explicará con exactitud en la hipótesis número uno. Si embargo la **variable comportamiento** de la muestra queda reflejada de la siguiente forma:

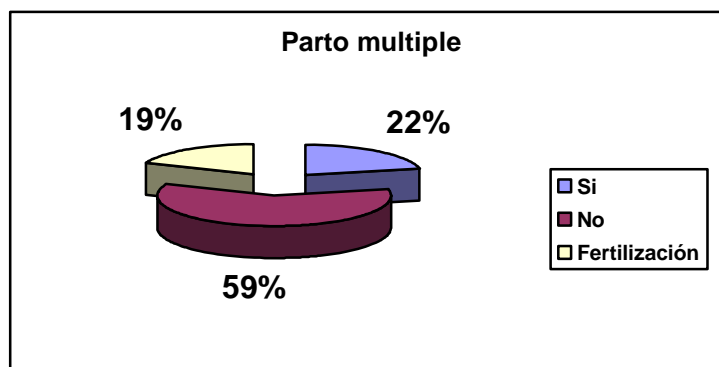


Queremos señalar, que tanto la variable **comportamiento** como las otras variables de tipo psicosocial, **no se empezaron a tener en cuenta** en el modelo de seguimiento **hasta** que se puso en marcha a partir de **1998** el protocolo de devolución de información entre el Centro Base y el Hospital, por eso esta variable y las de alimentación y sueño, sólo se usó a partir de ese año, y por ello el tamaño de la muestra no es respecto a los 908 sujetos sino a 450.

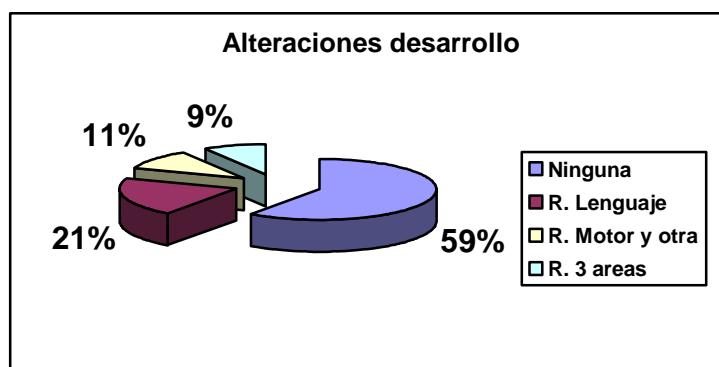
No obstante podemos observar como el 69% de los niños no tienen ningún problema, un 7% tienen atención lábil, un 16% inquietud excesiva, un 5% manifiestan conductas disruptivas y un 3% otras conductas que por no poseer un mínimo porcentaje para que pudieran servir en las correlaciones, las agrupamos, dentro de este grupo se encuentran la hipoactividad, dependencia y las de tipo no relacional.

De la misma muestra que la anterior (450 niños), tan sólo un **12%** manifestaron **problemas en la alimentación**, y un **8.5%** en el **sueño**.

Respecto a la variable **parto múltiple**, en la siguiente gráfica podemos ver como el 22% de los niños que conforman nuestra muestra, nacieron siendo gemelos o trillizos, un 59% siendo hijos únicos, y un 19% mediante técnicas de fertilización (FIV o Inseminación), en su gran mayoría fueron fecundaciones In Vitro (un 15%), y un 4% mediante la inseminación artificial. Estos grupos aparecen actualmente como un nuevo grupo de riesgo en estas poblaciones.

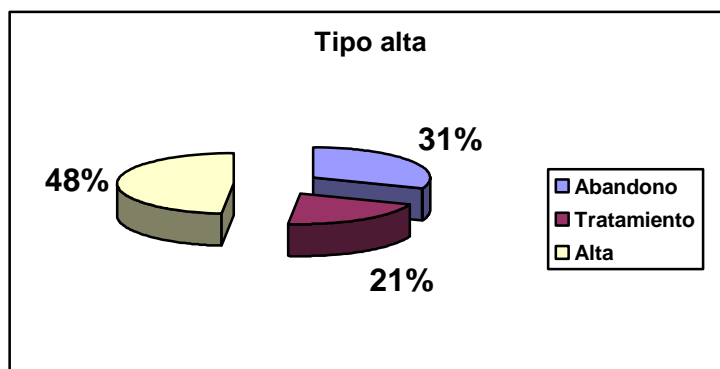


Los tipos de alteraciones en el desarrollo que podemos dar de nuestra muestra, no se refieren al grupo completo de niños (908), sino solamente a los que culminaron en seguimiento, y de los cuales obtuvimos sus puntuaciones en el desarrollo:



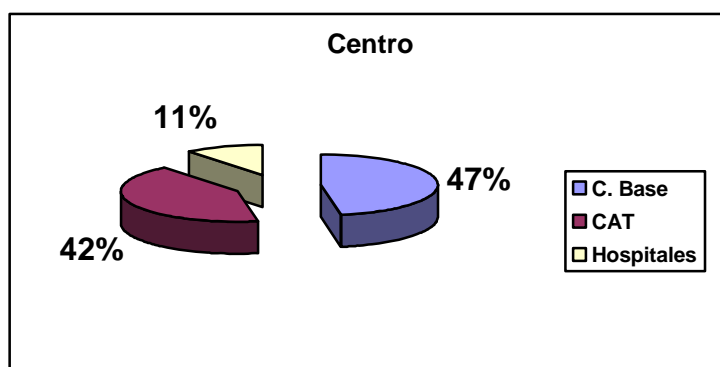
Podemos observar que la mayoría no tuvo ningún problema en su desarrollo, y en cuanto a las alteraciones a los dos años de vida, podemos ver que alrededor del 20% tienen retrasos en al menos dos áreas, y el 21% tienen retrasos de lenguaje, razón por la cual no daban de alta a los niños del seguimiento a los dos años, y continuaban hasta que su retraso de lenguaje se había superado, normalmente hasta los tres años.

En cuanto al **tipo de alta** que tuvieron estos niños, ya hemos comentado que respecto al total de la muestra (908 niños) un **31% abandonaron** el seguimiento, un **20% fueron derivados** a tratamientos específicos (en los Centros de Atención Temprana, Centros Base y Unidades de Rehabilitación hospitalaria), y un **49%** fueron dados de **alta** del seguimiento por la Unidad de Maudes.



Queremos señalar que con la llegada de la médico responsable del seguimiento en el hospital (de **1999 a la actualidad**), el **abandono** supuso un **23%**, la derivación a **tratamiento** está en un **19%**, y el **alta** está en un **58%**, lo que demuestra la eficacia de la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

Respecto al lugar de **derivación** de estos niños, tenemos los siguientes datos:



Casi la mitad de los niños que necesitaban un tratamiento específico se quedaban en Centros Base (normalmente en el que por zona estaba más cercano a la vivienda familiar), un 42% iban a Centros de Atención Temprana (C.A.T.) de la Comunidad de Madrid, y un 11% se quedaban en el servicio de rehabilitación infantil del Hospital La Paz, normalmente en sesiones de fisioterapia.

Por último señalar que el 51% de los niños de nuestra muestra (desde el año 1999 a 2003), estaban escolarizados en el primer ciclo de educación infantil antes de los tres años de edad.

Esta descripción de la muestra, nos lleva también a dar respuesta al primer problema planteado en la descripción del estudio: **¿Qué características**

físicas y sociopsicopedagógicas conforman a la población de muy bajo peso al nacer?.

Lógicamente, una vez observadas las diferencias existentes en nuestra muestra para cada una de las variables, podemos confirmar que tenemos una descripción detallada sobre la población de menos de 1500 gramos al nacer.

CAPÍTULO 3. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizó durante los meses de diciembre de 2005 a febrero de 2006. Previamente habíamos obtenido el permiso correspondiente, adecuando la estancia en el centro base entre un acuerdo de la Universidad Complutense de Madrid y la Consejería de Servicios Sociales. El proceso de aceptación en el Centro Base se demoró durante los meses de octubre y noviembre de 2005.

Para la recogida de datos, **nos basamos** en dos fuentes fundamentalmente:

1. **Entrevistas** con la Unidad de Atención Temprana del Centro Base Maudes, donde las encargadas del Modelo de Seguimiento (Catalina Anta, Socorro Puras y Victoria Fernández), nos fueron exponiendo los inicios del modelo, causas que lo posibilitaron, evolución del mismo a lo largo de los años, limitaciones del modelo, etc.
2. Los **expedientes** de cada uno de los 908 niños que componen la muestra, dentro de los cuales estaban los informes de alta en neonatología por parte del Hospital La Paz, la prueba de desarrollo Brunet Lezine pasada a los 12 meses de edad corregida y a los 24 meses de edad cronológica, y cada una de las anotaciones que hacían cada vez que acudían los niños a su sesión de seguimiento.

Además de lo anterior, pudimos participar como observadores en numerosas sesiones de seguimiento de estos niños en diferentes edades, de manera que nos hicimos una idea del modelo de seguimiento e intervención que llevaban a cabo.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE DATOS

Para la **elaboración de los datos** hemos establecido una plantilla de tabulaciones y matriz de datos (utilizando el Microsoft Excel), así como el cálculo de frecuencias, del que se derivaron los porcentajes necesarios para poder describir con detalle el trabajo, y las tablas para la estadística descriptiva y graficación estadística.

El **análisis de los datos** se usó el S.A.S. (Statistics Analysis System) versión 9.0. Para realizar el contraste, que diera respuesta al planteamiento inicial del problema, hemos utilizado una serie de **estadísticos** que no vamos a concretar ahora en que hipótesis se han utilizado, ya que lo haremos en el apartado de los resultados, que pasamos a concretar:

La **t de Student y el ANOVA**, las hemos seleccionado ya que “*con sólo dos grupos, la significación de las diferencias entre medias puede probarse utilizando una prueba t o un análisis de varianza*”. (Ferguson, 1986: 258). De manera que si nosotros lo que pretendemos es comprobar las relaciones existentes entre dos grupos mediante sus medias o varianzas, resulta lógico la elección de dichos estadísticos.

- La **t de Student** la hemos utilizado en los casos en los que los datos se referían a dos variables, y queríamos analizar la diferencia de medias para esas dos variables, siendo una de esas una variable continua, y la otra una variable categórica que sólo admitía dos valores (ej.: sexo).
- El **ANOVA** o análisis de varianza, también ha sido utilizado para variables que a diferencia del anterior estadístico, la variable categórica admitía más de dos valores (ej.: Tipo de alta), de ahí la necesidad de trabajar con ambos estadísticos. Para poder interpretar el ANOVA usamos el Test de Duncan, que sirve para la realización de comparaciones múltiples entre las muestras y ver como se agrupan los diferentes valores.
- La **r de Spearman**, ha sido seleccionada como coeficiente de correlación para describir el grado de relación que existía entre dos

variables continuas, ya que “*el problema de describir el grado o magnitud de la relación entre dos variables (...) es un problema de correlación. El estadístico que describe el grado de relación entre dos variables se denomina coeficiente de correlación.*” (Ferguson, 1986: 117).

- Finalmente usamos el **Chi Cuadrado**, para la comparación entre dos variables categóricas entre si, y ver si existía o no relación entre dichas variables.

En todas las correlaciones nuestra hipótesis inicial o H_0 es que no existían relaciones entre las variables cruzadas.

La **Justificación de los estadísticos seleccionados** para la confirmación o rechazo de hipótesis viene dada por la necesidad de realizar un CONTRASTE DE HIPÓTESIS que resuelva los problemas planteados. Este contraste, se encuentra justificado por De la Orden (1985) de la siguiente forma:

“La estrategia de la investigación experimental consiste en el planteamiento de hipótesis como conjeturas que pretenden resolver problemas para los que no existe una explicación adecuada: la hipótesis así formulada se convierte en guía de todo un proceso cuyo objetivo final consiste en determinar si aquellas pueden mantenerse o no tras ser sometidas a prueba mediante datos empíricos.” (De la Orden, 1985: 52)

BLOQUE III:

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

CAPÍTULO 1: RESULTADOS

En este apartado expondremos los resultados del proceso de investigación que hemos llevado a cabo. Realizaremos el análisis de los mismos en función de cada una de las hipótesis por separado, centrándonos dentro de cada hipótesis en las diferentes subhipótesis elaboradas dentro del apartado destinado a la “Descripción del estudio” al principio del bloque anterior.

Analizando los datos estadísticos resultantes de forma que podamos sacar información relevante para nuestro trabajo, elaborando, a partir de los mismos, conclusiones concretas, que puedan resumir los aspectos más relevantes. A su vez ofreceremos las conclusiones a las que llegamos, una vez analizados los estadísticos utilizados en cada una de las hipótesis y subhipótesis.

Los resultados del trabajo los expondremos a continuación. No debemos olvidar que son una parte de la realidad que se está dando en la Comunidad de Madrid, y que sólo se pretende describir como se está realizando y cual es la situación de la Atención Temprana en un modelo de seguimiento específico de niños de menos de 1500 gramos.

1.- Primera Hipótesis

Queremos comprobar si: **Los niños con menos de 1500 de peso gramos al nacimiento, presentan mayores alteraciones en el desarrollo que los niños nacidos a término.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes: cocientes de desarrollo postural, de la coordinación, del lenguaje, social y global, en la “Escala de Desarrollo psicomotor de la Primera Infancia Brunet Lezine revisado” tanto al año de edad corregida como a los dos años de edad cronológica.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Alteraciones en el desarrollo:** consideramos dentro de este término a aquellos niños que presentan un retraso en su edad, medido con pruebas estandarizadas, en alguna de las variables de su desarrollo (postural, coordinación, lenguaje, social y global).

PROCEDIMIENTO:

Comprobar los porcentajes de retrasos leves (entre 83-92), moderados (75-82) y graves (<75) en las puntuaciones obtenidas de la Brunet Lezine al año de edad corregida y a los dos años de edad cronológica. Una vez comprobados verificar si existe diferencia con el índice de discapacidad (3%) proporcionado por la Comunidad de Madrid.

Los porcentajes de las puntuaciones medias resultantes para cada aspecto del desarrollo al año de edad corregida fueron los siguientes:

	% DE COCIENTES DESARROLLO 12 MESES EDAD CORREGIDA				
Rango	Postural	Coordinación	Lenguaje	Social	Global
<75	5	2	3	1	2
75-82	7	5	6	5	6
83-92	24	23	32	18	21
>92	64	70	59	76	71

Los porcentajes de las puntuaciones medias resultantes para cada aspecto del desarrollo a los dos años de edad cronológica fueron los siguientes:

% DE COCIENTES DESARROLLO 24 MESES EDAD CRONOLÓGICA					
Rango	Postural	Coordinación	Lenguaje	Social	Global
<75	4	2	5	2	2
75-82	1	3	10	5	3
83-92	12	14	43	17	26
>92	83	81	42	76	69

A la vista de los resultados expuestos podemos afirmar que existe un **mayor índice de discapacidad tanto al año de edad corregida, como a los dos años de edad cronológica**, en los niños que han pesado menos de 1500 gramos de peso al nacimiento. De la tabla vemos como la suma de los porcentajes de los niños que han puntuado menos de 83 en cualquiera de los cocientes de desarrollo, siempre superan el índice del 3% que da la Comunidad en cuanto a discapacidad en niños menores de 4 años. Con lo cual **confirmamos la hipótesis planteada** de que “Los niños con menos de 1500 gramos al nacimiento, presentan mayores alteraciones en el desarrollo que la población normal”

2.- Segunda Hipótesis

Queremos comprobar si: **El modelo de seguimiento de niños de menos de 1500 gramos del Centro Base Maudes, previene los problemas en el desarrollo de estos niños.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes: Los tipos de alta (abandono, derivado a tratamiento y alta) tomadas como variables de tipo descriptivo.

Variable independiente: intensidad de los apoyos (seguimiento y pautas)

Variable dependiente: la edad gestacional, el peso al nacer, los días de ingreso, el apgar al minuto y a los cinco minutos, cocientes de desarrollo (postural, coordinación, lenguaje, social y global al año de edad corregida como a los dos años de edad cronológica)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Problemas en el desarrollo:** consideramos dentro de este término a aquellos niños que presentan un retraso en su edad, medido con pruebas estandarizadas, en alguna de las variables de su desarrollo (postural, coordinación, lenguaje, social y global).

PROCEDIMIENTO:

Para esta hipótesis usamos dos procedimientos diferentes, el primero para ver si existe relación entre el tipo de intervención y las características biomédicas y de desarrollo. Para ello comprobamos si existe igualdad o no de varianzas para elegir la salida de la “t” correspondiente, donde constatar si existe o no diferencia de medias. El segundo procedimiento utilizado, fue para comprobar si era efectivo el modelo preventivo en función del alta, de manera que realizamos una tabla de cálculo de frecuencias y porcentajes para ver cuantos se han beneficiado del seguimiento.

Las medias y los resultados de la prueba “t” para cada una de las variables usadas son:

PRUEBA “t” DE STUDENT				
Variable	Tipo intervención	Media	N	“t”
Edad gestacional	Seguimiento	29.9	908	0.0004
	Pautas	29.2		
Peso al nacer	Seguimiento	1177	908	<.0001
	Pautas	1078		
Días de ingreso	Seguimiento	57.5	906	<.0001
	Pautas	70.9		
Apgar minuto	Seguimiento	5.4	864	0.0016
	Pautas	4.9		
Apgar 5 minutos	Seguimiento	7.4	866	0.0005
	Pautas	7		
Desarrollo postural 12	Seguimiento	97.8	547	<.0001
	Pautas	91.9		
Desarrollo Coordinación 12	Seguimiento	98.5	547	<.0001
	Pautas	93.3		
Desarrollo lenguaje 12	Seguimiento	97.7	547	<.0001
	Pautas	91.3		
Desarrollo social 12	Seguimiento	100.6	547	<.0001
	Pautas	95.3		
Desarrollo global 12	Seguimiento	98.3	547	<.0001
	Pautas	92.4		
Desarrollo postural 24	Seguimiento	103	446	<.0001
	Pautas	95		
Desarrollo Coordinación 24	Seguimiento	100.4	446	<.0001
	Pautas	95		
Desarrollo lenguaje 24	Seguimiento	96.4	446	<.0001
	Pautas	85.8		
Desarrollo social 24	Seguimiento	98.5	446	<.0001
	Pautas	94		
Desarrollo global 24	Seguimiento	99.2	446	<.0001
	Pautas	91.5		

En cuanto a los tipos de alta, el 31% de la muestra completa abandonó el seguimiento (255 niños), un 20% fue derivado a tratamientos específicos en Centros de Atención Temprana, Centros Base o Servicios de Rehabilitación Infantil del hospital, por presentar algún tipo de retraso documentado (170 niños), y el 49% de la muestra fue dado de alta en el programa con normalidad en su desarrollo (399 niños)

De manera que con un “**p valor**” menor de **0,01**, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias, con lo cual confirmamos la hipótesis planteada inicialmente de que “El modelo de seguimiento de niños de menos de 1500 gramos del Centro Base Maudes, previene los problemas en el desarrollo de estos niños”, en la

subhipótesis primera, es decir, en función de los tipos de intensidad de los apoyos (seguimiento o pautas).

En la subhipótesis segunda, en función del tipo de alta (abandono, derivado a tratamiento y alta del seguimiento con normalidad en el desarrollo) podemos comprobar como casi el 50% de los niños se benefician del seguimiento y un 20% son detectados en edades tempranas, de manera que corroboran su nivel preventivo ya que al no haber ningún tipo de intervención sobre los niños, es posible que el porcentaje de retrasos en el desarrollo a los tres años fuera mayor.

3.- Tercera Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre el peso y las variables biomédicas.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: peso al nacimiento.

Variables independientes: edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Variables biomédicas:** llamamos variables biomédicas al conjunto variables descritas en el capítulo 5º del bloque anterior, entre las que se encuentran: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple.

PROCEDIMIENTO:

Para está hipótesis usamos tres procedimientos diferentes:

- Coeficiente de correlación “r” de Spearman para las variables continuas, es decir, relación entre el peso al nacer y: la edad gestacional, los días de ingreso y el apgar.
- “t” de Student para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite dos valores, es decir, el peso y: las variables tipo de parto y tipo de ecografía.
- ANOVA para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite más dos valores, es decir, el peso y: las variables diagnóstico “A”, “B” y parto múltiple.

Las medias y los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

“r” SPEARMAN ENTRE EL PESO Y VARIABLES BIOMÉDICAS			
Variable	N	“r”	Tipo relación
Edad gestacional	908	<.0001	Positiva
Días ingreso	906	<.0001	Negativa
Apgar minuto	867	<.0001	Positiva
Apgar 5 minutos	869	<.0001	Positiva

PRUEBA “t” DE STUDENT (Variable Peso)				
Variable	Valor	N	Media	“t”
Tipo de parto	Vaginal	297	1099	0.005
	Cesárea	596	1155	
Tipo ecografía	Normal	631	1174	<.0001
	Anormal	275	1046	

ANOVA ENTRE PESO Y VARIABLES BIOMÉDICAS					
Variable	Valores	N	Medias	Duncan	ANOVA
Diagnóstico “A”	Leucomalacia	31	1189	A	<.0001
	Hemorragias S.	37	1181	A	
	Normal	626	1174	A	
	HIV I-II	111	1012	B	
	HIV III-IV	60	917	B	
Diagnóstico “B”	Normal	560	1192	A	<.0001
	PCI	43	1096	B	
	CIR	197	1079	B	
	A neurológica	34	1049	B	
	Displasia B.	69	896	C	
Parto múltiple	Si	197	1173	A	0.14
	No	540	1153	A	
	Inseminación	31	1139	A	
	FIV	137	1120	A	0.06
	Si	197	1173	A	
	Fertilización	168	1142	A B	
	No	540	1120	B	

De manera que con un “**p valor**” menor de **0,01**, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente de que “Existen relaciones significativas entre el peso y las variables biomédicas”, en todas las subhipótesis menos en la octava, cuando intentamos comprobar si existe relación entre el peso y el la variable parto múltiple, donde no existe relación alguna (“p valor” = 0,06).

No obstante, si que podemos decir que apreciamos diferencias (aunque no significativas) entre el peso y la variable parto múltiple, observando que los niños que nacen en un parto múltiple tienen mayor peso que aquellos que han nacido mediante técnicas de fertilización (FIV o Inseminación), y los que no han sido múltiples.

4.- Cuarta Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre la edad gestacional y el resto de variables biomédicas.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: edad gestacional.

Variables independientes: días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Variables biomédicas:** llamamos variables biomédicas al conjunto variables descritas en el capítulo 5º del bloque anterior, entre las que se encuentran: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple.

PROCEDIMIENTO:

Para está hipótesis usamos tres procedimientos diferentes:

- Coeficiente de correlación “r” de Spearman para las variables continuas, es decir, relación entre la edad gestacional y: los días de ingreso y el apgar.
- “t” de Student para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite dos valores, es decir, la edad gestacional y: las variables tipo de parto y tipo de ecografía.
- ANOVA para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite más dos valores, es decir, la edad gestacional y: las variables diagnóstico “A”, “B” y parto múltiple.

Las medias y los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

“r” SPEARMAN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y VARIABLES BIOMÉDICAS			
Variable	N	“r”	Tipo relación
Días ingreso	906	<.0001	Negativa
Apgar minuto	867	<.0001	Positiva
Apgar 5 minutos	869	<.0001	Positiva

PRUEBA “t” DE STUDENT (Variable Edad Gestacional)				
Variable	Valor	N	Media	“t”
Tipo de parto	Vaginal	297	28.6	<.0001
	Cesárea	596	30.1	
Tipo ecografía	Normal	631	30.2	<.0001
	Anormal	275	28.3	

ANOVA ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y VARIABLES BIOMÉDICAS					
Variable	Valores	N	Medias	Duncan	ANOVA
Diagnóstico “A”	Normal	626	30.2	A	<.0001
	Leucomalacia	31	29.8	A	
	Hemorragias S.	37	29.7	A	
	HIV I-II	111	28	B	
	HIV III-IV	60	26.9	C	
Diagnóstico “B”	CIR	197	32.2	A	<.0001
	Normal	560	29.2	B	
	PCI	43	28.9	B	
	A neurológica	34	28.6	B	
	Displasia B.	69	26.7	C	
Parto múltiple	Si	197	30.2	A	0.02
	No	540	29.6	A	
	Inseminación	31	29.5	A	
	FIV	137	29.2	A	0.008
	Si	197	30.2	A	
	No	540	29.6	B	
	Fertilización	168	29.3	B	

De manera que con un “p valor” menor de 0,01, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente y “Existen relaciones significativas entre la edad gestacional y las variables biomédicas”, en todas las subhipótesis.

5.- Quinta Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre los cocientes de desarrollo y las variables biomédicas.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: los cocientes de desarrollo a los 12 y 24 meses.

Variables independientes: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Variables biomédicas:** llamamos variables biomédicas al conjunto variables descritas en el capítulo 5º del bloque anterior, entre las que se encuentran: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple.

PROCEDIMIENTO:

Para esta hipótesis usamos dos procedimientos diferentes:

- Coeficiente de correlación “r” de Spearman para las variables continuas, es decir, relación entre los cocientes de desarrollo a los 12 y 24 meses y: el peso al nacer, la edad gestacional, los días de ingreso y el apgar.
- ANOVA para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite más dos valores, es decir, los cocientes de desarrollo a los 12 y 24 meses y: las variables diagnóstico “A”, “B” y parto múltiple.

Las medias y los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

“r” SPEARMAN ENTRE COCIENTES DE DESARROLLO Y VARIABLES BIOMÉDICAS									
	Postural 12			Coordinación 12			Lenguaje 12		
Variable	N	“r”	Tipo	N	“r”	Tipo	N	“r”	Tipo
Peso al nacer	549	<.0001	+	549	0.001	+	549	0.07	Nada
E. gestacional	549	0.002	+	549	0.003	+	549	0.01	+
Días ingreso	549	<.0001	-	549	<.0001	-	549	0.0001	-
Apgar min	549	0.01	+	549	0.08	Nada	549	0.1	Nada
Apgar 5 min	549	0.01	+	549	0.1	Nada	549	0.2	Nada

“r” SPEARMAN ENTRE COCIENTES DE DESARROLLO Y VARIABLES BIOMÉDICAS						
	Social 12			Global 12		
Variable	N	“r”	Tipo	N	“r”	Tipo
Peso al nacer	549	0.01	+	549	0.0005	+
E. gestacional	549	0.22	Nada	549	<.0001	+
Días ingreso	549	<.0001	-	549	<.0001	-
Apgar min	549	0.02	+	549	0.01	+
Apgar 5 min	549	0.01	+	549	0.01	+

“r” SPEARMAN ENTRE COCIENTES DE DESARROLLO Y VARIABLES BIOMÉDICAS									
	Postural 24			Coordinación 24			Lenguaje 24		
Variable	N	“r”	Tipo	N	“r”	Tipo	N	“r”	Tipo
Peso al nacer	448	0.001	+	448	<.0001	+	448	0.001	+
E. gestacional	448	0.01	+	448	<.0001	+	448	0.0005	+
Días ingreso	448	<.0001	-	448	<.0001	-	448	<.0001	-
Apgar min	448	0.001	+	448	0.001	+	448	0.9	Nada
Apgar 5 min	448	0.0006	+	448	0.001	+	448	0.6	Nada

“r” SPEARMAN ENTRE COCIENTES DE DESARROLLO Y VARIABLES BIOMÉDICAS						
	Social 24			Global 24		
Variable	N	“r”	Tipo	N	“r”	Tipo
Peso al nacer	448	0.06	Nada	448	0.0001	+
E. gestacional	448	0.01	+	448	0.0001	+
Días ingreso	448	<.0001	-	448	<.0001	-
Apgar min	448	0.4	Nada	448	0.06	Nada
Apgar 5 min	448	0.3	Nada	448	0.01	+

ANOVA ENTRE COCIENTES DE DESARROLLO Y DIAGNÓSTICOS									
V	Valores	Postural 12				Postural 24			
		N	X	D	ANOVA	N	X	D	ANOVA
D “A”	Normal	394	96	A	<.0001	322	100	AB	<.0001
	HIV I-II	74	93	A					
	HIV III-IV	26	84	B					
	Leucomalacia	8	81	B					
	Hemorragias S.	24	94	A					
D “B”	Normal	344	96	A	<.0001	283	101	A	<.0001
	Displasia B.	39	93	A					
	CIR	125	95	A					
	PCI	19	77	C					
	A neurológica	20	85	B					
		Coordinación 12				Coordinación 24			
D “A”	Normal	394	97	A	<.0001	322	99	A	<.0001
	HIV I-II	74	94	AB					
	HIV III-IV	26	89	BC					
	Leucomalacia	8	88	C					
	Hemorragias S.	24	98	A					
D “B”	Normal	344	97	A	<.0001	283	99	A	<.0001
	Displasia B.	39	95	A					
	CIR	125	96	A					
	PCI	19	84	B					
	A neurológica	20	88	B					
		Lenguaje 12				Lenguaje 24			
D “A”	Normal	394	95	BA	0.004	322	92	A	0.003
	HIV I-II	74	93	BA					
	HIV III-IV	26	89	BC					
	Leucomalacia	8	87	C					
	Hemorragias S.	24	96	A					
D “B”	Normal	344	95	A	<.0001	283	91	A	0.03
	Displasia B.	39	94	A					
	CIR	125	93	A					
	PCI	19	85	B					
	A neurológica	20	88	B					
		Social 12				Social 24			
D “A”	Normal	394	99	A	0.0006	322	97	A	<.0001
	HIV I-II	74	97	AB					
	HIV III-IV	26	91	B					
	Leucomalacia	8	91	B					
	Hemorragias S.	24	98	A					
D “B”	Normal	344	99	A	<.0001	283	97	A	<.0001
	Displasia B.	39	95	AB					
	CIR	125	98	A					
	PCI	19	90	C					
	A neurológica	20	92	BC					
		Global 12				Global 24			
D “A”	Normal	394	96	A	<.0001	322	96	A	<.0001
	HIV I-II	74	94	BA					
	HIV III-IV	26	87	C					
	Leucomalacia	8	87	C					
	Hemorragias S.	24	97	A					
D “B”	Normal	344	96	A	<.0001	283	96	A	<.0001
	Displasia B.	39	93	A					
	CIR	125	95	A					
	PCI	19	82	C					
	A neurológica	20	88	B					

Para poder afirmar que con un “**p valor**” menor de **0,01**, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente de que “Existen relaciones significativas entre los cocientes de desarrollo y las variables biomédicas”, tenemos que subdividir la hipótesis en función de cada una de las áreas del desarrollo:

- **Desarrollo Postural:** Existen relaciones significativas entre las variables biomédicas y el desarrollo postural de los niños de menos de 1500 gramos al nacimiento al año de edad corregida y a los dos años de edad cronológica, a excepción de: la variable parto múltiple donde no existe relación significativa.
- **Desarrollo de la Coordinación:** Existen relaciones significativas entre las variables biomédicas y el desarrollo de la coordinación de los niños de menos de 1500 gramos al nacimiento al año de edad corregida y a los dos años de edad cronológica, a excepción de: la variable parto múltiple, y del apgar al minuto y a los cinco minutos al año de edad corregida, donde no existe relación significativa.
- **Desarrollo del Lenguaje:** Existen relaciones significativas entre las variables biomédicas y el desarrollo del lenguaje de los niños de menos de 1500 gramos al nacimiento al año de edad corregida y a los dos años de edad cronológica, a excepción de: la variable parto múltiple, el apgar al minuto y a los cinco minutos, y el peso al nacer al año de edad corregida, donde no existe relación significativa.
- **Desarrollo Social:** Existen relaciones significativas entre las variables biomédicas y el desarrollo social de los niños de menos de 1500 gramos al nacimiento al año de edad corregida y a los dos años de edad cronológica, a excepción de: la variable parto múltiple, la edad gestacional al año de edad corregida, el apgar al minuto y a los cinco minutos y el peso a los dos años de edad cronológica, donde no existe relación significativa.
- **Desarrollo Global:** Existen relaciones significativas entre las variables biomédicas y el desarrollo global de los niños de menos de

1500 gramos al nacimiento al año de edad corregida y a los dos años de edad cronológica, a excepción de: la variable parto múltiple, y el apgar al minuto con dos años de edad cronológica, donde no existe relación significativa.

Respecto a la relación entre las variables de desarrollo y el parto múltiple, sólo hemos encontrado una relación con el cociente de desarrollo de lenguaje a los 12 meses donde el ANOVA nos da un “p valor” de 0.008, y en el análisis de Duncan, sale que el grupo de niños que han nacido con alguna técnica de **fertilización** (FIV o inseminación), **tienen menores puntuaciones en los cocientes de desarrollo de lenguaje a los doce meses** que el resto de niños (los que han nacido en parto múltiple y los que no). Incluso dentro de un análisis más detallado sale que los niños que han nacido mediante técnicas de inseminación, poseen medias en desarrollo de lenguaje a los 12 meses menores que los de Fecundación in Vitro.

6.- Sexta Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre las variables sociopsicopedagógicas y las variables biomédicas.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: la variable comportamiento, alimentación y sueño.

Variables independientes: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Variables biomédicas:** llamamos variables biomédicas al conjunto variables descritas en el capítulo 5º del bloque anterior, entre las que se encuentran: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple.

PROCEDIMIENTO:

Para está hipótesis usamos tres procedimientos diferentes:

- “t” de Student para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite dos valores, es decir, las variables peso, edad gestacional, días de ingreso, apgar, cocientes de desarrollo, y: las variables alimentación y sueño.
- ANOVA para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite más dos valores, es decir, las variables peso, edad gestacional, días de ingreso, apgar, cocientes de desarrollo, y: la variable comportamiento.
- Chi Cuadrado: para variables categóricas que se cruzan entre si, es decir, las variables comportamiento, alimentación, sueño, y: las variables diagnóstico “A”, diagnóstico “B”, parto múltiple, tipo de ecografía y tipo de parto.

Para analizar los resultados obtenidos de los procedimientos anteriores, vamos a centrarnos en las variables dependientes para poder comentarlos.

Respecto a las variables alimentación y sueño, no ha salido ninguna relación significativa con ninguna de las variables biomédicas en ninguno de los procedimientos usados.

En cuanto la variable comportamiento, usando el Chi Cuadrado, nos dicen que únicamente existe relación dentro de la variable diagnóstico “B”, con los niños que tienen Crecimiento Intrauterino Retardado, aportando un “p valor” de 0.03, es decir un nivel de confianza del 97%.

En el análisis de varianzas ANOVA, sólo nos da una relación significativa entre la variable comportamiento y el apgar al minuto (“p valor”= 0.003) y a los cinco minutos (“p valor”= <.0001).

De manera que con un “**p valor**” **mayor de 0,05**, es decir, con un nivel de confianza menor del 95%, **rechazamos la hipótesis planteada de que “Existen relaciones significativas entre las variables sociopsicopedagógicas y las variables biomédicas”**. Salvo para la variable apgar al minuto y a los cinco minutos, con la variable comportamiento, donde si existe esa significatividad.

También hemos podido comprobar, con un “p valor” de 0,03 y un nivel de confianza del 97%, que existe una relación entre la variable comportamiento y los niños con Crecimiento Intrauterino Retardado, es decir, existen diferencias significativas en los problemas del comportamiento de estos niños, por lo que podemos afirmar que tienen más problemas este grupo de niños, que los niños que no tienen ningún tipo de diagnóstico médico asociado.

Estos resultados nos llevan a **rechazar la hipótesis** inicial que consideraba la existencia de diferencias **entre las variables sociopsicopedagógicas y las variables biomédicas, concluyendo, por tanto, con la no existencia de diferencias estadísticas significativas**. Si observamos ciertas diferencias (puntuales) en la variable comportamiento.

7.- Séptima Hipótesis

Queremos comprobar si: **existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables biomédicas.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: los diagnósticos de tipo “A” y “B”.

Variables independientes: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, Apgar, tipo de parto, tipo de ecografía y parto múltiple

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Variables biomédicas:** llamamos variables biomédicas al conjunto variables descritas en el capítulo 5º del bloque anterior, entre las que se encuentran: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple.

PROCEDIMIENTO:

Para está hipótesis usamos dos procedimientos diferentes:

- “t” de Student para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite dos valores, es decir, la peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, y: las variables diagnóstico “A” y “B”.
- Chi Cuadrado: para variables categóricas que se cruzan entre si, es decir, las variables parto múltiple, tipo de parto, tipo de ecografía y: las variables diagnóstico “A”, diagnóstico “B”.

Las medias y los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

“t” de Student		HIV I-II			HIV III-IV			LEUCOMALACIA					
Variable	“A”	Media	N	“t”	Media	N	“t”	Media	N	“t”			
Edad gestacional	Normal	30	626	<.0001	30	626	<.0001	No significativo					
	Diagnos	28	111		27	60							
Peso al nacer	Normal	1153	626	<.0001	1174	626	<.0001				No significativo		
	Diagnos	958	111		917	60							
Días de ingreso	Normal	55	625	<.0001	57	625	<.0001	57	625	0.02			
	Diagnos	74	111		93	60		70	31				
Apgar min	Normal	5.3	600	<.0001	5.5	600	0.0004	No significativo					
	Diagnos	3.8	106		4.4	58							
Apgar 5 min	Normal	7-4	602	<.0001	7.5	602	<.0001				No significativo		
	Diagnos	6.3	106		6.3	57							

“t” de Student		DISPLASIA B.			CIR			PCI								
Variable	“A”	Media	N	“t”	Media	N	“t”	Media	N	“t”						
Edad gestacional	Normal	29	560	<.0001	29	560	<.0001	No Significativo								
	Diagnos	27	69		32	197										
Peso al nacer	Normal	1192	560	<.0001	1192	560	<.0001				No Significativo					
	Diagnos	896	69		1078	197										
Días de ingreso	Normal	56	559	<.0001	No significativo			58	559	0.0001						
	Diagnos	96	69					76	43							
Apgar min	Normal	5.2	541	0.0016				No significativo			No significativo					
	Diagnos	4.1	64													
Apgar 5 min	Normal	7.3	542	0.0005	7.3	542	0.02							No significativo		
	Diagnos	6.3	65		7.6	187										

CHI CUADRADO ENTRE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS Y V. BIOMÉDICAS				
Variable	Valor	Tipo parto	Tipo Eco	Parto M.
Diagnóstico “A”	HIV I-II	0.005	No significativo	
	HIV III-IV	<.0001		
	Leucomalacia	No significat.		
Diagnóstico “B”	Displasia B.	<.0001	0.005	0.03
	CIR	No significat.	0.006	0.001
	PCI	<.0001	No significativo	

Para poder analizar los resultados, nos fijaremos de manera independiente en cada uno de los seis diagnósticos que hemos tomado como referencia (hemos rechazado dos por falta de muestra de cara a la justificación estadística), y en función de cada uno podremos decir que tipo de relación existe entre cada uno de estos diagnósticos y las variables biomédicas.

De manera que con un “p valor” menor de 0,01, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente y “Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables biomédicas”, en los siguientes diagnósticos:

- Para el diagnóstico de **Displasia Broncopulmonar** se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto de variables biomédicas.
- Para el diagnóstico de **Hemorragia Intraventricular I-II** se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto de variables biomédicas, salvo el parto múltiple donde no existe relación.
- Para el diagnóstico de **Hemorragia Intraventricular III-IV** se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto de variables biomédicas, salvo el parto múltiple donde no existe relación.

De igual manera, con un “p valor” mayor de 0,05, es decir, con un nivel de confianza de menos del 95%, **rechazamos la hipótesis planteada de que Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables biomédicas.** Para los siguientes diagnósticos:

- Para la **leucomalacia ventricular**, rechazamos la hipótesis de que existe relación estadística entre este diagnóstico y el resto de variables biomédicas, aunque observamos un grado de relación (0.02) en los días de ingreso. Este rechazo se deba probablemente a la falta de niños con leucomalacia en nuestra muestra (sólo 31 casos).
- Para el **Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR)**, rechazamos la hipótesis de que existe relación estadística entre este diagnóstico y el resto de variables biomédicas, únicamente observamos cierta relación con la variable tipo de ecografía y parto múltiple, donde se cumple el criterio de la significatividad mayor que 0.01. También se da el caso de que se relacionan significativamente su peso y su edad gestacional, pero este dato no resulta llamativo, porque la relación que existe entre ambos es la definición de CIR. Por último observamos un grado de relación (0.02) en el Apgar a los cinco

minutos, siendo la media de estos niños superior al del grupo que no tiene ningún diagnóstico médico.

- Finalmente para los niños con **Parálisis Cerebral Infantil (PCI)**, rechazamos la hipótesis de que existe relación estadística entre este diagnóstico y el resto de variables biomédicas, únicamente observamos cierta relación con la variable días de ingreso, tipo de parto y tipo de ecografía, donde se cumple el criterio de la significatividad mayor que 0.01.

8.- Octava Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo,**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: los diagnósticos de tipo “A” y “B”.

Variables independientes: los cocientes de desarrollo postural, coordinación, lenguaje, social y global al año de edad corregida, y a los dos años de edad real.

PROCEDIMIENTO:

Para está resolver esta hipótesis usamos los siguientes procedimientos:

- “t” de Student para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite dos valores, es decir, los cocientes de desarrollo al año y a los dos años y: las variables diagnóstico “A” y “B”.

Las medias y los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

“t” de Student		HIV I-II			HIV III-IV			LEUCOMALACIA								
Variable	“A”	Media	N	“t”	Media	N	“t”	Media	N	“t”						
Postural 12	Normal	95	394	0.02	96	394	0.0002	96	394	<.0001						
	Diagnos	91	74		84	26		81	8							
Coordinación 12	Normal	96	394	0.03	97	394	.003	97	394	0.002						
	Diagnos	92	74		89	26		88	8							
Lenguaje 12	Normal	No significativo			95	394	0.02	95	394	0.01						
	Diagnos				89	26		87	8							
Social 12	Normal	No significativo			99	394	<.0001	99	394	0.01						
	Diagnos				91	26		91	8							
Global 12	Normal	96	394	0.02	96	394	0.0003	96	394	0.05						
	Diagnos	92	74		87	26		87	8							
Postural 24	Normal	99	322	0.05	100	322	0.003	No significativo								
	Diagnos	94	58		85	20										
Coordinación 24	Normal	98	322	0.002	99	322	0.006				No significativo					
	Diagnos	93	58		89	20										
Lenguaje 24	Normal	91	322	0.01	92	322	0.02							No significativo		
	Diagnos	86	58		86	20										
Social 24	Normal	97	322	0.008	97	322	0.01	No significativo								
	Diagnos	92	58		89	20										
Global 24	Normal	96	322	<.0001	96	322	0.006				No significativo					
	Diagnos	90	58		86	20										

“t” de Student		DISPLASIA B.			CIR			PCI		
Variable	“A”	Media	N	“t”	Media	N	“t”	Media	N	“t”
Postural 12	Normal							96	344	<.0001
	Diagnos							77	19	
Coordinación 12	Normal	No significativo			No significativo			97	344	0.0001
	Diagnos	No significativo			No significativo			84	19	
Lenguaje 12	Normal	No significativo			No significativo			95	344	<.0001
	Diagnos	No significativo			No significativo			85	19	
Social 12	Normal	99						99	344	<.0001
	Diagnos	95		0.03				90	19	
Global 12	Normal	96						96	344	<.0001
	Diagnos	93		0.005				82	19	
Postural 24	Normal	101			101	283	0.004	101	283	0.001
	Diagnos	92		0.001	98	103		78	11	
Coordinación 24	Normal	No significativo			No significativo			99	283	0.005
	Diagnos	No significativo			No significativo			85	11	
Lenguaje 24	Normal	No significativo			No significativo			91	283	0.01
	Diagnos	No significativo			No significativo			83	11	
Social 24	Normal	No significativo			No significativo			97	283	0.003
	Diagnos	No significativo			No significativo			85	11	
Global 24	Normal	96						96	283	0.0009
	Diagnos	02		0.01				82	11	

Para poder analizar los resultados, nos fijaremos de manera independiente en cada uno de los seis diagnósticos que hemos tomado como referencia (hemos rechazado dos por falta de muestra de cara a la justificación estadística), y en función de cada uno podremos decir que tipo de relación existe entre cada uno de estos diagnósticos y las variables biomédicas.

De manera que con un “p valor” menor de 0,01, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente y “Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo”, en los siguientes diagnósticos:

- Para el diagnóstico de **Parálisis Cerebral Infantil (PCI)** se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto de variables de desarrollo.
- Para el diagnóstico de **Hemorragia Intraventricular III-IV** se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto de variables de desarrollo, salvo para la variable lenguaje al año y a los dos años (“p valor”= 0.02) donde el nivel de confianza es de un 98%.
- Para el diagnóstico de **Hemorragia Intraventricular I-II** se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto

de variables de desarrollo, salvo en el desarrollo del lenguaje y social al año de edad corregida, donde no existe relación.

- Para la **leucomalacia**, se confirma la hipótesis de que existe relación entre este diagnóstico, y el resto de variables de desarrollo sólo al año de edad corregida, siendo en el cociente de desarrollo global al año (“p valor” 0.05) su nivel de confianza de un 95%, a los dos años de edad real no existe relación, posiblemente por la falta de muestra.

De igual manera con un “**p valor**” mayor de **0,05**, es decir, con un nivel de confianza menor del 95%, **rechazamos la hipótesis planteada de que Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo** para los siguientes diagnósticos:

- Para el **Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR)**, rechazamos la hipótesis de que existe relación estadística entre este diagnóstico y el resto de variables de desarrollo, únicamente observamos cierta relación con el cociente de desarrollo postural (“p valor”= 0.01) a los dos años de edad cronológica, con un nivel de confianza del 99%.
- Finalmente para los niños con **Displasia Broncopulmonar**, rechazamos la hipótesis de que existe relación estadística entre este diagnóstico y el resto de variables de desarrollo, únicamente observamos cierta relación con las variables de los cocientes de desarrollo globales al año y a los dos años, y el desarrollo postural a los dos años (“p valor”= 0.01), donde el nivel de confianza es de un 99%. Por último observamos un grado de relación con el desarrollo social (“p valor”= 0.03) al año de edad corregida.

9.- Novena Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y el tipo de intervención que han recibido.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: los diagnósticos de tipo “A” y “B”.

Variables independientes: los tipos de intervención, es decir, los niños que están en seguimiento, pautas, o tratamiento.

PROCEDIMIENTO:

Para está resolver esta hipótesis usamos el siguiente procedimiento:

- Chi Cuadrado: para variables categóricas que se cruzan entre si, es decir, las variables para cruzar las variables diagnóstico “A”, diagnóstico “B”, y: los tipos de intervención.

Los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

CHI CUADRADO ENTRE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E INTERVENCIÓN				
Variable	Valor	Seguimiento	Pautas	Tratamiento
Diagnóstico “A”	HIV I-II	<.0001	<.0001	0.05
	HIV III-IV	<.0001	<.0001	<.0001
	Leucomalacia	0.0005	0.0005	<.0001
Diagnóstico “B”	Displasia B.	0.0007	0.0007	<.0001
	CIR	No significativo		
	PCI	<.0001	<.0001	<.0001

De manera que con un “**p valor**” **menor de 0,01**, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente y “Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y el tipo de intervención que han recibido”, en todas las subhipótesis salvo dentro de la subhipótesis segunda, los niños que tienen Crecimiento Intrauterino Retardado, donde no se cumple esta hipótesis.

También queremos señalar que en el caso de los niños con diagnóstico de Hemorragia Intraventricular de tipo I-II, el grado de significación es de 0.05, luego podemos afirmar la hipótesis con un nivel de confianza del 95%.

10.- Décima Hipótesis

Queremos comprobar si: **Existen relaciones significativas entre los tipos de alteraciones en el desarrollo y las variables biomédicas.**

VARIABLES:

Las variables que se pueden identificar en nuestra hipótesis central, son las siguientes:

Variable dependiente: la variable comportamiento, alimentación y sueño.

Variables independientes: peso al nacimiento, edad gestacional, días de ingreso, apgar, tipo de parto, tipo de ecografía, diagnóstico “A”, diagnóstico “B” y parto múltiple

PROCEDIMIENTO:

Para está resolver esta hipótesis usamos los siguientes procedimientos:

- ANOVA para la variable continua que se cruza con otra categórica que admite más dos valores, es decir, las variables peso, edad gestacional, días de ingreso, apgar, y: la variable alteraciones del desarrollo (ninguna alteración, retraso de lenguaje, retraso motor y otra área, retraso en al menos tres áreas del desarrollo).
- Chi Cuadrado: para variables categóricas que se cruzan entre si, es decir, la variable alteraciones del desarrollo (ninguna alteración, retraso de lenguaje, retraso motor y otra área, retraso en al menos tres áreas del desarrollo), y: las variables diagnóstico “A”, diagnóstico “B”, parto múltiple, tipo de ecografía y tipo de parto.

Los resultados de las diferentes pruebas usadas para cada una de las variables usadas son:

ANOVA ENTRE ALTERACIONES DEL DESARROLLO Y VARIABLES BIOMÉDICAS					
Variable	Valores	N	Medias	Duncan	ANOVA
Peso al nacer	Sin alteraciones	359	1179	A	<.0001
	R. lenguaje	124	1146	A	
	R. motor y otro	64	1060	B	
	R. en 3 áreas	52	992	B	
Edad gestacional	Sin alteraciones	359	30.1	A	0.0006
	R. lenguaje	124	29.6	AB	
	R. en 3 áreas	52	29	BC	
	R. motor y otro	64	28.7	C	
Días de ingreso	R. en 3 áreas	52	81	A	<.0001
	R. motor y otro	64	72	B	
	R. lenguaje	124	62	C	
	Sin alteraciones	359	55	C	
Apgar minuto	R. lenguaje	124	5.4	A	0.01
	Sin alteraciones	359	5.4	A	
	R. en 3 áreas	52	5	AB	
	R. motor y otro	64	4.5	B	
Apgar 5 minutos	Sin alteraciones	359	7.5	A	0.02
	R. lenguaje	124	7.4	A	
	R. en 3 áreas	52	7.1	AB	
	R. motor y otro	64	6.8	B	

CHI CUADRADO ENTRE ALTERACIONES DESARROLLO Y V. BIOMÉDICAS	
Variable	Alt. Desarrollo
Tipo Parto	0.009
Tipo Ecografía	<.0001
Diagnóstico A	<.0001
Diagnóstico B	<.0001
Parto Múltiple	No significativo

De manera que con un “**p valor**” **menor de 0,01**, es decir, con un nivel de confianza de más del 99%, podemos afirmar que existe diferencia de medias en la hipótesis planteada inicialmente y “Existen relaciones significativas entre los tipos de alteraciones en el desarrollo y las variables biomédicas”, en todas las subhipótesis menos en la subhipótesis novena, si existe relación con la variable parto múltiple, donde no se cumple esta hipótesis.

También queremos señalar que en el caso de los niños con alteraciones en el desarrollo y el apgar a los cinco minutos, el grado de significación es de 0.02, luego podemos afirmar que en esa subhipótesis tenemos un nivel de confianza del 98%.

CAPÍTULO 2: CONCLUSIONES

En este capítulo queremos ofrecer las conclusiones a las que hemos llegado, una vez analizados los resultados estadísticos llevados a cabo en cada una de las hipótesis y subhipótesis correspondientes del estudio.

Para ello realizaremos un barrido por todos los datos arrojados en el estudio, de modo, que, de esta forma, demos respuesta a los problemas planteados al inicio del trabajo.

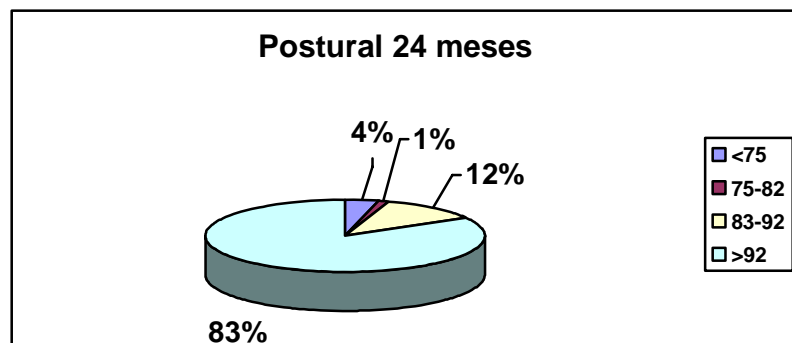
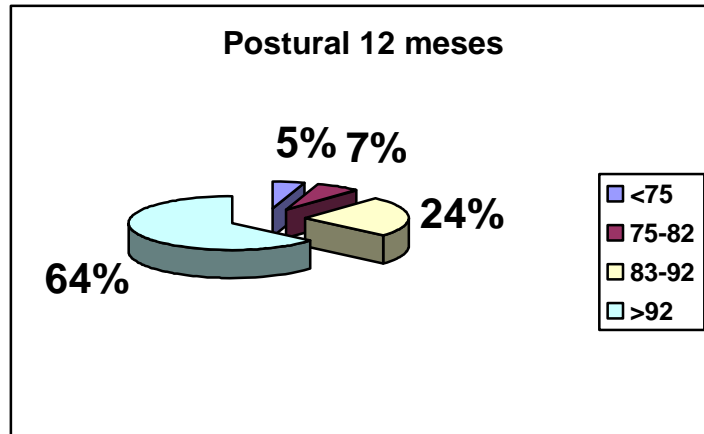
Los problemas a los que hemos pretendido dar respuesta son los siguientes:

- **Primero: ¿Qué características físicas y sociopsicopedagógicas conforman a la población de muy bajo peso al nacer?**
- **Segundo: ¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños?**
- **Tercero: ¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

Del mismo modo, para que quedara más claro, hemos completado con gráficos las conclusiones más relevantes para cada una de las hipótesis. Como aclaración diremos que en dichos gráficos aparecerán una serie de puntajes que corresponden a las medias de las puntuaciones directas de cada uno de los valores de nuestras hipótesis.

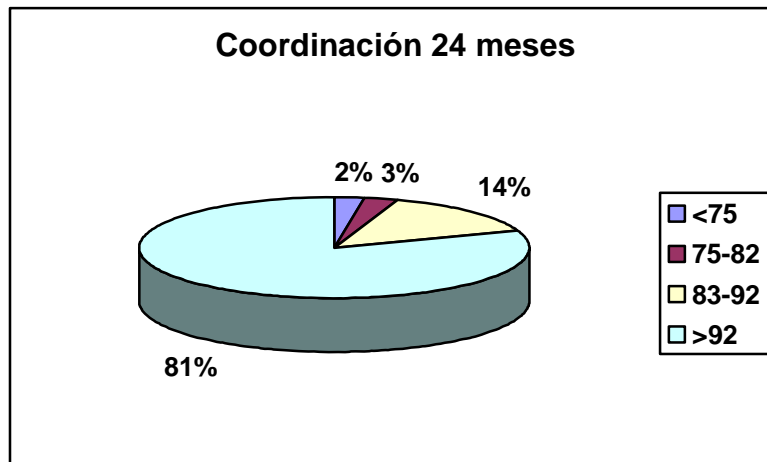
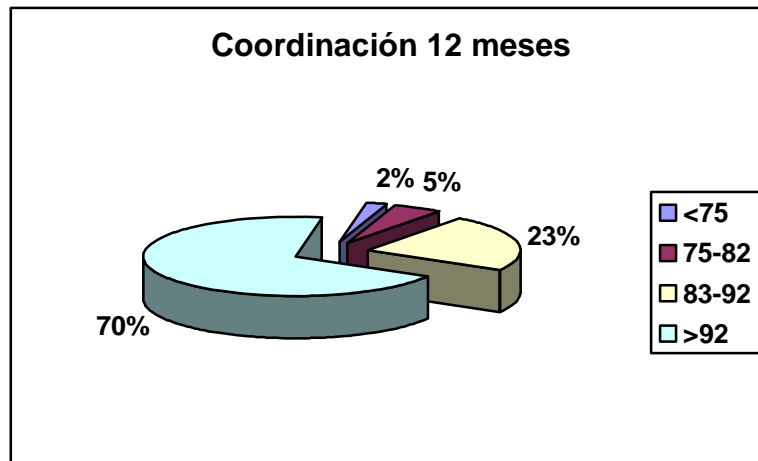
1.- Primera Hipótesis

Los niños con menos de 1500 gramos de peso al nacimiento, presentan mayores alteraciones en el desarrollo que los niños nacidos a término. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:

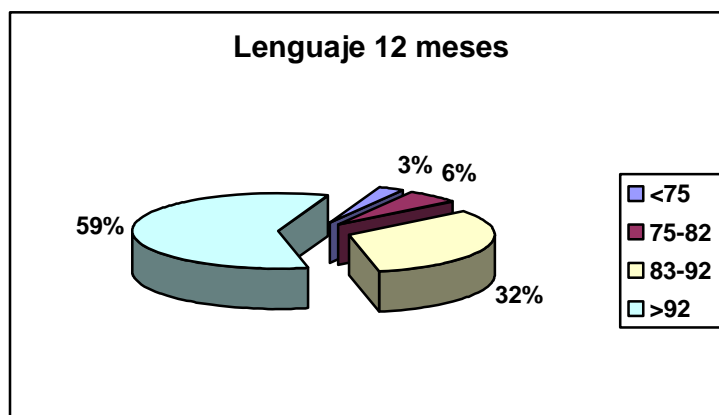


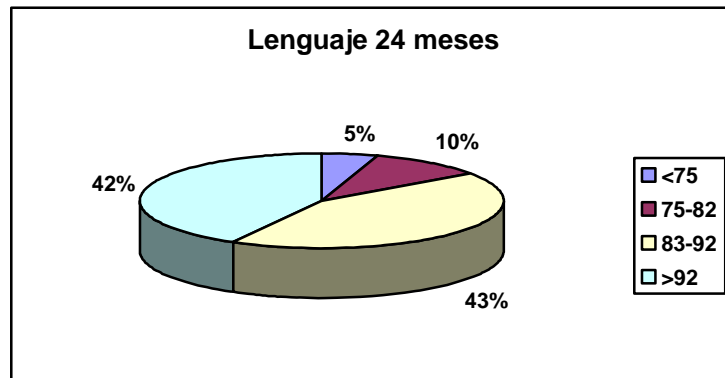
Existe una mejoría de los 12 a los 24 meses en los cocientes de desarrollo **postural**, valorados con la prueba Brunet Lezine.

Debemos tener en cuenta que la mejoría es muy significativa, ya que a los 12 meses los niños son medidos con su edad corregida, mientras que a los 24 es con su edad cronológica, luego podemos afirmar que el 83% de los niños de menos de 1500 gramos están acordes con su edad de desarrollo postural.



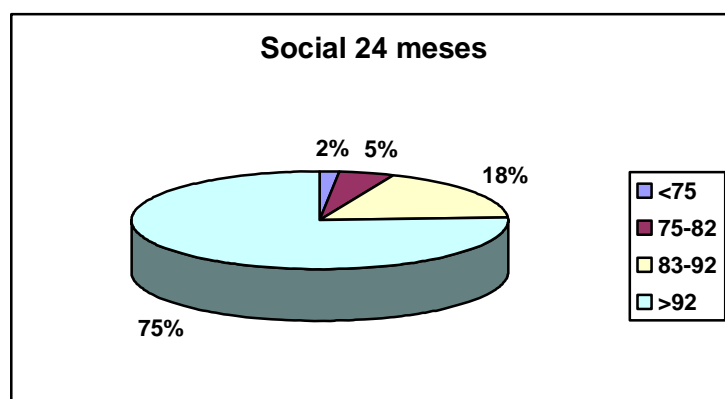
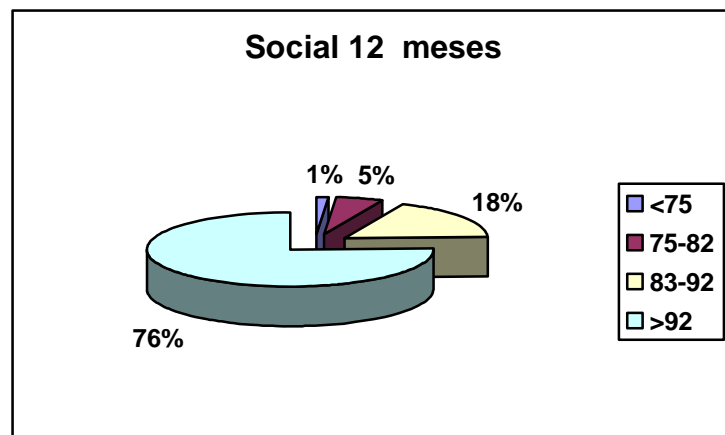
Al igual que en el anterior, observamos una clara **mejoría** entre los 12 y 24 meses, podría deberse a la efectividad del tratamiento, ya que en los dos primeros años de vida de los niños, los valores de desarrollo que son tenidos más en cuenta son estos dos aspectos.



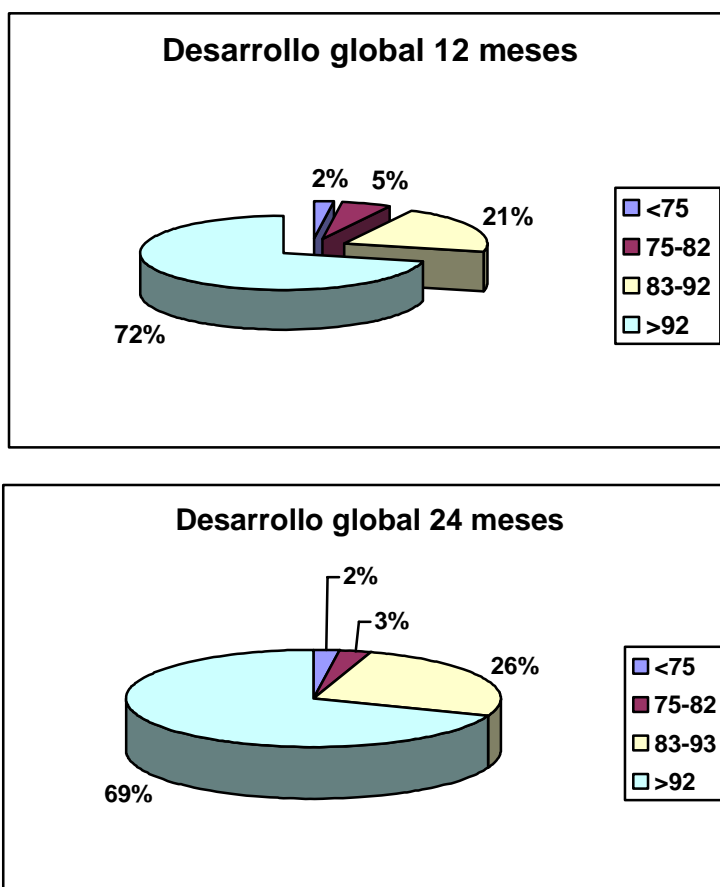


Existe un **claro deterioro** de la variable **lenguaje** del año a los dos años de edad, a diferencia de los cocientes anteriores, los retrasos leves del área de lenguaje aumentan hasta el punto de ser mayores que los que no tienen ningún tipo de retraso.

Esta característica es muy notable en estas poblaciones, probablemente porque cuando las capacidades cognitivas dejan de medirse únicamente por las áreas posturales y de coordinación (motoras), y entra en juego el uso del lenguaje como elemento cognitivo más complejo, se pueden ver las diferencias que van existiendo respecto de este grupo de niños, y los que han nacido con un peso adecuado (más de 2500 gramos).



Del desarrollo **social** podemos ver que **varía** muy **poco** de los 12 a los 24 meses.



Es evidente que el desarrollo **global** del niño **empeora ligeramente** a los 24 meses, ya que este desarrollo global es medido en función de las puntuaciones de las otras áreas del desarrollo (postural, coordinación, lenguaje y social), y al existir un empeoramiento acusado en el área del lenguaje, es lógico que sus consecuencias se vean en el desarrollo global.

Luego confirmamos los trabajos previos (Guerra 1996, Mulas 1993, Valle 1991, etc.) donde afirmaban que estas poblaciones iban a tener mayores alteraciones que los niños a término, y por este motivo necesitarían un seguimiento específico durante los primeros años de su vida.

Por todo lo anterior ACEPTAMOS la hipótesis 1 y todas las subhipótesis, derivadas de ella.

1. **Los niños con menos de 1500 gramos de peso al nacimiento, presentan mayores alteraciones en el desarrollo que los niños nacidos a término.**

- 1.1. Presentan mayores alteraciones al año de edad corregida
 - 1.1.1. En desarrollo postural.
 - 1.1.2. En el desarrollo de la coordinación
 - 1.1.3. En el desarrollo del lenguaje
 - 1.1.4. En el desarrollo social
 - 1.1.5. En el cociente de desarrollo global
- 1.2. Presentan mayores alteraciones a los dos años de edad cronológica
 - 1.2.1. En desarrollo postural.
 - 1.2.2. En el desarrollo de la coordinación
 - 1.2.3. En el desarrollo del lenguaje
 - 1.2.4. En el desarrollo social
 - 1.2.5. En el cociente de desarrollo global

La confirmación de la primera hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al segundo problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños?**

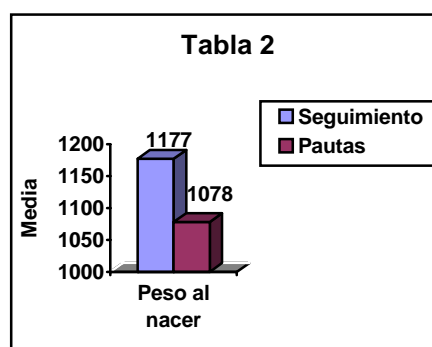
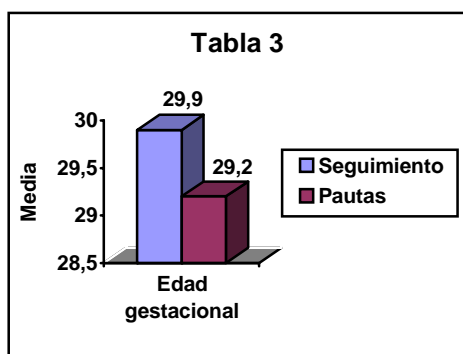
Lógicamente, observadas las diferencias, en los distintos niveles del desarrollo tanto al año de edad corregida, como a los dos años de edad real, podemos ver que el grado de desarrollo de estos niños mejora en todas las áreas menos en la del lenguaje, viendo que el incremento de niños con posibles alteraciones (cocientes de desarrollo menores de 83) disminuye.

Queremos señalar, que nos hemos centrado en los dos primeros años de vida de estos niños, pero probablemente si se hiciera más extensivo este seguimiento y aumentara la edad, veríamos más alteraciones en el desarrollo, y en otras áreas que no hemos podido evaluar (aprendizaje, memoria, cocientes intelectuales, etc.).

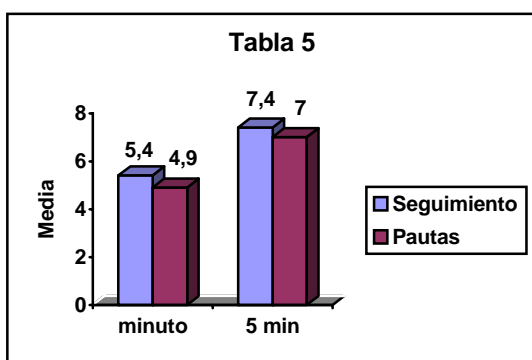
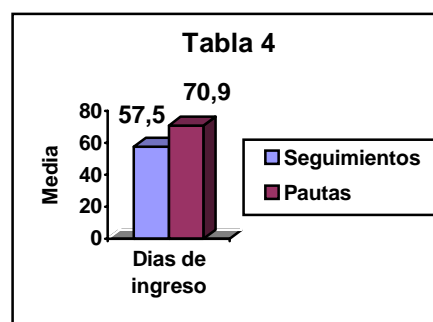
2.- Segunda Hipótesis

El modelo de seguimiento de niños de menos de 1500 gramos del Centro Base Maudes, previene los problemas en el desarrollo de estos niños. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:

Conforme a los resultados, y haciendo un breve análisis de los mismos, podemos afirmar que el **tipo de intervención** usado en el modelo de seguimiento de Maudes **es pertinente**, ya que las medidas que siguen las profesionales para asignar a un tipo u otro de intervención, siguen un criterio médico, que coincide con el suyo metodológico (se relacionan).

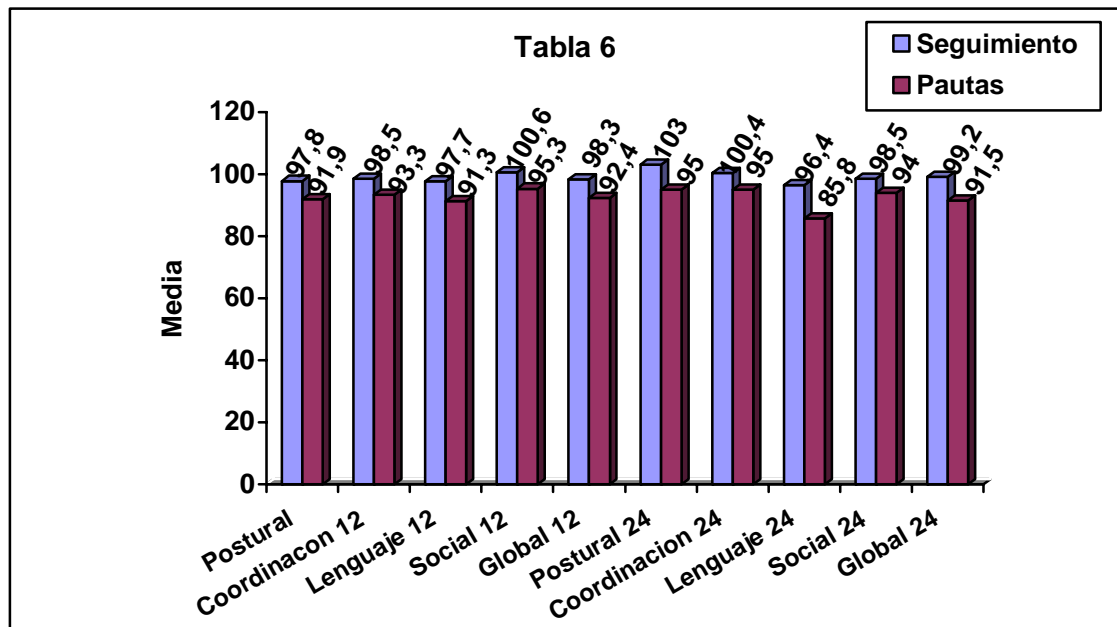


En cuanto a las características biomédicas, hemos constatado que **los niños de pautas** tienen **medias** significativamente **inferiores** en su peso (tabla 2), edad gestacional (tabla 3), días de ingreso (tabla 4), y apgar al minuto y a los cinco minutos (tabla 5). Lo que viene a confirmar, que sin una intencionalidad expresa por parte de las profesionales encargadas del modelo de



seguimiento, de relacionar estas variables, constatamos que existe esa relación entre ambas, de manera que viene a confirmar los estudios que se han realizado hasta ahora (Guralnick 2005, Guerra 1996, Arizcun 1993, etc.) donde reflejan que el desarrollo de estos niños vienen en parte determinados, por las características de su nacimiento.

Con las variables de desarrollo (tabla 6) hemos visto que la significación se comporta de igual manera que con las variables biomédicas, observando que los niños de pautas tienen puntuaciones menores en los diferentes cocientes de desarrollo.



Nos resulta llamativo comprobar como el criterio psicopedagógico para saber que niños eran de pautas o de seguimiento, aplicado por las profesionales encargadas del modelo de seguimiento, coincide con los criterios de tipo médico.

Por último señalar que en relación a la hipótesis 1, el índice de discapacidad sería mayor en el caso de no haber ningún tipo de intervención ya que los niños mejoran del año a los dos años en sus puntuaciones, y **el 50%** de la muestra finaliza el modelo de seguimiento con **normalidad en su desarrollo**.

Un **20%** necesita una **intervención** más continuada, **además señalar la importancia de que son diagnosticados a tiempo y en edades tempranas**. Podemos considerar que el modelo de seguimiento favorece la prevención de las alteraciones, en cuanto detecta a tiempo las mismas (en el caso de los niños derivados a tratamiento), y mejora el desarrollo de los niños durante el seguimiento (en el caso de los que están en pautas y seguimiento).

Por todo ello ACEPTAMOS la hipótesis 2 y todas las subhipótesis, derivadas de ella:

2. El modelo de seguimiento de niños de menos de 1500 gramos del Centro Base Maudes, previene los problemas en el desarrollo de estos niños.

2.1. En función de los tipos de intensidad en los apoyos.

2.1.1. Respecto a los niños que están en seguimiento

2.1.2. Respecto a los niños que están en pautas

2.1.3. Respecto a los niños que están en tratamiento

2.2. En función del tipo de alta.

Esta confirmación de la segunda hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al segundo problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños?**

Lógicamente, observadas las diferencias obtenidas por los distintos tipos de intervención que han actuado en estos niños, podemos ver que inciden en una mejora de los mismos, ya que en el momento del alta, el 49% no tenía problemas en su desarrollo, y sólo un 20% a los tres años tenía una intervención específica.

De manera que teniendo en cuenta los resultados de la anterior hipótesis, y observando el método de trabajo aplicado desde el Centro Base Maudes, podemos confirmar que su modelo influye positivamente en la mejora de estos niños.

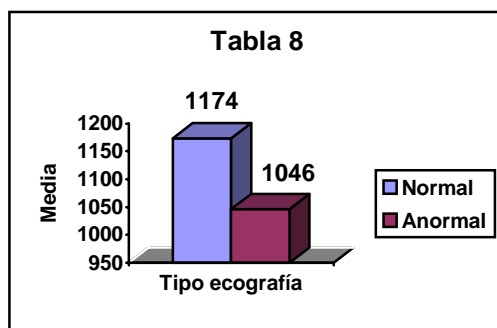
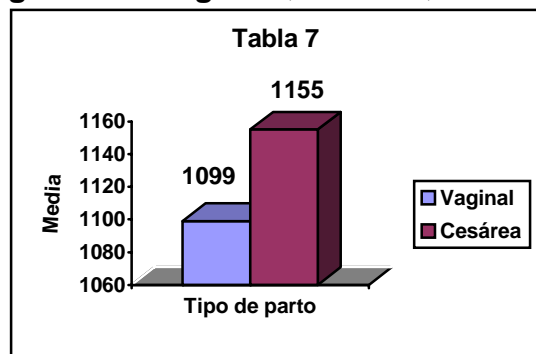
3.- Tercera Hipótesis

Existen relaciones significativas entre el peso y las variables biomédicas. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:

En base los resultados estadísticos anteriormente citados, podemos afirmar (con un “p valor” <0.01) que **existe una relación significativa entre la variable dependiente (peso al nacer) y las variables independientes (edad gestacional, apgar al minuto y a los cinco minutos).**

Esta relación es **de tipo positivo**, es decir, cuando aumentan las variables dependientes, también aumenta la independiente. En el caso de la relación **entre el peso y los días de ingreso es negativa**, es decir, cuando disminuyen los días de ingreso aumenta el peso al nacer.

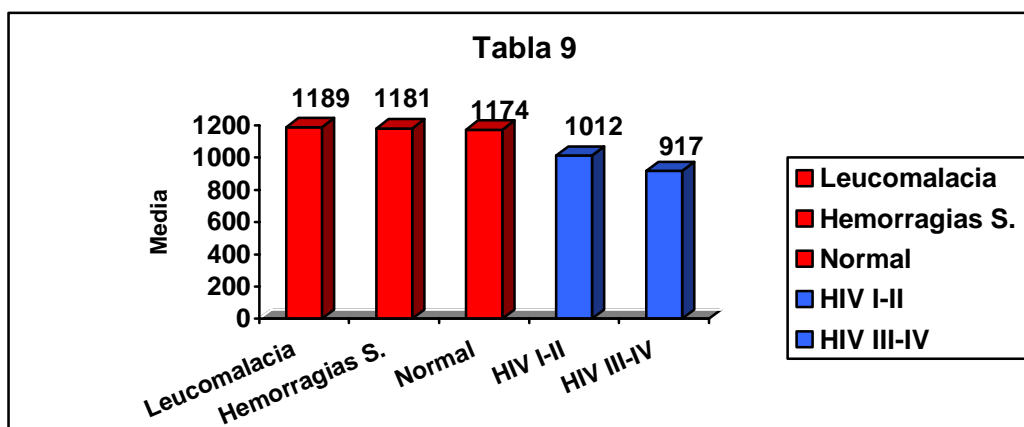
Es **evidente**, ya que partimos del hecho de que cuanto más pequeño es el niño al nacer, más posibilidades tiene de presentar por causas naturales (tener una edad gestacional baja), un apgar menor ya que su cuerpo tiene que ir madurando y adquiriendo capacidades durante la gestación, y por eso suele estar más tiempo ingresado esperando a recuperar el peso y el resto de sus capacidades.



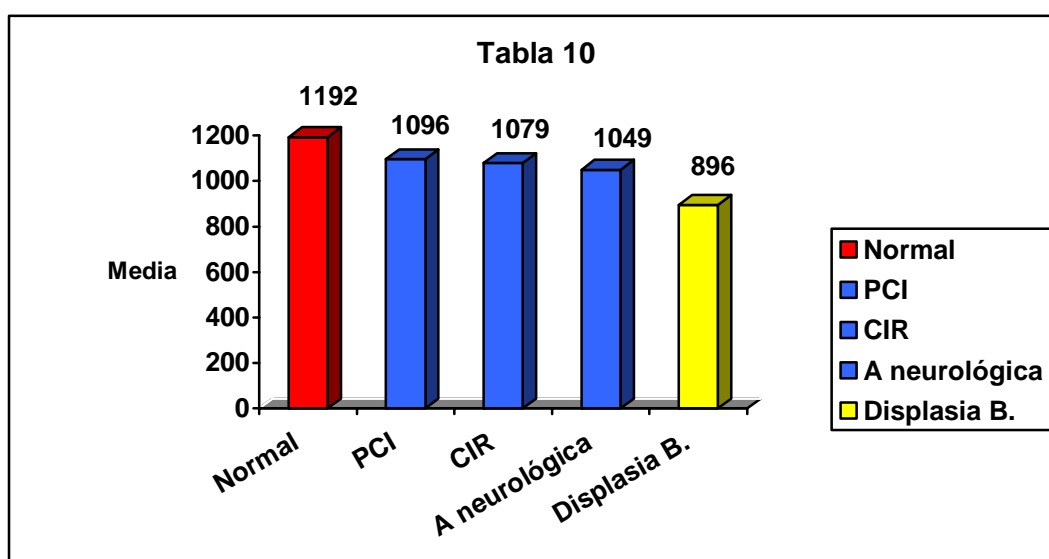
Respecto al tipo de parto (tabla 7), los niños que han nacido por cesárea tienen pesos mayores que los que han nacido por parto vaginal.

Al ser niños de riesgo, al nacer en el hospital les realizan varias **ecografías** cerebrales para poder observar algún tipo de patología, la relación existente entre si este tipo de ecografías eran anormales presentando patología, o no (tabla 8), estaba relacionada en función del peso, viendo que a menos hallazgos anormales cerebrales en la ecografía, mayor peso y viceversa.

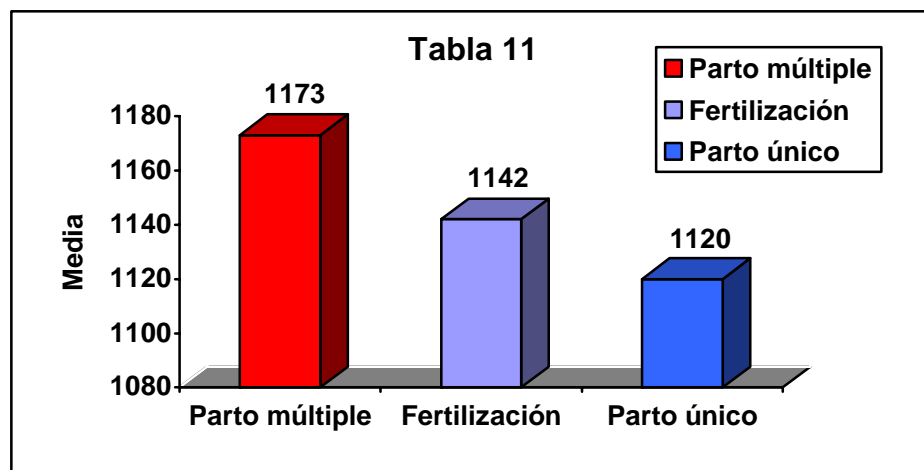
En relación al **tipo de agrupamiento** que se da entre el tipo de **diagnóstico “A”** en función del peso (tabla 9), nos llama la atención que al pasar el test de Duncan, confirmamos que existen **dos grupos estadísticos**, claramente diferenciados, uno de los cuales presentan **hemorragias intraventriculares** (color azul) y **tienen menos peso de media que el resto** (color rojo).



Algo similar ocurre con los agrupamientos de los **diagnósticos de tipo “B”** con el peso (tabla 10), donde **existen tres grupos**, el grupo que tiene de **media mayor peso es el de la normalidad** (rojo), luego viene un **segundo grupo** compuesto por la **parálisis cerebral, los CIR, y las afectaciones neurológicas difusas**, donde la media de sus pesos es estadísticamente inferior a la anterior (azul), y un **tercer grupo** donde se encuentran los niños con **displasias broncopulmonares** cuyos pesos medios están por debajo de los grupos anteriores (amarillo).



Finalmente queremos señalar que aunque no exista relación significativa entre el peso y el **parto múltiple** (“p valor”=0.06), si que nos ha parecido interesante ver como las medias de los distintos grupos se diferenciaban con el test de Duncan (tabla 11), dejando dos grupos claramente diferenciados, en el primero los niños que eran de nacimientos múltiples (rojo) tenían medias de peso superiores al otro grupo que habían sido partos únicos (azul), curiosamente los niños que nacían mediante técnicas de fertilización (morado), estaban a mitad de camino entre un grupo y otro.



De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 3 para todas las subhipótesis menos para la número ocho (relación peso y parto múltiple).

3. Existen relaciones significativas entre el peso y las variables biomédicas.

- 3.1. Con la edad gestacional
- 3.2. Con los días de ingreso
- 3.3. Con el tipo de apgar
 - 3.3.1. Al minuto
 - 3.3.2. A los cinco minutos
- 3.4. Con el tipo de parto
- 3.5. Con el tipo de ecografía
- 3.6. Respecto al diagnóstico “A”
 - 3.6.1. Normalidad
 - 3.6.2. Hemorragia cerebral grado I o II
 - 3.6.3. Hemorragia cerebral grado III o IV
 - 3.6.4. Leucomalacia Periventricular
- 3.7. Respecto al diagnóstico “B”
 - 3.7.1. Normalidad
 - 3.7.2. Displasia broncopulmonar
 - 3.7.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
 - 3.7.4. Parálisis cerebral
 - 3.7.5. Afectación neurológica difusa

Esta confirmación de la tercera hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

El comprobar la relación entre el peso y el resto de variables biomédicas, nos puede servir en un futuro para clasificar los distintos subgrupos de la población de niños de menos de 1500 gramos, para poder establecer una serie de criterios o alarmas, que nos lleven a estar más pendientes de estos sujetos y poder intervenir de una manera más tempranamente posible.

4.- Cuarta Hipótesis

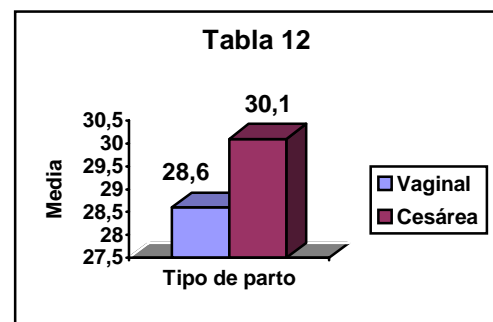
Existen relaciones significativas entre la edad gestacional y el resto de variables biomédicas. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:

Igual que en la anterior hipótesis, podemos afirmar como estadísticamente (“p valor”<0.01) **existe una relación significativa entre la variable dependiente (edad gestacional) y las variables independientes (apgar al minuto y a los cinco minutos).**

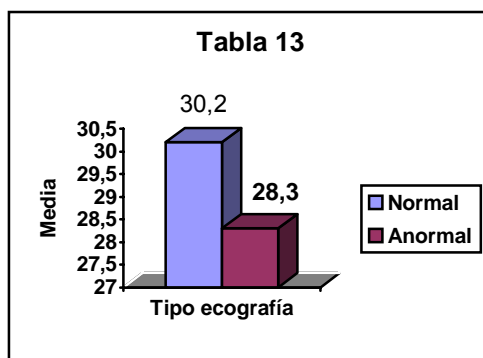
Esta relación es **de tipo positivo**, es decir, cuando aumentan las variables dependientes, también aumenta la independiente. En el caso de la relación **entre el peso y los días de ingreso es negativa**, es decir, cuando disminuyen los días de ingreso aumenta el peso al nacer.

Vuelve a confirmarse, que cuanto más pequeño es el niño al nacer, más posibilidades tiene por causas naturales

de presentar una edad gestacional baja, ya que el proceso de desarrollo del



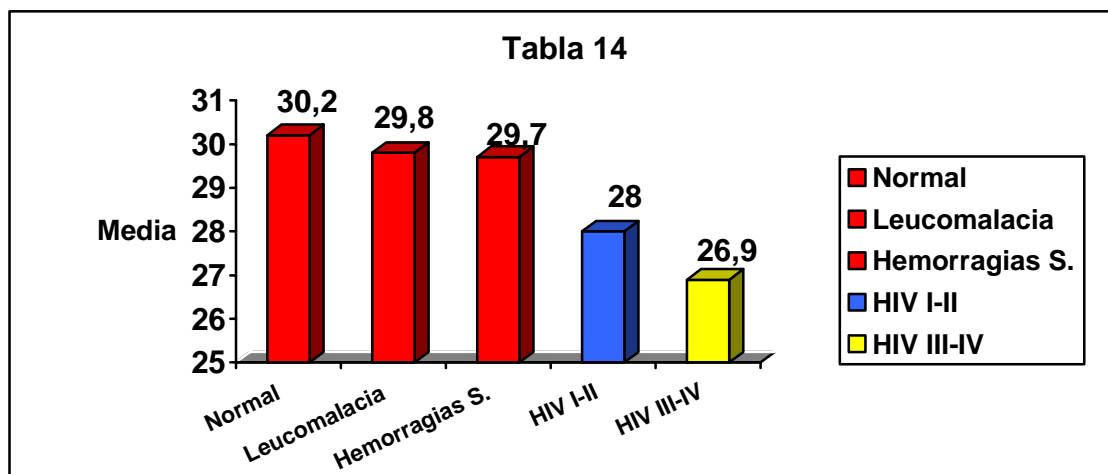
niño no ha alcanzado suficiente madurez durante la gestación, y suele estar más tiempo ingresado esperando a recuperar el peso y las capacidades que le faltan.



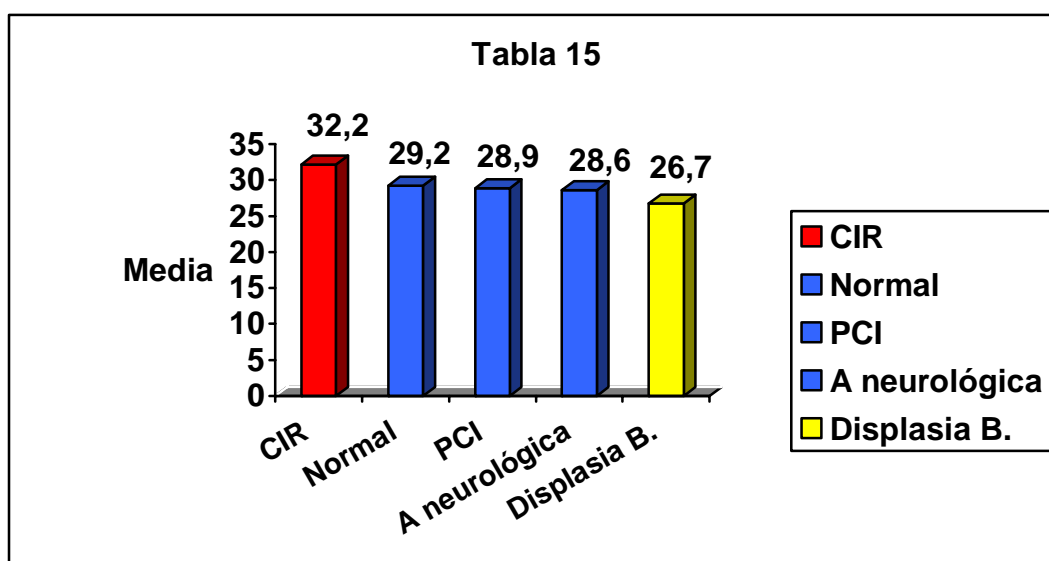
los niños que han nacido con menos semanas de edad gestacional, han sido partos vaginales, frente a las cesáreas que ocurre al contrario.

De igual manera, con el tipo de ecografía (tabla 13) la relación existente entre si el tipo de hallazgos anormales cerebrales en la ecografía presentando patología o no, está relacionada con la edad gestacional, donde podemos

observar que a menos hallazgos anormales cerebrales en la ecografía mayor edad gestacional y viceversa.

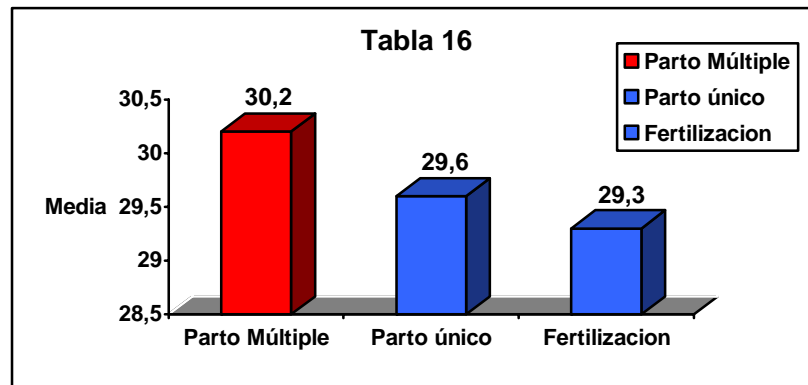


En relación al **tipo de agrupamiento** que se da entre el tipo de **diagnóstico “A”** en función de la edad gestacional (tabla 14), nos llama la atención que al pasar el test de Duncan, confirmamos que existen **tres grupos estadísticos**, claramente diferenciados, uno de los cuales presentan **hemorragias intraventriculares III-IV** (color amarillo) con la menor edad gestacional de los tres grupos, le sigue las **hemorragias intraventriculares I-II** (color azul) que tienen de media mayor edad, pero siguen siendo un grupo independiente entre las hemorragias mayores y **resto** (color rojo) que son los que poseen mejores medias de edad gestacional.



Algo similar ocurre con los agrupamientos de los **diagnósticos de tipo “B”** respecto a la edad gestacional (tabla 15), donde también **existen tres**

grupos, el grupo que tiene de **media mayor edad** es el **Crecimiento Intrauterino Retardado o CIR** (rojo), luego viene un **segundo grupo** compuesto por la **parálisis cerebral, los niños sin ningún diagnóstico, y las afectaciones neurológicas difusas**, donde la media de sus edades es estadísticamente inferior a la anterior (azul), y un **tercer grupo** donde se encuentran los niños con **displasias broncopulmonares** cuyos edades gestacionales medias están por debajo de los grupos anteriores (amarillo).



Por último señalar que a diferencia de la anterior hipótesis, si existe relación significativa entre la edad gestacional y el **parto múltiple**, donde podemos observar como las medias de los distintos grupos se diferencian con el test de Duncan (tabla 16), dejando dos grupos claramente diferenciados, en el primero los niños que eran de nacimientos múltiples (rojo) tenían medias de peso superiores al otro grupo que habían sido partos únicos y de fertilización (azul).

De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 4 y todas las subhipótesis, derivadas de ella.

4. Existen relaciones significativas entre la edad gestacional y el resto de variables biomédicas.

- 4.1. Con los días de ingreso
- 4.2. Con el apgar
 - 4.2.1. Al minuto
 - 4.2.2. A los cinco minutos
- 4.3. Con el tipo de parto
- 4.4. Con el tipo de ecografía
- 4.5. Respecto al diagnóstico "A"
 - 4.5.1. Normalidad
 - 4.5.2. Hemorragia cerebral grado I o II
 - 4.5.3. Hemorragia cerebral grado III o IV
 - 4.5.4. Leucomalacia Periventricular

4.6. Respecto al diagnóstico “B”

- 4.6.1. Normalidad
- 4.6.2. Displasia broncopulmonar
- 4.6.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
- 4.6.4. Parálisis cerebral
- 4.6.5. Afectación neurológica difusa

4.7. Con el parto múltiple

- 4.7.1. Si fue múltiple
- 4.7.2. Si no fue múltiple
- 4.7.3. Si fue por fecundación in Vitro
- 4.7.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple
- 4.7.5. Si fue por Inseminación Artificial

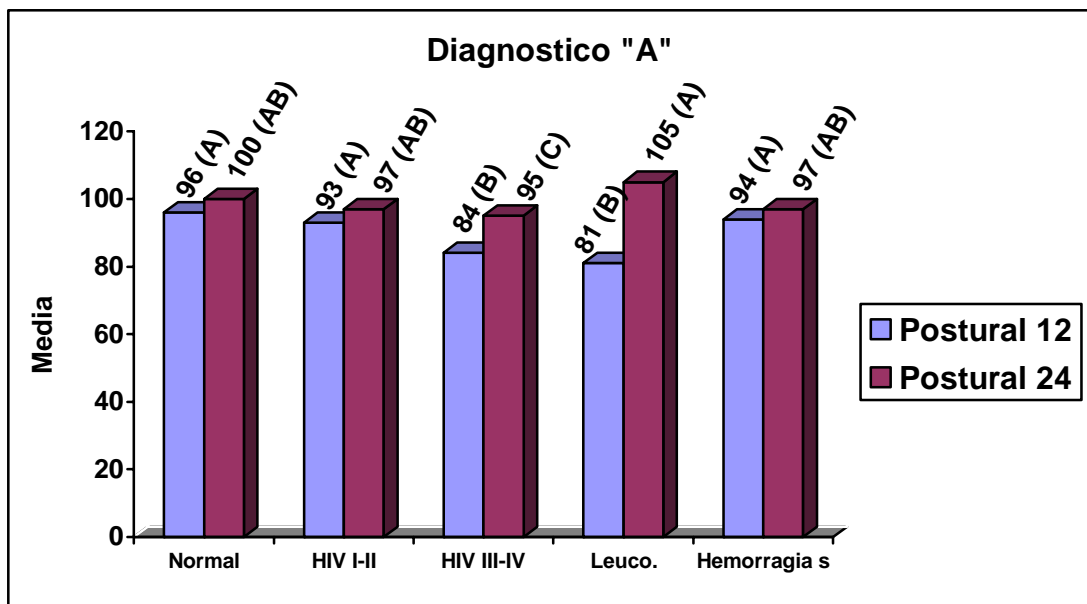
Esta confirmación de la cuarta hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

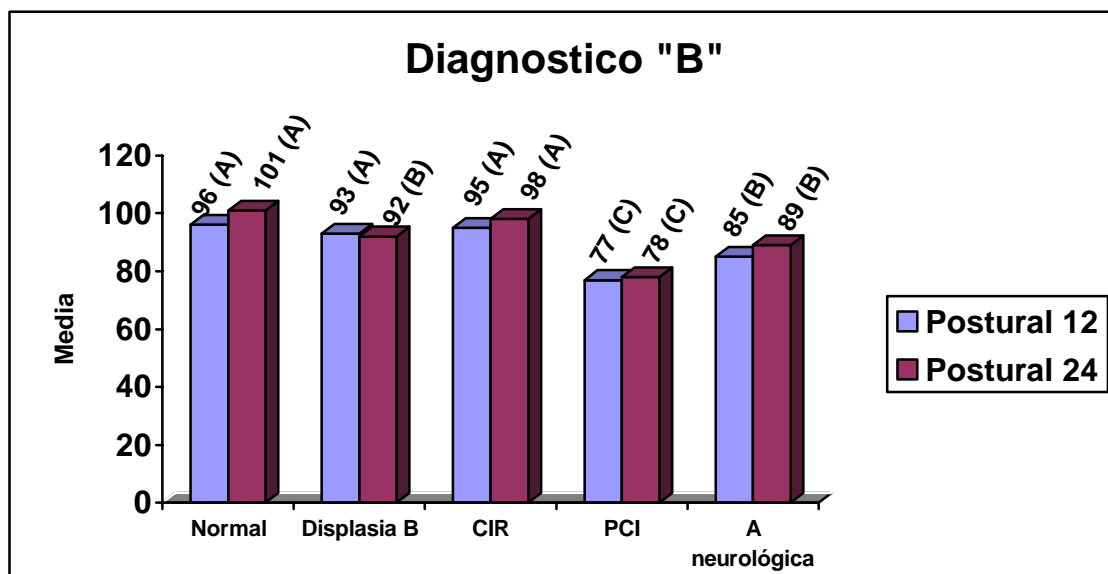
También queremos señalar, que el hecho de comprobar la relación entre la edad gestacional y el resto de variables biomédicas, nos servirá como otro criterio adicional para clasificar los distintos subgrupos de la población de niños de menos de 1500 gramos, y poder establecer una serie de criterios o alarmas, que nos lleven a estar más pendientes de estos sujetos para poder intervenir lo más tempranamente posible.

5.- Quinta Hipótesis

Existen relaciones significativas entre los cocientes de desarrollo y las variables biomédicas. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos hemos decidido agruparlas en función de los cocientes de desarrollo e ir comentándolas, para ello vamos a servirnos de los siguientes datos:

- Respecto al **desarrollo postural** a los 12 y 24 meses: como hemos podido observar en el capítulo anterior de resultados, tanto las variables peso al nacer, edad gestacional, apgar al minuto y a los cinco minutos correlacionan positivamente con el desarrollo postural tanto a los doce meses de edad corregida como a los 24 meses de edad cronológica, de manera que al aumentar estas variables, también aumenta el cociente de desarrollo postural. Con los días de ingreso también existe correlación, pero es de tipo negativo, al aumentar el cociente de desarrollo, disminuyen los días de ingreso. En el caso de los tipos de diagnóstico médico podemos observar los siguientes datos:





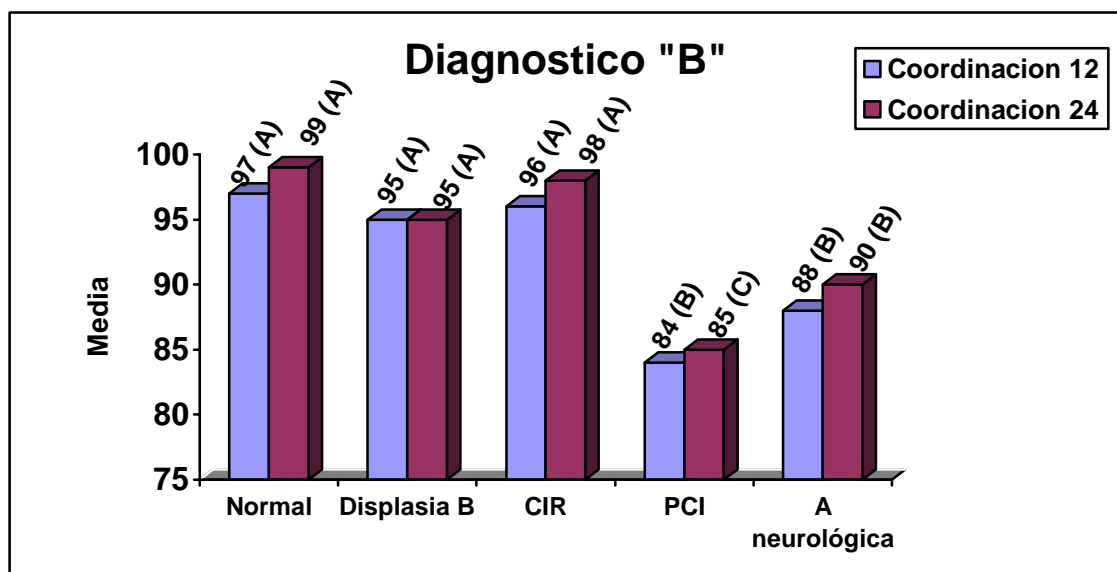
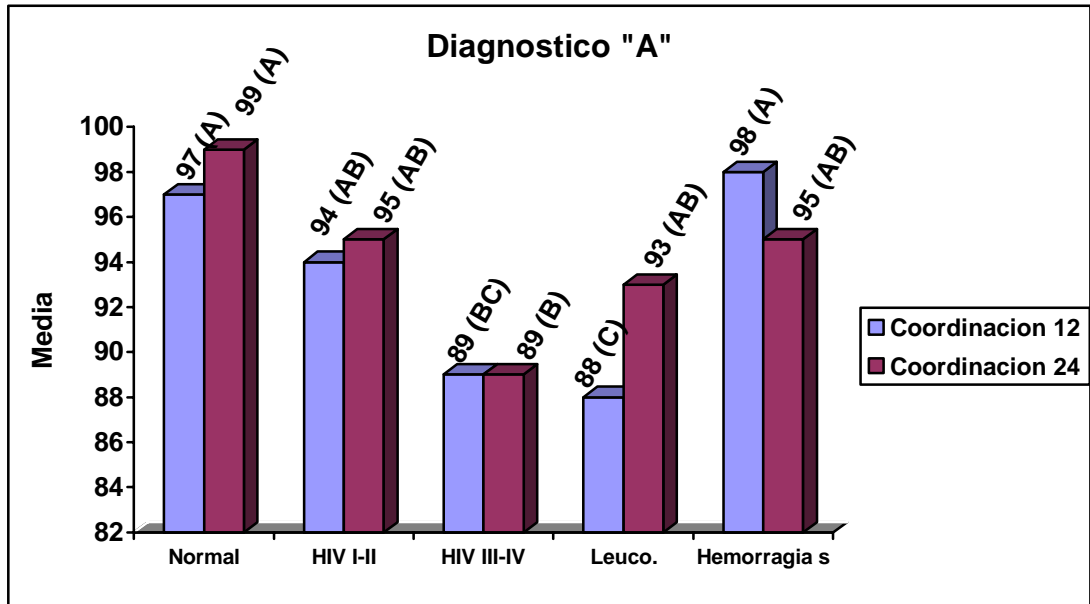
De los datos anteriores podemos observar que existe relación entre los cocientes de desarrollo postural y los tipos de diagnóstico. En concreto los **diagnósticos de tipo A** se agrupan con el test de Duncan, los grupos están entre paréntesis al lado de los cocientes.

Podemos comprobar como las Hemorragias Intraventriculares (HIV) de tipo III-IV y las leucomalacias son las que tienen medias menores al año frente al resto de diagnósticos, y en el caso de los dos años únicamente se quedan las hemorragias de tipo III-IV como grupo con menores medias, en el caso de la leucomalacia pasa a ser al contrario, ya que la media es la superior del grupo.

En el caso de los **diagnósticos de tipo B** son la parálisis cerebral y las afectaciones neurológicas difusas las que nos marcan los grupos con menos medias respecto al año, y a los dos años se suma la displasia broncopulmonar con el grupo de las afecciones neurológicas.

- **Desarrollo de la coordinación** a los 12 y 24 meses: como hemos podido observar en el capítulo anterior de resultados, tanto las variables peso al nacer, edad gestacional correlacionan positivamente con el desarrollo de la coordinación tanto a los doce meses de edad corregida como a los 24 meses de edad cronológica, respecto al apgar al minuto y a los cinco minutos sólo correlacionan a los dos años de edad cronológica, de manera que al aumentar estas variables, también aumenta el cociente de desarrollo postural. Con

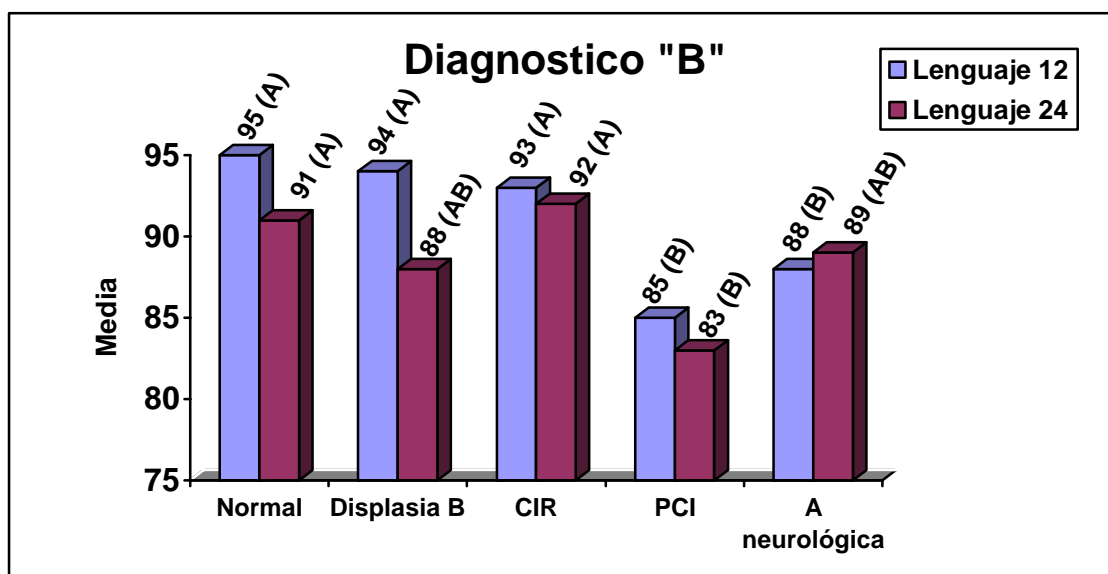
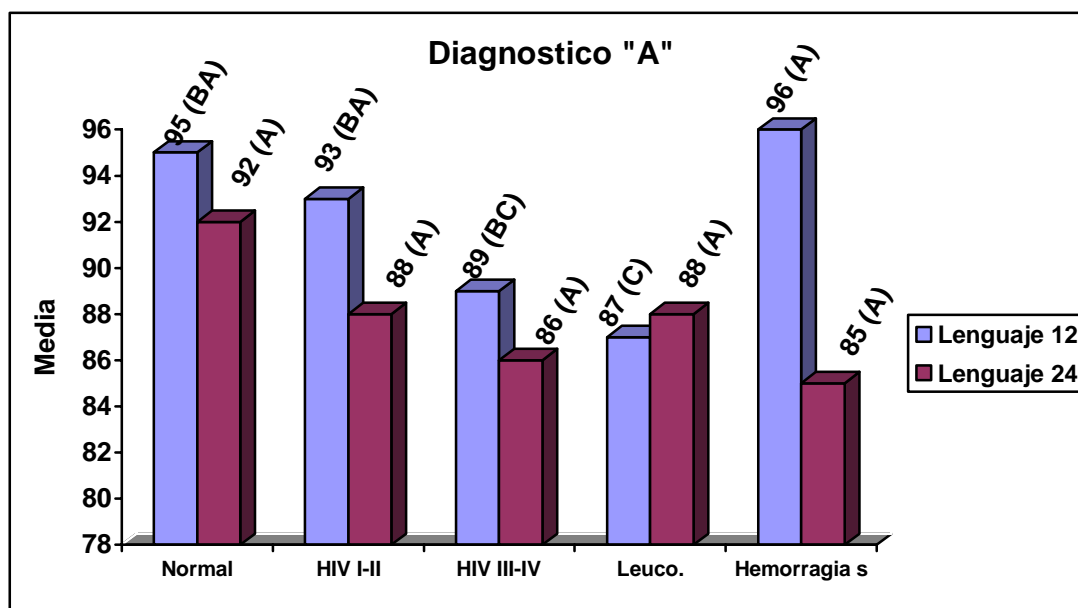
los días de ingreso también existe correlación, pero es de tipo negativo, al aumentar el cociente de desarrollo, disminuyen los días de ingreso. En el caso de los tipos de diagnóstico médico podemos observar los siguientes datos:



Al igual que en el caso del desarrollo postural, tanto los diagnósticos de tipo A como los del tipo B, se agrupan de manera similar, dejando ver como las hemorragias de tipo III-IV y las leucomalacias son las que tienen menores medias en los de tipo A, y la Parálisis Cerebral (PCI) y afectaciones neurológicas difusas en el tipo B.

- **Desarrollo del lenguaje** a los 12 y 24 meses: como hemos podido observar en el capítulo anterior de resultados, únicamente la

variables peso al nacer correlaciona positivamente con el desarrollo de lenguaje a los doce meses de edad corregida, y el peso al nacer y la edad gestacional a los 24 meses de edad cronológica, de manera que al aumentar estas variables, también aumenta el cociente de desarrollo postural. Con los días de ingreso también existe correlación, pero es de tipo negativo, al aumentar el cociente de desarrollo, disminuyen los días de ingreso tanto al año como a los dos años. En el caso de los tipos de diagnóstico médico podemos observar los siguientes datos:

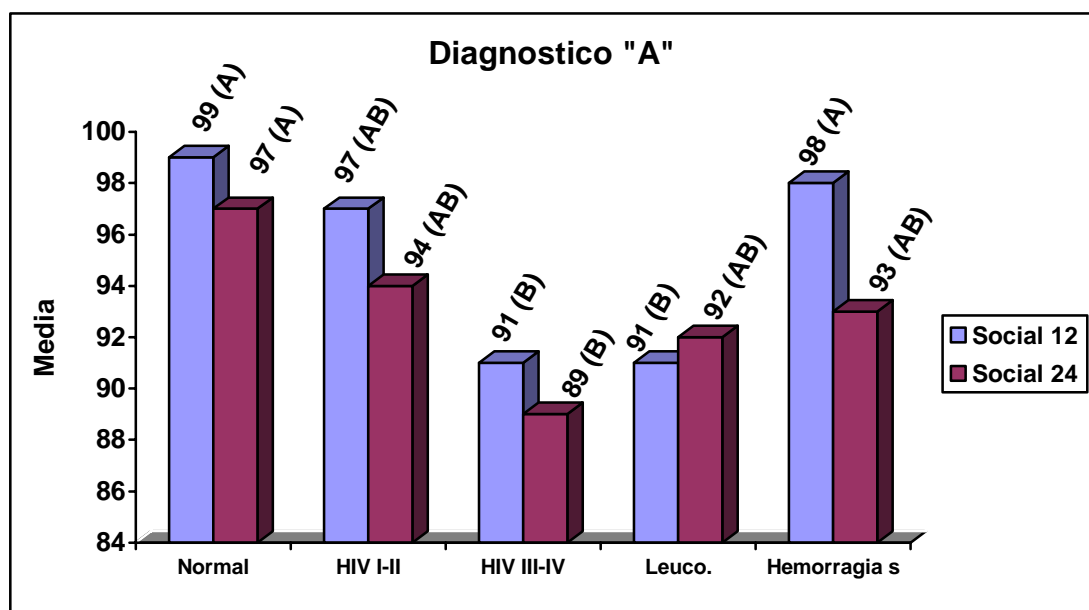


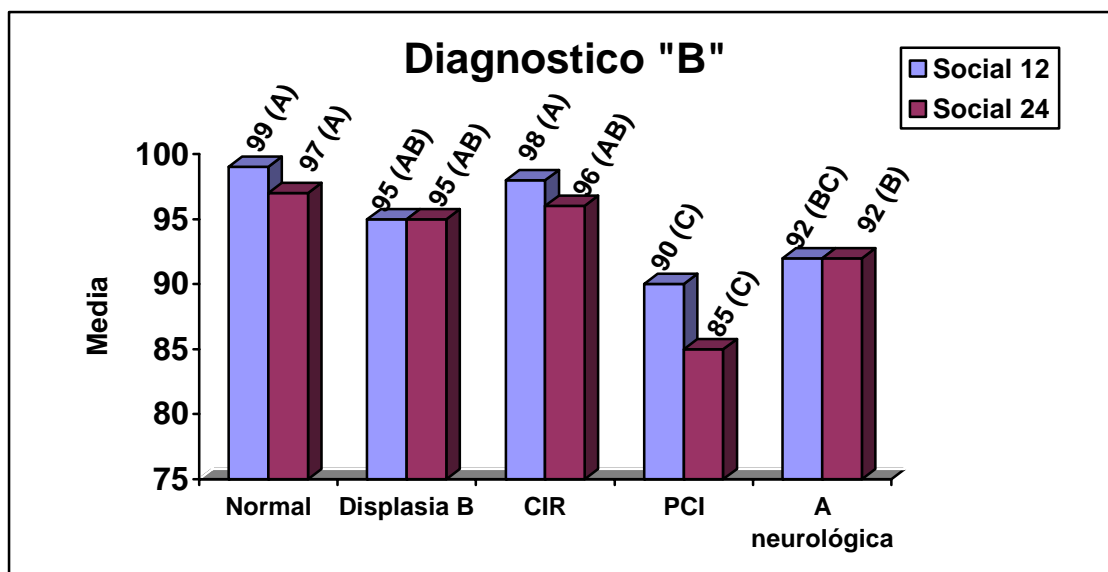
Sin duda el desarrollo del lenguaje ha sido el que se ha comportado de manera desigual en nuestra muestra, respecto al resto de áreas del desarrollo.

Podemos observar que en el diagnóstico de tipo A al año de nacimiento los grupos con menores medias son los mismos que en los anteriores cocientes (HIV III-IV y leucomalacias), pero a los dos años no existen grupos significativos que los diferencien, aunque si bien es cierto podemos ver que todos los grupos menos las leucomalacias han disminuido sus cocientes.

En el caso de los diagnósticos de tipo B siguen comportándose como en las áreas de desarrollo anteriores, dejando ver a la parálisis cerebral como el grupo con menor media, seguido de las afectaciones neurológicas, y en el caso de los dos años al grupo de las disfunciones neurológicas se le suma las displasias broncopulmonares.

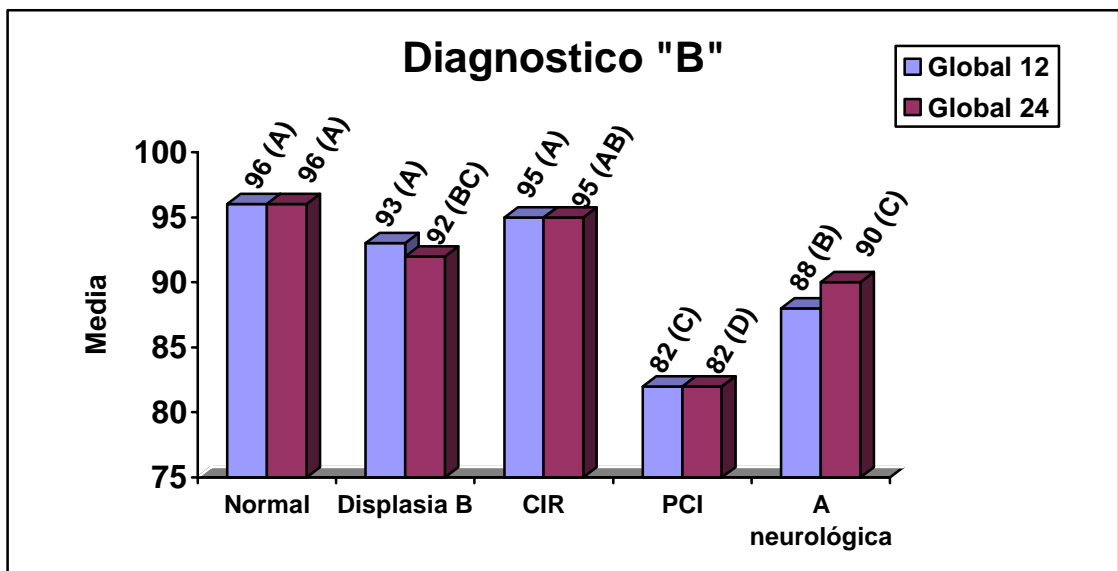
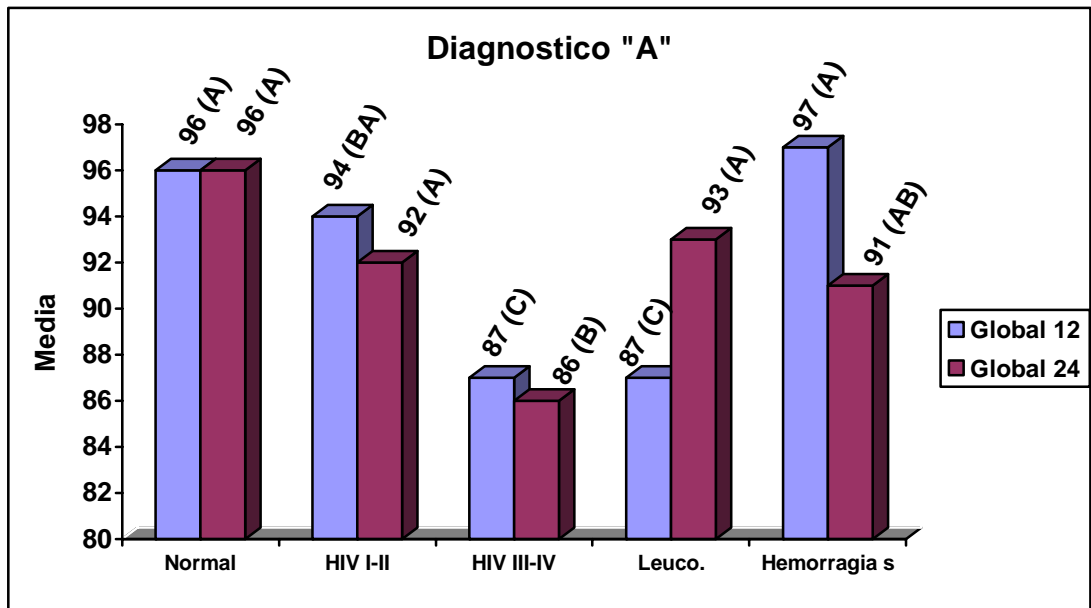
- **Desarrollo social** a los 12 y 24 meses: como hemos podido observar en el capítulo anterior de resultados, tanto las variables peso al nacer, apgar al minuto y a los cinco minutos correlacionan positivamente con el desarrollo social a los doce meses de edad corregida, y únicamente con la edad gestacional a los 24 meses de edad cronológica, de manera que al aumentar estas variables, también aumenta el cociente de desarrollo postural. Con los días de ingreso también existe correlación, pero es de tipo negativo, al aumentar el cociente de desarrollo, disminuyen los días de ingreso tanto al año como a los dos años. En el caso de los tipos de diagnóstico médico podemos observar los siguientes datos:





Los resultados siguen siendo similares a los anteriores vistos, dejando cada vez más claro que los grupos de riesgo siguen siendo las HIV III-IV y las leucomalacias en el caso de los diagnósticos de tipo A, y la parálisis cerebral infantil (PCI) y las afectaciones neurológicas difusas para los diagnósticos de tipo B.

- **Desarrollo Global** a los 12 y 24 meses: como hemos podido observar en el capítulo anterior de resultados, tanto las variables peso al nacer y la edad gestacional correlacionan positivamente con el desarrollo global tanto a los doce meses de edad corregida como a los 24 meses de edad cronológica, también lo hace de manera positiva con el apgar a los cinco minutos con dos años de edad, de manera que al aumentar estas variables, también aumenta el cociente de desarrollo postural. Con los días de ingreso también existe correlación, pero es de tipo negativo, al aumentar el cociente de desarrollo, disminuyen los días de ingreso. En el caso de los tipos de diagnóstico médico podemos observar los siguientes datos:



Finalmente, respecto a los **cocientes de desarrollo globales**, confirmamos lo que venimos explicando hasta ahora sobre los grupos de mayor riesgo entre los niños de menos de 1500 gramos al nacimiento y los diferentes tipos de diagnóstico.

De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 5 para las siguientes subhipótesis, derivadas de ella.

5. Existen relaciones significativas entre los cocientes de desarrollo y el resto de variables biomédicas.

5.1. Con el peso al nacimiento: Con todos los cocientes de desarrollo salvo el de lenguaje al año de edad corregida y el desarrollo social a los dos años.

- 5.2. Con la edad gestacional: Con todos los cocientes de desarrollo salvo el de social al año de edad corregida.
- 5.3. Con los días de ingreso: Con todos los cocientes de desarrollo.
- 5.4. Con el apgar
 - 5.4.1. Al minuto: Con todos los cocientes de desarrollo salvo el de lenguaje tanto al año como a los dos años, el desarrollo social y global a los dos años.
 - 5.4.2. A los cinco minutos: Con todos los cocientes de desarrollo salvo el de lenguaje tanto al año como a los dos años y el desarrollo social a los dos años.
- 5.5. Respecto al diagnóstico “A”: Con todos los cocientes de desarrollo
 - 5.5.1. Normalidad
 - 5.5.2. Hemorragia cerebral grado I o II
 - 5.5.3. Hemorragia cerebral grado III o IV
 - 5.5.4. Leucomalacia Periventricular
- 5.6. Respecto al diagnóstico “B”: Con todos los cocientes de desarrollo
 - 5.6.1. Normalidad
 - 5.6.2. Displasia broncopulmonar
 - 5.6.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
 - 5.6.4. Parálisis cerebral
 - 5.6.5. Afectación neurológica difusa
- 5.7. Con el parto múltiple: No existe ningún tipo de relación significativa.
 - 5.7.1. Si fue múltiple
 - 5.7.2. Si no fue múltiple
 - 5.7.3. Si fue por fecundación in Vitro
 - 5.7.4. Si fue por fecundación in Vitro y múltiple
 - 5.7.5. Si fue por Inseminación Artificial

Esta confirmación de la quinta hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al segundo problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños?**

Lógicamente, sólo hay que observar como en el caso de los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo a excepción del lenguaje, todos los grupos tenían puntuaciones menores al año que a los dos años, luego existe una mejora real entre ambos años fruto de la intervención recibida durante el seguimiento.

También esta hipótesis nos lleva a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

Viendo como se comportan los diferentes cocientes de desarrollo respecto a los diagnósticos médicos, nos deja claro que existen grupos de

riesgo, como son todos aquellos niños que tengan Hemorragias Intraventriculares de tipo III-IV y leucomalacias, donde sus cocientes de desarrollo en las diferentes áreas suelen tener de media más problemas.

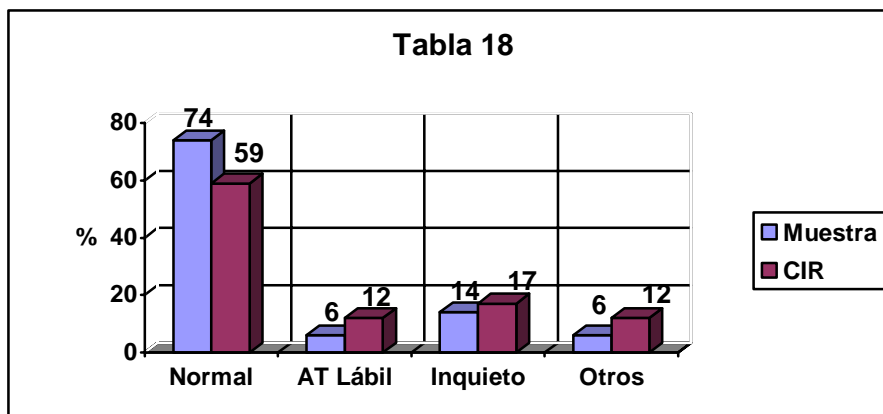
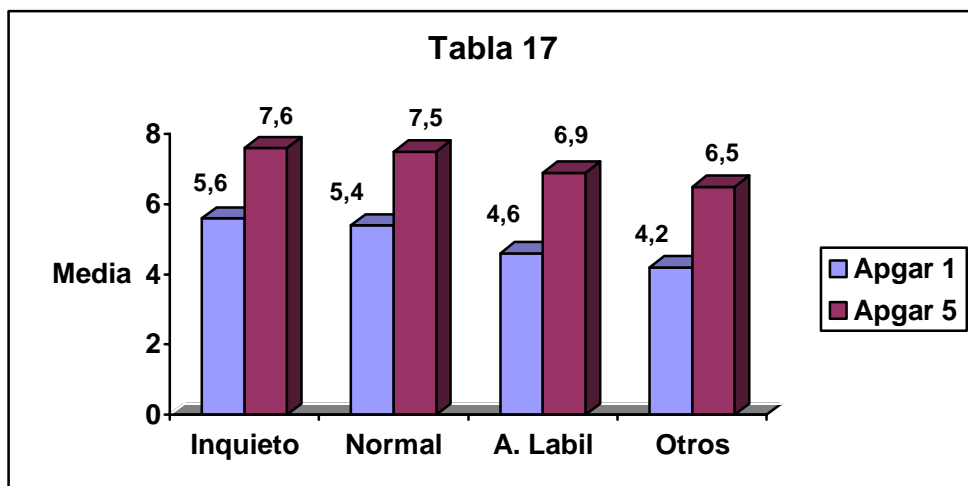
Incluso si nos fijamos en el caso de las leucomalacias, hemos podido observar como aumentan sus cocientes especialmente en el desarrollo postural, esto podría deberse fundamentalmente a que en la intervención de estos niños eran detectados muy tempranamente, permitiendo incidir en la intervención de manera más específica y que consiguieran mejores resultados.

En los diagnósticos de tipo B podemos observar que los grupos de riesgo son fundamentalmente la parálisis cerebral y las afectaciones neurológicas difusas. También nos deja entrever como los niños con displasia broncopulmonar suelen tener mayores carencias respecto al resto de los niños a los dos años.

6.- Sexta Hipótesis

Hemos comprobado en el capítulo anterior de resultados que **No existen relaciones significativas entre las variables sociopsicopedagógicas y las variables biomédicas.**

No obstante, para la variable comportamiento si existía relación con algunas de las variables biomédicas, de manera que hemos querido dejar reflejados los resultados en las siguientes gráficas:



Llama la atención que los niños con **crecimiento intrauterino retardado** (CIR), presentan más alteraciones en el comportamiento (Tabla 18) que la población sin ningún tipo de diagnóstico de tipo B, y el hecho de que no existan otros diagnósticos que correlacionen con ninguna de las variables de tipo sociopsicopedagógica.

De manera que RECHAZAMOS la hipótesis 6 salvo para las siguientes subhipótesis.

6. Existen relaciones significativas entre las variables sociopsicopedagógicas y las variables biomédicas.

6.1. El apgar

6.1.1. Al minuto con la variable comportamiento

6.1.2. A los cinco minutos con la variable comportamiento

6.2. Respecto al diagnóstico “B”

6.2.1. Con el crecimiento intrauterino retardado (CIR) y la variable comportamiento

Esta confirmación de la sexta hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

La única respuesta que nos proporciona este problema es la existencia de relación entre los niños que tienen crecimiento intrauterino retardado y problemas de comportamiento, lo que pone de manifiesto que existen más problemas en este grupo que en otros.

7.- Séptima Hipótesis

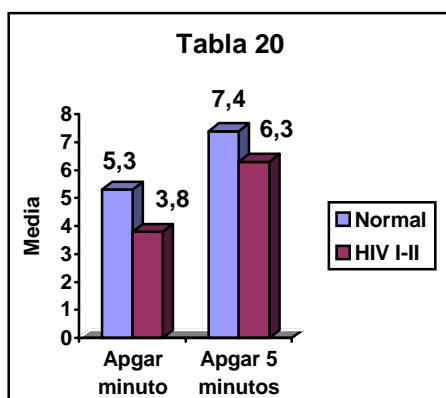
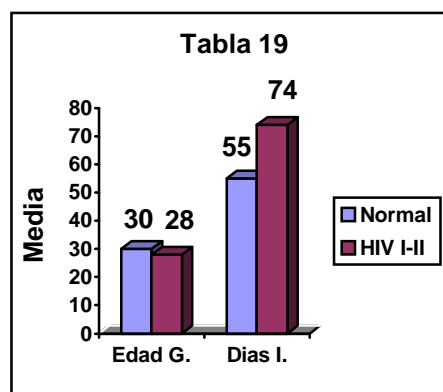
Para poder analizar los resultados de si **existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables biomédicas**, queremos previamente aclarar varias cuestiones:

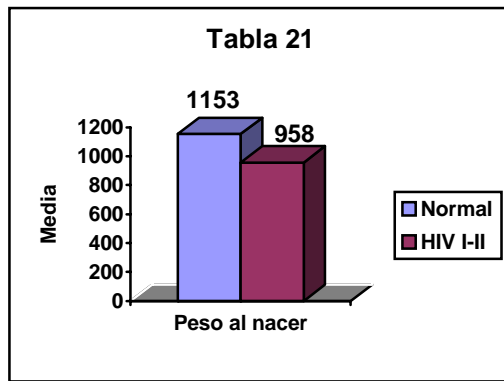
1. Los cruces entre variables se han realizado de manera independiente para cada uno de los valores de los diagnósticos, es decir, en vez de cruzar las variables entre sí, hemos escogido para cada diagnóstico compararlo con la muestra que no tiene ninguno, de manera que las poblaciones estuvieran lo menos contaminadas posible.
2. Dentro de los diagnósticos seleccionados, hemos tomado como referencia los siguientes: Hemorragias intraventriculares de tipo I-II y III-IV, leucomalacia periventricular, displasia broncopulmonar, crecimiento intrauterino retardado y parálisis cerebral infantil.

Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos, en función de los diagnósticos: Las **Hemorragias Intraventriculares de tipo I-II** se relacionan de forma significativa con la edad gestacional siendo menores sus medias, y los días de

ingreso (tabla 19) que pasan más tiempo. De igual forma con los tipos de apgar

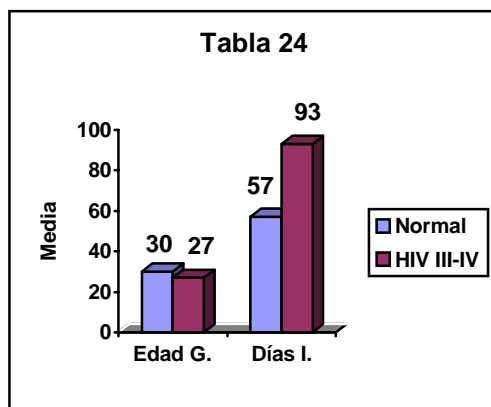
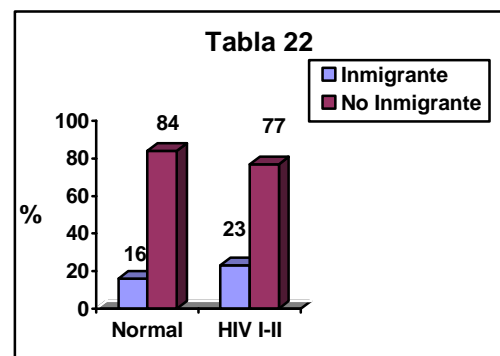
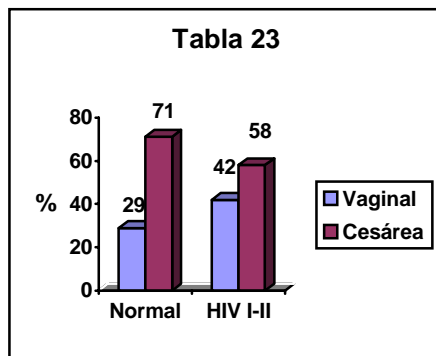
(tabla 20) donde sus medias son menores que a la de aquellos niños que no tienen ningún tipo de diagnóstico “A”, finalmente el peso al nacimiento (tabla 21) es otro de los factores que en los que destaca este diagnóstico, al comprobarse que también tienen menos que la población sin ninguno de estos diagnósticos.





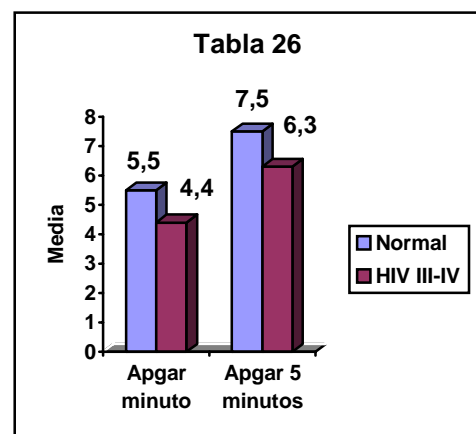
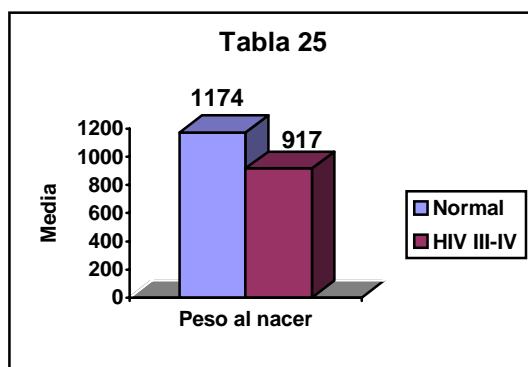
Como dato curioso respecto a esta población, es el hecho de que exista un mayor porcentaje de niños inmigrantes con este diagnóstico en comparación con los niños que no lo son (tabla 22), por último señalar que aunque sólo el 29% de los niños sin ningún diagnóstico fueron por parto

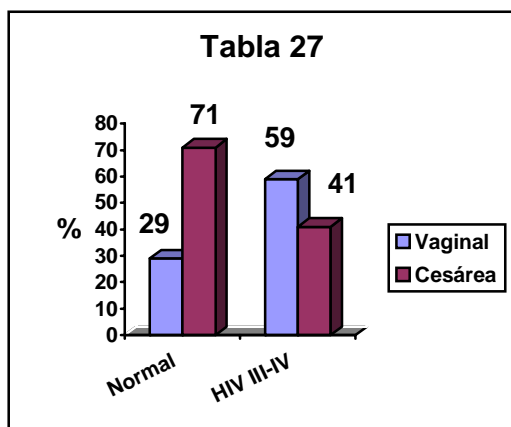
vaginal, el 42% de las HIV I-II fueron por el mismo tipo de parto (tabla 23).



En cuanto a las **hemorragias intraventriculares de tipo III-IV**, queremos señalar que ocurre de una forma similar que con las de tipo I-II, ya que tanto la edad gestacional (tabla 24), el peso (tabla 25) y los tipos de apgar al minuto y a los cinco minutos (tabla 26), poseen medias inferiores que los niños

que no tienen ningún tipo de diagnóstico de tipo A, en el caso de los días de ingreso (tabla 23) sus medias son a la inversa, pasando más tiempo ingresados en el hospital.

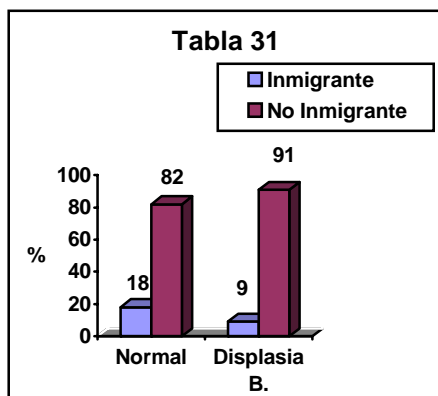
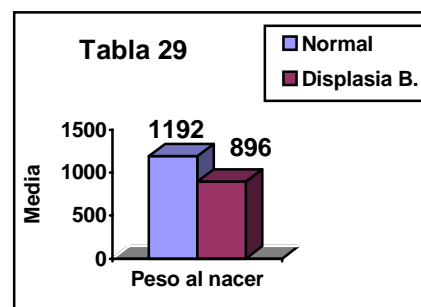
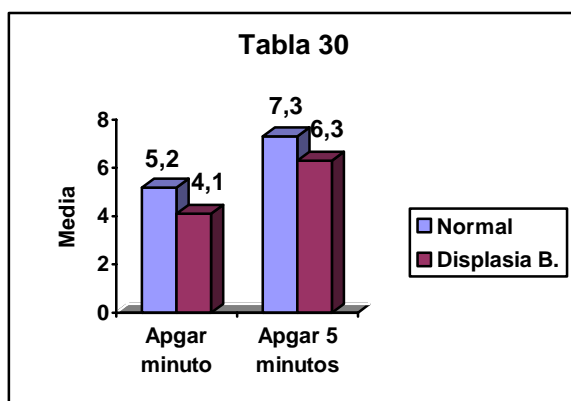
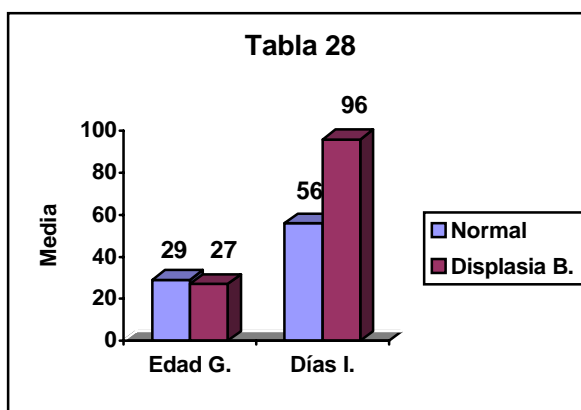




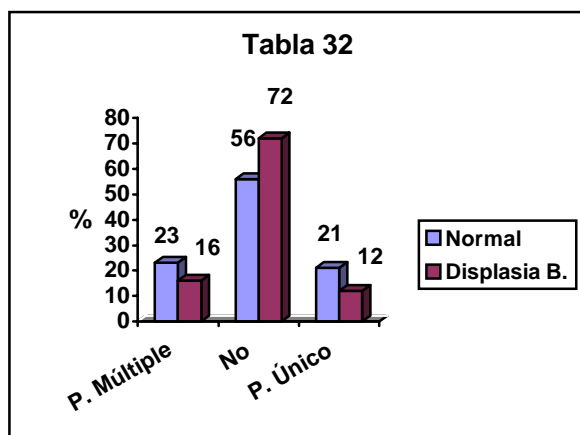
Para los diagnósticos de **leucomalacias** sólo existe relación con los días de ingreso en cuanto a las variables biomédicas.

En el caso de las **displasias broncopulmonares** ocurre lo mismo que en los diagnósticos

anteriores tanto en la edad gestacional y los días de ingreso (tabla 28), como para el peso (tabla 29) y el apgar (tabla 30).



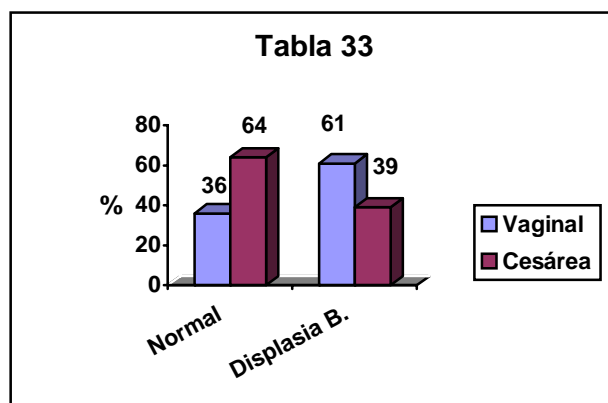
Como dato relevante queremos señalar que en el caso de las **Displasias broncopulmonares**, tienen una menor incidencia en los inmigrantes que en la población española (tabla 31), además correlaciona de forma significativa con la variable parto múltiple (tabla 32), donde podemos observar que el porcentaje es



mayor en niños que han nacido en un parto único, mientras que en los niños de fertilización y en los que han sido gemelares, trillizos, etc., es menor su incidencia.

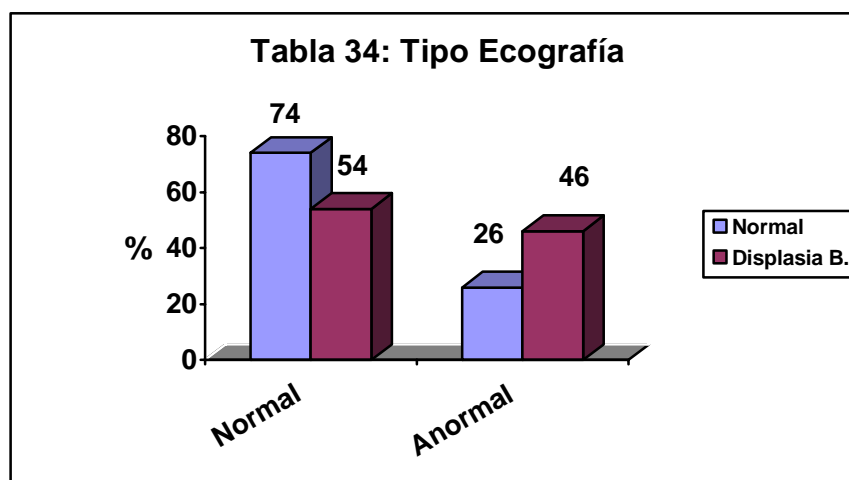
Otro dato que nos llama la atención es que nuevamente los niños con alguno de estos diagnósticos, presentan un mayor

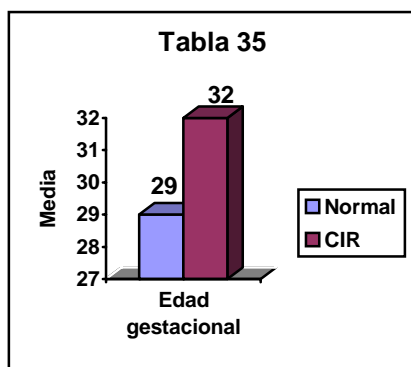
porcentaje de tipo de parto vaginal (tabla 33) frente a los que nacieron por cesárea, de manera que parece haber una relación de riesgo en nuestra población, entre este tipo de parto y los diferentes diagnósticos médicos.



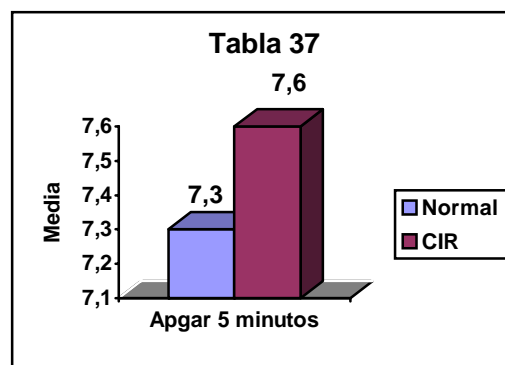
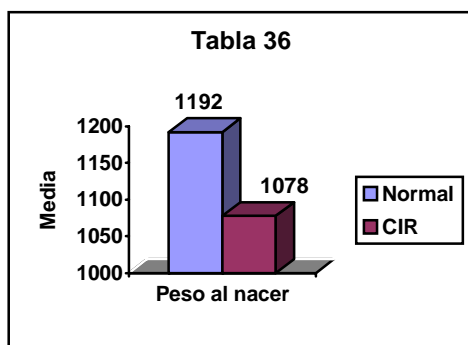
El último dato que queremos reflejar sobre esta población es el que existe relación entre el tipo de ecografía (tabla 34) y el diagnóstico de la

displasia broncopulmonar, en concreto casi un 50% de los niños que tienen este diagnóstico poseen algún tipo de patología en su ecografía cerebral, que hace que sea reseñable dentro del informe médico.



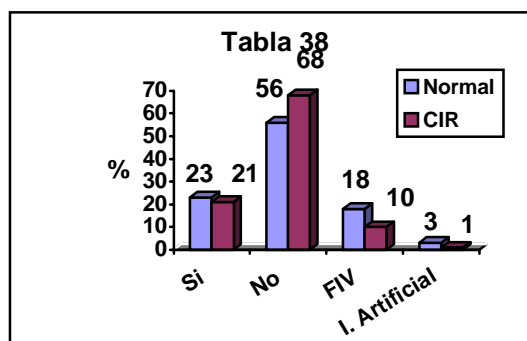


La propia definición de **crecimiento intrauterino retardado** nos dice que existe relación estadística entre el peso (tabla 36), la edad gestacional (tabla 35) y este diagnóstico, y aunque suene redundante hemos querido reflejarlo en las diferentes gráficas.



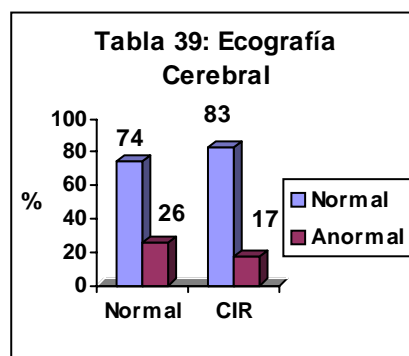
No obstante, nos resulta llamativo que sea en el apgar a los cinco minutos (tabla 37) donde esta población tenga mejores resultados de media, que los niños que no tienen ningún tipo de diagnóstico al respecto.

Por último señalar que los niños CIR correlacionan con el tipo de parto múltiple (tabla 38), dejando ver que de manera significativa los niños que han nacido mediante técnicas de fertilización tienen menos posibilidades de tener CIR, además

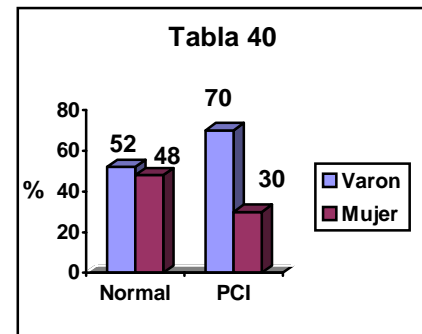


confirmamos que este tipo de niños no tienen por que tener algún tipo de patología en su ecografía (tabla 39), ya que su problemática depende de la relación entre su peso y la talla que tienen.

Por último señalar que la parálisis cerebral infantil (PCI), únicamente correlaciona dentro de las variables biomédicas con los días de ingreso, dejando ver que las medias de estos niños de ingreso en el hospital son



mayores que las de otros niños. No obstante, nos ha parecido interesante el dato que nos ha proporcionado la relación con el tipo de sexo (tabla 40) y este diagnóstico, para comprobar que la incidencia es del doble en el caso de los hombres frente a las mujeres, siendo esta una de las pocas variables donde correlaciona el tipo de sexo.



De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 7 para las siguientes subhipótesis, derivadas de ella.

7. Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables biomédicas.

7.1. Respecto al diagnóstico “A”

7.1.1. Hemorragia cerebral grado I o II, salvo con el parto múltiple.

7.1.2. Hemorragia cerebral grado III o IV, menos con el parto múltiple

7.1.3. Leucomalacia Periventricular sólo tiene relación con los días de ingreso

7.2. Respecto al diagnóstico “B”

7.2.1. Displasia broncopulmonar

7.2.2. Crecimiento intrauterino retardado (CIR) salvo con los días de ingreso y el tipo de parto.

7.2.3. Parálisis cerebral sólo tiene relación con los días de ingreso.

Esta confirmación de la séptima hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

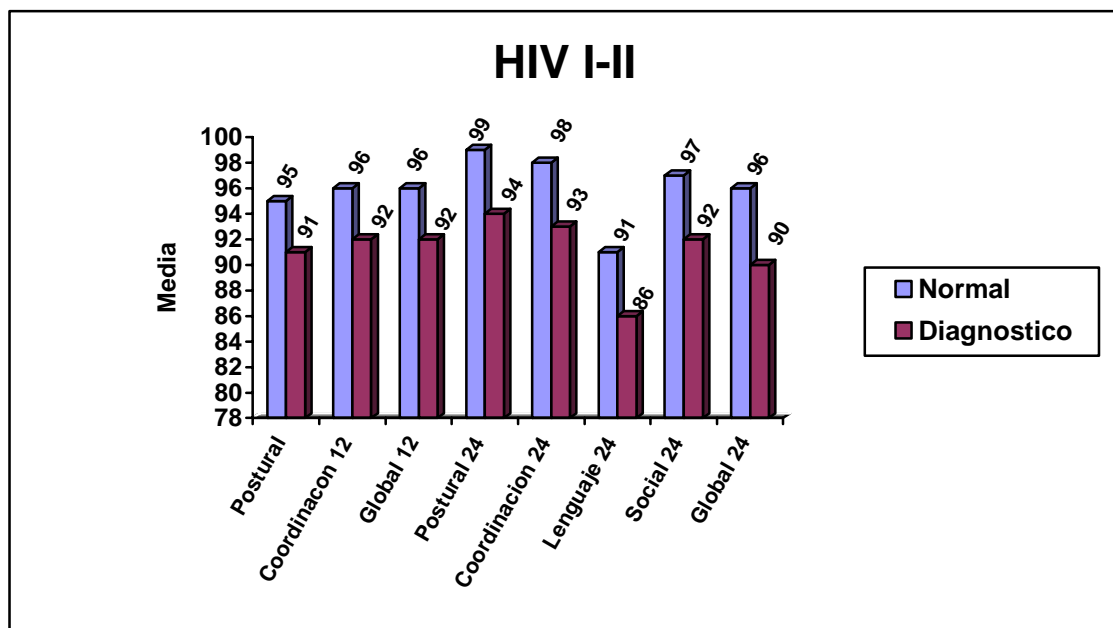
Efectivamente seguimos perfilando grupos de riesgo, dentro de nuestra población, que nos ayudará a establecer criterios o modos de respuesta adecuados a estas poblaciones.

8.- Octava Hipótesis

Para poder analizar los resultados de si **existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo**, previamente queremos aclarar varias cuestiones:

1. Los cruces entre variables se han realizado de manera independiente para cada uno de los valores de los diagnósticos, es decir, en vez de cruzar las variables entre sí, hemos escogido de cada diagnóstico, compararlo con la muestra que no tiene ninguno, de manera que las poblaciones estuvieran lo menos contaminadas posible.
2. Dentro de los diagnósticos seleccionados, hemos tomado como referencia los mismos que en la anterior hipótesis.
3. La diferencia fundamental entre esta hipótesis y la número cinco, aparte del punto citado anteriormente, es que el estadístico utilizado es distinto (en este caso la “t” de Student).

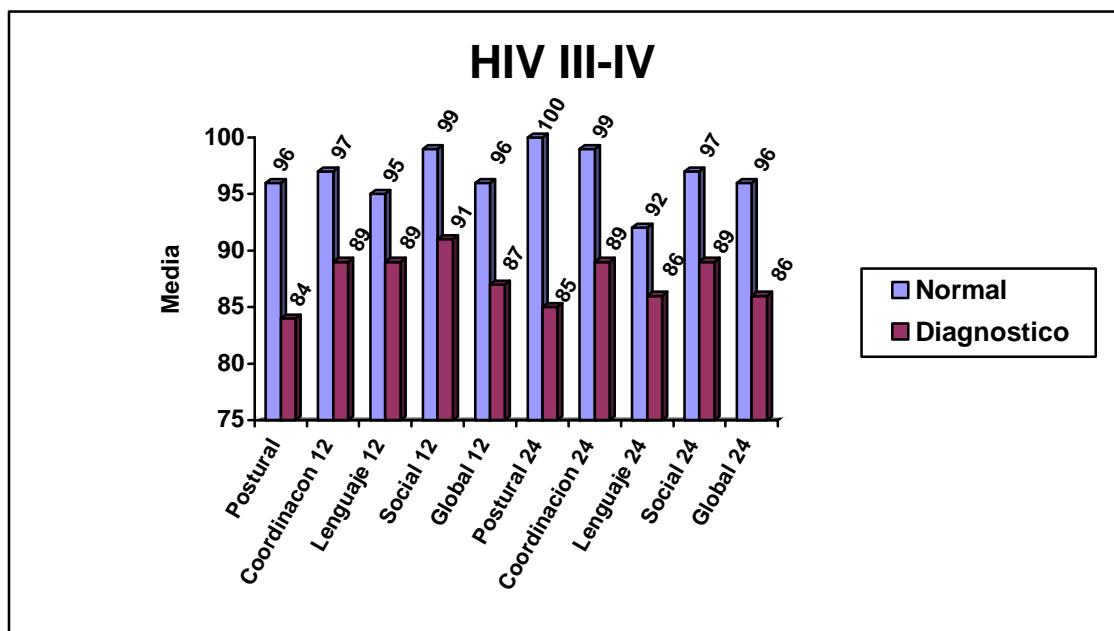
Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:



Como podemos observar los niños con **hemorragia intraventricular de tipo I-II** poseen medias significativamente inferiores en todas las áreas del

desarrollo, lo que nos confirma que a pesar de rondar en todo momento con la normalidad (están por encima de 90 en sus cocientes de desarrollo, salvo en el lenguaje), siguen siendo una población diana a atender, dentro del grupo de riesgo que estamos contemplando, y que hasta el momento no estaban lo suficientemente considerados.

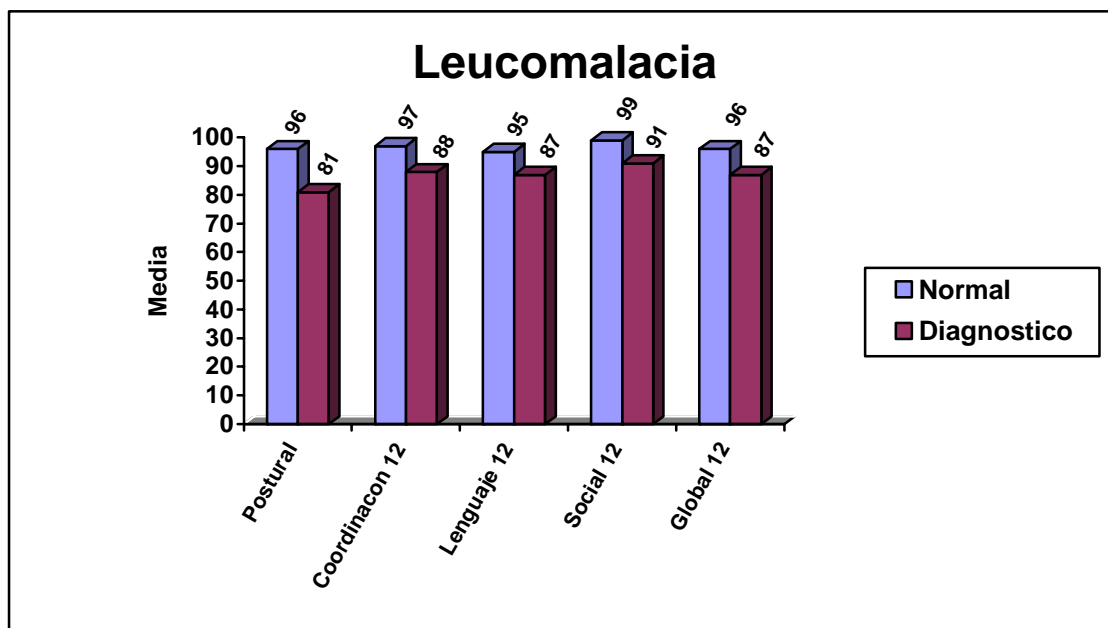
Vemos claro que aunque no todos los niños que poseen este diagnóstico van a necesitar una intervención específica, si que es cierto que el no atenderlos a tiempo, puede agravar sus alteraciones en el desarrollo durante sus primeros años de vida.



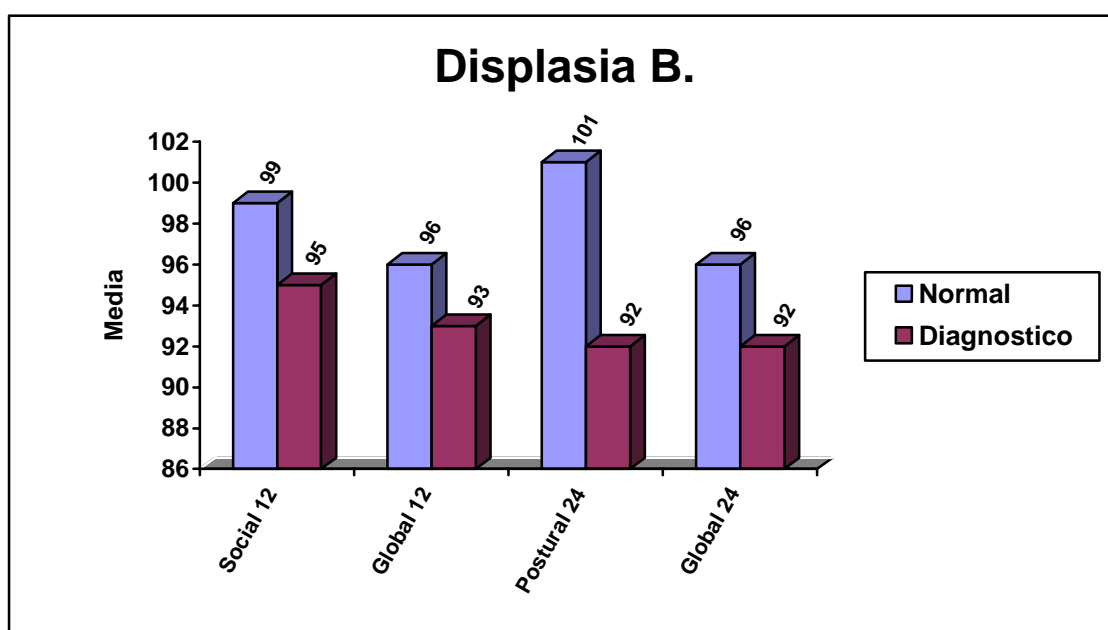
Siempre se han considerado de riesgo los niños que tenían una **hemorragia intraventricular de tipo III-IV**, por la literatura (Valle 1991, Mulas 1993, Guerra 1996, Guralnick 2003), debido a las secuelas que dejan en su desarrollo, normalmente de tipo motor. Nosotros podemos comprobar que existe una correlación entre este diagnóstico y las diferentes áreas del desarrollo, de manera que sus puntuaciones son significativamente diferentes a la de los niños que no lo tienen.

Como podemos observar, en todas las áreas de desarrollo de esta población, salvo en el área social al año de edad corregida, tienen puntuaciones medias por debajo de 90 en las distintas áreas, lo que nos hace pensar que son el grupo que puede tener un mayor índice no sólo de alteraciones en el desarrollo, sino también de discapacidad, de manera que

deben ser una población a atender nada más conocerse su diagnóstico médico.



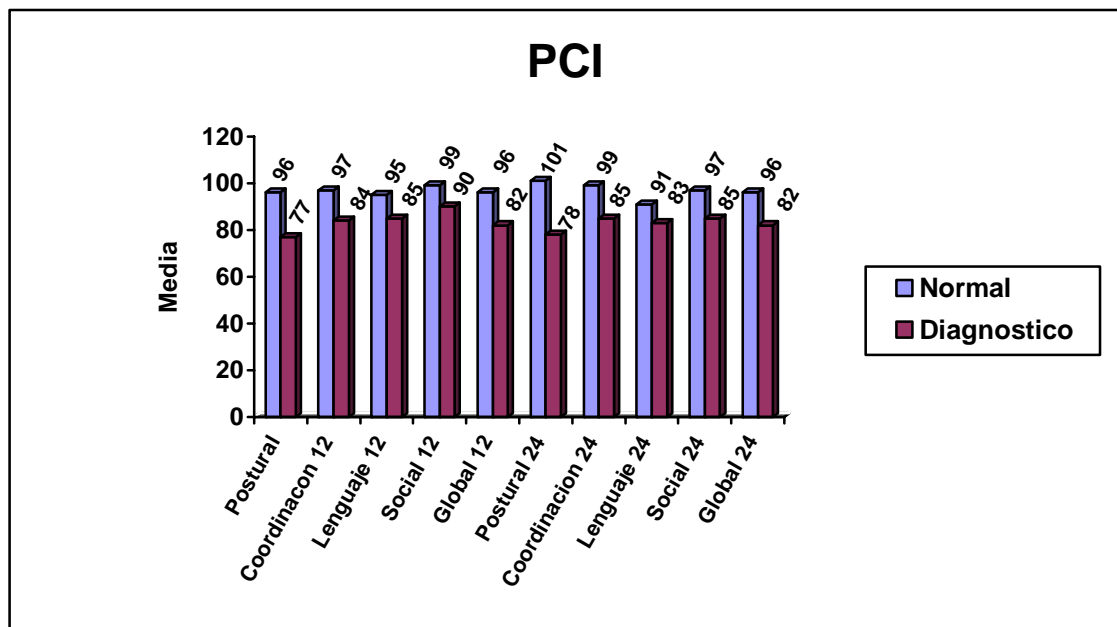
En el caso de las **leucomalacias**, solo existe correlación con los cocientes de desarrollo al año de edad corregida, donde vemos que a excepción del desarrollo social, se encuentra por debajo de 90. La razón por la que no sale significativo a los dos años lo podríamos atribuir a que la muestra que quedó a esa edad fue muy pequeña, ya que la mayoría de los niños incluso antes de que cumplieran el año fueron derivados a tratamiento de fisioterapia, para prevenir secuelas de la posible parálisis cerebral.



En cuanto a las **displasias broncopulmonares**, señalar que aunque tienen relación con muy pocas áreas del desarrollo, suponen un grupo de riesgo principalmente en el área motora durante los dos primeros años de vida del niño, y de momento no disponemos de datos de un seguimiento en la etapa escolar, donde se podrán detectar con más claridad las repercusiones.

En el caso de los niños con **crecimiento intrauterino retardado**, este grupo siempre ha sido considerado de riesgo, pero la realidad es que no existen diferencias significativas entre este grupo y los cocientes de desarrollo, salvo para el desarrollo postural a los dos años donde su media es de 98, frente a 101 que es el de la población sin diagnóstico.

Aunque sabemos por diferentes estudios que poseen diferentes alteraciones en su desarrollo como son el déficit de atención y fracaso escolar (Olsen 1998, Brent 2002, O’Brian 2004) viéndose en la etapa escolar de primaria, nuestra muestra está limitada a los dos primeros años de vida y no vemos relación entre estas edades, y alteraciones en el desarrollo.



Finalmente podemos ver que el grupo de **parálisis cerebral** posee cocientes de desarrollo muy inferiores a la población sin ningún tipo de diagnóstico, y en concreto existen diferencias muy significativas en el desarrollo postural.

De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 8 para las siguientes subhipótesis, derivadas de ella.

8. Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y las variables de desarrollo.

8.1. Respecto al diagnóstico “A”

8.1.1. Hemorragia cerebral grado I o II menos con el desarrollo del lenguaje y social al año de edad corregida.

8.1.2. Hemorragia cerebral grado III o IV

8.1.3. Leucomalacia Periventricular únicamente al año de edad corregida.

8.2. Respecto al diagnóstico “B”

8.2.1. Displasia broncopulmonar con el desarrollo social y global al año de edad corregida, y con el desarrollo postural y global a los dos años.

8.2.2. Crecimiento intrauterino retardado (CIR) únicamente con el desarrollo postural a los dos años.

8.2.3. Parálisis cerebral

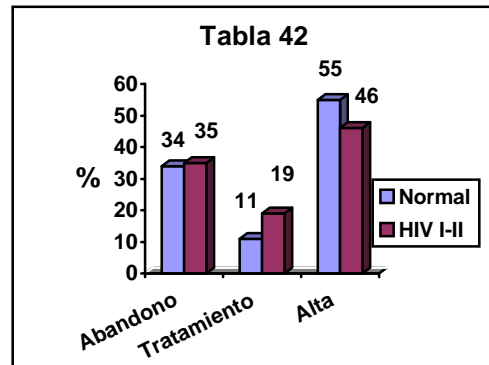
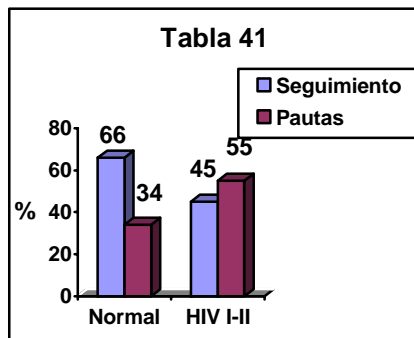
Esta confirmación de la octava hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

Una vez más comprobamos que existen grupos de riesgo en estas poblaciones, que hasta ahora no se contemplaban de la misma forma, como son el caso de las displasias broncopulmonares y las hemorragias de tipo I-II, y hay otros donde la sospecha de patología documentada se hace más firme como en el caso de las leucomalacias, las hemorragias de tipo III-IV, y por supuesto la parálisis cerebral.

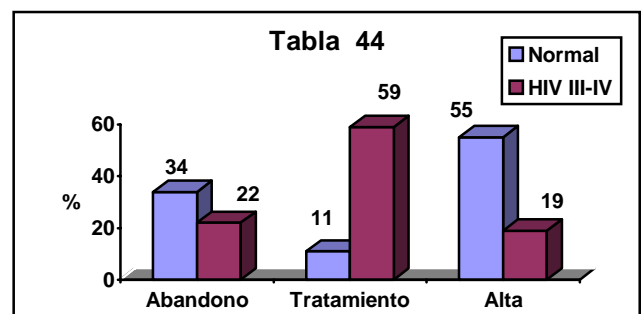
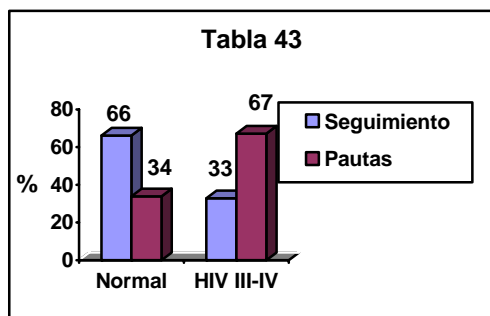
De manera que el conocer estos grupos de antemano, nos tiene que ayudar a poner en marcha el tipo de derivación e intervención adecuada en aquellos niños que presenten estos diagnósticos.

9.- Novena Hipótesis

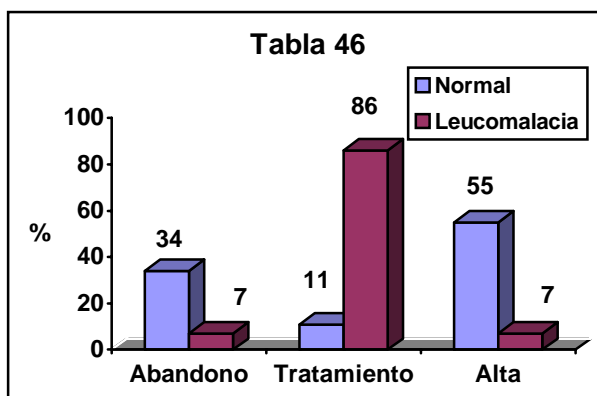
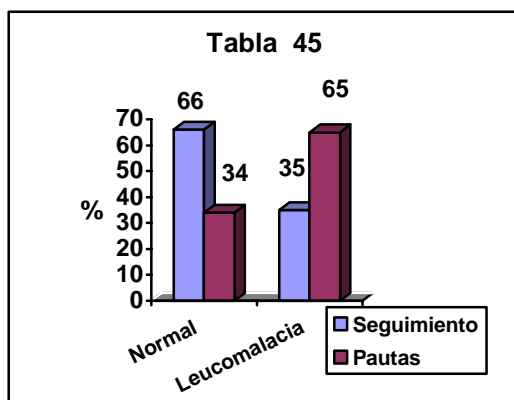
Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y el tipo de intervención que han recibido. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:



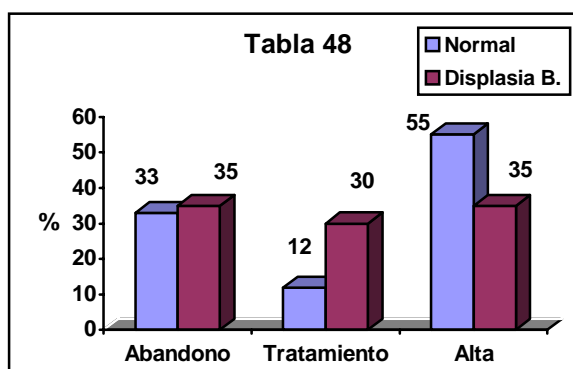
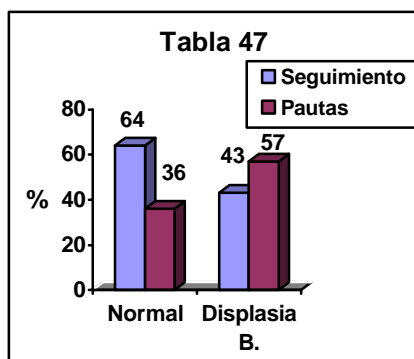
Como podemos observar en las gráficas, todos los diagnósticos de tipo A correlacionan con el tipo de intervención y el tipo de alta recibida, de manera que las **hemorragias intraventriculares de tipo I-II** (tabla 41) tienen más del 50% de los niños en pautas, mientras que la muestra sin diagnóstico tiene un tercio, respecto a los tipos de alta (tabla 42), podemos ver que son muy similares.



En el caso de las **hemorragias de tipo III-IV** los niños que están en pautas son el doble de los que no tienen ningún tipo de diagnóstico (tabla 43), y lo que están en tratamiento son casi seis veces más (tabla 44). No obstante existe menos abandono de esta muestra.

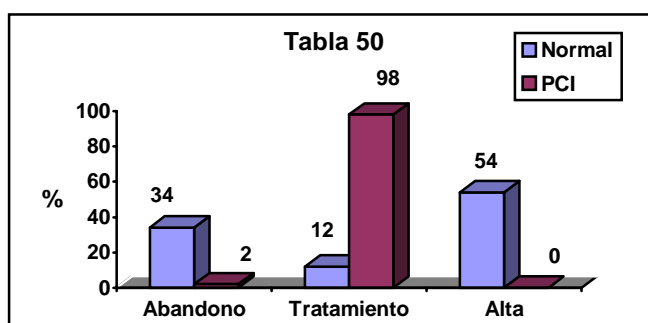
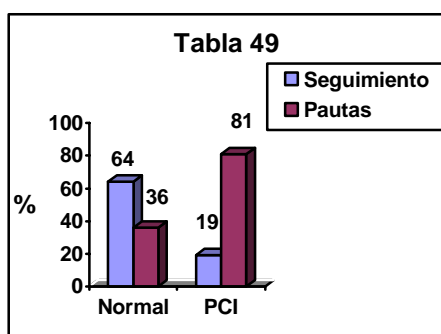


En cuanto a las **leucomalacias**, es el porcentaje más alto de los diagnósticos de tipo A que está en tratamiento (tabla 46), y el que tiene menos abandono. También podemos observar que la gran mayoría se encuentra en pautas (tabla 45).



Respecto a las **displasias broncopulmonares**, podemos observar (tabla 47) que al igual que en las hemorragias de tipo I-II tienen a más del 50% de los niños en pautas, y un 30% han estado en tratamiento (tabla 48).

En el caso de los **crecimientos intrauterinos retardados**, no tenemos ningún tipo de relación significativa, ya que como hemos ido comprobando en las anteriores hipótesis son niños que en edades tempranas presentan menos alteraciones en el desarrollo.



Finalmente se encuentra el grupo de la **parálisis cerebral**, donde podemos decir que la mayoría empezó en pautas, y luego la casi totalidad acabó en tratamiento, es el único diagnóstico que no tuvo altas en el modelo de seguimiento, ya que en el momento en que se detectaba la patología pasaba a tratamiento o bien en los centros base, o en centros de atención temprana subvencionados por la Comunidad de Madrid.

De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 9 y todas las subhipótesis, derivadas de ella, menos los CIR.

9. Existen relaciones significativas entre los diagnósticos médicos y el tipo de intervención que han recibido.

9.1. Respecto al diagnóstico “A”

- 9.1.1. Hemorragia cerebral grado I o II
- 9.1.2. Hemorragia cerebral grado III o IV
- 9.1.3. Leucomalacia Periventricular

9.2. Respecto al diagnóstico “B”

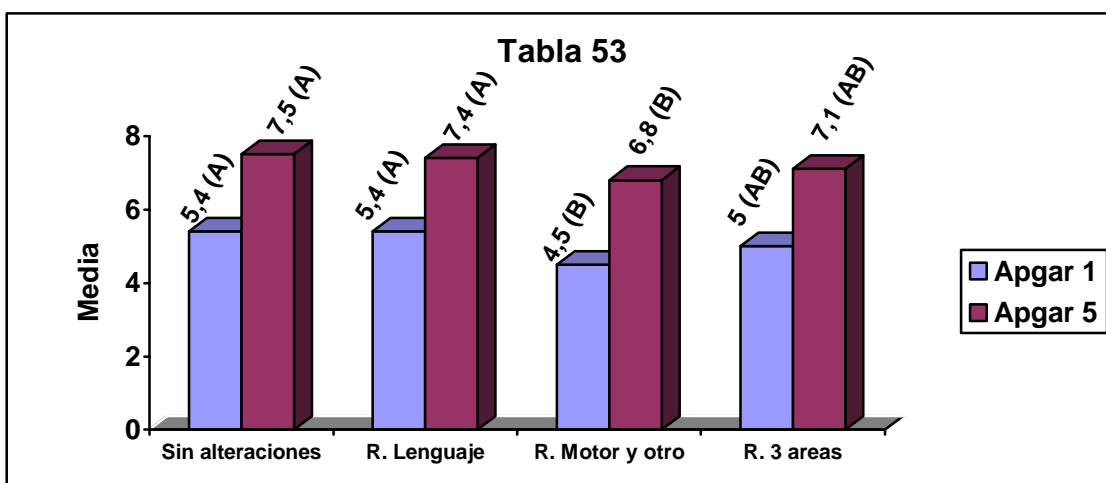
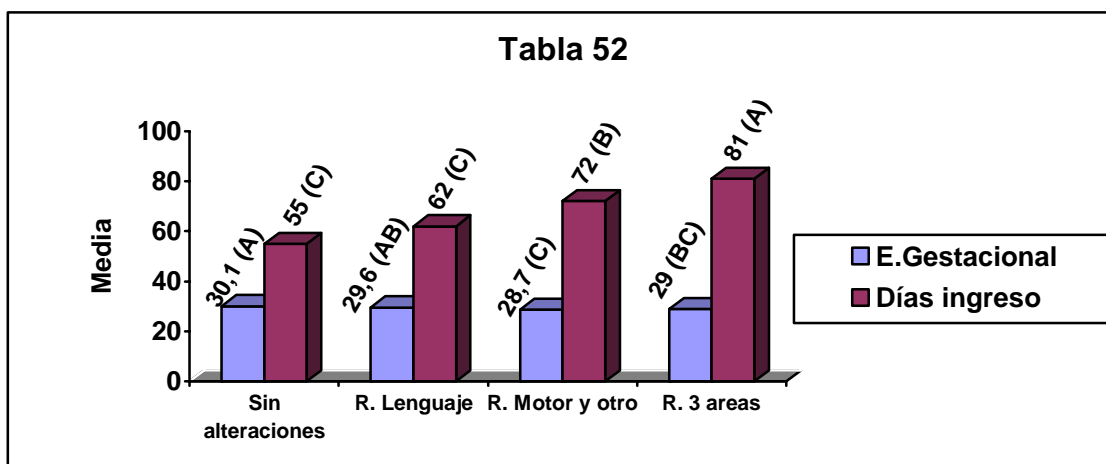
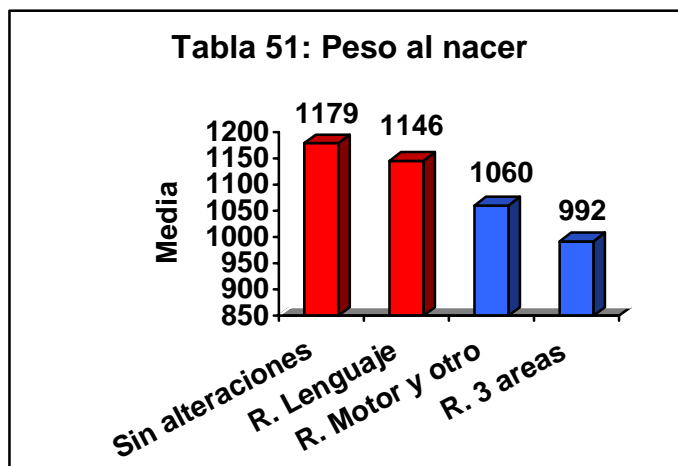
- 9.2.1. Displasia broncopulmonar
- 9.2.2. Parálisis cerebral

La confirmación de la novena hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al segundo problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Influye el modelo de seguimiento sobre poblaciones de recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos del Centro Base Maudes, en la evolución y desarrollo de estos niños?**

Como podemos observar, la respuesta que han dado en el servicio de Atención Temprana del Centro Base Maudes, ha sido acorde para cada tipo de diagnóstico, lo que nos hace pensar una vez más en la eficacia de su modelo de seguimiento.

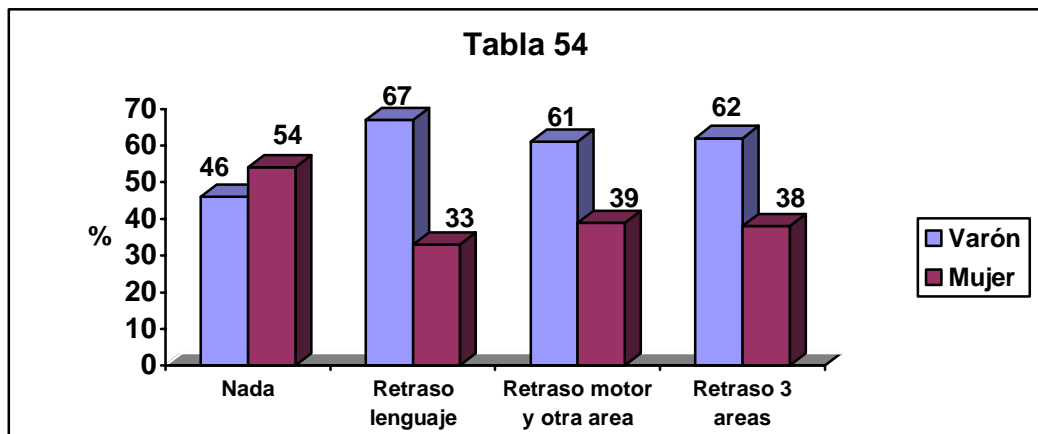
10.- Décima Hipótesis

Existen relaciones significativas entre los tipos de alteraciones en el desarrollo y las variables biomédicas. Para poder ver más claramente los resultados de la hipótesis y hacer un análisis de los mismos, vamos a servirnos de los siguientes datos:

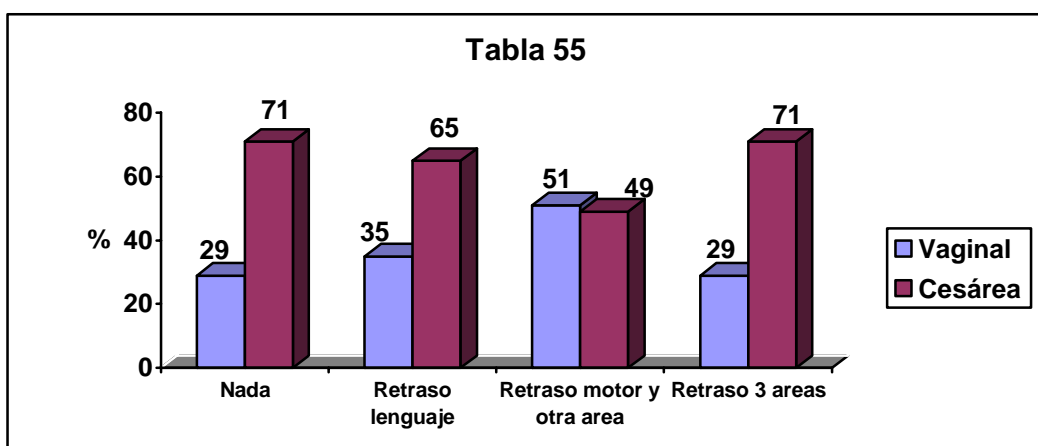


Como podemos observar cuanto mayor es el **peso** (tabla 51), menos alteraciones en el desarrollo tienen los niños de menos de 1500 gramos, y con el test de Duncan salen definidos dos grupos claramente diferenciados, los que tienen dos o más áreas del desarrollo con retraso (en rojo) y lo que no (azul).

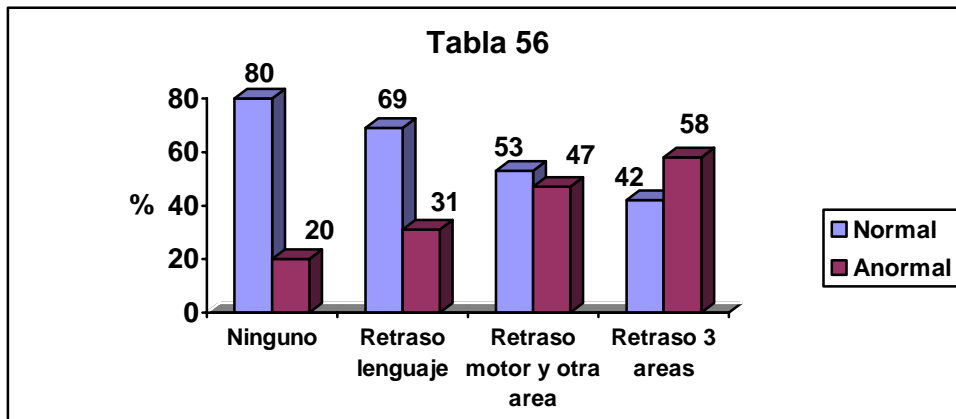
En cuanto a la **edad gestacional** (tabla 52) y al **apgar** (tabla 53), curiosamente son los niños con retraso motor los que tienen medias inferiores, sin embargo en los **días de ingreso** (tabla 52) son los que tienen alteraciones en al menos tres áreas de desarrollo.



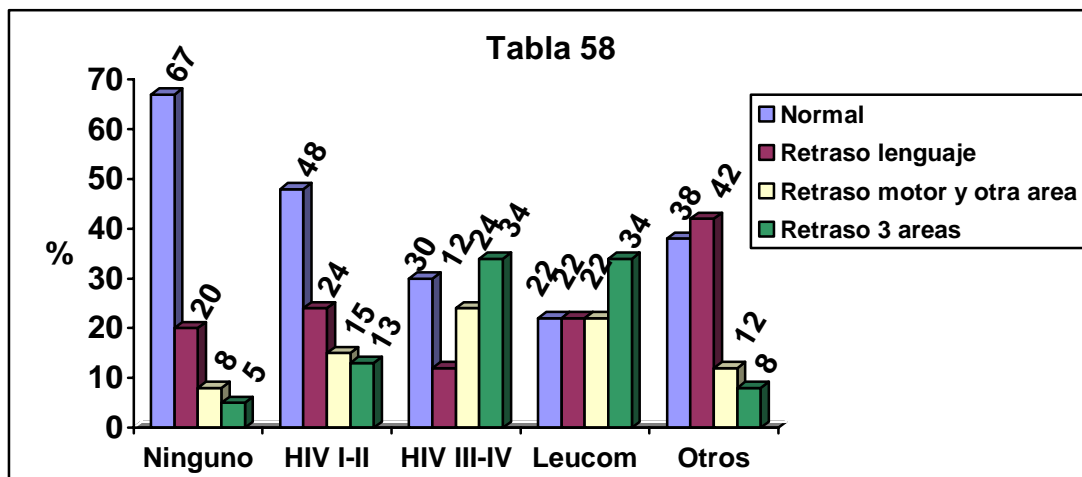
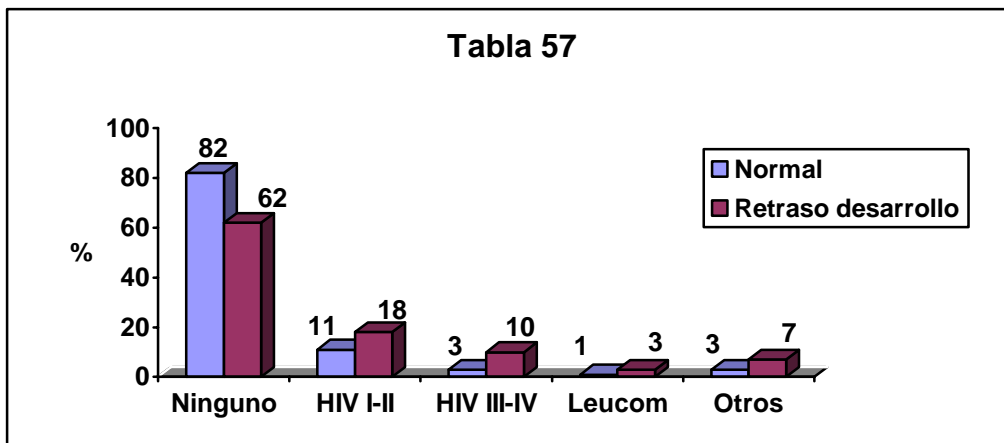
Uno de los datos que nos pareció relevantes la existencia de correlación significativa entre el **sexo**, y las alteraciones en el desarrollo (tabla 54). Como podemos comprobar existe mayor incidencia en los varones que en las mujeres para todos los tipos de alteraciones en el desarrollo.



En relación al **tipo de parto** (tabla 55), existe una correlación significativa entre las alteraciones en el desarrollo motor y los partos vaginales, respecto a los que fueron por cesárea.

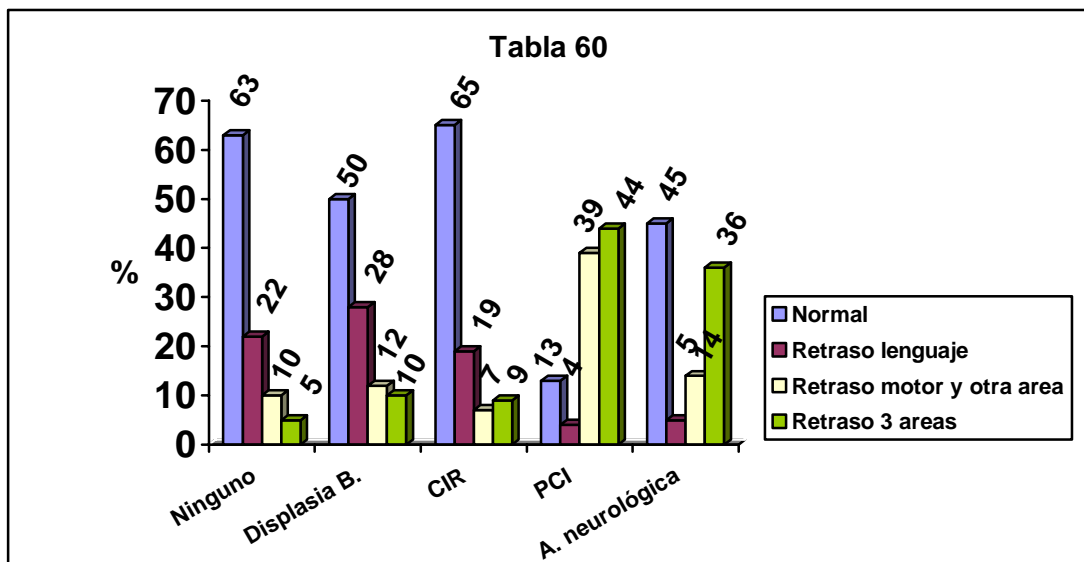
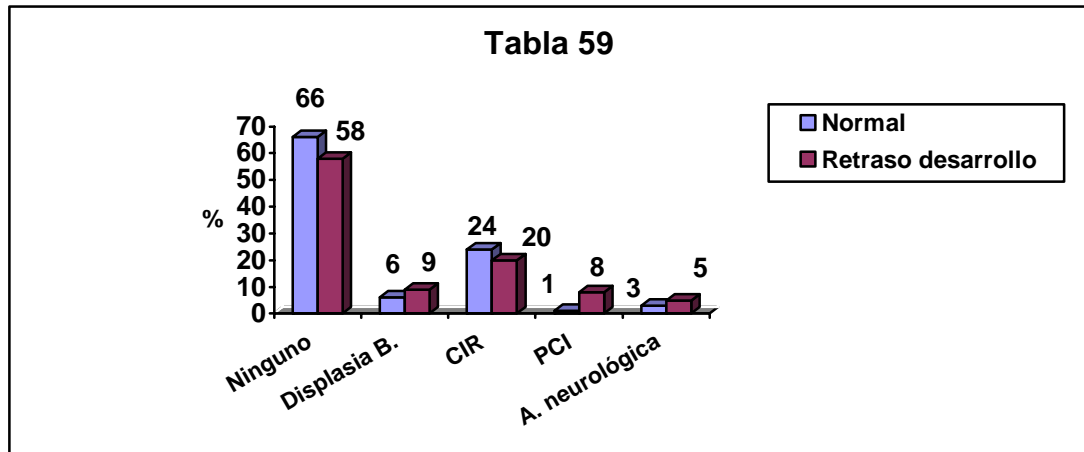


Igualmente se confirma la relación entre el **tipo de ecografía** (tabla 56) y las alteraciones en el desarrollo, que como podemos comprobar aumenta el porcentaje de ecografías con patología en función de estas alteraciones.



En cuanto al tipo de alteraciones en función del diagnóstico A (tabla 57), podemos concluir que los niños que tienen alguno de estos diagnósticos poseen mayores alteraciones que los que no tienen ninguno.

Si lo vemos de una manera más detallada (tabla 58) podemos constatar que más del 50% de los niños que tienen alguno de estos diagnósticos, poseen alteraciones en el desarrollo.



Finalmente señalar ocurre algo similar con los **diagnósticos de tipo B** (tabla 59), salvo en el caso de los Crecimiento intrauterinos retardados donde la incidencia de niños es mayor porque existen más casos de CIR, pero el índice de alteraciones en el desarrollo ocurre al contrario que en el resto de diagnósticos, mientras que todos los diagnósticos poseen un porcentaje mayor de alteraciones respecto al porcentaje total de niños sin ninguna alteración, en el caso de los CIR no es así.

En la tabla 60, podemos ver en concreto que porcentaje de cada diagnóstico tiene alteraciones en el desarrollo, y que tipo de alteraciones

tienen, los CIR son los que menos patología presentan, ya que tienen un 35%, mientras que el resto de diagnósticos están por encima de un 50%.

De manera que ACEPTAMOS la hipótesis 10 y todas las subhipótesis, derivadas de ella, salvo el parto múltiple.

10. Existen relaciones significativas entre los tipos de alteraciones en el desarrollo y las variables biomédicas.

- 10.1. Con el peso al nacimiento
- 10.2. Con la edad gestacional
- 10.3. Con los días de ingreso
- 10.4. Con el apgar
 - 10.4.1. Al minuto
 - 10.4.2. A los cinco minutos
- 10.5. Con el tipo de parto
- 10.6. Con el tipo de ecografía
- 10.7. Respecto al diagnóstico “A”
 - 10.7.1. Normalidad
 - 10.7.2. Hemorragia cerebral grado I o II
 - 10.7.3. Hemorragia cerebral grado III o IV
 - 10.7.4. Leucomalacia Periventricular
- 10.8. Respecto al diagnóstico “B”
 - 10.8.1. Normalidad
 - 10.8.2. Displasia broncopulmonar
 - 10.8.3. Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
 - 10.8.4. Parálisis cerebral
 - 10.8.5. Afectación neurológica difusa

Esta confirmación de la décima hipótesis, nos lleva también a dar una respuesta al tercer problema de nuestra investigación, planteado en el capítulo de la descripción del estudio: **¿Existen otros factores, además del peso, que influyen en el desarrollo de los niños?**

Con esta última hipótesis tratamos de establecer los subgrupos que ya habíamos estudiado anteriormente, dentro de nuestra muestra, que presentan mayores alteraciones, y por tanto que deben ser atendidos lo más tempranamente posible.

CONCLUSIONES:

CONSIDERACIONES FINALES.

1. Resumen y análisis del proceso de investigación.

Una vez finalizado nuestro trabajo, creemos necesario hacer un breve resumen de lo expuesto tanto en relación a la fundamentación teórica, como a la empírica.

A lo largo de la investigación hemos analizado un modelo de seguimiento en Atención Temprana con poblaciones de niños que han pesado al nacer menos de 1500 gramos, y que han sido atendidos en el Centro Base Maudes desde el año 1993 hasta 2005.

La necesidad de hacer este seguimiento, viene fundamentada en el hecho de que estas poblaciones son susceptibles de padecer más alteraciones en el desarrollo que los niños que han nacido a término y sin bajo peso (Mulas 1993, Arizcun, Guerra y Valle 1994, Pallás et al 2000, Guralnick 2005).

Este grupo de niños van a presentar mayores alteraciones en su desarrollo, este dato hubiera supuesto con anterioridad su exclusión dentro del sistema educativo ordinario, enviándolos a un sistema paralelo de enseñanza denominado "Educación Especial".

En la actualidad siguiendo los principios de normalización e inclusión, entrarán en el grupo de niños con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE) dentro del ámbito de la Educación Infantil, ya que será la etapa educativa encargada de recibir a estos niños en la entrada al sistema educativo, y proporcionarles las primeras medidas de apoyo que vayan a necesitar.

La disciplina científica que aglutina los esfuerzos de prevención, detección, intervención y coordinación de estas poblaciones, es la Atención Temprana, y bajo este marco teórico es donde encontramos la población que en edades de 0-6 años pueden presentar alteraciones en su desarrollo y que engloba la muestra de nuestro trabajo.

Consideramos que hemos descrito ampliamente las características físicas y sociopsicopedagógicas que conforman la muestra de niños de menos de 1500 gramos de peso al nacer, que son la población del modelo de seguimiento del Centro Base Maudes.

Esta población posee unas características peculiares de desarrollo, que han puesto en evidencia la necesidad de intervenir conforme a este modelo. Ello ha supuesto una mejoría en el desarrollo de los niños, lo cual ha puesto de manifiesto la evolución positiva de los niños que han participado en este modelo.

Asimismo hemos comprobado que no sólo es el peso el factor que más influye en las alteraciones del desarrollo que posee esta muestra, sino que existen otros factores de riesgo dentro de nuestra muestra, que inciden de manera favorable o desfavorable, en el desarrollo posterior de estos niños.

En este sentido vemos positivo el hecho de realizar una detección e intervención temprana en estas edades, lo que nos va a permitir en algunos casos, sobre todo llama la atención en el caso de las leucomalacias, un desarrollo posterior que tendría unas consecuencias nefastas en el desarrollo evolutivo de estos niños, si se hubiera detectado más tardíamente.

Como factores desfavorables hemos visto que existe relación entre algunos diagnósticos médicos (parálisis cerebral, hemorragia intraventricular, etc.) que inciden significativamente en la aparición de problemas en el desarrollo y la aparición de futuras discapacidades.

No obstante, en líneas generales, el modelo de seguimiento del Centro Base Maudes, es un modelo de intervención en Atención Temprana innovador y adecuado, en la atención a niños de menos de 1500 gramos, que incide positivamente en el desarrollo de estos niños, y que como tal debe ser generalizado para todos aquellos servicios que atiendan a niños de 1500 gramos de peso al nacimiento, en la etapa 0-6 años (sanitarios, educativos y sociales).

Dicha generalización implicaría una revisión y perfeccionamiento de este modelo, para ajustarlo a los diferentes contextos en los que debe aplicarse.

2. Limitaciones del trabajo.

En cuanto a las limitaciones de nuestro trabajo, nos hemos encontrado las siguientes:

- Éticamente no es admisible establecer un grupo de control en estas poblaciones, ya que ello supondría no atender deliberadamente las necesidades que van a presentar a lo largo de su desarrollo, a sabiendas que esta falta de atención va a incidir negativamente en el mismo. Esta peculiaridad hace que no presentemos un grupo control, con el que poder comparar las diferencias existentes entre los niños que formaban parte del seguimiento, y los que no.
- Otro de los inconvenientes ha sido la implantación del propio modelo de seguimiento. Este modelo en los primeros años tuvo un excesivo abandono por problemas de coordinación con el hospital dado que no existía una persona responsable. Esta situación mejoró notablemente al asumir las competencias organizativas un profesional del centro sanitario. Por ello señalamos la importancia de establecer mecanismos de coordinación eficaz, que nos permita la mejora del seguimiento.
- Como consecuencia de esta descoordinación, el protocolo de intercambio de información entre el Centro Base y el Hospital se formalizó en 1998, lo cual ha provocado que no tuviésemos los datos completos en toda la muestra. Esto ha influido particularmente en las variables sociopsicopedagógicas y que han quedado recogidas a partir del protocolo.
- Asimismo señalamos el problema de coordinación con los niños que son derivados a otros servicios (centros de atención temprana, servicio de rehabilitación del hospital, etc.), ya que no devuelven la información de los niños que les han sido remitidos. De manera que nos impide conocer su evolución posterior.
- Por último, consideramos que es necesario continuar el seguimiento hasta al menos los 6 años de edad, dado que con la entrada en primaria, podremos ver si las alteraciones se mantienen, o por el contrario, al haber

recibido una atención temprana, estas alteraciones eran menores que en otros estudios publicados.

3. Conclusiones finales.

Antes de poner el punto final a nuestro trabajo, queremos realizar unas conclusiones finales, que engloben los resultados obtenidos del estudio. De manera que hemos podido comprobar los siguientes aspectos:

- Existen dificultades en el desarrollo de los niños de menos de 1500 gramos de peso al nacimiento, tanto al año como a los dos años de edad, lo que supone un mayor porcentaje de retrasos en el desarrollo respecto a la población infantil en la Comunidad de Madrid.
- Observamos, por lo dicho en el punto anterior, que son un grupo de riesgo de discapacidad, y como tal, deben existir medidas de prevención, detección e intervención en estas poblaciones.
- Dentro del grupo de niños de menos de 1.500 gramos al nacimiento, un 12% de presentaron el diagnóstico de hemorragia intraventricular de tipo I-II, esta variable determina que estos niños presentan mayores alteraciones en su desarrollo, y que necesitan un seguimiento específico de intervención con el fin de favorecerlo. Queremos señalar la importancia de este dato, de cara a las futuras intervenciones con este tipo de niños.
- Asimismo el 7% de la muestra presentó hemorragia intraventricular de grado III-IV, asociado a graves alteraciones en el desarrollo. En nuestro caso el 60% han necesitado un tratamiento específico para sus alteraciones en el desarrollo. Esto confirma que siguen siendo una población de alto riesgo de padecer alteraciones en su desarrollo, por lo cual la atención temprana es un elemento básico para favorecer su desarrollo posterior.
- El 3% presentó leucomalacias ventriculares, asociadas a la aparición de graves trastornos motores, mayoritariamente de parálisis cerebral. Hemos comprobado como recibiendo una atención temprana han manifestado una gran mejoría en su evolución gracias al modelo de seguimiento.

- Un 5% de esta población presentó parálisis cerebral, porcentaje nada desdeñable, lo cual pone de manifiesto el incluirlos en programas de atención temprana en estas edades, ya que favorece en la mejora posterior del desarrollo de estos niños.
- El crecimiento intrauterino retardado es un factor a considerar, ya que el 22% de los niños de la muestra tuvieron este diagnóstico, y presentan mayores problemas en el comportamiento, y en este caso la Atención Temprana es un elemento preventivo de los futuros problemas de aprendizaje.
- Los problemas de comportamiento (31%), necesitaron pautas específicas de atención como medida de apoyo, por lo que consideramos este modelo como esencial de cara al apoyo con los padres.
- Además el 12% manifestaron problemas de alimentación (vómitos provocados, apatía, falta de hábitos, etc.) y un 8.5% problemas de sueño, que también requirieron pautas específicas de intervención.
- Se confirma nuevamente la relación significativa entre las variables biomédicas y las alteraciones del desarrollo. Lo cual pone de manifiesto que esta población va a necesitar una Atención Temprana.
- Las variables psicopedagógicas correlacionan a su vez de manera significativa con las biomédicas, poniendo de manifiesto la necesidad de intervenir con este grupo, y la necesidad de coordinarse con el ámbito escolar (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, y los de Atención Temprana).
- Consideramos esencial la coordinación y el apoyo entre los diferentes ámbitos que trabajan con estas poblaciones (social, sanitario y educativo).

De todo ello, podemos decir que el modelo de seguimiento practicado por la Unidad de Atención Temprana del Centro Base Maudes, incide positivamente en el desarrollo posterior de los niños de menos de 1500 gramos de peso al nacer.

No obstante, queremos señalar el hecho de que, aunque el avance en el desarrollo de la población que nos ocupa esté demostrado a lo largo del seguimiento recibido, siguen siendo un grupo de riesgo en edades posteriores. Por ello consideramos que hay que seguir evaluando y ofreciendo las intervenciones oportunas desde los diferentes servicios (sanitarios, sociales y educativos), para lograr que su desarrollo sea lo más normalizado posible.

Finalmente, animar a todo el personal implicado en la labor de la Atención Temprana, a proseguir en su empeño de ofrecer a estos niños, las intervenciones que favorezcan su desarrollo posterior, que por sus condiciones, no les han venido dadas.

4. Propuestas derivadas de la investigación.

Realizar una propuesta de mejora sería muy ambicioso si tenemos en cuenta el objeto y alcance de nuestra investigación y, sobre todo, las diferentes respuestas que motivarían dicha mejora. Por ello, preferimos centrarnos en las eventuales líneas de investigación y de actuación que contribuirían a arrojar luz sobre este complejo problema que hemos heredado de nuestra historia.

De acuerdo con los resultados de nuestra Investigación, destacamos las siguientes propuestas en relación al modelo de seguimiento que realizan en el Centro Base Maudes a niños que han nacido con menos de 1500 gramos de peso:

1. Consideramos esencial en Atención Temprana la existencia de convenios de colaboración entre Sanidad y Servicios Sociales a la Comunidad de Madrid, entre el Centro Base Maudes y el Hospital La Paz, de manera que facilite un marco legal más reglado y estable, que permita una mejor atención a estos niños.
2. Vemos necesario que se sistematice aún más la información en relación a este modelo de seguimiento, dado su eficacia, con la intención de crear un programa específico de seguimiento en estas poblaciones que sirva de modelo a otros Centros Base y a las diferentes Comunidades que quieran aplicarlo. Esta nueva forma de sistematizar la información conlleva:
 - a. Consideramos esencial unificar los modelos de documentos para la recogida de datos de forma que se sistematice la información.
 - b. Diseñar programas de intervención con unos criterios metodológicos adecuados a cada caso, y establecer criterios previos a las pautas que van a recibir.
 - c. Sistematizar el uso de los criterios diagnósticos aprobados internacionalmente (CIE 10, DSM IV, Clasificación Diagnóstica 0-3, etc.) de cara a la tipificación de las diferentes alteraciones en el desarrollo de estos niños.

- d. Temporalizar la evaluación del niño, incidiendo en la evaluación inicial y final, con el fin de tener una perspectiva completa de la realidad que nos ocupa, y poder observar los cambios producidos en la población a atender, y no sólo al año y a los dos años. De esta forma podremos determinar las necesidades que van a necesitar estos niños en otros ámbitos.
 - e. Sistematizar la coordinación con los servicios implicados en la atención de estas poblaciones (fundamentalmente sanitarios y educativos).
3. Conseguir el compromiso de las diferentes administraciones, para establecer un programa de coordinación entre los servicios, encargados del seguimiento tanto en el hospital como en el Centro Base, dichas reuniones deberán establecerse con una periodicidad concreta.

Por otro lado, fruto del trabajo realizado, proponemos las siguientes líneas de investigación, a raíz de nuestros resultados.

- Proponemos la creación de un protocolo de intercambio de información más reglado, que permita un mejor seguimiento de estos niños, y evite la pérdida de casos, tal como ha ocurrido en nuestra muestra.
- Proponemos la continuidad del seguimiento en diferentes periodos críticos del desarrollo de los niños, como son el inicio de cada una de las etapas de las enseñanzas de Infantil, Primaria y Secundaria, con el fin de poder valorar al niño y ver si presentan alteraciones a esas edades, además de determinar y favorecer las necesidades específicas de apoyo educativo que necesiten en coordinación con el sistema educativo.
- Consideramos esencial la coordinación de los Centros Base con los Equipos de Atención Temprana y las Escuelas Infantiles. Puesto que son los encargados de dar el dictamen de minusvalía, y dicho dictamen determinará el tipo de apoyo que van a necesitar.
- Asimismo, para mantener el modelo de atención psicopedagógica con el que se iniciaron los centros base en los 80, consideramos necesario dotar a estos servicios de personal suficiente en número y cualificación, de manera

que permita responder a las necesidades de los niños de menos de 1500 gramos al nacer, con alteraciones en su desarrollo.

- Establecer Programas de Atención Temprana en el seguimiento de los niños de menos de 1500 gramos al nacer, que sirva como elemento de prevención, detección e intervención de alteraciones en el desarrollo, o en riesgo de padecerlas, en el ámbito social, sanitario y educativo.
- Hacer estudios de seguimiento de poblaciones concretas como son los niños con Hemorragia Intraventricular tipo I-II y niños con displasia broncopulmonar, tal como ha revelado nuestra muestra, confirmando que también son un grupo de riesgo como la hemorragia de tipo III-IV, la leucomalacia y la parálisis cerebral.

BIBLIOGRAFÍA:

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCIA EUROPEA PARA EL DESARROLLO DE LA EE (2003). *Necesidades Educativas Especiales en Europa*. Revisado el 8 de mayo de 2006 desde Internet:
<http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/NecEdEEu.doc>
- AGENCIA EUROPEA PARA EL DESARROLLO DE LA EE (2005). *Atención Temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet:
http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_es.pdf
- AINSCOW, M. (1994). "Necesidades especiales de aulas . una iniciativa de la UNESCO para la formación del profesorado en el ámbito de la integración escolar". *Aula de innovación educativa*, 31, 70-77.
- AINSCOW, M. (1999). *Understanding the development of Inclusive Schools*. Falmer Press. London.
- AINSCOW, M. (2001). *Desarrollo de escuelas inclusivas*. Narcea. Madrid.
- ALEGRET, R. Et al. (1994). *Influencia de la Estimulación Precoz en el bebé hospitalizado*. *Psicomotricidad. Rev de Estudios y Experiencias*. N 46
- ALONSO SECO, J. M. Y CASADO, D. (Coord.) (1999). *Curso sobre Prevención de Deficiencias. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. Colección Documentos 33/99.
- ALONSO SECO, J.M. (1997). "Atención Temprana". En: VVAA. *Realizaciones sobre Discapacidad en España*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.
- ALS, H. Y BRAZELTON, T.B. (1981). "A new model of assessing the behavioral organization of preterm and full-term infants". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* , 20, 239-263.
- ALVAREZ, J.M. (1986)." Métodos y técnicas de evaluación desde la perspectiva de la evaluación cualitativa". En: *Teoría y práctica de la evaluación en Enseñanzas Medias*. ICE. Granada.
- AMIEL-TISON, C: (2001) *Neurología perinatal*. Masson. Barcelona.
- ANASTASIOW, N. J. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. En: S. J. Meisels y J.P. Shonkoff (eds.). *Hamdbook of early childhood intervention*. New Cork: Cambridge University Press. 196-216.
- ANDREU, M.T. (1997). *Coordinación interinstitucional en el ámbito de la atención temprana de la CAM*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid
- ANTA RODRÍGUEZ, C. (2005). *Concepto de alto riesgo: punto de vista psicológico*. En GUTIEZ CUEVAS, P. Ed (2005): *Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid. Ed. Complutense. Pp 377-382.

- ARANDA, R. (2002). *Educación Especial*. Pearson Educación. Madrid.
- ARCO T., J.L. (2003). “*Teorías Conductuales del Aprendizaje*”, En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., *Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I* (105-130). Aljibe. Madrid.
- ARIZCUN, J., GUERRA, R., Y VALLE, M., (1994). “*Programa de Control Prospectivo, Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*”. *Anales Españoles de Pediatría, Suplemento 63*: 26-32.
- ARIZCUN PINEDA, J. & RETORTILLO FRANCO, F. (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. GENYSI. Madrid
- ARIZCUN, J. Y VALLE, M. (1999). “*Prevención de Deficiencias en el Período Perinatal*”. En: *Curso sobre prevención de deficiencias*, (3ª ed.), Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 33/99.
- ARIZCUN, J. (2003). *Apuntes del Master en Atención Temprana*. Facultad de Educación, UCM. Manuscrito no publicado.
- ARIZCUN, J., GÚTIEZ, P. Y RUIZ, E. (2004). *La formación de los profesionales de la Atención Temprana*. Revisado el 17 de junio de 2005 desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xivjorp/xiv_Gutiez.pdf
- ARIZCUN, J. (2005). *Atención Temprana y Discapacidad*. Documento interno de trabajo. Manuscrito no publicado.
- ARIZCUN, J. (2006). *Estadística de AT en la CAM*. Documento interno de trabajo. Manuscrito no publicado.
- ARIZCUN, J., GÚTIEZ, P. Y RUIZ, E. (2006). *Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión..* Revisado el 5 de septiembre de 2006 desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/documento/informes/formacion_atinf.pdf
- ARNÁIZ SÁNCHEZ, P. (1996) “*Las escuelas son para todos*”. *Universitas Tarraconensis. Revista de ciencias de L’educacio*.1-2:13-41.
- ARNÁIZ , P.(1988). “*Un análisis de la educación especial de hoy*”. *Anales de pedagogía*, 6, 7-26.
- ARNAIZ, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. Archidona. Aljibe. Málaga.
- ARNAL, J.; DEL RINCÓN, D.; LATORRE, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Labor. Barcelona
- ARNAIZ SÁNCHEZ, P. (1995). *El PCC: Autismo y atención a la diversidad*. Universidad de Murcia. Murcia.

- ARNAU, J. (1981, 1984). *Diseños experimentales en psicología y educación*. Vols. 1 y 2. Trillas. México
- ARRABAL, M^a C. (2003). *Apuntes del Master en Atención Temprana*. Facultad de Educación, UCM. Manuscrito no publicado.
- ARRILLAGA IMAZ, A. (2006). *La Coordinación en Educación Infantil con otros recursos para la Atención Temprana en la Comunidad de Madrid Proyecto del Master en Atención Temprana*. Facultad de Educación, UCM. Manuscrito no publicado.
- AYALA, H ET AL. (1990) *Estimulación Temprana: Su influencia sobre el desarrollo intelectual de niños de 2 a 4 años*. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana.
- BALBÁS, M.J. (1995) *Proyecto docente*. Inédito. Universidad de Sevilla.
- BANK-MIKKELSEN, N.E. (1969). "A Metropolitan area in Denmark, Copenhagen". En WOLFENBERGER, W.(Ed.). *Changing Pattersin Residential Services For the Mentally Retarded*. Wahistong: Presidents Commitee on Mental Retardation.
- BARTOLOMÉ, M. (1988). *Nuevas tendencias en los diseños de investigación en España*. En I. Dendaluce (coord.), *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Narcea. Madrid
- BAUTISTA, R. (1991). *Necesidades Educativas Especiales*. Manual teórico Práctico. Algibe. Málaga
- BAYÉS, R. (1974). *Una introducción al método científico en psicología*. Fontanella. Barcelona
- BEE, H. L.; BARNARD, K. E., EYRES, S.J., GRAY, C.A., HAMMOND, M.A., SPIETZ, A.L., ZINDER, C. & CLARK, B. (1982). *Prediction of IQ and lenguaje Skill from perinatal status, chil performance, famili characteristics, and mother-infant interaction*. *Child Development*, 53, 1134-1156.
- BELDA O., J.C. (2001). "La Atención Temprana en las Escuelas Infantiles: algo simple y diverso a la vez". *Revista de Atención Temprana*, vol. III, No. 2, 2001, pp. 76-80.
- BENAVENT, J. A. (1996). *La Orientación en la Educación Infantil y Primaria*. *Revista de Orientación y Psicopedagogía*, 7, 12, 187-205.
- BENAVENT, J. A. Y FOSSATI, R. (1998). Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica. En: Bisquerra R. (Coord.) *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica*. Barcelona; Praxis. Pags. 193-207.
- BENEDITO, V.(1987b). *Aproximación a la didáctica*. P.P.U. Barcelona
- BISQUERRA ALZINA, R. (COORD.) (1998). *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica*. Praxis. Barcelona

- BISQUERRA, R. (2000). *Métodos de Investigación Educativa. Guía práctica*. CEAC Educación: Barcelona.
- BISQUERRA, R. (Coord.) (2004). *Metodología de la Investigación Educativa*. La Muralla: Madrid.
- BLANCO, R. (1999). La atención a la diversidad en el aula y las adaptaciones del currículo. En A. Marchesi; C. Coll y J. Palacios (compiladores). *Desarrollo psicológico y Educación, III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid, Alianza Editorial.
- BLOOM, B. S. (1964). *Stability and Change in human characteristics*. New York; John Wiley & Sons.
- BOWEN JR, GIBSON FL, HAND PJ. (2002) Educational outcome at 8 years for children who were born extremely prematurely: a controlled study. *J Paediatr Child Health* 38: 438-444
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal care and mental health (Monograph Series, No. 2)*. Ginebra. World Health Organization.
- BOWLBY, J. (1993): *Vínculos afectivos*. Paidós. Barcelona
- BRAZELTON, T.B. (1986). ¿Por qué la intervención precoz?. Siglo Cero 108. noviembre-diciembre.
- BRAZELTON, T.B. Y CRAMER, B.G. (1993): *La Relación Más Temprana. Padres, Bebés y el Drama del Apego Inicial*. Paidós. Barcelona
- BRENNAN, W.(1988). *El currículo para niños con necesidades especiales*. MEC/Siglo XXI. Madrid
- BRESLAU, N. CHILCOTA, H. DELDOTTO, J. ANDRESKI, P. (1996). Low birth weight and neurocognitive status at six years of age. *Biol Psychiatry*, 40: 389:397
- BRICKER, D. (1991). *Educación Temprana de niños en riesgo y disminuidos: de la primera infancia a preescolar*. Trillas. México
- BRITES DE VILA, G. Y MÜLLER, M. (1994). *Manual de Estimulación Temprana*. Bonum. Buenos Aires
- BRITTON, L (2000). *Jugar y aprender. El método Montessori*. Paidós. Barcelona.
- BRUNET, O., LEZINE, I. (1985). *El desarrollo psicológico de la primera infancia. Manual para el seguimiento del desarrollo infantil desde el nacimiento a los dos años*. Visor. Madrid.
- BUENDÍA, L., GONZÁLEZ, D., GUTIÉRREZ, L. y PEGALAJAR, M. (1999). *Modelos de Análisis de la Investigación Educativa*. Ediciones alfar: Sevilla.
- BUGEDA, J: (1974). *Manual de técnicas de investigación social*. IEP. Madrid

- BUGIE, C. (1998).: "Atenció Precoç". Revista de Ciències Socials de la Diputació de Barcelona 13, 72-77.
- BUGIÉ, C. (2002). "Centros de desarrollo infantil y atención temprana". En: *Rev. Neurológica*; 34, (Supl 1). pags 139-143.
- BUNGE, M. (1981). *Teoría y realidad*. Ariel. Barcelona
- C.E.C/J.A.(1994). *Plan de la ordenación de la red de centros. Atención a personas con discapacidad psíquica en Andalucía*. Córdoba: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. FADME.
- CABRERA, C. (1998). *La estimulación precoz*. SXXI. Madrid
- CABRERA, M^a C.; SÁNCHEZ, C. (1987). *La estimulación precoz. Un enfoque práctico*. Madrid; Siglo XXI de España editores. 6^a Edición.
- CALVO, A. Y MARTÍNEZ, A. (1997). *Técnicas y procedimientos para realizar las adaptaciones curriculares*. Escuela Española. Madrid
- CAMPOS, J. Y MESA, C. (1993). Las propuestas de las áreas. El área de identidad y autonomía personal. En. MEDINA RIVILLA, A. (coord.). *La formación del profesorado para una nueva educación infantil*. Cincel. Madrid
- CAMPOS C., J. (2003). Bases Neurológicas. Ponencia, Madrid, Master Atención Temprana, Universidad Complutense de Madrid. (Inédito).
- CANDEL GIL, I.(1998). *Atención Temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales*. Revista Atención Temprana Murcia. Vol. 1 n^o1 pág. 9-15
- CANDEL GIL, I. Dir. (1999). Programa de Atención Temprana. CEPE. Madrid.
- CANO, E. (2003). *Organización, calidad y diversidad*. La Muralla. Madrid
- CANO GONZÁLEZ, R. Coord. (2003). *Bases pedagógicas de la educación especial*. Biblioteca Nueva. Madrid
- CARRINGTON, S. (1999). Inclusion needs a different school culture. *International Journal of Inclusive Education*, 3(3), 257-268.
- CASADO PÉREZ Y PUIG DE LA BELLACASA.-"Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías". INSERSO.
- CASADO, D. (2002). Reforma política de los servicios sociales. CCS. Madrid.
- CASADO, D. (2005). *La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*. Revisado el 2 de noviembre de 2005 desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf
- CASTAÑO, J. (2002). Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. *Revista de Neurología* 34 (supl. 1): 130-135.
- CASTILLEJO (1989). *La atención a la primera infancia*. Santillana. Madrid

- CENTRO NACIONAL DE RECURSOS PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL (1992). *Alumnos con Necesidades Educativas Especiales y Adaptaciones Curriculares*. MEC. Madrid
- CERMI (2004). *Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana para las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI. Revisado el 15 de junio de 2005 desde Internet: <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/33E374D8-460D-4504-B2BE-8FBFFB48C320/1673/maquetabase20290705.pdf>
- COLL, C., PALACIOS, J., Y MARCHESI, A. (1990). *Desarrollo Psicológico y Educación*. Vol. I, II y III. Alianza Editorial. Madrid
- COMUNIDAD DE MADRID, CONSERJERÍA DE EDUCACIÓN (2000). *La Red de Centros Específicos de Educación Infantil de la Comunidad de Madrid: Desarrollo y Proceso*. Madrid: Dirección General de Centros Docentes
- COMUNIDAD DE MADRID (2005). *Plan de Acción para Personas con Discapacidad (2005 – 2008)*.
- COMUNIDAD DE MADRID (2003) *Estudio Demográfico de la CAM. Prevalencia de las limitaciones del desarrollo*. Revisado el 30 de agosto de 2006 desde Internet: <http://paidos.rediris.es/genysi/framinf.htm>
- COMUNIDAD DE MADRID CONSERJERÍA DE EDUCACIÓN (2006) *Consulta de Centros y Servicios Educativos*. Revisado el 18 de julio de 2006 desde Internet: <http://gestiona.madrid.org/catcent/servlet/Servidor?opcion=Entrada>
- COMUNIDAD DE MADRID CONSERJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES (2006) *Centros base*. Revisado el 28 de septiembre de 2006 desde Internet: http://www.madrid.org/cservicios_sociales/dg_serviciossociales/centros_base.ppt
- COMUNIDAD DE MADRID CONSERJERÍA DE EDUCACIÓN (2005) *Organización de la Red pública de Educación Infantil*. Revisado el 18 de diciembre de 2005 desde Internet: http://www.madrid.org/redinfantil/edu_infantil/organizacion_red_inf.html
- COMUNIDAD DE MADRID (2006b) *Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2006*. Revisado el 18 de septiembre de 2006 desde Internet: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/anuario/ianucap05.htm>
- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE LA C.A.M. (1998). *Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana*. Madrid: Consejería de Educación y Cultura de la CAM.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. (2004) - La Situación de las Personas con Discapacidad en España. Madrid: Colección Informes: Informe 4/2003.
- CONSEJO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2006) - Informe sobre la Situación de las Enseñanzas No Universitarias en la Comunidad de Madrid. Curso 2003-2004. Consejería de Educación. CAM.

- CONSEJO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE MADRID.- Publicaciones 2001-2005. Informe sobre la Situación de las Enseñanzas No Universitarias en la Comunidad de Madrid: 2001-2002, 2002-2003. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.
- CONSTANCE, K., DE VRIES, R. (1977). *La teoría de Piaget y la educación preescolar.* Pablo del Río Editor, S.A. Madrid
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978). BOE num. 311, de 29 de diciembre.
- COPEX (1976). *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec.* 2 volúmenes. Québec; Ministère de l'Éducation.
- CORIAT, L. (1974). *Maduración psicomotriz en el primer año del niño.* Emisor. Buenos Aires.
- CORIAT, L. (1977). "Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil". Escritos de la Infancia N° 8, pp. 29 - 37 . Fundación para el Estudio de Problemas de la Infancia. Buenos Aires
- CORIAT, L. y JERUSALINSKY, A.N. (1978) Respuesta a una encuesta de *Siglo Cero*, n° 57, 1978
- CORIAT, E. (1996) *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*, Editorial La campana, La Plata.
- CORIAT, H.L. (1997).: "*Estimulación Temprana: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil*". Escritos de la Infancia 8, 29. Fundación para el Estudio de Problemas de la Infancia, Buenos Aires.
- CRAMER, B. (1982).: "La Psychiatrie du bébé". En: BRAZELTON, T.B., CRAMER, B. KREISLER, B. SCHAPPI, B EY SOULE, M. (1982).: *La dynamique du nourison.* Editores ESF, Paris.
- CUOMO, N. (1994). *La integración escolar: ¿Dificultades de aprendizaje o dificultades de enseñanza?*. Madrid: Visor.
- D'ANGELO MENÉNDEZ, E. (1996): *La intervención psicopedagógica en niños/as con factores de alto riesgo biológico durante su desarrollo centrada en los estilos comportamentales de la familia: un estudio etnográfico en ámbito hospitalario.* Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- DECLARACIÓN DE SALAMANCA (1994). *Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad.* Revisado el 14 de febrero desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec_sal.htm
- DE FRANCISCO RODRÍGUEZ, M.J. (2005). *Bases pedagógicas de la Atención Temprana: la atención a la primera infancia desde un contexto educativo; diseño curricular de la educación infantil.* En GUTIEZ CUEVAS, P. Ed (2005): *Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el*

- desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid. Ed. Complutense. Pp 189-206.
- DE FRANCISCO RODRÍGUEZ, M.J. (2006). *ESCOLARIZACIÓN BASES DE DATOS\2005-2006* Nº de Centros Públicos y Privados. F Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. Manuscrito no publicado.
- DE LA ORDEN HOZ, A. (coord.) (1985). *Investigación educativa. Diccionario Ciencias de la Educación*. Anaya. Madrid
- DE LA TORRE, S.(1993). *Didáctica y currículo: bases y componentes del proceso formativo*. Madrid. Dykinson.
- DE LA TORRE, S.; MEDINA, A.; PÍO GONZÁLEZ SOTO, A. (COORD.) (1995). *Didáctica General: Modelos y estrategias para la intervención social*. Universitas. Madrid
- DEL RIO SADORNIL, D. (2003). *Métodos de investigación en educación. Volumen I. Procesos y diseños no complejos*. UNED. Madrid
- DENO, E. (1973). *Instructional alternatives for exceptional children*. Reston; Council for exceptional children.
- DE VICENTE R., P. (2003). "Los Profesionales de Educación Infantil" En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., *Enciclopedia de Educación Infantil*, Volumen I (693-7145). Aljibe. Madrid
- DE VICENTE, P. (1998). Atención y diversidad. En: MONCLÚS ESTELLA, A. (Coord.). *V Congreso Interuniversitario de organización de Instituciones Educativas*. Libro ponencias. Departamento de Didáctica y Organización Escolar UCM. UNED. Madrid.
- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA DE LA LENGUA (2001). Espasa. Madrid
- DOUSSARD-ROOSEVELT Y COL. (1997). Vagal regulation of Heart rate in the prediction of developmental outcome for very low birth weight preterm infants. *Child Dev.* 68:173-186
- DUEÑAS BUEY, M.L.(1991), "La integración escolar: Aproximación a su teoría y a su práctica". Cuadernos de la UNED. Madrid
- EBIFF PROJECT (2006). *Curriculum for the professional training in Early Childhood Intervention*. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet: http://www.eqm-pd.com/ebiff/download/early_childhood_intervention_draft_curriculum.pdf
- ELÓSEGUI, DE LINARES & CASQUERO (2003). Estudios sobre la necesidad de formación en Atención Temprana. Revista de Atención Temprana, nº4, pp. 6 – 9. Murcia.
- ERICKSON, M. (1992). An analysis of early intervention expenditures in Massachusetts. *American Journal on mental retardation*. 96 (6), 617-629.

- FEAPS (2001). *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana*. FEAPS. Madrid
- FERNÁNDEZ, E., GALLEGO, J. (2003). *Enciclopedia de Educación Infantil*. Ediciones Aljibe. Málaga
- FERNÁNDEZ ALVAREZ, E. (1983): “*El seguimiento del niño de alto riesgo*”. Anuario de Neurología Evolutiva Aspace, 41-65. Guipúzcoa.
- FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, G.(1993). *Teoría y análisis práctico de la integración*. Escuela española. Madrid
- FERRANDEZ, A. (1985). “*Didáctica Especial*”. En VARIOS. Diccionario Enciclopédico. Lábor. Barcelona
- FORNER, A.; LATORRE, A. (1996). *Diccionario terminológico de investigación educativa y psicopedagógica*. EUB. Barcelona
- FOX, D. J. (1981). *El proceso de investigación en educación*. Ediciones Universidad de Navarra: Pampona.
- GAGE, N.L. y BERLINER, D. C.(1984) *Educational Psychology*. Houghton Mifflin Co. Boston
- GALLEGO O., J.L. Y FERNÁNDEZ de H., E. (2003). “*De la Educación Preescolar a la Educación Infantil*”, En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I (27-53). Aljibe. Madrid
- GARANTO, J. (1984). “*Educación Especial*”. En SANVISENS, A.(Dir). *Introducción a la pedagogía*. Barcelona. Barcanova 306-336.
- GARCÍA, M. (1991). *El diseño curricular base de la Educación Infantil*. CECE-ITE. Madrid
- GARCÍA AYMERICH, V. (1987). “*La Atención Precoz en el medio hospitalario*” en *Simposio Iberoamericano de experiencias en estimulación temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 5/1987, pags. 197-211.
- GARCÍA ETCHEGOYEN, E. (1974): *Estimulación precoz. Acción preventiva y remedial*. Instiuto Iteramericano del niño. Montevideo
- GARCÍA ETCHEGOYEN, E. (1974): *Early Intervencion whit de multihandicapped child*. Instituto Interamericano del Niño, Montevideo.
- GARCÍA ETCHEGOYEN, E. (1984): *Intervención temprana*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo.
- GARCÍA HOZ, V. (1960). *Principios de Pedagogía Sistemática*. Rialp. Madrid
- GARCÍA HUERTA, C., CASTILLEJO, J.L. Y COLS. (1989)- *El Currículo en la Escuela Infantil: Diseño, Realización y Control*. Ibérica Grafic. Madrid

- GARCÍA PASTOR, C. (1988) “La educación especial como disciplina de las ciencias de la educación: Situación actual Y apuntes para el futuro”. En: ICE (ED) *Teoría y practica de la Educación Especial*. Palma de Mallorca. ICE de la Universidad de las Islas Baleares.
- GARCÍA PASTOR, C. (1992). “*La investigación sobre integración*”. “Tópicos, aproximaciones y procedimientos”. Amarú. Salamanca
- GARCÍA PASTOR, C. (1995), “*Una escuela común para niños diferentes. La integración escolar*”. EUB. Barcelona
- GARCÍA PASTOR, C. (1995). “*Una escuela común para niños diferentes*”. “*La integración escolar*”. EUB. 2ª Edición revisada y actualizada. Barcelona
- GARCÍA PASTOR, C. (1999): Diversidad e inclusión. En A. Sánchez y otros (Coords.): *Los desafíos de la Educación Especial en el umbral del Siglo XXI* (pp. 11-29). Almería: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- GARCÍA-SÁNCHEZ, F.A., CASTELLANOS, P. Y MENDIETA, P. (1998):. “*Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral*”. *Revista de Atención Temprana* 1 (2), 57-62.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. *Bordón*, 54 (1), pp. 39 – 52.
- GARDNER, L.I.; HOLLOWELL, J.G. (1972). Citado en SALVADOR, J. *La estimulación precoz en la educación especial*. (1987). Barcelona; pag. 48.
- GAYARRE, C. (1970). “Los padres de retrasados mentales, ¿necesitan ayuda? ¿Pueden prestarla?”, Secretariado de Educación Especial de la Comisión Especial de Enseñanza, *Deficiencia mental, cuestión urgente*, Euramérica, Madrid.
- GENTO, S. (2003). La Investigación en Educación Especial. En S. Gento (coord.), *Educación Especial* (pp. 545 – 659). Sanz y Torres, S. L. Madrid
- GINÉ, C (1987). “El retraso en el desarrollo: Una respuesta educativa”. *Infancia y Aprendizaje*, 39, 40, 83-94.
- GONZÁLEZ MÁZ, R. (1970). “Fundamentación neurofisiológica de una nueva metódica rehabilitativa del deficiente mental”, en *Revista Iberoamericana de Rehabilitación*, 2.
- GONZÁLEZ MÁZ, R., DE LA FUENTE GONZÁLEZ, M. (1972). “Sobre una nueva metodología en el adiestramiento y maduración de los deficientes mentales”, *Revista de Sanidad Militar*, 11.
- GONZÁLEZ MAS, R. (1977). Estimulación sensoriomotriz precoz. SIIS. San Sebastián.
- GONZÁLEZ, E. Y ANDRÉS TRIPERO, T. (1996). *Necesidades educativas especiales: interacción psicoeducativa*. CCS. Madrid

- GRAU RUBIO, C. (1998). *Educación Especial. De la integración escolar a la Escuela Inclusiva*. Promolibro. Valencia
- GRAU RUBIO, C. Cood. (2005): *Educación especial: orientaciones prácticas*. Aljibe. Málaga
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000):. *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (G.A.T.) - (2004) - Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato Sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- GRUPO EURLY AID (1991):. *Atención precoz para niños que presenten trastornos del desarrollo*. Manifiesto del Grupo Eurlyaaid para una política futura de la Comunidad Europea. Elsemborn (Bélgica).
- GRUPO PADI (1996). *Documento sobre Criterios de calidad en Atención Temprana*. Revisado el 25 de enero de 2005 desde Internet: <http://paidos.rediris.es/genysi/modulos.htm>
- GRUPO PADI (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Genysi. Madrid
- GUERRA GALLEGO, R. (1996): *Riesgo de deficiencias en la infancia: Estudio epidemiológico, prospectivo y plan de seguimiento basado en tarjeta óptica*. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- GUERRERO LÓPEZ, J.F. (1991). *Introducción a la investigación etnográfica en Educación Especial*. Amarú. Salamanca
- GURALNICK, M.J. (1997):. *The effectiveness of early intervention*. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore.
- GURALNICK, M. J., BENNETT, F. (1989). “Marco para una intervención precoz”, En M. Guralnic, y F. Bennett, Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo (3-33). Madrid: Ministerio de Servicios Sociales.
- GURALNICK, M. J., BENNETT, F. (1989). “Eficacia de una intervención precoz en niños con mayor riesgo biológico”, En M. Guralnic, y F. Bennett, Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo (95-138). Ministerio de Servicios Sociales. Madrid
- GURALNICK, M. J. (Ed.). (2005). A developmental systems approach to early intervention. Brookes. Baltimore.
- GÚTIEZ CUEVAS, P. (1990). *Proyecto Docente*. Universidad Complutense. Madrid.

- GÚTIEZ, P. (1990). *Programa de Doctorado: La Atención Temprana y su conexión con la Educación Infantil*. Manuscrito no publicado. Facultad de Educación, UCM.
- GÚTIEZ CUEVAS, P; SAENZ-RICO DE SANTIAGO, B. Y VALLE TRAPERO, M. (1993). "Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas". En: *Revista Complutense de Educación*. Vol. 4 (2). Pags 113-129.
- GÚTIEZ CUEVAS, P. (1995). *La Educación infantil: modelos de atención a la infancia*. *Revista Complutense de Educación*, Vol. 6 (1) pags. 101-113
- GÚTIEZ CUEVAS, P. (1998). "Organización educativa: atención a la diversidad". En: MONCLÚS ESTELLA, A. (Coord.). *V Congreso Interuniversitario de organización de Instituciones Educativas*. Libro ponencias. Departamento de Didáctica y Organización Escolar UCM. UNED. Madrid.
- GÚTIEZ CUEVAS, P. (2000). "Transparencias del curso de doctorado". *Intervención Temprana y su conexión con la escuela Infantil*. UCM. Madrid.
- GÚTIEZ CUEVAS, P. (2001). "Programas de cooperación internacional para necesidades educativas". En: MONCLÚS ESTELLA, A. (COORD.). *Educación para el desarrollo y cooperación internacional*. Madrid. Ed. Complutense. Pags. 257-306.
- GÚTIEZ, P. (2002). *La Atención Temprana en España: necesidades de formación de los profesionales*. XI Jornada de Universidad y Educación Especial, pp. 327 – 335, Palma de Mallorca.
- GÚTIEZ, P. (2003). Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. En S. Gento, (coord.), *Educación Especial* (pp. 7 – 84). Sanz y Torres, S. L. Madrid
- GÚTIEZ, P. (2004) "PROYECTO DE TECCIÓ, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN TEMPRANA EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO" en el II Congreso Internacional de Atención Temprana, en Santiago de Compostela
- GÚTIEZ CUEVAS, P. (Editora) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0 – 6)*. Editorial Complutense: Madrid.
- HALL, A. MCLEOD, A. COUNSELL, C. THOMSON, L. ET AL. (1995). School attainment, cognitive ability and motor function in a tota Scottish very low birth weight population at eight years. A controlled study. *Dev Med Child Neurol*, 37: 1037-1050
- HARLOW, H.F.; HARLOW, H.R. (1962, 1975). *Privación social en los monos*. En *Psicología Contemporánea*. Blume. Barcelona.
- HEBB, D. O. (1949). *The organization of behavior*. Wiley. New York

- HEGARTY, S. (1994). "Educación de niños y jóvenes con discapacidades". "Principios y práctica". UNESCO.
- HERNÁNDEZ, N. SALAS, S. GARCÍA ALIZ, A. ROCHE, C. PÉREZ RODRÍGUEZ, J. OMEÑACA, F. Y QUERO, J. (2005). Morbilidad a los dos años de edad en niños con un peso al nacimiento menor de 1.500 g. *Anales de Pediatría (Barc)* 62 (4):320-7
- HEWARD, W. (1997). *Niños excepcionales: una introducción a la educación especial*. Prentice Hall. Madrid.
- HOROWITZ, F.D. (1980). "Intervention and its effects on early development: GAT model of development is appropriate?". En R.R. TURNER & H.W. REESE (EDS.), *Life-span developmental psychology: Intervention* (pp. 235-248). Academic Press. New York.
- HUNT, J.M. (1961). *Intelligence and Experiencie*. Ronald Press. New York.
- HUNT, J.M. (1976). "Environmental programming to foster competence and prevent mental retardation in infancy". En R.N. WALSH & W.T. GREENOUGH (Eds.), *Enviroments as therapy for brain dysfunction* (pp. 201-255). Plenum Press. New York
- HURTADO, F. (1993). Estimulación temprana y síndrome Down. Promolibro. Valencia.
- ILLÁN, N. (1996).- La evolución histórica de la educación especial. Antecedentes y situación actual, en *Didáctica y organización en educación especial*. Málaga: Aljibe
- ILLINGWORTH, R. S. (1983). *El desarrollo infantil en sus primeras etapas: normal y patológico*. Editorial Médica y Técnica. Barcelona.
- INE (2000). *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Avance de resultados*. Datos básicos. Madrid. Puede accederse a un informe de los resultados a través de Internet, en <http://www.ine.es/discapa/discapamenu.htm>
- INE (2005) - *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Revisado el 2 de febrero de 2005 desde Internet: <http://sid.usal.es/estadisticas.asp>
- INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (2000) - Base de Datos estatal de Personas con Discapacidad: Madrid
- INSERSO (1980). *Servicios de Atención Precoz. Primer Documento Base*. Documento interno del INSERSO. Madrid
- INSERSO (1982). *Circular 8/1/82 de Organización y funcionamiento de los Centros base*. Documento interno del INSERSO. Madrid
- INSERSO (1983). *Diez años del Servicio Social de Minusválidos (1972 – 1982)*. INSERSO. Madrid

- INSERSO (1986). *La Atención Precoz en los Centros base del INSERSO*. Documento interno del servicio de valoración y recuperación del INSERSO. Madrid
- INSERSO. Memorias de actividad de los años 1980, 1981, 1982 y 1984. INSERSO. Madrid
- INSERSO (1996). *Plan de Acción para las personas con Discapacidad (1997 – 2002)*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid
- INSERSO (1980). *Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Físicos y Psíquicos*. INSERSO. Madrid
- INSERSO (1981). *Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales*. INSERSO. Madrid
- IRIBARREN RODRÍGUEZ, J. (1995). “Carmen Gayarre Galvete, Premio Reina Sofía de Rehabilitación e Integración”, *Boletín del Real Patronato*, nº 32.
- JIMÉNEZ LARA, A. (2003) - La Discapacidad en Cifras. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y servicios Sociales. Observatorio de la Discapacidad.
- JERUSALINSKY, A.: “*Bases neuropsicológicas de la estimulación temprana*”. Revista Escritos de Infancia 8, 65-70.
- KATONA, F. (1982): Manual de prevención, diagnóstico y rehabilitación precoz de los daños cerebrales. IAMER. Madrid
- KENNETHY T.S., CORNWELL J., RIDENER GOTTWALD (1997). *Contexts of Early Intervention*. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore.
- KERLINGER, F. N. (1975). *Investigación del comportamiento*. Interamericana. México
- KERLINGER, F. N. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. Interamericana. México.
- LAGUÍA, M.J. Y VIDAL, C. (2001, 7ª Edición). *Rincones de actividad en la escuela infantil (0 a 6 años)*. Editorial Graó. Barcelona
- LAMORAL, P. (1996). *HELIOS II: Guía europea de buena práctica: hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- LANDRY, S.H. DENSON, S.E. SWANK, P.R.(1997). Effects of medical risk and socioeconomic status on the rate of change in cognitive and social development for low weight children. *J. Clin. Exp Neuropsychol*, 19: 261-274
- LATORRE, A., DEL RINCÓN, D. Y ARNAL, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Jordi Hurtado Mompeó-Editor. Barcelona

- LEBRERO B., MA. PAZ (2002). *Estudio II Diagnóstico de los Centros Infantiles en las CC.AA. de España*. Editorial Dykinson, S.L. Madrid
- LEBRERO BAENA, M. P. (Dir.) (1993). *Especialización del profesorado de Educación Infantil (0-6 años)*. Colección Unidades Didácticas. UNED. Madrid
- LEÓN GUERRERO, M. J. (1986). "La integración escolar, punto de reflexión." *Rev. Ciencias de la educación*, 181, 65-67.
- LEVINE, S. (1960). Citado en SALVADOR, J. *La estimulación precoz en la educación especial*. (1987). Barcelona; pag. 49.
- Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad.
- LEY 13/1982, DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE MINUSVÁLIDOS (LISMI). BOE 30 de abril de 1982.
- Ley General de Educación (1970). MEC.
- LEY ORGÁNICA 1/90 DE ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO. (LOGSE).MEC, 3 de octubre de 1990.
- LÓPEZ CANO, J. (1978). *Método e hipótesis científico*. Trillas. México
- LÓPEZ MELERO, M (1990). *La integración escolar, otra cultura*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Ciencia, Delegación Provincial.
- LÓPEZ MELERO, M. (1990). "La integración escolar, otra cultura". Cuadernos Puerta Nueva. Málaga
- LÓPEZ TORRIJO, M. (1999) *Textos para una historia de la Educación Especial*. Tirant lo blanch. Valencia
- LORENTZ JM. (2001) The outcome of extreme prematurity. *Semin Perinatol* 25: 348-359
- LUDIGTON-HOE, S. et al.(1995). *Como despertar la inteligencia de su bebé*. Medici. Barcelona
- LURIA, A.R. (1975). *El cerebro en acción*. Fontanella. Barcelona
- MARCHESI, A. (1988). "Prólogo a la edición española". En HEGARTY, S.; HODGSON, A. y CLUNIES ROSS (Eds.). *Aprender juntos: La integración escolar*. Morata, 9-13. Madrid
- MARCHESI, A. y MARTÍN, E. (1990). "Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas especiales". En MARCHESI, A.; COLL, C. y PALACIOS, J. (comp.). *Desarrollo Psicológico y Educación III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Alianza, 15-33. Madrid
- MARTINEZ S., A. (1889). "Organización del Aula", En Castillejo Brull, J.L., Cervera, J., Fernández March, A., Ferrández, A., Gairín Sallán, J., García

- Huerta, L., Guzmán, P., Maiques March, J., Martínez, A., Martínez, M.E., Ortega, M.J., Pont i Barceló, E., Prieto García-Túñon, M.A., Ramírez, J., Sanuy, C., Sanuy, M., Sorribes, M., Terradellas, R., Zabala, J., El Currículo en la escuela infantil. (131-157). Santillana. Madrid
- MARTÍNEZ-BERMEJO A. (2003) *Diagnóstico e intervención de los factores neonatológicos de riesgo causantes de discapacidad*. Rev Neurol 36 (Supl 1): S117-122
- MAYOR SÁNCHEZ, J. (Dir.) (1988). *Manual de educación especial*. Anaya. Madrid
- MAZER,P. Y STOLERU,S. (1990). *Psicopatología de la primera infancia*. Masson. Barcelona
- MCBRIDE MC, LAROIA N, GUILLET R. (2000) *Electrographic seizures in neonates correlate with poor neurodevelopmental outcome*. Neurology 55: 506-513
- MCCONACHIE, H., SMYTH, D., BAX, M. (1997). "Services for Children with Disabilities in the European Countries". Developmental Medicine and Child Neurology. Supplement nº 76. October.
- MCGUIGAN, F.J. (1983). *Psicología experimental: Enfoque metodológico*. Trillas. México
- McMILLAN J. & SCHUMACHER, S. (2005). *Investigación Educativa*. Pearson Educación: Madrid.
- MEDINA RIVILLA, A. (coord.) (1987). *Como globalizar la enseñanza en los primeros años de escolaridad*. Madrid; Cincel.
- MEDINA RIVILLA, A. (coord.) (1989). *Como globalizar la enseñanza en los primeros años de escolaridad*. Madrid; Cincel.
- MEDINA, A. y SEVILLANO, M.L. (Coords.). (1990). *Didáctica Adaptación*. Madrid: UNED.
- MEDINA RIVILLA, A. (coord.) (1993). *La formación del profesorado para una nueva educación infantil*. Madrid; Cincel.
- MEDINA, A. y GENTO, S. (1996) (Coords.). *Organización pedagógica del nuevo centro educativo*. Madrid: UNED.
- MENDIETA, P. y GARCÍA-SÁNCHEZ, F.A. (1998). "Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios". Siglo Cero 29 (4), pp. 11-22.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE (2002). El Sistema Educativo Español. Edita, Secretaría General Técnica. Madrid
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. (1992). Orientaciones Didácticas de Infantil. MEC. Madrid

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. (1992). Proyecto Curricular de Infantil. MEC. Madrid
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA – OFICINA DE ESTADÍSTICA (2006)- *Las Cifras de la Educación en España* Revisado el 25 de enero de 2005 desde Internet: http://www.mec.es/mecd/estadisticas/educativas/cee/2006/D6-Nec_Educ_Especiales.pdf
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (1994)- *La Educación Especial en el marco de la LOGSE. MEC-NCREE*. Revisado el 25 de enero de 2005 desde Internet: http://www.mec.es/mecd/estadisticas/educativas/cee/Datos_cifras_2005-06.pdf
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2005) – *Datos y Cifras. Curso Escolar 2005-2006. Secretaría General Técnica. Oficina de Estadística*. Revisado el 25 de enero de 2005 desde Internet: http://www.mec.es/mecd/estadisticas/educativas/dcce/Datos_Cifras_2005-06.pdf
- MEDINA RIVILLA, A. (coord.) (1987). *Como globalizar la enseñanza en los primeros años de escolaridad*. Madrid; Cincel.
- MEDINA RIVILLA, A. (coord.) (1989). *Como globalizar la enseñanza en los primeros años de escolaridad*. Cincel. Madrid
- MEDINA, A. y SEVILLANO, M.L. (Coords.). (1990). *“Didáctica Adaptación”*. UNED. Madrid
- MEDINA RIVILLA, A. (coord.) (1993). *La formación del profesorado para una nueva educación infantil*. Cincel. Madrid
- MEDINA, A. y GENTO, S. (1996) (Coords.). *“Organización pedagógica del nuevo centro educativo”*. UNED. Madrid
- MENDIETA, P. y GARCÍA-SÁNCHEZ, F.A. (1998).: *“Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios”*. Siglo Cero 29 (4), 11-22. 116
- MESSENGER, D. DOLCOURT, J. KING, J. BODNAR, A. ET AL (1996). The survival and developmental outcome of extremely low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal* 17; 375-385.
- MILLA ROMERO, M. G.; MULAS, F. (2002). “Diagnóstico interdisciplinar en atención temprana”. En: *Rev. Neurológica*; 34, (Supl 1). pags 139-143.
- MOLINA GARCÍA, S. (1986). “Sentido y límites de la pedagogía terapéutica”. En MOLINA, S. y GÓMEZ TOLÓN, P. (Eds.). *Enciclopedia Temática de la Educación Especial*. CEPE. Madrid

- MOLINA GARCÍA, S. (1997) “*Panorama general europeo de la integración en la escuela ordinaria de los niños discapacitados.*” Revista interuniversitaria de formación del profesorado, (28). 67-81.
- MOLINA, Y., MATEO, M.D., RONQUILLO, A., PARDO, R., REBOLLO, J., MÁRQUEZ, A. Y RAMOS, I. (1996): “*Influencia del riesgo sociofamiliar en el seguimiento neuroevolutivo de recién nacidos de alto riesgo neurológico pre-perinatal.*” Rev. Neurol, (24). 1148-1149.
- MOLINA. S. (1994). *Deficiencia mental: aspectos psicoevolutivos y educativos.* Algibe. Málaga
- MOLINA R., E. (2003). “*La Organización de la Escuela Infantil*” En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I (647-670). Aljibe. Madrid
- MOLINUEVO, J., GÚTIEZ, P., VALLE, M., ARIZCUN, J. (2000). *Seguimiento de un grupo de niños con HIV en los dos primeros años de vida.* Revista de Atención Temprana V. III, nº 1, pags. 18-26.
- MOLL F., B. (1989). “*La Educación Infantil*” En J.M. Aceña, N. Alzola, C. Angel, P. Calzada, M.A. Cardona, R. Carrió, E. Casademont, M. Correig, M.T. Malagarriaga, B. Moll, C. Navarro, J.J. Otaño, M.L. Pérez, M.A. Pujol, M. Sauquillo, E. Sugrañes, C. de la Torre, M. Velásquez, La Escuela Infantil de 0 a 6 años (6-26). Grupo Anaya, S.A. Madrid
- MOLL F., B. y PUJOL M., M.A. (1989). “*Organización de la Escuela Infantil*” En J.M. Aceña, N. Alzola, C. Angel, P. Calzada, M.A. Cardona, R. Carrió, E. Casademont, M. Correig, M.T. Malagarriaga, B. Moll, C. Navarro, J.J. Otaño, M.L. Pérez, M.A. Pujol, M. Sauquillo, E. Sugrañes, C. de la Torre, M. Velásquez, La Escuela Infantil de 0 a 6 años (419-449). Anaya. Madrid
- MONCLÚS ESTELLA, A. (1990). *Educación de adultos. Fondo de Cultura Económica.* Colección Paideia. Madrid.
- MONCLÚS, A. (1995). *Utopía, Educación permanente y Didáctica.* Parteluz. Madrid
- MONCLÚS, A. Y SABÁN, C. (1997). *La escuela global.* FCE/UNESCO. Madrid/París
- MONCLÚS ESTELLA, A. (Coord.) (2001). *Educación para el desarrollo y cooperación internacional.* Ed. Complutense. Madrid
- MONEREO, C. (1988). “Estrategias de intervención para la modificación de actitudes hacia la integración escolar”. En AAVV. “*Áreas de intervención del psicólogo de la educación en la integración escolar.*” Universidad de Barcelona, 37-82. Barcelona
- MONSET-COCHARD M, DE BETHMANN O, KASTLER B. (2002) Mid and long-term outcome of 166 premature infants weighing less than 1000g at birth, all small for gestational age. Biol. Neonate 81: 244-254

- MONTERO, C. (1988). "Sistemas y modelos de educación especial". En MAYOR, J. (Dir.). *Manual de Educación Especial*. Anaya, 35-36. Madrid
- MONTULET, I. (1993). *L'Atenció Precoç a la Unió Europea. Atenció Precoç. 3º Jornades*. Decembre 2-3. Barcelona.
- MORA, F.; SANGUINETTI, M. (1994). Diccionario de neurociencias. Alianza Editorial. Madrid
- MORALES, P. (1988). *Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos*. Ttartalo. San Sebastián
- MOTOS, J., GARCÍA-SÁNCHEZ, F.A., CHECA, F.J. Y COLS. (1999). "Líneas de actuación y perspectivas de futuro de la Atención Temprana en la Región de Murcia". *Revista de Atención Temprana* 2 (1), 3-10.
- MSALL ME, TREMONT MR. (2002) Measuring functional outcomes after prematurity: developmental impact of very low birth weight and extremely low birth weight status on childhood disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 8: 258-272
- MULAS, F. (1993). *Evolución neuro-psicológica a largo plazo en la edad escolar de los recién nacidos con peso al nacimiento inferior a los 1.000 gramos*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Valencia
- MULAS, F.; MORANT, A.; ROSELLÓ, B.; SORIANO, M.; IGUAL, A. (1998). Factores de riesgo de las dificultades en el aprendizaje. *Revista Neurol.* 27 (156): 274-279
- MULAS D., F. Y HERNÁNDEZ M., S. (2004), "*Bases neurobiológicas de la atención temprana*" En Pérez-López, J. y Brito, A., *Manual de la Atención Temprana* (45-55). Ediciones Pirámide. Madrid
- MUSSEN, P.H., CONGER, J.J., KAGAN, J. (1983). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Trillas 2ª Edición. México
- NARBERHAUS, A. Y SEGARRA, D. (2004): Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. *Rev. Anales de psicología*, vol. 20, nº2.
- NEIL, D. M. DIETER, D. MELANIE, A. BRACEWELL, M.D. Y MUTHANNA, M. (2005). Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *The New England Journal of medicine* 352;1. 9-18
- NIETO C., J.M. (1996). "*Apoyo Educativo a los Centros Escolares y Necesidades Especiales*", En N. Illán R., P. Arnaiz S., J.M. Escudero M., M.T. González G., J.M. Nieto C., *Didáctica y organización en Educación Especial* (109-158). Ediciones Aljibe. Málaga
- NIRJE, B. (1969). "The normalization principle and its human management implications". En KUGEL, R. Y WOLFENBERGER, W. (Eds.). "*Changing Patterns in residential services for the mentally retarded*". President Committee on Mental Retardation. Washington

- NORWICH, B. (1990). "Decision.making about special educational needs". En P. EVANS y V. VARMA (Eds.). *Special Education: Past, present and future*. The Falmer Press. London
- NUGENT, J.K. y BRAZELTON, T.B. (1989). "Preventive intervention with infants and families:The NBAS Model. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 10, No. 2, 84-97.
- OCDE (1994). *The integration of disabled children into mainstream education: Ambitions, theories and practices*. París.
- ORTEGA, M. (1990). *La Escuela infantil, 3-6 años*. Madrid: Escuela Española.
- ORTEGA L., M.J. (1993). *Una Experiencia Curricular en Educación Infantil*. Editorial Escuela Española. Madrid
- ORTIZ GONZÁLEZ, C. (1986). *Orientación en la Educación Especial: Modelos de integración*. *Studia Pedagógica*, 17-18, 173-188.
- ORTIZ GONZÁLEZ, C. (1988). *Pedagogía Terapéutica, Educación Especial*. Amarú. Salamanca
- ORTIZ, C. (1996). *De las necesidades educativas especiales a la inclusión*. *Siglo Cero*, 27(2), 5-13.
- PADILLA GÓNGORA, D. Y SÁNCHEZ-LÓPEZ, P. (2001). Bases psicológicas de la educación especial. Grupo Editorial Universitario. Almería.
- PALACIOS, J. (1999).- *La educación especial en España desde sus inicios hasta la Ley General de Educación*, en González.- Necesidades educativas especiales. CCS. Madrid
- PALLÁS ALONSO, C., CRUZ BÉRTOLO, J. Y MEDINA LÓPEZ, M.C. (2000): *Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto*. Madrid. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. DOCUMENTOS 56/2000.
- PARRILLA, A. (1992a). *La integración escolar como experiencia institucional*. GID. Sevilla
- PARRILLA, A. (1992b). *El profesor ante la integración escolar: Investigación y formación*. Cincel. Madrid
- PARRILLA, A.(1996). *Atención a la diversidad. Una experiencia de apoyo colaborativo interprofesional* . *Escuela en acción*, Vol. IV, 28-34.
- PEGENAUTE L., F. (2003), "Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana". *Minusval*, número especial, 2003, pp. 63-66.
- PELEGRINA L., S. Y GARCÍA L., M.C. (2003). "Teoría Socia – Histórica de Vygotsky" En J.L. Gallego O. E. y Fernández de H., *Enciclopedia de Educación Infantil*, Volumen I (179-201). Aljibe. Madrid

- PERALTA LÓPEZ, F. (2001). La inclusión: ¿Una alternativa al modelo de escuela integradora y comprensiva en España? *Revista de Ciencias de la Educación*, 186, 183-196.
- PEREZ B., M.L. Y CALZADA S., P. (1989). "El Profesor" En J.M. Aceña, N. Alzola, C. Angel, P. Calzada, M.A. Cardona, R. Carrió, E. Casademont, M. Correig, M.T. Malagariaga, B. Moll, C. Navarro, J.J. Otaño, M.L. Pérez, M.A. Pujol, M. Sauquillo, E. Sugrañes, C. de la Torre, M. Velásquez, *La Escuela Infantil de 0 a 6 años* (116-132). Anaya. Madrid
- PÉREZ – LÓPEZ, J. y BRITO DE LA NUEZ, A. (Coords.) (2004). *Manual de Atención Temprana*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- PÉREZ LL., M.T., ORTIZ G., M.D., SORIANO N., G., COLL P., M. (1988), "La Escuela Infantil abierta a la diversidad". *Servicios Sociales y Política Social*, No 11-12, 1988, pp. 110-116.
- PETERANDER, F. (1999). *El futuro de la intervención temprana: calidad y profesionalidad*. IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias: Madrid. Revisado el 15 de marzo del 2006 desde Internet:
<http://paidos.rediris.es/genysi/framjor.htm>
- PONTE J. y BALADO, X. (1997). "Ritos de Paso. Apuntes para otro modelo de atención temprana". *Cultura y Educación* 5, 119-132.
- PONTE MITTELBRUN, J. (2003) - "La Atención Temprana en el ámbito de los Servicios Sociales". *Revista Minusval*. Monográfico sobre Atención Temprana. Marzo de 2003: 55-57.
- POLAINO-LORENTE, A. (Dir.) (1991). *Educación Especial Personalizada*. Rialp. Madrid
- PONTE, J. (2003). *Legislación y Atención Temprana. Nota sobre aspectos Sociosanitarios*. Revisado el 29 de agosto de 2006 desde Internet:
<http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/LegAtTemp.doc>
- PONTE, J., CARDAMA, J. (2004). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. IMSERSO. Madrid
- POPPER, K.R. (1977). *Búsqueda sin término: una autobiografía intelectual*. Trillas. México
- POPPER, K.R. (1988). *Conocimiento objetivo*. Tecnos. Madrid
- PORTELLANO, J.A. y col (1997).- *Prevención Primaria del Fracaso Escolar: El cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN). Un estudio experimental*. *Psicología Educativa*, vol.3 nº1 (pp:89-99)
- PRIETO, J y AROCAS, E. (1999).- *El desarrollo de los niños con necesidades educativas especiales*. Promolibro. Valencia
- PRUISEN, C. (2002). *Como iniciar y administrar un Jardín Infantil*. Editorial Norma. Colombia

- PURAS TELLAECHÉ, S. (2005). *El tratamiento del niño de alto riesgo*. En GUTIEZ CUEVAS, P. Ed (2005): *Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid. Ed. Complutense. Pp 373-375.
- RAMÍREZ CABAÑAS, JFJ (1992) *Como potenciar las capacidades de nuestro hijo recién nacido*. CEPE. Madrid
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. España; Espasa. Madrid
- REAL DECRETO 299/1996, de 28 de febrero. MEC
- REAL DECRETO 383/84, de 1 de febrero. MAS.
- REAL DECRETO 696/95, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. MEC
- REAL DECRETO DE ORDENACIÓN DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL 334/1985, 6 de Marzo. B.O.E. 16-3-1985
- REAL PATRONATO DE EDUCACIÓN Y ATENCIÓN A DEFICIENTES (1979). *Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid.
- REAL PATRONATO DE EDUCACIÓN Y DE ATENCIÓN A DEFICIENTES (1982). *Plan Nacional de Educación Especial*, Centro de Información sobre Deficiencias, Madrid.
- REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD (2001). *Memoria del Real Patronato (1976 – 2001)*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Revisado el 16 de mayo de 2005 desde Internet: <http://www.rpd.es/documentos/Memo25a.pdf>
- RENFREW, L. (1999). *María Eloisa García Etchegoyhen de Lorenzo. Una biografía profesional*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.
- RETORTILLO, F. (1989). *Repercusiones del bajo peso de nacimiento en el desarrollo a los seis años de edad*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid
- RETORTILLO, F. & PUERTA, E (2004). *Marco normativo de las Necesidades Educativas Especiales en Edades Tempranas*. Revisado el 29 de agosto de 2006 desde Internet: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Marco_Normativo_Nee_Ed_Temp.pdf
- RODRÍGUEZ C., M. (2004). *Materiales y Recursos en Educación Infantil*. Ideas Propias Editorial. Madrid
- RODRÍGUEZ F., A. (2003). "La Educación Infantil en el Sistema Educativo" En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., *Enciclopedia de Educación Infantil*, Volumen I (447-465). Aljibe. Madrid

- RODRÍGUEZ S., R. Y CALVO DE M., J. (2003). "La Organización del Aula" En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I (673-690). Aljibe. Madrid
- ROJAS B., C. Y MORENO R., S. (2003). "Teorías Cognitivas del Aprendizaje" En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I (131-154). Aljibe. Madrid
- ROSS, G. LIPPER, E. AULD, P. (1996). Cognitive abilities and early precursors of learning disabilities in very low-birthweight children with normal intelligence and normal neurological status. *Intelligence* 19: 563-580.
- RUEDA, A. (1991). "Familia y etapa escolar: trece años de una historia apenas comenzada". En FLÓREZ, J. y TRONCOSO, M. V. *Síndrome de Down y Educación*. Salvat. Barcelona
- RUIZ EXTREMERA, A., ROBLES, C., OCETE, E. Y COLS. (1997).: "Atención y seguimiento a recién nacidos con problemas en el periodo neonatal". *Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud*, 91-122, *Consejería de Salud. Junta de Andalucía*.
- RUIZ EXTREMERA, A., ROBLES, C. (2004). *Niños de Riesgo: Programas de atención temprana*. Norma-Capitel. Madrid.
- RUIZ VEERMAN, E. (2005). *La relación entre Educación Infantil y la Atención Temprana. Trabajo de doctorado. Trabajo de Doctorado*. Facultad de Educación, UCM. Manuscrito no publicado.
- SADURNÍ BRUGUÉ, M. Coord. (2003): *El desarrollo de los niños, paso a paso*. UOC. Barcelona
- SAENZ-RICO DE SANTIAGO, B. (1995): *La familia y su eficacia en los programas de intervención temprana con niños considerados de alto riesgo biológico*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- SAENZ-RICO DE SANTIAGO, B. (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.
- SAIGAL, S. (1995). Long-term outcome of very low birth infants: Kindergarten and beyond development. *Brain Dysfunction*, 8:109-118.
- SALVADOR M., F. (2003). "La Ecuación Infantil en el ámbito del conocimiento pedagógico" En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I (55-77). Aljibe. Madrid.
- SALVADOR MATA, F. (1994). "Dificultades de aprendizaje. Un enfoque didáctico". En TORRES GONZÁLEZ, J.A. (Coord.) *La innovación de la Educación Especial. Actas de las XIV Jornadas Nacionales de Universidad y Educación Especial*. Jaén; Servicio de Publicaciones de la Universidad de Jaén.

- SAMEROFF, A.J.; CHANDLER, M.J. (1975) Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. En *Review of Child Development Research*, Vol. 4. Chicago: University of Chicago Press.
- SÁNCHEZ ASÍN, A. (1993). *Necesidades educativas e intervención psicopedagógica*. PPU. Barcelona.
- SÁNCHEZ ASÍN, A. (1997). *Atención temprana*. Cedecs. Barcelona.
- SÁNCHEZ HÍPOLA, P. (1996). *Proyecto Docente*. Inédito. Universidad Complutense de Madrid.
- SÁNCHEZ MANZANO, E. (1992). *Introducción a la Educación Especial*. Editorial Complutense. Madrid.
- SÁNCHEZ MANZANO, E. (1993). *Psicopedagogía y educación especial*. Editorial Complutense. Madrid.
- SÁNCHEZ PALOMINO, A. y TORRES GONZÁLEZ, J.A (Coords.) (1997). *Educación Especial I: Perspectiva curricular, organizativa y profesional*. Pirámide. Madrid.
- SÁNCHEZ PALOMINO, A. Y TORRES GONZÁLEZ, J.A. (Coords.)(1997). *Educación especial II: Ámbitos específicos de intervención*. Pirámide. Madrid.
- SÁNCHEZ SÁINZ , M. (1999) *Intervención temprana en el medio comunicativo-lingüístico con sujetos en situaciones de riesgo ambiental*. Madrid. U.C.M. (Tesis Doctoral)
- SÁNCHEZ SÁINZ , M. (2000) *Apuntes de Clase: Intervención Temprana*. Centro Universitario Villanueva, adscrito a la UCM. Manuscrito no publicado.
- SÁNCHEZ, A. (1999) *La educación temprana de 0 a 3 años*. Palabra. Madrid.
- SANSALVADOR, J. (1998) *Estimulación precoz*. CEAC. Barcelona
- SARTO, P. (1997). "Aproximación social a la deficiencia, discapacidad y minusvalía". En TORRES GONZÁLEZ, J.A. (coord..)(1997). *La innovación de la Educación Especial*. Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Jaén.
- SANZ DEL RÍO, S. (1995). *Integración de alumnos con necesidades educativas especiales: panorama internacional*. Real Patronato de Prevención Y Atención a personas con minusvalía. Madrid.
- SCHRAEDER, B.D. RAPPAPORT, J. COURTWRIGHT, L. (1987). Preschool development of very low birthweight infants. *Image. J Nursing-Schoolship* 19:174-178
- SEGURA C., C. (1994). *La respuesta de la escuela infantil a los niños con necesidades educativas especiales, en Asociación para el Síndrome de*

- Down*, El futuro empieza hoy: I Jornadas sobre Síndrome de Down (113-124). Ediciones Pirámide. Madrid.
- SIERRA BRAVO, R. (1988). *Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicios*. Paraninfo. Madrid.
- SIIS. (1999). *Legislación relativa a la política para la discapacidad*. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 51/1999.
- SILVA, S. (2004). *Atención a la Diversidad en Educación Infantil*. Necesidades educativas: Guía de actuación para docentes. Ed. IdeasPropias. Vigo.
- SORIANO, V. (1998). *Intervención Temprana en Europa: tendencias en 17 países europeos*. Madrid. Documentos del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía 1999.
- SORIANO, V. (2000). *Intervención Temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad.
- STAINBACK, S. Y STAINBACK, W. (1999). *Aulas inclusivas*. Narcea. Madrid.
- STANLEY F, BLAIR E, ALBERMAN E (2000). *Cerebral Palsies: Epidemiology and Causal Pathways*. Eds. Cambridge University Press. London
- STROMBERG B, DAHLQUIST G, ERICSON ET AL. (2002) *Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study*. Lancet 359: 461-46
- TEMPLE CM, DENNIS J, CARNEY R, SHARICH J. (1995) *Neonatal seizures: long-term outcome and cognitive development among "normal" survivors*. Dev Med Child Neurol 37: 109-118
- THOMSON, W.R. y GRUSEC, J.E. (1970). Studies of early experience. En: L. Carmichael, *Manual of child psychology*. Vol1. P.H. Mussen Editor. New York
- TORRES GONZÁLEZ, J. A. (1999). *Educación y Diversidad, bases didácticas y organizativas*. Aljibe. Málaga.
- TRANSATLANTIC CONSORTIUM IN EARLY CHIDHOOD INTERVENTION (2006). *International curriculum in Early Childhood Intervention*. Revisado el 17 de junio de 2006 desde Internet: <http://www.transatlanticconsortium.org/>
- TRILLA, J. (Coord) (2001): *El legado pedagógico del siglo XX para la escuela del siglo XXI*. Ed. Graó. Barcelona.
- UNESCO (1977). *La educación especial. Situación actual y tendencias en la investigación*. Ed. Sígueme. Salamanca.

- VALLE TRAPERO, M. (1990). *Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- VELÁSQUEZ C., M. (1989). "La integración del niño con dificultades en la Escuela Infantil" En J.M. Aceña, N. Alzola, C. Angel, P. Calzada, M.A. Cardona, R. Carrió, E. Casademont, M. Correig, M.T. Malagarriaga, B. Moll, C. Navarro, J.J. Otaño, M.L. Pérez, M.A. Pujol, M. Sauquillo, E. Sugrañes, C. de la Torre, M. Velásquez, *La Escuela Infantil de 0 a 6 años* (479-502). Grupo Anaya, S.A. Madrid.
- VERDUGO, M.A. (1995). *Personas con discapacidad*. Siglo XXI Editores. Madrid.
- VIDAL LUCENA, M. (1990) *Atención Temprana: Guía para la estimulación del niño de 0 a 3 años*. CEPE. Madrid .
- VIDAL LUCENA, M. (1997). *Modelo psicológico en atención primaria: protocolos de valoración e intervención en niños de 0 a 2 años*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma. Madrid.
- VILLA ELIZAGA, I. (1976). Estimulación precoz en niños de bajo peso. *Archivos Argentinos pediátricos*. V.71.
- VILLA ELIZAGA, I. (1992). Desarrollo y estimulación del niño durante sus tres primeros años de vida. EUNSA. Pamplona.
- VILLANUEVA, S. (1991). "Atención temprana". En: FLOREZ, J. y TEONCOSO, M. V. *Síndrome de Down y educación*. Salvat. Barcelona.
- VV.AA (1982): *Evaluación de las experiencias piloto de Atención Precoz*. Documento interno del Servicio de Minusválidos Psíquicos del INSERSO. Madrid
- VV.AA. (1983). Estimulación Precoz. Jornadas internacionales. IAMER. Madrid.
- VV.AA. (1987). *Simposio Iberoamericano de experiencias en estimulación temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 5/1987.
- VV.AA. (1996). *Guía Regional de Atención Temprana de Murcia: Prevención de deficiencias en la población infantil de 0 a 6 años*. Dirección General de Bienestar Social de Murcia.
- WARNOCK, M. (1978). *Special Education Needs. Report of the Comitee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. Her Majesty's Stationery Office. London
- WARNOCK REPORT. (1979). *Special Educational Needs. Report of the Committee of inquiry into Education of Handicapped Children and Young People*. HMSO. London.
- WATSON, J.B., RAYNOR, R. (1920). *Conditioned emotional reactions*. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

- WIDDOWSON, J. F. (1948). *Citado en SALVADOR. J.* La estimulación precoz en la educación especial. (1987). Barcelona; pag. 49.
- WILLIS, A. y RICCIUTI, H. (1990). *Orientaciones para la Educación Infantil de cero a dos años*. Morata. Madrid
- WINNICOTT, D.W (1983). *La familia y el desarrollo del individuo*. Ed. Hormé. Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W (1989). *Los bebés y sus madres*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1990). *Los bebés y sus madres*. Paidós. Barcelona.
- WOLFENBERGER, W. (1986).- *El debate sobre la normalización*. Siglo Cero, 105, 12-28.
- WOLFENBERGER, W. (1994). "Let's hang up "quality of life" as a hopeless term". En: D. GOODE (Ed.) *Quality of life for persons with disabilities. International perspectives and issues* (pp. 285-321). Brookline Books. Cambridge.
- WOLKER, D. (1999) *Desarrollo psicológico a largo plazo de los niños muy prematuros y de otros niños de riesgo*. IX Reunión Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Manuscrito no publicado. Madrid
- YAGLIS, D. (2005). *Montessori: la educación natural y el medio*. Editorial MAD, SL. Madrid
- YULE, W. (1975). *Psychological and Medical Concepts*. E WEDELL, K. (Ed.). *Orientations in Special Education*. London: John Willy & Sons. 17-41.
- ZABALZA, M. (2003). "El Currículo de la Educación Infantil" En Gallego O., J.L. y Fernández de H., E., *Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I* (467-500). Aljibe. Madrid.
- ZABALZA, M.A.(1990). "Fundamentación de la Didáctica y del conocimiento didáctico". En: MEDINA, A. y SEVILLANO, M.L. (Coords.). *Didáctica adaptación*. Madrid: UNED, 85-220.
- ZABALZA, M.A.(1991). *Currículum y reforma educativa. Prólogo a la cuarta edición de la obra Diseño y Desarrollo Curricular*. Narcea. Madrid
- ZAMARRIEGO, J. Y ARIZCUN, J. (1981): "Introducción al Simposium Internacional sobre Experiencias y Resultados en Programas de Prevención de la Subnormalidad". Libro de Actas, 20-41. Madrid.
- ZAVALLONI, R. (1973). *Introducción a la Pedagogía Especial*. Herder. Barcelona.
- ZULUETA, I ET AL. (1997) *Programa para la estimulación del desarrollo infantil*. CEPE. Madrid.

GLOSARIO:

BREVE GLOSARIO

Atención temprana: conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene 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 tiene riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar y transdisciplinar.

APGAR: Prueba de evaluación neonatal que se realiza inmediatamente después del parto al minuto, a los cinco minutos y en algunos casos a los diez. Mide cinco ítems (ritmo cardiaco, esfuerzo respiratorio, irritabilidad refleja, tono muscular y color del recién nacido). La puntuación oscila entre 0-10, si es menor de siete indica problemas que necesitan atención médica.

Bajo peso: Grupo de niños que han pesado al nacer entre 1500 y 2500 gramos. Si han pesado al nacer entre 1000 y 1500 gramos se les considera de muy bajo peso. Cuando es menos de 1000 gramos se les denomina excesivo bajo peso al nacimiento.

Contraste de hipótesis: la estrategia de la investigación experimental consiste en el planteamiento de hipótesis como conjeturas que pretenden resolver problemas para los que no existe una explicación adecuada; las hipótesis así formulada se convierte en guía de todo un proceso cuyo objetivo final consiste en determinar si aquellas pueden mantenerse o no tras ser sometidas a prueba mediante datos empíricos (Arturo de la orden Hoz; 1985: 52).

Crecimiento intrauterino retardado: recién nacido situado debajo del percentil 10 de para su edad gestacional

Displasias broncopulmonares: Enfermedad pulmonar crónica que se presenta en algunos neonatos expuestos a presión positiva con ventilador, y a tensiones altas de oxígeno durante la primera semana de vida

Edad corregida: se entiende por edad corregida la que tendría el niño si hubiera nacido a la 40ª semana de gestación. Si se valora a los niños prematuros según la edad cronológica, se estará viendo a cada uno de ellos en un momento diferente del desarrollo. A modo de ejemplo, en la revisión de los 4 meses un niño nacido con 24 semanas tendrá una edad corregida de cero meses, uno de 28 semanas tendrá una edad corregida de un mes y uno de 32 semanas de 2 meses. La única forma de normalizar las valoraciones del desarrollo es utilizar la edad corregida.

Educación especial: proceso integral, flexible y dinámico que se concibe para su aplicación personalizada y comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los obligatorios encaminados a conseguir la total integración del minusválido

Educación Infantil: tramo de enseñanza, que comprende la etapa 0-6 años, en el Sistema Educativo español.

Estimulación precoz: técnica que tiene por objetivo apoyar al niño en el desarrollo de sus aspectos instrumentales, destinada a brindar impulso a funciones ya existentes en el sujeto, y susceptibles de averiarse por medio del estímulo, actuando dicha estimulación a través de la actividad que produce en el sujeto estimulado, dirigiéndose al niño en su conjunto, siendo la acción el eje de datos en el desarrollo del niño, consistente en crear las mejores condiciones posibles para que la misma familia del niño lo rodee y lo incluya como uno más.

Estimulación Temprana: estrategia educativa para disminuir los riesgos de los problemas presentados en el desarrollo de los niños menores de seis años

Estudios *ex – post – facto*: en la investigación *ex – post – facto* el investigador se plantea la validación de las hipótesis cuando el fenómeno ya ha sucedido. Generalmente se trata de una búsqueda de las causas que lo han producido, de forma “retrospectiva” (Rafael Bisquerra, 2004: 217).

Gestación a término: convencionalmente se admite como a término toda gestación que ha cumplido 37 semanas. La media de las gestaciones a término es de 40 semanas. La gestación que dura 42 semanas cumplidas o más se considera posttérmino.

Hemorragias intraventricular de tipo I y II: el grado I es la hemorragia limitada a la región de la matriz germinal subependimaria o menos del 10% del ventrículo; el grado II se refiere a una hemorragia intraventricular sin dilatación, con ocupación de 10 a 50% del ventrículo”. **Hipótesis:** suposición o conjetura, expectativa de solución de un problema.

Hemorragias intraventriculares de tipo III y IV: el grado III corresponde a una afección superior al 50% con dilatación de los ventrículos; el grado IV consiste en un grado con lesiones intraparenquimatosas corticoperiventriculares que no necesariamente corresponden a extensión directa de la HIV.

Hemorragias subependimarias: pequeña hemorragia cerebral, normalmente petequiral, entre el nacimiento y las 48 primeras horas de vida.

Hipótesis de nulidad: ante una realidad para la que se carece de explicación (problema) el científico avanza una o varias conjeturas sobre la posible relación existente entre dos o más variables implicadas; esta conjetura recibe el nombre de hipótesis, elemento directriz de la investigación que llevará, tras la recogida de datos y su correspondiente análisis, a su mantenimiento o rechazo (Arturo de la Orden Hoz; 1985:119).

Incidencia: Número de nuevos casos de una enfermedad, en una población, en determinado período de tiempo.

Individuo: Cada uno de los elementos que componen la muestra y de los que se obtiene la información.

Integración escolar: Cuando el concepto de normalización se traslada al plano educativo.

Intervención temprana: conjunto de técnicas educativas que tiene por objeto el niño y su familia y por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño, mediante la estimulación regulada sistemática y continuada, llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los cero a tres años de edad.

Investigación aplicada: su finalidad primordial es la resolución de un problema práctico.

Límite de la viabilidad: actualmente pueden sobrevivir prematuros a partir de la 22–24 semana de gestación. Dada la dificultad que se tiene a veces en establecer con precisión el tiempo de gestación, se ha considerado siempre que el grupo de niños menores de 1.500 gramos (también referido como de **muy bajo peso**) es el que tiene un riesgo de discapacidad que hace necesario un seguimiento prolongado.

Leucomalacias. es un tipo de lesión cerebral que realmente representa la presencia de pequeños "orificios" en el cerebro debido a la muerte de pequeñas áreas de tejido cerebral alrededor de las cavidades llenas de líquido de este órgano (conocidas como "ventrículos"; de ahí el término "periventricular")

Método de muestreo no probabilístico: se caracteriza por no utilizar el criterio de equiprobabilidad, sino que siguen otros criterios, procurando que la muestra obtenida sea lo más representativa posible.

Metodología: plan o esquema de trabajo del investigador.

Muestra: Conjunto de casos o individuos extraídos de una población, por algún método de muestreo.

Necesidades Educativas Especiales: cuando presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículum que le corresponde por su edad (bien por causas internas, por dificultades o carencias en el entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje desajustada) y necesita, para compensar dichas dificultades, adaptaciones de acceso y/o adaptaciones curriculares significativas en varias áreas de ese currículum

Normalización: poner a disposición de todas las personas deficientes unas pautas de vida y condiciones para la vida diaria lo más parecida posible a las circunstancias y modo de vida de la sociedad.

Parálisis cerebral: es un grupo de trastornos motores que alteran los movimientos voluntarios y la postura, ocasionados por una afección en el cerebro en desarrollo del niño.

Pedagogía Especial: ciencia de las dificultades psíquicas, de los retardos y de las perturbaciones de cualquier clase en el desarrollo biológico y psicosocial del niño y del joven, considerados en la perspectiva educativa y didáctica.

Pedagogía Terapéutica: conjunto sistematizado de conocimientos en relación a las adaptaciones curriculares y los sistemas de intervención, obtenidos mediante métodos científicos, que posibiliten el desarrollo emocional, el desarrollo evolutivo global y la interrelación de aquellos sujetos que por diferentes razones presentan distorsiones en su desarrollo y/o inadaptación personal, escolar y social, ya sea de forma transitoria y de forma permanente, intentando en todo caso no separarle del medio normal

Población: Conjunto de todos los casos, objetos o eventos en los que se desea estudiar el fenómeno.

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Representatividad: cuando se garantiza que las características que se quieren observar en la población quedan reflejadas en la muestra.

Retraso evolutivo: En este grupo consideramos aquellos niños que presentan un retardo evolutivo y no se sitúan en ninguno de los apartados anteriores. Constituye a menudo un diagnóstico provisional, que evoluciona posteriormente hacia la normalidad (evolución frecuente en el caso de niños que han padecido o padecen enfermedades crónicas, hospitalizaciones, atención inadecuada), y en otros casos a diferentes disfunciones, siendo la más frecuente el trastorno en el ámbito cognitivo.

Trastorno de la conducta: Se incluye en este grupo a aquellos niños que presentan formas de conducta inapropiadas y a veces perturbadoras.

Trastorno en el desarrollo cognitivo: Se incluye en este grupo a los trastornos referidos a diferentes grados de discapacidad mental, funcionamiento intelectual límite y disfunciones específicas en el procesamiento cognitivo.

Trastorno en el desarrollo de la expresión somática: En este grupo se incluyen los niños que presentan patologías funcionales en la esfera oral alimentaria, respiratoria, del ciclo sueño-vigilia, en el control de esfínteres, etc.

Trastorno en el desarrollo del lenguaje: Se incluyen en este grupo las dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales tanto a nivel de comprensión del lenguaje como de sus capacidades expresivas o de articulación.

Trastorno en el desarrollo motriz: Se aplica este diagnóstico cuando consideramos se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías, etc. y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa o fina...).

Trastorno en el desarrollo sensorial: Se incluyen en este grupo los déficits visuales o auditivos de diferente grado.

Trastorno generalizado del desarrollo: Este grupo comprende los niños que presentan alteraciones simultáneas y graves de las diferentes áreas del desarrollo psicológico (autismo y formas menores relacionadas con el autismo y la psicosis).

Trastornos emocionales: Se incluyen aquí a los niños que presentan manifestaciones de angustia, de inhibición, síntomas y trastornos del humor, etc...

Universo: Designa a todos los posibles sujetos o medidas de cierto tipo.

Validez de contenido: Es la representatividad o adecuación muestral del contenido del instrumento de medición.

Validez: medición de la realidad que buscamos medir.

ANEXOS

ANEXO I:

Referencias Legales

Referencias Legales

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
Acuerdo Internacional	Países signatarios (inc. España)	Declaración de Derechos del Niño	Global	Derechos generales para todos los niños y niñas. Desarrollo, Salud, vivir en familia, Educación.
Acuerdo Internacional	Países signatarios (inc. España)	Covención sobre los Derechos del Niño Ratificado por España mediante Instrumento de fecha 30/11/90 Ratificado por LO 1/1996, de Protección Jurídica del Menor	Global	<p>"El niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse por sí mismo y faciliten la participación activa del niño en comunidad". (Art. 23.1)</p> <p>También tendrá derecho a "Recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él". (Art. 23.2)</p> <p>"la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible". (Art. 23.3)</p> <p>Se garantiza también "la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas". (Art. 23.4)</p>
Acuerdo Internacional	Países signatarios (inc. España)	Resolución 37/52 de la Asamblea General de Naciones Unidas, de 3.12, por el que se aprueba el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad	Discapacidad	<p>"las medidas más importantes para la prevención de la deficiencia son (entre otras)... la mejora de servicios sanitarios, servicios de detección temprana y diagnóstico; atención prenatal y postnatal;..."</p> <p>"deben adoptarse medidas para detectar lo antes posible los síntomas y señales de deficiencia, seguidas inmediatamente de las medidas curativas o correctoras necesarias que puedan evitar la discapacidad o, por lo menos, producir reducciones apreciables de su gravedad, y que puedan evitar asimismo que se convierta en ciertos casos en una condición permanente. Para la detección temprana es importante asegurar una educación y orientación adecuadas de las familias y la prestación de asistencia técnica a las mismas por los servicios médicos y sociales.".</p>
Acuerdo Internacional	Países signatarios (inc. España)	Resolución 48/96 de la Asamblea General de Naciones Unidas, que aprueba las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	Discapacidad	Programas dirigidos por equipos multidisciplinares de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias. (...) Esos programas deben asegurar la plena participación de las personas con discapacidad y de sus familias en el plano individual y de las organizaciones de personas con discapacidad a nivel de la planificación y evaluación. (...) Debe capacitarse a los trabajadores comunitarios locales para que participen en esferas tales como la detección precoz de las deficiencias, la prestación de asistencia primaria y el envío a los servicios apropiados. (...) lactantes y niños , reciban atención médica de igual calidad y dentro del mismo sistema que los demás miembros de la sociedad. (...) el

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
				<p>personal médico, paramédico y personal conexo sea debidamente capacitado para que pueda prestar asesoramiento apropiado a los padres y madres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos. (...) las personas con discapacidad reciban regularmente el tratamiento y los medicamentos que necesiten para mantener o aumentar su capacidad funcional." (<i>Art.2</i>)</p> <p>"las personas con discapacidad y, cuando proceda, sus familias y quienes abogan en su favor deben tener acceso en todas las etapas a una información completa sobre el diagnóstico, los derechos y los servicios y programas disponibles." (<i>Art.5</i>)</p> <p>La enseñanza ha de ser obligatoria y que debe de impartirse "a las niñas y los niños aquejados de todos los tipos y grados de discapacidad, incluidos los más graves", recalca que debe prestarse especial atención a ciertos grupos de población entre los que señala específicamente a los/las "niños/as pequeños/as con discapacidad" y a los/las "niños/as en edad preescolar con discapacidad".</p>
Acuerdo Internacional	Países signatarios (inc. España)	Declaración de Salamanca, 10 de Junio de 1994., aprobada por la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad. UNESCO	Global	<p>Las personas con NEE deben tener acceso a las escuelas ordinarias, que deberán integrarlas en una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades. Las escuelas ordinarias con esta orientación integradora representan el medio más eficaz para (...) construir una sociedad integradora y lograr la educación para todos; además, proporcionan una educación efectiva a la mayoría de los niños y mejoran la eficiencia y, en definitiva, la relación costo-eficacia de todo el sistema educativo. (Punto 2)</p> <p>Sistemas educativos para que puedan incluir a todos los niños y niñas, con independencia de sus diferencias o dificultades individuales. Adoptar el principio de educación integrada, que permite matricularse a todos los niños en escuelas ordinarias, a no ser que existan razones de peso para lo contrario (Punto 3)</p>
Acuerdo Internacional	Unión Europea	Resolución del Parlamento Europeo, de 16.9.92, sobre los Derechos de los Deficientes Mentales		<p>Reconoce derechos del discapacitado a vivir integrado socialmente, independiente y de forma autosuficiente, a través de mecanismos de formación continuada y enseñanza especializada, que le permitan acceder a un puesto de trabajo adecuado a su deficiencia, a ser educados en el entorno familiar, sin que pueda arrancárseles del mismo cuando alcancen una edad avanzada, así como participar en las decisiones que afecten a su futuro, con atención a su minusvalía.</p>
Constitucional	Estado	Art. 14	Global	Igualdad ante la Ley, sin discriminación por "condición o circunstancia personal"
		Art. 39.2	Global	Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.
		Art. 27	Educación	Explicita que la educación es un derecho de todos los ciudadanos, y que tiene como objeto "el pleno desarrollo de la personalidad"
		Art. 43	Salud	Derecho a la protección de la salud ; Medidas preventivas, prestaciones y servicios; educación sanitaria, deporte y ocio
		Art. 49	Discapacidad	"Atención especializada" y especial amparo en los derechos
Ley Orgánica	Estado	L.O. 1/1996 de Protección Jurídica del Menor	Global	Ratifica la aplicación de los Tratados Internacionales y Convención de Derechos del Niño, sin discriminación alguna por (...) deficiencia o enfermedad (<i>Art.3.1.</i>)
	Estado	L.O. 8/1985, del Derecho a la Educación	Educación	Objeto de la educación: "pleno desarrollo de su propia personalidad" y capacitar para "una actividad útil a la

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
				sociedad ". Igualdad de derechos de los extranjeros residentes.
	Estado	L.O. 2/2006, de 3 de mayo, de Educación	Educación	Su análisis se desarrolla en el texto del trabajo. En el ámbito concreto de la Educación Infantil, recupera los planteamientos educativos de la LOGSE, y las oportunidades para la Atención Temprana del ANEE que esta Ley supuso.
Ley	Estado	Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI)	Discapacidad	"la prevención, los cuidados médicos y psicológicos , la rehabilitación adecuada, la educación , la orientación, la integración laboral y la garantía de unos derechos económicos, jurídicos y sociales mínimos y de la Seguridad Social" (<i>Art. 3.1</i>) Los servicios sociales para los minusválidos tienen como objetivo garantizar a éstos el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad; Orientación a la familia (<i>Art. 51.2</i>), Atención domiciliaria incluyendo, si fuera necesario, la prestación rehabilitadora (<i>Art. 52.3</i>); Permanencia de los minusválidos en su medio familiar y en su entorno geográfico. (<i>Art. 50.4 d</i>) Prevención de las Minusvalías como " obligación prioritaria del Estado" en el ámbito de la salud y los servicios sociales (<i>Art. 8</i>) Especial importancia de los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal , detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica (<i>Art. 9.3</i>) "en las Leyes y en las disposiciones de carácter reglamentario que, promulgadas a partir de la entrada en vigor de esta Ley, regulen con carácter general los distintos aspectos de la atención a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales contemplados en esta Ley, se incluirán preceptos que reconozcan el derecho de los disminuidos a las prestaciones generales y, en su caso, las adecuación de los principios generales a las peculiaridades de los minusválidos ". (Disposición Adicional Primera)
Ley	Estado	Ley 4/1986, de 25.4, General de Sanidad		Las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones: (...) La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras , las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la Comunidad. (...) La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria , la hospitalización y la rehabilitación . (...) Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias , tanto congénitas como adquiridas. (<i>Art. 18</i>).
Ley	Estado	Ley 30/1992, de 26.11, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común. (Modif.. por Ley 4/1999)		Normativa básica del funcionamiento de las administraciones , regula las relaciones entre ellas, y específicamente la colaboración y los programas conjuntos .
Ley	Estado	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	Salud	En el ámbito de la atención primaria, se plantean las siguientes responsabilidades del sistema: a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria d) Las actividades de información y

Anexo 1

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
				vigilancia en la protección de la salud e) La rehabilitación básica f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada
Ley	Estado	Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral		Amplió en dos semanas la suspensión con reserva de puesto de trabajo en el supuesto de adopción o acogimiento múltiple). Amplia la suspensión (también en dos semanas) en el supuesto de tener que acoger a "menores mayores de seis años de edad discapacitados o minusválidos o que por sus circunstancias y experiencias personales o que por provenir del extranjero, tengan especiales dificultades de inserción social y familiar debidamente acreditadas por los servicios sociales competentes".
Plan de gobierno	Estado	Documento sobre Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil	Salud	Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 4 de Junio de 1990. servido de referencia para la elaboración de los programas autonómicos, la implantación progresiva del programa del niño sano y la formulación con detalle de otros asuntos relativos a la detección y atención precoz de las discapacidades . Atención a los grupos de alto riesgo , el plan integral de salud perinatal , el plan de prevención de accidentes infantiles o la prestación del consejo genético .
Plan de gobierno	Estado	II Plan de Acción para Personas con Discapacidad (2003-2007)	Discapacidad	Recoge medidas específicas para el desarrollo de la Atención Temprana para el período citado. Vincula la mayor parte de las medidas al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
Plan de gobierno	Estado	IV Plan De Igualdad De Oportunidades Entre Mujeres Y Hombres (2003 – 2006)	Global	Plantea medidas que pueden limitar la disponibilidad de centros educativos para 0-6 años, al promover los puramente asistenciales bajo la dependencia del Ministerio de Trabajo y AS. Las oportunidades de escolarización de los niños y niñas con NEE quedan determinadas por este tipo de medidas: (7.2.5.)Incrementar las plazas de escuelas o centros de educación infantil, para la atención de menores de 0 a 3 años. (7.2.6.) Fomentar la creación de guarderías por las propias empresas, procurando que se establezcan en los entornos más próximos a los centros de trabajo.
Plan de Gobierno	Estado	CONVERGENCIA Y EMPLEO. Programa Nacional de Reformas de España.	Global	Desarrolla la llamada "Agenda de Lisboa". Selecciona como indicador de convergencia el % de escolarización a los 2 años, para concluir que la tasa de escolarización en 0-3 años es muy baja en relación a nuestro entorno. Se plantea como objetivo el incremento anual de un 2% de plazas educativas públicas para 0-3 , para pasar del actual 21'7% a >30% en 2010. La disponibilidad de plazas para ANEE se incrementará, consecuentemente, en la misma medida.
Real Decreto	Estado	RD 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud	Salud	Reguló el programa del niño sano , el examen neonatal y la aplicación de procedimientos terapéuticos y de rehabilitación .
Real Decreto	Estado	RD 696/1985 de 28 de abril de Ordenación de la educación de alumnos con necesidades educativas especiales	Educación	La atención comenzará tan pronto como se adviertan circunstancias que la aconsejen o se detecte riesgo de aparición de discapacidad, sea cual sea la edad del alumno Escolarización en centros ordinarios y sólo excepcionalmente en centros especiales. Posibilidad de prorrogar un año la escolarización. Posibilidad de agrupar ANEE con necesidades similares en un mismo centro , para su mejor atención. Adaptaciones Curriculares: alcanzar mismos objetivos con adaptación de contenidos, metodología, evaluación Equipos Psicopedagógicos , para detección precoz y evaluación de NEE Equipos de Atención Temprana

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
				<p>especializados en 0-6 años.</p> <p>Derecho de las familias a ser informadas del proceso. (Art.9.1)</p> <p>El sistema educativo ha de procurar la colaboración de los padres, tanto en el proceso de identificación como en las actuaciones de carácter preventivos o compensador, potenciando el valor educativo y, en su caso, rehabilitador, de las rutinas diarias a desarrollar en el ámbito familiar. (Art.9.4)</p> <p>Medios personales complementarios para apoyo ANEE: Maestros PT o EE y AL. EOEP. Otros profesionales, con relación laboral (como Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales) (RETORTILLO; PUERTA, 2004)</p> <p>Asesoramiento a centros para mejor atención educativa a ANEE.</p>
Real Decreto	Estado	RD 1330/1991 de 6 de Septiembre, por el que se establecen los Aspectos Básicos del Currículo de Educación Infantil	Educación	Normativa general para todo el estado, a desarrollar por las CC.AA.
Real Decreto	Estado	RD 1333/1991 de 6 de Septiembre, por el que se establecen el Currículo de Educación Infantil	Educación	<p>Normativa para el territorio MEC (Ceuta y Melilla), regula el currículo en Madrid como legislación supletoria al no haber desarrollado la C.A. una normativa propia, y no haber implantado la LOCE con anterioridad al decreto de paralización.</p> <p>Recoge los objetivos, contenidos y orientaciones didácticas de la etapa, y por tanto la oferta de apoyo al desarrollo que se ofrece en Madrid a los alumnos con NEE.</p>
Real Decreto	Estado	RD 82/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las Escuelas de Ed. Infantil y de los Colegios de Ed. Primaria.	Educación	Establece la participación de los orientadores psicopedagógicos en las Comisiones de Coordinación Pedagógica de las Escuelas Infantiles.
Real Decreto	Estado	RD 1318/2004, de 28 de mayo, por el que se modifica el RD 827/2003 por el que se establece el calendario de aplicación de la nueva ordenación del sistema educativo, establecida por la LO 10/2002 de Calidad de la Educación.	Educación	Sin derogar la citada Ley Orgánica 10/2002, detiene su implantación y desarrollo , salvo en aquellas comunidades que no hubieran adelantado al curso 2003/4 la implantación de dicha LO. La Comunidad de Madrid no lo había hecho, por lo que la situación en esta CA queda determinada por esta disposición.
Real Decreto	Estado	RD 1004/1991, de 14 de junio, por el que se establecen los Requisitos Mínimos de los Centros que imparten enseñanzas de régimen general no universitarias. (derogado)	Educación	Regula ratio, características de las aulas y centros, titulaciones.. para Educación Infantil. Fue derogado, pero se desarrolló en la Orden de 16 de noviembre de 1994, para los centros que atienden a poblaciones de especiales características. En Madrid ampara la creación de Zonas de Casas de Niños, y centros en zonas de características sociodemográficas especiales (p.e. E.I. El Rocío, Villaverde)
Real Decreto Orden	Estado	RD 366/1997, de 14 de marzo, por el que se regula el régimen de elección de centro educativo. Orden de 26 de marzo de 1997,	Educación	Procedimiento de admisión de alumnos . Concretado por Orden de 26 de marzo de 1997, por la que se regula el procedimiento de elección de centro educativo y admisión de alumnos.
Real Decreto	Estado	RD 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones para compensación de desigualdades	Educación	Regula medidas que permiten prevenir y compensar las desigualdades en educación derivadas de factores sociales, económicos, culturales o de cualquier otro tipo. Entre otras, fomento de la escolarización temprana en colaboración con otras entidades.
Real Decreto	Estado	RD 1440/1991, de 30 de		Regula la titulación de Maestro especialista en Educación

Anexo 1

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
		agosto, por el que se establece el título universitario oficial de Maestro.		Infantil, en Educación Especial y en Audición y Lenguaje.
Real Decreto	Estado	RD 2059/1995, de 22.12, por el que se establece el título de Técnico superior en Educación Infantil; RD 1265/1997, de 24.7, por el que se establece el currículo del título.		El primero de ellos realiza el análisis de funciones y competencias profesionales, y el segundo determina el vitae de la enseñanza reglada de este Ciclo Superior. Se encuentra en fase de modificación, al haberse rediseñado esta Cualificación Profesional durante el curso 2005/6.
Real Decreto (En tramitación)	Estado	Cualificación profesional "Educación de Habilidades de Autonomía Personal y Social"		Cualificación en fase muy avanzada, se elaboró durante el curso 2003/4, y se espera se convierta en norma de forma inminente. Los puestos que recoge son, entre otros "Educador de disminuidos psíquicos" y "Auxiliar Técnico Educativo", y los centros de trabajo incluyen entre otros, centros para tratamiento de deficiencias, centros educativos, etc. En definitiva, recupera la antigua figura del Educador de Disminuidos .
Orden	Estado	Orden de 9 de diciembre de 1992 del Ministerio de Educación y Ciencia, por la que se regula la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.	Educación	Podrán existir Equipos especializados, con demarcación geográfica distinta, para la orientación y atención educativa temprana y para la orientación y atención educativa a alumnos con minusvalías o disfunciones específicas. El Ministerio de Educación y Ciencia mantendrá y ampliará progresivamente los Equipos de carácter general, los equipos especializados y los recursos de orientación e intervención actualmente existentes hasta garantizar una atención adecuada a todos los Centros escolares que necesiten de apoyo y asesoramiento en el ámbito de la orientación. (<i>Apd.2</i>) Son funciones generales de los equipos en relación a su sector(...) Elaborar, adaptar y difundir materiales e instrumentos de orientación educativa e intervención psicopedagógica que sean de utilidad para los Profesores.(...) Atender a las demandas de evaluación psicopedagógica de los alumnos que la necesiten y proponer la modalidad de escolarización más conveniente para ellos. (...) Colaborar en el desarrollo de programas formativos de padres de alumnos . (<i>Apd.6</i>) En relación a los centros (...) Colaborar en los procesos de elaboración, evaluación y revisión de los proyectos curriculares de etapa a través de su participación en la Comisión de Coordinación Pedagógica (...) Colaborar con los tutores en el establecimiento de los planes de acción tutorial (...) para la realización de actividades docentes de refuerzo, recuperación y adaptación curricular . (...) Asesorar al profesorado en el diseño de procedimientos e instrumentos de evaluación (...) Colaborar en la prevención y en la pronta detección de dificultades o problemas de desarrollo personal y de aprendizaje ; realizar, en su caso, la evaluación psicopedagógica, y participar, en función de los resultados de ésta, en la elaboración de las adaptaciones curriculares (...) Colaborar con los tutores, los Profesores de apoyo y los Profesores orientadores en el seguimiento de los alumnos con necesidades educativas especiales y orientar su escolaridad al comienzo de cada etapa educativa. (...) Promover la cooperación entre escuela y familia para una mejor educación de los alumnos. (<i>Apd.7</i>)
Orden	Estado	Orden de 14 de Febrero de 1996 sobre evaluación de los alumnos con necesidades	Educación	Ningún alumno con NNEE podrá ser excluido de la posibilidad de escolarización. Normalización e integración escolar. Escolarización tan pronto como sea

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
		educativas especiales que cursan las enseñanzas de régimen general establecidas en la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de ordenación general del sistema educativo.		posible. Propuesta de escolarización basada en evaluación psicopedagógica de necesidades . Participación de padres y madres en el proceso. Carácter revisable de las decisiones. Propuesta curricular y ayudas o apoyos fundamentadas en la evaluación. Informe
Orden	Estado	Orden de 30 de octubre de 1992 por la que se establecen los elementos básicos de los informes de evaluación de las enseñanzas de Régimen General reguladas por la L.O. 1/1990.	Educación	Concreta los aspectos formales y documentales del informe de evaluación. Modificada por la Orden de 2 de abril de 1993.
Orden	Estado	Orden de 12 de noviembre de 1992 sobre evaluación en Educación Infantil	Educación	Concreta los aspectos formales y documentales del proceso de evaluación
Orden	Estado	DECRETO 60/2000, de 6 de abril, por el que se crean, se suprimen y se cambia la titularidad de Escuelas de Educación Infantil de primer y segundo ciclo de la Comunidad de Madrid y se establece la capacidad máxima de alumnos por aula.	Educación	Determina la ratio en las Escuelas Infantiles públicas de Madrid, fijando un número que permite la atención educativa y la inclusión de ANEE con garantías de ser posible su atención específica.
Orden	Madrid	Orden 2879/2004, de 23 de julio, de la Consejería de Educación, por la que se establecen los requisitos mínimos de los centros que impartan el primer ciclo de Educación Infantil.	Educación	Establece los requisitos de superficie, ratio, instalaciones y titulación de dichos centros. No incluye a los centros públicos, cuya regulación se establece, en cuanto a la ratio, anualmente en la orden de admisión
Orden	Estado	Orden de 18 de septiembre de 1990, del Min. Educ. y C., por la que se establece las proporciones de profesionales/alumnos en atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales.		Determina los profesionales que intervienen en la atención de ANEE, ya sea en centros ordinarios o de educación especial, o en itinerancia. De cara a la Educación Infantil, es especialmente importante que recoja la figura del fisioterapeuta en el ámbito educativo, vinculado tanto a educación como a aprendizaje de tareas.
Orden	Estado	Orden 235/2002, de 7 de febrero, por la que se constituye el foro para la atención educativa a personas con discapacidad y se establecen sus competencias, estructura y régimen de funcionamiento.		Establece un mecanismo de comunicación directa entre el sistema educativo y las asociaciones representativas de las personas con discapacidad. Puede realizar propuestas, promover estudios, realizar el seguimiento del tratamiento de las NEE en el sistema educativos, etc.
Resolución	Estado	Resolución de 5 de Marzo de la Secretaría de Estado de Educación, por la que se regula la elaboración de los proyectos curriculares para Educación Infantil	Educación	Regula el procedimiento a través del cual los centros educativos, en el ámbito de su autonomía pedagógica, concretan los objetivos, secuencian los contenidos, establecen los mecanismos de evaluación, diseñan los modos de colaboración con las familias y prevén las medidas de atención a la diversidad y de atención a los ANEE.
Resolución	Estado	Resolución de 7 de junio de 1995 de la Secretaría de Estado de Educación, por la	Educación	Emitida en el momento en que se produce la incorporación de alumnos y alumnas de tres años en Colegios Públicos, establece especificidades para ello: ubicación de las aulas,

Anexo 1

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
		que establece instrucciones para adecuar la oferta de escolarización para niños y niñas de tres años en las escuelas públicas de Educación Infantil.		periodo de adaptación, y regula como tarea del tutor la colaboración en los hábitos de higiene, limpieza y cambio de prendas de los pequeños y pequeñas.
Circular	Madrid	Circular de la Dirección General de Centros Docentes, por la que se regula el funcionamiento de las Casas de Niños de la Comunidad de Madrid. Id. Escuelas Infantiles.	Educación	(Anual) Destaca la regulación del calendario escolar para ANEE escolarizados en Primer Ciclo de Ed. Infantil, aunque por su edad le correspondiera estarlo en Segundo Ciclo.
Circular	Madrid	Id. Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica	Educación	(Anual) Regula las modalidades de atención y apoyo del ANEE en los centros, y la elaboración de Adaptaciones curriculares.
Instrucciones	Madrid	Instrucciones para la elaboración de los documentos institucionales de los centros de la red pública de Educación Infantil de la Comunidad de Madrid. Julio 1997	Educación	Regula la elaboración del Proyecto educativo, Reglamento de Régimen Interior, Proyecto Curricular y Plan Anual de Centro, documentos todos ellos que establecen determinaciones para la atención educativa de ANEE
Orden	Madrid	Orden 2057/2005 de 12 de abril de la Consejería de Educación, sobre admisión de alumnos en los centros sostenidos con fondos públicos que imparten primer ciclo de educación infantil para el curso escolar 2005/2006. (Y la correspondiente a Casas de Niños 2058/2005)	Educación	(Anual) Desarrollada por sendas Instrucciones de 18 de Abril de 2005. Fijan la ratio de los centros públicos y regulan el proceso de admisión en Escuelas Infantiles y Casas de Niños, públicas y privadas sostenidas con fondos públicos, incluido el alumnado con NEE. Pese a regular el caso de los centros privados de primer ciclo sostenidos con fondos públicos, que deben incluir también ANEE, esta incorporación no puede realizarse de modo efectivo , salvo decisión voluntaria del centro, dado que establece la escolarización de ANEE a través de una Comisión de Escolarización específica, y simultáneamente excluye a los centros privados de dichas comisiones, por lo que no participan en la provisión de vacantes.
Ley	Madrid	LEY 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.	Discapacidad	Ordena el sistema público de servicios sociales destinado a contribuir al bienestar social mediante la prevención, eliminación o tratamiento de las causas que impidan o dificulten el pleno desarrollo de los individuos o de los grupos en que los mismos se integran. (Art.1.2.) Las, serán objeto de coordinación con las que corresponden a otros sistemas afines, la coordinación sociosanitaria , a la coordinación con el sistema educativo... En el ámbito de Madrid, corresponde al Gobierno la Comunidad dictar las disposiciones necesarias y, en su caso, establecer los órganos y medios precisos, para coordinar las distintas áreas de actuación del Gobierno. (Art. 11) Tendrán la consideración de prestaciones técnicas las siguientes: (...) e) Intervención social, o psicológica o sociológica de orientación social, para favorecer la adquisición o recuperación de funciones y habilidades personales y sociales que faciliten la integración y la convivencia social y familiar. (...) g) Cualquier otro acto profesional que se considere necesario para garantizar una adecuada atención social. (Art. 16.2) Prestaciones económicas, incluido el cheque-servicio (Art. 17) Prestaciones materiales, incluyendo ayudas instrumentales (Art. 18) Atención a Menores: (...) b) La detección de sus necesidades y la promoción de actuaciones integrales para favorecer su desarrollo físico, psíquico y social. c) La

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
				<p>prevención de situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social (...). f) La atención a los grupos familiares mediante la orientación y el apoyo familiar y las ayudas para superar la insuficiencia de recursos personales o materiales para atender adecuadamente las necesidades de los menores. (Art.21)</p> <p>Se diseñará el tipo de intervención, que se formalizará como programa o proyecto individual, familiar, grupal o comunitario, con la participación de los interesados. (Art.24)</p> <p>Las entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, podrán ser titulares de centros y servicios sociales (Art.55)</p> <p>Las entidades de iniciativa social (Fundaciones, a las Cooperativas de Iniciativa Social, agentes sociales (sindicatos y asociaciones empresariales), organizaciones no gubernamentales y empresas de inserción), podrán contratar con las Administraciones la gestión de los servicios sociales públicos (...). Podrán, asimismo, recibir ayudas económicas de la Comunidad de Madrid y de las Entidades locales, siempre que la finalidad tenga cabida en la planificación de servicios sociales (Art.56 y 60)</p> <p>Las subvenciones podrán tener las siguientes finalidades: a) Creación, modificación, adaptación y equipamiento de centros y servicios b) Mantenimiento de centros y servicios. c) Promoción de programas y actividades d) Fomento del asociacionismo de iniciativa y objeto social, del voluntariado y otras formas de ayuda mutua. e) Promoción de acciones formativas en el ámbito de los servicios sociales. f) Actividades de I+D relacionadas con el ámbito de los servicios sociales. g) Otras subvenciones de análoga o similar naturaleza y finalidad que las anteriores. (Art.60)</p> <p>Las Entidades privadas con ánimo de lucro podrán contratar con las Administraciones la gestión de los servicios sociales públicos (Art. 57)</p> <p>La contratación de servicios sociales por la Administración a entidades privadas (...) deberá realizarse de acuerdo con lo establecido por el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Cuando la contratación se realice para disponer de plazas en centros y servicios que no sean propios de las Administraciones públicas, sino de titularidad privada, la admisión de usuarios de dichas plazas corresponderá a la Administración contratante y se regirá por las mismas normas que regulan el ingreso en centros propios.</p>
Ley	Madrid	Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.	Global	<p>A los menores con discapacidades se les proporcionarán los medios y recursos necesarios que les faciliten el mayor grado de integración en la sociedad, que sus condiciones les permitan. Las Administraciones Públicas de la Comunidad de Madrid velarán por el pleno ejercicio de este derecho, teniendo en cuenta sus necesidades económicas. (Art.25)</p> <p>Todos los menores tendrán derecho a la aplicación de las técnicas y recursos de mejora y rehabilitación de secuelas que hayan podido tener por causa de enfermedad adquirida o congénita o por accidente. La rehabilitación y mejora de la salud comprenderá todos los aspectos físicos, psíquicos y sensoriales. (Art.43)</p> <p>Las Administraciones Públicas velarán para ofrecer mediante acciones discriminatorias positivas las mismas oportunidades educativas para los menores con desventajas económicas, sociales, culturales o personales, reforzando la acción compensadora que apoye el proceso educativo y prevenga el riesgo de fracaso</p>

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
				<p>escolar. (Art.46)</p> <p>Se propiciará la integración y normalización de la vida del menor en su medio social. (Art.48)</p> <p>La protección social de los menores que se encuentren en situaciones de riesgo social corresponde al Sistema Público de Servicios Sociales (Art.50)</p> <p>Todos los niños y niñas tienen derecho a la educación desde su nacimiento y la recibirán desde el seno de su familia y en los Centros infantiles a que pudieran asistir (Art.13)</p> <p>Las Administraciones favorecerán la creación de Centros de educación infantil para niños y niñas menores de seis años con el fin de contribuir al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de la infancia, de conformidad con el artículo 7 de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. (Art.14)</p> <p>Las Administraciones Públicas de la Comunidad de Madrid promoverán la existencia de servicios y recursos de apoyo a los Centros Educativos, para garantizar la orientación personal, escolar y profesional de los alumnos, mediante el asesoramiento e información a los profesionales de los equipos educativos y a las familias. Se prestará atención prioritaria al alumnado con necesidades educativas especiales así como al que finalice un ciclo educativo. (Art.15.2)</p> <p>Todos los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad de Madrid tienen derecho: a la detección y tratamiento precoz de enfermedades congénitas, así como de las deficiencias psíquicas y físicas, únicamente con los límites que la ética, la tecnología y los recursos existentes impongan en el sistema sanitario. (Artículo 11.2)</p>
		Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad De Madrid	Salud	Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria: a) La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención sociosanitaria. b) La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias. d) La prestación de la asistencia farmacéutica promoviendo su correcta y adecuada utilización. g) El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud e innovación tecnológica. (Art.16.)
Ley Decreto	Madrid	Ley 2/1995, de Subvenciones de la Comunidad de Madrid	Discapacidad	Estas normas desarrollan conjuntamente la regulación del régimen de subvenciones del área de servicios sociales de la Comunidad. Es el mecanismo principal de financiación de los Centros de Atención Temprana
Orden		Decreto 2/1990, de 26 de enero, regulador del régimen jurídico aplicable a los conciertos, subvenciones y ayudas en materia de servicios sociales. Orden 38/1990, de 8 de febrero de 1990, de la Consejería de Integración Social, de desarrollo del Decreto 2/1990, de 26 de enero, relativa al régimen jurídico de subvenciones Orden 142/2003, de 17 de febrero, de la Consejería de Servicios Sociales, por la		

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
		<p>que se convocan subvenciones a Instituciones sin fin de lucro, para mantenimiento de centros y servicio de atención a personas con discapacidad en el año 2003 (B.O.C.M. 21-02-02)</p> <p>Decreto 76/1993 de 26 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento para la concesión de ayudas y subvenciones públicas.</p> <p>Orden 38/1990, de 8 de febrero, de desarrollo del Decreto 2/1990 de 26 de enero, relativa al régimen jurídico de las subvenciones.</p> <p>Ordenes 672/1990 de 20 de noviembre y 646/1993, de 26 de marzo, de modificación de la Orden 38/1990.</p> <p>Decreto 222/1998, de 23 de diciembre, de desarrollo parcial de la Ley 2/1995 de 8 de marzo, de subvenciones de la Comunidad de Madrid en materia de bases reguladoras de las mismas.</p>		
Ley	Madrid	Ley 5/1996, de 24.6, del Instituto Madrileño del Menor y la Familia	Global	"desarrollar programas de prevención del desamparo y otras situaciones de riesgo de los menores, contemplando en particular a los menores con minusvalía " (<i>Art. 3.e</i>)
Ley	Madrid	Ley 8/1999, de 9 abril, de adecuación de la Normativa de la Comunidad de Madrid a la Ley Estatal 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común	Global	Desarrolla en Madrid la legislación estatal sobre Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo (Ley 30/1992 y 4/1999). Desarrolla, por tanto, previsiones sobre cooperación entre administraciones y coordinación .
Acuerdo de Gobierno	Madrid	Acuerdo de 16 de octubre de 2003, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban criterios de coordinación de la actividad convencional de la Comunidad de Madrid	Global	Desarrolla los criterios de colaboración y coordinación entre administraciones .
Ley	Madrid	Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid	Global	Establece las consejerías, y prevé los mecanismos de coordinación entre ellas y entre sus organismos.
Plan de gobierno	Madrid	Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid de 2005-2008	Discapacidad	Asigna funciones a las distintas consejerías en el campo de la AT, cuya responsabilidad principal coloca en el área de Servicios Sociales y en los Centros de AT, y enuncia la necesidad de mecanismos de coordinación .
Decreto	Madrid	DECRETO 126/2004, de 29 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de	Discapacidad	Le asigna las funciones de propuesta, ejecución y desarrollo de programas que afecten a minusválidos

Anexo 1

Rango	Ámbito Territorial	Disposición	Área de gobierno	Observaciones (<i>Elementos destacables; reseña no exhaustiva</i>)
Familia y Asuntos Sociales				
Decreto	Madrid	Decreto 342/1999, de 23 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas con Discapacidad Física y Sensorial.	Discapacidad	Ordena el Serv. Púb. de At. Soc.a Personas con Discapacidad Física y Sensorial, encaminado a atender aquellas necesidades específicas generadas por la discapacidad y que no están cubiertas por los dispositivos existentes para la población general.
Decreto	Madrid	Decreto 271/2000, de 21 de diciembre, por el que se regula el régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica, afectadas de retraso mental.	Discapacidad	Ordena el Serv. Púb. de At. Soc.a Personas con Discapacidad Psíquica, encaminado a atender aquellas necesidades específicas generadas por la discapacidad y que no están cubiertas por los dispositivos existentes para la población general.
Decreto	Madrid	Decreto 276/2000, de 28 de diciembre, por el que se crea el Consejo Asesor de Personas con Discapacidad	Discapacidad	Órgano que sirve de cauce para el conocimiento, estudio y posibles soluciones de los problemas que afectan a las personas con discapacidad, y a través del cual los usuarios participan en la orientación de las prestaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, presentando sus aspiraciones y propuestas a través de las organizaciones sociales que les representan, en orden a conseguir la adecuación de las programaciones reales a la atención del colectivo.
Orden	Madrid	Orden 1250/2000 de 25 de abril, por la que se establece la sectorización de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (B.O.C.M. de 9 de mayo de 2000, nº 109)	Educación	Los EOEPs de Atención Temprana prestarán los servicios de asesoramiento y apoyo al sistema escolar en la etapa de Educación Infantil en Escuelas de primer y segundo ciclo y, en su caso, en Colegios de Educación Infantil y Primaria . Asimismo realizarán la evaluación psicopedagógica de los niños menores de seis años del sector geográfico correspondiente, siendo primordial, entre sus funciones, la detección precoz de niños y niñas con necesidades educativas especiales y su adecuada orientación. (<i>Apd.3</i>) Los EOEPs Específicos de apoyo a los alumnos con deficiencia visual, auditiva, motora y alteraciones graves del desarrollo son servicios cualificados para el desempeño de funciones relacionadas con los niños con necesidades educativas especiales asociadas a dichas discapacidades y tendrán un ámbito de actuación autonómico. Su ámbito de actuación, incluye las siguientes etapas educativas: Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Postobligatoria. (<i>Apd.4</i>)

ANEXO II:

HOSPITALES SEN 1500

ACoruña	
COMP.H.A.MARCIDE(EIFerrol)	Dr.JoséLuacesGonzález
H.C.U.DESANTIAGO(Santiago)	Dr.J.M.Fraga/Dra.M ^l .Martínez/Dr.J.R.Fernández
H.JUANCANALEJO(ACoruña)	Dr.J.LuisFernándezTrisac
Albacete	
COMPLEJOHOSP.ALBACETE	Dr.AndrésMartínezGutiérrez
Alicante	
H.G.U.DEALICANTE	Dra.MarieAnneFeretSigulle
H.U.SANJUAN	Dr.JuanPastorPedro/Dr.JavierGonzálezdeDios
Asturias	
H.CENTRALDEASTURIAS(Oviedo)	Dra.C.MoroBayón/Dra.F.Colomer/Dr.J.L.Sastre
H.DECABUEÑES(Gijón)	Dra.AdelaRodríguezFernández
Barcelona	
CORPORACIOPARCTAULÍ	Dr.JuanBadia/Dra.CarmenFigaró
H.CLÍNICODEBARCELONA	Dr.JosepFiguerasAloy
H.DELACREUISANTPAU	Dra.GemmaGinovart/Dr.E.Moliner
H.GERMANTRIASIPUJOL	Dr.AntonioNatalPujol
H.SANJOANDEDEU	Dr.MartínIriondoSanz
H.VALLHEBRON	Dra.AnnaFinaMartí/Dr.JosepPerapoch
INSTITUTDEXEUS	Dra.RoserPorta
SCIAS-HOSP.BARCELONA	Dr.XavierSagreraFelip
Bilbao	
H.DEBASURTO	Dr.GabrielSaitualturriaga
H.DECRUCES	Dra.CarolinadeCastroLaiz
Burgos	
H.GENERALYAGÜE	Dr.BrunoAlonsoÁlvarez
Cáceres	
H.SANPEDRODEALCÁNTARA	Dra.AnaR.BarrioSacristán/Dra.M ^l JesúsLópezCuesta
Cádiz	
H.DEJEREZ	Dr.J.OrtizTardío/Dr.E.VallsSánchezPuerta
Cantabria	
H.CANTABRIA	Dr.JavierGómez-UllateVergara/Dr.J.RicardoGalván
Castellón	
H.G.DECASTELLÓN	Dr.RamónAguileraOlmos
Córdoba	
H.INFANTAMARGARITA(Cabra)	Dr.JoséM ^l BarcíaRuiz
H.U.REINASOFÍA	Dra.JuanaM ^l GuzmánCabañas
Cuenca	
H.VIRGENDELALUZ	Dra.ElisaCuetoCalvo
Granada	
H.U.DESANCECILIO	Dr.E.Narbona/Dra.A.Ruiz/Dr.R.Ocete
H.VIRGENDELASNIEVES	Dr.LuisMoltóRipoll/Dr.J.M.Cañizares
León	
H.DELBIERZO(Ponferrada)	Dra.M ^l TeresaGonzálezMartínez
H.DELEON	Dr.EmilioÁlvarolglesias
Logroño	
H.SANMILLÁNSANPEDRO	Dr.FerminCucalónManzanos
Madrid	

FUNDACIÓN H. DE ALCORCÓN	Dra. Ana Martín Ancel
H. CLÍNICO SAN CARLOS	Dra. Eulalia Mariscal Ramos
H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN	Dra. Amparo Rodríguez Herreras
H. DE GETAFE	Dra. M. Muro / Dra. Cabanillas
H. INF. LAPAZ	Dr. Jesús Pérez Rodríguez / Dra. Sofía Salas
H. MONTE PRINCIPE	Dra. Marta García San Miguel
H. SEVERO OCHOA	Dra. M ^a José Santos Muñoz
Málaga	
H. CARLOSHAYA	Dr. Tomás Sánchez Tamayo / Dr. Manuel García del Río
Pontevedra	
H. XERAL DE VIGO	Dra. Socorro Ocampo Cardalda / Dr. C. Sousa
Salamanca	
H. U. SALAMANCA	Dra. Pilar García González
San Sebastián	
H. DONOSTIA	Dr. Luis Paisán Grisolia
Segovia	
H. G. DE SEGOVIA	Dr. Alfonso Urbón Artero
Sevilla	
H. U. I. VIRGEN DEL ROCÍO	Dra. Carmen Macías Díaz
Tarragona	
H. JUAN XXIII	Dr. Juan Manuel Carretero Bellón
Tenerife	
H. U. DE CANARIAS	Dr. Pedro Amadeo Fuster Jorge
Toledo	
H. VIRGEN DE LA SALUD	Dra. Alicia de Ureta Huertas / Dr. Antonio Arroyos Plana
Valencia	
H. U. LA FE	Dr. Vicente Roqués / Dr. F. Morcillo
Valladolid	
H. U. DE VALLADOLID	Dr. José Luis Fernández Calvo
H. U. RIO HORTEGA	Dra. C. González Armengod / Dra. M ^a J. Soga García / Dr. F. Centeno
Vitoria	
H. TXAGORRITXU	Dra. Mercedes Martínez Ayucar
Zaragoza	
H. C. U. DE ZARAGOZA	Dra. Purificación Ventura Faci
H. MIGUEL SERVET	Dr. José Julián Beltrán Crouset / Dr. Ángel Marco

ANEXO III:

Índice de cuadros

CUADRO 1.	Diferentes términos de educación especial.....	pag. 34
CUADRO 2.	Evolución concepto según normativa.....	pag. 39
CUADRO 3.	Acepciones para los alumnos de Educación Especial.....	pag. 45
CUADRO 4.	Informe Warnock.....	pag. 49
CUADRO 5.	Evolución de los modelos de Educación Especial.....	pag. 51
CUADRO 6.	Encuesta sobre discapacidad de 1999.....	pag.55
CUADRO 7.	Alumnos con NEE integrados en EI por CCAA.....	pag.57
CUADRO 8.	Alumnado con NEE integrado en EI por discapacidad.....	pag.58
CUADRO 9.	Intervención en NEE en Europa.....	pag.59
CUADRO 10.	Distribución del alumnado de NEE en España.....	pag.60
CUADRO 11.	Distribución del alumnado de integración en España.....	pag.61
CUADRO 12.	Escuelas de EE en la CAM.....	pag.62
CUADRO 13.	Escuelas de EI especial en la CAM.....	pag.62
CUADRO 14.	Supuestos de la integración escolar.....	pag.67
CUADRO 15.	Niveles de integración.....	pag.70
CUADRO 16.	Diferencias entre integración e inclusión.....	pag.74
CUADRO 17.	Normativa de Educación Especial.....	pag.76
CUADRO 18a.	Alumnos matriculados en EI en España.....	pag.93
CUADRO 18b.	Alumnos matriculados en EI por titularidad del centro.....	pag.93
CUADRO 19.	Índice de escolarización en EI en España.....	pag.94
CUADRO 20.	Relación población y EI en la CAM.....	pag.95
CUADRO 21.	Análisis comparativo de legislación en EI.....	pag.99
CUADRO 22.	Objetivos Primer Ciclo de EI en LOGSE y LOCE.....	pag.103
CUADRO 23.	Objetivos Segundo Ciclo de EI en LOGSE y LOCE.....	pag.105
CUADRO 24.	EI en la CAM por titularidad.....	pag.111
CUADRO 25.	EI en la CAM por zona geográfica.....	pag.111
CUADRO 26.	Evolución de los centros de EI en la CAM.....	pag.112
CUADRO 27.	Distribución de las EI en la CAM.....	pag.112
CUADRO 28.	Escuelas I. Primer Ciclo por zona geográfica en la CAM.....	pag.113
CUADRO 29.	Escuelas I. 2º Ciclo por zona geográfica en la CAM.....	pag.114
CUADRO 30.	Edad de incorporación al sistema educativo en Europa.....	pag.129
CUADRO 31.	Países donde se inicia la AT.....	pag.140
CUADRO 32.	Fundamentos de la AT.....	pag.151
CUADRO 33.	Tipos de diagnóstico.....	pag.154
CUADRO 34.	Prevención en AT.....	pag.155
CUADRO 35.	Funciones de la EI.....	pag.161
CUADRO 36.	Objetivos de la AT.....	pag.164
CUADRO 37.	Principios básicos de calidad en AT.....	pag.169

CUADRO 38. Algunos trastornos y alteraciones en el desarrollo.....	pag.172
CUADRO 39. Factores de riesgo biológico.....	pag.173
CUADRO 40. Factores de riesgo social.....	pag.174
CUADRO 41. Objetivos de los Centros Base.....	pag.185
CUADRO 42. Procedimiento de los Centros Base.....	pag.187
CUADRO 43. Centros Base en España.....	pag.188
CUADRO 44. Servicios de los Centros Base en la CAM.....	pag.188
CUADRO 45. Zonificación de los Centros Base en la CAM.....	pag.189
CUADRO 46. Intervención de los Centros Base en la CAM.....	pag.190
CUADRO 47. Discapacidad en los Centros Base de la CAM.....	pag.191
CUADRO 48. Porcentaje de los Recursos de AT en la CAM.....	pag.207

ANEXO IV:

Índice de tablas

TABLA 1.	Nacidos por año en la muestra.....	pag. 264
TABLA 2.	Relación entre peso al nacer y tipo intervención.....	pag. 314
TABLA 3.	Relación edad gestacional y tipo de intervención.....	pag. 314
TABLA 4.	Relación Días de ingreso y tipo de intervención.....	pag. 314
TABLA 5.	Relación apgar y tipo de intervención.....	pag. 314
TABLA 6.	Relación cocientes de desarrollo y tipo de intervención.....	pag.315
TABLA 7.	Relación entre diagnóstico A y peso al nacer.....	pag.317
TABLA 8.	Relación entre diagnóstico B y peso al nacer.....	pag.317
TABLA 9.	Relación entre tipo de parto y peso al nacer.....	pag.318
TABLA 10.	Relación entre tipo de ecografía y peso al nacer.....	pag.318
TABLA 11.	Relación entre parto múltiple y peso al nacer.....	pag.319
TABLA 12.	Relación entre tipo de parto y edad gestacional.....	pag.321
TABLA 13.	Relación entre tipo de ecografía y edad gestacional.....	pag.321
TABLA 14.	Relación entre diagnóstico A y edad gestacional.....	pag.322
TABLA 15.	Relación entre diagnóstico B y edad gestacional.....	pag.322
TABLA 16.	Relación entre parto múltiple y edad gestacional.....	pag.323
TABLA 17.	Relación entre comportamiento y apgar.....	pag.334
TABLA 18.	Relación entre comportamiento y CIR.....	pag.334
TABLA 19.	Relación entre HIV I-II, edad gestacional y días de ingreso...	pag.336
TABLA 20.	Relación entre HIV I-II y peso al nacer.....	pag.336
TABLA 21.	Relación entre HIV I-II y peso al nacer.....	pag.337
TABLA 22.	Relación entre HIV I-II e inmigrante.....	pag.337
TABLA 23.	Relación entre HIV I-II y tipo de parto.....	pag.337
TABLA 24.	Relación entre HIV III-IV, edad gestacional y días de ingreso	pag.337
TABLA 25.	Relación entre HIV III-IV y peso al nacer.....	pag.337
TABLA 26.	Relación entre HIV III-IV y apgar.....	pag.337
TABLA 27.	Relación entre HIV III-IV y tipo de parto.....	pag.338
TABLA 28.	Relación entre displasia broncopulmonar, Edad G. y Días I...	pag.338
TABLA 29.	Relación entre displasia broncopulmonar y peso al nacer.....	pag.338
TABLA 30.	Relación entre displasia broncopulmonar y apgar.....	pag.338
TABLA 31.	Relación entre displasia broncopulmonar e inmigrante.....	pag.338
TABLA 32.	Relación entre displasia broncopulmonar y parto múltiple.....	pag.339
TABLA 33.	Relación entre displasia broncopulmonar y tipo de parto.....	pag.339
TABLA 34.	Relación entre displasia broncopulmonar y tipo de ecografía.	pag.339
TABLA 35.	Relación entre CIR y edad gestacional.....	pag.340
TABLA 36.	Relación entre CIR y peso al nacer.....	pag.340
TABLA 37.	Relación entre CIR y apgar.....	pag.340
TABLA 38.	Relación entre CIR y parto múltiple.....	pag.340

TABLA 39.	Relación entre CIR y tipo de ecografía.....	pag.340
TABLA 40.	Relación entre parálisis cerebral y sexo.....	pag.341
TABLA 41.	Relación entre tipo de intervención y HIV I-II.....	pag.347
TABLA 42.	Relación entre tipo de alta y HIV I-II.....	pag.347
TABLA 43.	Relación entre tipo de intervención y HIV III-IV.....	pag.347
TABLA 44.	Relación entre tipo de alta y HIV III-IV.....	pag.347
TABLA 45.	Relación entre tipo de intervención y leucomalacia.....	pag.348
TABLA 46.	Relación entre tipo de alta y leucomalacia.....	pag.348
TABLA 47.	Relación entre tipo de intervención y displasia b.....	pag.348
TABLA 48.	Relación entre tipo de alta displasia broncopulmonar.....	pag.348
TABLA 49.	Relación entre tipo de intervención y parálisis cerebral.....	pag.348
TABLA 50.	Relación entre tipo de alta y parálisis cerebral.....	pag.348
TABLA 51.	Relación entre Alt. en el desarrollo y peso al nacer.....	pag.350
TABLA 52.	Relación entre Alt. en el desarrollo, Edad G. y Días I.....	pag.350
TABLA 53.	Relación entre Alt. en el desarrollo y apgar.....	pag.350
TABLA 54.	Relación entre Alt. en el desarrollo y sexo.....	pag.351
TABLA 55.	Relación entre Alt. en el desarrollo y tipo de parto.....	pag.351
TABLA 56.	Relación entre Alt. en el desarrollo y tipo de ecografía.....	pag.352
TABLA 57.	Relación entre Alt. en el desarrollo y diagnóstico A.....	pag.352
TABLA 58.	Relación entre Alt. en el desarrollo y diagnóstico A.....	pag.352
TABLA 59.	Relación entre Alt. en el desarrollo y diagnóstico B.....	pag.353
TABLA 60.	Relación entre Alt. en el desarrollo y diagnóstico B.....	pag.353

ANEXO V:

Protocolo SEN 1500

ANEXO VI:

Protocolo Maudes